



AARHUS
UNIVERSITET

INDSATSER DER FREMMER ÆLDRES MENTALE SUNDHED

– ET SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE
AF INTERNATIONALE UNDERSØGELSER

UDARBEJDET AF CENTER FOR SUNDHEDSSAMARBEJDE VED AARHUS UNIVERSITET



SUNDHEDSSTYRELSEN

Titel	Indsatser der fremmer ældres mentale sundhed
Undertitel	Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser
Forfattere	Janni Niclasen, Lisbeth Lund, Carsten Obel og Lars Larsen
Afdeling	Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet
Særligt bidrag til rapport og undersøgelse	Signe Herbers Poulsen, Lotte Langkilde, Josefine Dalsgaard samt studentermedhjælpere Sidsel Reese, Line Lund Laursen og Cecilia Høgfeldt
Udgivelsesår	2017
Redaktion afsluttet	December 2016
Finansiel støtte	Rapporten er bestilt og udarbejdet på vegne af Sundhedsstyrelsen

Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet udvikler, understøtter og fremmer samarbejde mellem forskere ved Aarhus Universitet og det omgivende samfund inden for sundheds- og velfærdsområdet.

Center for Sundhedssamarbejde løser forskningsbaserede opgaver i samarbejde med vidensmiljøer på Aarhus Universitet (Health, Arts, Science and Technology og Aarhus BSS) og i samarbejde med førende forskere fra ind- og udland.

Læs mere og kontakt os på www.susa.au.dk.

INDHOLD

Sammenfatning	4
1. Indledning	10
1.1 Rapportens formål	13
1.2 Rapportens opbygning	13
1.3 Afgrænsning af undersøgelsen	14
2. Teoretisk ramme: mental sundhed hos ældre	17
2.1 Mental sundhed og psykisk sygdom	18
2.2 Det sociale aspekt	19
2.3 Kriterier for mental sundhed og vellykket aldring	21
3. Om litteraturstudiet	23
3.1 Søgestrategi	23
3.2 Kvalitetsvurdering	24
4. Indsatser der styrker ældres mentale sundhed	26
4.1 Individrettede indsatser	26
4.1.1 Karakteristika hos den ældre	27
4.1.2 Indhold og opbygning	31
4.1.3 Implementering	37
4.2 Indsatser i hjemmeplejen.....	39
5. Danske indsatser	42
6. Overvejelser ved udvikling af fremtidige danske indsatser	47
7. Litteraturliste	54

Sammenfatning

Den samlede gruppe af ældre over 65 år bliver stadig større som følge af en forbedret sundhed og velfærd. Nogle ældre vil i den alder acceptere at blive set som *ældre*, mens andre forbinder betegnelsen med et karikeret og medieskabt billede af ældre mennesker som en plejkrævende byrde, de ikke kan identificere sig med. En stor gruppe af især de yngre ældre er raske, i stand til at udfolde deres evner, klare dagligdagens udfordringer og indgå i fællesskab med andre mennesker.

Andre ældre oplever, at alderdommen medfører store ændringer i forhold til det liv, de levede tidligere. Det kan være udfordrende at gå fra et aktivt arbejdsliv til en tilværelse som pensionist. Især de ældste ældre oplever et nedsat fysisk og kognitivt funktionsniveau, og øget risiko for at den sociale kontakt svækkes i takt med, at vigtige personer i deres sociale netværk bliver syge eller dør. Sådanne aldersrelaterede belastninger kan påvirke den mentale sundhed. Forskning peger på, at den mentale og fysiske sundhed hænger tæt sammen og påvirker hinanden. Derfor kan dårlig mental sundhed medføre udfordringer, der også påvirker den fysiske sundhed hos ældre.

Flere ældre i befolkningen medfører en stigning i de offentlige udgifter til pleje og behandling af ældre. Det er derfor centralt, at prioritere indsatser, der kan fremme mental sundhed og forebygge mistrivsel hos ældre mennesker – både for at forbedre den enkeltes livskvalitet, men også for at reducere de offentlige udgifter til ældreområdet.

Siden Sundhedsstyrelsen i 2012 offentliggjorde forebyggelsespakkerne til kommunerne, er der sket en stigning i kommunernes fokus på mental sundhed på ældreområdet, men omfanget og kvaliteten af indsatserne er svingende. Der er derfor behov for kvalificeret viden om indsatser på området, og hvilke indsatser der virker bedst i forskellige faser af alderdommen.

I denne rapport præsenteres et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser, som har undersøgt effekten af indsatser, der understøtter ældre menneskers mentale sundhed.

Formålet med rapporten er dermed:

- at præsentere en systematisk gennemgang af den videnskabelige litteratur, der har fokus på indsatser, der fremmer ældre menneskers mentale sundhed
- at identificere fællestræk på tværs af de indsatser, som har størst effekt på ældre menneskers mentale sundhed
- at bidrage med konkret viden til kommuner og andre aktører, der skal udvikle indsatser, som fremmer ældre menneskers mentale sundhed

En definition af mental sundhed

Denne rapport tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker. Ældres mentale sundhed afhænger altså af et komplekst samspil mellem individuelle ressourcer og kontekstuelle betingelser. I definitionen fremhæves udover individets velbefindende også det sociale aspekt og vigtigheden af ældres samspil med forskellige fællesskaber.

Om den systematiske litteratursøgning

Rapporten er baseret på en systematisk litteraturgennemgang, der resulterede i inklusion af 53 videnskabelige artikler, der alle var blevet udført som randomiserede, kontrollerede forsøg. Artiklerne havde undersøgt effekten af indsatser rettet hhv. mod ældre, der bor i egen bolig, og som klarer sig selv, ældre i egen bolig, der modtager hjemmehjælp, samt ældre som bor på plejehjem.

På baggrund af veldefinerede søgekriterier blev artiklerne indledningsvis identificeret via bloksøgninger i de videnskabelige litteraturl databaser *Pubmed* og *PsycINFO*. Herefter blev der via kædesøgninger fundet yderligere en række artikler. I de systematiske bloksøgninger blev der indledningsvis identificeret 3512 artikler, der på baggrund af relevante screeninger blev reduceret til 48 artikler. I alt 10 artikler blev identificeret via kædesøgningerne. Af de 58 artikler levede 53 op til kriterierne for kvalitetsvurderingen, og disse danner grundlag for den systematiske litteraturgennemgang. 40 artikler havde fokus på ældre i egen bolig, tre

studier havde fokus på hjemmeplejen, mens de resterende 10 studier havde fokus på ældre på plejehjem. Nedenfor præsenteres artiklerne, der har fokus på ældre i egen bolig og ældre på plejehjem samlet (i alt 50 studier), mens studier der har fokus på hjemmeplejen præsenteres separat (i alt tre studier). Af de i alt 53 artikler var der ingen specifikke indsatser, der blev undersøgt i mere end et enkelt studie. Der foreligger dermed ikke et videnskabeligt grundlag for at fremhæve specifikke indsatser frem for andre, om end nogle indsatser, synes mere lovende end andre.

Resultater: Indsatser der styrker ældres mentale sundhed

På baggrund af de 50 studier, der havde fokus på de ældre selv - uanset om de boede i egen bolig eller på plejehjem - blev der identificeret en række fællestræk, der synes at have betydning for effekten af en given indsats:

- **Karakteristika hos den ældre**

Effekten af indsatser for ældres mentale sundhed afhænger i høj grad af de pågældende ældre, som indsatsen omfatter. Det er centralt for effekten af en indsats, at ældre er **motiverede** for at deltage. Dette understøttes ved at imødekomme den enkeltes **individuelle præferencer og behov**. Det er essentielt, at deltagerne kan se en mening med indsatsen og oplever, at det er relevant for dem. Det er samtidigt altafgørende, at der tages højde for **det ældre menneskes funktionsniveau**. Det vil altså sige, at indsatsen løbende tilpasses den ældres kognitive, fysiske og helbredsmæssige funktionsniveau. For ældre i egen bolig kan mere omfangsrige indsatser være passende (grundet et højere funktionsniveau), mens simple indsatser kan være at foretrække for ældre på plejehjem.

- **Indhold og opbygning af indsatsen**

Det specifikke indhold og opbygningen af en indsats spiller også en rolle i forhold til påvirkning af den ældres mentale sundhed. På tværs af studier, særligt dem der har fokus på fysisk aktivitetsniveau, er der en tendens til, at indsatser der indeholder **sociale aspekter eller er gruppebaserede** spiller en afgørende rolle for at opnå en given effekt. Det har samtidigt gavnlige effekt, når **sundhedsprofessionelle inddrages** og bidrager med løbende supervision og feedback til deltagerne i indsatserne. Endelig har **omfanget af indsatsen** betydning for, hvor godt den virker på ældres mentale sundhed. Indsatser bør strække sig over længere tid og indeholde flere aktiviteter. Dog er

det essentielt, at omfanget tilpasses deltagernes individuelle kognitive og fysiske funktionsniveau.

- **Implementering af indsatsen**

I hvilket omfang en indsats implementeres er afgørende for, hvor effektiv indsatsen er. Det er centralt, at de enkelte dele i indsatsen **overholdes og udføres som planlagt**. Det har afgørende betydning, om ældre deltager tiltrækkeligt i indsatsen og **følger de planlagte aktiviteter**. En effektiv måde at sikre varig implementering af en indsats kan være via indledende **inddragelse af sundhedspersonalet**, samt **løbende supervision og feedback** fra disse.

På tværs af de tre studier, der havde fokus på **indsatser i hjemmeplejen**, var der ligeledes nogle tendenser, der gik igen:

- Når det kommer til hjemmepleje er det for det første vigtigt, at der tages udgangspunkt i **ældres egne målsætninger** for hjemmeplejen. Samtidigt bør hjemmeplejen udføres med udgangspunkt i **individuelle støtte- og helbredsplaner**.
- Derudover er det centralt, at kommuner og andre organisatoriske aktører bakker op om og er **helt klar før implementeringen af nye initiativer iværksættes**.

Kortlægning af danske indsatser

Som supplement til litteraturstudiet præsenteres en kortlægning af nuværende danske indsatser. Via en rundspørge blandt ældrecheferne i de danske kommuner blev der identificeret en række indsatser, der direkte eller indirekte har til hensigt at styrke ældre menneskers mentale sundhed. Kortlægningen viste, at de danske indsatser ikke adskiller sig væsentlig fra indsatserne i de internationale studier, men at der er en større andel af sociale indsatser i Danmark. De fleste af de danske indsatser henvender sig til ældre i eget hjem og inddrager direkte eller indirekte sociale komponenter. Der tilbydes indsatser med fokus på fysisk aktivitet i de fleste kommuner, men kun ganske få kognitivt orienterede indsatser.

Overvejelser ved udvikling af fremtidige danske indsatser

Med udgangspunkt i ovenstående tendenser, kan følgende anbefalinger anvendes som inspiration i forbindelse med implementering af fremtidige indsatser i de danske kommuner:

For individrettede indsatser:

- **Tilpas indsatserne til den enkelte ældres karakteristika**

Den enkelte ældres motivation er afgørende for en indsats effekt. Indsatserne skal kunne tilpasses den enkeltes fysiske og kognitive funktionsniveau, samt deres behov og præferencer. Identificering af disse behov kan f.eks. understøttes af en elektronisk platform, hvor kommunerne understøttes i systematisk og løbende at kunne identificere den enkeltes udfordringer og behov i forhold til mental sundhed. På det grundlag kan kommunerne tilbyde de bedst egnede indsatser til ældre og løbende tilpasse disse indsatser til den enkelte. Sådanne elektroniske løsninger eksisterer ikke i dag.

- **Inddrag sociale komponenter i indsatserne og styrk den mentale sundhed**

Indsatser der er gruppebaserede, og hvor sociale aktiviteter indgår som en del af indsatsen, har en positiv effekt på ældres mentale sundhed. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at udbyde indsatser, som inkorporerer det sociale som f.eks. gruppebaserede træningsprogrammer.

- **Fokuser på helhedsorienterede indsatser**

Der er behov for helhedsorienterede indsatser, der integrerer de enkelte tilbud, og som sammentænker forskellige aspekter af ældre menneskers liv. Det gælder både for den enkelte, men også for kommunerne. For den enkelte ældre betyder det, at de indsatser, der tilbydes, bør sammentænkes ud fra et livsløbsperspektiv med udgangspunkt i hans/hendes fysiske og kognitive funktionsniveau. Hvis ældre skal opnå en vellykket alderdom, skal indsatsområderne tænkes sammen, så ældre fortsat kan leve en meningsfuld og produktiv tilværelse. Noget lignende bør gøres fra kommunalt hold, hvor man ligeledes bør have overblik over, hvilke indsatser der tilbydes til ældre.

- **Etabler systematisk opfølgning og evaluering af indsatsernes effekt**

Indsatsers effekt afhænger af den konkrete kontekst, de implementeres i samt af deltagerne. Det er derfor vigtigt, at der systematisk følges op og evalueres på indsatsernes effekt. De indsatser der udbydes i de fleste kommuner er ikke koordinerede på nuværende tidspunkt. Det er essentielt, at indsatserne koordineres, og at der systematisk følges op og evalueres på indsatsernes effekt. I denne forbindelse er der behov for at udvikle metoder og redskaber til at

understøtte systematisk opfølgning og videndeling. En landsdækkende elektronisk platform kan f.eks. være en løsning, der kan sikre den rette opfølgning og koordinering af indsatserne.

- **Prioriter implementering via ejerskab og motivation**

Motivation er helt centralt for at sikre optimal deltagelse både blandt ældre, men også blandt plejepersonalet. Det er derfor vigtigt, at der gøres en indsats for at fremme ejerskab blandt alle involverede for derved at sikre en optimal implementering.

For hjemmeplejeorienterede indsatser:

- **Lad ældre formulere egne målsætninger**

Hjemmeplejen bør tage udgangspunkt i en *hjælp til selvhjælp* tanke, der tager udgangspunkt i støtte- og helbredsplaner, baseret på ældres egne målsætninger i forhold til deres hverdag, snarere end i deres sundhedstilstand. Målene for den enkeltes hjemmepleje bør løbende evalueres og justeres med udgangspunkt i den ældres funktionsniveau og målsætninger.

- **Understøt uddannelse og vejledning af de sundhedsprofessionelle**

I takt med at hjemmeplejen skal tage udgangspunkt i ældres egne målsætninger, vil de sundhedsprofessionelle delvist få en ny rolle. De skal i højere grad støtte, hjælpe og opmuntre ældre til at arbejde med egne målsætninger. For at dette kan lade sig gøre, er det centralt, at de sundhedsprofessionelle uddannes og vejledes i, hvordan de i praksis kan yde den nødvendige supervision til ældre mennesker.

Hvad er der behov for at undersøge nærmere?

Selvom de indsatser, som den internationale litteraturgennemgang identificerede, kan bidrage med en del viden til at kvalificere udvikling af effektive danske indsatser, efterlader de sig stadig en række væsentlige spørgsmål. Følgende områder er særligt vigtige at undersøge nærmere:

- Mere fokus på forebyggende indsatser til **ynge og raske ældre**
- Udvikling af mulighederne for **tilpasning til personlighed** og individuelle karakteristika
- Inddragelse af **pårørende og civilsamfundet** i indsatserne
- Understøtte at **flere ældre deltager** i indsatserne
- Mere **kvalificeret forskning** i ældres mentale sundhed

1. Indledning

I indledningen gives en introduktion til ældres mentale sundhed og det understreges, at alderdommen opleves forskelligt og for nogle kan være en sårbar tid. Samtidigt skitseres en samfundsudvikling med flere ældre og et øget behov for støtte. I indledningen defineres formålet med rapporten, og rapportens opbygning og afgrænsning præsenteres.

Gruppen af ældre over 65 år er i dag markant større end tidligere som følge af en forbedret sundhedstilstand og en række politiske satsninger på velfærd. Det indebærer også, at mange ældre mennesker over 65 år ikke kan identificere sig med det karikerede og ensidige billede af ældre som 'svage' og plejekrævende, som ofte optræder i medierne. En stor gruppe af især de yngre ældre er raske, i stand til at udfolde deres evner, klare dagligdagens udfordringer og indgå i fællesskab med andre mennesker på lige fod med yngre mennesker.

Andre ældre oplever, at alderdommen medfører store ændringer i forhold til det liv, de levede tidligere. Det kan være udfordrende at gå fra et aktivt arbejdsliv til en tilværelse som pensionist, hvor man ikke på samme måde som tidligere kan bidrage til samfundet og indgå i et arbejdsmæssigt og socialt fællesskab. Især de ældste ældre oplever et nedsat fysisk og kognitivt funktionsniveau, og øget risiko for at den sociale kontakt svækkes i takt med, at vigtige personer i deres sociale netværk bliver syge eller dør.

Sådanne aldersrelaterede belastninger kan påvirke den mentale sundhed. Ifølge en undersøgelse foretaget i 2012 af *Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden* blandt 8830 ældre over 65 år angav hver fjerde ældre, at de oplever ensomhed, men på forskellig vis. De angiver, at de ofte eller af og til føler sig uønsket alene eller alene sammen med andre. Knap hver tiende af de ældre oplever begge typer af ensomhed (Wahl-Brink, Olesen, & Rejkjær, 2015). Ifølge WHO lider over 15 % af personer over 60 år af en mental sygdom (WHO, 2016). Forekomsten er betydeligt højere i gruppen af de svageste ældre med stort behov for pleje og omsorg (Seitz, Purandare, & Conn, 2010; Sørensen, 2001).

Nogle ældre får på et tidspunkt så stort et fysisk eller mentalt betinget plejebehov, at de må flytte i plejebolig eller på plejehjem. At opleve tab af kontrol over eget liv og skulle bo i et institutionelt miljø kan medføre forringet livskvalitet og nedsat livstilfredshed (Baltes, 1997; Nay, 1995; Schulz & Heckhausen, 1996). Ældre mennesker på plejehjem rapporterer om mere ensomhed og nedtrykthed (Rostgaard, Brünner, & Fridberg, 2012) og flere depressive symptomer sammenlignet med ældre mennesker, der er bosiddende i eget hjem (Grayson, Lubin, & Van Whitlock, 1995).

Forringet mental sundhed påvirker den fysiske sundhed, da der foregår en vekselvirkning mellem fysiske og psykiske symptomer på sygdom (WHO, 2016). Dårlig mental sundhed hos en støt voksende population af ældre mennesker kan derfor forventes at medføre en markant stigning i fremtidens sundhedsudgifter inden for det psykiske såvel som det somatiske område.

Flere ældre og et øget pres på den offentlige sektor

Nogle af de store årgange i Danmark fra efterkrigstiden har nået, og vil fortsat nå pensionsalderen indenfor de kommende årtier. Forbedringer i behandling af sygdomme og den generelle sundhedstilstand samt en række politiske satsninger på velfærd har desuden forlænget befolkningens levealder væsentligt. I befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik anslås det, at hver fjerde dansker vil være 65 år eller ældre i 2040 (Danmarks Statistik, 2016). Det estimeres, at der til den tid vil være over halvanden million danskere over 65 år, sammenlignet med godt en million i dag – en stigning på næsten 50 % (Danmarks Statistik, 2016).

På den ene side er der altså en stor andel af gruppen af danskere over 65 år, der lever et sundt liv, og som håndterer dagligdagens udfordringer, udfolder sine evner og bidrager til fællesskabet. Denne gruppe af danskere lever ikke op til det noget karikerede billede, der i øvrigt har været af ældre mennesker som en svag gruppe, der er pleje- og omsorgskrævende.

Omvendt medfører det dog alligevel en række udfordringer for den offentlige sektor i form af stigende udgifter til hjælp og behandling, at det faktiske antal af ældre er stigende (se figur 1).

Sundhedsøkonomiske beregninger peger på, at der i årene fremad vil ske en markant stigning i udgifter, og at denne stigning vil finde sted i

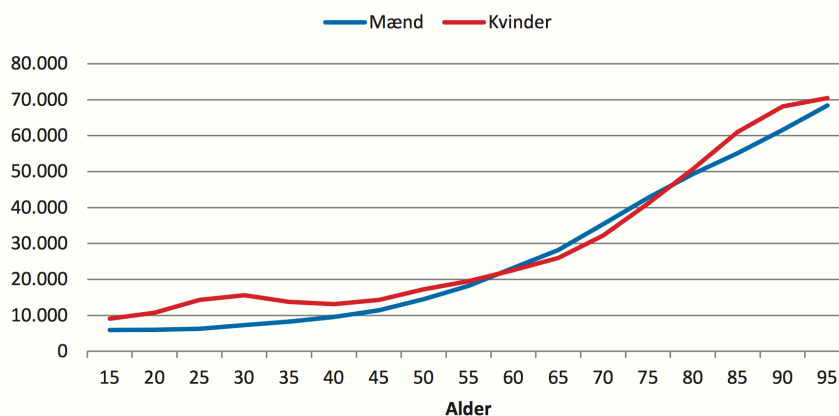
kommunalt hjemmeplejeregime snarere end i hospitalssektoren som konsekvens af en politisk beslutning om, at ældre skal blive boende længst muligt i eget hjem (Kjellberg, 2016). Med uændrede standarder for hjemmepleje vil udgifterne stige med 10% i år 2020, med 50% i år 2030 og 72% i år 2035 (Kjellberg, 2016).

Behov for viden om indsatser, der fremmer mental sundhed hos ældre

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed er der blandt andet fokus på indsatser, der kan styrke ældre menneskers mentale sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012). Siden Forebyggelsespakken blev udarbejdet i 2012, er der sket en stigning fra 40 % i 2013 til 50 % i 2015 i andelen af kommuner, der inddrager mental sundhed som en del af deres indsats på ældreområdet (Christiansen, Holmberg, Hærvig, Christensen, & Rod, 2016). På trods af dette øgede fokus, er de indsatser, der tilbydes i de enkelte kommuner tilsyneladende af svingende omfang og kvalitet. F.eks. tilbyder alle kommuner de lovmæssige forebyggende hjemmebesøg til borgere over 80 år – omvendt er det de færreste kommuner, der har udarbejdet en samlet strategi på området.

Der er derfor behov for et intensiveret fokus på indsatser, der effektivt fremmer mental sundhed hos ældre og forebygger mentale problemer. Det gælder både for ældre mennesker, der i den ene ende af spektret lever et aktivt og selvstændigt liv, og hvor sundhedsfremmende indsatser vil være i fokus. Men også for de sårbare ældre, der er udfordret, og derfor har behov for forebyggende indsatser.

Denne rapport har som formål at bidrage med kvalificeret viden til, hvordan sådanne indsatser kan understøttes med udgangspunkt i en sy-



Figur 1: Samlede omkostninger per personår til behandling og pleje fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012
Kilde: Sundhedsstyrelsen 2015

stematisk gennemgang af den internationale videnskabelige litteratur på området.

Internationalt set er der lavet en række systematiske gennemgange af indsatser til ældre, men disse har typisk haft fokus på sårbare ældre og specifikke indsatsområder, f.eks. fysisk aktivitet, eller brug af assisterende robotter. Det gælder også for to danske litteraturstudier, der findes på området. Socialstyrelsen har i 2013 gennemgået internationale rehabiliteringsindsatser, mens Sundhedsstyrelsen har afdækket indsatser med fokus på fysisk aktivitet og deres betydning for mental sundhed hos ældre (Nielsen, Langberg, & Rasmussen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2010). Der findes, til vores kendskab, ikke systematiske litteraturstudier der går på tværs af indsatsområder og inkluderer forskelligt indhold, eksempelvis både indsatser målrettet fysisk aktivitet og psykologisk orienterede indsatser.

1.1 Rapportens formål

Det overordnede formål med denne rapport er:

- at præsentere en systematisk gennemgang af den videnskabelige litteratur der har fokus på indsatser, der skal fremme ældre menneskers mentale sundhed
- at identificere fællestræk for de indsatser, som har størst effekt på ældre menneskers mentale sundhed
- at bidrage med konkret viden til kommuner og andre aktører, der skal udvikle indsatser, som fremmer ældre menneskers mentale sundhed

1.2 Rapportens opbygning

Rapporten indledes med en introduktion, der skitserer alderdommens særlige udfordringer i forhold til mental sundhed samt en samfundsudvikling med flere ældre og et øget pres på de offentlige udgifter. I kapitel 2 defineres mental sundhed og de sociale omgivelser, som er centrale for ældres mentale sundhed fremhæves. I kapitel 3 gennemgås metoden for det systematiske litteraturstudie – herunder udvælgelseskriterier, søgestrategier og kvalitetsvurdering. I kapitel 4 præsenteres resultaterne af litteraturstudiet opdelt i individrettede indsatser og indsatser i hjem-

meplejen. For studierne med fokus på de ældre selv er temaerne: **karakteristika** hos den ældre, **indhold og opbygning** af indsatsen, samt **implementering** af indsatsen. For hjemmeplejen er temaerne: fokus på

ældres egne **målsætninger** for hjemmeplejen samt **kommunal parathed**. I kapitel 5 skitseres de danske indsatser via kontakt til ældrecheferne i de danske kommuner. Rapporten afsluttes med kapitel 6, hvor der fremlægges en række konkrete anbefalinger til udvikling af fremtidige indsatser, der kan styrke ældres mentale sundhed.

De detaljerede beskrivelser af indsatser og de videnskabelige artikler, som ligger til grund for litteraturstudiet indgår ikke som del af selve rapporten, men er tilgængelige i Appendiks¹.

1.3 Afgrænsning af undersøgelsen

Der er forud for gennemgangen af litteraturen og udarbejdelse af denne rapport foretaget en række valg, der har betydning for indholdet og resultaterne af rapporten:

- **Ældre i alderen 65 år og opefter**

Fokus for denne rapport er indsatser rettet mod ældre fra ca. 65 år og opefter. Begrebet *ældre* refererer til personer over 65 år, men det er vigtigt at understrege, at der er tale om en meget heterogen gruppe. På den ene side understøttes den aldersmæssige afgrænsning af, at mange 65-årige er på vej ud af arbejdsmarkedet, og at der for de flestes vedkommende sker et fald i kognitivt og fysisk funktionsniveau omkring denne alder. Derfor forbinder mange forskere på området også dette alderstrin med begyndelsen på alderdommen (Stuart-Hamilton, 2012). På den anden side er der for det enkelte individ tale om en irrelevant afgrænsning, da et individ den ene dag vil kunne være uden for denne gruppe, og den næste dag tilhøre den. Derudover inkluderer ældregruppen i undersøgelsen et meget bredt aldersspænd. Ældre i denne gruppe kan befinde sig forskellige steder i livet, og derfor er de i mange henseender ikke relevante at sammenligne.

Oprindeligt var intentionen at have et snævert fokus på de yngre ældre, altså de ca. 65-75-årige. Dog viste det sig hurtigt ikke at være muligt med et sådan skel i praksis, idet de inkluderede studier typisk havde en nedre aldersgrænse (på ca. 65 år), men ingen øvre aldersgrænse.

¹ Appendiks kan rekvireres ved at kontakte Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet www.susa.au.dk

- **Mentalt sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i primær sektoren**

Rapporten omfatter både indsatser, hvis fokus er af sundhedsfremmende og forebyggende karakter (se Boks 1).

Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er ikke adskilte, men derimod overlappende og indbyrdes forbundne tilgange (WHO, 2004). Der bliver i denne rapport ikke skelnet mellem, hvorvidt indsatserne er af sundhedsfremmende eller forebyggende karakter. I rapporten er der fokus på indsatser, der underbygger primær og sekundær forebyggelse med ønsket om at fremme mental sundhed, men også at forebygge mentale sundhedsproblemer i at opstå.

- **Fokus på mental sundhed i bred forstand og ikke psykisk sygdom**

Rapporten har fokus på mental sundhed i bred forstand og ikke på ældre, der udviser tegn på psykisk sygdom som f.eks. depression eller demens (også kaldet *tertiær forebyggelse*, se Boks 1). Selvom der ikke er fokus på indsatser målrettet egentlige diagnoser, skal det bemærkes, at der alligevel er tale om et kontinuum fra ingen symptomer til symptomer på sygdom.

Boks 1:**Mental sundhedsfremme og forebyggelse**

Sundhedsfremme har fokus på at fremme mental sundhed ved at:

- øge psykisk velvære, kompetencer og robusthed
- skabe støttende miljøer
- fremme ønskværdige tilstande og sundhed

Forebyggelse har fokus på at hindre udviklingen af sygdomme eller psykosociale problemer i at opstå. Der tages udgangspunkt i tanken om, at der går utilsigtede hændelser forud for sygdommen. Forebyggelse kan overordnet inddeles i:

- Primær forebyggelse, som retter sig mod raske ældre med det formål at forebygge sygdom, før det opstår
- Sekundær forebyggelse, som retter sig mod individer med subkliniske niveauer eller forhøjede symptomer på sygdom. Formålet er at reducere symptomer og forebygge, at de udvikler sig til diagnoser samt at begrænse sygdom og risikofaktorer tidligt i forløbet.
- Tertiær forebyggelse, som har til formål at reducere varigheden og sværhedsgraden af allerede opståede lidelser og dermed forhindre, at de bliver kroniske.

- **Universelle og målrettede strategier**

Udover en skelnen mellem sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, kan indsatserne også variere i forhold til tilgang. Her skelnes mellem universelle, selekterede og målrettede strategier. En *universel strategi* refererer til interventioner rettet mod hele befolkningen, hvor alle har mulighed for at deltage i interventionen, uafhængigt af risikostatus eller symptomniveau². En *selekteret strategi* er programmer, der er rettede mod grupper, der anses for at være i højrisiko for at udvikle en given sygdom, eksempelvis ældre mennesker med en genetisk eller social prædisposition for at udvikle demens eller depression³. Den sidste er de *målrettede strategier*, der er henvendt til ældre, som eksempelvis er stilsiddende og derfor ikke har megen social kontakt til andre mennesker⁴ (Durlak & Wells, 1998). I denne rapport medtages litteratur, der anlægger en universel eller målrettet strategi. Selektede programmer er ekskluderede, idet indsatser målrettet specifikke grupper ikke er del af fokus for denne rapport.

² Universelle strategier defineres af WHO som "Those interventions that are targeted at the general public or to a whole population group that has not been identified on the basis of increased risk" (WHO, 2004)

³ Selektede strategier defineres af WHO som indsatser der "Targets individuals or sub-groups of the population whose risk of developing a mental disorder is significantly higher than average, as evidenced by biological, psychological or social risk factors" (WHO, 2004)

⁴ Målrettede strategier defineres af WHO som indsatser der "Targets high-risk people who are identified as having minimal but detectable signs or symptoms foreshadowing mental disorder or biological markers indicating predisposition for mental disorder but who do not meet diagnostic criteria for disorder at that time" (WHO, 2004)

2. Teoretisk ramme: mental sundhed hos ældre

I kapitel 2 defineres mental sundhed, og den teoretiske ramme for rapporten præsenteres. Det sociale samspil mellem ældre og omgivelserne fremhæves. Samtidigt understreges det, at der er et behov for at fokusere på både objektive og subjektive kriterier for sundhed for at forstå ældres mentale sundhed og en vellykket alderdom.

Der eksisterer i dag en række forskellige definitioner af begrebet mental sundhed. Den mest udbredte og internationalt anerkendte definition er udviklet af Verdenssundhedsorganisation, WHO (World Health Organisation) (WHO, 2001, 2014)⁵ (se Boks 2). Det er også den, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsen definition af mental sundhed, som denne rapport baserer sig på (Sundhedsstyrelsen, 2012). Her er fokus på, i hvilken grad individet *kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker*. Dermed indeholder definitionen to dimensioner:

- En subjektiv oplevelsesdimension
- En funktionsorienteret dimension

Hvis et individ skal trives, skal individet altså *både* føle sig godt tilpas og samtidig være i stand til at klare hverdagens udfordringer.

⁵ På engelsk defineres mental Sundhed af WHO som "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (WHO, 2014).

Boks 2**World Health Organisations definition af mental sundhed**

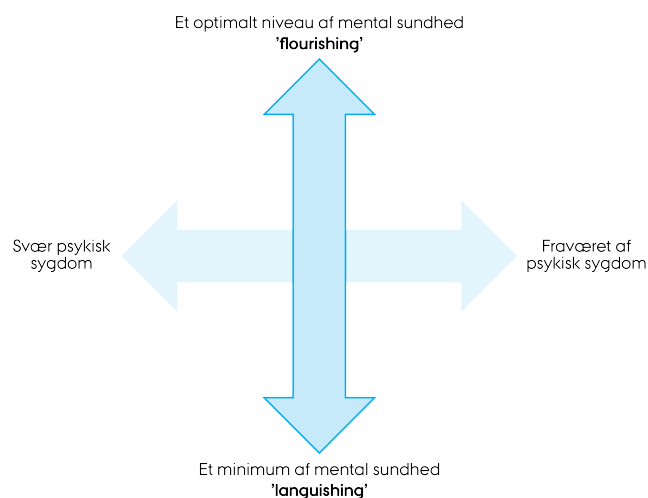
Allerede ved World Health Organisations (WHO) grundlæggelse i 1948 var der fokus på mental sundhed, eller mental hygiejne, som det blev betegnet dengang. Mental hygiejne blev defineret som de aktiviteter og teknikker, der var med til at fremme og opretholde individets mentale sundhed. Mental sundhed derimod blev set som en tilstand, der kunne variere hos den enkelte som følge af biologiske og sociale faktorer (Bertolote, 2008). Siden da er begrebet flere gange blevet redefineret (WHO, 2001, 2014).

Mental sundhed defineres som en tilstand af velbefindende, hvor et individ:

- er i stand til at udfolde sit eget potentiale
- kan håndtere dagligdagens udfordringer
- kan arbejde produktivt
- kan bidrage positivt til samfundet¹.

2.1 Mental sundhed og psykisk sygdom

I ovenstående definition af mental sundhed er der altså fokus på positive dimensioner og en forståelse, der rummer mere end fraværet af psykisk sygdom. Derudover anvendes definitionen som udgangspunkt for flere af de førende modeller, der er udviklet til at forstå mental sundhed inden for de sidste ti års tid. Modellerne anderkender alle, at der er et skel mellem mental sundhed og psykisk sygdom - og mental sundhed kan ses som en dimension, der går på tværs af psykisk sygdom (se Figur 1).



Figur 1: Illustrerer skellen mellem psykisk sygdom og mental sundhed. Inspireret af Keyes (2002)

Det er på den ene side muligt at være mentalt sund, selvom man er psykisk syg. På den anden side er det også muligt at have dårlig mental sundhed, selvom man ikke har en egentlig psykisk sygdom. En person, der er diagnosticeret med en svær psykisk lidelse, eksempelvis skizofreni, men som samtidig har et højt psykosocialt funktionsniveau, et positivt selvbillede, og som deltager aktivt i samfundet, vil blive betegnet som værende mental sund (også kaldet *flourishing* af Keyes, se Boks 3 og Figur 1).

I denne rapport er fokus rettet mod indsatser, som har til formål at styrke ældre menneskers mentale sundhed for derigennem at hjælpe dem med at bevare et højt niveau af mentalt velbefindende, optimisme, energi og socialt funktionsniveau og derved mindske risikoen for, at de udvikler en følelse af tomhed, stagnation og social isolation.

Boks 3

Psykisk sygdom og mental sundhed

Psykisk sygdom og mental sundhed kan anskues som to forskellige dimensioner, som foreslået af Keyes (Keyes, 2002, 2005, 2007; Vaillant, 2003):

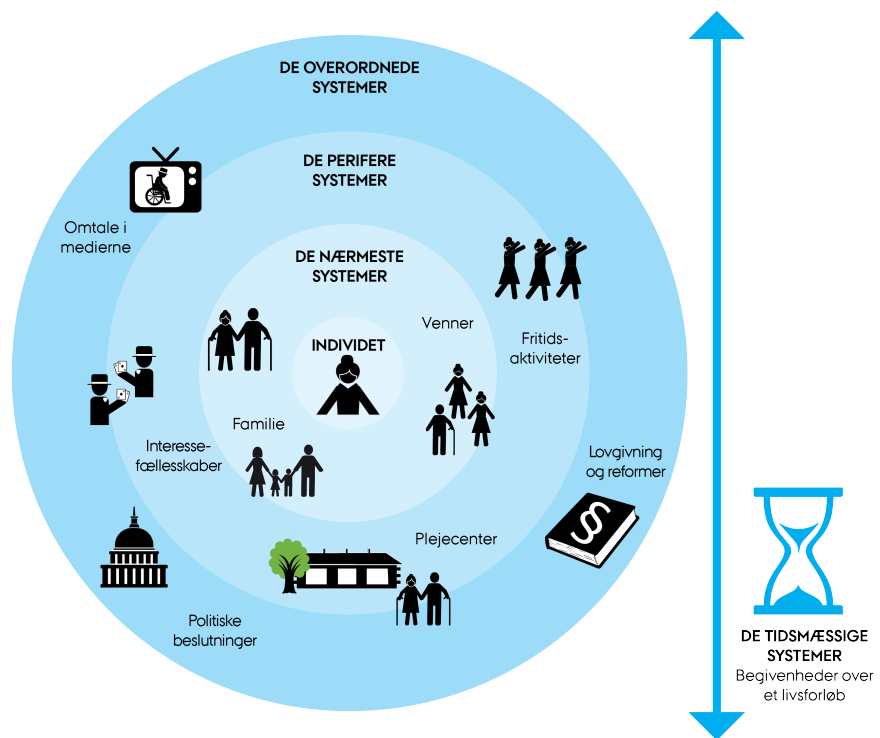
- Den ene dimension, psykisk sygdom, spænder fra fraværet af psykisk sygdom til svær psykisk sygdom.
- Den anden dimension, mental sundhed, går fra et minimum af mental sundhed, *languishing*, til et optimalt niveau af mental sundhed, *flourishing*.

Ifølge Keyes er man:

- *flourishing*, eller mental sund, hvis man har et højt niveau af subjektivt mentalt velbefindende, er optimistisk, har energi, er målrettet, har et positivt selvbillede og et højt psykosocialt funktionsniveau.
- *languishing*, eller 'psykisk udtrættet', hvis man har et lavt niveau af mentalt velbefindende, hvis ens tilstand er præget af et lavt selvværd, en følelse af tomhed, social isolation og på anden vis et lavt psykosocialt funktionsniveau.

2.2 Det sociale aspekt

Forskning i trivsel hos ældre viser, at ældre kan opleve lige så høj grad af trivsel, som yngre mennesker til trods for aldersrelaterede begrænsninger og et svækket fysisk og kognitivt funktionsniveau (Mehlsen, 2007). Mental sundhed afhænger af et komplekst samspil mellem individuelle ressourcer og omgivelsernes krav og støtte (Lawton & Nahemow, 1973). At ældres sociale samspil med omverdenen har betydning for deres mentale sundhed er bl.a. belyst gennem den økologiske udviklingsteori (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Her fremhæves relationen mellem det sociale miljø og individet som et gensidigt forhold, hvor begge parter påvirker og påvirkes af hinanden.



Figur 2: Illustrerer individets samspil med omgivelserne på forskellige niveauer.

De forskellige systemer påvirker individet i et dynamisk samspil og danner grundlag for dennes mentale sundhed (se figur 2):

- **De nærmeste systemer:** Fællesskab med de nærmeste relationer, herunder familie og venner, som giver tryghed, og med hvem individet deler udgangspunkt og værdier.
- **De perifere systemer:** Dagligdagens andre fællesskaber som fritidsaktiviteter, interessefællesskaber og plejecenter.
- **De overordnede systemer:** de systemer, der bidrager med den kulturelle og samfundsmæssige kontekst, herunder politiske beslutninger, lovgivning og reformer vedr. ældre mennesker, omtale af ældre i medierne. Strukturer der har indflydelse på grundvilkårene for den enkelte ældres liv. Disse systemer påvirker individet på et mere overordnet plan.
- **De tidsmæssige systemer:** begivenheder over et livsforløb. Hvordan begivenheder tidligere i de ældres liv påvirker alderdommen.

2.3 Kriterier for mental sundhed og vellykket aldring

For at forstå mental sundhed hos ældre mennesker er man nødt til at have fokus både på såkaldte *objektive* og *subjektive* kriterier for funktionsniveau. Hvis vi alene anlægger objektive funktionskriterier for ældre mennesker, altså hvor meget de objektivt set kan klare, vil mange på den baggrund kunne vurderes som havende forringet mental sundhed. Men til trods for et nedsat objektivt funktionsniveau, viser det sig, at ældre generelt oplever lige så høj subjektivt velbefindende som tidligere i livet. Deres trivsel kan altså fremmes på trods af negative objektive funktionskriterier. Når trivslen forbedres får ældre mere lyst til og mod på at involvere sig i omverdenen, hvilket som konsekvens kan fremme deres objektive fysiske og kognitive funktionsniveau (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Boks 4

Vellykket aldring

Begrebet *vellykket aldring* vandt for alvor indpas i vesten i 1980erne og 1990erne i en periode, hvor man ellers var begyndt at anskue ældre som en byrde, som følge af den stigende gruppe af ældre (Hashøj, 2011). I dag er der også fokus på, at flere ældre fungerer på et højt niveau og bidrager positivt til samfundet. Der skelnes mellem:

- *patologisk* aldring: præget af fysisk og psykisk sygdom, f.eks. demens
- *normal* aldring: karakteriseret ved ikke-patologiske ændringer i funktionsniveauet, som er normale for den givne alder
- *vellykket* aldring: ældre mennesker uden eller med meget begrænset funktionsnedsættelse

Forskning på området har peget på, at det er vigtigt ikke kun at se på fravær af sygdom, reduktion i kognitivt funktionsniveau samt fysisk funktionsnedsættelse men også at fokusere på, hvordan den ældre selv føler, at han/hun har det (Mehlsen, 2007).

Det anerkendes, at det i lige så høj grad handler om at leve resilient, meningsfuldt og produktivt med de fysiske og kognitive funktionsnedsættelser, der uvægerligt følger med alderdommen. Forskere har eksempelvis fundet, at til trods for, at de fleste ældre ikke lever op til de objektive kriterier for en vellykket aldring, vurderer de alligevel sig selv som havende en høj livskvalitet og dermed en vellykket aldring (Depp, Vahia, & Jeste, 2010; Montross et al., 2006). I forlængelse heraf finder man, at optimisme, effektive mestringsstrategier og involvering i sociale og samfundsmæssige aktiviteter er tættere relateret til en vellykket alderdom end traditionelle objektive mål for sundhed og trivsel. Sådanne resultater taler altså for, at der i særlig grad blandt ældre også bør være fokus på de subjektive mål for mental sundhed.

Når den mentale sundhed og en *vellykket aldring* (se Boks 4) skal vurderes, er det derfor vigtigt ikke kun at se på det umiddelbart målbare (objektive kriterier), men også huske at spørge til den ældres egen oplevelse af trivsel og tilfredshed med livet (subjektive kriterier).

3. Om litteraturstudiet

I kapitel 3 redegøres for, hvordan det systematiske litteraturstudie er gennemført. Det omfatter en præsentation af, hvordan de forskellige indsatser er udvalgt i litteraturstudiet, de anvendte søgestrategier, samt hvordan der er foretaget en kvalitetsvurdering af de identificerede studier.

Denne rapport baserer sig på et systematisk litteraturstudie, også kaldet et "systematisk review". Et systematisk review er en videnskabelig metode til at skabe overblik over en stor mængde publiceret forskning, som findes i de videnskabelige databaser. Det systematiske litteraturstudie er opstillet og udført med udgangspunkt i PRISMA retningslinjerne⁶ (PRISMA, 2015).

I det systematiske review er der udelukkende inkluderet såkaldt randomiserede kontrollerede forsøg (RCT). Der er både medtaget studier, der havde som formål at fremme positiv mental sundhed, altså sundhedsfremmende indsatser, og studier med det formål at forebygge mentale sundhedsproblemer hos ældre (ca. 65+ år). Herunder indgår indsatser, der enten har et universelt fokus eller et målrettet fokus. I litteraturstudiet blev der i alt identificeret 53 artikler, der levede op til de opstillede inklusionskriterier (jf. Boks 5).

3.1 Søgestrategi

Litteraturen til det systematiske review blev søgt i de videnskabelige databaser *PubMed* og *PsycINFO*. Der er indledningsvis foretaget systematiske bloksøgninger efterfulgt af en række kædesøgninger. De systematiske søgninger blev gennemført i perioden maj-august 2016. Der er kun inddraget randomiserede kontrollerede forsøg med studiepopulationer over ca. 65 år, og kun studier udført i en vestlig kontekst og publiceret indenfor de seneste ti år.

⁶ PRISMA er forkortelse for "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta3 Analysis" (PRISMA, 2015).

Der er udvalgt artikler, der primært eller sekundært har fokus på mental sundhed eller mentalt velvære, herunder studier der inddrager indikatorer på positiv mental sundhed så som *livstilfredshed*, *livskvalitet* og *mentalt velbefindende*. Negative mentale sundhedsindikatorer, herunder symptomer på depression, angst, stress og ensomhed er ligeledes inkluderet, hvis de havde et universelt eller målrettet fokus. Studier med fokus på kliniske grupper er altså ekskluderet. Detaljerne for søgestrategien er beskrevet i Appendiks⁷.

Boks 5:**Resultater fra den systematiske litteratursøgning**

Samlet set blev der identificeret 3512 artikler i PubMed og PsycINFO på baggrund af de definerede søgekriterier (jf. Appendiks). Artiklerne inkluderer randomiserede kontrollerede studier (RCT), meta-reviews, systematiske reviews og meta-analyser. På baggrund af artiklernes titler blev 582 artikler fundet relevante. Efter gennemlæsning af artiklernes abstracts blev 432 studier ekskluderet. Af de resterende 150 studier, hvis fulde tekst blev gennemlæst, levede 48 RCT studier op til inklusionskriterierne. Dernæst blev referencelisterne i meta-reviews, de systematiske reviews og metaanalyserne gennemgået med det formål at identificere yderligere studier af relevans for de opstillede inklusionskriterier. På den baggrund identificeredes yderligere 10 RCT studier, hvilket i alt efterlod 58 studier til kvalitetsvurderingen.

Ud fra kvalitetsvurderingen af de 58 artikler blev 23 studier vurderet til at være af god kvalitet, 30 studier af moderat kvalitet, mens fem studier blev vurderet til at være af dårlig kvalitet.

De fem studier af dårlig kvalitet blev ekskluderet, hvilket efterlod i alt 53 RCT studier i det systematiske litteraturstudie. Til trods for at 53 studier blev vurderet til at være af høj eller moderat kvalitet, var en del studier baseret på relativt små studiepopulationer. Det skyldes, at det anvendte kvalitetsvurderingsværktøj, EPHPP, ikke tog højde for lige netop studiepopulationens størrelse, hvorfor en del studier med få deltagere blev inkluderet i den systematiske litteraturgennemgang.

De enkelte artikler samt indsatserne er beskrevet i detaljer i Appendiks.

3.2 Kvalitetsvurdering

Der blev gennemført en kvalitetsvurdering af de identificerede studier på baggrund af retningslinjerne fra *The Effective Public Health Practice Project (EPHPP)* og med udgangspunkt i *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies Dictionary* (Effective Public Health Practice Project (EPHPP), 2009). Artiklerne blev kvalitetsvurderet ud fra seks kriterier:

⁷ Appendiks kan rekvireres hos Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet www.susa.au.dk

- grad af selektionsbias
- studiedesign
- confoundere
- blinding
- dataindsamlingsmetode
- bortfald

Baseret på hver af de seks kriterier blev studierne kvalitet overordnet vurderet som enten *god*, *moderat* eller *svag*. Studier, hvis kvalitet var moderat eller god, blev inkluderet i den systematiske litteraturgennemgang. Studierne blev ekskluderet fra den endelige gennemgang, hvis de samlet blev vurderet til at være af svag kvalitet⁸.

⁸ Tabellerne vedr. kvalitetsvurderingen kan rekvireres ved at kontakte Center for Sundheds-samarbejde ved Aarhus Universitet www.susa.au.dk

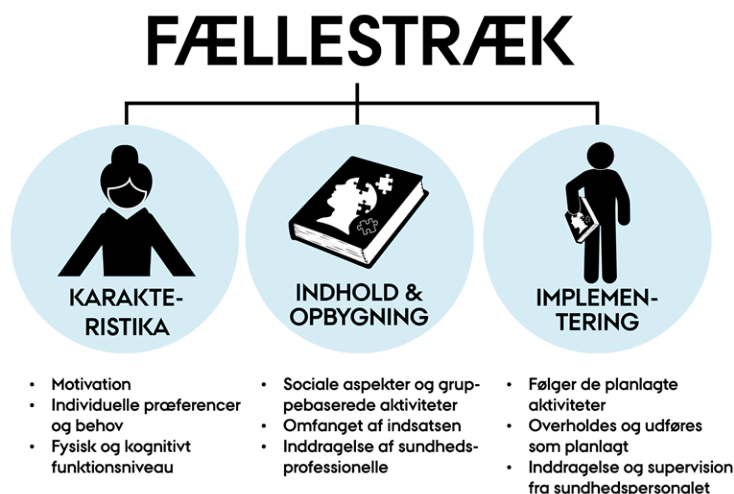
4. Indsatser der styrker ældres mentale sundhed

I kapitel 4 præsenteres resultaterne af litteraturstudiet. 4.1 redegør for resultater fra studier af individrettede indsatser med fokus på de ældre selv - uafhængigt af om de bor i egen bolig eller i plejebolig. En række fællestræk, som har betydning for indsatsernes effekt, er identificeret i forhold til: 1) Karakteristika hos den ældre, 2) Indhold og opbygning af indsatsen samt 3) Implementering af indsatsen. 4.2 præsenterer resultater fra studier af indsatser i hjemmeplejen.

I litteraturstudiet blev der identificeret 53 RCT studier rettet mod at fremme ældres mentale sundhed eller forebygge mentale problemer. Mens 50 studier havde fokus på ældre i egen bolig eller på plejehjem, havde tre studier fokus på restrukturering af indsatser i hjemmeplejen. Ingen af de 53 indsatser blev evalueret i mere end et enkelt studie og er dermed ikke evalueret på tværs af flere forskellige studiepopulationer. På den baggrund foreligger der altså ikke et kvalificeret vidensgrundlag for at fremhæve enkelte indsatser frem for andre. Der er imidlertid en række fællestræk, der går på tværs af de inkluderede indsatser, som synes at have betydning for, hvorvidt der opnås en positiv effekt af en given indsats.

4.1 Individrettede indsatser

Tre fællestræk gik på tværs af studierne og synes at have en betydning for, hvorvidt der opnås en positiv effekt af en given indsats. Disse kan underinddeles i: 1) **Karakteristika hos den ældre**; 2) **Indhold og opbygning af indsatsen**; og 3) **Implementering af indsatsen**.



4.1.1 Karakteristika hos den ældre

På tværs af de inkluderede studier ses en tendens til, at effekten af indsatser afhænger af specifikke karakteristika hos ældre mennesker, som indsatsen er rettet mod. Det er forhold som motivation, individuelle præferencer og behov, samt den ældres kognitive, fysiske og helbreds-mæssige funktionsniveau.

Karakteristika hos den ældre:

- Motivationen hos ældre mennesker er essentiel for, om en indsats har en positiv effekt på deres mentale sundhed
- Indsatserne skal tilpasses den enkelte ældres individuelle præferencer og behov
- Essentielt at indsatserne tilpasses den enkelte ældres fysiske, kognitive og helbreds-mæssige funktionsniveau
- Ældres mentale sundhed før indsatsen er afgørende for effekten

Den ældres motivation er essentiel for om en indsats virker

Af litteraturstudiet fremgår det, at motivationen er helt central for effekten af en indsats. Hvis den ældre ikke er motiveret for at deltage i et givent tilbud, vil indsatsen ikke have den ønskede effekt. I flere studier sås en tendens til, at når ældre i høj grad var motiverede og engagerede,

de, og derved i et større omfang deltog i indsatsen, blev der fundet en positiv effekt på deres mentale sundhed (Creswell et al., 2012; Dear et al., 2015; Latorre et al., 2015; Spek et al., 2008; Spek et al., 2007; Westerhof, Bohlmeijer, van Beljouw, & Pot, 2010). Modsat, hvis de ikke var motiverede og derfor ikke deltog, sås ingen positiv effekt af indsatserne (Bøen, Dalgard, Johansen, & Nord, 2012).

Det er desuden centralt, at ældre kan se sig selv i, og se en mening med, de indsatser de deltager i. Hvis de kan det, så er det mindre væsentligt, i hvilken form den bliver leveret, herunder om der er tale om individuelle-, gruppe- eller internetbaserede indsatser. En række studier viste positive effekter på tværs af indsatstyper, og altså en positiv effekt af indsatser tilrettelagt som både individuelle forløb (Latorre et al., 2015; Scogin, Moss, Harris, & Presnell, 2014; van't Veer-Tazelaar et al., 2009), gruppeforløb (Chippendale & Boltz, 2015; Korte et al., 2015; Moss et al., 2015; Westerhof et al., 2010) og internetbaserede forløb (Dear et al., 2015; Spek et al., 2008; Spek et al., 2007). Med andre ord er det altså den enkelte ældres motivation og engagement, der er central for den positive effekt.

Eksempelvis har flere *life-review* indsatser, eller indsatser med komponenter fra disse indsatstyper, vist sig at have en positiv effekt på ældre menneskers mentale sundhed, herunder på angst- og depressionssymptomer (se boks 6) (Chippendale & Boltz, 2015; Korte et al., 2015; Westerhof et al., 2010). Disse indsatser har fokus på de enkeltes livshistorier, egne oplevelser og refleksioner. På denne måde kan den enkelte ældre "se sig selv" i indsatsen, og indsatsen bliver herved mere meningsfuld og relevant for den enkelte.

Litteraturstudiet indikerede i forlængelse heraf en tendens til, at flere mænd end kvinder ikke gennemfører indsatserne (Chippendale & Boltz, 2015; Creswell et al., 2012). Der kan være flere årsager til dette. En årsag kan være, at netop fordi mændene er i mindretal, har de svært ved at se sig selv i indsatserne, fordi de derfor ikke får socialt udbytte af at deltage i indsatserne. En anden årsag kan være, at selve indholdet er målrettet kvinder. Et eksempel er yoga- og mindfulness indsatsen *Mindfulness-Based Stress Reduction*, som er en manualbaseret meditationsindsats med elementer af yoga og udstræk (Creswell et al., 2012). Måske appellerer indholdet i denne indsats i mindre grad til mænd, og derfor er de ikke tilstrækkeligt motiverede til at gennemføre forløbet.

Indsatsernes skal tilpasses ældres præferencer og behov

Der ses en tendens til, at der er en positiv effekt af at tilpasse indsatsen løbende efter præferencer og behov. Et studie af indsatsen *Lifestyle Redesign Intervention*, fandt en positiv effekt på ældres livskvalitet, depressive symptomer samt mentale og psykosociale trivsel. Denne indsats har til formål at ændre ældre menneskers livsstil med fokus på en helhedsorienteret tilgang. Indsatsen består både af gruppe- og individuelle sessioner og inddrager netop den ældres egne præferencer under udformningen af personlige mål for en sundere livsstil og sundere rutiner i hverdagen (Clark et al., 2012)

Indsatserne skal tilpasses den enkelte ældres funktionsniveau

Flere studier finder god effekt ved løbende tilpasning til deltagernes specifikke fysiske, kognitive og helbredsmæssige funktionsniveau (Awick et al., 2015; Gudlaugsson et al., 2012). Omvendt ses også en tendens til, at de programmer, der ingen effekt finder, ofte ikke har tilpasset programmet til den enkelte deltagers fysiske eller sundhedsmæssige niveau (Nicholson, McKean, & Burkett, 2014).

Eksempelvis finder flere studier med fokus på fysisk aktivitet god effekt ved løbende tilpasning til deltagernes funktionsniveau (Awick et al., 2015; Gudlaugsson et al., 2012). Et eksempel er indsatsen *Walking group intervention*, der har fokus på gang. I de første syv uger steg intensitet fra 10 minutters gang til 40 minutters gang. Alle deltagerne havde desuden en pulsmåler på, og blev opfordret til at blive inden for 50-60% af deres maksimale pulsreserve i de første syv uger og derefter inden for 65-75% af deres maksimale pulsreserve de resterende uger (Awick et al., 2015). Studiet viste, at indsatsen havde en positiv effekt på deltagernes livskvalitet. Et andet eksempel er indsatsen *High-Intensity Exercise Program*, som består af øvelser, der er sammensat og varetaget af en fysioterapeut og individualiseret på baggrund af den enkeltes funktionsniveau. Denne indsats havde en positiv effekt på ældres fysiske funktionsniveau og træthed (Lindelöf et al., 2013).

Studier peger i øvrigt på, at intensiv fysisk træning for nogle ældre kan opleves som overvældende hårdt, hvis ikke det er tilpasset deres individuelle niveau. Det kan forårsage reduceret motivation og større deltagerfravald (Solberg et al., 2013). Er aktivitetsindsatsen derimod slet ikke eller kun lidt udfordrende, kan det også virke demotiverende og derved heller ikke have den ønskede effekt (Resnick et al., 2009).

Det er herudover vigtigt at tilpasse indsatsen til deltagernes kognitive funktionsniveau. Et studie rapporterede, at ældre med et højt kognitivt funktionsniveau havde gavn af en indsats målrettet fysisk aktivitet, mens ældre med forringet kognitivt funktionsniveau oplevede en negativ effekt af indsatsen både på deres fysiske funktionsniveau og depressionssymptomer (Kerse et al., 2008).

Boks 6

Psykologiske orienterede indsatser:

Fokus for disse indsatser er ofte målrettet ældre mennesker med forhøjede symptomer på eksempelvis angst og depression. Indsatserne har til hensigt at forebygge udviklingen og/eller forværringen af psykiske symptomer.

Et eksempel på en psykologisk orienteret indsats er:

The Stories We Live By

Indsatsen er en gruppebaseret *life-review*-indsats, hvor den enkelte deltager foretager en struktureret evaluering af sit eget liv med fokus på udfordrende oplevelser fra fortiden. Herunder at identificere positive begivenheder og tillægge livet positiv mening.

Selve indsatsen består af otte sessioner af to timers varighed med fokus på udfordrende livsbegivenheder og udvikling af meningsfulde livshistorier, med det formål at hjælpe deltagerne med at mestre deres nuværende livssituation og sætte nye mål i livet. Deltagerne kan diskutere målsætningerne med de andre deltagere i gruppen. Hver session har fokus på forskellige livstemaer, så som ungdom, arbejde og kærlighed.

Sessionerne bliver vejledt af en klinisk psykolog og en terapeut. Psykologen og terapeuten har forud for indsatsen deltaget i to dages uddannelsesforløb i den specifikke metode (Korte, Majo, Bohlmeijer, Westerhof, & Smit, 2015).

Ældres mentale sundhed før indsatsen er afgørende for effekten

I hvilket omfang den ældre oplever psykiske vanskeligheder inden igangsættelsen af en indsats har betydning for, om de opnår en gavnlig effekt, efter at indsatsen er afsluttet.

Flere studier peger på, at det oftest er ældre med nedsat subjektivt velbefindende eller forringet livskvalitet inden indsatsens start, der har mest gavn af indsatsen. Dette gør sig gældende både for indsatser, der har fokus på fysisk aktivitet (Awick et al., 2015; Solberg et al., 2013), og indsatser der er psykologisk orienterede (Chippendale & Bear-Lehman, 2012; Chippendale & Boltz, 2015). Samtidig er der en tendens til, at der i mindre grad er en gavnlig effekt af indsatserne for ældre, som trives

og oplever god livskvalitet ved indsatsens start (Awick et al., 2015; de Vreede et al., 2007; Kolt, Schofield, Kerse, Garrett, & Oliver, 2007; Koschwanez et al., 2013; Latorre et al., 2015).

4.1.2 Indhold og opbygning

Litteraturstudiet viser, at det specifikke indhold og selve opbygningen af en given indsats har betydning for, hvor godt den virker på ældres mentale sundhed.

Indsatsens indhold og opbygning af indsatsen:

- Indsatser, der indeholder sociale elementer eller er gruppebase-rede, har en positiv effekt på ældres mentale sundhed
- Omfanget af indsatsen har betydning for, hvor gavnlig effekten er på ældres mentale sundhed
- Gavnlig effekt af at inddrage sundhedsprofessionelle i indsatsen

Fokus på sociale elementer og gruppebaserede indsatser

Af litteraturstudiet fremgår en tendens til, at indsatser der indeholder sociale aktiviteter, typisk gennem gruppeaktiviteter påvirker ældre menneskers mentale sundhed positivt. Der ses en tendens til, at indsatser, der er gruppebaserede eller indeholder sociale elementer, har en positiv effekt, hvad enten der er tale om fysiske, kognitive, eller psykologiske indsatser. De sociale elementer bidrager til, at ældre mennesker finder indsatserne mere meningsfulde og dermed får en positiv betydning for deres subjektive livskvalitet og livstilfredshed (Chippendale & Boltz, 2015; Clark et al., 2012; Creswell et al., 2012; Flegal, Kishiyama, Zajdel, Haas, & Oken, 2007; Oken et al., 2006; Routasalo, Tilvis, Kautiainen, & Pitkala, 2009).

- **Gruppeorienterede indsatser er generelt effektive**

Flere studier finder, at indsatser rettet mod fysisk aktivitet har en positiv effekt på ældres livskvalitet og subjektive velbefindende, når indsatserne finder sted i grupper (Albinet, Abou-Dest, André, & Audiffren, 2016; Awick et al., 2015; Creswell et al., 2012; Cruz-Ferreira, Marmeleira, Formigo, Gomes, & Fernandes, 2015; Dorgo, Robinson, & Bader, 2009). Omvendt ses det, at individuelle fysiske indsatser kan have en effekt på deltagernes fysiske funktionsniveau, men ikke på deres mentale sundhed (Clegg, Barber, Young, Iliffe, & Forster, 2014; Kolt et al., 2007; Morgan, Tobar, & Snyder, 2010; Nicholson et al., 2014). Hvis man vil fremme deltager-

nes mentale sundhed, er det altså centralt at tilbud om fysisk aktivitet udbydes i gruppe snarere end individuelt.

Et eksempel er indsatsen *Prescribed 10,000 steps/day intervention*, som er en indsats, hvor deltagerne individuelt skal gå 10.000 skridt om dagen. Indsatsen viste kun positiv effekt på antal skridt om dagen, men ikke på de ældres mentale sundhed (Morgan et al., 2010).

Et andet eksempel er den psykologisk orienterede indsats *Share your life story*, som består af skriveworkshops for ældre på plejehjem. Her blev deltagerne opmuntret til at skrive historier om deres eget liv. I løbet af hver workshop læste de deres historier højt og talte om dem med de andre deltagere. Et studie fandt, at ældre, der havde modtaget indsatsen, fik reduceret deres depressive symptomer signifikant sammenlignet med kontrolgruppens deltagere (Chippendale & Bear-Lehman, 2012).

- **Fokus på det sociale miljø på plejehjem virker effektivt**

Der ses en tendens til, at de indsats, som direkte eller indirekte fremmer de sociale fællesskaber og det sociale miljø på plejehjemmene, har en positiv effekt (Chippendale & Bear-Lehman, 2012; Konnert, Dobson, & Stelmach, 2009; Lindelöf et al., 2013; Robinson et al., 2013).

Indsatsen *sælrobotten Paro* er et eksempel herpå (se Boks 7). Indsatsen bestod i, at ældre på plejehjem skulle interagere med sælrobotten Paro i en periode. Et studie fandt, at ældre der interagerede med Paro, reducerede deres følelse af ensomhed og samtidig blev det sociale miljø på plejehjemmene forbedret (Robinson et al., 2013).

Boks 7

Socialt orienterede indsatser

Socialt orienterede indsatser har til formål at forebygge ensomhed og depression og fremme social støtte blandt ældre mennesker.

Et eksempel på en socialt orienteret indsats er:

Sælrobotten Paro

Paro er en robotsælunge udviklet i Japan, som er designet således, at den reagerer, ligner og bevæger sig på samme måde som en rigtig sælunge. Indsatsen har til formål at forebygge ensomhed, reducere depression og fremme fællesskabet på plejehjem. Den har til hensigt at forbedre kontakten mellem beboerne, samt mellem plejepersonalet og de ældre på plejehjemmene. Indsatsen består i sin enkelthed af, at ældre skal interagere med sælrobotten Paro (Robinson, MacDonald, Kerse, & Broadbent, 2013).

Omfanget af indsatsen spiller en rolle

Af litteraturstudiet fremgår det, at omfanget af indsatsen har betydning for, hvor gavnlig effekten er på ældres mentale sundhed.

- ***Indsatsens omfang skal tilpasses ældres funktionsniveau***

På tværs af studierne ses en tendens til, at indholdet af indsatserne skal tilpasses deltagernes fysiske og kognitive funktionsniveau. Med andre ord er der bedre effekt af mere omfangsrige indsatser for ældre, der bor i egen bolig, som oplever et relativt højt funktionsniveau, mens simple indsatser typisk vil være at foretrække for ældre, der bor på plejehjem.

Flere studier peger på, at omfangsrige indsatser - dvs. indsatser som indeholder flere aktiviteter og tidsmæssigt strækker sig over en længere periode - har en positiv effekt på ældres mentale sundhed (Albinet et al., 2016; Chippendale & Boltz, 2015; Clark et al., 2012; Creswell et al., 2012; Gudlaugsson et al., 2012; King et al., 2012; Markle-Reid et al., 2006). Dette er eksempelvis tilfældet ved den rammesættende indsats *Lifestyle Redesign Intervention* (se Boks 8), som har vist at have en signifikant positiv effekt på ældres mentale sundhed, herunder på livskvalitet og trivsel (Clark et al., 2012; King et al., 2012).

De mere intensive og omfangsrige indsatser med fokus på fysisk aktivitet, har også vist en positiv effekt på ældres mentale sundhed sammenlignet med de mere simple indsatser, der kun indeholder en enkelt aktivitet og kun foregår over en kort periode. I dette tilfælde er der altså bedst effekt af de omfangsrige indsatser, der indebærer træning på flere måder (variation af styrke, puls, funktionalitet), eller som foregår i flere sammenhænge (ude i grupper og alene i hjemmet) (Albinet et al., 2016; Creswell et al., 2012; Gudlaugsson et al., 2012).

Et eksempel er indsatsen *BodyBalance® training*, hvor der ingen effekt bliver fundet på ældres mentale sundhed. Denne indsats bestod kun i, at deltagerne fik fri adgang til et fitnesscenter og blev opfordret til at deltage i to hold om ugen over en 12 ugers periode (Nicholson et al., 2014).

Boks 8**Rammesættende indsatser**

Rammesættende indsatser er indsatser, der har fokus på ældre ud fra et helhedsorienteret perspektiv. Udgangspunkt for indsatsen er den enkelte borgers eget liv, behov og sundhedstilstand.

Indsatserne integrerer flere dimensioner af sundhed - herunder fokus på både fysiske, mentale, psykosociale og kognitive dimensioner.

Rammesættende indsatser er rettet mod, hvordan man kan hjælpe den enkelte med at strukturere sin dagligdag.

Et eksempel på en rammesættende indsats er:

Lifestyle Redesign Intervention

Dette er en rammesættende indsats, der har til formål at forbedre ældres mentale sundhed gennem ændring af deres livsstil. Indsatsen indebærer ugentlige gruppe- og individuelle sessioner ledet af en ergoterapeut. Indsatsen inkorporerer fysiske og mentale aktiviteter i hverdagen og har fokus på, at ældre skal blive mere bevidste om dagligdagsrutiner så som transportforbrug, sikkerhed i hjemmet samt at ændre de u hensigtsmæssige vaner og sætte mål for nye mere sunde rutiner. Derudover er der fokus på sociale faktorer så som, at ældre skal opbygge relationer gennem sociale aktiviteter og på at håndtere sorg i forbindelse med tab af nære relationer. I de individuelle sessioner er der mulighed for at gå i dybden med emnerne fra gruppesessionerne eller få hjælp til at sætte personlige mål af ergoterapeuten. Ergoterapeuten har desuden til opgave at støtte, hjælpe og guide den ældre mod en mere sund livsstil (Clark et al., 2012).

En lignende tendens blev fundet for de psykologisk orienterede indsatser (de Medeiros, Mosby, Hanley, Pedraza, & Brandt, 2011; Koschwanez et al., 2013; Kremers, Steverink, Albersnagel, & Slaets, 2006; Martina & Stevens, 2006). Et studie der undersøgte effekten af indsatsen *Autobiographical writing workshop intervention*, der

består af en række ugentlige skriveworkshops, fandt ingen effekt af indsatsen, sandsynligvis af den grund at deltagerne mistede motivationen, da det var det samme indhold i sessionerne uge efter uge (de Medeiros et al., 2011). Et andet eksempel er indsatsen *Expressive Writing* der består af, at deltagerne i tre sammenhængende dage i 20 minutter om dagen skal skrive om de mest traumatiske oplevelser i deres liv. Et studie fandt ingen signifikante effekter af indsatsen på ældres mentale sundhed (Koschwanez et al., 2013).

Igen er det dog vigtigt at holde sig for øje, hvem målgruppen er, da de større og mere omfangsrige indsatser for nogle kan virke for uoverkommelige og dermed medvirke til, at nogle holder sig fra at

deltage eller trækker sig undervejs i forløbet. Et studie fandt netop, at en omfangsrig indsats fik en større andel ældre til slet ikke at deltage eller at droppe ud af indsatsen grundet indsatsens omfang. I studiet skulle deltagerne både være del af en række hyppige gruppemøder af 3-4 timers varighed, og del af et fysisk træningsprogram (Bøen et al., 2012).

- **Ældre på plejehjem oplever en positiv effekt af simple indsatser**

I modsætning til de indsatser der er rettet mod ældre mennesker i egen bolig, ses der umiddelbart ingen tendens til, at de indsatser, der er mere omfangsrige, har bedre effekt blandt ældre på plejehjem. Et studie, der undersøgte et *whole-home* program, hvor man engagerede alle medarbejdere og plejehjemsbeboere, fandt ingen effekt på ældres mentale sundhed (Underwood et al., 2013). Derimod indikerede andre mere simple indsatser - herunder implementering af en sælrobot, en kanarieflugt, eller det at skrive historier - en positiv effekt på plejehjemsbeboernes psykosomatiske status, depressions- og angstsymptomer, samt livskvalitet (Chippendale & Bear-Lehman, 2012; Colombo, Buono, Smania, Raviola, & De Leo, 2006; Robinson et al., 2013).

De sundhedsprofessionelles rolle er vigtig

Af litteraturstudiet fremgår en tendens til, at de sundhedsprofessionelle har en vigtig rolle i forhold til indsatsernes effekt på ældres mentale sundhed:

- **Løbende supervision og feedback fra de sundhedsprofessionelle er effektivt.**

Flere undersøgelser viser, at indsatser der omfatter løbende supervision og feedback fra sundhedsprofessionelle til ældre har en gavnlig effekt på deres mentale sundhed (Chippendale & Bear-Lehman, 2012; Chippendale & Boltz, 2015; Cruz-Ferreira et al., 2015; Wolinsky et al., 2010; Wolinsky, Unverzagt, Smith, Jones, Stoddard, et al., 2006; Wolinsky, Unverzagt, Smith, Jones, Wright, et al., 2006; Wolinsky et al., 2009)

Eksempelvis fandt et studie, der undersøgte tre indsatser med fokus på at fremme ældres kognitive funktionsniveau, kun en effekt af den ene indsats. Det kan skyldes, at det var den eneste af de tre indsatser, der havde indlejret konkret feedback fra en sundhedsprofessio-

nel i løbet af sessionerne (Wolinsky et al., 2010; Wolinsky, Unverzagt, Smith, Jones, Stoddard, et al., 2006; Wolinsky, Unverzagt, Smith, Jones, Wright, et al., 2006; Wolinsky et al., 2009).

Omvendt fandt et studie af indsatsen *Telecognitio*[®] ingen effekt på ældres mentale sundhed, selvom deltagerne ved første session blev superviseret og instrueret af en terapeut (se boks 9). Men under de resterende sessioner kontrollerede terapeuten blot, at deltagerne udførte indsatsen fyldestgørende. Der var ingen egentlig supervision i resten af forløbet. Dette indikerer, at det er vigtigt, at supervisionen ikke kun foregår i starten af forløbet, men finder sted løbende (Millán-Calenti et al., 2015).

- **Hyppig kontakt til sundhedsprofessionelle har en positiv effekt**

En række studier peger på, at indsatser, der omfatter hyppig kontakt til sundhedsprofessionelle, har en positiv effekt på ældres mentale sundhed (Clark et al., 2012; Dear et al., 2015; King et al., 2012; Markle-Reid et al., 2006). Denne kontakt kan enten tage form af et besøg i den ældres hjem eller af løbende telefonisk kontakt med den ældre. Sådant løbende og hyppig kontakt kan fremme motivationen og engagementet hos ældre og samtidig støtte dem i at blive mere selvhjulpne.

Boks 9

Kognitivt orienterede indsatser

De kognitivt orienterede indsatser har til hensigt at forebygge en reduktion af og fremme ældres kognitive funktionsniveau.

Et eksempel på en kognitivt orienteret indsats er:

Telecognitio[®]

Indsatsen er et computerbaseret interaktivt kognitivt træningsprogram, som har til formål at forebygge en svækkelse af ældre menneskers kognitive funktionsniveau. Indsatsen varer i 12 uger og består af sessioner, hvor deltagerne skal løse forskellige opgaver. Hver session varer omkring 20 minutter og bliver leveret individuelt. Opgaverne har fokus på otte kognitive områder, heriblandt hukommelse, opmærksomhed, sprog, hovedregning, orientering og opfattelse. Deltagerne bliver ved første session superviseret og instrueret af en terapeut (Millán-Calenti et al., 2015).

Et studie fandt eksempelvis en positiv effekt på ældres depressions- og angstsymptomer af den internetbaserede indsats *Managing Stress and Anxiety Course*. I løbet af indsatsen havde deltagerne ugentlig kontakt med en terapeut og modtog e-mails løbende, som

skulle huske dem på at vedligeholde deltagelsen i indsatsen (Dear et al., 2015).

4.1.3 Implementering

Litteraturstudiet viser, at selve implementeringen af indsatsen har betydning for, hvor effektiv den er.

Implementering:

- Det er centralt at deltagerne følger de planlagte aktiviteter
- Det har betydning, i hvilket omfang, deltagerne overholder og udfører de programlagte aktiviteter i indsatsen.
- Essentielt for indsatsens effekt at sundhedspersonalet inddrages og bidrager med supervision i projektet

Overholdelse af indsatsen

Generelt ses en tendens til, at i de studier, hvor indsatsen nøje er blevet fulgt og overholdt, ses en positiv effekt.

- **Øget deltagelse i indsatserne virker positivt**

Der ses en tendens til, at deltagelse og engagement fremmer effekten, dvs. jo mere ældre deltager aktivt i indsatserne, des bedre er effekten af indsatserne. I flere studier blev der fundet, at de der deltog mere opnåede en bedre effekt af en given indsats sammenlignet med de, der i mindre grad deltog. I nogle tilfælde blev der rapporteret om ingen effekt for ældre, der kun deltog i begrænset omfang (Chippendale & Bear-Lehman, 2012; Cichocki et al., 2015; Kerse et al., 2008; Konnert et al., 2009; Peri et al., 2008).

Eksempelvis undersøgte et studie effekten af indsatsen *Coping with Stress in Seniors*, der er en kognitiv adfærdsterapeutisk indsats, der har til formål at forebygge og reducere depression blandt plejehjemsbeboere. Et studie rapporterede, at de deltagere, der i højere grad lavede deres hjemmearbejde, havde mere gavn af indsatsen end de, der kun lavede deres hjemmearbejde i mindre grad (Konnert et al., 2009).

I forlængelse heraf undersøgte man i et andet studie effekten af *Preventive senior centre group programme*, der er et socialt program med fokus på at fremme social støtte og livskvalitet samt forebygge

depressive symptomer. Her fandt man ingen positiv effekt, sandsynligvis grundet ringe deltagelse og et stort frafald (Bøen et al., 2012).

Sundhedspersonalets inddragelse har betydning for indsatsens effekt

Flere studier peger på, at inddragelsen af sundhedspersonalet har en positiv effekt for effekten af indsatserne.

På plejehjemmene kan det, som led i implementeringen, have en positiv effekt, hvis personalet er engagerede og deltager aktivt i indsatsen (Cichocki et al., 2015; Konnert et al., 2009; Peri et al., 2008; Underwood et al., 2013). Et studie fandt en positiv effekt af indsatsen *Coping with Stress in Seniors* på plejehjembeboernes depressive symptomer. I indsatsen indgik plejepersonalet aktivt i form af at stå for at koordinere og arrangere indsatsforløbet (Konnert et al., 2009).

Derimod fandt et andet studie, som undersøgte en indsats på et plejehjem *Repetitive Activities of Daily Living (ADL) Programme*, hvor plejepersonalet aktivt var med i implementeringen, ingen positive effekter på ældres mentale sundhed. Dette kan skyldes, at ældre på plejehjemmene i lav grad overholdt indsatsens aktiviteter. Beboerne gav udtryk for, at det ikke var efter eget ønske at de ikke overholdt indsatsens aktiviteter, men at det snarere var på grund af plejepersonalet (Peri et al., 2008). I forlængelse heraf fandt et tredje studie, at en *“whole-home” exercise intervention* ingen effekt havde. Dette formentlig fordi kun halvdelen af plejehjemsmedarbejderne aktivt deltog i indsatsen (Underwood et al., 2013).

4.2 Indsatser i hjemmeplejen

Mens indsatserne ovenfor havde fokus på den enkelte ældre, har resultaterne fra indeværende afsnit fokus på indsatser i hjemmeplejen og fokus på, hvordan indsatser i hjemmeplejen kan udføres på en anden måde, så det øger den mentale sundhed hos ældre.

Strukturering af indsatser i hjemmeplejen:

- Der bør tages udgangspunkt i egne målsætninger
- Der bør udarbejdes individuelle støtte- og helbredsplaner
- Essentielt at hjemmeplejeudbyderen er helt klar til implementering, før de nye indsatser iværksættes



- Egne målsætninger
- Individuelle støtte- og plejeplaner
- Klar til implementering

Indsatser med udgangspunkt i ældres egne målsætninger har positiv effekt

Flere studier peger på en positiv effekt af indsatser, der sætter individualiserede mål for hjemmeplejen for den enkelte ældre. Herunder at den ældre aktivt er involveret i udformningen af målsætningerne baseret på den enkelte ældres livssituation, præferencer og behov (Clark et al., 2012; King et al., 2012; Markle-Reid et al., 2006).

Undersøgelser viser derudover, at det er vigtigt, at målsætningerne er fleksible, og at der med fordel kan arbejdes med delmålsætninger, så-

ledes at disse kan justeres løbende alt efter behov (Clark et al., 2012; King et al., 2012; Markle-Reid et al., 2006; Stolle, Wolter, Roth, & Rothgang, 2015). At indsatserne er baseret på ældres egne målsætninger øger ligeledes sandsynligheden for, at de i højere grad følger og gennemfører indsatserne (King et al., 2012).

Udarbejdelse af individuelle støtte- og helbredsplaner

Et eksempel på gevinsten ved at udarbejde individuelle planer ses i indsatsen *Restorative home care service*, der netop tager udgangspunkt i ældres egne målsætninger (se boks 10). Indsatsen består blandt andet i, at ældre i samarbejde med en erfaren sygeplejerske identificerer kortsigtede og langsigtede mål for dagligdagsaktiviteter og livskvalitet. Herudfra bliver der udarbejdet en støtteplan, der inkorporerer specifikke øvelser relateret til aktiviteter i hverdagen. I et studie fandt man en positiv effekt på ældres livskvalitet, samtidig med at de efter interventionen modtog mindre pleje og var blevet mere selvhjulpne (King et al., 2012). Desuden fandt et par studier, at det var særlig fordelagtigt at udarbejde støtte- eller helbredsplaner, der også inkorporerede sociale elementer. Det kunne være at opfordre ældre til at tage del i en social aktivitet eller sætte mål om, at den ældre skulle opsøge forskellige sociale fællesskaber i lokalområdet (King et al., 2012; Markle-Reid et al., 2006).

Bedre implementering af en indsats giver bedre effekter

Implementeringen spiller en vigtig rolle, særligt for de indsatser der er mere omfangsrige og dermed mere ressourcekrævende. Et studie undersøgte effekten af indsatsen *Resident Assessment Instrument – Home Care* på blandt andet ældres funktionsniveau og livskvalitet og undersøgte derudover, hvorledes effekten afhænger af graden af implementering. Der var tendens til, at hvor indsatsen ikke var implementeret fyldestgørende, havde ældre oplevet en forværring i deres fysiske funktionsniveau og livskvalitet. Omvendt havde ældre oplevet en forbedring i funktionsniveau og livskvalitet, hvor indsatsen var blevet implementeret optimalt (Stolle et al., 2015).

Boks 10**Indsatser i hjemmeplejen**

Indsatser i hjemmeplejen har til hensigt at fremme den mentale sundhed og forbedre funktionsevnen blandt ældre, der modtager hjemmepleje. Ofte er formålet med indsatserne, at ældre skal blive mere uafhængige i hverdagen.

Et eksempel på en indsats i hjemmeplejen er:

Restorative home care service:

Indsatsen har til formål at genopbygge og vedligeholde ældre menneskers funktionsevne. Udgangspunktet for indsatsen er, at der udarbejdes en individualiseret plan, der tager udgangspunkt i den enkeltes egne målsætninger i hverdagen. Mens udgangspunktet for almindelig hjemmepleje er, at personalet gør rent, laver mad og udfører personlig pleje for de ældre, er formålet med indsatsen, at plejepersonalet udfører disse opgaver *sammen med dem*.

Et centralt element i indsatsen er at plejepersonalet modtager forbedret og omfattende uddannelse og supervision. Uddannelsen består af to omfattende kurser, der er baseret på filosofien bag *restorative care* (genopbyggende pleje), som specifikt er udviklet til at fremme ældres uafhængighed. Begge kurser består af ni moduler, som afholdes af en koordinator – en erfaren sygeplejerske - der forinden selv har været igennem et oplæringsforløb.

Som en del af indsatsen får ældre indledningsvist foretaget en helbreds-vurdering af koordinatoren, med udgangspunkt i redskabet *TARGET (Towards Achieving Realistic Goals in Elders Tool)*. Redskabet er designet til at identificere personlige kortsigtede og langsigtede mål for blandt andet dagligdagsaktiviteter, eksempelvis at kunne bowle igen eller at lave frokost til kortklubben. Målene bliver fastlagt i samarbejde med koordinatoren. Herudfra udarbejdes en støtteplan, der inkorporerer specifikke øvelser relateret til aktiviteter i hverdagen, og som kan instruere plejepersonalet i at støtte og opmuntre ældre til at opnå målene. Udover en indledende helbreds-vurdering har koordinatoren hver tredje måned konsultationer med modtagerne af indsatsen, samt en fyldestgørende helbreds-vurdering efter et år (King, Parsons, Robinson, & Jörgensen, 2012).

5. Danske indsatser

I kapitel 5 præsenteres en kortlægning af danske indsatser til at fremme ældre menneskers mentale sundhed. Kortlægningen synliggør de mange forskellige indsatser, der findes i Danmark samt identificerer de tendenser, der er i forhold til udbuddet af indsatser.

Selvom alle studier i det systematiske litteraturstudie var af vestlig oprindelse, var ingen af studierne udført i Danmark, og kun få var fra Skandinavien. Det skyldes angiveligt, at litteraturstudiet kun omfatter videnskabelige studier, der er publiceret i internationale tidsskrifter efter højeste niveau af videnskabelig praksis. Det gerontologiske område har i en dansk kontekst kun haft lille bevågenhed, og politisk har der de senere år primært været fokus på pleje og omsorg. Måske er der netop derfor heller ingen danske videnskabelige studier med fokus på fremme af mental sundhed hos den ældre del af befolkningen, der ikke er plejekrævende.

Som supplement til den videnskabelige litteratursøgning blev der derfor gennemført en ikke-systematisk afdækning af, hvilke indsatser der findes til at understøtte ældre menneskers mentale sundhed i Danmark⁹.

Formålet med kortlægningen var:

- at skabe et indblik i, hvad der findes af indsatser i Danmark til at understøtte ældre menneskers mentale sundhed
- at få et overblik over i hvilket omfang de danske indsatser bygger på resultaterne fra videnskabelig studier og teoretiske modeller, og hvad der findes af evidens for de danske indsatser
- at synliggøre de mange forskellige indsatser, der findes til inspiration for kommuner og andre aktører på området.

5.1 Metode og udvælgelseskriterier

Indsatser som er udviklet og implementeret i Danmark, og indsatser som bygger på erfaringer fra udlandet, men som er tilpasset en dansk kontekst blev inkluderet. Kortlægningen blev gennemført ved hjælp af en såkaldt *snowball metode* (se Boks 11), hvor Center for Sundhedssamarbejde var i kontakt med en lang række praktikere, klinikere samt fagfolk inden for feltet for at indsamle information om de danske indsatser. Derudover blev samtlige 98 kommuner kontaktet.

Boks 11

Snowball metoden er oprindeligt en sociologisk metode, der anvendes til at afdække gemte populationer. I denne kortlægning blev følgende fremgangsmåde anvendt til at afdække de danske indsatser, som har fokus på ældre menneskers mentale sundhed:

- 1) Vi udarbejdede en liste over de danske indsatser, vi havde kendskab til
- 2) Listen blev via mail sendt til ældrechefer, eksperter og andre aktører med viden inden for ældres mentale sundhed. I mailen blev ældrecheferne bedt om at informere om indsatserne i deres kommune. Eksperterne og andre aktører blev spurgt, om de kendte til andre indsatser ud over dem på listen. Desuden blev de bedt om at pege på andre personer, som kunne bidrage med at få en dybere indsigt på området
- 3) I løbet af en periode på 3-4 uger fik vi tilbagemeldinger på mail og telefon.
- 4) Feedbacken blev samlet, og den endelige liste over indsatser i Danmark til at understøtte ældre mentale sundhed udarbejdet.

5.2 Resultater af kortlægningen

Ud af de i alt 98 kommuner der blev kontaktet, fik vi svar fra 38 kommuner. Derudover responderede en række eksperter og fagfolk på vores henvendelse. Kortlægningen identificerede en række indsatser, som enten er blevet eller er på vej til at blive implementeret i en eller flere danske kommuner. Listen er ikke udtømmende, men giver et godt indblik over de mange forskellige indsatser, der findes.

Kortlægningen viser, at de danske indsatser ikke adskiller sig væsentligt fra indsatserne i de internationale studier. Indholdsmæssigt kan indsatserne derfor inddeles på samme måde efter om de er rammesættende, socialt, fysisk, kognitivt eller psykologisk orienteret.

Med afsæt i de identificerede indsatser til at understøtte ældre menneskers mentale sundhed i Danmark kan en række tendenser fremhæves:

- **Indsatser har primært fokus på ældre i eget hjem og på de sociale aspekter**

De identificerede indsatser henvender sig primært til ældre i eget hjem, hvilket formodentligt kan forklares med, at ældre på plejehjem bliver tilbudt indsatser specifikt på det pågældende plejehjem. Størstedelen af de identificerede indsatser inddrager sociale elementer, så som gruppeaktiviteter som er tilfældet ved eksempelvis indsatsen *Aktiv i Naturen*, hvor deltagerne mødes og tager på udflugt sammen i naturen (Se boks 12). Disse indsatser har fokus på at fremme trivsel samt at reducere ensomhed blandt ældre.

Listen af de danske socialt orienterede indsatser er lang, og indsatserne har ofte et andet indholdsmæssigt fokus end de internationale studier. De socialt orienterede indsatser er typisk gruppebaserede og tager udgangspunkt i et specifikt indhold som f.eks. madlavning eller syning. Effekten af sådanne indsatser er ikke undersøgt i den internationale litteratur. Mange af de danske sociale indsatser minder i opbygning og indhold mere om de fysiske indsatser i den internationale litteratur.

Boks 12

Et eksempel på en social indsats til ældre udbudt i Danmark

Aktiv i Naturen:

Formålet med indsatsen er at forebygge ensomhed blandt enlige ældre over 65 år med fokus på aktivitet og mental sundhed.

Gennem en sundhedspædagogisk tilgang har indsatsen fokus på at give en gruppe enlige ældre en fælles oplevelse, øge deres fysiske aktivitetsniveau, skabe refleksion og derigennem understøtte nye sociale relationer deltagerne imellem.

Gruppen mødes hver 14. dag og tager sammen ud i naturen og finder spiselige sager og tilbereder mad udenfor i samarbejde med en naturvejleder. Deltagerne får stillet opgaver på vej i bussen og ude i naturen, hvor de sammen skal løse disse og fortælle om f.eks. deres yndlingsmad, barndom, hvor de er født, alt sammen noget som gør, at de kommer til at lære hinanden bedre at kende på kort tid. I mellem turene skal de mødes i mindre grupper og f.eks. spise eller tage på ture sammen.

Læs mere:

<http://sundhedscenter.vesthimmerland.dk/sundhedsfremme/aktiv-i-naturen/>

- **En række indsatser tager udgangspunkt i den ældres livssituation**
De *rammesættende indsatser* spænder bredt fra *Hastebesøg til sårbare 65+ årige* til kursusforløbet *God start på seniorlivet* eller *Sorgcafé for ældre*. Fælles for indsatserne er, at de tager udgangspunkt i den enkeltes nuværende livssituation og inddrager både professionel rådgivning og sparring med ligesindede for at understøtte et bedre seniorliv. I kortlægningen blev én enkelt indsats også identificeret i den systematiske litteraturgennemgang, nemlig *Gør noget – få det godt*, der er udarbejdet på baggrund af det amerikanske program *Lifestyle Redesign* (Se boks 8). *Gør noget – få det godt* er et ergoterapeutisk program udbredt til en række danske kommuner, der fokuserer på sundhedsfremme og livsstilsændringer gennem hverdagens aktiviteter.
- **Mange sociale indsatser med fokus på at møde andre ældre**
Der blev identificeret mange *sociale indsatser*, som overvejende har fokus på at skabe rammer for, at ældre mennesker kan mødes, forebygge ensomhed og danne netværk eksempelvis *Spisevenner i Odense*, *Torvevenner*, *Ensomhedsbesøg* og *Læg liv til årene*. Indholdet i de sociale indsatser spænder bredt fra madlavningsundervisning og naturoplevelser til bogklubber og debatklubber.
- **Mange kommuner tilbyder indsatser med fokus på fysisk aktivitet**
I størstedelen af de danske kommuner er det muligt for ældre at gå til forskellige typer af seniortræning. De *fysiske indsatser* har særligt fokus på ældres fysik, motorik og balance samtidig med, at de styrker den mentale sundhed, som eksempelvis i indsatsen *De legende mennesker* (Se boks 13). Endelig medvirker seniortræning til at styrke ældres sociale netværk og fællesskab.

Boks 13**Et eksempel på en fysisk indsats til ældre udbudt i Danmark****De legende menneske:**

Indsatsen har til formål at fremme ældres sundhed gennem motion, og sætte fokus på ældres muligheder for at styrke deres fysiske og mentale formåen igennem fysisk træning. Desuden er indsatsen også målrettet børn, hvor et andet formål er at fremme sociale relationer på tværs af generationer.

Indsatsen varer fire måneder og består af lysende, robotteknologiske fliser, som via kunstig intelligens tilpasses den enkeltes fysiske niveau og fungerer som spil med forskellige sværhedsgrader. På denne måde kan deltagerne motiveres til at lege samtidig med, at de træner deres balance, koordination og muskelstyrke.

Al træning foregår i grupper, for at understøtte en fællesskabsfølelse. Ældre og børn træner hver for sig de første to måneder af indsatsen, og sammen i de efterfølgende to måneder.

De ældre deltagere bliver udover træningen på fliserne også præsenteret for forskellige styrkeøvelser, som deltagerne kan lave derhjemme.

Læs mere:

<http://www.gentofte.dk/Om-kommunen/Nyheder/2012/03/De-legende-mennesker>

- **Kun få indsatser er rettet mod kognitivt funktionsniveau**
I kortlægningen blev der blot identificeret to *kognitive indsatser*, som begge havde fokus på styrke hjernen gennem øvelser med henblik på at øge ældres deltageres energi og overskud i hverdagen.
- **En række psykologiske indsatser der vil fremme trivsel**
De *psykologiske indsatser* har fokus på at fremme trivsel, samt at opbygge og styrke den enkeltes mentale sundhed eksempelvis gennem *Trivselssamtaler* og *Tjek på Trivslen*. Blandt de psykologiske indsatser er også indsatsen *Fortæl for Livet*, der er et forløb, hvor ældre mennesker mødes i samtalegrupper og fortæller og lytter til betydningsfulde historier fra hinandens liv. Indsatsen minder metodisk og indholdsmæssigt om *Life Review*-interventionerne, som blev identificeret i litteraturstudiet.

6. Overvejelser ved udvikling af fremtidige danske indsatser

I kapitel 6 gives en række anbefalinger på overvejelser, man bør gøre sig i det fremtidige arbejde med at fremme mental sundhed hos ældre i Danmark.

Den systematiske litteraturgennemgang peger på en række forhold som danske kommuner bør overveje i relation til fremtidige indsatser på området:

Tilpas indsatserne til den enkelte ældre

I det systematiske litteraturstudie peges der på, at ældres individuelle behov, præferencer og funktionsniveau er centrale for indsatsens effekt. Derfor er det hensigtsmæssigt, at kommunerne understøttes i systematisk at identificere ældres udfordringer og behov i forhold til mental sundhed, og tilpasser de bedst egnede indsatser til den enkelte.

Derudover spiller motivationen en betydelig rolle for indsatsernes effekt. Tiltag, der kan fremme motivationen hos ældre, er derfor væsentligt. Sådanne tiltag er eksempelvis, at indsatserne skal være relevante for den enkelte, baseres på individuelle præferencer, og indholdet skal kunne modificeres ud fra den enkeltes overskud og engagement.

Det fremgik ligeledes af den systematiske gennemgang, at indsatserne skal tilpasses den enkeltes præferencer og behov. Den mangfoldighed og heterogenitet, der er i personlighed, adfærd og interesser i tidligere dele af livet, er (selvfølgelig) fortsat til stede efter pensionsalderen. For at imødekomme denne diversitet er det centralt, at kommunerne udbyder en bred vifte af indsatser, der imødekommer behovene i den samlede gruppe af ældre.

Litteraturstudiet pegede yderligere på, at omfangsrige indsatser havde en positiv effekt blandt ældre, der bor i egen bolig. Omvendt var der gavnlige effekter af mere simple indsatser for ældre på plejehjem. Derfor opfordres der til, at de enkelte indsatser tilpasses ældres funktionsniveau og livsvilkår.

Inddrag sociale komponenter i indsatserne

Litteraturstudiet viser, at gruppebaserede indsatser og indsatser, hvor sociale elementer er tænkt ind, har en positiv effekt på ældres mentale sundhed. Det anbefales derfor, at der udbydes gruppebaserede indsatser og indsatser, der har fokus på sociale elementer. Dette kunne eksempelvis være gruppebaserede træningsprogrammer, da disse som udgangspunkt også styrker ældre deltageres mentale sundhed. Det gælder både ældre, der bor i egen bolig, men i lige så høj grad ældre der bor i plejebolig. Her anbefales det, at der kommer et øget socialt fokus på plejehjembeboernes dagligdag, og at de tilbydes gruppebaserede sociale og fysiske aktiviteter.

Fokuser på helhedsorienterede indsatser

Der er behov for helhedsorienterede indsatser, der integrerer de enkelte tilbud og som sammentænker de enkelte aspekter af ældres liv. De enkelte indsatser bør sammentænkes ud fra et livsløbsperspektiv. Hvis ældre skal opnå en vellykket alderdom, skal de enkelte indsatsområder tænkes sammen, således at ældre fortsat kan leve en meningsfuld og produktiv tilværelse. Det fordrer, at de bibeholder et vist kognitivt og fysisk funktionsniveau således, at patologisk aldring kan reduceres. Derudover bør de fysiske, kognitive, psykologiske og sociale områder sammentænkes, således at der er fokus på at optimere rammerne, og man dermed bedst muligt kan fremme mental sundhed hos ældre mennesker. En elektronisk platform kan som nævnt ovenfor være et muligt redskab til at effektuere og koordinere dette.

Etabler systematisk opfølgning og evaluering af indsatsernes effekt

Indsatsers effekt afhænger af den konkrete kontekst, som de implementeres i samt af deltagerne. Det er derfor vigtigt, at der systematisk følges op og evalueres på indsatsernes effekt. De indsatser, der udbydes i de fleste kommuner, er ikke koordinerede på nuværende tidspunkt. Det er essentielt, at indsatserne koordineres, og at der systematisk følges op og evalueres på indsatsernes effekt. I denne forbindelse er der behov for at udvikle metoder og redskaber til at understøtte systematisk opfølgning og videndeling. En landsdækkende elektronisk platform kan f.eks. være en løsning, der kan sikre den rette opfølgning og koordinering af indsatserne.

Prioriter implementering via ejerskab og motivation

Motivation er helt centralt for at sikre optimal deltagelse både blandt ældre, men også blandt plejepersonalet. Det er derfor vigtigt, at der gø-

res en indsats for at fremme ejerskab blandt alle involverede for derved at sikre en optimal implementering.

Lad ældre formulere egne målsætninger

Litteraturstudiet indikerer, at det er særligt givtigt at udarbejde støtte- eller helbredsplaner til ældre der modtager hjemmehjælp, baseret på deres egne *praktisk-orienterede målsætninger*, så som at kunne lave frokost selv eller tage del i en social aktivitet, snarere end med udgangspunkt i deres sundhedstilstand. Hjemmeplejen bør tage udgangspunkt i en *hjælp til selvhjælps* tanke, der tager udgangspunkt i støtte- og helbredsplaner, baseret på ældres egne målsætninger i forhold til deres hverdag, snarere end i deres sundhedstilstand. Målene for den enkeltes hjemmepleje bør løbende evalueres og justeres med udgangspunkt i den ældres funktionsniveau og målsætninger.

Understøt uddannelse og vejledning af de sundhedsprofessionelle

I takt med at hjemmeplejen skal tage udgangspunkt i ældres egne målsætninger, bliver de sundhedsprofessionelles rolle af central betydning, fordi det er dem, der skal støtte, hjælpe og opmuntre den enkelte til at opnå deres specifikke målsætninger. For at dette kan lade sig gøre, er det centralt, at de sundhedsprofessionelle uddannes og vejledes i, hvordan de i praksis skal udføre dette.

Litteraturstudiet fandt indikationer på, at det har en positiv effekt på ældres mentale sundhed, at hjemmeplejen nytænkes. Det er dog vigtigt at bemærke sig, at det er væsentligt, at alle parter er helt klar, før sådanne tiltag iværksættes. Hvis ikke indsatserne bliver implementeret korrekt eller tilstrækkeligt, kan det resultere i manglende effekt, og i værste fald kan det være forbundet med negative konsekvenser for ældre i form af forringet funktionsniveau og nedsat livskvalitet. Overført til en dansk kommunal praksis betyder det, at det er af central betydning, at den enkelte ældre og plejepersonalet er tilstrækkeligt motiveret og forberedt, inden en potentiel indsats iværksættes. Der skal sættes helhjertet ind, og der skal tænkes langsigtet.

I forlængelse heraf anbefales det, at sundhedspersonalet løbende bliver bekendt med de tilbud og indsatser, der er rettet mod ældre, altså de tilbud der blev præsenteret i forrige kapitel. Det er sundhedspersonalet, der gæster de ældres hjem og kender den enkeltes behov og interesser. Derfor er de oplagte gatekeepere og formidlere af de konkrete indsatser. Netop fordi de kender til de ældre, kan de også spille en central rolle

i forhold til at kunne motivere dem til at tage del i tilbuddene.

Udvikle metoder og redskaber til videndeling

For at understøtte et varieret udvalg af indsatser, der passer til den enkelte kommunes og/ eller plejehjems behov, kultur og organisatoriske rammer samt den enkelte ældres behov og livssituation, kan det anbefales, at der udvikles metoder og redskaber til systematisk indsamling og deling af viden og erfaringer. Dette kan for eksempel gøres gennem en elektronisk videndelingsplatform eller lignende.

Der synes ud fra udviklingen i ældres mentale sundhed over det sidste årti at være et væsentligt behov, som det danske samfund har en fælles interesse i at prioritere i forhold til mere viden og mere koordinerede indsatser. Det gælder både på kommunalt niveau mellem fagpersoner, som arbejder med ældre men også på styrelses- og ministerielt niveau. Sammen kan vi bidrage til at udnytte Danmarks særlige potentiale til dels at udvikle en praksis på højt niveau til gavn for ældre, men også bidrage med unik viden internationalt. En landsdækkende elektronisk platform kan være en konkret løsning, der kan sikre systematisk kortlægning af ældres fysiske, kognitive, sociale og psykologiske sundhedstilstand, som kan anvendes:

- 1) af kommunerne til at få et overblik over sundhedstilstanden i deres kommune. På den baggrund har de et solidt fundament til at udbyde og udvikle præcis de indsatser, der er størst behov for; og
- 2) i forskningsmæssige sammenhænge. Information fra en national, systematisk indsamling af viden om ældre mennesker kan via CPR-registret kobles til andre registre, herunder lægemiddelregistret og landspatientregistret, og dermed sikre et optimalt udgangspunkt for at udføre forskning på højeste internationale niveau.

6.1 Hvad er der behov for at undersøge nærmere?

Selvom de indsatser, som den internationale litteraturgennemgang identificerede, kan bidrage med en del viden til at kvalificere udvikling af effektive danske indsatser, efterlader de sig stadig en række væsentlige spørgsmål.

Følgende områder er særligt vigtige at undersøge nærmere:

- **Mere fokus på forebyggende indsatser til yngre og raske ældre**
Ældreområdet har tidligere været præget af et stereotypt billede af ældre mennesker som svage og plejekrævende. De senere år har der udviklet sig et mere nuanceret billede af denne heterogene gruppe, og der er fra politisk side kommet et større fokus på de aktive og selvstændige ældre. Der er et stort behov for at styrke dette fokus og udvikle kvalificeret viden om sundhedsfremmende indsatser til de yngre og raske ældre, hvor der er et særligt stort forbyggelsespotentiale. Ved at understøtte at et stigende antal velfungerende ældre oplever mental sundhed og kan bidrage på forskellige vis til omverdenen, kan både den enkeltes livskvalitet øges, og samtidigt kan de offentlige udgifter til ældreområdet reduceres.
- **Mulighederne for tilpasning til personlighed og individuelle karakteristika bør undersøges og udvikles**
Som litteraturgennemgangen indikerede vil ældre mennesker have forskellige præferencer og indstillinger til indsatserne, eksempelvis til indsatser baseret på mindfulness og fysisk aktivitet. Hensynet til personlighedstræk og individuelle karakteristika er ikke særligt godt belyste. Indsatsernes effekt kan være forskellig på tværs af forskellige individuelle karakteristika, herunder alder og køn, samt på tværs af personlighed. Fremtidig forskning bør derfor undersøge disse aspekter nærmere, og fra kommunal side bør der være større fokus på at udvikle viden om at understøtte dette.
- **Inddragelse af pårørende og civilsamfundet i indsatserne**
Det er iøjefaldende, at der stort set ikke er studier, der undersøger effekten af pårørende eller netværk på ældre menneskers mentale sundhed. Derudover var der ingen studier, der undersøgte effekten af, hvordan civilsamfundet kan inddrages, og i hvilket omfang dette har en effekt for ældres mentale sundhed.

Hvordan både pårørende og civilsamfundet kan tænkes ind i indsatserne, og i hvilken rolle det familiære, det at have nære relationer samt det at være en del af organisationer eller frivillig i foreningslivet har på ældres mentale sundhed, bør undersøges nærmere.

- **Understøtte at flere ældre deltager i indsatserne**

Overordnet set skal det undersøges, hvordan man får indsatserne ud til et bredere spænd af ældre. I de videnskabelige studier var der en tendens til et relativt stort bortfald, særligt blandt mænd. I størstedelen af studierne deltog der samtidig en markant overvægt af kvinder.

Årsagen til det store frafald blandt mænd kan skyldes, at de er i undertal og derfor socialt set ikke får udbytte af programmerne. Endvidere kan det store frafald også skyldes, at indsatserne tilrettelægges kvinder, netop fordi disse er overrepræsenteret. På den baggrund anbefales det, at det fremadrettet overvejes, hvordan ældre mænd engageres bedst mulig i indsatserne. Kønsopdelte hold kunne være en potentiel vej til dette.

I forlængelse heraf kan en mulig metode til at nå bredere ud til ældre dels være ved brug af en elektronisk platform, hvor der på systematisk vis indhentes viden om de ældre over eksempelvis 65 år. For ældre mennesker, der modtager hjemmepleje, kan sundhedspersonalet, der i forvejen kommer i hjemmet, og som de ældre kender og har tiltro til, ligeledes være centrale personer i forhold til at øge deres deltagelse.

- **Mere kvalificeret forskning i ældres mentale sundhed**

Størstedelen af artiklerne var kendetegnet af, at studierne var baseret på relativt få deltagere. De var prægede af et forholdsvist stort bortfald, og en markant overvægt af kvinder blandt de deltagende. Derudover ekskluderede en stor del af studierne ældre med nedsat fysisk eller kognitivt funktionsniveau, hvilket begrænser generaliserbarheden af studierne. Der mangler desuden studier med længere opfølgningstid. Størstedelen af studierne undersøgte kun effekten af en given indsats umiddelbart efter endt intervention. Det er derfor fortsat uvist, i hvilket omfang en given effekt er til stede på længere sigt. Som tidligere fremhævet var der desuden kun enkelte studier, der havde fokus på yngre ældre, dvs. borgere omkring pensionsalderen.

Der er altså behov for mere kvalificeret forskning på området, hvor studierne er baseret på større studiepopulationer, forskellige målgrupper, og hvor deltagerne bliver fulgt over en længere periode.

Desuden er et næste skridt, at der udføres forskning på området, der har fokus på, hvilke specifikke komponenter i en indsats der sikrer, at de har de ønskede effekter.

Endvidere er der andre spørgsmål, som nærværende litteraturnemgang ikke kan afdække, idet der kun blev inkluderet randomiserede kontrollerede studier. Studier med et kvalitativt orienteret fokus, vil også kunne bidrage med væsentlige vinkler på resultater, men er ikke inkluderet i indeværende undersøgelse. Der kunne med fordel laves en supplerende kvalitativ systematisk litteraturnemgang i fremtiden, da der findes store mængder af værdifuld forskning på området, som ikke er dækket af nærværende litteraturnemgang.

7. Litteraturliste

- Albinet, C. T., Abou-Dest, A., André, N., & Audiffren, M. (2016). Executive functions improvement following a 5-month aquaerobics program in older adults: Role of cardiac vagal control in inhibition performance. *Biological psychology, 115*, 69-77.
- Awick, E. A., Wójcicki, T. R., Olson, E. A., Fanning, J., Chung, H. D., Zuniga, K., . . . McAuley, E. (2015). Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research, 24*(2), 455-462.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American psychologist, 52*(4), 366.
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry, 7*(2), 113-116.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review, 101*(4), 568-586.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BMC geriatrics, 12*(1), 1.
- Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy, 66*(4), 438-446.
- Chippendale, T., & Boltz, M. (2015). Living legends: Effectiveness of a program to enhance sense of purpose and meaning in life among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy, 69*(4), 6904270010p6904270011-6904270010p6904270011.
- Christiansen, N. S., Holmberg, T., Hærvig, K. B., Christensen, A. I., & Rod, M. H. (2016). Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.
- Cichocki, M., Quehenberger, V., Zeiler, M., Adamcik, T., Manousek, M., Stamm, T., & Krajic, K. (2015). effectiveness of a low-threshold physical activity intervention in residential aged care—results of a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging, 10*, 885.

- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Granger, D. A. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of epidemiology and community health, 66*(9), 782-790.
- Clegg, A., Barber, S., Young, J., Iliffe, S., & Forster, A. (2014). The Home-based Older People's Exercise (HOPE) trial: a pilot randomised controlled trial of a home-based exercise intervention for older people with frailty. *Age and ageing, 43*(5), 687-695.
- Colombo, G., Buono, M. D., Smania, K., Raviola, R., & De Leo, D. (2006). Pet therapy and institutionalized elderly: a study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Archives of gerontology and geriatrics, 42*(2), 207-216.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., . . . Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity, 26*(7), 1095-1101.
- Cruz-Ferreira, A., Marmeleira, J., Formigo, A., Gomes, D., & Fernandes, J. (2015). Creative dance improves physical fitness and life satisfaction in older women. *Research on aging, 0164027514568103*.
- Danmarks Statistik. (2016). Statistikbanken.dk (20.10.16).
- de Medeiros, K., Mosby, A., Hanley, K. B., Pedraza, M. S., & Brandt, J. (2011). A randomized clinical trial of a writing workshop intervention to improve autobiographical memory and well-being in older adults. *International journal of geriatric psychiatry, 26*(8), 803-811.
- de Vreede, P. L., van Meeteren, N., Samson, M., Wittink, H., Duursma, S., & Verhaar, H. (2007). The effects of functional tasks exercise and resistance exercise on health-related quality of life and physical activity. A randomised controlled trial. *Gerontology, 53*(1), 12-20.
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Sheehan, J., . . . Klein, B. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety: a randomized controlled trial. *Behav Ther, 46*(2), 206-217.
- Depp, C., Vahia, I. V., & Jeste, D. (2010). Successful aging: focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 527-550.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dorgo, S., Robinson, K. M., & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 116-122.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *Am J Community Psychol*, 26(5), 775-802.
- Effective Public Health Practice Project (EPHPP). (2009). *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Retrieved from <http://www.ephpp.ca/tools.html>
- Flegel, K., Kishiyama, S., Zajdel, D., Haas, M., & Oken, B. (2007). Adherence to yoga and exercise interventions in a 6-month clinical trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 7(1), 37.
- Grayson, P., Lubin, B., & Van Whitlock, R. (1995). Comparison of depression in the community-dwelling and assisted-living elderly. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 18-21.
- Gudlaugsson, J., Gudnason, V., Aspelund, T., Siggeirsdottir, K., Olafsdottir, A. S., Jonsson, P. V., . . . Johannsson, E. (2012). Effects of a 6-month multimodal training intervention on retention of functional fitness in older adults: a randomized-controlled cross-over design. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1.
- Hashøj, L. (2011). Det pure ordspin. Retrieved from Journalisten.dk website: <http://journalisten.dk/det-pure-ordspin-aeldrebyrde>
- Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., von Randow, M., Kiata, L., . . . Willingale, J. (2008). Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. *BMj*, 337, a1445.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *Am Psychol*, 62(2), 95-108.

- King, A. I., Parsons, M., Robinson, E., & Jørgensen, D. (2012). Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health & social care in the community*, 20(4), 365-374.
- Kjellberg, J. (2016). Økonomiske og styringsmæssige udfordringer på ældreområdet - hvad betyder udviklingen i ældrebefolkningen og ældreplejen. *Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA)*, http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79810/cf_202/Jakob_Kjellberg_-_kononomiske_og_styringsm-ssige_ud.PDF.
- Kolt, G. S., Schofield, G. M., Kerse, N., Garrett, N., & Oliver, M. (2007). Effect of telephone counseling on physical activity for low-active older people in primary care: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(7), 986-992.
- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging and mental health*, 13(2), 288-299.
- Korte, J., Majo, M. C., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Smit, F. (2015). Cost-effectiveness of life-review for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of aging studies*, 34, 146-154.
- Koschwanetz, H. E., Kerse, N., Darragh, M., Jarrett, P., Booth, R. J., & Broadbent, E. (2013). Expressive writing and wound healing in older adults: a randomized controlled trial. *Psychosomatic medicine*, 75(6), 581-590.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and mental health*, 10(5), 476-484.
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ricarte, J., Bonete, B., Ros, L., & Sitges, E. (2015). Life review based on remembering specific positive events in active aging. *Journal of aging and health*, 27(1), 140-157.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Lindelöf, N., Rosendahl, E., Gustafsson, S., Nygaard, J., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2013). Perceptions of participating in high-intensity functional exercise among older people dependent in activities of

daily living (ADL). *Archives of gerontology and geriatrics*, 57(3), 369-376.

Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of advanced nursing*, 54(3), 381-395.

Martina, C., & Stevens, N. L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging and mental health*, 10(5), 467-475.

Mehlsen, M. (2007). Livstilfredshed i alderdommen. In Larsen L (Ed.), *Gerontopsykologi - det aldrende menneskes psykologi* (pp. 137-154). Aarhus:: Aarhus Universitetsforlag.

Millán-Calenti, J. C., Lorenzo, T., Núñez-Naveira, L., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L., & Maseda, A. (2015). Efficacy of a computerized cognitive training application on cognition and depressive symptomatology in a group of healthy older adults: A randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 61(3), 337-343.

Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., . . . Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 43-51.

Morgan, A. L., Tobar, D. A., & Snyder, L. (2010). Walking toward a new me: the impact of prescribed walking 10,000 steps/day on physical and psychological well-being. *Journal of physical activity & health*, 7(3), 299.

Moss, A. S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Thapar, A., Bubbs, R., Salmon, J., & Newberg, A. B. (2015). An Adapted Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Elders in a Continuing Care Retirement Community Quantitative and Qualitative Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Applied Gerontology*, 34(4), 518-538.

Nay, R. (1995). Nursing home residents' perceptions of relocation. *Journal of Clinical Nursing*, 4(5), 319-325.

Nicholson, V. P., McKean, M. R., & Burkett, B. J. (2014). Twelve weeks of BodyBalance® training improved balance and functional task performance in middle-aged and older adults. *Clinical interventions in aging*, 9, 1895.

Nielsen, K., Langberg, H., & Rasmussen, S. (2013). Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. *Litteraturgennemgang. København: Socialstyrelsen.*

- Oken, B. S., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., . . . Leyva, J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: effects on cognition and quality of life. *Alternative therapies in health and medicine*, 12(1), 40.
- Peri, K., Kerse, N., Robinson, E., Parsons, M., Parsons, J., & Latham, N. (2008). Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age and ageing*, 37(1), 57-63.
- PRISMA. (2015). TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. .
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., & Hebel, J. R. (2009). Nursing home resident outcomes from the res-care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1156-1165.
- Robinson, H., MacDonald, B., Kerse, N., & Broadbent, E. (2013). The psychosocial effects of a companion robot: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 661-667.
- Rostgaard, T., Brünner, R. N., & Fridberg, T. (2012). *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*: SFI-Det nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 297-305.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American psychologist*, 51(7), 702.
- Scogin, F. R., Moss, K., Harris, G. M., & Presnell, A. H. (2014). Treatment of depressive symptoms in diverse, rural, and vulnerable older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(3), 310-316.
- Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(07), 1025-1039.
- Solberg, P. A., Kvamme, N. H., Raastad, T., Ommundsen, Y., Tomten, S. E., Halvari, H., . . . Hallén, J. (2013). Effects of different types of exercise on muscle mass, strength, function and well-being in elderly. *European Journal of Sport Science*, 13(1), 112-125.

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological medicine*, 38(05), 635-639.
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological medicine*, 37(12), 1797-1806.
- Stolle, C., Wolter, A., Roth, G., & Rothgang, H. (2015). Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care—Effects of the Resident Assessment Instrument-Home Care by degree of implementation. *International journal of nursing practice*, 21(5), 612-621.
- Stuart-Hamilton, I. (2012). *The psychology of ageing: An introduction (5th ed.)*: Jessica Kingsley Publishers.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre - dansk kommenteret version af evidensbaserede anbefalinger fra NICE*. Denmark: Sundhedsstyrelsen Retrieved from <http://www.sst.dk/~media/7BB364892758424A9191A585D01BFD5E.ashx>.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed*. Sundhedsstyrelsen Retrieved from <http://www.sst.dk/~media/D986EF821E864D089B70BADD4F7FB8.ashx>.
- Sørensen, L. U. (2001). *Psychiatric morbidity and the use of psychotropics in Danish nursing homes*: Taylor & Francis.
- Underwood, M., Lamb, S. E., Eldridge, S., Sheehan, B., Slowther, A.-M., Spencer, A., . . . Devine, A. (2013). Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9886), 41-49.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1373-1384. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1373
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., . . . Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 297-304.

- Wahl-Brink, D., Olesen, M., & Rejkjær, C. (2015). *Ensomhed blandt ældre: Myter og fakta - En del af projekt "Ensomt eller aktivt ældreliv – et frivilligt valg"* Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden Retrieved from http://aktivtaeldreliv.dk/media/427111/Ensomhed-blandt-aeldre_2015_web.pdf.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., van Beljouw, I. M., & Pot, A. M. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The gerontologist*, 50(4), 541-549.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*: World Health Organization.
- WHO. (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective, interventions and policy options*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- WHO. (2014). Mental health: a state of well-being. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2016). Mental health and older adults. Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
- Wolinsky, F. D., Mahncke, H., Vander Weg, M. W., Martin, R., Unverzagt, F. W., Ball, K. K., . . . Tennstedt, S. L. (2010). Speed of processing training protects self-rated health in older adults: enduring effects observed in the multi-site ACTIVE randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22(03), 470-478.
- Wolinsky, F. D., Unverzagt, F. W., Smith, D. M., Jones, R., Stoddard, A., & Tennstedt, S. L. (2006). The ACTIVE cognitive training trial and health-related quality of life: Protection that lasts for 5 years. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(12), 1324-1329.
- Wolinsky, F. D., Unverzagt, F. W., Smith, D. M., Jones, R., Wright, E., & Tennstedt, S. L. (2006). The effects of the ACTIVE cognitive training trial on clinically relevant declines in health-related quality of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(5), S281-S287.
- Wolinsky, F. D., Vander Weg, M. W., Martin, R., Unverzagt, F. W., Ball, K. K., Jones, R. N., & Tennstedt, S. L. (2009). The effect of speed-of-processing training on depressive symptoms in ACTIVE. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, gln044.

AARHUS UNIVERSITET
Nordre Ringgade 1
8000 Aarhus C

au.dk

CENTER FOR SUNDHEDSSAMARBEJDE
VED AARHUS UNIVERSITET

susa.au.dk