



BETYDNING AF FYSISK AKTIVITET FOR MENTAL SUNDHED BLANDT ÆLDRE

2010

Dansk kommenteret version af
evidensbaserede anbefalinger fra NICE

**Betydning af fysisk aktivitet for mental sundhed blandt ældre
- dansk kommenteret version af evidensbaserede anbefalinger fra NICE**

Copyright: Sundhedsstyrelsen, 2010.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Redaktion:
Anna Paldam Folker og Mie Seest Dam, Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Kommenteret af:
Birgitte Ettrup, distriktschef, Ældreafdelingen, Næstved Kommune
Carsten Hendriksen, lektor, Center for Sund Aldring, Københavns Universitet
Signe Pedersen, konsulent, Forebyggende Afdeling, Fredericia Kommune

Emneord:
Mental sundhed; Trivsel; Ældre; Fysisk aktivitet; Motion; Sundhedsfremme; Forebyggelse

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 21. september 2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-122-4

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, oktober 2010.

Indhold

1	Indledning	5
2	NICE's fire anbefalinger og deres evidensgrundlag	7
2.1	Gruppebaseret sundhedsfremme	7
2.2	Træningsprogrammer	9
2.3	Gangprogrammer	10
2.4	Uddannelse	12
3	Mangler i evidensgrundlaget	13
4	Kommentarer om overførbarehed til danske forhold	15
5	Bilag om materiale og metode	16
6	Litteratur	19

Resumé

For at imødekomme danske kommuners ønske om mere viden om ældres mentale sundhed (psykiske helbredstilstand), og for at understøtte allerede iværksatte indsatser, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en dansk version af en række evidensbaserede anbefalinger til fremme af ældres mentale sundhed udviklet af det engelske NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Målet er at videreforspreade eksisterende viden om interventioner med dokumenteret effekt på ældres mentale sundhed. Materialet er målrettet kommunernes sundhedsfremmende indsats for ældre – det er særligt relevant i forhold til ældre med et plejeb behov fx ældre i pleje- eller ældrebolig, eller ældre som er i gang med et rehabiliteringsforløb.

NICE har på baggrund af en grundig litteraturgennemgang, en økonomisk analyse og en kvalitativ undersøgelse, udviklet fire evidensbaserede anbefalinger til fremme af ældres mentale sundhed. Anbefalingerne handler om henholdsvis gruppebaseret sundhedsfremme, træningsprogrammer, gangprogrammer og uddannelse af pleje- og omsorgspersonale.

Danske fagpersoner har vurderet materialet med henblik på interventionernes overførbarehed til ældre i Danmark.

1 Indledning

Ældrebeholdningen er en vigtig ressource i det danske samfund, som bidrager med værdifulde erfaringer og kompetencer. Vi lever længere, og der fødes færre børn, hvilket betyder, at ældre udgør en stadig større del af den danske befolkning. Andelen af danskere på 65 år eller derover forventes at stige fra 16 % i 2009 til 25 % i 2035. Antallet af ældre kommer dermed til at stige fra 875.496 til ca. 1.472.000.¹

De fleste ældre synes, at deres helbred godt. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 viser at 67,7 % af ældrebeholdningen (65-84 år) vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt, og at 87 % føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til.² I forhold til mental sundhed er tallene lidt mindre. Lidt over halvdelen af de ældre synes, at de har et godt psykisk velbefindende (56,3 %)³ mens kun 35,7 % føler sig meget vitale.⁴ Ældre som eksempelvis oplever sygdom, svære funktionstab, tab af sociale relationer (ægtefælle og venner), som overgår fra arbejdsliv til pensionisttilværelse eller som tager sig af syge og svækkede pårørende, kan være særligt sårbare i forhold til at få problemer med deres psykiske helbred (mentale sundhed).⁵

Mental sundhed er ikke blot et spørgsmål om fravær af psykisk sygdom. Mental sundhed indebærer både at opleve at have det godt og at kunne fungere i dagligdagen. Dårlig mental sundhed dækker omvendt over oplevelsen af at trives dårligt og have svært ved at fungere uden at der decideret er tale om en diagnosticerbar lidelse. Mental sundhed (god eller dårlig) kan have mange forskellige årsager, som det kan være nødvendigt at skelne imellem. I de senere år er der imidlertid kommet fokus på den samlede betydning af mental sundhed som en kombineret tilstand og funktionsevne, fordi det tyder på, at mental sundhed spiller en vigtig rolle for risikoadfærd samt for udvikling og forløb af sygdom.⁶ Ud fra et menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv er der meget at vinde ved at fremme ældres mentale sundhed. Deltagelse i meningsfulde aktiviteter, gode sociale relationer og fysisk sundhed er nøglefaktorer i en indsats til fremme af ældres mentale sundhed.⁷

Langt de fleste kommuner har en veludviklet indsats i forhold til ældres mentale sundhed, men efterspørger mere viden på området.⁸ For at imødekomme kommu-

¹ Sundhedsstyrelsen, 2010. Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark: 19

² ibid: 25

³ ibid: 19. Psykisk velbefindende belyses ved spørgsmål om at have været nervøs, have været så langt nede at intet kunne opmuntre, have følt sig trist til mode, have følt sig rolig og afslappet og have været glad og tilfreds.

⁴ Sundhedsstyrelsen, 2010. Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark: 19. Vitalitet belyses ved spørgsmål om at have følt sig veloplagt, fuld af liv, fuld af energi, træt og udslidt.

⁵ Jané-Llopis E, Gabilondo A (eds) 2008. Consensus paper: Mental Health in Older People. Produceret for EU-kommissionen: 9,12,13. Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick F, Gabilondo A. 2010. Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Wellbeing among Older People. Luxembourg: European Communities. European Communities, 2010: 9. Publikationen kan downloades fra SST.dk: http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Fremme%20af%20mental%20sundhed/Viden_om_indsatser/Aldre.aspx

⁶ Sundhedsstyrelsen, 2008. Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter. Se også mere om begrebet mental sundhed i bilaget om materiale og metode.

⁷ NICE, 2008. Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental well-being of older people in primary care and residential care, NICE public health guidance 16:12

⁸ Sundhedsstyrelsen, 2009. Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer. Sundhedsstyrelsen, 2008. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

nernes ønske om mere viden, og for at understøtte og bakke op om eksisterende indsatser, har Sundhedsstyrelsen valgt at udarbejde en dansk version af en række evidensbaserede anbefalinger til fremme af ældres mentale sundhed.

Det bearbejdede danske materiale

Det danske materiale er målrettet kommunernes sundhedsfremmende indsats for ældre. Anbefalingerne i materialet stammer fra det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).⁹ For at vurdere kvalitet og overførbarehed til ældre i Danmark, har fagpersoner i Danmark kommenteret det danske materiale.

Det er vigtigt at pointere, at materialet ikke præsenterer officielle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, men videreformidler viden om, hvilke typer interventioner, der ifølge NICE har dokumenteret effekt i forhold til at fremme ældres mentale sundhed. Materialet er ikke udformet som deciderede manualer for interventioner til fremme af ældres mentale sundhed, men skal snarere opfattes som en inspiration – eller som en slags tjekliste - hvor kommunerne kan hente ideer til indsatser med dokumenteret effekt eller undersøge, om iværksatte indsatser understøttes af NICE's evidensbaserede anbefalinger.

Det er også vigtigt at understrege, at materialet udelukkende er baseret på NICE, som i kraft af sine strenge kvalitetskriterier primært har medtaget kontrollerede effektstudier. Da der primært er foretaget effektstudier af interventioner til fremme af fysisk aktivitet betyder det, at anbefalingerne handler om fysisk aktivitet og fx ikke om andre kendte forhold af betydning for ældres mentale sundhed som fx ensomhed, sociale relationer og deltagelse i meningsfulde aktiviteter.¹⁰

Materialet er struktureret, så de fire anbefalinger præsenteres fortløbende. Efter hver anbefaling præciseres tre forhold. For det første hvem anbefalingen er målrettet. For det andet hvem der skal udføre den anbefalede intervention. Og for det tredje hvad det er, der skal gøres, dvs. hvad interventionen går ud på. Derefter præsenteres det evidensgrundlag, som den enkelte anbefaling hviler på. For at give læseren let adgang til yderligere information om interventioner, der nævnes i materialet, linkes der til de originale rapporter samt til andre relevante publikationer.

Ældrebefolkningen er en heterogen gruppe med meget differentierede behov, hvilket er en stor udfordring i forhold til at tilrettelægge sundhedsfremmende indsatser til ældre. NICE har ikke identificeret interventioner særligt målrettet forskellige grupperinger i ældrebefolkningen, og principielt har NICE beskrevet målgruppen som alle borgere over 65 år. Dog henvender de konkrete anbefalinger sig primært til ældre med en form for plejeb behov, som enten bor i plejebolig eller på plejehjem, eller som er i gang med et rehabiliteringsforløb.

⁹ Se mere om NICE i bilaget om materiale og metode.

¹⁰ Her henvises i stedet til Jané-Llopis E, Gabilondo A (eds) 2008. Consensus paper: Mental Health in Older People. Produceret for EU-kommissionen: 9,12,13. Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick F, Gabilondo A. 2010. Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Wellbeing among Older People. Luxembourg: European Communities. European Communities, 2010: 9. Publikationen kan downloades fra SST.dk: http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Fremme%20af%20mental%20sundhed/Viden_om_indsatser/Aldre.aspx Se evt. også: EU-kommissionen, 2010. Mental Health and Well-Being in Older People – Making it Happen. Conclusions from the Conference in Madrid, June 2010: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20100628_report_en.pdf

NICE's fire anbefalinger og deres evidensgrundlag

1.1 Gruppebaseret sundhedsfremme

Målgruppe: Ældre (specielt ældre med et plejebehov fx ældre i pleje- eller ældrebolig eller ældre som er i gang med et rehabiliteringsforløb).

Hvem kan udføre interventionen: Social- og sundhedspersonale, der arbejder med ældre i kommunerne, og som er specifikt trænet til at udføre interventionen.

Hvad skal de gøre:

- Afholde gruppebaserede sessioner, hvor ældre opøver og udfører daglige aktiviteter og rutiner. Formålet er, så vidt muligt, at finde praktiske løsninger på problematikker i ældres dagligdag.
 - Sessionerne kan fokusere på sundhed og sundhedsadfærd, sociale relationer, kultur og økonomi samt personlig sikkerhed.
 - Sessionerne skal involvere ældre som samarbejdspartnere og som eksperter på deres eget liv.
 - Sessionerne skal organiseres så ide-udveksling og gensidig støtte fremmes ved fx at overveje, hvordan der kommunikeres under sessionerne, deres varighed samt deltagernes transportmuligheder til og fra sessionerne.
- Øge ældres viden om, hvor der findes pålidelig information og tilbyde forskellige former for information. Eksempelvis kan professionelle, som er i kontakt med ældre, stå for informationen, lokale ressourcepersoner kan inviteres til at holde foredrag, eller der kan arrangeres ekskursioner eller sociale aktiviteter. Informationen kan omhandle:
 - hvordan ældre kan forblive aktive og øge det daglige aktivitetsniveau
 - ældres behov for sundhedsydelser, og hvordan behovet kan opfyldes
 - information om serviceydelser og fordele
 - information om transportmuligheder
 - information om sikkerhed i hjemmet og i lokalsamfundet
 - ernæring og personlig pleje.
- Invitere ældre til at give regelmæssig feedback. Derved kan interventionernes form og indhold tilpasses deltagernes behov og motivationen øges.

Evidensgrundlaget er ikke præcist nok til, at der kan udformes anbefalinger om en specifik setting for den gruppebaserede sundhedsfremme for ældre. I dansk sammenhæng kan interventionen fx foregå på et plejehjem, hvor beboerne opøver rutiner med hjælp fra personalet. Den kan også integreres som en del af et forløb i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg eller i selvhjælpsforeninger. I for-

hold til hvem der kan lede en sundhedsfremmende gruppesession er sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter oplagte.¹¹ Se også anbefaling 4 om uddannelse.

Evidens for anbefalingen om gruppebaseret sundhedsfremme

I det følgende præsenteres kvaliteten og overførbareheden af de studier, som anbefalingen om gruppebaseret sundhedsfremme er baseret på.

Gruppebaseret sundhedsfremme¹²

NICE har identificeret 12 artikler, som omhandler effekten af gruppebaserede sundhedsfremmende interventioner på ældres mentale sundhed. To af artiklerne bygger på et amerikansk studie (Clark et al 1997, 2001 RCT ++¹³), der opfylder alle NICE's kvalitetskriterier.¹⁴ Artiklerne konkluderer, at to timers ugentlige uddannelseslektioner, ledet af ergoterapeuter, med fokus på sundhedsadfærd, transport, personlig sikkerhed, sociale relationer, kulturel bevidsthed og økonomi, forbedrede og fastholdt deltagernes mentale sundhed målt ved SF-36.¹⁵ Deltagerne i interventionen blev rekrutteret blandt indbyggere fra et offentligt boligbyggeri for ældre i Californien, samt ældre i lokalsamfundet, der benyttede ældreboligernes faciliteter. Selvom studierne er udført i USA, anses resultaterne for at kunne overføres til England, hvilket bekræftes af et lille kvalitativt studie (Mountain et al 2006 Q+¹⁶). Interventionerne er udført på ældre, som bor i egen bolig. Man skal derfor vurdere, hvorvidt resultaterne kan overføres til ældre med andre boligforhold (ældre der bor i beskyttet bolig eller på plejehjem). Der skal desuden gøres opmærksom på, at studierne er af ældre dato. Når NICE alligevel har valgt at inkludere dem, er det fordi, de er metodisk stærke. De resterende 10 studier om gruppebaseret sundhedsfremme er af ringe kvalitet og skal tolkes med forsigtighed, især fordi der er modsattede konklusioner.

Kosteffektivitet¹⁷

En evaluering (Hay et al fra 2002 RCT +) af studiet beskrevet ovenfor viser, at to ugentlige timer med gruppebaseret ergoterapi er en kosteffektiv metode til forbedring af ældres mentale sundhed målt ved SF-36.

¹¹ De konkrete eksempler der her nævnes stammer fra de danske eksperter og fagfolk, som har kommenteret det danske materiale.

¹² Alle studier, der nævnes i teksten, kan findes i: Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Morgan R, Woods B, Burholt V, Edwards RT, Reeves C, Yeo ST. *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: Systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*: PHIA 2008: 59-62.

¹³ For en forklaring af kategoriseringen RCT++ mv. se tabel 2 og 3 i bilaget.

¹⁴ *ibid.* s. 40

¹⁵ *ibid.* s. 25

¹⁶ For en forklaring af kategoriseringen Q+ mv. se tabel 2 og 3 i bilaget.

¹⁷ *ibid.* s. 87

1.2 Træningsprogrammer

Målgruppe: Ældre (specielt ældre med et plejebenhov fx ældre i pleje- eller ældre-bolig eller ældre som er i gang med et rehabiliteringsforløb).

Hvem kan udføre interventionen: Fysioterapeuter og andre social- og sundheds-professionelle samt private og frivillige instruktører, som er kvalificerede til at lave træningsprogrammer til ældre.

Hvad skal de gøre:

- Tilrettelægge målrettede træningsprogrammer i kommunen i samarbejde med ældre samt pleje- og omsorgspersonale. Træningsprogrammerne skal indeholde følgende typer fysisk aktivitet:
 - træning af moderat intensitet som fx dans, gang og svømning
 - opstrammings- og udstrækningsøvelser
 - styrke- og udholdenhedstræning (særligt for skrøbelige ældre).
- Opmuntre til træning mindst to gange om ugen ved at forklare fordelene ved regelmæssig træning.
- Råde ældre til at være fysisk aktive mindst en halv time om dagen samt komme med forslag til dagligdags aktiviteter som fx havearbejde, indkøb, husarbejde og cykling.
- Invitere ældre til at give regelmæssig feedback. Derved kan aktiviteternes form og indhold tilpasses deltagernes behov og motivationen øges.

Igen er det ikke muligt ud fra evidensgrundlaget at komme med mere specifikke angivelser af interventionens konkrete udmøntning og setting, men det kommunale genoptræningscenter er et eksempel på en mulig ramme for interventionen.¹⁸

Evidens for anbefalingen om træningsprogrammer

I det følgende præsenteres kvaliteten og overførbareheden af de studier, som anbefalingen om fysisk aktivitet er baseret på.

*Fysisk aktivitet*¹⁹

NICE har identificeret 17 artikler om fysisk aktivitet. Heraf opfylder to metaanalyser (Arent et al, 2000 og Netz et al 2005 MA+), som tilsammen bygger på 68 kontrollerede studier, samt to studier fra henholdsvis USA og Norge (King et al 2000, Helbostad et al 2004 RCT+), NICE's kvalitetskriterier. Alle finder stærk evidens for, at moderat fysik aktivitet har en positiv effekt på ældres mentale sundhed, og NICE vurderer, at dette kan overføres til ældre i England. Da der er inddraget en bred vifte af fysisk aktivitet i studierne, kan der ikke drages specifikke konklusio-

¹⁸ De konkrete eksempler der her nævnes stammer fra de danske eksperter og fagfolk, som har kommenteret det danske materiale.

¹⁹ ibid. s.43-49

ner i forhold til hvilken type, frekvens eller varighed af den fysiske aktivitet, der har størst effekt på mental sundhed. Metaanalysen af Arent et al konkluderer, at det har størst effekt på mental sundhed, når ældre selv vælger aktivitetens type og varighed. Videre peger et veludført kvalitativt studie (Hardcastle og Taylor 2001 Q+) på, at fysisk aktivitet kan skabe rammer for social inklusion, som øger ældres følelse af at høre til og af at deltage i meningsfulde aktiviteter. De resterende artikler omhandler studier af lav kvalitet og kan derfor ikke bidrage til konklusionen om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og mental sundhed blandt ældre.

Styrke- og udholdenhedstræning²⁰

NICE har identificeret i alt ni artikler, som omhandler effekten af styrke og udholdenhedstræning. Én metaanalyse af fire amerikanske studier (Schechtman & Ory 2001 MA+) opfylder NICE's kvalitetskrav. Interventionerne er særligt udviklet til skrøbelige ældre, og det kan på baggrund af metaanalysen konkluderes, at styrke og udholdenhedstræning har lille til moderat positiv effekt på mental sundhed hos ældre målt ved SF-36. Ingen af de resterende otte artikler omhandler studier, som er grundige nok til at bidrage til evidens for effekt af styrke og udholdenhedstræning, men det er værd at nævne, at syv af disse også finder en positiv effekt.

Kredsløbstræning²¹

NICE har identificeret fem studier, som undersøger effekten af kredsløbstræning på mental sundhed blandt ældre. Det er dog kun ét studie (MCAuleley et al 2000 RCT +, UBAS+), som opfylder tilstrækkeligt af NICE's kvalitetskriterier. Studiet, som er udført på inaktive ældre, viser at glæde og tilfredshed, målt ved henholdsvis MUNSH²² og SWLS²³, øges signifikant ved både kredsløbstræning og opstramningsøvelser. NICE vurderer, at det er sandsynligt, at studiets fund kan overføres til ældre i England. De resterende fire studier er af lav kvalitet og kan ikke danne grundlag for evidens.

Kosteffektivitet²⁴

Ét amerikansk studie (Munro et al fra 2004 RCT +) viser, at to gange ugentlig træning af 75 minutters varighed, som bliver instrueret af uddannede instruktører, er en kosteffektiv metode til forbedring af ældres mentale sundhed målt ved SF-36.

1.3 Gangprogrammer

Målgruppe: Ældre (specielt ældre med et plejebenhov fx ældre i pleje- eller ældrebolig eller ældre som er i gang med et rehabiliteringsforløb).

Hvem kan udføre interventionen: Den kommunale ældreindsats.

²⁰ ibid. s. 50-52

²¹ ibid. s. 52-54

²² ibid. s. 21

²³ ibid. s. 24

²⁴ ibid. s.87

Hvad skal de gøre:

- informere om de helbredsrelaterede fordele ved gang, og om at regelmæssig deltagelse i gangprogrammer forbedrer mental sundhed
- udvikle og tilbyde gangprogrammer af lav til moderat intensitet. De ældre skal kunne vælge mellem en bred vifte af lokale ruter af forskellig sværhedsgrad
- sørge for at gangprogrammerne er organiseret og ledet af en instruktør, der er uddannet til at udvikle passende gangprogrammer, og som kan førstehjælp. I England er der god erfaring med at uddanne frivillige
- afholde intromøder hvor deltagere og instruktør introduceres for hinanden
- sørge for, at der er mulighed for tre ugentlige ture af en times varighed inklusiv opvarmning og udstrækning
- opmuntre og støtte ældre til at deltage, så godt de kan
- invitere ældre til at give regelmæssig feedback. Derved kan gangprogrammernes form og indhold tilpasses deltagernes behov og motivationen øges.

Tilsvarende de foregående anbefalinger er evidensen ikke detaljeret, men gangprogrammerne vil i dansk kontekst eksempelvis kunne foregå i regi af kommunale aktivitetscentre eller ved brug/etablering af en motionsven-ordning.²⁵

Evidens for anbefalingen om gangprogrammer

I det følgende præsenteres kvaliteten og overførbareheden af de studier, som anbefalingen om gangprogrammer er baseret på.

*Gangprogrammer*²⁶

NICE har identificeret fem studier, som undersøger gangprogrammets effekt på ældres mentale sundhed, hvoraf et amerikansk studie (Fisher og Li 2004 Cluster RCT+) er af tilstrækkelig god kvalitet. Studiet undersøger effekten af lokale gangprogrammer og konkluderer, at tre ugentlige gåture af en times varighed over seks måneder, som er ledet af en uddannet ganginstruktør, resulterede i signifikante forbedringer af deltagernes mentale sundhedstilstand målt ved SF-12²⁷ og SWLS.²⁸ Det er en udfordring at rekruttere og motivere til fortsat deltagelse i gangprogrammer, men lykkes dette, vurderer NICE, at det er sandsynligt, at de positive resultater vil kunne opnås i en engelsk kontekst. De fire øvrige studier er af lav kvalitet, metoderne er ikke udførligt beskrevet og konklusionerne er modstridende.

²⁵ De konkrete eksempler der her nævnes stammer fra de danske eksperter og fagfolk, som har kommenteret det danske materiale.

²⁶ *ibid.* s. 54-56

²⁷ *ibid.* s. 24

²⁸ *ibid.* s. 24

Økonomisk model for kosteffektivitet²⁹

Som kompensation for den sparsomme evidens for kosteffektiviteten af interventioner rettet mod ældres mentale sundhed, har NICE udviklet en økonomisk model ud fra de eksisterende studier og skøn over omkostninger forbundet med forskellige typer interventioner. Modellen viser, at gangprogrammer med tre ugentlige gåture er den mest kosteffektive intervention i forhold til ældres mentale sundhed målt ved kvalitetsjusterede leveår (QALY).

1.4 Uddannelse

Målgruppe: Personale som arbejder med ældre i kommunerne samt frivillige på ældreområdet.

Hvem kan udføre uddannelsen: Institutioner og organisationer som uddanner og efteruddanner personale til den kommunale ældreindsats.

Hvad skal de gøre:

- Udvikle uddannelsesprogrammer, der indeholder grundlæggende viden om sundhedsfremme og mental sundhed.
- Sikre at personalet kan:
 - o kommunikere og gå i dialog med målgruppen
 - o opmuntre ældre til at udveksle ideer og støtte hinanden
 - o opmuntre ældre til at udføre daglige aktiviteter samt støtte ældre i at forbedre og fastholde evnen til at udføre daglige rutiner og klare sig selv
 - o indsamle og anvende feedback fra ældre, for løbende at tilpasse ydelser og interventioner til ældres behov.
- Regelmæssigt indsamle og anvende feedback fra deltagere i den løbende udvikling og tilpasning af uddannelsesprogrammerne.

Evidens for anbefalingen om uddannelse

Anbefalingen om uddannelse bygger ikke direkte på studier som indgår i NICE's litteraturgennemgang. Ifølge NICE kan anbefalingen opfattes som en følgeslutning i forhold til de øvrige anbefalinger, idet de alle tre afhænger af, at uddannet personale organiserer og leder interventionerne.³⁰

²⁹ ibid. s. 88-97

³⁰ NICE, 2008. *Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental well-being of older people in primary care and residential care*. NICE public health guidance 16: 38

2 Mangler i evidensgrundlaget

Generelt gælder det, at anbefalingerne fra NICE ikke kan stå alene, men skal opfattes som en del af en samlet strategi til fremme af mental sundhed blandt ældre, som igen skal indføres sammen med almindelig behandling, forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod den generelle befolkning og specifikt mod ældre. NICE's vejledninger bygger på evidens fra studier, som opfylder strenge kvalitetskrav. Det betyder at anbefalingerne er afhængige af hvilke interventioner, der er blevet forsket i. I forlængelse heraf skriver NICE i sine overvejelser omkring de endelige anbefalinger, at der mangler forskning i forhold til flere aspekter af ældres mentale sundhed. Det betyder, at der må tænkes kreativt og benyttes alternativ evidens, som fx feedback fra deltagere og ekspert- og praktikervurderinger, når der iværksættes interventioner rettet mod aspekter af ældres mentale sundhed, som ikke rummes af NICE evidensbaserede anbefalinger. I det følgende præsenteres kort mangler i evidensgrundlaget, som det er vigtigt at være opmærksom på i overvejelsen af hvilke interventioner, der skal implementeres.

- Ældrebefolkningen er en meget heterogen gruppe. Derfor er det centralt, at der mangler evidens for, hvordan interventioner, rettet mod ældres mentale sundhed, virker på tværs af forskellige grupper af ældre (alder, køn, socioøkonomisk status, fysisk helbredstilstand, kulturel og etnisk baggrund samt seksuel orientering), samt hvad det er, der gør risikogrupper sårbare. Desuden er der også begrænset viden om, hvordan andre faktorer påvirker interventionernes effektivitet (boligområde, boligforhold, socialt netværk, sprog og indlæringssevne).
- Fysisk og mental sundhed er nært relaterede begreber, hvilket understreges af, at de fleste mål for selvvalideret helbred indeholder elementer af både fysisk, mentalt og socialt velbefindende. Der er meget lidt viden om, hvilket af disse gensidigt afhængige elementer, det er mest effektivt at fokusere på, hvis man ønsker at forbedre ældres mentale sundhed. Eksempelvis mangler der viden om, hvor stor en del af den positive effekt ved fysisk aktivitet, der skyldes det relaterede sociale samvær.
- Der er manglende evidens for hvilke komponenter, der gør en intervention effektiv. Hvad betyder det, hvem der udbyder og udfører interventionen? Og bliver interventionen mere effektiv, hvis ældre selv, deres pårørende eller pleje- og omsorgspersoner bliver involveret i interventionens design?
- De fleste studier af interventioner til fremme af ældres mentale sundhed omhandler individorienterede interventioner, mens der stort set ikke er studier, som har evalueret effekten af miljø- og lokalsamfundsinterventioner som fx indretningen af nærområdet og adgang til kommunale ydelser. Konsekvensen kan være, at denne type interventioner bliver nedprioriteret uretmæssigt.
- Der er meget begrænset evidens for hvilke interventioner, der er kosteffektive. Der mangler viden om, hvordan forskellige mål for mental sundhed kan indgå i økonomiske beregninger, der fx kan benyttes i beregningen af kvalitetsjusterede leveår (QALY). I forlængelse af spørgsmålet om kosteffektivitet er det desuden problematisk, at der er manglende viden om interventionernes langtidseffekt.

- Generelt er der tendens til stort frafald blandt ældre deltagere i interventionsstudier. Det er særligt de ældste og svageste, som falder fra, hvilket betyder, at der er en risiko for at interventionernes positive effekt overestimeres.
- Endelig mangler der kvalitative undersøgelser af, hvorvidt resultaterne fra kvalitetsstemplede studier kan overføres til ældre i andre lande.

3 Kommentarer om overførbare til danske forhold

Ifølge de danske fagfolk, der har kommenteret på den bearbejdede version af anbefalingerne fra NICE, er det væsentligt at være opmærksom på, at der nationalt, regionalt og kommunalt, forekommer strukturelle variationer i den måde samfundet er organiseret på. For det første er den primære sundhedssektor organiseret og finansieret forskelligt i henholdsvis Danmark, USA og England i forhold til betaler- og udbyderrollen. Det kan betyde, at det er en anden type ældre, med andre forudsætninger, som indgår i undersøgelser fra især USA, hvor der ofte er en stor andel af egenbetaling, end de ældre vi møder i en dansk kontekst. Derudover kan der også være variation i personalets uddannelsesniveau, kompetenceområder og sundhedspædagogiske metoder, hvilket kan spille en stor rolle for den konkrete implementering af NICE's anbefalinger.

Samlet kommenteres det desuden, at de fleste ældre er velfungerende og i fuld vigør – og at anbefalingerne derfor ikke har anvendelse i forhold til ældre generelt. Det bemærkes dog samtidig, at de forebyggende hjemmebesøg understreger behovet for et kommunalt fokus på mental sundhed overfor ældre, der fx lever socialt isoleret, ældre der for nylig har mistet en ægtefælle/pårørende, eller ældre der drager omsorg for en syg eller svækket ægtefælle. Her er det dog vigtigt, at de ældre inddrages - som NICE's materiale også påpeger – for at undgå den klientgørelse, der kan være en utilsigtet sideeffekt af de anbefalede interventioner. Det nævnes desuden, at ældre og plejepersonale efterspørger temadage og arrangementer om mental sundhed.

Ifølge de adspurgte fagfolk har mange af kommunerne allerede fokus på fysisk aktivitet som et led i at fremme ældres mentale sundhed – materialet har derfor særlig anvendelse i forhold til at understøtte og målrette igangværende indsatser.

4 Bilag om materiale og metode

Det danske materiale til fremme af ældres mentale sundhed er baseret på anbefalinger udviklet af NICE. NICE er en uafhængig organisation under det engelske sundhedsvæsen, som fastsætter standarder for godt sundhedsarbejde ved at udarbejde anbefalinger om sundhedsrelateret praksis.

NICE's anbefalinger til fremme af ældres mentale sundhed bygger på en systematisk litteraturgennemgang af primært kontrollerede effektstudier, som er udført med henblik på at fremme ældres mentale sundhed. Der findes en række forskellige forsøg på at definere mental sundhed, som er delvist overlappende. Et gennemgående element er dog ofte, at mental sundhed rummer to dimensioner. Dels en oplevelses- eller følelsesmæssig dimension der går på, hvordan man har det (velbefindende). Og dels en funktionel eller psykosocial dimension der går på, hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser fx i forhold til sociale relationer, håndtering af dagligdags udfordringer og stress samt evne til at klare almindelige gøremål.³¹ At have god mental sundhed er derfor både et spørgsmål om at opleve at have det godt og at fungere godt i dagligdagen.

Perspektivet i NICE's anbefalinger er sundhedsfremmende. Det indebærer, at studier af interventioner rettet mod mere specifik sygdomsforebyggelse, som fx angst, depression, selvmord eller demens ikke er inkluderet. I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Sundhedsfremme søger primært at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer.³²

I alt blev 97 ud af 220 studier om sundhedsfremmende interventioner rettet mod ældres mentale sundhed inkluderet. Heraf behandler to studier også kosteffektivitet. For at kompensere for den sparsomme evidens for interventionernes kosteffektivitet har NICE desuden udviklet en økonomisk model baseret på kvalitetsjusterede leveår (QALY).³³ Resultatet af litteraturgennemgangen og den økonomiske model blev omsat til evidensudsagn, som danner udgangspunktet for formuleringen af NICE's anbefalinger.³⁴ NICE har identificeret 18 evidensudsagn, hvoraf otte lever

³¹ I overensstemmelse hermed definerer WHO mental sundhed som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet" (Sundhedsstyrelsen, 2008. Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter).

Der er ikke konsensus om, hvordan mental sundhed kan måles, hvilket også ses ved at NICE har inkluderet studier, der søger at fremme mange forskellige komponenter af mental sundhed: accept, affekt, autonomi, kompetencer, kontrol, self-efficacy, tilfredshed, mestring, mentalt velbefindende, optimisme, personlig udvikling, positiv sindstilstand, psykologisk velbefindende, mening med livet, livskvalitet, modstandskraft, selvværd og subjektiv opfattelse af velbefindende. Komponenterne er delvist overlappende. NICE har valgt en pragmatisk tilgang, som tager udgangspunkt i, hvordan det foreløbigt er muligt at måle mental sundhed (og at der ikke findes én etableret standard herfor). Samlet set vurderes det af såvel NICE som Sundhedsstyrelsen, at de to dimensioner "at opleve at have det godt" og "at fungere godt i hverdagen", som begrebet mental sundhed dækker over, indfanges i de anvendte effektmål.

³² Sundhedsstyrelsen, 2005. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.

³³ Kvalitetsjusterede leveår (quality-adjusted life years) er en indikator, der kombinerer dødelighed og helbredsstatus. Den benyttes i helbredsrelaterede kosteffektivitetsanalyser.

³⁴ Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Morgan R, Woods B, Burholt V, Edwards RT, Reeves C, Yeo ST. *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: Systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*: PHIA 2008: 43-108

op til NICE's evidenskrav om styrke, effekt og anvendelighed (det er hhv. evidensudsagn nr. 1, 2, 3, 4, 8, 17 og 18). Disse evidensudsagn munder ud i fire overordnede anbefalinger om henholdsvis gruppebaseret sundhedsfremme, træningsprogrammer, gangprogrammer og uddannelse af pleje- og omsorgspersonale. I tabel 1 ses en oversigt over, hvordan evidensudsagnene relaterer sig til hver af de fire anbefalinger.

Tabel 1: Oversigt over evidensudsagn og deraf udledte anbefalinger

Evidensudsagn	Anbefalinger
8. Gruppebaseret sundhedsfremme	Anbefaling 1: Gruppebaseret sundhedsfremme
11. Psykologisk intervention ³⁵	
17. Kosteffektivitet	
1. Fysisk aktivitet	Anbefaling 2: Træningsprogrammer
2. Styrke- og udholdenhedstræning	
3. Kredsløbstræning	
17. Kosteffektivitet	
4. Gangprogrammer	Anbefaling 3: Gangprogrammer
18. Økonomisk model for kosteffektivitet	
Anbefalingen om uddannelse bygger ikke direkte på et evidensudsagn, men kan opfattes som en følgeslutning i forhold til anbefaling 1, 2 og 3, som alle afhænger af uddannet personale.	Anbefaling 4: Uddannelse

For at tilpasse og sikre anbefalingernes praktiske anvendelighed har NICE gennemført en kvalitativ undersøgelse, hvor anbefalingerne er blevet vurderet og kommenteret af eksperter, administratorer, praktikere og ældre borgere.³⁶

I tabel 2 og 3 ses kriterierne for, hvordan NICE har kvalitetsvurderet de studier, som deres anbefalinger bygger på.

Tabel 2: Studiedesigns som indgår i de evidensudsagn, som NICE's anbefalinger bygger på

Studiedesign	Forklaring
--------------	------------

³⁵ Evidensudsagn 11 udgør en del af evidensgrundlaget bag anbefaling 1, men NICE har valgt ikke at udvikle deciderede anbefalinger på baggrund af udsagnet. Derfor er evidensudsagn 11 om psykologisk intervention ikke nærmere beskrevet i det danske materiale.

³⁶ Link til NICE's procedurebeskrivelse:
http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingnicepublichealthguidance/developing_nice_public_health_guidance.jsp

Randomised controlled Trial (RCT)	Individer randomiseres til enten en interventionsgruppe eller en kontrolgruppe. Hvis randomiseringen er veludført vil kontrol- og interventionsgruppen kun afvige fra hinanden med hensyn til eksposering, og risikoen for bias vil være minimeret.
Cluster RCT	Til forskel fra RCT er det grupper af individer (fx et plejehjem eller en kommune), der randomiseres.
Meta analyse (MA)	En matematisk procedure der kombinere kvantitativ evidens fra en række RCT på en måde, så det bliver muligt at kombinere og sammenligne studierne resultater.
Uncontrolled Before and After Study (UBAS)	Interventionsgruppen defineres, og der indsamles data før og efter interventionen er blevet udført. Der er ingen kontrolgruppe.
Qualitative study (Q)	Kvalitative studier, som fx interviewundersøgelser, har ikke direkte indgået i evidensgrundlaget, men har bidraget med undersøgelser af kvalitetsstemplede studiers overførbare til ældre i andre lande.

Tabel 3: NICE's kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Kvalitetsvurdering	Forklaring
++	Studiet opfylder alle eller de fleste af NICE's kvalitetskriterier. NICE vurderer, at det er meget usandsynligt at konklusionerne vil ændre sig, hvis studiet gentages.
+	Studiet opfylder flere af NICE kvalitetskriterier. NICE vurderer, at det er usandsynligt at konklusionerne vil ændre sig, hvis studiet gentages.
-	Studiet opfylder meget få af NICE kvalitetskriterier. NICE vurderer, at det er sandsynligt eller meget sandsynligt, at konklusionerne vil ændre sig, hvis studiet gentages.

5 Litteratur

Originale rapporter

- NICE, 2008. *Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care*. NICE public health guidance 16.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42395/42395.pdf>
- Jané-Llopis E, Gabilondo A (eds) 2008. *Consensus paper: Mental Health in Older People*. Produceret for EU-kommissionen.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Morgan R, Woods B, Burholt V, Edwards RT, Reeves C, Yeo ST. *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: Systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*: PHIA 2008
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>

Referencer

- Sundhedsstyrelsen 2008. *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*.
http://www.sst.dk/publ/Publ2008/CFF/mental_sundhed/FremmeAfMentalSundhed.pdf
- Sundhedsstyrelsen 2010. *Mental Sundhed blandt voksne danskere*.
http://www.sifolkesundhed.dk/upload/601963_mental_sundhed_blandt_voksne%5B1%5D.pdf
- Sundhedsstyrelsen, 2010. *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark 2010*. http://www.sifolkesundhed.dk/upload/aeldrebefolkn_sundhedstilstand.pdf

Hjemmesider

- NICE homepage, procedurebeskrivelse 25-08-2010.
http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingnicepublichealthguidance/developing_nice_public_health_guidance.jsp
- Ældresagens hjemmeside 28-05-2010.
<http://www.aeldresagen.dk/Medlemmer/detgoervifordig/sochum/besoegsven/Sider/Default.aspx>

Andre relevante publikationer

- NICE, 2006. *Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care*. NICE clinical guideline 42.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>
- NICE 2007. *Anxiety (amended). Management of anxiety (panic disorder with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. NICE clinical guideline 22.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10960/29642/29642.pdf>
- NICE, 2009. *Depression. The treatment and management of depression in adults*. NICE clinical guideline 90.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>
- Servicestyrelsen 2007: Beslutningsprocesanalysen – proces, arkitektur og trivsel.
<http://www.servicestyrelsen.dk/default.asp?id=145585&sshow=1&itemid=154386>
- Sundhedsstyrelsen 2008. *Fysisk aktivitet og ældre 2008*
http://www.dif.dk/ForOffentligeMyndigheder/Forside/Vidensbank/~media/Interessenter/DIF/difdk/pdf/FysAkt_Aeldre_jul08.ashx

Andre relevante hjemmesider

- Servicestyrelsens hjemmeside 28-05-2010.
<http://godmadgodtliv.servicestyrelsen.dk/wm153511>
- Walking for health homepage 28-05-2010. <http://www.whi.org.uk/>