

SØM på ældreområdet

Vidensafdækning af og anbefalinger om udvidelse af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel med ældreområdet



*SØM på ældreområdet
– Vidensafdækning af og anbefalinger om udvidelse af Den Socialøkonomiske
Investeringsmodel med ældreområdet*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-150-1

Projekt: 302298

Finansiering: Socialstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Denne rapport indeholder en vidensafdækning af og anbefaling om mulighederne for at udvide Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) til at omfatte ældreområdet. Endvidere indeholder rapporten konkrete forslag til effektviden, afgrænsning af målgrupper og succesmål, valg af offentlige ydelser og aktiviteter til estimering af konsekvenser for ældre målgrupper samt modeltilpasninger, der kan lægges til grund for et eventuelt fremtidigt udviklingsarbejde af SØM på ældreområdet.

Projektet er gennemført af forsker Anne Brink Nandrup (projektleder) og forsker Heidi Hesselberg Lauritzen. Studentermedhjælper Annemette Thøstesen og videnskabelig assistent Kristian Haulund Jensen har bidraget til litteratursøgningen.

Projektet er finansieret af Socialstyrelsen og er undervejs blevet diskuteret med en følgegruppe af medarbejdere fra Socialstyrelsen og SØMs kommunepanel.

Rapporten har draget nytte af faglig sparring med professor Jakob Kjellberg, professor Mickael Bech og senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm samt kommentarer fra to eksterne og en intern reviewer.

Hans Hummelgaard

Forsknings- og analysechef for VIVE Effektmåling



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5	
<hr/>		
1	Indledning	8
1.1	Den Socialøkonomiske Investeringsmodel	9
1.2	Læsevejledning	11
<hr/>		
2	Ældre målgrupper i SØM	12
2.1	Hvad er et godt ældreliv?	12
2.2	Relevanskriterier	13
2.3	Effektviden om indsatser på ældreområdet	17
2.4	Målgruppeafgrænsning	29
<hr/>		
3	Konsekvenser på ældreområdet	38
3.1	Konsekvenser i SØM	38
3.2	Nye konsekvenser for ældre målgrupper	42
<hr/>		
4	Øvrige modeltilpasninger	49
4.1	Estimering af konsekvenser i SØM	49
<hr/>		
5	Inddragelse af øvrige datakilder	54
5.1	Ældredatabasen og SHARE	54
5.2	Øvrige kommunale data	55
<hr/>		
6	Anbefalinger om udvidelse af SØM på ældreområdet	56
<hr/>		
Litteratur	58	
<hr/>		
Bilag 1	Søgning på sårbarhedsfaktoren Plejebehov	63
<hr/>		
Bilag 2	Søgning på sårbarhedsfaktoren Psykisk sårbarhed	69
<hr/>		
Bilag 3	Søgning på sårbarhedsfaktoren Fysisk sundhed	75
<hr/>		

Hovedresultater

I takt med at der bliver flere ældre i Danmark, vil udgifter til pleje, behandling og forebyggende indsatser forventeligt også øges. Dermed opstår et øget behov for viden om effektfulde indsatser, der bidrager til et forbedret ældreliv, og retvisende beregninger for konsekvenserne af disse på de kommunale budgetter.

Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) benyttes af en lang række kommuner til at foretage beregninger af investeringspotentialer for sociale indsatser for udsatte børn og voksne samt mennesker med handicap. Denne rapport har til formål at kvalificere beslutningen om, hvorvidt SØM kan udvides til også at omfatte ældreområdet. Herunder indeholder rapporten en afdækning af, om der er tilstrækkelig evidens for indsatser på ældreområdet til at ligge til grund for SØM-beregninger, og en vurdering af, om de relevante ydelser og aktiviteter, der er tilgængelige i registerdata, er tilstrækkelige i forhold til at sikre et fornuftigt beregningsgrundlag for konsekvenser af indsatser.

Overordnet set finder VIVE på baggrund af nærværende afdækning, at der er tilstrækkeligt potentiale for at udvide SØM til også at omfatte ældreområdet. Dog bemærkes det, at datakvaliteten af ældredokumentationen har afgørende betydning for muligheden for at tilbyde retvisende SØM-beregninger på ældreområdet, og data på området bør derfor konsolideres i forbindelse med et eventuelt fremtidigt udviklingsarbejde. Det har været uden for rammerne af dette projekt at vurdere, hvorvidt selve datamaterialet er tilstrækkeligt detaljeret og omfangsrigt for retvisende beregninger af SØM-konsekvenser. VIVE vurderer, at udvidelsen med fordel kan ske i den eksisterende SØM-struktur, herunder anbefaler VIVE, at:

- der udarbejdes en række nye SØM-konsekvenser til ældreområdet, der især skal måle ældres forbrug af pleje- og omsorgsydelser og forbrug af lægemidler. Forbrug af pleje- og omsorgsydelser udgør en stor og uomgåelig del af de offentlige aktørers udgifter til ældre, og såfremt at datamaterialet for disse ydelser er tilfredsstillende for en rimelig og repræsentativ gruppe af ældre i de danske kommuner, vurderer VIVE, at der er fyldestgørende grundlag for at beregne konsekvenser af indsatser på ældreområdet.
- der inkluderes et omfattende sæt af kontrolvariable i estimeringen af konsekvenser, der i mere detaljeret grad end for de voksne målgrupper i alderen 18-64 år i SØM inkluderer information om demografi, socioøkonomi og forbrug af pleje- og sundhedsydelser. Idet ældregrupperne oftest er bredere og mere heterogene i udgangspunktet end voksenmålgrupperne i

SØM, er et detaljeret sæt af baggrundsvariable til approksimering af helbredsstatus og skrøbelighed i udgangspunktet nødvendigt for sammenlignelighed mellem succes- og ikke-succes-gruppen og dermed for mere retvisende konsekvensestimater.

- det bør afspejles i SØM på ældreområdet, at dødelighed er et reelt vilkår i flere af målgrupperne af ældre borgere. Dels fordi den gennemsnitlige levealder er 79,3 år for danske mænd og 83,2 år for danske kvinder, hvilket afhængigt af modellens tidshorisont hurtigt nås i målgrupperne. Dels fordi flere af indsatserne signifikant påvirker dødeligheden blandt de inkluderede individer. Dermed er både udgiftsstigninger til pleje og sundhed umiddelbart før, og fald i udgifter som følge af dødsfald blandt ældre en del af de kommunale budgetter. For at tage hånd om denne problemstilling anbefaler VIVE, at man udvikler SØM på ældreområdet, således at den kan tage højde for forskelle i dødelighed blandt ældre.
- der fastlægges en optimal tidshorisont for modellen på baggrund af en nærmere vurdering af kvaliteten af tilgængelige datakilder samt de nødvendige tilpasninger i modelstrukturen, eksempelvis ved udvidet håndtering af dødelighed. I den henseende vurderer VIVE, at det vil være nødvendigt at reducere tidshorisonten i SØM på ældreområdet i forhold til de nuværende 9-12 år for øvrige målgrupper.

Den grundlæggende idé bag SØM er, at indsatser på velfærdsområderne baseres på den aktuelt bedste viden om, hvad der virker, idet det ikke alene vil være til gavn for den enkelte borger men samtidig også føre til mere effektive indsatser og sparede udgifter til indsatser uden effekt. Således indeholder nærværende afdækning desuden en struktureret afsøgning af litteraturen omhandlende indsatser målrettet tre sårbarhedsfaktorer for ældre, der dels skønnes at være relevante for kommunale aktører, dels udfordrer det gode ældre-liv:

1. plejebehov og tab af funktionsevne
2. ensomhed og psykisk sårbarhed
3. fysisk sundhed.

Litteratursøgningen havde til formål at afdække, hvorvidt der forefindes tilstrækkelig evidens for visse indsatser målrettet ældre til at kunne lægge til grund for SØM-beregninger, og var således ikke en fuldstændig afsøgning af litteraturen på området. Hvis det besluttes at udvide SØM til ældreområdet, kan det dermed være relevant at gennemføre yderligere litteratursøgninger omhandlende evidens for sociale og sundhedsfremmende indsatser målrettet ældre både i og uden for Norden og med fokus på øvrige sårbarhedsfaktorer.

For plejebehov og tabt funktionsevne samt ensomhed og psykisk sårbarhed er søgning primært foretaget i dansk og norsk regi, mens indsatserne på området fysisk sundhed tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vurderinger – med undtagelser af indsatser rettet mod demente og deres pårørende, der er afsøgt i international kontekst. I den henseende gør VIVE opmærksom på, at manglende evidens ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at en given indsats ikke har den forventede effekt, men kan skyldes, at den pågældende indsats ikke er undersøgt tilstrækkeligt. Ligesom på de øvrige velfærdsområder er der også på ældreområdet en række indsatser, som der ikke haves solid evidensmæssig dokumentation for, men som i højere grad er erfaringsbaseret. Disse indgår dog ikke nærmere i nærværende rapport.

Baseret på en samlet vurdering af litteraturen, der er behandlet i nærværende afdækning, konkluderer VIVE, at flere indsatser målrettet ældre er tilstrækkeligt dokumenterede til at danne grundlag for SØM-beregninger for ældre borgere. Med afsæt i sårbarhedsfaktorerne 1-3 peger rapporten desuden på en række målgrupper som et muligt udgangspunkt for et udviklingsarbejde af SØM på ældreområdet. Disse målgrupper vurderes både at have relevans for kommunale aktører, at være relevante modtagere af indsatser med tilstrækkelig evidensgrundlag og mulige at afgrænse i de administrative registre, men udgør ikke en udtømmende fortegnelse over relevante målgrupper på ældreområdet. Yderligere afdækning baseret på andre faglige hensyn og inddragelse af supplerende data og litteratursøgninger kan resultere i nye relevante målgrupper.

1 Indledning

Den første version af den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) blev offentliggjort i januar 2018 med viden om målgrupper af udsatte voksne. Herefter er modellen løbende blevet udvidet og opdateret med målgrupper af udsatte børn og unge samt målgrupper på handicap- og beskæftigelsesområdet. Den seneste SØM-version 3.0 indeholder desuden et familiemodul, der tillader et mere fuldstændigt overblik over investeringspotentialer for sociale indsatser målrettet individet og familiebaserede indsatser, idet individets familie/nærmiljø inddrages i konsekvensbetragtningerne.

Imidlertid er målgrupperne, der er indeholdt i SØM, begrænset til individer under 65 år. I takt med at der bliver flere ældre i Danmark, vil udgifter til pleje, behandling og forebyggende indsatser forventeligt øges. Baseret på Danmarks Statistik og DREAM-gruppens fremskrivningsmodel estimeres det, at antallet af 65+-årige vil stige med knap 390.000 individer frem mod 2050 (33 %) i forhold til 2020, mens antallet af 80+-årige i samme periode forventes at stige med omkring 340.000 individer (120 %). Således forventes gruppen af 80-89-årige at udgøre 10 % af den samlede danske population i 2050 (Andersen og Skaksen, 2022; Vaupel et al., 2022).

En sådan stigning vil kunne mærkes i kommunernes økonomi. Opgørelser fra det tidligere Indenrigs- og boligministerie viser, at kommunerne i 2020 brugte gennemsnitligt 46.000 kr. pr. borger i alderen 67+ år på udgifter til ældre, herunder personlig og praktisk hjælp, madservice, pleje og omsorg, hjemmesygepleje, forebyggende indsatser, hjælpemidler og aflastningstilbud mv. (hovedfunktion 5.3)¹. I tillæg hertil er kommunerne allerede nu massivt udfordrede i forhold til at kunne rekruttere og fastholde medarbejdere i ældre- og plejesektoren, og udbuddet af medarbejdere kan ingenlunde følge med den fremadrettede stigende efterspørgsel efter pleje og behandling (Larsen og Jakobsen, 2022; Lauritzen et al., 2022). En fremskrivning baseret på tal fra 2019 viser, at såfremt plejebehovet for fremtidige årgange fastholdes, vil der allerede i 2030 mangle omkring 17.000 social- og sundhedsmedarbejdere (Finansministeriet, 2022).

Som en naturlig konsekvens heraf følger et stigende behov for viden om indsatser og initiativer, der kan understøtte et godt ældreliv samt forebygge og udsætte ældres behov for hjælp og pleje, ligesom kommunerne i tiltagende grad vil kunne drage fordel af troværdige beregninger på sådanne indsatser, både for generelle og specifikke grupper af borgere i alderen 65+ år. På den baggrund har Socialstyrelsen efterspurgt en afdækning af muligheden for at

¹ www.noegletal.dk

udvide SØM til ældreområdet samt anbefalinger herom, inklusive viden om effekter og økonomiske konsekvenser af indsatser.

Særligt på ældreområdet gælder desuden, at de administrative registre dækker en relativt mindre del af de ældres forbrug af især kommunale ydelser, ligesom information om de forskellige aspekter af et 'godt ældreliv' er relativt sparsomme. Dermed kunne det være fordelagtigt at inddrage de detaljerede data fra kommunernes EOJ-system (elektronisk omsorgsjournal) i udarbejdelsen af SØM-målgrupper og succesmål. Dette diskuteres nærmere i rapportens kapitel 5, men kræver naturligvis en høj grad af datakvalitet og -sammenlignelighed, der ikke for nuværende vurderes at være realistisk.

Er det imidlertid muligt at indhente data af en tilstrækkelig kvalitet fra fx en større kommune over en årrække, ville dette muliggøre analyser af mere beskrivende og indsatsorienterende karakter, der ikke er indeholdt i SØMs nuværende beregningsramme, men kunne udgøre et interessant supplement til SØM på ældreområdet. Særligt ville man være i stand til at følge grupper af ældre, der modtager specifikke indsatser, nærmere og sammenligne deres forløb og detaljerede forbrug af pleje og behandling med øvrige individer i kommunen. Dette vil give et detaljeret indblik i de risikofaktorer og behov, der opstår hos kommunens ældre som følge af specifikke livssituationer, dog med det forbehold, at analyserne ikke nødvendigvis er repræsentative for borgere i øvrige kommuner.

VIVEs anbefalinger om SØM på ældreområdet i denne rapport baserer sig alene på en struktur for udvidelsen, der er sammenlignelig med SØM for de øvrige målgrupper. Dette skyldes, at det for det første vil kræve en detaljeret afdækning af både nuværende og historisk datamateriale i (udvalgte) kommuners EOJ-systemer, før gennemførligheden af en beskrivende tilgang, som ovenfor foreslået, kan vurderes, og for det andet vil de efterfølgende analyser være langt mindre repræsentative for kommunerne som helhed. Det vurderes yderligere at være en fordel rent beregningsteknisk – men også for brugervenligheden for kommunerne – at SØM på ældreområdet kan benyttes på samme vis som for øvrige målgrupper. SØM tilbyder traditionelt muligheden for at opgøre udgiftsforskelle på offentlige aktører: kommunale, regionale og statslige. Dermed har beregninger på ældreområdet potentiale for at bidrage med værdifulde indsigter i forhold til at kvalificere beslutninger om at flytte pleje og behandling fra sundhedssektoren og over i den kommunale sektor

1.1 Den Socialøkonomiske Investeringsmodel

SØM har til formål at fremme investeringstankegangen og styrke beslutningsgrundlaget for sociale indsatser blandt især kommunale beslutningstagere.

Konkret tilbyder modellen et beregnet resultat på en omfattende liste af budgetøkonomiske konsekvenser (ændringer i forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter) i en 10-20-årig tidshorisont ved implementering af en indsats med en given forventet positiv effekt for en given målgruppe af individer.

Til grund for disse beregninger ligger SØMs vidensdatabase, der indeholder viden om effekter af forskellige sociale indsatser fra primært skandinaviske kilder, karakteristika for de målgrupper, der behandles i modellen og tilsvarende tilgængelige successmål samt estimater for ændringer i forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter, og de tilhørende priser.

De estimerede konsekvenser skal alene ses som regressionsjusterede forskelle mellem målgruppens individer, der opfylder henholdsvis ikke opfylder et successmål, der er defineret på baggrund af de fra litteraturen indhentede indsatseffekter. Fortolkningen af estimaterne er dermed ikke kausal, men angiver snarere et potentiale for realiserbare økonomiske gevinster ved at 'flytte' individer fra en konstrueret ikke-succes-gruppe til en succesgruppe.²

For at SØM kan tilbyde så retvisende beregninger som muligt ved en udvidelse til ældreområdet, er det således nødvendigt med 1) relevante målgrupper, herunder også relevante successmål, der skal approksimere en succesfuld social indsats, 2) troværdige effektestimater af relevante sociale indsatser, 3) relevante og retvisende udfaldsmål til måling af ændringer i forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter (konsekvenser) og 4) tilstrækkeligt datamateriale.

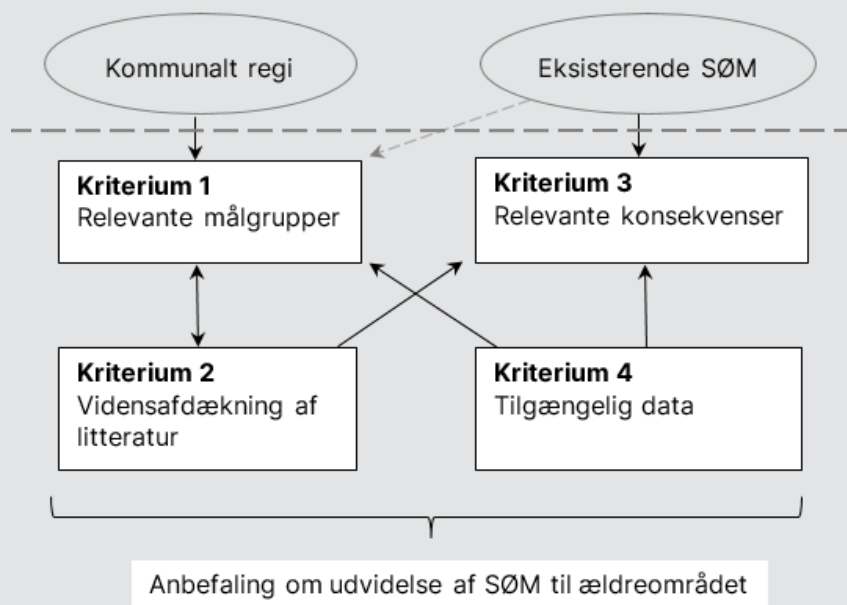
Figur 1.1 opsummerer kriterierne for SØM og illustrerer deres indbyrdes sammenhænge: For at 1) og 3) kan implementeres i praksis, er det afgørende, at de tilgængelige data er af tilstrækkelig kvalitet i 4). Endvidere er det nødvendigt med en vis sammenhæng mellem 1) og 2), for at litteraturens effektestimater fra 2) er anvendelige for de målgrupper, brugeren foretager beregninger på. Derudover bør modellens konsekvenser i 3) afspejle de forhold, brugeren (offentlige, fx kommunale aktører) står overfor i praksis.

Kriterierne 1)-4) i Figur 1.1 ligger således også til grund for VIVEs vurdering af gennemførligheden af at udvide SØM til ældreområdet og gennemgås i detaljer i rapportens følgende afsnit. Heri skelnes desuden også til anvendeligheden af eksisterende målgrupper og konsekvenser i SØM på ældreområdet.

² Det er således vigtigt at holde sig for øje, at 1) de nationale registre, der ligger til grund for beregningerne, ikke indeholder information om, hvorvidt målgruppeindividerne har modtaget en social indsats, og 2) selv hvis denne information var tilgængelig, ville de resulterende konsekvensestimater afspejle selektion ind i indsatsen.

Figur 1.1 Kriterier for rapportens anbefalinger

Figuren angiver fire nødvendige kriterier for relevans og troværdighed af beregninger foretaget i SØM-regi. Disse gælder for SØM-målgrupper generelt og danner grundlag for VIVEs anbefaling om udvidelse af SØM til ældreområdet.



1.2 Læsevejledning

Rapporten er opbygget som følger: Kapitel 2 beskriver afdækningen af relevante målgrupper og vidensafdækningen af indsatser med relevans for disse. Kapitel 3 diskuterer relevante mål for forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter på ældreområdet, mens kapitel 4 præsenterer øvrige modelmæssige hensyn ved en udvidelse til ældreområdet. Kapitel 5 opsummerer kvaliteten af tilgængeligt data og behandler muligheden for inddragelse af øvrige datakilder. Slutteligt opsummerer Kapitel 6 rapportens anbefalinger og konkrete forslag til udvidelse af SØM til ældreområdet.

2 Ældre målgrupper i SØM

For at kunne tilbyde så retvisende beregninger som muligt skal de målgrupper, der tilbydes i SØM, overholde en række krav. Således skal målgrupperne være 1) relevante for brugeren i den forstand, at de skal være relevante modtagere af potentielle, sociale indsatser af interesse for brugeren, 2) de skal være sammenlignelige med effektlitteraturens indsatsgrupper og 3) de skal være tilstrækkeligt målbare i de nationale registre. I al sin enkelthed har sidstnævnte ofte vist sig at være en særlig begrænsende faktor i forhold til indarbejdelse af nye målgrupper i SØM.

En udvidelse af SØM til ældreområdet vil ligesom de øvrige beregningstilbud i SØM primært være målrettet beslutningstagere i kommunalt regi, idet indsatser målrettet ældre ofte forankres her. Rapportens afdækning af relevante målgrupper tager derfor udgangspunkt i forståelsen af et godt ældreliv i afsnit 2.1 og de kommunale opgaver, der er knyttet til ældreområdet i afsnit 2.2. Disse sammenholdes herefter i afsnit 2.3 med litteratursøgningens indsatser, effekter og udfaldsmål og evalueres slutteligt i forhold til de datamæssige begrænsninger for målgruppe- og succesmålsdefinition i praksis i afsnit 2.4.

2.1 Hvad er et godt ældreliv?

Ifølge den danske ordbog betyder aldrig *'det at ældes og blive gammel'*, hvilket ofte karakteriseres ved stigende sårbarhed, tab af funktionsevne og øget sygelighed (Christensen, 2022, s. 33). Men hvornår er man ældre? Termen 'ældre' anvendes typisk som en bred fællesbetegnelse for borgere, der har opnået deres folkepensionsalder – for nuværende 67 år³ – mens 80 år ifølge WHO udgør skillelinjen for, hvornår man er gammel (Usinger og Larsen, 2022). Kronologisk alder (baseret på fødselsår) er imidlertid blot et tal og udgør ikke et særligt præcist mål for aldring, idet den hverken tager højde for øvrige livsforhold eller -betingelser. Aldring er derimod et udtryk for en gradvis, livslang akkumulering af molekylære og cellulære skader, der medfører, at kroppens funktioner svækkes og skrøbeligheden øges. Således kan forskellige forhold, som fx behandling og fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, udskyde aldringsprocessen, mens andre kan fremskynde den.

Gruppen af ældre på 67+ år er derfor præget af en høj grad af mangfoldighed med forskellige levemåder, ressourcer og behov, og dermed eksisterer der

³ På grund af den stigende folkepensionsalder opføres en række offentlige udgifter, fx til ældre pr. 67-årige. Imidlertid benytter store dele af litteraturen sig fortsat af 65 år som indgang til ældrelivet, ligesom folkepensionsalderen vil være 65 år for en stor del af de dataårgange, der vil skulle benyttes i SØM på ældreområdet. Derfor behandles 65-67-skillelinjen lidt løst i denne rapport.

heller ingen velafgrænset definition af, hvad et godt ældreliv indebærer. Undersøgelser peger på, at mange forbinder et godt ældreliv med at kunne fortsætte med at leve det liv, som man har været vant til. Vigtige aspekter er i den forbindelse at fastholde funktionsevnen, bevare autonomien over eget liv og være uafhængig og selvhjulpnen i forbindelse med opgaver, der fx vedrører almindelige dagligdagsopgaver såvel som aktiv deltagelse i samfundet i meningsfulde og sociale relationer (Sundhedsstyrelsen, 2019a; Rostgaard, 2022). Med funktionsevne menes en persons evne eller mulighed for at udfolde sig fysisk, psykisk og socialt. Dette er tæt knyttet til begrebet *sund aldring*, altså at man bevarer et relativt højt funktionsniveau, et godt helbred og stadig trives i takt med, at man kronologisk set er blevet ældre (Christensen, 2022; Rostgaard, 2022).

Med den støt stigende middellevetid igennem de seneste tre årtier er ældrebefolkningen både i absolutte og relative termer vokset og vil fortsat vokse, og sund aldring er dermed blevet et politisk fokuspunkt. Udfordringen ved måling af selve udviklingen i sund aldring diskuteres i Christensen (2022), men et godt udgangspunkt synes at være en stigning i 'gode' leveår, dvs. leveår uden alvorlige begrænsninger i funktionsevnen. Ud over at (fravær af nedsat funktionsevne og) gode leveår er af væsentlig karakter for livskvaliteten hos den enkelte ældre, har udviklingen også stor samfundsmæssig interesse. Tab af funktionsevne kan indebære et behov for pleje- og behandlingsmæssige ydelser samt hospitalsindlæggelser med store samfundsøkonomiske omkostninger til følge (Jensen et al., 2021). For at understøtte ældre borgere i at styrke, fastholde eller genvinde funktionsevnen og dermed øge antallet af gode leveår, er der også i lovgivningen fokus på potentielt forebyggende og sundhedsfremmende samt forbedrende/vedligeholdende indsatser, fx ved hjælp af forebyggende hjemmebesøg, rehabiliterende indsatser, genoptræning og vedligeholdelsestræning (jf. §§ 79a, 83a, 86 i lov om social service) samt hjemme-sygepleje og genoptræning (jf. §§ 138, 140 i sundhedsloven).

2.2 Relevanskriterier

Med udgangspunkt i de forskelligartede behov for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, såvel som pleje og behandling, der findes blandt danske ældre (fx Fredslund, 2021; Christensen, 2022), har VIVE udvalgt tre sårbarhedsfaktorer, som vi fokuserer på i den resterende del af rapporten:

1. Plejebehov og tab af funktionsevne
2. Psykisk sårbarhed (herunder ensomhed og mental sundhed)
3. Fysisk sundhed.

Inklusionen af fysisk sundhed, der ikke tager udgangspunkt i nedsat funktionsevne, gør, at de deraf følgende målgrupper ikke alene bør behandles i kommunalt regi, men at adgang til ydelser i sundhedssektoren ligeledes udgør en væsentlig faktor. Litteraturgennemgangens primære fokus har dog været på indsatser, der kan varetages i kommunalt regi eller i krydsfeltet mellem sundhedssektoren og den kommunale sektor.

Øvrige faktorer, som ikke behandles i denne rapport, tæller fattigdom, tandsundhed m.m. Selvom det offentlige yder en lang række tilskud, som fx boligydelse, forhøjet medicintilskud og varmechecks, fastsættes ydelses- og tilskudsgrænser nationalt og ikke i kommunalt regi. Ydermere er litteraturen om sundhedseffekter af overførsler til ældre sparsom og af blandet karakter (Lesner og Kristensen, 2020).

Tandsundhed benyttes flere steder som en indikator for fysisk funktionsevne og sundhed, hvilket i høj grad skyldes datatilgængelighed og -sammenlignelighed på området (Christensen, 2022). Tandsundheden blandt danske ældre har forbedret sig markant i løbet af de sidste årtier, selvom ældregruppen generelt har dårligere tandstatus end de øvrige befolkningsgrupper. Sygdomme i tænder og mund følger samme sociale og sundhedsadfærdsmæssige årsagssammenhænge som andre kroniske sygdomme, og der er således en tydelig social gradient tandsundhed blandt ældre (Petersen et al., 2019). Dårligere tandsundhed kan desuden resultere i tygge- og synkebesvær og kan dermed i sig selv have sundhedsmæssige konsekvenser. Kommunerne har siden 1994 været forpligtet til at yde omsorgstandpleje og skal i henhold til § 82a i lov om aktiv socialpolitik⁴ yde tilskud til tandpleje af personer på kontanthjælp og tilsvarende ydelser. Kommunale indsatser rettet mod tandsundhed er dermed ikke uden interesse for ældreområdet, imidlertid findes i de administrative registre alene information om individers forbrug af tandpleje og -behandling under sygesikringen, og dermed ikke faktisk tandstatus. Dermed er ældres tandsundhed udeladt i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport, men kan med fordel afsøges i forbindelse med en eventuel udvidelse af SØM-modellen på ældreområdet.

I den resterende del af afsnit 2.2 motiveres valget af de tre sårbarhedsfaktorer.

2.2.1 Plejebehov og tab af funktionsevne

I 2017 udgjorde kommunernes samlede udgifter til ældreområdet ca. 47 mia. kr. Knap en tredjedel (14,2 mia. kr.) var udgifter til hjemmepleje og rehabiliteringsforløb, jf. §§ 83, 83a iht. serviceloven (Dalsgaard et al., 2020). I takt med

⁴ LBK nr. 241 af 12/02/2021

at alderen stiger og funktionsevnen daler, stiger især de samlede gennemsnitlige udgifter til hjemmeplejeydelser pr. person markant, og mere for ældre i alderen 80+ år (fx Fredslund, 2021; KL, 2021). For en gennemsnitlig 65-årig udgør de kommunale omsorgsudgifter ca. 2.200 kr. årligt, mens de udgør 21.000 kr. for en 75-årig, 42.000 kr. for en 80-årig og 82.000 for en 85-årig.⁵ I modsætning hertil har sundhedsudgifterne en langt mere jævn profil og toppe omkring 85-årsalderen med ca. 43.000 kr. årligt (Fredslund, 2021).

I tillæg til et stigende behov for pleje stiger også andelen af borgere, der modtager genoptræning eller vedligeholdelsestræning for enten at genoprette eller vedligeholde deres funktionsevne, jf. § 86 iht. serviceloven (Fredslund, 2021).

Frem mod 2030 vil antallet af 80+-årige stige med omkring 159.000 og frem til 2050 med yderligere ca. 180.000 individer (Vaupel et al., 2022). Med andre ord vil den potentielle målgruppe for hjemmepleje, rehabilitering samt genoptræning forventeligt mere end fordobles. I tilknytning hertil indebærer udbygningen af det nære sundhedsvæsen, at kommunerne løbende får nye, flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, som tidligere blev varetaget i hospitalsregi. Denne udvikling vil både have betydning for udgifterne til hjemmeplejeområdet såvel som – og nok i særdeleshed – til den kommunale hjemmesygepleje (jf. § 138 iht. sundhedsloven) (Fredslund, 2021). Dermed er det ikke små udfordringer, som kommunerne i fremtiden står overfor på ældreomsorgsområdet.

2.2.2 Psykisk sårbarhed, ensomhed og depressive symptomer

Ensomhed er en stigende udfordring i Danmark, og omfanget af ensomme ældre danskere har været generelt stigende over en længere årrække, hvoraf kun en mindre del kan tilskrives de særlige omstændigheder under covid-19-epidemien (Amilon, 2022; Lasgaard et al., 2020).

Blandt de ældre er oplevelsen af ensomhed stigende med alderen (Lasgaard og Friis, 2015). Ældre er særligt udsatte for at opleve ensomhed, hvis de mister mobiliteten, får nedsat syn eller hørelse, er pårørende til en syg partner eller mister deres partner. Tilsvarende er det veldokumenteret, at ensomme ældre i højere grad selv bliver syge og har vanskeligere ved at komme sig over sygdom end ældre, der ikke oplever ensomhed. Ensomhed øger bl.a. risikoen for hjerte-kar-sygdomme, forhøjet blodtryk, Alzheimers, depression, type 2-diabetes, søvnforstyrrelser og andre livstruende sygdomme (fx Kristensen et

⁵ 80 % af udgifterne til hjemmeplejeydelser er knyttet til den personlige pleje (som toiletbesøg, bad, af- og påklædning mv.) (Fredslund, 2021).

al., 2019; Lasgaard et al., 2020), og årligt kan 50.000-100.000 besøg hos alment praktiserende læger, ca. 3.000 indlæggelser samt 1.500-2.000 dødsfald relateres til ældres svage sociale relationer (Jensen et al., 2022)⁶.

Derudover har ældre, der oplever ensomhed, en væsentlig større risiko for at modtage hjemmepleje sammenlignet med ældre, der ikke oplever ensomhed (Wahl-Brink, Bach og Hwa, 2016), og længerevarende ensomhed er en lige så stor risikofaktor for tidlig død som fx rygning og overvægt (Sundhedsstyrelsen, 2015). I gennemsnit lever mænd og kvinder, der oplever ensomhed, hhv. 8,9 og 6,3 år kortere sammenlignet med mænd og kvinder, der ikke oplever ensomhed (Eriksen et al., 2016).

Med et stigende antal ældre i befolkningen og længere levetid er ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre dermed et vigtigt fokusområde i forhold til ældres helbred og trivsel.

2.2.3 Fysisk sundhed

Forekomsten af kronisk sygdom og komorbiditet (når flere diagnoser er til stede hos den enkelte person) er stigende i den danske befolkning. Denne udvikling skal bl.a. ses i lyset af forbedrede levekår med en højere middellevetid og dermed en større andel af ældre i befolkningen til følge. Fordi risikoen for kroniske sygdomme stiger med alderen, spiller den demografiske sammensætning en væsentlig rolle i forekomsten af kroniske sygdomme i befolkningen. Dertil kommer, at forbedrede behandlingsmuligheder indebærer, at flere lever længere med en kronisk sygdom (Jensen et al., 2022).

Selvom kronisk sygdom og komorbiditet for langt de fleste borgere ikke umiddelbart er livstruende, kan sådanne sygdomme medføre både nedsat funktionsevne og livskvalitet såvel som social isolation og ensomhed (Møller et al., 2019). Derudover kan sygdom have store sundhedsøkonomiske konsekvenser. Eksempelvis er borgere med kroniske sygdomme den patientgruppe, der optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet (Robinson et al., 2011; Jensen et al., 2022), ligesom patienter med komorbiditet hurtigere udvikler nye sygdomme og har øget risiko for komplikationer efter operation sammenlignet med personer med få eller ingen sygdomme (Jensen et al., 2022). Blandt de mest udbredte kroniske sygdomme hos ældre over 65 år er type 2-diabetes (12 %), knogleskørhed (12 %), KOL (11 %), astma (5,6 %) og demens (3,4 %). I alt 2,3 % af ældre over 65 år har leddegigt (KL, 2019). Slutteligt har en stor del af ældre

⁶ Sammenhængen mellem ensomhed og sygdom er dog kompleks, idet ensomhed kan påvirke risikoen for helbredsproblemer, ligesom kronisk sygdom kan øge risikoen for ensomhed (fx som følge af begrænsede muligheder for at deltage i sociale aktiviteter (Lasgaard et al., 2020). Med andre ord er ensomhed og dårligt helbred selvforstærkende.

problemer med forhøjet blodtryk – mere end 50 % af mænd og kvinder over 65 år får blodtryks-sænkende medicin (Sundhedsstyrelsen, 2019b).

En analyse fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at over en tiendedel af de 65+-årige var indlagt mindst én gang på en medicinsk afdeling i 2014. Ud af de 117.000 ældre, der blev indlagt på en medicinsk afdeling i 2014, havde knap 60 % mindst én kronisk sygdom (hhv. KOL, knogleskørhed, leddegigt, diabetes type 1 og type 2, hjertesvigt eller astma) eller demens. Derudover modtog halvdelen af de 117.000 indlagte ældre kommunale pleje- og omsorgsydelser, mens det kun gælder en femtedel af de 65+-årige i populationen generelt (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). I tillæg hertil håndteres borgere med kroniske sygdomme i stigende grad uden for hospitalsregi i primærsektoren, hvilket stiller krav til sundhedsvæsenets håndtering af kronisk syge borgere både i regionalt og kommunalt regi.

2.3 Effektviden om indsatser på ældreområdet

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af den litteratursøgning, der ligger bag effektstudierne af centrale indsatser og initiativer på ældreområdet, der har fokus på at understøtte et godt ældreliv. Specifikt havde litteratursøgningen fokus på forebyggelse og forbedring i forhold til de tre sårbarhedsfaktorer: plejebehov, psykisk sårbarhed, og fysisk sundhed.

Det understeges, at litteratursøgningen har haft til formål at afdække, hvorvidt der er findes *tilstrækkelig* evidens for udvalgte indsatsers effektivitet til at berettige en udvidelse af SØM på ældreområdet. Tilstrækkeligheden af evidensen er vejledende og baseret på en forskningsfaglig bedømmelse af den fremkomne litteratur. Vurderingen kan dermed ændres og omfanget af områder udvides, såfremt yderligere afsøgning af litteraturen i forbindelse med en eventuel modeludvidelse afslører andre studier af tilfredsstillende kvalitet. Denne præciseres i afsnit 2.3.1.

2.3.1 Litteratursøgningen

Strukturen for rapportens litteratursøgning opsummeres i Boks 2.1 samt Bilag 1-Bilag 3. Søgningerne for sårbarhedsfaktorerne *plejebehov* og *psykisk sårbarhed* har primært haft fokus på studier i nordisk regi, mens søgninger af indsatser på det fysiske sundhedsområde i højere grad er baseret på højeste evidensniveau og er af international karakter. Således foretoges litteratursøgningen for plejebehov og psykisk sårbarhed primært på centrale danske og norske hjemmesider, der forventedes at bidrage med litteratur af en tilstrækkelig

kvalitet i et sammenligneligt velfærdssystem, mens søgninger på indsatseffekter omkring fysisk sundhed primært foretoges i Cochrane-biblioteket og på sundhedsstyrelsens hjemmeside (Bilag 1-Bilag 3).

Boks 2.1 Evidensgrundlag for litteratursøgningen

Søgninger på effektevalueringer af indsatser på de tre sårbarhedsområder plejebehov, psykisk sårbarhed og fysisk sundhed har fulgt kriterierne i Socialstyrelsens Retningslinjer for SØMs vidensdatabase⁷:

- 1) Der er målt kvantitative resultater for borgerne, så effektstørrelsen kan opgøres kvantitativt.
- 2) Studiets evalueringsdesign er baseret på enten et kontrolgruppedesign eller en før-efter-måling.

Hvoraf søgningen under 2) generelt har fokuseret på de to øverste evidensniveauer i vidensdatabasen:

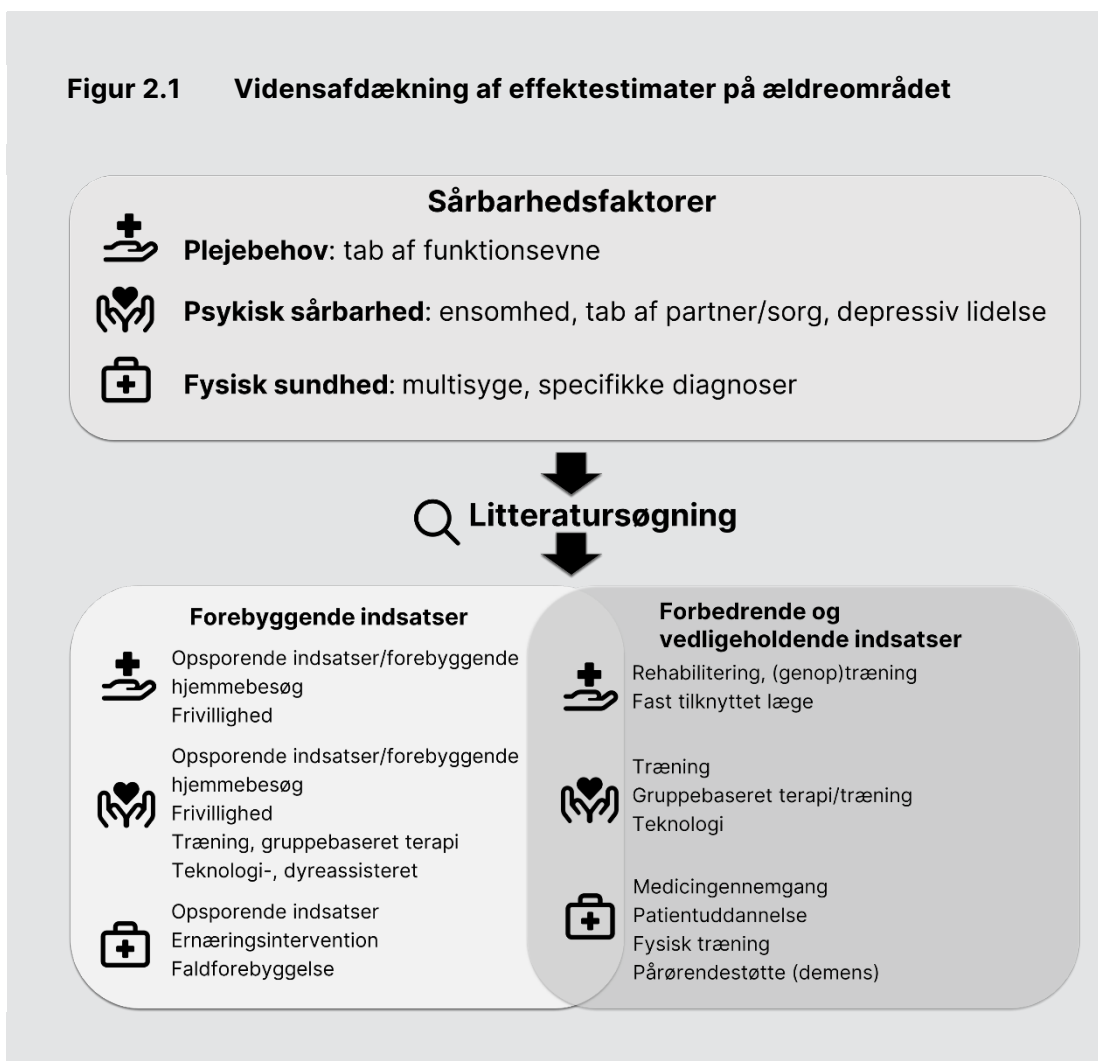
- a. Metastudier og randomiserede, kontrollerede forsøg
- b. Kvasiekperimentielle studier, hvor kontrolgruppen er konstrueret (fx matching-design, difference-in-difference uden randomiseret kontrolgruppe, instrumentvariable m.m.).

Vidensdatabasens retningslinjer tillader optag af studier baseret på før- og eftermålinger uden kontrolgruppe, men i fald de er fremkommet under søgningerne har de ikke bidraget til vores konklusioner.

Denne opdeling skyldes, at en given indsatseffekt ofte er kontekstafhængig, og vi derfor ikke ukritisk kan anvende al evidens i en dansk sammenhæng. For de mere generelle ældregrupper har vi afdækket effektviden baseret på rapporter og studier i en nordisk kontekst, der er forholdsvis sammenlignelig med det danske velfærdssystem i forhold til pleje og forebyggelse heraf. Mens indsatser målrettet behandling af individer med specifikke diagnoser og komorbiditet antages at være mere sygdomsspecifik og dermed mindre kontekstafhængig og lettere overførbare på tværs af systemer. For eksempel baserer Sundhedsstyrelsens retningslinjer på flere områder sig på metastudier og

⁷ Se <https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialstyrelsens-viden/som-diverse-materialer/retningslinjer-for-effektviden-i-soms-vidensdatabase.pdf>

randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) i international kontekst (fx Sundhedsstyrelsen, 2009; 2018).



Figur 2.1 opsummerer de af litteratursøgningen resulterende indsatser, der medtages i vidensafdækningen. Der er ikke skelnet til tidshorisonten for evaluering af indsatseffekterne, men de fleste måles mellem 30 dage og 3 år efter indsatsen. Her er indsatserne på de tre områder opdelt i forebyggelsesgrader inspireret af sundhedsterminologien, hvoraf forebyggende indsatser dækker over primær og sekundær forebyggelse og forbedrende/vedligeholdende indsatser i udgangspunktet dækker tertiær forebyggelse.⁸ Opdelingen er primært tiltænkt overskuelighed for læseren, og der er et vist overlap mellem indsatser i de to forebyggelses kategorier. Derudover har selve forebyggelsesformålet

⁸ I sundhedsterminologien har primær forebyggelse til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker, mens sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse risikofaktorer tidligst muligt. Tertiær forebyggelse har til formål at begrænse tilbagefald og forhindre forværring af tilstand (Sundhedsstyrelsen, 2005).

ofte en gradvis karakter, fx i forbindelse med gradvis tab af funktionsevne og deraf følgende øget behov for pleje.

Herefter markeres hver indsatsstype efter, om effekten af denne på baggrund af denne litteratursøgning vurderes at være tilstrækkelig empirisk funderet til at blive inkluderet i SØM-vidensdatabasen, mens indsatser, der kun findes mangelfuld evidens for, markeres som svag. Læseren gøres i den henseende opmærksom på, at evidensvurderingerne er vejledende og kan ændres (styrkes) ved en mere omfattende litteratursøgning.

Tilstrækkelighedsvurderingen baseres på en forskningsfaglig vurdering af indsatseffekternes pålidelighed og relevans i en dansk kontekst. Generelt vurderes evidensgrundlaget for indsatser til at være tilstrækkeligt, hvis to eller flere studier dokumenterer statistisk signifikante og internt konsistente effekter. De fleste reviews inkluderer en systematisk vurdering af de indeholdte studier, og i disse tilfælde baseres tilstrækkelighedsvurderingen i denne rapport på dem. Kun studier, der inkluderer en kontrolgruppe eller review- og metastudier medtages i vurderingen (se Boks 2.1), mens Bilagstabel 1.2, Bilagstabel 2.2 og Bilagstabel 3.2 opsamler analyser baseret på før- og eftermålinger, der resulterede af litteratursøgningen, men som ikke bidrager til evidensvurderingen. I de følgende tabelopsamlinger beskrives alene indsatseffekter, der er statistisk signifikante eller indeholdt i reviewstudiers konklusion.

Søgeresultaterne inkluderer både videnskabelige studier, øvrige effektevalueringer, metaanalyser og litteraturreviews af mere opsummerende karakter, dvs. uden at foretage formelle analyser af de samlede effektstørrelser. Sidstnævnte vurderes dog fortsat at have interesse som grundlag for SØMs vidensdatabase. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens håndbog til kommunerne om Forebyggelse på ældreområdet (2015), der indeholder konkrete cases og forslag til indsatser målrettet ældre og specifikke grupper af sårbare ældre.

2.3.2 Plejebenhov og tab af funktionsevne



Litteraturafdækningen af indsatser omhandlende tab af funktionsevne og plejebenhov affødte indsatser inden for fem overordnede kategorier: 1) frivillighed, 2) forebyggende hjemmebesøg, 3) gruppeaktiviteter, 4) træning (rehabilitering) og 5) faldforebyggelse. I udgangspunktet placeres de første tre i *forebyggende indsatser*, mens trænings- og faldforebyggelsesstudierne indeholdt målgruppeindivider, der allerede modtog pleje (men ikke træning) henholdsvis allerede havde været i kontakt med sundhedsvæsenet med faldskader.

Blandt de forebyggende indsatser findes deltagelse i frivilligt arbejde, der primært opsummeredes i et Campbell-review i internationalt regi. Med undtagelse af en signifikant udsættelse af død viser dette review kun svagere evidens på funktionsevne, formåen af daglige aktiviteter (ADL) og depressive symptomer, dog alle til fordel for indsatsgrupperne. Når indsatsen alligevel medtages, skyldes det, at frivilligt arbejde til forskel fra en lange række af de øvrige indsatser er forbundet med relativt lave (måske endda negative) offentlige udgifter. Derudover er det en ligetil udvidelse af overgangen mellem arbejdsliv og pensionisttilværelse på trods af, at man i sagens natur ikke kan gøre frivilligt arbejde til en obligatorisk indsats.

Der er fra det svenske RCT *Elderly Persons in the Risk Zone (EPRZ)*, der omfatter hjemmeboende 80+-årige, relativt solid evidens for de fordelagtige effekter af strukturerede, forebyggende hjemmebesøg af en social- eller sundhedsfaglig uddannet medarbejder (om end det ikke nødvendigvis kan generaliseres til en dansk kontekst). Dette understøttes af et stort dansk, kommunalt randomiseret forsøg omhandlende strukturering af *Forebyggende Hjemmebesøg til Ældre Mennesker (FHÆM)*. Evalueringer af dette viser signifikant forbedring af funktionsevne af et forebyggende besøg foretaget af uddannet personale i forhold til kontrolgruppen (dog primært for kvinder og de ældste deltagere), mens der er insignifikant forbedring af sandsynlighed for indskrivning på plejehjem efter 3 år. Yderligere evaluering af forsøget anfører desuden, at invitationsmetode i form af brev med anført besøgsdato øger sandsynligheden for accept af tilbud om forebyggende hjemmebesøg. To af de anførte reviews er lavet i norsk regi og primært af opsummerende karakter; det ene angår selvvurderet sundhed og trivsel, mens det andet ser på en længere række af udfaldsmål herunder funktionsevne, fald og sundhedsydelse. Det sidste review omhandler alene nordisk litteratur og baserer i høj grad sine konklusioner på evalueringer fra de førnævnte RCT-studier fra Sverige (EPRZ) og Danmark (FHÆM).

I henhold til lov om social service § 79a er danske kommuner forpligtede til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til borgere over 65 år efter behov og mindst en gang årligt til personer over 82 år. Dog kan indsatsen varieres, fx ved systematisering af invitation om tilbud eller opkvalificering af visitationspersonale, som undersøgt i FHÆM.

Tabel 2.1 Evidensvurdering af indsatser for sårbarhedsfaktoren: plejebenhov

Intervention	Studier	Resultater	Vurdering
Forebyggende			
Frivillighed	1 review	Reduceret dødelighed Svag positiv effekt på funktionsevne, ADL, depression	Svag
Forebyggende hjemmebesøg	2 RCT ^{a)} , 3 reviews	Reduceret træthed ved dagligdagsaktiviteter Positiv effekt på funktionsevne og tendens til udsættelse af plejehjembrug (blandet) Positiv effekt på vedligeholdelse af fysisk aktivitet (gangaktivitet, fald)	Tilstrækkelig
Aktiviteter på ældrecenter	1 review	Positiv effekt på fysisk funktion (træning)	Svag
Forbedrende			
Træning	3 RCT, 1 opsamlingsstudie ^{b)}	Positiv effekt på selvurderet ADL Positiv effekt på funktionsevne, fysisk kapacitet	Tilstrækkelig
(Hverdags-)rehabilitering	2 reviews	Overordnet reduceret ydelsesforbrug Positiv effekt på ADL, ingen effekt på fysisk funktion	Tilstrækkelig
Faldforebyggelse (inkl. træning)	2 RCT, 1 review	Positiv effekt på fysisk kapacitet Reduceret faldforekomst/skade	Tilstrækkelig

Anm.: Se Bilagstabel 1.1 for detaljer om de inkluderede studier

Note: ^{a)} Det svenske RCT Elderly Persons in the Risk Zone er generelt af høj kvalitet og bidrager med data til flere studier og indgår desuden også i begge reviews. Et dansk kontrolleret forsøg omkring udformning og struktur af forebyggende hjemmebesøg, randomiseret på kommunalt niveau, evalueres ligeledes i flere studier.

^{b)} Studiet inkluderer data fra 11 forskellige indsatser og opdeler ældre i de inkluderede studier i 'stærke' hhv. 'svage' ældre baseret på en funktionsevnevurdering.

Det norske review omkring tilbudte aktiviteter på ældrecentre rapporterer positive effekter af fysiske træningsaktiviteter på balanceevne og styrke. Der fandtes ingen pålidelige effekter af hverken træningsaktiviteter eller kreative aktiviteter på brugerens livskvalitet og ADL, men reviewet noterer, at dokumentationen overordnet set var af lav kvalitet.

Der er god evidens for både forbedret fysisk funktion og formåen af dagligdagen ved deltagelse i kortere, individualiserede træningsprogrammer. I alle inkluderede RCT-studier var deltagerne ældre hjemmeboende, der allerede modtog hjælp (eller ansøgte herom) men ikke træning. Et review i dansk kontekst finder ligeledes overordnet set positive effekter af forskellige rehabiliteringsforløb på borgerens forbrug af ydelse, mens et norsk review på international litteratur konkluderer, at rehabilitering resulterer i forbedret formåen af daglige aktiviteter men konkluderer ikke entydigt omkring effekter på fysisk funktion og funktionsevne i forhold til almindelig hjemmehjælp.

Litteratursøgningen resulterede slutteligt i to RCT-studier af faldforebyggende indsatser i skandinavisk kontekst; det ene indebar en bred indsats for pleje-

hjembeboere indeholdende faldsikring af bolig, uddannelse af personale, medicingennemgang m.m., men det andet var et træningsprogram for tidligere faldskadede, udviklet til at forebygge fald. Begge dele resulterede i signifikant forbedring i indsatsgruppen på hhv. fald og faldfrakturer, og sundhedsrelateret livskvalitet. Et norsk review af faldforebyggelse i international litteratur finder dog, at den mest pålidelige evidens den gavnlige effekt af faldforebyggelse omhandler brug af hoftebeskyttere.

De fundne studier oplistedes i Bilagstabel 1.1 og Bilagstabel 1.2.

2.3.3 Psykisk sårbarhed



Litteratursøgningen omhandlende psykisk sårbarhed resulterede i indsatser på særligt tre aspekter: 1) ensomhed, 2) tab af partner og 3) depressive symptomer.

Blandt forebyggende indsatser fandtes især gruppebaserede diskussioner og aktiviteter, der generelt resulterer i positive effekter på ældres selvvaluerede ensomhed og sociale situation, i nordisk og international sammenhæng. I til-læg hertil finder et dansk review af den internationale litteratur på indsatser mod ensomhed, at træning i grupper forbedrer livskvalitet og selvvalueret helbred, mens individrettede træningsindsatser alene har effekt på den fysiske funktion og ikke på indikatorer for psykisk trivsel. Reviewet opsummerer desuden indsatslitteraturen på en lang række underdimensioner for mere specifikke anbefalinger angående udarbejdelsen af indsatser til forebyggelse af ensomhed. Generelt finder den inkluderede litteratur også fordelagtige effekter af brede indsatser mod ensomhed.

Selvordsforebyggende indsatser er listet under forbedrende indsatser, idet selvmordstanker ofte er et produkt af depressive symptomer. Et dansk review på den internationale litteratur om selvmordsforebyggelse er inkluderet. Dette finder generelt svage positive effekter på selvmord og selvmordstanker, men mere overbevisende effekter på trivsel og depressive symptomer. Manglen på stærk evidens på det primære udfaldsmål skyldes især 1) at selvmord heldigvis er en relativt sjælden begivenhed, og effekten herpå derfor estimeres relativt upræcist og 2) det etiske aspekt i at randomisere en potentiel gunstig indsats alene til nogle selvmordstruede. I SØM-regi er det desuden mindre interessant at foretage beregninger på baggrund af fravær af selvmord (eller anden årsag til død) til succesmåling, idét ikke-succes-gruppen pr. definition ikke vil have et forbrug af ydelser.

Tabel 2.2 Evidensvurdering af indsatser for sårbarhedsfaktoren: psykisk sårbarhed

Intervention	Studier	Resultater	Vurdering
Forebyggende			
Gruppeaktiviteter	2 reviews, 1 RCT	Positiv effekt på forebyggelse og forbedring af social isolation og ensomhed Positiv effekt på social support	Tilstrækkelig
Indsatser mod ensomhed og fremme af mental sundhed	1 konstrueret kontrolgruppestudie, 1 metaanalyse, 1 review**	Forbedrende effekt på ensomhedsfølelse Positiv effekt på livskvalitet og selvvalideret helbred af gruppebaseret fysisk aktivitet, alene positiv effekt på fysisk funktion af individuel træning, positiv effekt på velbefindende af simple indsatser i plejehjemsregi og hyppig kontakt til sundhedspersonale generelt	Tilstrækkelig
Forbedrende			
Forebyggelse af selvmord	1 review	Forbedrede udfald på depressionssymptomer og selvmordstanker	Tilstrækkelig
Medbestemmelse	1 RCT	Positiv effekt på én dimension af social trivsel (social støtte), men ikke på ensomhed eller netværk	Svag
Hjemmebesøg	1 RCT	Forbedrede udfald på ensomhed, livstilfredshed og depressive symptomer i sekundær analyse	Svag*
Øvrige			
Sorgterapi ^{a)}	1 metaanalyse, 2 RCT	Positiv effekt på selv- og terapeutrapporterede mål Reducerede symptomer på kompliceret sorg, depression og trauma	Tilstrækkelig

Anm.: Se Bilagstabel 2.1 for detaljer om de inkluderede studier.

Note: ^{a)} De inkluderede studier er fremkommet i en søgning af international litteratur.

* Evidensniveauet for hjemmebesøg af sundhedsfagligt personale vurderes i sig selv ikke tilstrækkeligt til at ligge til grund for en SØM-beregning. Indsatsen har dog potentiel relevans, idet resultaterne bakkes op af resultaterne i reviewet markeret med **.

Blandt forbedrende indsatser fremkom desuden to RCT-studier, der evaluerer effekten af henholdsvis øget medbestemmelse i dagcenteraktiviteter blandt kronisk syge og handicappede ældre og hyppige besøg af sundhedspersonale for udsatte ældre i egen bolig. Ingen af de to studier demonstrerer i sig selv overbevisende effekter på social og psykisk trivsel. Dog er studiet omhandlende hyppige besøg af sundhedspersonale udfordret af et relativt stort frafald (herunder dødelighed), og i sin sekundære specifikation findes signifikante effekter på ensomhed, livskvalitet og selvvalideret helbred. Denne indsatseffekt bakkes op af det danske review af indsatser, der fremmer ældres mentale sundhed, hvorfor det vurderes, at sundhedsfaglige hjemmebesøg alligevel har et vist potentiale i forhold til SØM-beregninger.

Indsatser omhandlende sorgterapi i forbindelse med nyligt tab af partner er i Tabel 2.2 udskilt fra de øvrige indsatser. Dette skyldes, at vi i skandinavisk kontekst ikke kunne finde pålidelig empirisk evidens på området, og vi udvidede derfor søgningen til international litteratur. Metaanalysen er baseret på

sorgterapi for efterladte i alle aldre og demonstrerer små til moderate effektstørrelser af sorgterapi på en række selv- og terapeutrapporterede udfald for især gruppen af ældre. Et RCT-studie i amerikansk kontekst på effekten af et sorgterapiprogram for 50+-årige demonstrerede ingen signifikante forbedringer mellem indsats- og kontrolgruppe, mens et RCT-studie fra Portugal målrettet ældre med et særligt kompliceret sorgforløb fandt betydelige positive effekter af terapien. I et review sætter Stroebe, Schut og Stroebe (2007) fokus på sammenhængen mellem sorg (og kompliceret sorg) og en række sundhedsmæssige udfaldsmål. Forfatterne finder, at sorgramte desuden får nedsat funktionsevne, mere medicin, hyppigere hospitals- og primær sektor-kontakter og forøget dødelighed.

De fundne studier er oplistet i Bilagstabel 2.1 og Bilagstabel 2.2.

2.3.4 Fysisk sundhed



Indsatser fundet under litteratursøgningen af sårbarhedsfaktoren fysisk sundhed er i udgangspunktet rettet mod borgere med eller i risiko for konkrete sundhedsmæssige/medicinske udfordringer. Der vil være en vis sammenhæng med indsatser målrettet forbedring eller vedligeholdelse af funktionsevne fra afsnit 2.3.2. Således kan fx faldforebyggelse, rehabilitering og forebyggende hjemmebesøg til udsatte ældre fra Tabel 2.1 ligeledes være relevante indsatser for kronisk syge ældre og ældre medicinske patienter.

Litteratursøgningen blandt indsatser målrettet sundhedsudsatte ældre er opdelt i følgende: Tabel 2.3 oplister sundhedsforebyggende og -fremmende indsatser, der er relevante for ældre målgrupper generelt, Tabel 2.4 oplister indsatser målrettet demente og deres nærmeste omsorgspersoner, mens Tabel 2.5 slutteligt præsenterer trænings- og patientuddannelsesindsatser målrettet patienter, der er diagnosticeret med ofte forekommende sygdomme blandt ældre.

Litteratursøgningen resulterede i fire typer af interventioner blandt de generelle sundhedsfremmende indsatser. Ernæringsinterventionerne i de inkluderede studier var generelt succesfulde i at øge deltagernes ernæringsstatus, herunder energiindtag, vægt og BMI (i det mindste indtil endt intervention), mens effekten på øvrige sundhedsmæssige udfaldsmål som genindlæggelser, komplikationer under indlæggelse m.m. var mere usikre. Derimod er de sundhedsmæssige effekter af en fast tilknyttet læge på plejecentrene ensrettede, idet både forebyggelige indlæggelser, gen- og korttidsindlæggelser blev reduceret i forhold til den konstruerede kontrolgruppe. Disse resultater er dog baseret på et enkelt ikke-randomiseret studie – om end i dansk kontekst – hvorfor evidensniveauet ikke vurderes som værende tilstrækkeligt.

Tabel 2.3 Evidensvurdering af indsatser for sårbarhedsfaktoren: fysisk sundhed

Intervention	Studier	Resultater	Vurdering
Ernæringsintervention	2 RCT, 1 review	Reduktion af indlæggelsesdage i gruppen af patienter med komplikationer Øget energiindtag. Øget vægt og BMI (mens indsatsen stod på), forbedret balanceevne Øget trivsel	Tilstrækkelig
Fast tilknyttet læge på plejecenter	1 konstrueret kontrolgruppe studie	Reduktion af forebyggelige indsatser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser	Svag
Overlevering ved udskrivelse/særlig geriatrisk behandling	1 ikke-tilfældig kontrolgruppe studie, 11 konstruerende kontrolgruppeanalyser ^{a)} , 1 review	Reducerede genindlæggelser især ved fokus på opfølgning efter sygehusindlæggelse Øgede ambulankontakter og kontakt med primærsektor for fokus på opsporing af svage ældre. Insignifikante effekter af bredt definerede indsatsgrupper. Forbedrede sundhedsudfald ved vurdering og behandling på særlige geriatriske afdelinger	Tilstrækkelig
Medicingennemgang	1 RCT, 2 review	Nedsat uhensigtsmæssigt medicinforbrug og genindlæggelser ved implementering af sammensatte indsatser inkl. medicingennemgang, undervisning og opfølgning men ikke entydigt ved tiltagene alene	Tilstrækkelig

Anm: Se Bilagstabel 3.1 for detaljer om de inkluderede studier.

Note: ^{a)} Evaluering af seks projekter, der modtog støtte fra statspuljen på sundhedsområdet for 2016-2019.

Gruppen af særlige behandlingstiltag i forbindelse med hospitalskontakt for ældre patienter er en broget skare af indsatser. Generelt findes det, at opfølgning i primærsektoren efter endt hospitalsindlæggelse reducerer genindlæggelser. Opsporende indsatser med særligt fokus på svage ældre resulterer i et øget forbrug af visse sundhedsydelser (ambulankontakter og primærsektor), hvilket er i overensstemmelse med, at disse patienter i øvrigt underbehandles. Indsatser, der er bredt definerede i forhold til formål og målgruppe, fører generelt til insignifikante resultater. Desuden finder det norske review-studie, at behandling af ældre patienter på særligt geriatriske afdelinger i international sammenhæng forbedrer patienternes udfald, mens evidensen på behandling i af tværfaglige teams i almindelige afdelinger er mere blandet.

Der er kun usikker evidens for, at en medicingennemgang – enten i regi af hospitalet eller i primær praksis – i sig selv formindsker uhensigtsmæssig lægemiddelbrug. Kombineres medicingennemgangen derimod med fx opfølgende samtaler og opkvalificeringsforløb findes positive, herunder nedsat uhensigtsmæssigt medicinforbrug og færre genindlæggelser.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport foretoges desuden en yderligere søgning specifikt på effektevalueringer af indsatser målrettet individer med demens og deres pårørende omsorgspersoner. På trods af at demensrisikoen på ethvert tidspunkt er faldet for den enkelte i nyere tid, lever man i Danmark samtidigt længere og har dermed også en længere periode, hvor man er udsat i forhold til at udvikle demens (Christensen, 2022). Med de store fødselsårgange, der har ramt pensionsalderen, står vi derfor med voksende fremtidigt behov for pleje og hjælp til demente.

Det meste af den fundne litteratur omkring indsatser målrettet demente i Tabel 2.4 angår de tidlige stadier af demens, og således er der en vis evidens for, at fysisk træning forebygger reduceret formåen af dagligdags aktiviteter, men kognitiv træning og rehabilitering kan anvendes til at bibeholde specifikke kognitive funktioner. Hverken kognitiv eller fysisk træning var dog forbundet med en forbedring af depressionssymptomer for den demensramte. Derimod rapporterer evalueringen af den omfattende psykosociale, danske indsats, DAISY, en signifikant forbedring af depressionssymptomer hos deltagergruppen i forhold til kontrolgruppen.

Tabel 2.4 Evidensvurdering af indsatser for demente og deres pårørende

Intervention	Studier	Resultater	Vurdering
Demente			
Fysisk træning	1 RCT, 3 review	Høj intensitet forbedrer deltagerenes kondition og trænings self-efficacy. Større variation i forbedring af kognitiv funktion, tendens til forbedret ADL Ingen effekt på depressive symptomer	Tilstrækkelig
Kognitiv rehabilitering	3 review	Kognitiv rehabilitering kan anvendes til specifikke kognitive funktioner, fx sproglig udtryksevne men ikke på adfærdsmæssige mål og trivsel	Tilstrækkelig
Psykosocial rådgivning	1 RCT	Færre depressive symptomer hos demente	Svag
Pårørende omsorgspersoner			
Aflastning	1 konstrueret kontrolgruppe, 1 review, 1 metastudie	Reduceret ønske om at institutionalisere sin demente partner, mindre oplevet byrde, men dog en tendens til tidligere behov for plejehjemsindskrivning	Svag
Øvrig støtte	1 RCT, 1 metastudie	Forbedret selv vurderet helbred, depressionssymptomer og byrde for den pårørende og forlænget tid til plejehjemsindskrivning for den demente	Tilstrækkelig

Anm.: Se Bilagstabel 3.1 for detaljer om de inkluderede studier.

Der er ingen signifikante effekter af DAISY på de pårørende, dog finder en metaanalyse af lignende psykosociale indsatser signifikant forbedring af plejgivers byrde og depressionssymptomer, hvilket kan skyldes en større samlet population, eller at DAISY kun inkluderer demensdiagnosticerede relativt kort tid efter diagnose (maksimalt 12 måneder). Der vurderes at være tilstrækkelig evidens for, at indsatser målrettet pårørende plejgiver af en anden karakter end aflastning (alene) påvirker plejgiverens trivsel og potentielt udsætter behovet for plejehjem. Derimod er ser aflastning ud til at mindske plejgiverens oplevede byrde, uden at det entydigt omsættes til forbedret trivsel eller udsættelse af plejehjemsbehov, se Tabel 2.4.

Slutteligt betragtes indsatser omhandlende fysisk træning og patientuddannelse målrettet en vifte af de mest udbredte kroniske sygdomme og lidelser blandt 65+-årige: KOL, hypertension/hjerteinsufficiens, artrose, apopleksi, type 2-diabetes og knogleskørhed. Evidensvurderingen af disse indsatser baserer sig på Sundhedsstyrelsens omfattende litteraturreview, der dog ikke er særligt målrettet ældre borgere, om end der er en klar overrepræsentation af ældre blandt de diagnosticerede.

Tabel 2.5 indeholder en oversigt over evidensvurderingen af de inkluderede indsatser. Det kan ikke udelukkes, at det højere evidensniveau for den generelle patientuddannelse end for uddannelserne specifikt målrettet KOL og type 2-diabetes skyldes en tilsvarende større population af studier og individerne i disse.

Tabel 2.5 Evidensvurdering af indsatser for specifikke diagnoser

Diagnose	Intervention	Resultater	Vurdering
KOL	Træning (som led af rehabilitering)	Høj evidens for positiv effekt dyspnø, træthed, emotionel funktion	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (KOL)	Generelt svagt evidensniveau. Svag positiv evidens for effekt på oplevelsen af symptomers sværhedsgrad, forbedring af daglige aktiviteter, self-efficacy og lægebesøg	Svag
Hypertension/hjerteinsufficiens	Træning	Høj evidens for positiv effekt på nedsættelse af blodtryk. Høj evidens for negativ effekt på (gen-)indlæggelser, positiv effekt på livskvalitet	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (uspec.) ^{a)}	Moderat positiv effekt på fysisk aktivitet, selvvalueret helbred, træthed, funktionsnedsættelse og self-efficacy. Nogle uddannelsesforløb har positiv effekt på indlæggelser og akutbesøg	Tilstrækkelig
Artrose	Træning	Høj evidens for positiv effekt på smertelindring og fysisk funktion (især knæ)	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (uspec.) ^{a)}	Moderat positiv effekt på fysisk aktivitet, selvvalueret helbred, træthed, funktionsnedsættelse og self-efficacy. Nogle uddannelsesforløb har positiv effekt på indlæggelser og akutbesøg	Tilstrækkelig

Diagnose	Intervention	Resultater	Vurdering
Apopleksi	Træning	Moderat evidens for positiv effekt på gangfunktion og -hastighed og kognitiv funktion	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (uspec.) ^{a)}	Moderat positiv effekt på fysisk aktivitet, selvvalueret helbred, træthed, funktionsnedsættelse og self-efficacy. Nogle uddannelsesforløb har positiv effekt på indlæggelser og akutbesøg	Tilstrækkelig
Type 2-diabetes	Træning	Høj evidens for positiv effekt på glukosestofskiftet og reduktion af langtidsblodsukker	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (Type 2-diabetes)	Ingen entydig effekt på sundhedsadfærd eller livskvalitet, dog moderat evidens for positiv effekt på self-efficacy, empowerment, BMI, blodsukker, sænkning af diabetesmedicin	Svag
Knogleskørhed	Træning	Høj evidens for positiv effekt på fald og faldskader for ældre	Tilstrækkelig
	Patientuddannelse (uspec.) ^{a)}	Moderat positiv effekt på fysisk aktivitet, selvvalueret helbred, træthed, funktionsnedsættelse og self-efficacy. Nogle uddannelsesforløb har positiv effekt på indlæggelser og akutbesøg	Tilstrækkelig

Anm.: Se Bilagstabel 3.1 for detaljer om de inkluderede studier.

Note: ^{a)} Patientuddannelse (uspec.) dækker over Sundhedsstyrelsens evaluering af generel gruppebaseret patientuddannelse, fx uddannelse til personer med kronisk sygdom.

2.4 Målgruppeafgrænsning

Dette afsnit gennemgår rapportens forslag til relevante målgrupper, der på baggrund af evidensgrundlaget for indsatseffekter og tilgængeligt registerdata kan implementeres i en udvidelse af SØM på ældreområdet. Målgrupperne opsummeres i Tabel 2.6 og beskrives kort i rapportteksten. VIVE bemærker dog, at endelig fastlæggelse af kriterier for målgrupper og succesmål bør tage udgangspunkt i en empirisk analyse. For eksempel kan man med hensyn til målgruppe 3 i Tabel 2.6 med fordel undersøge det empiriske grundlag for at modtage træning/rehabilitering efter indlæggelser med en varighed på 3+ dage. Derudover kræves et vist antal af individer i analyserne, for at man kan forvente at detektere signifikante forskelle mellem succes- og ikke-succes-grupperne, hvorfor en foreslået målgruppe kan være overflødig eller en justering af kriterierne nødvendig. Dermed skal Tabel 2.6 alene ses som et forslag til udgangspunktet for udtrækning af målgrupper baseret på en vurdering af væsentlige sårbarhedsfaktorer for ældre, tilstrækkeligheden af evidensen for dertilhørende indsatser og muligheden for at identificere og afgrænse målgrupperne i registerdata.

De fleste målgrupper følger den traditionelle SØM-tidshorisont med målgruppeudtræk i år 0, og succesmåling i efterfølgende kalenderår (år 1, se også afsnit 4.1). Succesmålet fortolkes i SØM som en approksimation for effekten af at have modtaget en succesfuld indsats, dvs. succesmålet defineres typisk på

baggrund af de empirisk dokumenterede indsatseffekter. I enkelte tilfælde foreslås succesmåling umiddelbart efter udtræk til målgruppe. Dette gælder især for succesmål relateret til de sundhedsorienterede indsatser, der ofte måler indsatseffekt på genindlæggelse inden 30 dage fra udskrivelse af hospital.⁹ Idet de ældre målgrupper nedenfor i særdeleshed vil være karakteriseret af mulighed for gentagen målgruppeudtræk, foreslås det at benytte den eksisterede procedure til tilfældig udtrækning af målgruppeår for individet (Socialstyrelsen, 2022). Det bemærkes i den forbindelse, at flere af de foreslåede succesmål ikke omhandler en decideret forbedring af individets tilstand, men snarere en fastholdelse (ikke-forringelse) af denne, hvilket skal afspejle den naturlige aldringsproces.

Ældremålgrupperne er fælles definerede ved at indeholde individer, der på afgrænsningstidspunktet har alderen 65+ år, og dermed for nuværende ikke er en del af SØM. I de fleste ældremålgrupper vurderes det ikke nødvendigt at tilbyde aldersdifferentierede målgrupper, fordi målgruppebetingelserne ofte er så specifikke, at de i højere grad vil opfange individernes forventede fremtidige levevilkår (herunder restlevetid), end kronologisk alder alene kan. I enkelte tilfælde vurderes en aldersopdeling dog at være fordelagtig, fx i forbindelse med rehabilitering i forhold til forventet social og fysisk formåen. Af samme årsag vurderes det i de fleste tilfælde ikke at have afgørende betydning for målgruppen, om denne betinges på, at individerne skal have trukket sig fra arbejdsmarkedet – det er sjældent, at individer over 65 år, der er aktive på arbejdsmarkedet, er visiteret til pleje. Det anbefales i øvrigt at inkludere et relativt detaljeret sæt af baggrunds- og baselinevariable i bestemmelsen af konsekvensestimater for SØM på ældreområdet (se også Tabel 4.1).

2.4.1 Målgrupper omhandlende plejebehov og tab af funktionsevne



For målgrupper inden for sårbarhedsfaktoren plejebehov tages udgangspunkt i en 'trappemodel' for funktionsevne (uobserverbar), der omsættes til et tilsvarende øget visteret behov for pleje (observerbart), se Figur 2.2. Her antages et fuldstændigt plejebehov at gælde beboere på landets plejecentre. Således er fokus for succesmålet i denne kategori oplagt at undgå yderligere begrænsning i funktionsevne og dermed yderligere behov for hjælp eller pleje, hvilket i registrene kan approksimeres af gennemsnitlig ugentlig visiteret tid til praktisk hjælp henholdsvis personlig pleje. Her er bør man dog holde sig for

⁹ Måling af succesmål allerede efter 30 dage fra målgruppeudtræk bryder med den generelle struktur i SØM, hvor succesmål måles i kalenderåret efter målgruppeudtræk (se også Afsnit 4.1) og kræver således en mindre tilpasning af tidsstrukturen, hvilket dog også er tilfældet for enkelte målgrupper i SØM-version 3.0, fx Børn og Unge anbragt på institution (Socialstyrelsen, 2022). For at undgå, at succesgruppeudtrækket påvirker konsekvensestimaterne i første år, bør tidsperioderne justeres således at, hvis individet udskrives senest 30 dage inden kalenderårets udløb, vil både målgruppeudtræk og succesmåling ske i år 1, mens hvis individet udskrives i kalenderårets sidste 30 dage, vil målgruppeudtræk ske i 0 år og succesmåling i år 1. For at individerne kan indgå i målgruppen, betinges desuden på, at de ikke dør inden endt måling af succesmål, således at de ikke systematisk ender i succesgruppen, fordi de ikke længere trækker på pleje og andre ydelser. Det bemærkes i den sammenhæng, at dødelighed påvirkes af flere af indsatserne.

øje, at kommunerne mekanisk kan hæve succesraten ved at introducere strengere visitationskriterier for pleje. De anbefalede kontrolvariable sikrer dog, at estimerne baseres på individsammenligninger inden for målgruppeår – og hvis muligt – bopælskommune, og dermed tages højde for sådanne ændringer, så længe de ikke er systematisk relaterede til tildeling af en indsats inden for kommunen i året.

Det kan være relevant at tilbyde kønsopdeling af flere af målgrupperne i denne kategori. Dels leverer især kvinder uformel pleje til partneren ved behov (fx Danmarks Statistik, 2016), ligesom litteraturen på fx forebyggende hjemmebesøg dokumenterer større effekter på kvinder.

I den lave ende af plejebenhovstrappen foreslås en målgruppe bestående af hjemmeboende ældre, der hverken modtager pleje eller træning, men modtager et forebyggende hjemmebesøg. Idet forebyggende hjemmebesøg alene tilbydes ældre sårbare i en eller anden forstand (enlige, 82+-årige eller ved behov), sikres en mere ensartet målgruppe i udgangspunktet, fordi yngre og ikke-svækkede eller sårbare ældre sorteres fra.

Dernæst foreslås en eller flere målgrupper bestående af hjemmeboende ældre, der modtager pleje eller hjælp men ikke træning i året for målgruppeudtræk. Således er trænings- og rehabiliteringsindsatserne et oplagt udgangspunkt for disse målgrupper. I udarbejdelsen af modellen kan det dog være nødvendigt med en nærmere afgrænsning af målgruppekriterierne, fx i forhold til, hvor længe individer ikke har modtaget træning.

En anden hjemmeboende gruppe af interesse er ældre, der har haft minimum en medicinsk indlæggelse i året, eller en hvilken som helst indlæggelse af minimum tre dages varighed (dvs. ikke alene på akutafdelingen). Der vil i disse sammenhænge foreligge en vigtig opgave for kommunerne med at følge op på hospitalsbehandlingen, således at genindlæggelser eller tab af funktionsevne undgås. Denne målgruppe kan evt. opdeles i patienter med og uden en kronisk diagnose, alene på grund af det forventeligt forøgede forbrug af både hjemmepleje og sundhedsydelse i sidstnævnte gruppe (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

Det foreslås desuden at udskille hospitalskontakter som følge af fald i en separat målgruppe, idet indsatsen målrettet ældre i risiko for fald og faldskader adskiller sig fra træning og rehabilitering i forbindelse med endt indlæggelse på hospital af anden (fx medicinsk) årsag. Fald og faldrelaterede skader er hyppigt forekommende blandt ældre over 65 år. Omkring hver tredje hjemmeboende over 65 år falder mindst én gang om året, og risikoen stiger med alderen. Blandt ældre i plejeboliger er andelen oppe på hver anden. Ældre, der er faldet én gang, har 2-3 gange større risiko for at falde igen inden for det næste år (Sundhedsstyrelsen, 2015). Opgørelser viser desuden, at omkring en

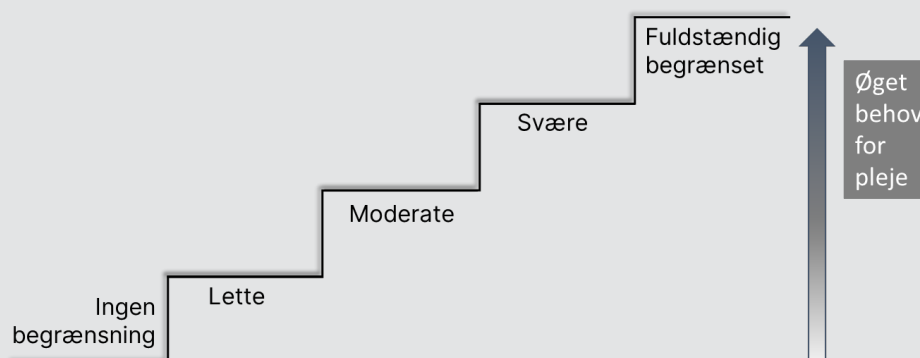
tredjedel af alle ældre med en hoftenær fraktur dør inden for et år, mens knap halvdelen ikke genvinder deres gangfunktion som før, de faldt.

Ud over at behandling og pleje af faldrelaterede skader er en samfundsmæssig omkostningstung udgiftspost, kan fald også have store personlige (fysiske, psykiske og sociale) konsekvenser for den ældre. Både hvis faldet medfører et fysisk traume, og hvis et fald udløser en frygt for at falde igen og dermed begrænser den ældres aktivitetsniveau og sociale interaktion (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Slutteligt foreslås det at inkludere en bred målgruppe af plejehjemsbeboere, der udskrives fra sygehuset, eventuelt med udskillelse af indlæggelser på grund af fald eller faldskader. Her bør succesmålene angå (gen-)indlæggelser på hospitalet, idet det hverken er muligt eller meningsfuldt at måle på plejehjemsbehov for plejehjemsbeboere.

Figur 2.2 Trappemodel for begrænsninger i funktionsevne

Illustration af begrænsninger i funktionsevne på baggrund af funktionsvurderingskategorierne i Fælles Sprog III.



Kilde: Dokumentationen for Fælles Sprog III findes her: <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/data-dokumentation-og-digitalisering/faelles-sprog-iii/>

2.4.2 Målgrupper omhandlende psykisk sårbarhed



Generelt gælder for målgrupper og succesmål under denne sårbarhedsfaktor, at de er sværere observerbare end for plejehjemsbehov. Specifikt observeres ensomhed eller depressive symptomer ikke med mindre de udmunder i hospitalstalskontakt som følge af fx en depressionsdiagnose, kontakt med psykolog/psykiater under sygesikringen eller i forbrug af (specifikke) psykofarmaka.

På sundhedsområdet observeres faktisk helbredstilstand sjældent i registrene, hvorimod individernes forbrug af sundhedsydelser er relativt veldokumenterede. Imidlertid kan et øget forbrug af sundhedsydelser og lægemidler ikke nødvendigvis oversættes til en forværret sundhedstilstand, idet sundhedsydelser inden for en række områder i højere grad fortolkes som forebyggelse og investering i fremtidig sundhed. Ofte vil de særligt udsatte netop have et relativt mindre forbrug af sundhedsydelser, herunder også behandling af psykisk sygdom. Ikke desto mindre vurderes psykisk sårbarhed for ældre at være en yderst vigtig dimension i en SØM-model på ældreområdet, hvorfor en vis grad af unøjagtighed kan tillades.

Det kan være livsomvæltende at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet (Lassen, 2022). Og samtidig dækker denne gruppe netop de yngre ældre, der i gennemsnit har en lang pensionisttilværelse foran sig. Derfor er det også vigtigt, at eventuelle psykiske udfordringer ikke får lov at udvikle og manifestere sig (i fald psykofarmaka benyttes til succesmåling, bør målgruppen begrænses til nyligt tilbagetrukne, der ikke tager psykofarmaka).

Ligeledes vurderes målgruppen af individer, der mister deres samlever, at være en særligt sårbar gruppe, det er vigtigt at få taget hånd om. Den inkluderede litteratur om sorgterapi dokumenterer en sammenhæng mellem sorg, kompliceret sorg og depressive symptomer, der kan afhjælpes af forskellige indsatser.

For begge målgrupper gælder, at især mænd er sårbare i forhold til svage sociale relationer, når netværket på arbejdspladsen forsvinder, eller man mister sin partner (Amilon, 2022). Derfor anbefales det at opdele disse grupper på baggrund af køn. Afgrænsning af succesmål, der kan approksimere en forbedring i selvvurderet ensomhed og sociale relationer, er udfordret af manglende registerbaseret information. Således foreslås succesmål baseret på udfald af ensomheds- og sorgindsatserne at omhandle, hvorvidt der opstår et behov for brug af psykofarmaka. Dette mål antages at fange relativt mildere psykiske udfordringer sammenlignet med fx psykiatrisk hospitalskontakt, men kan med fordel valideres ved at sammenholde selvrapporeret information fra Ældredatabasen med registerbaseret brug af psykofarmaka (se også Afsnit 5.1). I målgruppen af individer, der mister sin partner, er den tilbageværende efterladt til på egen hånd at skulle få hverdagen med alt, hvad den indebærer, til at fungere. Dermed kan det også være af interesse at definere succesmålet på baggrund af plejebestanden.

Endelig foreslås en målgruppe baseret på ældre med en depressionsdiagnose. Dels er denne nogenlunde sammenlignelig med eksisterende målgrupper for voksne i SØM, dels har ældre generelt – og især mænd over 80 år – en meget høj selvmordsrate (Socialstyrelsen, 2014). Såfremt at ældre i succesgruppen i mindre omfang end ikke-succes-gruppen begår selvmord, forventes resultatet

af SØM-beregningerne at være særligt negative, idet individer afgået ved døden indgår med nul-forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter i modellens resterende tidsperioder. Herved fremhæves behovet for ligeledes at tilbyde et estimat på den forventede forskel i dødelighed i regi af SØM på ældreområdet (se også Afsnit 4.1.2).

2.4.3 Målgrupper baseret på specifik sygdom



Dette afsnit indeholder målgrupper, der har et mere snævert og sygdomsspecifikt fokus end målgruppen af ældre, der udskrives efter en medicinsk eller længerevarende hospitalsindlæggelse eller faldskade (3) og (4) i Tabel 2.6. Dermed forventes evt. SØM-beregninger, der foretages på disse målgrupper, på den ene side at være mere præcise i forhold til udgifterne for det enkelte individ, og på den anden side er detaljeringsgraden af denne skelnen ikke nødvendigvis relevant i en kommunal budgetøkonomisk kontekst. Kommunen skal yde pleje og hjælp efter behov, uanset om behovet opstår som følge af uspecificeret funktionsevnetab eller specifik sygdomsforekomst – i flere tilfælde kan det dog forventes, at kronikere modtager relativt mere hjælp, idet opsporingen lettes, da individerne ofte allerede er i kontakt med det offentlige system. Således vurderes de fleste sygdomsspecifikke målgrupper at være 'nice to have' snarere end af primær interesse for en udvidelse af SØM på ældreområdet. Undtaget herfra er målgruppen af borgere med en demensdiagnose.¹⁰

Demens karakteriseres ved tiltagende kognitiv forringelse, der i sidste ende hæmmer muligheden for at udføre dagligdagsaktiviteter. Således ender mange med en demensdiagnose på plejehjem, når det ikke længere er muligt for pårørende at passe den demente i eget hjem. Det er dog ikke uden omkostninger at pålægge pårørende en stor del af plejensvaret. Jakobsen et al. (2011) estimerer, at plejgivende partnere til demente i gennemsnit bruger 5,85 timer dagligt på pleje og hjælp til partneren. Idet det fortrinsvis er ældre, der rammes af demens, står deres partnere også i højere grad uden for arbejdsmarkedet, hvorfor omkostningen ved den megen tid allokeret til pleje primært består af tabt fritid og ikke tabt arbejdstid, der rent samfundsøkonomiske ville være af en betragtelig størrelse (op til 2.400 kr. pr. dag fremskrevet til 2022 (Jakobsen et al., 2011)). I tillæg hertil kan plejearbejdet være både fysisk og psykisk belastende (social isolation, depression, søvnproblemer (Parker, 2008)), hvorfor VIVE anbefaler, at man ved at tilbyde SØM-beregninger for indsats målrettet dementramte desuden tilbyder muligheden for at regne på konsekvenserne for især samlevende partnere også.¹¹

¹⁰ Idet de fleste indsats målrettet demente er evalueret for individer med milde til moderate demenssymptomer, kan målgruppen afgrænses til tidligt i sygdomsforløbet.

¹¹ Den uformelle pleje kan naturligvis også foretages af andre pårørende end samleveren, men det er umuligt at bestemme i de administrative registre, for hvilke pårørende og i hvilket omfang dette

Tabel 2.6 Foreslåede målgrupper på ældreområdet

Målgruppe		Relevante indsatser	Successmål	Note
Primær afgrænsning på baggrund af plejebehov				
1*	Hjemmeboende ældre, der hverken modtager pleje eller træning, men modtager et forebyggende hjemmebesøg <i>Registerkilder:</i> BEF, AEFB, AEFV, AETR, SDS PH, evt. AEREHAB/AERH	Træning, rehabilitering, gruppe, (forebyggende) indsatser mod ensomhed, gruppebaserede aktiviteter, frivilligt arbejde	Ej modtager pleje i det efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PB	
2*	Hjemmeboende modtager pleje men ikke træning <i>Registerkilder:</i> BEF, AEFV, AETR, SDS PH, evt. AEREHAB/AERH	Fysisk træning, rehabilitering	Reduceret (/ikke-øget) plejebehov i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PH	Opdel evt. efter plejintensitet
3*	Hjemmeboende udskrives fra medicinsk indlæggelse (eller en hvilken som helst indlæggelse på 3+ dage) <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, LPR_ADM	Træning, rehabilitering, overlevering fra hospital, ernæringsindsats	Ej øget plejebehov efter endt rehabiliteringsforløb, ej genindlægges inden 30 dage, evt. undgå forebyggelige indlæggelser <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PH, LPR_ADM	Opdel evt. i kroniker/ikke-kroniker (fx vha. RUKS)
4*	Hjemmeboende med akut sygehuskontakt pga. faldskade <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, LPR_ADM, LPR_DIAG	Faldforebyggelse, træning, medicingennemgang	Undgå akut sygehuskontakt pga. faldskade i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG	
5	Plejehjemsbeboer med akut sygehuskontakt pga. faldskade <i>Registerkilder:</i> SDS PH, LPR_ADM, LPR_DIAG	Faldforebyggelse, træning, medicingennemgang, ernæringsintervention	Undgå akut sygehuskontakt pga. faldskade i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG	Usikker målgruppe
6*	Plejehjemsbeboer udskrevet fra somatisk hospital <i>Registerkilder:</i> SDS PH, LPR_ADM	Fast læge, medicingennemgang, ernæringsintervention	Undgå genindlæggelse inden for 30 dage, undgå forebyggelige (eller korte) indlæggelser i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> SDS PH, LPR_ADM, evt. LPR_DIAG	
Afgrænsning på baggrund af psykisk sårbarhed				
7*	Nyligt tilbagetrukne fra arbejdsmarkedet: 65(67)+-årige, der overgår til folkepension i året	(Forebyggende) indsatser mod ensomhed, gruppebaserede aktiviteter, frivilligt arbejde	Ej forbrug af psyko-farmaka i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> LMDB	Opdeles evt. på køn

gælder. Der findes dog en nordisk litteratur, der viser, at især døtres arbejdsudbud påvirkes af ændringer i deres forældres ældrepleje (Lesner og Kristensen, 2020).

	Målgruppe	Relevante indsatser	Successmål	Note
	<i>Registerkilder:</i> BEF, AKM			
8*	Hjemmeboende ældre med tab af samboende partner i indværende år <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH	Sorgterapi, (forebyggende) indsatser mod ensomhed gruppebaserede aktiviteter, frivilligt arbejde	Ej øget plejebehov i efterfølgende år, ikke forbrug af psykofarmaka i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PH, LMDB	Opdeles evt. på køn
9*	Hjemmeboende med en sygehuskontakt pga. depressionsdiagnose <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, LPR_ADM, LPR_DIAG, PSYK_ADM	Indsatser mod ensomhed, gruppebaserede aktiviteter, frivilligt arbejde, selvmordsforebyggelse	Ej akut kontakt med hospitalspsykiatrien eller akut somatisk hospital med en psykiatrisk diagnose <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG, PSYK_ADM	Beslægtet med målgrupperne af voksne med moderate psykiske vanskeligheder i SØM
Afgrænsning på baggrund af specifik sygdom				
10*	Hjemmeboende demensdiagnosticeret <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Demensmårettede indsatser	Ej øget plejebehov i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PH	Evt. betinget på tidligt i forløbet
11*	Samboende partner har en demensdiagnose, og demenspatienten plejhjemsskrives ikke i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Indsatser målrettet støtte og aflastning til pårørende plejeger	Ikke forbrug af psykofarmaka eller øget forbrug af kontakter under sygesikringen i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> LMDB, SSSY	
12	Hjemmeboende med akut sygehuskontakt pga. apopleksidiagnose <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, LPR_ADM, LPR_DIAG	Træning, rehabilitering	Opnår reduktion af plejebehov i efterfølgende år i forhold til behovet ved udskrivning fra hospital <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS_PH	Beslægtet med målgrupperne af apopleksi-ramte voksne i SØM Opdeles evt. i 65-79-årige og 80+-årige
13	Hjemmeboende ældre med knogleskørhedsdiagnose <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Træning, faldforebyggelse, patientuddannelse	Ikke akut sygehuskontakt pga. fald eller knogleskørhed <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG	OBS på overlap i forhold til hjemmeboende faldskadegruppen (4)
14	Hjemmeboende diagnosticeret med KOL <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Træning, patientuddannelse	Ikke akut hospitalskontakt i efterfølgende år (ej stigende plejebehov) <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG, evt. AEFV, SDS PH	
15	Hjemmeboende med akut hospitalskontakt pga. hypertension/hjerteinsufficiens <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, LPR_ADM, LPR_DIAG	Træning, patientuddannelse, rehabilitering	Ikke akut hospitalskontakt i efterfølgende år (ej stigende plejebehov) <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG, evt. AEFV, SDS PH	Opdeles evt. i 65-79-årige og 80+-årige

	Målgruppe	Relevante indsatser	Successmål	Note
16	Hjemmeboende ældre med type 2-diabetes diagnose <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Træning, patientuddannelse	Ikke akut hospitalskontakt i efterfølgende år (ej stigende plejebehov) <i>Registerkilder:</i> LPR_ADM, LPR_DIAG, evt. AEFV, SDS PH	
17	Hjemmeboende ældre med diagnosticeret med leddegigt <i>Registerkilder:</i> BEF, SDS PH, RUKS	Træning, patientuddannelse	Ej stigende plejebehov i efterfølgende år <i>Registerkilder:</i> AEFV, SDS PH	Opdeles evt. i 65-79-årige og 80+-årige, eller i sværhedsgrad af artrose i forhold til ledudskiftninger (især knæ og hofte)

Anm.: Tabellen oplister et udgangspunkt for målgrupper med relevans i forhold til en udvidelse af SØM på ældreområdet, baseret på litteratursøgningen og tilgængelige data i de administrative registre hos Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Tabellen udgør ikke en udtømmende liste over mulige, relevante målgrupper på ældreområdet, ligesom målgrupperne ikke er søgt konstrueret på baggrund af data. Forslag til registerkilde til afgrænsning af målgrupper og successmål angives nederst. Se [dst.dk](#) for en oversigt over registre i Danmarks Statistiks grunddatabank (bemærk, at LPR og PSYK fra 2018 og frem erstattes af LPR3). Øvrige registre findes hos Sundhedsdatastyrelsen: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Plejehjemsadresser og plejehjemsboere (SDS PH), Lægemiddelstatistikregisteret (LMDB).

Note: * angiver de målgrupper, der vurderes at være af højeste prioritet.

3 Konsekvenser på ældreområdet

SØM-version 3.0 indeholder en lang række offentlige ydelser og aktiviteter, der er relevante for beregning af konsekvenser for SØMs målgrupper på børne-, unge- og voksenområdet.¹² Det er selvsagt ikke alle indeholdte ydelser og aktiviteter, der vil være relevante for ældre målgrupper også. Tilsvarende er der flere administrative registre i regi af Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, der endnu ikke er udnyttet i SØM-regi, fx Ældredokumentationen. Disse behandles i detaljer nedenfor og opsummeres i Tabel 3.1.¹³

SØMs konsekvenser måles ikke monetært, men i stedet som ændringer i forbrug, fx besøg eller ydelsesdage. Herefter omregnes de estimerede forskelle i forbrug mellem succesgruppe og ikke-succes-gruppe til kroner ved at gange forbruget med en enhedspris for konsekvensen. Udarbejdelse af priser er således en afgørende del af en retvisende SØM-beregning, men dette efterlades for de nye konsekvenser til et eventuelt fremtidigt udviklingsarbejde med ældre målgrupper i SØM. I denne rapport fremhæves prissætning af nye konsekvenser alene, når der vurderes at være potentielle udfordringer med udarbejdelsen af korrekt pris.

3.1 Konsekvenser i SØM

For målgrupperne af udsatte voksne og voksne med handicap indeholder SØM 35 forskellige offentlige ydelser og aktiviteter på social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet, herunder overførselsindkomster, beskæftigelsesindsatser og indkomstbeskatning samt mål i forbindelse med politi, retsvæsen og kriminalforsorg.¹⁴

Flere af disse kategorier forbruges relativt lidt af ældre, og vurderes derfor ikke at være relevante i forbindelse med en udvidelse af SØM til ældreområdet. SØMs udvælgelsesmekanisme af konsekvensestimater bevirker, at statistisk insignifikante estimater på forbrugsforskelle mellem succes- og ikke-succes-grupper ikke medtages i beregningerne. Derfor forventes det ikke at

¹² I SØM dækker betegnelsen konsekvenser de estimerede forskelle i forbrug af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter for succes- henholdsvis ikke-succes-gruppen over tid.

¹³ Med udarbejdelsen af en ny ældrelov i 2023 kan en række af de behandlede ydelser blive ophævet eller ændret, hvilket bør afspejles i det eventuelle udviklingsarbejde.

¹⁴ En fuldstændig liste af konsekvenser med detaljeret gennemgang af opgørelsesmetode, priser m.m. findes i Socialstyrelsen (2022).

have en afgørende forskel, hvorvidt ydelser med lav relevans for ældre målgrupper inddrages i beregninger for disse. Dog bør man i modeludviklingen være opmærksom på, at inddragelse af sådanne ydelser og aktiviteter med sjældent forbrug kan resultere i store effektestimater, der er signifikante trods manglende præcision i estimatet, og man bør derfor sikre sig, at de estimerede konsekvenser ikke i stort omfang drives af estimater på irrelevante ydelser. Tabel 3.1 opsummerer listen af anbefalede konsekvenser på ældreområdet. Øvrige konsekvenser for voksne målgrupper i SØM-version 3.0 vurderes i udgangspunktet som irrelevante for ældreområdet og diskuteres nærmere herunder.

Uddannelse, beskæftigelse og overførselsindkomster

Især konsekvenser på uddannelsesområdet og for overførselsindkomster er generelt af mindre relevans for gruppen af 65+-årige, der i de historiske data for størstedelens vedkommende vil være dækket af en folkepensionsalder på netop 65 år.

På beskæftigelsesområdet i øvrigt bør man være opmærksom på den stigende folkepensionsalder, der kan påvirke konsekvensestimaterne, hvis disse medtages på ældreområdet. Dette kan være u hensigtsmæssigt, hvis succesmålet har en tidsmæssig trend (ligesom folkepensionsalderen), hvorved konsekvenser angående beskæftigelse og overførsler systematisk kan overvurdere (i det omfang, at succesindividene i højere grad har en højere folkepensionsalder) en potentiel gevinst ved indsats. Det er derfor centralt, at analysen indeholder indikatorer for målgruppeår (se afsnit 4.1). Især for målgrupperne af plejekrævende ældre, kronikere og ældre på 80+ vurderes beskæftigelse og indkomstoverførsler ikke at have relevans, idet tilknytningen til arbejdsmarkedet er ubetydelig. For de nyere ældreårgange ses der dog en fortsat erhvervsdeltagelse på 20-25% i op til et par år efter folkepensionsalderen (Svarer, 2022), hvorfor beskæftigelse og indkomstoverførsler kan have relevans for enkelte målgrupper på ældreområdet, hvor der i udgangspunktet kan forventes en vis grad af erhvervsdeltagelse, fx ved tab af partner. De indsats, der behandles i denne rapport, har dog langt fra til formål at øge arbejdsevnen blandt ældre, og estimerede konsekvenser for beskæftigelse forventes derfor i højere grad at afspejle forskelle i succes- versus ikke-succes-gruppen i udgangspunktet end at være et resultat af opnåelse af succesmålet.

Retsområdet og kriminalforsorgen

Konsekvenser på retsområdet (domsafsigelser og fængselsdage) vurderes ligeledes at have mindre relevans for gruppen af ældre, selvom de ikke er fuldstændig usete, fx udgjorde antallet 65+-åriges nyindsættelser i fængsler og arresthuse i 2020 i alt 76 indsættelser (Kriminalforsorgen, 2021).

Sociale serviceydelser

På socialområdet indeholder SØM-version 3.0 konsekvenser for alkohol- og stofmisbrugsbehandling, forbrug af § 110-forsorgshjem og ydelser under lov om social service (herunder midlertidige og længerevarende botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem og botilbud, tilskud til personlig og praktisk hjælp samt handicaphjælper- og ledsageordning).

Hjemløshed blandt de ældre har været stigende i de senere år (Benjaminsen og Lauritzen, 2021; Benjaminsen, 2022). Og selvom der er en højere andel af de ældre borgere, der opholder sig hele året på herberger og forsorgshjem, sammenlignet med øvrige aldersgrupper, udgør alderskategorien 60+-årige stadig den mindste gruppe af brugere med under 700 individer i 2021 (statistikbanken.dk, HERFOR1). Gruppen af ældre hjemløse er desuden præget af en historik med misbrugsproblemer og/eller psykiske lidelser (Benjaminsen og Lauritzen, 2021) og vurderes derfor at ramme en særlig gruppe af udsatte ældre, der ikke nødvendigvis er relevante at inkludere i konsekvensberegninger for generelle ældre målgrupper.

Danskerne har et højt alkoholforbrug, og de ældre danskere er ingen undtagelse (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Derudover er antallet af ældre med alkoholrelaterede problemer i vækst (Wieben et al., 2015). Alkoholbehandling til forebyggelse af alkoholskader eller ved sociale og/eller helbredsmæssige problemer på grund af alkoholmisbrug findes i kommunalt regi, men det er uvist, hvor mange ældre der benytter sig af de gratis kommunale behandlingstilbud, som måles i SØM (fx skriver Wieben et al. (2015), at ældre i højere grad har gavn af mindre intensive og ikke-konfronterende forløb, der evt. kan foretages i almen praksis). Dermed er inklusionen af behandling for alkoholmisbrug sandsynligvis ikke af afgørende karakter på det generelle ældreområde, om end området har relevans for den ældre befolkning. Til gengæld vurderes stofmisbrugsbehandling at være af relativt lille relevans i forbindelse med konsekvensberegninger for ældre målgrupper.

Øvrige serviceydelser under serviceloven i SØM vurderes generelt at have relevans også for ældre målgrupper – særligt tilskud til personlig og praktisk hjælp samt midlertidige og længerevarende botilbud og socialpædagogisk støtte – og anbefales i udgangspunktet at blive inkluderet.

Sundhedsydelser

Generelt vurderes det, at de konsekvenser, der foreligger i SØM på sundhedsområdet, også bør medtages i SØM på ældreområdet. De regionale udgifter til ældre på sundhedsområdet beløb sig i 2019 til 40 mia. kr. (KL, 2021), og udgør således en betydelig post i de offentlige kasser.

Kontakter med somatisk hospital, herunder indlæggelser, skadestuekontakter og ambulankontakter, vurderes i høj grad at være relevante for målgrupper af ældre borgere. I 2018 estimeredes ældre borgere i gennemsnit at forbruge sundhedsydelser for 20-33.000 kr. (afhængig af alder) i det somatiske hospitalsvæsen (Fredslund, 2021), hvoraf ambulant behandling udgør den største andel af de samlede somatiske udgifter for de 65-72-årige, mens indlæggelser udgør en stadig større andel med alderen og mere end 50 % af udgifterne for de 73+-årige.

Til sammenligning udgør posterne under sygesikringen (kontakter med praktiserende læge og kontakt med øvrige behandlere under sygesikringen) langt mindre for ældre borgere. I Fredslund (2021) estimeredes disse at beløbe sig til mellem 3.300 og 4.700 kr. i 2018, hvoraf udgifter til kontakt med praktiserende læge generelt stiger med alderen og udgør mere end 50 % af posten for 85+-årige.

Kontakter med psykiatrisk hospital, herunder indlæggelser, psykiatrisk skadestuekontakt og ambulankontakter, vurderes ikke i samme omfang at være relevante for brede ældremålgrupper som for SØMs målgrupper for udsatte voksne, der ofte har psykiske udfordringer. Dog er andelen af ældre, der er i kontakt med hospitalspsykiatrien i løbet af et år ikke ubetydelig: ca. 1 % af de 65-69-årige stigende til 3 % af de 90-94-årige var i løbet af 2018 i kontakt med hospitalspsykiatrien (Fredslund, 2021). For disse aldersgrupper estimeredes den gennemsnitlige omkostning for kontakt med hospitalspsykiatrien at beløbe sig til 700-800 kr. pr. ældre borger. Dermed forventes psykiatriske hospitalskontakter at være interessante især i forbindelse med målgrupper og succesmål, der angår ensomhed og psykisk sårbarhed, men potentielt også tab af funktionsevne, der belaster den ældre.

Især på det somatiske område og kontakter under sygesikringen forventes ældre generelt at gøre brug af andre ydelser end den øvrige befolkning. Det er derfor nærliggende at overveje, om forbrug af disse bør opsplittes yderligere for de ældre målgrupper. For eksempel kunne somatiske indlæggelser opdeles i medicinske og kirurgiske indlæggelser, mens kontakter med øvrige specialer under sygesikringen kunne betragte udgifter til fysioterapi, fodterapi og kiropraktik m.m. i en særskilt kategori. Denne opdeling er dog ikke afgørende for rigtigheden af SØM-beregninger på ældreområdet, så længe priserne fortsat estimeres på baggrund af registerdata for de faktiske målgrupper. Dermed vil forskelle i priserne afspejle de forskelle i sundhedsforbrug, der er for de ældre målgrupper i forhold til de øvrige voksenmålgrupper i SØM.

3.2 Nye konsekvenser for ældre målgrupper

I dette afsnit præsenteres nye konsekvenser, der endnu ikke er indeholdt i SØM, men er relevante for ældreområdet.

Ældredokumentationen i Danmarks Statistiks grunddatabank er endnu ikke udnyttet i SØM-regi. Denne indeholder information om forbyggende hjemmebesøg, visiteret og leveret hjemmehjælp, hjemmesygepleje, rehabilitering og genoptræning/vedligeholdelsestræning, og bør oplagt inddrages i SØM til måling af budgetøkonomiske konsekvenser på ældreområdet i det omfang, at datakvaliteten er tilstrækkelig. Ældredokumentation indeholder også (imputerede) oplysninger om borgere på plejehjem, men til dette formål foretrækkes Sundhedsdatastyrelsens plejehjemsdata, der skønnes at være af højere kvalitet. Til prissætning af konsekvenser fra Ældredokumentationen og Sundhedsdatastyrelsens plejehjemsdata foreslås det generelt at benytte aggregerede tal fra den kommunale autoriserede kontoplan (se fx KL, 2021).

Øvrige 'nye' konsekvenser på ældreområdet tæller det offentlige tilskud til receptpligtig medicin, der kan hentes fra Sundhedsdatastyrelsens Lægemiddel-database. Tabel 3.1 opsummerer listen af anbefalede konsekvenser på ældreområdet.

3.2.1 Ældredokumentationen

Nedenfor gennemgås inddragelsen af konsekvenser for offentlige ydelser og aktiviteter på baggrund af ældredokumentationen i detaljer. Ældredokumentationen indsamles via kommunernes EOJ-systemer (elektronisk omsorgsjournal), og registrene er derfor udfordrede på sammenlignelighed og dækningsgrad.¹⁵ De fleste registre i ældredokumentationen dækker fra 2008 og frem – undtagelser er noteret herunder.

Forebyggende hjemmebesøg

Ifølge servicelovens § 79a skal kommunerne tilbyde forebyggende hjemmebesøg til enlige, når de fylder 70 (jf. stk. 3) og ligeledes for alle ældre, når de fylder 75, 80, og hvert år, efter de fylder 82 (dette kan dog undlades for ældre,

¹⁵ I deres opgørelse for 2019, benytter KL (2021) fx alene data fra kommuner, der har indberettet data i alle årets 12 måneder, og hvor der ikke er et udsving fra måned til måned på mere en 50 %. For genop- og vedligeholdelsestræning (AETR) lever kun 75 af kommunerne op til disse krav, mens det for data på rehabiliteringsområdet (AERH) er 92 kommuner. KL (2021) bemærker desuden, at de godkendte kommuners befolkning dækker mindst 72 % af 65+-årige i landet og er repræsentativt fordelt i forhold til landsplanstal.

Se også Danmarks Statistiks kvalitetsvurdering fra 2020: <https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=98232100020&fo=0&ext=kvalde>

der allerede modtager *både* personlig pleje og praktisk hjælp efter servicelovens § 83, jf. stk. 2, 4 og 6). Derudover skal kommunen tilbyde forebyggende besøg efter behov til ældre mellem 65 og 81 år, der er i risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne. Ifølge tal fra KL (2021) brugte kommunerne i 2019 samlet 144 mio. kr. på forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere. Det er dermed en relativt lille post på ældreområdet og forventes i mindre grad at modregne forbruget af hjemmepleje for især gruppen af 82+-årige.

Forebyggende hjemmebesøg kan måles som antal besøg i året via Ældredokumentationen Forebyggende hjemmebesøg (AEFH), der er tilgængelig fra 2012 og frem.

Hjemmehjælp og rehabilitering

Borgere visiteres til hjemmehjælp i form af personlig hjælp og pleje samt hjælp og støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet under servicelovens § 83. Forud for vurderingen af borgernes behov for hjælp efter § 83 skal kommunerne foretage en vurdering af, om den enkelte borger vil kunne forbedre sin funktionsevne via et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, jf. § 83a (og dermed nedsætte behovet efter § 83). KL (2021) estimerer, at 12 mia. kr. af de kommunale udgifter til ældre i 2019 udgøres af hjemmeplejen.

Visiteret hjælp er imidlertid ikke nødvendigvis det samme som faktisk leveret hjælp. I SØM-regi måler konsekvenserne typisk, om ændringer i forbrug af offentlige ydelser og services mellem succes- og ikke-succes-gruppen. Når VIVE i denne rapport alligevel anbefaler at benytte visiteret hjælp frem leveret hjælp til måling af ydelser i hjemmeplejen for hjemmeboende, skyldes det, at kommunens budgetter og regnskaber netop baserer sig på den visiterede og ikke den faktisk leverede hjælp. Derudover er datakvaliteten dårligere for leveret hjælp fra især private udbydere.

Registeret Ældredokumentation – Visiteret hjemmehjælp frit valg er tilgængelig fra 2008 og frem og tillader på månedsbasis at bestemme det gennemsnitlige ugentlige antal minutter, et individ er visiteret til hjælp til personlig pleje hhv. praktisk hjælp. Dermed er der mulighed for at opdele konsekvenser på hjemmeplejeområdet i visitering til personlig pleje henholdsvis praktisk hjælp, om end de forventeligt vil have samme pris, idet der ikke skelnes mellem de to plejeydelser i den kommunale kontoplan.

Ældredokumentationen indeholder kun sparsom information om visiteret hjælp for beboere i plejebolig og på plejehjem. Det anbefales i stedet at lade hjemmehjælp for plejeboligbeboere indgå i prissætningen af plejehjems-/plejeboligophold.

Modtagere af rehabilitering kan måles på månedsbasis via Ældredokumentation – Rehabilitering månedsangivet fra 2019 og frem, mens det kan måles på årsbasis i 2017-2018. Dermed er det i princippet muligt at enten imputere forbrug af rehabilitering på månedsbasis ved at benytte de senere års data til at bestemme en gennemsnitlig længde på rehabiliteringsforløb (evt. for mere specifikke grupper af ældre), eller blot måle modtagere af rehabiliteringsforløb på årsbasis. Der er dog stor forskel på længden og intensiteten af rehabiliteringsprogrammerne, hvilket i så fald alene vil komme til udtryk gennem enhedsprisen for konsekvensen.

Skal rehabilitering udskilles som en særskilt konsekvens, kræver det imidlertid, at det er muligt at estimere prisen på rehabilitering separat fra hjemmeplejeydelserne under § 83, hvilket besværliggøres af, at de konteres til samme kontoplan i det kommunale budget- og regnskabssystem (KL, 2021).

Hjemmesygeplejeydelser

Hjemmesygepleje ydes under sundhedslovens § 138 til borgere i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, der kræver en sygeplejefaglig indsats til forebyggelse af sygdom, sygepleje, behandling og palliation. KL (2021) opgør det kommunale forbrug af hjemmesygepleje til 5,1 mia. kr. i 2019.

Ældredokumentation – Hjemmesygepleje i eget hjem (AEHJSP) er tilgængelig fra 2016 og frem, mens Hjemmesygepleje (HJSP) indeholder mere detaljerede data i perioden 2011-2016. Baseret på det laveste niveau af detaljeringsgrad i AEHJSP kan hjemmesygeplejeforbrug med fordel måles som antal dage i året med modtagelse af hjemmesygeplejeydelse.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Genoptræning under servicelovens § 86 tilbydes til patienter, der har brug for hjælp til træning i forbindelse med nedsat fysisk funktionsevne som følge af en sygdom. Vedligeholdelsestræning tilbydes under samme paragraf til patienter med nedsat fysiske og psykisk funktionsevne eller sociale problemer, fx som følge af en kronisk lidelse med det formål at undgå tab af funktionsevne. Disse kan måles særskilt på månedsbasis i Ældredokumentation – Genoptræning og vedligeholdelsestræning (AETR). KL (2021) opgør de totale kommunale udgifter til træning til 2,7 mia. kr. i 2019.

3.2.2 Sundhedsdatastyrelsens plejehjemsdata

Sundhedsdatastyrelsens plejehjemsdata (SDS PH) indeholder information om beboere på plejehjem og plejecentre¹⁶ og dækker perioden 2014 og frem. Data indeholder desuden plejehjemsbeboernes CPR-nummer samt til- og fra-flytningsdato og kan således kobles med de øvrige administrative registre på Danmarks Statistiks Forskermaskiner.

Forbrug af plejebolig

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens (2020) opgørelser boede 3,3 % af danskere over 65 år på plejehjem i 2020, dvs. knap 40.000 personer. Denne andel stiger fra 0,6 % af de 65-69-årige til 16,1 % af danskerne over 85 år. Der er dog stor variation i længden af plejehjemsopholdene. Hver tredje beboer bor på plejehjemmene i mindre end et år, men udgør kun ca. 5 % af plejehjemspladserne. Til sammenligning bebos 55 % af pladserne af borgere, der bliver boende i mere end 4 år (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Ifølge KL (2021) udgør udgifterne til plejehjem og plejeboliger omkring 55 % af de samlede kommunale udgifter til ældre i 2019, dvs. knap 21 mia. kr. Især for de 80+-årige stiger udgifterne til plejebolig.

På grund af den store variation i længden af ophold på plejehjem og den høje detaljeringsgrad i til- og fraflytningsdato for beboeren vurderes det, at plejehjemsophold bør måles i antal dages ophold i året i konsekvensberegninger på ældreområdet.

Jævnfør boligstøtteleven¹⁷ er der i modsætning til boligydelse til øvrige boliger intet loft over den boligydelse, man som folkepensionist kan få, når man visiteres til et plejehjem/plejebolig. Dermed kan det være relevant at inddrage information om modtaget boligydelse fra Boligstøtteregisteret (BOST) – i det mindste i prissætningen af plejehjemsophold.

3.2.3 Sundhedsdatastyrelsens Lægemiddelstatistikregister

Lægemiddelstatistikregisteret (LMDB) indeholder oplysninger om udlevering af receptpligtig medicin, herunder offentligt tilskud, fra 1994 og frem. Oplysningerne indeholder medicinbrugerens CPR-nummer og kan således kobles med de øvrige administrative registre på Danmarks Statistiks forskermaskiner.

¹⁶ Undtaget herfra er plejeboliger, der ikke fremgår af Plejehjemoversigten, samt ændringer på denne efter juli 2020. Dokumentationen for registeret Plejehjemsadresser og plejehjemsbeboere kan hentes fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/almen-praksis-og-kommuner/plejehjem>.

¹⁷ LBK nr. 229 af 12/02/2021. Se <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/229>.

Apoteker og sygehusapoteker indberetter salg af medicin til registeret, mens lægemiddelforbrug under indlæggelse registreres ikke.

Tilskud til receptpligtig medicin

Det offentlige tilskud til receptpligtig medicin afhænger af forbrug af medicin i en periode på et år. For voksne over 18 år beregnes tilskuddet i 2022 som 50 % af forbrug mellem 1.020-1.705 kr., 75 % af årligt forbrug mellem 1.705-3.700 kr. og 100 % af årligt forbrug over 3.700 kr.¹⁸ Med mindre man er allergisk over for et eller flere af hjælpestofferne, gives alene tilskud baseret på den billigste synonyme medicin (dvs. medicin med samme aktive indholdsstof).

Medicintilskuddet dækkes af regionerne og udgjorde i 2020 3,2 mia. kr. for de 65+-årige, eller knap 52 % af de samlede udgifter til medicintilskud (Sundhedsdatastyrelsen, 2021). Tilskud til receptpligtig medicin er dermed ikke nødvendigvis blot for ældre målgrupper og kan i princippet udbredes til de resterende målgrupper i SØM. Ældre er dog særligt udsatte i forbindelse med polyfarmaci, idet ældre har relativt flere sygdomme og derfor modtager flere lægemidler, der potentielt kan interagere uhensigtsmæssigt, samtidig med at ældre har en øget risiko for overdosering/bivirkninger på grund af fx nedsat nyre- og leverfunktion eller øget følsomhed i centralnervesystemet m.m. (Ballegaard og Jakobsen, 2019).

Idet tilskuddets størrelse opgøres direkte i Lægemiddelstatistikregisteret kan medicintilskud pr. år indgå nøjagtigt og umiddelbart som budgetøkonomisk ydelse på ældreområdet. Dette gør dog op med mængde- og prisstrukturen i SØM, da der ikke formelt vil skulle estimeres en 'pris' på medicintilskuddet. Alternativt kan konsekvensen defineres som forskelle i antal dagsdoser udleveret pr. år med et tilhørende gennemsnitligt medicintilskud pr. dagsdosis som pris, eller konsekvensen kan defineres som forbrug af medicin i kr. (totalpris), hvor 'prisen' beregnes som gennemsnitlig andel offentligt tilskud af totalprisen. I begge tilfælde kan konsekvensen fortolkes som ændringer i forbrug af receptpligtig medicin, selvom vi ikke har viden om, hvorvidt medicinen indtages (compliance). I sidstnævnte metode kan prisforskelle og -fluktuationer desuden udfordre sammenligninger i medicinforbrug som totalomkostning på tværs af målgrupper og over år. Medicinpriser er på grund af især patentudløb og hyppige auktioner relativt volatile.

¹⁸ <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/beregn-dit-tilskud/tilskudsgraenser/>

3.2.4 Opsamling: Konsekvenser for ældre målgrupper

Tabel 3.1 opsamler de konsekvenser, der vurderes at være relevante på ældreområdet og desuden mulige at konstruere datamæssigt. Under forudsætning af, at revisende priser for de nye konsekvenser kan udarbejdes, vurderes ydelsesomfanget at være fyldestgørende i forhold til at ligge til grund for beregnede gevinstpotentialer af indsatser på ældreområdet. Hvorvidt udarbejdelsen af disse konsekvenser tillader beregning af retvisende konsekvensestimater, afhænger dog ligeledes af registrenes datakvalitet.

Ældredokumentationen har ligesom HANDIC-registeret på det øvrige socialområde udfordringer med registreringspraksis og forskelle i systemer fra kommunerne. Især i de tidlige år har datakvaliteten været udfordret. I modsætning til Ældredokumentation for ældreområdet udgør HANDIC-relaterede udgifter dog en relativt lille del af de samlede udgifter til de andre målgrupper i SØM-beregningerne, hvilket kun understreger vigtigheden af pålidelige data i Ældredokumentationen i forhold til en mulig udvidelse af SØM. Det er uden for rammerne af nærværende rapport at undersøge, hvorvidt forbrug af ydelser og services i særligt Ældredokumentationen er tilstrækkeligt detaljerede og omfangsrige til at ligge til grund for retvisende SØM-beregninger. VIVEs anbefalinger om udvidelsen af SØM til ældreområdet betinges derfor af, at det kan lade sig gøre enten at aggregere konsekvenser fra Ældredokumentationen på et niveau, der skaber tilstrækkelig sammenlignelighed på tværs af kommuner, men stadig kan prissættes fornuftigt, eller have et tilstrækkeligt stort antal kommuner med fornuftig datakvalitet til rådighed. Ifølge Danmarks Statistiks statistikdokumentation fra 2020 indgår mellem 87 og 97 kommuner i statistikkerne afhængigt af, hvilken ydelse der betragtes. Her er det primært hjemmehjælp og forebyggende hjemmebesøg, der mangler indberetninger om. Derudover er det usikkert, hvor meget træning under sundhedsloven der registreres under § 86-træning og vedligeholdelsestræning.

For at undgå unøjagtigheder i de estimerede forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter for de ældre målgrupper (eller ved udtrækning af selve målgrupperne og tilhørende successmål) inkluderes alene data for de kommuner, der har godkendt indrapporteringerne for alle årene i beregningshorisonten og eventuelt også med en begrænsning på den tilladte variationen i ydelser fra måned til måned (se fx KL, 2021). Dermed bliver ydelsesforbruget mere retvisende, hvis de ældre ikke i stort omfang flytter mellem kommuner, der i visse år ikke bidrager med godkendte indberetninger til Ældredokumentationen. I forbindelse med udviklingen kan man med fordel analysere repræsentativiteten af ældrebefolkningen i de kommuner, der er godkendt data for i hele perioden i forhold til den generelle gruppe af ældre i Danmark.

Tabel 3.1 Forslag til konsekvenser på ældreområdet

Hovedområde	Offentlig ydelse eller aktivitet	Enhed (pr. år)	Kilde	
Sundhedsydelser (SØM, se Socialstyrelsen, 2022)	Sygesikringskontakter, almen praksis	Kontakter	Sygesikringsregisteret (SSSY)	
	Sygesikringskontakter, andre ^{a)}	Kontakter		
	Somatisk skadestue	Besøg	Landspatientregisteret (LPR_ADM)	
	Somatisk ambulans behandling	Besøg		
	Somatisk sygehusindlæggelse ^{b)}	Senge-dage		
	Sundhedsydelser (SØM, se Socialstyrelsen, 2022)	Psykiatrisk skadestue	Besøg	Landspatientregisteret Psykiatri (PSYK_ADM)
		Psykiatrisk ambulans forløb	Besøg	
		Psykiatrisk indlæggelse	Dage	
Sociale serviceydelser (SØM, se Socialstyrelsen 2022) ^{c)}	Alkoholmisbrugsbehandling	Dage	Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)	
	Midlertidigt botilbud	Dage	Handicapydelse (HANDIC)	
	Længerevarende botilbud	Dage		
	Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende almene boliger	Dage		
	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Dage		
	Tilskud til personlig og praktisk hjælp	Dage		
Sociale serviceydelser (kun ældre målgrupper)	Forebyggende hjemmebesøg (SEL § 79a)	Besøg	Ældredokumentation forebyggende hjemmebesøg (AEFB)	
	Hjemmeplejeydelser (§ 83, personlig og praktisk hjælp)	Timer	Ældredokumentation visiteret hjemmehjælp frit valg (AEFV)	
	Hjemmesygeplejeydelse (SUL § 138)	Dage	Ældredokumentation hjemmesygepleje i eget hjem (AEHJSP), Hjemmesygepleje (HJSP)	
	Rehabilitering (§ 83a)	Måneder ^{d)} /modtager	Ældredokumentation Rehabilitering (AERH, AEREHAB)	
	Genoptræning/vedligeholdelsestræning (§ 86)	Måneder	Ældredokumentation genoptræning, vedligeholdelsestræning (AETR)	
	Ophold på plejebolig	Dage	Plejhjemdata (SDS)	
Medicintilskud (kun ældre målgrupper)	Tilskud til receptpligtig medicin	Tilskud/dagsdoser	Lægemiddelstatistikregisteret (SDS)	

Anm.: Tabellen angiver de konsekvenser, der vurderes relevante for især ældre målgrupper. Øvrige konsekvenser i SØM for voksenmålgrupper kan ligeledes inkluderes, men vurderes ikke at være af primær karakter. Se tekst for diskussion.

Note: ^{a)} Opdeles evt. i Kontakter til speciallæger mv. og Fysioterapi mv.

^{b)} Opdeles evt. i Medicinske hhv. Kirurgiske indlæggelser.

^{c)} Hovedgruppen Sociale serviceydelser i SØM indeholder desuden forbrug af stofmisbrugsbehandling (dag- samt døgnbehandling), ophold på herberg og forsorgshjem, handicaphjælperordning, ledsageordninger og beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud.

^{d)} Det månedsangivne rehabiliteringsregister eksisterer kun fra og med 2019 og frem. I 2017-2018 haves kun en årlig indikator (AEREHAB). Det er dog ikke sikkert, at prisen for rehabilitering under § 83a kan skilles fra hjemmepleje under § 83, idet de konteres til samme kontoplan i det kommunale budget- og regnskabssystem.

4 Øvrige modeltilpasninger

Dette kapitel diskuterer de øvrige modelmæssige tilpasninger, der er af interesse ved en udvidelse af SØM, til også at indeholde ældreområdet.

I tillæg til målgrupper og succesmål beskrevet i 2.4, indsatseffekterne fra litteraturen beskrevet i afsnit 2.3 og de konsekvenser, der vurderes relevante for ældreområdet i kapitel 3, er der en række valg, der skal træffes, for at SØM kan bygges til at tilbyde retvisende konsekvensberegninger på ældreområdet.

Som beskrevet indledningsvist baserer anbefalingerne for ældreudvidelsen i denne rapport sig på en struktur, der ligger tættest muligt op ad SØM for de øvrige målgrupper. Dette har den store fordel, at SØM på ældreområdet kan benyttes på samme vis som for øvrige målgrupper og dermed let kan inkluderes i SØMs Vidensdatabase og beregningsramme.

4.1 Estimering af konsekvenser i SØM

I SØM-version 3.0 foregår estimeringen af konsekvenser efter følgende principper (se også Socialstyrelsen, 2022, for yderligere detaljer):

- År 0: Målgruppen udtrækkes og forbrug af ydelser i udgangsåret opgøres
- År 1: Opdeling i succes-/ikke-succes-gruppe på baggrund af indikator for indsatseffekt (SØM-succesmål)
- År 2-N: Estimering af konsekvenser ud fra regressioner, der sammenligner målgruppens forbrug af ydelser og aktiviteter i succes-/ikke-succes-gruppen.

N angiver her den tidshorisont, som SØM tilbyder, for beregning af den enkelte konsekvens, og afhænger dels af, om beregningerne foretages for en børne- eller voksenmålgruppe, dels af datatilgængeligheden for den enkelte ydelse. SØM-beregningerne tilbydes typisk i en 10-årig tidshorisont med mulighed for afskrivning til og med 20 år.

Konkret estimeres sammenhængen mellem at være i succesgruppen ($d = 1$) og ydelsesforbruget (y) for hver tidsperiode (t) separat som følger:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 d_i + \beta_2 Y_{i0} + \beta_3 X_i + \varepsilon_{it}, \quad \text{for } t = 2, \dots, N$$

Hvor y_{it} er forbruget af den konkrete ydelse eller aktivitet for individ i i år t , Y_{i0} er individets forbrug af ydelser i målgruppeåret, og X_i er en vektor af baggrundsvARIABLE inklusive en vektor af indikatorvariable for år udtrukket til målgruppen. ε_{it} er et individspecifikt fejlede. Modellen estimeres ved hjælp af OLS med heteroskedastisk-robuste standardfejl.

Succesgruppe-indikatoren (d) antager værdien 1, hvis individet opfylder succesmålet i år 1, og $d = 0$, hvis individet ikke opfylder succesmålet. Således angiver parameteren af primær interesse, β_1 , den regressionsjusterede forskel i ydelsesforbrug mellem individer i succesgruppen i forhold til individer i ikke-succesgruppen i året. Estimatet på β_1 giver et indblik i potentialet for realiserbare økonomiske gevinster ved at implementere en social indsats med en forventelig effekt svarende til succesmålet, d , men kan *ikke* fortolkes i en kausal sammenhæng.

4.1.1 Kontrol for baggrundskarakteristika

I opdelingen af målgrupperne i succes/ikke-succes-gruppen vil der forventeligt være afgørende forskelle mellem målgruppeindividerne allerede i udgangspunktet. Dette gælder altid for målgrupper i SØM, men særlig relevant i forbindelse med ældremålgrupperne på grund den store grad af heterogenitet i ældrebefolkningen (se afsnit 2.1). For i højere grad at gøre grupperne sammenlignelige er det derfor nødvendigt at inkludere en række baggrundskontrolvariable med særligt fokus på individets helbredssituation og skrøbelighed i udgangspunktet som approksimeret ved forbrug af træning, pleje- og sundhedsydelser.

Fredslund (2021) demonstrerer tydelige demografiske og sociale gradienter i både komorbiditeter og forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelse generelt samt sandsynlighed for at være blandt de 10 %, der er mest pleje-/sundhedskrævende. Herunder stiger forbruget generelt med alderen og urbaniseringsgraden i bopælskommunen¹⁹, mens det falder med uddannelseslængde, disponibel indkomst og er lavere for kvinder og individer i parforhold. Særligt findes en stærk aldersgradient i kommunale udgifter (Fredslund, 2021; KL 2021).

Med udgangspunkt i dette, og kontrolvariable for de øvrige SØM-målgrupper, anbefaler VIVE inklusion af følgende baggrundsvARIABLE i estimeringen af konsekvensregressionen: demografiske og socioøkonomiske variable, urbaniseringsgrad af bopælskommunen og oplysninger om kroniske sygdomme indeholdt i X_i samt initialforbrug i målgruppeåret af sundhedsydelser, visiteret hjemmepleje og træning indeholdt i Y_{i0} (se Tabel 4.1 for et detaljeret overblik).

¹⁹ Dette kan dog skyldes adgangen til sundhedsydelser, idet befolkning af ældre i mindre urbaniserede områder generelt ikke udviser et bedre helbred.

I det omfang, at målgruppernes størrelse kan bære det, bør det overvejes at inkludere indikatorer for bopælskommune i målgruppeåret i stedet for urbaniseringsgrad. Dette vil afhjælpe udfordringer med forskelligartede visitationskrav i kommunerne, alternativt kan man inkludere en række økonomiske nøgletal for kommunernes økonomi og serviceniveau. Det anbefales dog, at robustheden af konsekvensestimaterne undersøges, før et endeligt valg om inkluderede kontrolvariable træffes.

Tabel 4.1 Forslag til kontrolvariable til estimering af konsekvenser på ældreområdet

Variabelbeskrivelse	Kilde
Individets baggrundfaktorer	
Alder (målt i år, $t = 0$), kvadreret alder, indikator for køn, indikatorer for vestlig og ikkevestlig oprindelse samt indvandrerstatus, indikator for civilstandsstatus, indikator for, om individet har mistet sin partner i det seneste år, indikator for, om individet har børn, urbaniseringsindikator for bopælskommune (eller indikator for bopælskommune/kommunal nøgletal), indikatorer for år for målgruppeudtræk	BEF, IEPE, (nøgletal.dk)
<i>Individets uddannelsesniveau på fire kategorier:</i> 1) færdiggørelse af grundskole eller lavere (ref.), 2) gymnasial uddannelse, 3) videregående uddannelse, 4) erhvervsuddannelse	UDDA
<i>Individets socioøkonomiske status:</i> disponibel indkomst (ln), evt. socioøkonomisk klassifikation i det seneste år på arbejdsmarkedet, år siden tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet	IND, evt. AKM
<i>Oplysninger om kroniske sygdomme:</i> indikatorer for lidelse af en hhv. to eller flere kroniske sygdomme (herunder: astma, demens, KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 2-diabetes), alder ved diagnose	RUKS (kan evt. bestemmes i LPR_ADM)
Individets initialforbrug af ydelser og aktiviteter (År 0)	
<i>Sundhedsydelser under sygesikringen:</i> kontakter med praktiserende læge, kontakter med øvrige behandlere (evt. yderligere opdelt)	SSSY
<i>Somatisk hospitalskontakt:</i> indlæggelsesdage (evt. yderligere opdelt), ambulante besøg, skadestuebesøg	LPR_ADM
<i>Psykiatrisk hospitalskontakt:</i> indlæggelsesdage, ambulante besøg, skadestuebesøg	PSYK_ADM
<i>Plejebehov:</i> gennemsnitlig ugentlig visiteret tid til personlig og praktisk hjælp (minutter), dage modtaget hjemmesygepleje	AEFV
<i>Træning:</i> indikatorer for, om individet modtager genoptræning/rehabilitering hhv. vedligeholdelsestræning	AETR, AERE-HAB, AERH

Anm.: Tabellen opsummerer de relevante kontrolvariable i regressionsmodellen til bestemmelse af forskellene i ydelsesforbrug mellem individer i succes-/ikke-succes-grupperne. Ud over regressorerne oplyst i tabellen inkluderes også indikatorer for målgruppeår. Tabellen er ikke udtømmende, og det kan være relevant at inkludere yderligere kontrolvariable afhængigt af kriterierne for afgrænsning af målgruppe. Tillades individer, der endnu er på arbejdsmarkedet, at indgå i målgrupperne, bør sådanne kontroller inkluderes. Enkelte variable vil udgå på grund af målgruppedefinitionen, fx er indikator for køn overflødig i kønsopdelte målgrupper. Det anbefales, at det endelige valg af kontrolvariable træffes på baggrund af en robusthedsanalyse.

I sit omfang minder den foreslåede vektor af kontrolvariable for ældre målgrupper snarere om de kontrolvariable, der inkluderes til estimering af konsekvenser for børne- og ungemålgrupper end for øvrige voksenmålgrupper. Detaljeringsgraden skyldes, 1) at målgrupperne for ældre generelt er bredere og langt mere heterogene (fx Fredslund, 2021) end de øvrige målgrupper for

voksne. Dermed øges behovet for detaljerede kontrolvariable ved sammenligning af succes-/ikke-succes-grupperne. Og 2) at der generelt er større diskrepans mellem målgrupperne i effektlitteraturen og de registerbaserede målgrupper samt mellem effektlitteraturens udfaldsmål og de tilsvarende registerbaserede successmål (fx evalueres indsatser på ældreområdet i høj grad på funktionsevne).

4.1.2 Tidshorisont og dødelighed

Traditionelt medtager konsekvensestimeringen i SØM ikke individer i året for dødsfald og derefter. For de ældre målgrupper er dødelighed dog i højere grad et vilkår, der bør tages med i beregningerne. Dels fordi den gennemsnitlige levealder er 79,3 år for danske mænd og 83,2 år for danske kvinder, hvilket afhængigt af modellens tidshorisont hurtigt nås i målgrupperne. Dels fordi flere af indsatserne signifikant påvirker dødeligheden blandt de inkluderede individer. Dermed er både udgiftsstigninger til pleje og sundhed umiddelbart før, og fald i udgifter som følge af dødsfald blandt ældre, et vilkår i de kommunale budgetter.

På denne baggrund anbefaler VIVE, at SØM-strukturen for øvrige målgrupper tilpasses i en modeludvidelse, således at SØM-beregninger for ældreområdet kan tage højde for forskelle i dødelighed blandt ældre. Et eksempel herpå kunne være at tillade, at konsekvensestimererne på ældreområdet baseres på alle målgruppeindivider²⁰ i den fulde tidshorisont, men dog med en relativt kortere horisont end for de øvrige målgrupper. Den kortere tidshorisont vil til dels sikre, at succesgruppen ikke fordyres unødvendigt, hvis individer, der dør i perioden for konsekvensmåling, tillades at indgå med nul-forbrug af ydelser i de resterende år af modellens tidshorisont (idet denne ofte må forventes at have en lavere dødelighed og dermed øgede udgifter alene på grund af flere overlevende), men retfærdiggøres også af den noget kortere tidshorisont for flere af registrene til grund for de ydelser og aktiviteter, der er relevante på ældreområdet. Selv hvis registrene dækkede en længere periode, er det relevant at begrænse de inkluderede data til nyere år alene især for ældregruppen, der har oplevet store forandringer i funktionsevne, levetid og deltagelse på arbejdsmarkedet i de senere år.

Særligt dækker Sundhedsdatastyrelsens Plejehjemsdata perioden 2014 og frem. Dermed tillades med nuværende datatilgængeligheden (2021) maksimalt en modelhorisont på 6 år for målgrupper, der betinger på plejebestanden i målgruppeåret. Servicelovsydelser i Handicapregisteret (HANDIC) er tilgængelige

²⁰ For at kunne betegnes som målgruppeindivider skal individerne dog være i live mindst til og med År 1, således at de indgår i succesopdelingen.

fra 2015 og frem, men disse vil typisk ikke ligge til grund for målgruppeafgrænsning. En horisont på 6 år rækker desuden pænt ud over kommunernes 4-årige budgethorisont.

For at give kommunerne fuld gennemsigtighed i forhold til fortolkningen af beregningerne på ældreområdet kan det desuden være relevant at inkludere dødelighed som et separat udfaldsmål. Det vil sige, at der i beregningerne listes den forventede forskel i dødelighed pr. år i succes-/ikke-succes-gruppen, uden at denne dog prisfastsættes og indregnes i de samlede udgiftsforskelle, hvilket vil kræve en udvidelse af grafikken i forhold til SØM-version 3.0.

Boks 4.1 Opsummering, øvrige modeltilpasninger

For bestemmelsen af konsekvenser på ældreområdet anbefaler VIVE, at

- benytte et detaljeret sæt af kontrolvariable
- tilpasse modelstrukturen for SØM, så den kan tage højde for forskelle i dødelighed blandt ældre
- medtage dødelighed som et separat udfaldsmål, uden at dette prises og inkluderes i de budgetøkonomiske aggregeringer
- forkorte tidshorisonten for konsekvenser relativt til øvrige SØM-målgrupper, fx 6 år.

5 Inddragelse af øvrige datakilder

Evidens og viden om, hvilke indsatser der virker for hvilke ældre, er en væsentlig forudsætning for at styrke beslutningsgrundlaget for implementering såvel som videreudvikling af indsatser på ældreområdet. Som beskrevet i afsnit 2.1 forbindes det gode ældreliv i høj grad med, at man som borger er i stand til at fortsætte med at leve det liv, som man har været vant til. At bevare en høj funktionsevne er en grundlæggende forudsætning herfor, og, som det fremgår i vidensafdækningen (jf. afsnit 2.3), anvendes funktionsevne også ofte som et succesmål/udfaldsmål. Imidlertid er funktionsevne et ud af flere relevante succesmål/udfaldsmål, som der ikke er tilgængelige data på i de nationale administrative registre.

I dette afsnit diskuteres derfor mulighederne for og potentialerne ved at inddrage eller udnytte andre datakilder end de nationale administrative registre i SØM på ældreområdet.

5.1 Ældredatabasen og SHARE

Både Ældredatabasen²¹ og Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)²² indeholder omfattende viden om ældres hverdagsliv og levevilkår, som ikke findes i de administrative registre, og som kan være af interesse i forhold til udviklingen af SØM-målgrupper og succesmål på ældreområdet.²³ Specifikt indeholder de indikatorer for flere af de mest benyttede udfaldsmål i effektliteraturen, herunder bl.a. funktionsevne, ensomhed og livskvalitet. Begge databaser kan kobles til danske registerdata på DST's forskermaskiner.²⁴

Trods et omfattende datagrundlag i begge databaser er populationerne ikke tilstrækkeligt store til at afdække tilsvarende effektestimater for de enkelte målgrupper, som de i litteraturafdækningen fundne effektstørrelser (målgruppernes størrelse i databasen vil gå ud over signifikansen på estimerne). I

²¹ <https://www.vive.dk/da/temaer/forloebundersoegelser/aeldredatabasen/>

²² <http://www.share-project.org/>

²³ Ældredatabasen er en dansk forløbsdatabase bestående af survey-data indsamlet hvert femte år siden 1997 for borgere i alderen fra 52 år og op, mens SHARE tilsvarende er en europæisk forløbsundersøgelse (inkl. Israel) for borgere på 50 år eller derover, som er blevet indsamlet hvert andet år siden 2004.

²⁴ De danske SHARE-interviewdata er allerede koblet med registre fra DST i REGLINK-SHAREDK (se https://www.sdu.dk/da/forskning/forskningsenheder/samf/share/reglink_sharedk)

forhold til udvikling af SØM på ældreområdet vil inddragelse af hhv. Ældredatabasen og/eller SHARE dermed primært blive anvendt med et validerende sigte. Således kan estimerede korrelationer i disse surveys understøtte, hvorvidt de registerbaserede successmål i afsnit 2.4 kan tåle sammenligningen med udfaldsmålene fra effektstudierne og dermed på tilfredsstillende vis kan tolkes som proxyer for succesfulde indsatser, fx hvorvidt ensomhed og svage sociale relationer kan knyttes til psykofarmakaforbrug, og hvordan selvopfattet funktionsevne relaterer sig til visiteret hjælp.

5.2 Øvrige kommunale data

Afsnit 3.2.1 diskuterer inddragelsen af nye konsekvenser fra Ældredokumentationen, som stammer fra kommunernes EOJ-systemer (elektronisk omsorgsjournal). Med afsæt i Fælles Sprog III, som er en fælleskommunal metode og standard for dokumentation af den kommunale opgaveløsning på ældre- og sundhedsområdet (FS^{III}, 2019), indeholder EOJ-systemerne data, der kan være yderst relevante at inddrage i en SØM-betragtning, og som ikke er indeholdt i ældredokumentationen for nuværende. For eksempel kan mere detaljerede oplysninger og borgernes funktionsevne og helbredstilstande bidrage til forbedret målgruppe- og succesgruppeafgrænsning og bedre dækning i forhold til forbrug af offentlige ydelser og services.

En alternativ måde at benytte de kommunale EOJ-data på er til såkaldte projektberegninger, dvs. anvende informationer fra fx mindst en større kommune over en årrække for at følge målgrupper af ældre, der modtager specifikke indsatser, og foretage detaljerede sammenligninger af deres indsatsforløb og efterfølgende forbrug af ydelser/indsatser med øvrige individer i den pågældende kommune. Dette vil have en mindre effektorienteret tilgang til de beregnede forbrugsforskelle end dem, der kendes fra SØM, men vil resultere i detaljerede forbrugsprofiler, der kan benyttes som overordnet info- og styringsredskab og bruges til at foregribe senere indsatsbehov og hæve kvaliteten af opgaveløsningen.

En yderligere anvendelse af de kommunale EOJ-data stiller selvsagt strenge krav til datakvaliteten og -sammenligneligheden. Derfor er det ikke realistisk at kunne udføre projektberegninger for en bred gruppe af kommuner, og selv inden for en enkelt kommune kan der være udfordringer med datasammenligneligheden over år (fx ved skift af EOJ-leverandør). Derfor vil indarbejdelsen af bare få yderligere mål fra EOJ-systemerne fra kommunerne generelt sandsynligvis kræve omfattende ressourcer, og det samme vil detaljeret brug af data for enkelte kommuner.

6 **Anbefalinger om udvidelse af SØM på ældreområdet**

Overordnet set finder VIVE, at der er tilstrækkeligt potentiale for at udvide SØM til også at omfatte ældreområdet. Dog bemærkes det, at datakvaliteten af ældredokumentationen har afgørende betydning for muligheden for at tilbyde retvisende SØM-beregninger på ældreområdet og data på området bør derfor konsolideres i forbindelse med et eventuelt udviklingsarbejde. Udvidelsen kan med fordel og med få tilpasninger ske i den eksisterende SØM-struktur. VIVE anbefaler følgende tilpasninger til SØM på ældreområdet:

- Der udarbejdes en række nye SØM-konsekvenser til ældreområdet, der især skal måle ændringer i ældres forbrug af pleje- og omsorgsydelser og forbrug af lægemidler. Rapporten har desuden angivet og kort diskuteret de relevante og nødvendige konsekvenser for ældreområdet. Idet en forholdsvis stor andel af konsekvenserne på ældreområdet vil stamme fra kommunalt indberettede data, vil berettigelsen af SØM-beregninger på ældreområdet i høj grad afhænge af kvaliteten af disse. Dermed bør datakvaliteten i ældredokumentationen vurderes i forhold til behovet for at kunne foretage SØM-beregninger på ældre-målgrupper forud for en endelige afgørelse om at inkludere ældreområdet SØM.
- Der inkluderes et detaljeret sæt af kontrolvariable i estimeringen af konsekvenser på ældreområdet, der i højere grad end for de voksne målgrupper i SØM inkluderer information om demografi, socioøkonomisk og helbredsmæssig status og ikke mindst forbrug af ydelser ved målgruppeudtræk. Dette nødvendiggøres for sammenlignelighed af succes- og ikke-succes-gruppen og dermed mere retvisende konsekvensestimater, idet ældregrupperne oftest er bredere og mere heterogene end voksenmålgrupperne i SØM.
- Dødelighed indarbejdes i modelstrukturen. Dette skal afspejle, at dødelighed er en reel faktor for flere af målgrupperne på ældreområdet og dermed realistisk set bør indgå i konsekvensestimaterne. VIVE anbefaler desuden, at SØM på ældreområdet tilbyder et estimat på forskel i dødelighed mellem succes- og ikke-succes-gruppe. Denne estimerede forskel i dødelighed er alene tiltænkt at danne grundlag for fortolkningen af SØM-resultatet og skal ikke indgå i de summerede budgetøkonomiske konsekvenser.
- Tidshorizonten for SØM-beregningerne reduceres, dels for at sikre tilstrækkeligt, tilgængeligt og retvisende data for afgørende konsekvenser på ældreområdet, dels for at undgå, at estimaterne i unødvendig grad påvirkes af inklusionen af afdøde i konsekvensestimeringen. En

optimal tidshorisont for ældreområdet bør fastlægges på baggrund af en nærmere vurdering af datakvalitet for de tilgængelige datakilder henholdsvis modellens håndtering af dødelighed.

Desuden konkluderer VIVE på baggrund af rapportens litteratursøgning, at effekten af udvalgte indsatser målrettet ældre er tilstrækkeligt dokumenterede til at kunne pege på en række relevante målgrupper af ældre borgere, der enten er eller er i risiko for at blive sårbare i forhold til:

1. plejebehov og tabt funktionsevne
2. ensomhed og psykisk sårbarhed
3. fysisk sundhed.

Som udgangspunkt for et udviklingsarbejde af SØM på ældreområdet foreslår VIVE en række målgrupper som udgangspunkt for en modeludvidelse. Disse målgrupper vurderes dels at være af interesse for kommunale aktører, dels for hvilke, der findes evidens for effektfulde indsatser i litteraturen, og dels, der kan afgrænses i de danske administrative registre.

Litteratur

- Amilon, A. (2022). Ældres levevilkår. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (87-99). København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (2022). Danskerne bliver ældre. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (11-18). København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Ballegaard, S.A., & Jakobsen, M. (2019). *Medicingennemgang af ældre hospitalsindlagte patienter – Evaluering af tre organisatoriske modeller*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. (2022). *Hjemløshed i Danmark 2022. National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., & Lauritzen, H.H. (2021). *Udsatte ældre borgere i hjemløshed – En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Christensen, K. (2022). Sund aldring. Bliver ældres mentale og fysiske kapacitet bedre? I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (33-45). København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Dalsgaard, C.T., Thau, M. & Kjærgaard, M. (2020). *Kommunernes brug af demografimodeller - Kortlægning af brugen af demografimodeller i kommunernes budgetlægning på ældreområdet, budget 2020*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Danmarks Statistik (2016). *Undersøgelse blandt ægtefæller/samleverere til hjemmehjælpsmodtagere. Grafikrapport*. København: Danmarks Statistik.
- Danmarks Statistik (2020). *Statistikdokumentation for Ældreområdet - indikatorer 2020*. København: Danmarks Statistik.
- Eriksen, L., Davidsen, M., Jensen, H.A.R., Ryd, J.T., Strøbæk, L., White, E.D., Sørensen, J., & Juel, K. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Finansministeriet (2022). *Økonomisk Analyse: Mekaniske fremskrivninger af udbud af og efterspørgsel efter velfærdsmedarbejdere. September 2022*. København: Finansministeriet.

- Fredslund, E. (2021). *Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – En registerundersøgelse med fokus på socioøkonomiske faktorer, komorbiditet og psykisk sygdom*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- FS^{III} (2019). Fælles Sprog III. Metodehåndbog. Version 1.61. <https://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Metodeh%C3%A5ndbog.pdf?t=1669048532> (Set: d. 10. 1. 2023).
- Jakobsen, M., Poulsen, P.B., Reiche, T., Nissen, N.P., & Gundgaard, J. (2011). Costs of informal care for people suffering from dementia: evidence from a danish survey. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 1(1):418-428.
- Jensen, H.A.R., Davidsen, M., Møller, S.R., Román, J.E.I., Kragelund, K., Christensen, A.I., & Ekholm, O. (2022). *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2022*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Jensen, H.A.R., Kyvsgaard, I., Christensen, K., & Christensen, A.I. (2021). *Sund aldring. Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier*. København: Sundhedsstyrelsen.
- KL (2019). *Udvikling i forekomsten af kronisk sygdom blandt ældre*. Analyse-notat. København: KL.
- KL (2021). *Ren demografisk fremskrivning af kommunale og regionale sundhedsudgifter, 2019-2050*. Analysenotat. København: KL.
- Kriminalforsorgen (2021). *Statistik 2020*. København: Direktoratet for kriminalforsorgen.
- Kristensen, M.S., Wodschow, K., Christensen, A.I., Skaarup, C., Thygesen, L.C., & Ersbøll, A.K. (2019). *Ensomhed og svage sociale relationer blandt ældre. Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Larsen, F.B., Pedersen, M.H., Friis, K., Glümer, C., & Lasgaard, M. (2017). A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study of 162,283. Danish Adults. *PloS One*, 12(1), 1-17.
- Larsen, M., & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdområder – Forundersøgelse af eksisterende viden*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Lasgaard, M., & Friis, K. (2015). *Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyse, vol. 3, "Hvordan har du det?"*. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Lasgaard, M., Christiansen, J., Bekker-Jeppesen, M., & Friis, K. (2020). *Ensomhed i Danmark – analyse af befolkningsdata fra 2017. Temaanalyse, vol. 8, "Hvordan har du det?"*. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.
- Lassen, A. J. (2022). En ny livsfase tager form – pension i det 21. århundrede. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (46-61). København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Lauritzen, H.H., Jensen, M.C.F., Kjer, M.G., & Mikuta, M.I. (2022). *Analyse af social- og sundhedsfagenes image og imageudfordringer. Rekruttering til og fastholdelse i social- og sundhedsfagene*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Lesner, R.V., & Kristensen, N. (2020). *Dynamiske effekter af offentligt forbrug – en litteraturoversigt*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Møller, S.P., Laursen, B., Johannesen, C.K., & Schramm, S., (2019). *Multisygdom i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 137-172.
- Petersen, P.E., Davidsen, M., Ekholm, O., & Christensen, A.I. (2019). *Tandsundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Puggaard, L. (2010). *Ældretræning i et MTV perspektiv*. København: Servicestyrelsen.
- Robinson, K.M., Lau, C.J., Jeppesen, M., Vind, A.B., & Glümer, C. (2011). *Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme*. København: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- Rostgaard, T. (2022). Aldringens sociologi – normer, status og stigmatisering tilknyttet til alder. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (62-76). København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Socialstyrelsen (2014). *Review: Forebyggelse af ældres selvmord– evidensbaseret viden*. Odense: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2022). *Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM) – Dokumentationsrapport*. Odense: Socialstyrelsen.
- Statens Serum Institut (2015). *Store udgifter forbundet med multisygdom*. København: Statens Serum Institut.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. Sundhedsdatastyrelsen (2016). *Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsdatastyrelsen (2020). *Mange bor længere på plejehjem*. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2020/plejehjemsbeboere_161220 (Set: d. 10.1.2023).
- Sundhedsdatastyrelsen (2021). *Stigende mængdesalg øger regionernes udgifter til medicintilskud – Analyse af regionernes udgifter til medicintilskud fra 2010 til 2020*. København: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015). *Forebyggelse på ældreområdet – Håndbog til kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2019a). *Gode ældreliv med trivsel og sundhed – Fagligt oplæg til handlingsplanen for "Det gode ældreliv"*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2019b). *Ældres sundhed og trivsel – ældreprofilen 2019*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svarer, M. (2022). Arbejdsmarkedet og tilbagetrækning. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark* (132-145). København: ROCK-WOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.
- Usinger, L., & Larsen, E.P. (2022). Ældres sundhed, fysisk aktivitet. Fagligt opdateret: 19. 9. 2022: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/sundhedsoplysning/forebyggende-medicin/fysisk-aktivitet/aeldres-sundhed-fysisk-aktivitet/> (Set: d. 10. 1. 2023).

Vaupel, J.W., Boucher, M.P.B., Kashnitsky, I., & Søgaard, J. (2022). Demografiske perspektiver på danskernes levetid. I Andersen, T.M., & Skaksen, J.R. (red.) *Et aldrende Danmark (19-32)*. København: ROCKWOOL Fondens Forskningsenhed & Gyldendal.

Wahl-Brink, D., Bach, K., & Hwa, R.I. (2015). *Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp*. København: Sundhedsstyrelsen.

Wieben, E.S., Nielsen, B., Nielsen, A.S., & Andersen, K. (2015). Ældres alkoholproblemer kræver behandling. *Ugeskrift for Læger*, 177(9), 837-840.

Bilag 1 Søgning på sårbarhedsfaktoren Plejebehov



Litteratursøgningen på indsatseffekter af centrale indsatser med fokus på plejebehov er begrænset til centrale danske og norske hjemmesider, der forventes at bidrage med litteratur af væsentlig kvalitet, og resulterer dermed især i nordiske kilder. Dette skyldes, at det danske velfærdssystem på ældreområdet ikke er umiddelbart sammenligneligt med lande uden for Skandinavien.

Der er søgt efter effektevalueringer følgende steder:

- VIVE/SFI/KORA
- Socialstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen
- ROCKWOOL Fonden
- Nationalt Videnscenter for Demens, Danmark
- MarselisborgCentret
- Forskningsdatabasen
- Folkehelseinstituttet, Norge
- Helsebiblioteket, Norge
- Helsedirektoratet, Norge
- Bufdir – Netbiblioteket, Norge.

De resulterende studier er efterfølgende gennemgået og opdelt i evidensniveauer svarende til Socialstyrelsens Retningslinjer for SØMs vidensdatabase²⁵:

1. Metastudier og randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT)
2. Kvasiekperimentielle studier, hvor kontrolgruppen er konstrueret (fx matching-design, difference-in-difference uden randomiseret kontrolgruppe, instrumentvariable m.m.)
3. Før- og eftermålinger uden kontrolgruppe.

Vidensgrundlaget for anbefalingerne i denne rapport består af effektstudier fra de øverste evidensniveauer alene, se Bilagstabel 1.1, mens Bilagstabel 1.2 oplister de fundne effektstudier på evidensniveau 3.

²⁵ Se <https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialstyrelsens-viden/som-diverse-materialer/retningslinjer-for-effektviden-i-soms-vidensdatabase.pdf>

Søgning på danske hjemmesider

På de danske hjemmesider er der søgt bredt efter studier, hvor ordet 'ældre' indgår for at få identificeret de fleste relevante effektstudier af centrale indsatser og initiativer på ældreområdet.

Herefter er effektstudier, der evaluerer indsatserne på mål inden for funktionsevne, fysisk formåen, kognitiv funktion, social funktion, mestring af daglige aktiviteter, plejebehov, hjælp og støtte, beholdt.

Søgning på norske hjemmesider

På de norske hjemmeside er der søgt på følgende ord:

Funktionsevne: funksjon, funksjonsevne, fysisk funksjonsevne, mestringsevne, sosial funksjon, kognitiv funksjon.

Selvhjulpethed og autonomi: (økt) selvstendighet, mestringsevne, selvhjulpethed, uavhengighet, egenomsorg.

Andre ord: brukernes målsettinger, hverdagsaktiviteter, målorientert, rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten, helsetjenester, helse- og sosialtjenester, hjemmesykepleien, mestring, gjenoprette ferdigheter, intervensjon, hverdagsrehabilitering, deltakelse og aktivitet, intervensjoner, funksjonstap, aktivitetsutførelse.

De forskjellige søgeord er søgt enkeltvis og i kombination.

Foruden de ovennævnte norske hjemmesider er der specifikt søgt efter publikationer af Hanne Tuntland, som er en vigtig forsker på rehabiliteringsområdet i Norge.

Bilagstabel 1.1 Resultat af litteratursøgning: inkluderede studier

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Forebyggende indsatser				
Filges, T, Siren, A, Fridberg, T, Nielsen, BCV. Voluntary work for the physical and mental health of older volunteers: A systematic review. <i>Campbell Systematic Reviews</i> . 2020; 16:e1124.	Review	Ældre 65+, som er engageret i formelt frivilligt arbejde	Undersøger effekten af frivilligt arbejde på fysisk og mentalt helbred	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cl2.1124
Behm, L., Eklund, K., Wilhelmson, K., Zidén, L., Gustafsson, S., Falk, K. and Dahlin-Ivanoff, S. (2016) Health Promotion Can Postpone Frailty: Results from the RCT Elderly Persons in the Risk Zone, <i>Public Health Nurs</i> , 33: 303-315. https://doi.org/10.1111/phn.12240	RCT ^{a)}	Ældre 80+ i svensk forstadsby, i egen bolig uden behov for hjælp	Undersøger effekten af forebyggende indsatser uden og i kombination med seniormøder på balancsevne, ganghastighed, faldskader og frygt for at falde	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12240
Zidén L., Häggblom-Kronlöf G., Gustafsson S., Lundin-Olsson L., Dahlin-Ivanoff S., Physical Function and Fear of Falling 2 Years After the Health-Promoting Randomized Controlled Trial: Elderly Persons in the Risk Zone. <i>The Gerontologist</i> , Volume 54, Issue 3, June 2014, Pages 387-397	RCT ^{a)}	Ældre 80+ i svensk forstadsby, i egen bolig uden behov for hjælp	Undersøger effekten af forebyggende indsatser og forebyggende indsatser kombineret med seniormøder på indikatorer for skrøbelighed	https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/3/387/719637
Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J. and Hendriksen, C. (2005), Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 53: 563-568.	RCT ^{b)}	74/75- og 80-årige i 34 danske kommuner	Undersøger effekten af opkvalificeret visitationspersonale på funktionsevne, plejehjemsindskrivning og dødelighed	https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2005.53201.x
Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K. & Keiding, N (2004), Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial, <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> , 22(2): 106-111	RCT ^{b)}	74/75- og 80-årige i 34 danske kommuner	Undersøger effekten af opkvalificeret visitationspersonale samt tilbud om forebyggende hjemmebesøg på funktionsevnen for mænd og kvinder	https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02813430410005829

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Ekman, A., Vass, M. and Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitation procedures of importance? <i>Health & Social Care in the Community</i> , 18: 563-571	RCT ^{b)} , sekundær analyse	74/75- og 80-årige i 34 danske kommuner	Undersøger effekten af varierende invitationsformer for forebyggende hjemmebesøg på deltagernes accept	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2010.00941.x
Højgaard B., Graff L., Jonsen E., Buch M. (2019), Forebyggende hjemmebesøg til ældre – tidlig opsporing, København: VIVE	Review	Ældre, der er kvalificerede til at modtage forebyggende hjemmebesøg	Undersøger evidens vedrørende metoder til tidlig opsporing af mistrivsel hos ældre borgere i dansk, norsk og svensk kontekst	https://www.vive.dk/media/pure/15237/4537142
Skumsnes, R., Larum, L., Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. <i>Sykepleien Forskning</i> nr. 4 (8): 310-321.	Review	Ældre hjemmeboende 67+ år, der er kvalificerede til at modtage forebyggende hjemmebesøg	Undersøger evidensen for effekten af forebyggende hjemmebesøg på selvvurderet helbred og livskvalitet	https://sykepleien.no/forskning/2013/10/effekten-av-forebyggende-hjemmebesok-til-eldre
Førland, O., Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. Opsummering nr. 7. Senter for omsorgsforskning	Review	Ældre hjemmeboende 67+ år, der er kvalificerede til at modtage forebyggende hjemmebesøg	Undersøger evidensen for effekten af forebyggende hjemmebesøg på en lang række utfaldsmål samt kvalitativ evaluering af forebyggende hjemmebesøg i Norden	https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2476696
Håvelsrud K, Dahm KT, Sletsjøe H, Reinart LM. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 7, (2011). Effekten av aktivitetstilbud på eldre senter, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Review	Ældre borgere med tilknytning til et eldrecenter	Undersøger evidens vedrørende tilbud af aktiviteter på eldrecentre på fysisk og kognitiv funksjon og trivsel	https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_effekten-av-aktivitetstilbud-pa-eldresenter.pdf
Lauvrak V, Norderhaug IN. (2010). Forebygging av fall hos eldre i sykehus og sykehjem. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Review	Ældre pasienter på sykehus og pleiehjem	Undersøger evidensen for effekten af en lang række indsatser, der skal forebygge fald og faldskader hos ældre	https://www.fhi.no/publ/2010/forebygging-av-fall-hos-eldre-i-sykehus-og-sykehjem/
Forbedrende/vedligeholdende indsatser				
Termansen T., Sonne-schmidt, C. (2012). Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på ældres fysiske funktionsevne. København: SFI	RCT	Hjemmeboende ældre 65+, som modtager kommunal hjemmehjælp, og som ikke i	Undersøger effekten af et kortvarigt træningsprogram på hjemmeboende ældres fysiske funktionsevne	https://www.vive.dk/media/pure/4769/274963

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
		forvejen modtager træning		
Winkel A., Langberg H. & Ejlersen Wæhrens E., (2015), Reablement in a community setting, <i>Disability and Rehabilitation</i> , 37:15, 1347-1352	RCT	Ældre borgere over 65 år, der enten ansøger om hjemmepleje eller en stigning i hjemmeplejeniveauet	Undersøge effekten af et 12 ugers hjemmebaseret genaktiveringsprogram.	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.963707
Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B. et al. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial, <i>BMC Geriatr</i> 15, 145 (2015).	RCT	Hjemmeboende ældre	Undersøger effekten af et 10 ugers program for genaktivering	https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0142-9
Puggaard L. (2010), Ældretræning i et MTV perspektiv, Center for Anvendt og Klinisk træningsvidenskab, Institut for Idræt og Biomekanik, SDU	Review	Ældre hjemmeboende danskere	Undersøger effekterne af 10 forskellige studier omhandlende træningsindsatser for ældre	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/aeldretraening-i-et-mtv-perspektiv/Aeldretraening_i_et_MTV_perspektiv.ashx
Petersen A., Graff L., Rostgaard T., Kjellberg J, Kjellberg P. (2017), Rehabilitering på ældreområdet, København: Sundhedsstyrelsen	Review	Ældre borgere, der modtager hjemmepleje	Undersøger evidensen for effekterne af rehabiliteringsudviklingsprojekter i syv forskellige danske kommuner	https://www.vive.dk/media/pure/8718/2037842
Førland O. og Skumsnes R. 2016. Hverdagsrehabilitering – En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning	Review	Personer, især ældre, der har oplevet nedsettelse af funktions-evne	Undersøger evidensen for effekterne af hverdagsrehabilitering på en lang række udfaldsmål	https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/hverdagsrehabilitering.pdf
Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Ann, Fall and Injury Prevention in Older People Living in Residential Care Facilities: A Cluster Randomized Trial, <i>Intern Med.</i> , (2002) May, 21;136(10):733-41.	RCT	Ældre beboere 65+ på plejehjem	Undersøger effekten af et multifaktor interventionsprogram blandt ældre	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12020141/
Bjerk M., Brovold T., Skelton D., Liu-Ambrose T., Bergland A., Effects of a falls prevention exercise programme on health-re-	RCT	Ældre, 67+ i seks norske kommuner, modtagere af hjemmepleje, der er faldet i	Undersøger effekten af et 12-ugers hjemmetræningsprogram til forebyggelse af yderligere fald på fysisk funktion og frygt for at falde	https://academic.oup.com/ageing/article/48/2/213/5274650

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
lated quality of life in older home care recipients: a randomised controlled trial, <i>Age and Ageing</i> , Volume 48, Issue 2, March 2019, Pages 213–219		løbet af de seneste 12 måneder		

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved en usystematisk litteratursøgning på sårbarhedsfaktoren plejebehov. Studierne opfylder de to øverste evidensniveauer fra retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase og er inkluderet i grundlaget for denne rapport's anbefalinger.

Note: ^{a)} Begge evalueringer er baseret på det svenske RCT Elderly Persons in the Risk Zone.

^{b)} Alle tre evalueringer er baseret på data fra det danske interventionsstudie om forebyggende hjemmebesøg, der var randomiseret på kommunalt niveau.

Bilagstabel 1.2 Resultat af litteratursøgning: før-/eftermålinger uden kontrolleret eller konstrueret kontrolgruppe

Publikation	Link
Siren, A., Bjerre, M., Nørregård, H., Niss, N., & Lauritzen H.H. 2016. Forebyggelse på ældreområdet – Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere. København: SFI	https://viden.sl.dk/media/8839/forebyggelse-paa-aeldreområdet.pdf
Lauritzen, H.H., Bjerre, M., Graff, L., Rostgaard, T., Casier, F. & Fridberg, T. 2017. Rehabilitering på ældreområdet afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. København: SFI	https://www.vive.dk/media/pure/5362/829188
Rambøll Management Consulting. 2021. Evaluering af Forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet. Rambøll Management Consulting	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/AEldre/evalueringssrapport-frit-valg/Rapport_final_webtilgaengelig_16nov.ashx
Dale B. og Westbye B. 2021. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøg til ældre på Agder. Senter for omsorgsforskning	https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2759511/Rapport_02_2021-u3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Hansen, E.B., Christensen, V.T., Heinesen, E. 2008. The effect of home care on the ability to perform the activities of daily living and the well-being of older people. <i>Eur J Ageing</i> . 29;6 (1):17-26.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798588/

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved en usystematisk litteratursøgning på sårbarhedsfaktoren plejebehov. Studierne er ikke inkluderet i grundlaget for denne rapport's anbefalinger, men opfylder det laveste evidensniveau i retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase.

Bilag 2 Søgning på sårbarhedsfaktoren Psykisk sårbarhed



Litteratursøgningen på indsatseffekter af centrale indsatser med fokus på psykisk sårbarhed er begrænset til centrale danske og norske hjemmesider, der forventes at bidrage med litteratur af væsentlig kvalitet og resulterer dermed især i nordiske kilder. Dette skyldes, at det danske velfærdssystem på ældreområdet ikke er umiddelbart sammenligneligt med lande uden for Skandinavien.

Der er søgt efter effektevalueringer følgende steder:

- VIVE/SFI/KORA
- Socialstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen
- ROCKWOOL Fonden
- Nationalt Videnscenter for Demens, Danmark
- MarselisborgCentret
- Forskningsdatabasen
- Folkehelseinstituttet, Norge
- Helsebiblioteket, Norge
- Helsedirektoratet, Norge
- Bufdir – Nettbiblioteket, Norge

De resulterende effektstudier er efterfølgende gennemgået og opdelt i evidensniveauer svarende til Socialstyrelsens Retningslinjer for SØMs vidensdatabase²⁶:

1. Metastudier og randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT)
2. Kvasiekperimentielle studier, hvor kontrolgruppen er konstrueret (fx matching-design, difference-in-difference uden randomiseret kontrolgruppe, instrumentvariable m.m.)
3. Før- og eftermålinger uden kontrolgruppe.

Vidensgrundlaget for anbefalingerne i denne rapport består af effektstudier fra de øverste evidensniveauer alene, se Bilagstabel 2.1, mens Bilagstabel 2.2 oplister de fundne studier på evidensniveau 3.

²⁶ Se <https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialstyrelsens-viden/som-diverse-materialer/retningslinjer-for-effektviden-i-soms-vidensdatabase.pdf>

Søgning på danske hjemmesider

På de danske hjemmesider er der søgt bredt efter studier, hvor ordet 'ældre' indgår for at få identificeret de fleste relevante effektstudier af centrale indsatser og initiativer på ældreområdet.

Herefter er effektstudier, der evaluerer indsatserne på mål inden for mental sundhed, trivsel, livskvalitet, livstilfredshed, social støtte beholdt.

Søgning på norske hjemmesider

På de norske hjemmeside er der søgt på følgende ord:

Livskvalitet, trivsel og velbefindende: livskvalitet, helse-relatert livskvalitet, tilfredshet, erfare en god helse.

Andre ord: brukernes målsettinger, hverdagsaktiviteter, målorientert, rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten, helsetjenester, helse- og sosialtjenester, hjemmesykepleien, mestring, gjenoprette ferdigheter, intervensjon, deltakelse og aktivitet, intervensjoner.

De forskjellige søgeord er søgt enkeltvis og i kombination.

Bilagstabel 2.1 Resultat af litteratursøgning: inkluderede studier

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Forebyggende indsatser				
Dahm KT, Landmark BF, Reinar LM. 2009. Betydningen av personell kompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester. Rapport nr. 13–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten	Review	Hjemmeboende brugere af kommunale hjemmeplejeydelser	Sammenfatter evidensen for effekten af hjemmebesøg fra personale med kompetencer inden for optræning på borgerens sociale deltagelse, livskvalitet og funktionsevne	https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_2009_13_personellkompetanse_hjemmetjeneste_2.pdf
Sundhedsstyrelsen. 2015. Forebyggelse på ældreområdet, Håndbog til kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen	Review	Ældre, 65+, der i høj grad klarer sig selv, men er i risiko for (yderligere) nedsættelse af funktionsevne inden for en række områder, herunder ensomhed og social isolation	Sammenfatter evidensen for flere forskellige indsatser for ældre mod ensomhed og social isolation	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Forebyggelse-p%C3%A5-%C3%A6ldreomr%C3%A5det---h%C3%A5ndbog-til-kommunerne/Forebyggelse-p%C3%A5-%C3%A6ldreomr%C3%A5det,-d,-H%C3%A5ndbog-til-kommunerne.ashx
Gustafsson, S., Berglund, H., Faronbi, J., Barenfeld, E. & Hammar, I. 2017. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , 12: 1867-1877	RCT	Ældre 80+ i svensk forstadsby, i egen bolig uden behov for hjælp og ældre 70+, der er migreret til Sverige fra Finland eller det vestlige Balkan, i egen bolig uden behov for hjælp	Undersøger effekten af seniormøder på ensomhed, socialt netværk og støtte	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/CIA.S143994
Christiansen, J., Løvschall, C., Laustsen, L., Hargaard, A., Maindal, H., & Lasgaard, M. 2021. Interventioner, der skal mindske	Meta-analyse	Alle aldre, der oplever eller er i risiko for ensomhed, metaanalysen estimerer dog separate effektestimater for 65+-målgrupper	Interventioner, der har som primært formål at afhjælpe eller mindske ensomhedsfølelse på validerede måleredskaber i forhold til ensomhed	https://pure.au.dk/portal/files/230707111/Interventioner_der_skal_mindske_ensomhed_fi-nal.pdf

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
ensomhed En systematisk litteraturgen- nemgang af 136 effektstudier. Aarhus: DE- FACTUM				
Niclasen, J., Lund, L., Obel, C. & Larsen, L. 2017. Indsætser, der fremmer ældres men- tale sundhed. Center for Sundhedssamar- bejde ved Aarhus Universitet	Review	Ældre, der bor i egen bolig uden hjælp, ældre i egen bolig, der mod- tager hjemmehjælp og ældre på plejehjem	Undersøger evidens af forebyggende og fremmede indsæters effekt på ældres mentale sundhed i bred forstand. Eviden- sen opdeles på en lang række parametre herunder boligsituation for deltagere, ind- hold og implementering af indsætsen	<a href="https://www.sst.dk/-/media/Videns-
center-for-v%C3%A6rdig-
%C3%A6ldrepleje-Subsite/Udgivelser-
2017/Indsætser-der-fremmer-
%C3%A6ldres-mentale-sundhed-et-
systematisk-litteraturstudie.ashx">https://www.sst.dk/-/media/Videns- center-for-v%C3%A6rdig- %C3%A6ldrepleje-Subsite/Udgivelser- 2017/Indsætser-der-fremmer- %C3%A6ldres-mentale-sundhed-et- systematisk-litteraturstudie.ashx
Forbedrende/vedligeholdende indsætser				
Löck J. 1990. Emotional and Social Effects of a Controlled Intervention Study in a Day-Care Unit for Elderly Patients. <i>Scan- dinavian Journal of Primary Health Care</i> , 8:3, 165-172	RCT	Kronisk syge/handicappede ældre (60-90 år) på en daginstitution	Undersøger effekter af en medbestem- melsesindsæt på en daginstitution for æl- dre handicappede på trivsel og livskvali- tet	<a href="https://www.tandfon-
line.com/doi/abs/10.3109/0281343900
8994951">https://www.tandfon- line.com/doi/abs/10.3109/0281343900 8994951
Taube E, Kristensson J, Midlöv, P., Ja- kobsson, U. 2018. The use of case man- agement for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symp- toms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. <i>Scand J Caring Sci.</i> Jun; 32(2): 889-901.	RCT	Skrøbelige ældre 65+ i egen bolig med behov for hjælp til mindst to daglige aktiviteter, med mindst to hospitalsindlæggelser eller fire am- bulantkontakter inden for de sidste 12 måneder	Undersøger effekt af månedlige hjemme- besøg af sundhedspersonale på ensom- hed, livskvalitet og depressive symptomer	<a href="https://pub-
med.ncbi.nlm.nih.gov/28895175/">https://pub- med.ncbi.nlm.nih.gov/28895175/
Erlangsen A. 2014. Forebyggelse af æl- dres selvmord evidensbaseret viden. Odense: Socialstyrelsen	Review	Ældre med depressive symptomer og/eller selvmordstanker	Undersøger evidensen for selvmordsfore- byggende indsætser for ældre i primær praksis, terapibaseret, alarmsystemer og telefonstøtte på livskvalitet og -tilfreds- hed og selvmord	<a href="https://www.sufo.dk/wp-content/uplo-
ads/2014/06/Review-Forebyggelse-
af-aeldres-selvmord-evidensbaseret-
viden-2014.pdf">https://www.sufo.dk/wp-content/uplo- ads/2014/06/Review-Forebyggelse- af-aeldres-selvmord-evidensbaseret- viden-2014.pdf
Sorgterapi				

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Lund, D., Caserta, M., Utz, R. & de Vries, B. 2010. Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model. <i>OMEGA - Journal of Death and Dying</i> 61:4, 291-313	RCT	Voksne 50+ i to amerikanske byer, der fornylig har mistet deres partner	Undersøger effekten af et 14-ugers sorgprogram med fokus på Dual Process Modellen i forhold til almindelig sorgterapi på dagligdagsaktiviteter og sorgsymptomer	https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.2190/OM.61.4.c
Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. 2014. Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. <i>Aging & Mental Health</i> , 18:3, 354-362	RCT	Særligt sorgramte ældre 60+ på plejehjem i Portugal, der har mistet deres partner for mere end 6 måneder siden	Undersøger effekten af en indsats mod kompliceret sorg på depressive symptomer og indikatorer for traume og kompliceret sorg	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.833164
Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. T. 1999. Effectiveness of Grief Therapy: A Meta-Analysis. <i>Journal of Counseling Psychology</i> , 46(3), 370-380	Meta-analyse	Individer, der har mistet en nær pårørende. Metastudiet behandler aldersgradienten af effekter af sorgterapi	Undersøger evidensen af indsatseffekter af forskellige sorgterapiprogrammer på kort sigt.	https://psycnet.apa.org/fulltext/1999-05850-008.html

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved litteratursøgningen på sårbarhedsfaktoren Psykisk sårbarhed. Studierne opfylder de to øverste evidensniveauer fra retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase og er inkluderet i grundlaget for denne rapports anbefalinger.

Bilagstabel 2.2 Resultat af litteratursøgning: før-/eftermålinger uden kontrolleret eller konstrueret kontrolgruppe

Publikation	Link
Siren A., Bjerre M., Nørregård H., Niss N., Lauritzen H., (2016), "Forebyggelse på ældreområdet. Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere." København: SFI	https://viden.sl.dk/media/8839/forebyggelse-paa-aeldreområdet.pdf
Rambøll Management Consulting. 2019. Evaluering af projekter i puljen – Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker, der modtager meget hjemmehjælp. Rambøll Management Consulting ^{a)}	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Ensomme-hjemmehjaelpsmodtagere/Rapport_Styrket-indsats-mod-ensomhed.ashx

Publikation	Link
Djukanović, I., Carlsson, J. and Peterson, U. 2016. Group discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people. <i>J Clin Nurs</i> , 25: 992-1000.	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13110
Anderson L. 1985. Intervention against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation. <i>Social Science & Medicine</i> , 20(4): 355-364	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953685900103
Larsson, E., Padyab, M., Larsson-Lund, M., & Nilsson, I. 2016. Effects of a social internet-based intervention programme for older adults: An explorative randomised crossover study. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> 79(10): 629-636	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0308022616641701

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved litteratursøgningen på sårbarhedsfaktoren Psykisk sårbarhed. Studierne er ikke inkluderet i grundlaget for denne rapport's anbefalinger, men opfylder det laveste evidensniveau i retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase.

Note: ^{a)} Studiet inkluderer en registerbaseret analyse med en konstrueret kontrolgruppe uden dog at kunne dokumentere signifikante effekter på pleje- og sundhedsrelaterede ydelser.

Bilag 3 Søgning på sårbarhedsfaktoren Fysisk sundhed



Litteratursøgningen på indsatseffekter af indsatser omhandlende patientuddannelse, medicingennemgang, træning og rehabilitering med fokus på udvalgte kroniske sygdomme (forhøjet blodtryk/hypertension, apopleksi, demens, type 2-diabetes, knogleskørhed/osteoporose, artrose) og multisyge er primært begrænset til Sundhedsstyrelsens hjemmeside, Cochrane-biblioteket og særligt udvalgte danske hjemmesider. Det smallere fokus på indsatser skyldes et ønske om at styre søgningen til primært at resultere i indsatser, der har interesse i kommunalt regi.

Generelt er der søgt efter effektevalueringer følgende steder:

- KORA/SFI/VIVE
- Sundhedsstyrelsen
- Center for Sund Aldring (dog uden at resultere i relevante studier).

Studier, der undersøger de relevante udfaldsmål (funktionsevne, selvhjulpethed og autonomi og livskvalitet, trivsel og velbefindende), er inkluderet. Søgningerne har primært resulteret i metastudier og litteraturreviews, der oplystes i Bilagstabel 3.1.

Særligt for demens

For demens er der desuden søgt på følgende sider:

- Nationalt Videnscenter for Demens
- Cochrane Library

Der er desuden søgt i referencelisten på de inkluderede Cochrane-metastudier.

Studier, der undersøger de relevante udfaldsmål (funktionsevne, selvhjulpethed og autonomi og livskvalitet, trivsel og velbefindende) er inkluderet. Det samme er studier, der evaluerer indsatser målrettet pårørende, der tager sig af demente.

Bilagstabel 3.1 Resultat af litteratursøgning: inkluderede studier

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Forebyggende indsatser				
Beck A., Damkjær K. & Beyer N. 2008. Multifaceted nutritional intervention among nursing-home residents has a positive influence on nutrition and function, <i>Nutrition</i> , 24(11-12): 1073-1080	RCT	Ældre beboere 65+ på syv danske plejehjem	Undersøger effekten af en tværfaglig ernæringsintervention indeholdende tandpleje og gruppebaseret træning på ernæringsstatus og funktionsevne	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900708002189
Johansen, N., Kondrup, J., Plum, L., Bak, L., Nørregaard, P., Bunch, E., Bærnthsen, H., Andersen, J., Larsen & I., Martinsen, A. 2004. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. <i>Clinical Nutrition</i> , 23(4): 539-550	RCT	Patienter på tre danske hospitaler med 4+ forventede indlæggelsesdage uden psykiske vanskeligheder og forventet mere end en måneds restlevetid. Indsatsen er ikke målrettet ældre, men gennemsnitsalderen i studiet er 62+	Undersøger effekten af en ernæringsindsats, der skal involvere og motivere patienten på energiindtag, indlæggelsesdage, komplikationer og livskvalitet	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561403002310
Devik S. & Olsen R. 2018. Underernæring og patientsikkerhet blant eldre i kommunene. Senter for omsorgsforskning	Review	Ældre, der er underernærede eller i risikogruppen for at blive underernærede	Undersøger evidensen for effekt af individrettede ernæringsindsatser på ældres ernæringsstatus og trivsel	https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2583947/Underern%C3%A6ring%20og%20patientsikkerhet.pdf
Weatherall, C., Lauritzen, H.H., Hansen, A. & Termansen, T. 2014. Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt. København: SFI	Kontrol	Beboere på udvalgte plejecentre i fem kommuner	Undersøger effekten af at have en fast tilknyttet læge til plejecentrene på beboernes hospitalskontakt, kontakt til lægevagt og medicinering	https://www.vive.dk/media/pure/5105/276411

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Nielsen, L.M., Maribo, T., Kirkegaard, H., Petersen, K.S., Lisby, M., Oestergaard, L.G. 2018. Effectiveness of the "Elderly Activity Performance Intervention" on elderly patients' discharge from a short-stay unit at the emergency department: a quasi-experimental trial. <i>Clin Interv Aging</i> . Apr 26;13: 737-747.	Ikke-tilfældig kontrol-gruppe	Medicinske ældre patienter på 65+, der ikke bor på plejecenter, indlagt på akutafdelinger på et dansk hospital	Undersøger effekten af en indsats indeholdende funktionsevnevurdering, rehabiliteringsplan ved udskrivelse og opfølgende hjemmebesøg på genindlæggelser	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5927350/
Jakobsen, M., Rangvid, B. & Buch, M. 2020. Styrket sammenhæng for de svageste ældre. København: VIVE	11 konstruerede kontrol-gruppe- studier	Ældre og svage borgere i behandling på en række danske hospitaler	Undersøger effekterne af en række projekter med fokus på opsporing af svage ældre borgere hhv. opfølgning efter sygehusindlæggelse på indlæggelsesdage, sygehuskontakter og kontakter med primærsektoren	https://www.vive.dk/media/pure/15786/5195402
Gjerberg, E., Bjørndal, A. & Fretheim, A. 2006. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten	Review	Ældre patienter i hospitalsregi	Undersøger evidensen for effekten af geriatrisk vurdering og behandling på særlige ældreafsnit eller ved hjælp af tværfaglige teams på ældres dødelighed og hospitalskontakt	https://www.fhi.no/publ/eldre/effekt-av-geriatriske-tiltak-til-eldre-pasienter-innlagt-i-sykehus/
Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, Buck TC, Pottegård A, Hansen MR, Hallas J. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission. <i>JAMA Intern Med</i> . 2018 Mar 1; 178 (3): 375-382.	RCT	Patienter 18+ på et dansk hospital, der modtager behandling med mere end fem lægemidler. Målgruppen var dermed ikke ældre, men gennemsnitsalderen af deltagerne var 70+	Undersøger effekten af en medicingennemgang og en udvidet medicingennemgang inkl. motiverende samtaler og opfølgning	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885912/
Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, Hughes CM. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. <i>BMJ Open</i> . 2015, 5(12)	Review	Ældre patienter 65+ med mere end 1 langvarig lidelse og behandling af 4+ lægemidler	Undersøger evidens for indsatser, der har til formål at nedsætte uhenigtsmæssig lægemiddelbrug	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679890/

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Lauvrak V, Norderhaug IN. 2010. Forebygging av legemiddelskade hos eldre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,	Review	Ældre patienter 64+, der modtager medicin	Undersøger evidens for effekten af indsatser, der har til formål at reducere patientskade som følge af uhensigtsmæssig lægemiddelbrug	https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_forebygging-av-legemiddelskade-hos-eldre.pdf
Indsatser rettet mod demente				
Thuesen, J. & Ravn, M. 2020. Rehabilitering ved demens. REHPA, notat nr. 13, 2. udgave	Review	Demensramte	Undersøger evidens af effekterne af interventionsstudier omhandlende rehabilitering af demensramte på kognitiv og fysisk funktion	https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2020/11/Rehabilitering-ved-demens-2.-udgave.pdf
Dahm, K.T., Dalsbø, T.K., Håvelsrud, K. & Reinart, L.M. 2014. Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 27-2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Review	Demensramte	Undersøger evidens af effekterne af indsatser for demensramte omhandlende fysisk træning og andre omsorgstiltak på dementes mentale sundhed og funktionsevne	https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport_2014_27_demens_fysisk_aktivitet.pdf
Sørensen, L.V. 2010. Demens: Ikke-farmakologiske interventioner – en kommenteret udenlandsk medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Kommenteret Udenlandsk Medicinsk Teknologivurdering 2010; 3(3)	Kommenteret medicinsk teknologivurdering	Demensramte	Kritisk vurdering af to litteraturstudier omhandlende effekten af ikke-farmakologiske indsatser for demensramte	https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2010/Demens-Ikke-farmakologiske-interventioner---en-kommenteret-udenlandsk-medicinsk-teknologivurdering
Sobol, N.A., Hoffmann, K., Frederiksen, K.S., Vogel, A., Vestergaard, K., Brændgaard, H., Gottrup, H., Lolk, A., Wermuth, L., Jakobsen, S., Laugesen, L., Gergelyffy, R., Høgh, P., Bjerregaard, E., Siersma, V., Andersen, B.B., Johannsen, P., Waldemar, G., Hasselbalch, S.G. & Beyer, N. 2016. Effect of aerobic exercise on physical performance in patients with Alzheimer's disease. <i>Alzheimer's & Dementia</i> , 12: 1207-1215.	RCT ^{a)}	Hjemmeboende personer, 50-90-årige, med mild demens og en pårørende, der var villig til at deltage i undersøgelsen	Undersøger effekten af fysisk intensitet af moderat-høj intensitet på kardiopulmonær kondition, fysisk funktion og self-efficacy	https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jalz.2016.05.004

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
Hoffmann, K. Sobol, N.A., Frederiksen, K.S., Beyer, N., Vogel, A. et al., 2016. Moderate-to-High Intensity Physical Exercise in Patients with Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 50(2): 443–453.	RCT ^{a)}	Hjemmeboende personer, 50-90-årige, med mild demens og en pårørende, der var villig til at deltage i undersøgelsen	Undersøger effekten af fysisk intensitet af moderat-høj intensitet på kognitiv funktion	https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad150817
Buss, D. Eckermann, A., Waldorff, F.B & Waldemar, G. 2015. DAISY - Effekt af tidlig psykosocial intervention for demente og deres pårørende – delrapport 6. Odense: Socialstyrelsen og Nationalt Videnscenter for Demens	RCT	Patienter, 50+, med demens inden for de sidste 12 måneder og deres pårørende	Undersøger effekten af psykosociale indsatser, herunder individuel og fælles rådgivning, netværksrådgivning og kursusrække målrettet demente og deres pårørende	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/Aeldre-og-demens--2015/daisy-effekt-af-tidlig-psyko-social-intervention-for-demente-og-deres-paerrende/DAISY---effekt-af-tidlig-psykosocial-intervention-for-demente-og-deres-paerrende_delrapport-6.ashx
Indsatser målrettet pårørende omsorgspersoner for demente				
Vandepitte, S., Putman, K., Van Den Noortgate, N., Verhaeghe, S. & Annemans, L. 2019. Effectiveness of an in-home respite care program to support informal dementia caregivers: A comparative study. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> 34: 1534– 1544	Kontrol	Omsorgspersoner til demente i Belgien	Undersøger effekten af aflastningsintervention på plejbyrden	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5164
Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C. & Annemans, L. 2016. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 31: 1277– 1288	Review	Omsorgspersoner til demente	Undersøger effektiviteten af forskellige aflastningsindsatser på plejbyrde	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4504
Parker, D., Mills, S. & Abbey, J. 2008. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in	Review	Omsorgspersoner til demente	Undersøger effektiviteten af forskellige indsatser til støtte og aflastning af omsorgspersonen	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-1609.2008.00090.x

Publikation	Type	Målgruppe	Indsats	Link
the community: a systematic review. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i> , 6: 137-172				
Mittelman, M.S., Haley, W.E., Clay, O.J. & Roth, D.L. 2006. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. <i>Neurology</i> 67(9): 1592-1599	RCT ^{b)}	Omsorgsperson og partner til hjemmeboende patienter med Alzheimers	Undersøger effekten af et bredt interventionsprogram, indeholdende individuel og familierådgivning, støttegruppe og telefonrådgivning på antallet af dage uden plejehjemsbehov	https://n.neurology.org/content/67/9/1592
Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J. & Haley, W.E. 2007. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. <i>Am J Geriatr Psychiatry</i> 15(9): 780-789.	RCT ^{b)}	Omsorgsperson og partner til hjemmeboende patienter med Alzheimers	Undersøger effekten af et bredt interventionsprogram, indeholdende individuel og familierådgivning, støttegruppe og telefonrådgivning på den pårørendes selvvaluerede helbred	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804831/
Indsatser relevante for specifikke diagnoser				
Sundhedsstyrelsen. 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 11(3)	Review	Patienter med KOL, type 2-diabetes eller en anden kronisk sygdom	Undersøger evidens for effekten af et generelt eller sygdomsspecifikt patientuddannelsesforløb på fysisk og psykisk helbredstatus, self-efficacy og sundhedsadfærd	https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/patientuddannelse---en-medicinsk-teknologivurdering
Sundhedsstyrelsen. 2018. Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande. København: Sundhedsstyrelsen.	Review	Patienter med en eller flere af 31 lidelser og risikotilstande	Undersøger evidens for effekten af fysisk træning som behandling af hver lidelse på især fysisk helbred og sundhedsadfærd	https://www.sst.dk/da/Viden/Forebyggelse/Fysisk-aktivitet/Fysisk-aktivitet-som-behandling

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved litteratursøgningen på sårbarhedsfaktoren Fysisk sundhed. Studierne opfylder de to øverste evidensniveauer fra retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase og er inkluderet i grundlaget for denne rapports anbefalinger.

Note: ^{a)} De to studier er baseret på data fra samme danske RCT-studie.

^{b)} De to studier er baseret på data fra samme ældre amerikanske RCT-studie (1987-1997).

Bilagstabel 3.2 Resultat af litteratursøgning: før-/eftermålinger uden kontrolleret eller konstrueret kontrolgruppe

Publikation	Link
Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P.U. & Hundrup, Y.A. 2008. Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home – health effects of a formulated food and meal policy. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17: 2288-2293.	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02203.x

Anm.: Tabellen indeholder studier og rapporter, der er fremkommet ved litteratursøgningen på sårbarhedsfaktoren Fysisk sundhed. Studierne er ikke inkluderet i grundlaget for denne rapports anbefalinger, men opfylder det laveste evidensniveau i retningslinjerne for inklusion i SØMs vidensdatabase.

VIVÉ