



EGENOMSORG
- et særligt perspektiv på
forebyggelse og sundhedsfremme

2006



Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme

Marlene Willemann og Mette Lolk Hanak (red.)

Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme
Temahæfte om egenomsorg

Redaktion:
Marlene Willemann og Mette Lolk Hanak

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: dokumentation, forebyggelse, egenomsorg, kronisk sygdom

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: maj 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-297-1

Format: pdf

Dette temahæfte citeres således:

Willemann, M.; Hanak, ML (red.), Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden.

Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. København: Sundhedsstyrelsen, 2006

Temahæftet indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside <http://www.sst.dk/metodekataloget>

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	5
2	Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet	7
3	Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning	9
4	Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning	12
5	Hjemmet som arena for forebyggelse	14
6	Afrunding og perspektivering	16

1 Indledning

Dette temahæfte handler om egenomsorg i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. I Danmark har egenomsorg været en fast bestanddel af den sundhedsfaglige og -politiske diskurs siden midten af 1970'erne. Begrebet er imidlertid blevet mere synligt i forbindelse med Regeringens Folkesundhedsprogram »Sund hele livet«, hvor patienters egenomsorg fremhæves som et vigtigt element i at forebygge sygdomsprogression og komplikationer i forbindelse med de otte folkesygdomme.

Tanken er, at hvis patienten bliver bedre til at udøve egenomsorg, så kan tilbagefald og genindlæggelser måske forhindres, og patienten kan opnå en bedre livskvalitet. Egenomsorg forbindes ofte med patientrettet forebyggelse, dvs. forebyggende indsatser til mennesker, der allerede er syge. Op mod en tredjedel af den danske befolkning lever med en eller flere kroniske sygdomme. Diabetes og lungesygdomme er nogle af de kroniske sygdomme som bliver hyppigere. Det voksende antal af patienter med kroniske sygdomme er med til at gøre egenomsorg til et relevant begreb for sundhedsvæsenet.

Egenomsorg er også relevant i borgerrettet forebyggelse, da god egenomsorg kan forhindre udvikling af livsstilssygdomme. Derfor er der et stort potentiale i at hjælpe borgere til at udøve god egenomsorg som fx at skabe sunde relationer og livsstilsvaner hos sig selv og i familien. Her kan sundhedsvæsenet også spille en rolle fx gennem sundhedsplejeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Hvad er egenomsorg?

At udøve egenomsorg betyder, at det enkelte individ tager bedst muligt vare på sig selv. I forhold til sundhed kan det fx være at deltage aktivt i egen behandling, søge viden, administrere medicin, måle blodsukker, være opmærksom på symptomer, have sunde livsstilsvaner, indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle eller bearbejde destruktive følelser, der fx kan opstå som følge af at være kronisk syg. Egenomsorg handler således om at inddrage patienter i behandlingen og få dem til at tage medansvar for deres sundhed.

For at give borgerne mulighed for at udøve god egenomsorg må sundhedsvæsenet være med til at give dem de nødvendige kompetencer, viden og færdigheder. Sundhedsvæsenet skal med andre ord være med til at fremme borgernes handlemuligheder i relation til sundhed og sygdom. Sundhedsvæsenet spiller en væsentlig rolle i forhold til at skabe de rammer og samarbejdsrelationer med borgerne, som gør det muligt for dem at handle hensigtsmæssigt i relation til deres sundhed og sygdom – og at udstyre borgerne med de nødvendige kompetencer og den rette viden til at udøve god egenomsorg.

At arbejde evidensbaseret med egenomsorg

En central diskussion er, hvordan sundhedsvæsenet bedst muligt kan sørge for tilbud til patienter og borgere, som kan være med til at styrke deres egenomsorg.

Den videnskabelige dokumentation for effekten af udvalgte metoder, der kan styrke individets egenomsorg, kan give nogle fingerpeg om, hvordan sundhedsvæsenet kan arbejde mere evidensbaseret med metoder til at styrke borgerens og patienternes egenomsorg.

Egenomsorg forstås i dette hæfte som et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme, der dækker over forskellige metoder til at styrke borgeres og patienters egenomsorg fx gennem patientuddannelse og -undervisning, selvhjælpsmateriale, motiverende samtaler og rådgivning. Metoder til at styrke egenomsorg gennemføres ofte i forskellige organisatoriske regi, afhængig af hvilke metoder der er tale om: hjemmet, almen praksis, patientskoler, sygehuse og kommunal hjemmepleje.

Viden- og dokumentationsenheden (VDE) har udgivet fire rapporter om egenomsorg. Den første rapport er en teoretisk udredning af begrebet. Den anden rapport handler om effekten af patientsko-

ler og gruppebaseret undervisning. Den tredje rapport ser på effekten af livsstilssamtaler i almen praksis, mens den sidste rapport viser hvilke effekter sundhedsplejeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre har – under overskriften: »Hjemmet som arena for forebyggelse«.

Formål

Dette temahæfte er en samlet afrapportering af VDEs årstema om egenomsorg. Formålet er at formidle den viden om effektive metoder til at styrke borgeres og patienters egenomsorg, som fire rapporter fra Viden- og dokumentationsenheden gennemgår. Rapporterne formidles i kort form, hvor hovedresultaterne og -pointerne gennemgås. Desuden skitseres Sundhedsstyrelsens måde at se på og arbejde med egenomsorg i diskussionen.

Tanken er, at temahæftet kan indgå som en del af beslutningsgrundlaget for, hvordan der skal arbejdes med egenomsorg i de praktiske forebyggelsesmiljøer, således at der fremover arbejdes mere systematisk og vidensbaseret med egenomsorg.

2 Egenomsorg

– en litteraturbaseret udredning af begrebet

Forfattere: Cand.scient.san. Lene Dørfler; mag.scient. ph.d. Helle Ploug Hansen, Institut for Idræt og Biomekanik, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Odense.

Titel: Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet.

Versionsdato: juni 2005.

Link til rapporten: http://www.sst.dk/publ/publ2005/cemtv/vde/egenomsorg_290605.pdf

Egenomsorg fremhæves ofte som et vigtigt element i forebyggelse af kroniske sygdomme. Mange patientskoler og rehabiliterende indsatser har fx som et af deres formål at øge patienternes egenomsorg med henblik på at forebygge yderligere udvikling af sygdommen. Egenomsorg er et begreb, der har optrådt i international litteratur siden 1955 og herhjemme siden 1977. Begrebet anvendes af en række forskellige faggrupper som sygeplejersker, tandlæger, læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Formålet med rapporten er, ved hjælp af en begrebsteoretisk gennemgang, at afklare og nuancere de betydninger, som begrebet egenomsorg tillægges i en sundhedsfaglig kontekst.

Ingen klar definition

Egenomsorg er gennem årene blevet anvendt til at beskrive betydningen af at tage vare på – og ansvar for – sig selv og sin families sundhed og velvære i relation til sundhedsfremmende, forebyggende, plejende, behandlende og rehabiliterende tiltag. Der er tale om et begreb, der hverken har en entydig eller konsistent definition, og som anvendes og forstås forskelligt i sundhedsfaglige og -politiske sammenhænge.

Det er ikke i sig selv et problem, at der eksisterer flere forskellige definitioner af egenomsorg. I forhold til fx forebyggelsesarbejde kan en mangfoldighed af definitioner imidlertid betyde, at det ikke bliver klart for de sundhedsprofessionelle, hvordan de kan støtte patienten til at udøve egenomsorg. Denne uklarhed kan medvirke til at egenomsorg forvaltes ud fra den forståelse, som den enkelte sundhedsprofessionelle tillægger begrebet, hvilket kan medføre en usystematisk tilgang til at arbejde med egenomsorg.

Egenomsorg – individuelt ansvar eller partnerskab

Rapporten viser, at egenomsorg i stigende grad anvendes i udvikling af teorier og metoder til sundhedsfremme og forebyggelse. De fleste definitioner på egenomsorg tager udgangspunkt i det enkelte menneskes evner og bevidste ønsker, og betoner, at egenomsorg er det enkelte menneskes ansvar. Helt overordnet skelnes der i litteraturen mellem flere måder at anskue egenomsorg på. Enten som noget de sundhedsprofessionelle/systemet har ansvaret for, som et ansvar der påhviler den enkelte eller som et delt ansvar mellem patient og sundhedssystem.

På den baggrund identificerer forfatterne en række forskellige perspektiver på egenomsorg. Egenomsorg handler i et behandlerperspektiv om at opnå nogle mål, der typisk handler om behandlingen. Set ud fra et patientperspektiv kan øget livskvalitet være et mål. Endelig kan partnerskabet mellem patient og behandler systemet repræsentere en tilgang, hvor de parametre, der ønskes opnået, er afstemt med den enkelte patients hverdagsliv, individuelle behov og ressourcer.

Forsker og sygeplejerske Dorothea Orem citeres ofte i forbindelse med teori om egenomsorg, idet hun forholder sig både til de sundhedsprofessionelles og det enkelte menneskes ansvar. Hun fremhæver, at når det enkelte menneske ikke er i stand til at varetage egenomsorgen, så må den sundhedsprofessionelle træde til og støtte, undervise, vejlede eller udføre de egenomsorgshandlinger, som den enkelte har behov for. Dermed er hun fortaler for et partnerskabsperspektiv på egenomsorg.

Dette partnerskabsperspektiv ligger tæt op af det egenomsorgsbegreb, som regeringens folkesundhedsprogram »Sund hele livet« anvender. I dette perspektiv skal patienten være ansvarlig for den daglige mestring af livsstilsændring, følelsesmæssige belastninger, registrering af symptomer mm. Patienten skal agere som den primære omsorgsgiver og producent af sundhed. De sundhedsprofessionelle skal så til gengæld varetage rollen som professionelle rådgivere og være med til at udvikle patientens færdigheder. Sundhedssektoren skal fremstå som organisator, give økonomisk støtte og være garant for plejens kvalitet.

Faldgruber ved egenomsorg

Kritikere af egenomsorgsbegrebet påpeger faren ved, at psykisk og socialt svage patienter ikke passer ind i et egenomsorgsbegreb, der stiller krav til patienten om aktiv handling. Man er bekymret for, at patienterne i sidste ende svigtes, hvis egenomsorgstanken fortrænger et menneskesyn, der har fokus på relationer – og i stedet udelukkende fokuserer på individets uafhængighed og selvforvaltning.

Mere forskning og klare definitioner

Rapporten konkluderer, at det er vigtigt at definere, hvad der menes med egenomsorg i den konkrete sammenhæng, hvor det bruges. Samtidig er der behov for en nærmere undersøgelse af, hvordan praktikere konkret arbejder med at styrke egenomsorg hos det enkelte menneske både som individ og som medlem af en gruppe og et samfund. Rapporten anbefaler derfor, at fremtidig anvendelse af begrebet bør indebære en klar og konsistent definition af egenomsorg, ligesom det er væsentligt at have fokus på den implicitte magtudøvelse, som egenomsorg altid vil indebære.

3 Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning

Forskningsleder, MPH Ingrid Willaing; cand.scient.san.publ. Nana Bro Folmann og bach.scient.san.publ. Anne Birgitte Gisselbæk, Københavns Amts Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Titel: Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning.

Versionsdato: august 2005.

Link til rapporten: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/CEMTV/VDE/Patientskoler.pdf>

Et stigende antal danskere lever med kroniske sygdomme som type-2-diabetes, hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), muskel- og skeletsygdomme og psykiske sygdomme. I de senere år er der kommet fokus på patientens egen rolle i sygdomsbehandlingen og i forebyggelsen af yderligere udvikling af sygdommen. Patientundervisning er en måde at styrke patienternes egen rolle i håndtering og behandling af sygdom. Diabetesskoler, rygskoler og astmaskoler har eksisteret i mange år, og har i de senere år fået følgeskab af undervisningstilbud til patienter med iskæmisk hjertesygdom, KOL og psykiske sygdomme.

Patientundervisning på seks sygdomsområder

Rapporten »Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning« ser på den forskningsbaserede viden om organisering og effekter af patientundervisning samt patientskoler. Rapporten tager udgangspunkt i undervisning på seks sygdomsområder¹:

- Type-2-diabetes
- Hjertekarsygdom
- Astma
- KOL
- Muskel- og skeletsygdom inkl. osteoporose
- Psykisk sygdom

Patientskoler er en måde at organisere undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom. De tilbyder struktureret – ofte gruppebaseret – undervisning til patienter og eventuelt pårørende, ofte umiddelbart efter at diagnosen er stillet. Patientskoler skaber et rum inden for sundhedsvæsenet, hvor et bredt spektrum af erfaringer, problemer og strategier for problemløsning, relateret til en specifik sygdom, kan udveksles mellem underviser og patient samt mellem patienter indbyrdes.

Patientskolers udvikling i Danmark

I Danmark opstod patientskolerne i 1990'erne som et led i besparelser, hvor formålet primært var at reducere indlæggelser og indlæggelsestid på sengeafdelinger. Patientskoler kan etableres i forskellige regi, fx i patientforeninger, kommunale aftenskoler og i primær sundhedssektor. I Danmark er patientskoler imidlertid oftest etableret i sygehusregi. Stort set alle patientskoler i Danmark og i resten af verden er udviklet med sigte på patienter med specifikke sygdomme, hvilket gør skolerne meget forskellige hvad angår både indhold, metode og ønsket effekt.

¹ Disse seks sygdomsområder er valgt, fordi de er højt prioriteret i regeringens sundhedsprogram »Sund hele livet«.

Udgangspunktet for patientskolerne har oprindeligt været medicinsk orienteret undervisning. Men gennem årene er der kommet flere psykosociale elementer ind i undervisningen. Patientundervisning betragtes ikke længere blot som et appendiks til den medicinske behandling, men som en selvstændig, nødvendig intervention. Desuden er der sket et skift i ideologien bag patientskoler: viden er en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig komponent for adfærdsændring. I dag anvendes i undervisningen således ofte en kombination af medicinske og psykosociale elementer – og undervisningen lægger vægt på patientens ansvar for at håndtere sin sygdom. Den grundlæggende forståelse af patientundervisning er, at den kan stimulere patienterne til at udøve egenomsorg.

Effekter af patientskoler inden for de seks sygdomsområder

Den eksisterende forskningsbaserede litteratur om patientskoler er meget ufuldstændig – både hvad angår metoder og effekter. Det er imidlertid muligt at dokumentere følgende effekter af patientskoler:

- På *vidensniveauet* ses generelt en positiv effekt af undervisning inden for de seks sygdomsområder. Der er dog enighed om, at øget viden alene ikke nødvendigvis fører til adfærdsændringer.
- I forhold til *handlekompetence/compliance* ses en forbedring ved undervisning af patienter med diabetes og KOL, mens der ikke entydigt ses forbedret handlekompetence efter undervisning på de fire andre sygdomsområder.
- I relation til *psykosociale* mål som angst, livskvalitet og depression er der ingen entydig effekt for nogen af de seks sygdomsområder.
- Der ses positiv effekt på *fysiologiske* mål som glykæmisk kontrol ved diabetes, blodtryk, blodets kolesterolniveau, dødelighed og sygelighed ved hjertekarsygdom, lungefunktion ved astma, smerter og funktionsniveau ved muskel- og skeletsygdom. Disse effekter er dog som oftest kortvarige. Det skal bemærkes, at der ikke ses en entydig effekt på fysiologiske mål ved KOL eller psykisk sygdom.
- *Forbruget af sundhedsydelser* påvirkes positivt ved astma og gigt, men litteraturen er meget sparsom på alle de nævnte sygdomsområder.

Der er formentlig et potentiale i gruppebaseret patientundervisning, som i de studier, der har størst effekt, ser ud til at kunne bidrage til øget egenomsorg og en bedre hverdag for patienter med kronisk sygdom. Der er generelt enighed om, at patientundervisning bør være en naturlig del af tilbuddet til patienter med kronisk sygdom.

Tilrettelæggelse af patientskoler og gruppebaseret patientundervisning

På trods af den sparsomme viden om organisering og effekter af patientskoler, giver rapporten nogle fingerpeg om, hvordan man kan tilrettelægge patientskoler og gruppebaseret patientundervisning.

- Gruppebaserede interventioner synes at være de mest oplagte, idet der ofte ikke er ressourcer til systematiske individuelle tilbud med et indhold svarende til et forløb i en patientskole. Der er flest erfaringer med ensartede målgrupper, dvs. patienter med samme sygdom og i cirka samme fase af sygdommen².
- Interaktive undervisningsmetoder er tilsyneladende mere effektive end undervisning, der udelukkende formidler viden. Det er formentlig optimalt at anvende en kombination af metoder, hvori der indgår formidling af viden om sygdom og behandling, træning i praktiske færdigheder samt interaktiv undervisning med patientinvolvering.
- Komponenter til optimering af patientens evne til problemløsning og mestring kan formentlig og med fordel indlemmes i undervisningen:
 - Patienten skal kunne pleje og behandle sig selv med de sundhedsprofessionelle som vejledere.
 - Patienten skal kunne håndtere psykologiske og sociale dimensioner af tilværelsen med kronisk sygdom.

2 På baggrund af den gennemgæede litteratur er det imidlertid ikke muligt at konkludere, hvorvidt gruppebaseret eller individuel patientundervisning er mest effektiv og/eller omkostningseffektiv.

- Typiske elementer i undervisningen af patienter er:
 - formidling af viden om sygdom, behandling og forebyggelse
 - fysisk træning
 - praktisk træning i selvmonitorering (fx måling af blodsukker eller peakflow)
 - udarbejdelse af handleplaner
 - træning i sociale kompetencer
 - gruppebaseret støtte.
- Evaluering af patientskoler:
 - Undervisningen bør løbende evalueres mht. gennemførlighed og effekt.
 - Eksplicit formulering af formålet med undervisning for at kunne fastlægge relevante effektmål.
 - Effektmålene skal være velovervejede og relevante på tidspunktet for måling.

Der er ikke nok dokumentation til at give anbefalinger om varighed, arena eller forløb af undervisningen. Ligeledes er der ikke tilstrækkelig dokumentation til at give anbefalinger om hvilke kompetencer underviseren skal have – eller anbefalinger om specifikke instrumenter til måling af effekt og evaluering af undervisningsforløb.

4 Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning

Forfattere: Kultursociolog, fil.dr. Thorkil Thorsen og BA cur., stud.scient.soc. Rikke Dalsted, SYNTHESE.

Titel: Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning. En litteraturgennemgang.

Versionsdato: december 2005.

Link til rapporten:

http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/VDE/Raadgivning_almen_praksis.pdf

Den alment praktiserende læge har løbende kontakt med de fleste af sine voksne patienter. Det giver lægen god mulighed for at tale om livsstilsændringer med sine patienter. Gennem rådgivning om alkohol, tobak, kost og motion kan den praktiserende læge medvirke til, at patienterne får viden om livsstilens betydning for helbredet og bliver motiveret til at ændre adfærd i en sundere retning.

I rapporten »Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion, rygning« ser forfatterne på den eksisterende forskningsbaserede viden om livsstilsrådgivning i almen praksis. Rapporten bidrager med overvejelser om, hvilken rolle almen praksis fremover kan spille i forebyggelsen af kroniske sygdomme.

Forskel på rådgivningen

Det er vigtigt at overveje, hvordan de forskellige livsstilsområder skal gribes forskelligt an. Den kostrådgivning rapporten ser på gives typisk i forbindelse med hjerte-karproblemer og kan derfor betragtes som sekundær forebyggelse/behandling. Når det handler om rygning taler lægen ofte med patienten, uden at det nødvendigvis har relation til en specifik sygdom. Der er derfor ofte tale om primær forebyggelse. Rådene til storforbrugeren af alkohol er typisk at drikke mindre, mens det entydige råd til rygeren er: hold helt op. Det er ikke nødvendigvis sådan at tiltag, samtalemetoder og anledninger, som dokumenteres virkningsfulde på ét af livsstilsområderne, automatisk vil være det på de andre. Dertil er det vigtigt at gøre sig klart, at der er forskel på primærforebyggende og sekundærforebyggende rådgivning.

Motivationssamtalen

Motivationssamtalen kan beskrives som en patientcentreret samtalestil og nogle strategier, som hjælper patienten med sine overvejelser om eventuel adfærdsændring. Lægen undgår at være autoritær, paternalistisk og moraliserende, og kommunikationen med patienten foregår i stedet for på mere lige fod som mellem to partnere. Samtalen er mere præget af støtte end af overtalelse og argumentation. Der foregår en informationsudveksling, hvor lægen ikke er belærende eller pådutter patienten bestemte forslag, men udforsker og bringer patientens viden og opfattelser frem under samtalen samt søger at fremkalde patientens motivation. Ansvar for ændring ligger ikke hos lægen, men hos patienten; der er med andre ord respekt for patientens autonomi. Hvis motivationssamtalen gennemføres dygtigt, er det patienten snarere end lægen som fremsætter argumenter for at ændre adfærd.

Ingen klare svar

Rapporten giver ingen klare svar på, om rådgivning i almen praksis er effektiv i forhold til at motivere patienterne til at leve sundere. Hovedkonklusionen er, at livsstilsrådgivning i almen praksis

kan påvirke patienternes livsstil i en sundere retning. Men ikke alle patienter ændrer livsstil som følge af rådgivningen, og ændringerne er i mange tilfælde minimale. Litteraturen kan ikke pege på bestemte interventionsformer eller -elementer som særligt effektive. Men der er en tendens til, at jo længere og mere intensiv rådgivningen er, og jo flere elementer, som fx skriftligt materiale eller opfølgende konsultationer, den indeholder, jo større er sandsynligheden for en effekt.

Anledningen til rådgivningen

Det meste af den eksisterende forskning om rådgivning i almen praksis handler om screeningsbaseret rådgivning. Det vil sige, at de patienter der modtager rådgivning på forhånd er screenet positive på relevante risikofaktorer, fx gennem en spørgeskemaundersøgelse. Til gengæld er der kun få studier, der har beskæftiget sig med rådgivning, hvor lægen tager udgangspunkt i det aktuelle problem eller den sygdom, som patienten kommer med. Det kan fx være en patient, der henvender sig med bronkitis, og hvor lægen bruger anledningen til at rådgive om rygningens skadelige virkning og muligheden for rygestop. Noget tyder på, at *henvendelsesårsagsrelateret* rådgivning kan have større effekt, end rådgivning der gives uden egentlig anledning eller som led i en screeningsundersøgelse.

Brug for mere viden

Rapporten påpeger behovet for mere viden. Særligt peges på behovet for udviklingsarbejde, hvor man på forsøgsbasis afprøver, evaluerer og justerer forskellige metoder og modeller for livsstilsrådgivning. I en sådan udviklings- og afprøvningsfase bør kvantitative effektberegninger suppleres med procesevalueringer og kvalitative undersøgelser af lægernes erfaringer og muligheder, ligesom patientperspektivet og læge-patient forholdet er vigtigt at inddrage.

5 Hjemmet som arena for forebyggelse

Forfattere: Cand.scient.soc. Pia Elena Henriksen og lektor, overlæge, dr.med. Carsten Henriksen, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Titel: Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempel.

Versionsdato: december 2005.

Link til rapporten: http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/dokumentation/metodekataloget/hjemmet_som_arena_160106.pdf

Flere af social- og sundhedsvæsenets indsatser foregår ved besøg i borgernes hjem. I forbindelse med bestemte sygdomme kan den praktiserende læge, hjemmeplejen og distriktpsychiatrien behandle borgeren derhjemme. Men indsatsen kan også være forebyggende. I rapporten »Hjemmet som arena for forebyggelse« gennemgår forfatterne forskningslitteratur om effekterne af to konkrete forebyggelsesindsatser som foregår i hjemmet: sundhedsplejerskers besøg hos børnefamilier og de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

Hjemmebesøg som metode

Hjemmebesøg som forebyggelsesmetode er et paraplybegreb, som dækker over forskellige tilbud til borgerne om at modtage professionel sundhedsfaglig rådgivning og vejledning i hjemmet. Der kan være flere fordele ved at møde borgeren i eget hjem. Borgeren føler sig mere tryk i vante omgivelser, og det kan være lettere for den sundhedsprofessionelle at vurdere borgerens trivsel, samlede funktionsevne og praktiske problemer i hverdagen. Hjemmebesøgene er altid et tilbud, som det er frivilligt at tage imod.

Formålet med hjemmebesøg kan være direkte relateret til et aktuelt sundhedsproblem eller være af mere generel karakter. Ved en *målrettet* sygdomsspecifik indsats som fx sårpleje er faglig viden fra en læge eller sundhedsplejerske nødvendig. Samtidig kan de rådgive og vejlede om patientens egen indsats, og om de sociale og psykiske aspekter ved patientens aktuelle helbredstilstand.

Den mere *generelle* forebyggelse har fokus på borgerens samlede livssituation. Den professionelle vurderer i samarbejde med borgeren, hvordan personen eller familien klarer sin dagligdag, og om der er tilbud i det offentlige regi, der kan støtte/hjælpe, fx mødregrupper, aktivitetscentre, hjælpemidler eller andre tilbud. Den professionelle kan, med udgangspunkt i en vurdering af borgeren eller familiens liv og helbred, give anbefalinger til, hvordan borgeren og familien kan arbejde med at forbedre deres liv og sundhed – herunder aftale hvordan der skal følges op på indsatsen.

Sundhedsplejerskebesøg til børnefamilier

Sundhedsplejerskeordningen blev indført i Danmark i 1937 og var en reaktion på, at børnetallet var faldende samtidig med, at børnedødeligheden var meget høj. De første strukturerede hjemmebesøg af sundhedsplejersker var, og er fortsat, rettet mod at sikre børn en sund opvækst og skabe forudsætninger for en sund voksentilværelse. Sundhedsplejersken tager udgangspunkt i familiens og barnets ressourcer, understøtter dem og medvirker til at udvikle familiens evne til selv at mestre udfordringer og vanskeligheder.

Der er dokumentation for, at sundhedsplejerskebesøg kan forbedre forældreviden, føre til positive ændringer i kvaliteten af børnenes omgivelser og reducere frekvensen af uheld og ulykker i hjemmet.

Ligeledes kan hjemmebesøg forbedre forskellige adfærdsmønstre hos børn som fx sovemønster og intellektuel udvikling. Det gælder især hos børn i risikogrupper. Der er også dokumentation for, at sundhedsplejerskers hjemmebesøg har en positiv effekt på tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner, ligesom den sociale støtte til mødre forbedres. Endelig fører hjemmebesøgene til, at flere mødre vælger at amme.

Hjemmebesøg til ældre

Med den øgede viden om mulighederne for at forebygge helbredsproblemer og funktionsevnetab hos mennesker i høj alder, har der på ældreområdet været flere initiativer til forebyggende indsats. Allerede i 1950'erne diskuterede Lægeforeningen behov for initiativer, men først i 1980'erne kom forebyggende hjemmebesøg på dagsordenen. Intentionen var, og er fortsat, at skabe tryghed og trivsel gennem kommunikation mellem borger og besøger samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder. Hjemmebesøgene skal hjælpe ældre mennesker til bedre at udnytte egne ressourcer samt at bevare funktionsevne længst muligt. Forebyggende hjemmebesøg til ældre bredte sig langsomt til en lang række kommuner. I 1987 blev det påbudt ved lov, at alle over 80 år – og fra 1998 alle over 75 år – skal tilbydes to årlige besøg af kommunen. Formålet med besøget er at vurdere den ældres aktuelle livssituation uden at fokusere på et bestemt symptom/problem eller en bestemt sygdom. Besøget skal afdække eventuelle behov for at iværksætte sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger.

Der er dokumentation for, at forebyggende hjemmebesøg kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem blandt nogle ældre. Hjemmebesøg som bygger på en flerstrengt indsats med opfølgning kan også reducere funktionsevnetab. Generelt har de forebyggende hjemmebesøg størst effekt, hvis interventionen er baseret på en flerstrengt geriatrik indsats med flere opfølgende besøg.

Egenomsorg og besøg i hjemmet

Den eksisterende forskningslitteratur kan ikke sige noget om, hvorvidt hjemmebesøg kan øge den enkeltes egenomsorg. Men det er sandsynligt, at en god besøgspraksis med fokus på borgerens ønsker og behov, kan påvirke bevidstheden om egne sundhedsvaner. Den professionelle bør være åben og fleksibel overfor indholdet af besøget og være parat til at skifte fokus, hvis borgeren gennem samtalen giver udtryk for andre behov. Det er også vigtigt at kunne afdække ressourcer og ikke kun fokusere på svagheder og 'fejl'.

6 Afrunding og perspektivering

Som det er fremgået er egenomsorg ikke i sig selv en metode, men et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. Dette perspektiv varierer afhængig af, om der er tale om en syg patient – og hvilken sygdom der er tale om – eller en rask borger. Begrebet forsøger at sammentænke struktur (sundhedsvæsenet) og individ, idet egenomsorg – som det defineres i Danmark – indebærer, at sundhedsvæsenet har et ansvar for at skabe rammer og muligheder for, at borgerne selv kan gøre en indsats for at leve sundt.

Ved at arbejde med egenomsorg bliver det tydeligt, at der er andre ting end blot de medicinske elementer på spil, når det handler om sundhed og sygdom. Egenomsorgsarbejdet fokuserer også på psykologiske og sociale elementer i individets liv. Man kan sige, at egenomsorgsbegrebet gør det muligt at tænke hele vejen rundt om patienten – og dermed inkluderer både de medicinske aspekter, levevilkår, psykologiske og sociale elementer.

Metoder til styrkelse af egenomsorg

De fleste forebyggelsesindsatser kan siges at have til formål at styrke patientens eller borgerens egenomsorg. I dette temahæfte har fokus været på tre udvalgte forebyggelsesmetoder, der har til formål at styrke egenomsorgen blandt forskellige befolkningsgrupper. Der er tale om livsstilssamtaler i almen praksis, patientskoler- og undervisning samt hjemmebesøg hos hhv. børnefamilier og ældre.

Boks 1. Hvordan kan man styrke egenomsorg?

Arbejdet med egenomsorg handler overordnet om at styrke patientens/borgerens evne til at leve sundt. Dette mål kan nås ved at sikre, at patienten/borgeren har:

- tilstrækkelig viden om egen sygdom, behandling og følgevirkninger
- viden om og tillid til egne ressourcer
- viden om egne psykiske reaktioner under belastning
- vilje og evne til at bevare eller genvinde overblik og kontrol over situationer
- færdigheder til at indgå i samarbejdet med sundhedspersonalet
- tillid til sundhedspersonalet

Sundhedsstyrelsens arbejde med egenomsorg

Sundhedsstyrelsen arbejder med begrebet egenomsorg i forhold til kroniske sygdomme; herunder muskel- og skeletsygdomme, sundhedspleje, lungesygdomme og kræftpatienter (kræftplanen). I det øjeblik en sygdom udløses af borgerens livsstil, kan sygdommen ikke kun håndteres gennem medicinsk behandling – borgeren er også nødt til at ændre livsstil, hvis sygdommen skal holdes i ave eller håndteres bedst muligt. Tanken bagved Sundhedsstyrelsens måde at arbejde med egenomsorg er, at man kun kan ændre livsstil, hvis man har en form for egenomsorg.

Overordnet arbejder Sundhedsstyrelsen med en forståelse af egenomsorg, som fokuserer på hvordan den enkelte forholder sig til sin sygdom, og om den enkelte har kapacitet til både at mestre sygdommens symptomer og følger samt behandlingen og dens konsekvenser.

I forhold til borgerrettet forebyggelse, som den praktiseres i fx sundhedsplejen, arbejder Sundhedsstyrelsen med en bredere definition af egenomsorg, hvor der lægges vægt på den enkeltes evne til at klare eller håndtere sit liv med de betingelser, der nu engang er. For eksempel arbejder sundhedsplejersker med at understøtte børnefamilier i at mestre deres liv. Handlekompetence er her tæt forbundet med egenomsorg. Sundhedsvæsenet kan ikke forandre folks liv, men det kan støtte dem til at turde komme i gang med en forandringsproces selv, og se de muligheder de har for bedre at håndtere deres liv.

I relation til patientrettet forebyggelse handler egenomsorg om at gøre patienten i stand til at gå aktivt ind i behandlingen, fx i form af at monitorere sin sygdom og agere hensigtsmæssigt på den.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der findes forskellige typer af egenomsorg afhængigt af de levevilkår den enkelte har. Alle er i stand til at udøve egenomsorg, men der er nogen, som skal have mere støtte end andre til at kunne gøre det.

Boks 2. Eksempler på hvordan Sundhedsstyrelsen arbejder med egenomsorg

- På patientskoler – baseret på et struktureret program – lærer patienter med *kroniske sygdomme* af hinanden, hvordan man kan leve med sygdommen.

Link til publikationen »Guide til – Lær at leve med kronisk sygdom«:

http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/guide_krsygd/guide_87767652017_nov05.pdf

Link til publikationen »Patientuddannelsesprogrammet. Lær at leve med kronisk sygdom«:

http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/laeratleve_krsygd/ptuddprog_levmed_rap9nov05.pdf

- I forbindelse med egenomsorg ved *kroniske sygdomme*, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række anbefalinger. Heriblandt hvordan sundhedsvæsenet kan arbejde systematisk med at styrke egenomsorgsområdet, især patienters evne til at håndtere deres egen sygdomssituation. Dertil hvordan sundhedsvæsenet kan udnytte de muligheder, der bliver for i højere grad at få den enkelte til at gå aktivt ind og monitorere sit eget sygdomsforløb.

Link til publikationen »Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund«:

http://www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Kronikere/Kronisk_sygdom_patient_sundhedsvaesen_samfund.pdf

- På *astmaområdet* er der blevet sendt materiale ud til de praktiserende læger, som de kan bruge til at lære deres patienter at styre deres egen astmabehandling, fx ved at give patienten mulighed for selv at monitorere sin sygdom og selv starte behandlinger op.

Link til publikationen »Astma – fakta og forebyggelse«:

<http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/Astma/Astma.pdf>

- Der er ved at blive udarbejdet materiale, som skal bruges i vejledning af pakistanske kvinder med *type-2-diabetes*. Det beskriver, hvad det er for en sygdom, hvad du kan gøre for at passe dig selv og er et hjælpeværktøj til de professionelle, der skal sidde og have samtale med diabetikerne.

- På *KOL-området* udarbejdes en pjece med anbefalinger til patienterne, om hvad de kan gøre ved deres sygdom og hvilke rettigheder de har.

Egenomsorg som et partnerskab

Egenomsorg handler både om, hvad den enkelte kan gøre for sin sundhed – og hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at fremme den enkeltes handlemuligheder i forhold til sundhed og sygdom. Det er vigtigt, at man er konkret omkring, hvad der kan styrke patienternes kontrol over lige præcis den situation de befinder sig i – og deres mulighed for at spille sammen med sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet har en vigtig rolle i forhold til at understøtte den enkelte i at udøve egenomsorg. Der er så meget viden om sundhed og sygdom tilgængeligt, som gør det vanskeligt for den almindelige borger at vide, hvordan han/hun skal agere. Det er sundhedsvæsenets opgave at forklare, hvilke konsekvenser de forskellige livsstilsvaner og behandlinger har. Sundhedsvæsenet skal hjælpe borgerne med at navigere i den eksisterende viden samtidig med, at det skal opstille forventninger til pa-

tienterne om, at de godt kan klare at ændre livsstil. Egenomsorg er således noget både den enkelte og sundhedsvæsenet har ansvar for. Det er i partnerskabet mellem individ og sundhedsvæsen, at de bedste muligheder for at udøve egenomsorg skabes.

Sundhedsstyrelsens rolle i egenomsorgsarbejdet er bl.a. at forsøge at få sundhedsvæsenet til i højere grad at indgå i et aktivt samspil med patienterne for at understøtte deres evne til at leve deres liv sundt og håndtere deres sygdomme på en hensigtsmæssig måde. Det er derfor vigtigt at vide, hvad man helt konkret taler om, når man arbejder med egenomsorg i en folkesundhedsoptik. Man ved, at nogle sygdomsmønstre betinges af bl.a. rygning, forkert ernæring og for lavt fysisk aktivitetsniveau. Det er nødvendigt at sige tingene ligeud og gøre det klart, at nogle valg er mere sunde end andre, ligesom egenomsorgsbegrebet bliver nødt til at være relativt firkantet og forståeligt, så begrebet er håndterligt. Sundhedsvæsenet er altså nødt til at være tydelige omkring, hvad der er god og dårlig egenomsorg. Men når folk kommer med lungekræft, så skal de mødes med hjælp, forståelse og opbakning og ikke fordømmelse eller en holdning om, at det er din egen skyld.

Egenomsorg som styring

Egenomsorg er imidlertid ikke et værdineutralt begreb, idet man i en sundhedsmæssig sammenhæng definerer, hvad der er god og dårlig egenomsorg. Når sundhedsvæsenet opfordrer til og understøtter borgerne i at udøve god egenomsorg, er der tale om en form for styring eller opdragelse, fordi man stiller sig op og definerer, hvad der er rigtigt og forkert. Derved gør man sig klogere end andre.

Egenomsorg har således et styrings- eller magtaspekt indlejret, idet sundhedsvæsenets forebyggelsesindsatser overordnet set handler om at få borgerne til selv at vælge at leve sundere – eller at styre dem til at styre sig selv. Det er vigtigt at være bevidst om dette styringsaspekt. Sundhedsvæsenet må erkende egenomsorgsbegrebets moralske og værdiladede karakter ved eksplicit at lægge kortene på bordet og vedkende sig, at vi vælger at definere god egenomsorg sådan her, fordi vi har en viden om, at det er det rigtige at gøre i forhold til sundhed.

Egenomsorg og social ulighed

Når man arbejder med egenomsorg er det vigtigt at være opmærksom på social ulighed i sundhed. Alle har ikke lige gode forudsætninger for at udøve god egenomsorg. Derfor er det vigtigt at huske, at der også er et levevilkårsaspekt forbundet med egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at man er i stand til varetage omsorgen for sig selv på en ordentlig måde.

Mange mennesker er i stand til at udøve god egenomsorg, også når de bliver syge. Mens andre – især dårligt socialt stillede – har sværere ved at håndtere deres sygdom. I England arbejder sundhedsvæsenet med 'case managers', som skal støtte den lille gruppe af befolkningen, der har et stort forbrug af sundhedsydelser og som er meget syge.

Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at nå dem, der har det sværest ved at udøve egenomsorg og ikke kun engagere sig i de patienter, der samarbejder og som efterlever budskaberne. Det er derfor vigtigt at huske på behovet for at differentiere egenomsorgsindsatsen. Et bevidst og socialt differentieret fokus på egenomsorg kan også frigøre ressourcer, hvis de patienter, som har kapacitet til selv at gøre noget, måske kan klare sig med en lille smule støtte. På den måde kan man få lidt flere ressourcer til dem, der har brug for en mere massiv støtte.