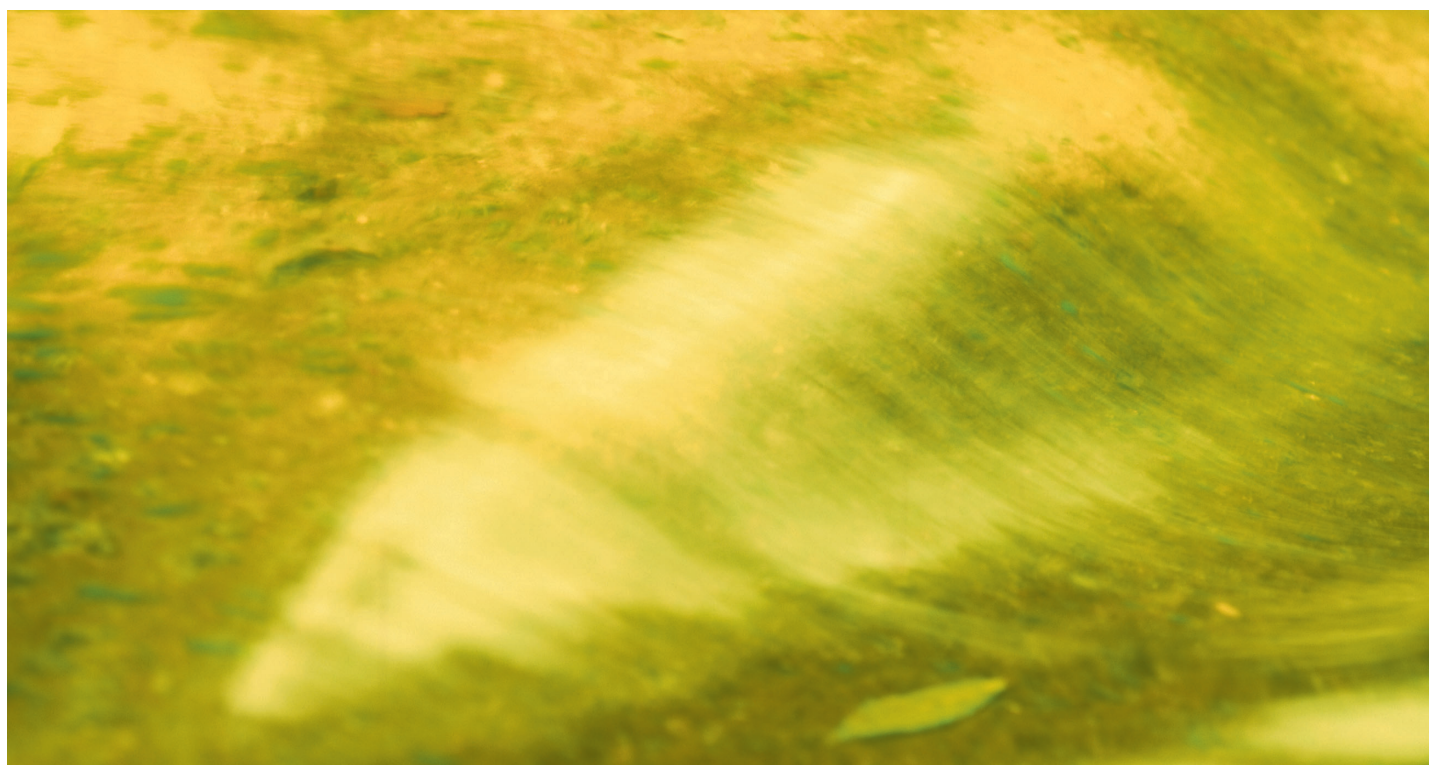


HJEMMET SOM ARENA FOR FOREBYGGELSE

– med sundhedsplejerskeordningen og
forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler

2006



Hjemmet som arena for forebyggelse

– med sundhedsplejerskeordningen og
forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler

Pia Elena Henriksen og Carsten Hendriksen

Udarbejdet af: Cand. Scient. Soc. Pia Elena Henriksen og Lektor Overlæge dr.med Carsten Hendriksen, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: dokumentation, forebyggelse, livsstil, rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: december 2005

Elektronisk ISBN: 87-7676-255-6

Format: pdf

Denne rapport citeres således:
Henriksen, PE; Hendriksen, C
Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler
København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces.

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

Forord

I de senere år er der kommet fokus på forebyggelse af kroniske sygdomme. Flere og flere danskere lever med kronisk sygdom som type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, iskæmisk hjertesygdom og muskel – og skeletsygdomme. Mange af de kroniske sygdomme kan forebygges med en sund livsstil, og for de mennesker der er blevet syge kan en sund livsstil i mange tilfælde være med til at forebygge yderligere udvikling af sygdommene. Det stigende antal kronisk syge danskere gør det relevant at fokusere på, hvordan forebyggelse og sundhedsfremme kan foregå udenfor sundhedsvæsenet.

Hjemmebesøg er et paraplybegreb, der dækker over forskellige tilbud til borgerne om at modtage professionel rådgivning om sundhed i hjemmet. Der er flere fordele ved at møde borgeren i eget hjem. Borgeren føler sig mere tryk i vante omgivelser, og det er lettere for den sundhedsprofessionelle at vurdere borgerens sundhed, trivsel, samlede funktionsevne og praktiske problemer i hverdagen.

Formålet med rapporten er at give overblik over den eksisterende forskningsbaserede viden om effekter af hjemmebesøg til forebyggelse. I rapporten ser forfatterne på to konkrete typer af hjemmebesøg: sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Rapporten viser, at sundhedsplejerskers besøg hos småbørnsfamilier er effektive i forhold til en række effektmål som fx reduktion af ulykker i hjemmet, forbedring af barnets intellektuelle udvikling og øget frekvens af mødre, der vælger at amme. Desuden viser rapporten, at forebyggende hjemmebesøg til ældre kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem blandt nogle ældre. Hjemmebesøg, som bygger på en flerstrengt indsats og som følges op, kan også reducere funktionsevnetab blandt visse grupper af ældre.

Rapporten er en af i alt fire rapporter fra Viden- og dokumentationsenheden, der beskriver forskellige aspekter af egenomsorg. Den første rapport beskriver egenomsorg som begreb i relation til forebyggelse og sundhedsfremme. De øvrige rapporter beskriver effekten af metoder, der kan bruges til at fremme egenomsorg. Foruden denne rapport om hjemmebesøg er der udgivet en rapport om patientundervisning og en om rådgivning i almen praksis. Rapporterne er publiceret elektronisk i Metodekataloget (www.sst.dk/metodekataloget).

Egenomsorgsprojektet er en del af Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt.

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	6
2	Baggrund	7
2.1	Et kort historisk rids	7
2.2	Hjemmebesøg som metode	7
2.3	Teoretisk forståelse af hjemmebesøg som forebyggelsesstrategi	8
2.4	Eksempler på forebyggelse og behandling i hjemmet i Danmark	10
2.5	Metode og litteratursøgning	11
3	Sundhedsplejerskeordningen for børnefamilier	13
3.1	Indholdet af ordningen	13
3.2	Organisering af ordningen i Danmark	13
3.3	Dokumentation for metodens effekt og vurdering af dokumentationen	14
4	Forebyggende hjemmebesøg for ældre	17
4.1	Den danske ordning	17
4.2	Organisering i Danmark	17
4.3	Dokumentation for metodens effekt og vurdering af dokumentationen	17
5	Etiske overvejelser	20
5.1	Barrierer for at bruge hjemmet som arena	21
5.2	Sidegevinster ved at bruge hjemmet som arena for forebyggelse	21
6	Konklusion og perspektivering	22
7	Litteratur	24
	Bilag 1: Oversigt over artikler om forebyggende besøg i hjemmet til børn og forældre	26
	Bilag 2: Oversigt over artikler om forebyggende hjemmebesøg til ældre	28

1 Introduktion

Flere af social- og sundhedsvæsenets indsatser foregår ved besøg i borgernes hjem. Indsatsen kan såvel omhandle primær forebyggelse som det kendes fra sundhedsplejerskernes besøg hos børnefamilier og forebyggende hjemmebesøg til ældre, som behandling, rehabilitering og pleje, som det fx kendes fra distriktpsychiatrien, hjemmeplejen, de praktiserende lægers hjemmebesøg ved sygdom og rehabilitering ved kroniske sygdomme.

Formålet med denne rapport er at formidle den viden, der findes om effekten af brugen af hjemmet som arena i forhold til *primær forebyggelse*, eksemplificeret ved to metoder nemlig sundhedsplejerskeordningen og de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Med det forventede større antal mennesker, der kommer til at leve længere med kroniske sygdomme (1) er der også kommet øget fokus på hjemmet som arena for *behandling og rehabilitering*. Her vil erfaringer fra sundhedsplejerskeordningen og de forebyggende hjemmebesøg til ældre fx ved tilrettelæggelse og organisering af indsatsen og de etiske aspekter ved at være i borgerens/patientens hjem kunne benyttes. Hvor det er relevant, vil den fundne viden derfor blive relateret til indsatsen i hjemmet i bred betydning.

Læsevejledning

Rapporten indledes med en beskrivelse af baggrunden for brugen af hjemmet som arena for forebyggelse herunder et kort historisk rids, beskrivelse af metoden og begreber inden for feltet, afgrænsning af rapportens indhold og en teoretisk gennemgang af forståelse af hjemmebesøg som metode. Derefter følger en gennemgang af den foreliggende evidens for effekten af forebyggende sundhedsplejerskebesøg til børnefamilier og forebyggende hjemmebesøg til ældre. De studier, der er inkluderet i afsnittene om effekter af ordningerne er præsenteret i tabelform i appendiks 1. Herefter følger et kapitel om etiske overvejelser i forhold til at bruge hjemmet som arena for forebyggelse, og rapporten afsluttes med en konklusion og perspektivering.

Alle begreber der er anvendt i denne rapport støtter sig til Sundhedsstyrelsens terminologi for forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (2).

2 Baggrund

2.1 Et kort historisk rids

Forebyggelse og sundhedsfremme med hjemmet som arena har været anvendt inden for mange forskellige befolknings- og patient grupper. I forbindelse med behandling af patienter har læger gennem århundreder udført arbejde til patienter i hjemmet, ligesom sogneres hjemmesygeplejersker ydede hjælp og pleje til syge og ældre mennesker.

Sundhedsplejerskeordningen

I sundhedsplejelitteraturen både i ind – og udland beskrives hjemmebesøg som metode allerede i slutningen af 1800'tallet. I England, Manchester, blev der i 1867 etableret et »The service house to house surveillance« af The Ladies Sanitary Reform Association i Salford. Det var respektable, arbejdende kvinder, der gik fra dør til dør og tilbød undervisning og praktisk hjælp i sundheds- og helbredsspørgsmål til den mindre bemidlede underklasse (3). I Amerika dateres hjemmebesøg (Charity Organization Society) til familier med børn tilbage til 1880'erne (4). Disse meget tidlige hjemmebesøgsordninger er grundlaget for den model, der er vidt udbredt i moderne hjemmebesøgspraksis som findes i mange lande, inklusiv Danmark.

Sundhedsplejerskeordningen indførtes i Danmark i 1937 og var en reaktion på, at børnetallet var faldet til det halve over tredive år, samtidig med at børnedødelighed var meget høj. Man forudså at befolkningstallet ville falde og frygtede, at dette ville skade den danske økonomi. Da staten ikke mente, at det var muligt at få kvinderne til at føde flere børn, så de det som en udfordring at styrke børnenes helbredet (5). De første strukturerede hjemmebesøg af sundhedsplejersker var og er fortsat rettet mod at forebygge sygdomme hos børnene.

Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker

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 dermed hjælpe ældre mennesker til bedre at udnytte egne ressourcer samt bevare funktionsevne længst muligt (6). 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. I 2005 blev loven revideret (7), således at kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere fra ordningen som modtager både personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service.

2.2 Hjemmebesøg som metode

Hjemmebesøg som forebyggelsesmetode er et paraplybegreb, der dækker over forskellige tilbud til borgerne om at modtage råd og vejledning, og hvor der ikke nødvendigvis foregår direkte intervention eller behandling i forbindelse med besøget. Det specifikke formål med besøget hos den enkelte er ikke bestemt på forhånd, men fokus bestemmes af borgerens eller familiens behov. Hjemmebesøgene er altid et tilbud, som det er frivilligt at tage imod eller afvise.

Der er flere fordele ved at møde borgeren i eget hjem. Borgeren føler sig tryk ved én til én kontakt i vante omgivelser og skal ikke tænke på at arrangere transport. Ved at opleve borgeren i eget hjem er det lettere for besøgeren at vurdere trivsel og den samlede funktionsevne og få inddraget praktiske problemer i hverdagen (4).

Formålene med besøgene kan være direkte relateret til et aktuelt sundhedsproblem (*målrettet*) eller være af mere generel karakter. For den sygdomsspecifikke indsats kan der være tale om fysisk pleje og rådgivning, som fx ved sårpleje, hvor faglig viden fra en læge eller sygeplejerske er påkrævet samtidig med at disse personer kan yde råd og vejledning om, hvordan de kan klare en lang række af andre begrænsninger i hverdagen. Derudover kan det dreje sig om forskellige sociale og psykiske aspekter ved patientens aktuelle helbredstilstand, som den professionelle kan være med til at rådgive om.

Den mere *generelle* forebyggelse, hvor borgeren indvilger i at modtage en professionel forebygger i hjemmet har fokus på borgerens samlede livssituation. Den professionelle vurderer i samarbejde med borgeren, hvordan personen/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 tilbyder forebyggende vurderinger af borgeren/familiens liv og helbred, foreslår anbefalinger til, hvordan borgeren/familien kommer videre i sit liv/får det bedre og planlægger sammen med borgeren, hvordan der skal følges op på indsatsen. Det er specielt de sidstnævnte besøg som denne rapport omhandler.

Det er en fortløbende diskussion om fordele og ulemper ved en *generel* versus en *måltrettet* indsats – ikke mindst set i et ressourcemæssigt perspektiv (3). Hvis man med en måltrettet indsats kan nå dem, der har behov for det, kan man spare udgifterne til dem, der klarer sig selv. Kritikken af den generelle hjemmebesøgspraksis har været, at man bruger for mange ressourcer på borgere, der reelt ikke har behov for forebyggende besøg i hjemmet og ikke på dem, der virkelig har behovet. Ligeledes kritiseres den generelle indsats for at være utilstrækkelig mht. tid og indhold i forhold til den almindelige befolkning. Modsat er kritikken af den måltrettede indsats, at man aldrig kan analysere sig frem til, hvem der er mest udsatte og har den højeste risiko for bestemte sygdomme. Mennesker er ikke enten syge eller ikke syge. Risiko for sygdom er et kontinuum i det enkeltes menneskes liv, og uden den generelle besøgspraksis mister man muligheden for at identificere dem, hvor den forebyggende indsats kan nytte (8, 9).

Det forebyggende hjemmebesøgs stadier

Det forebyggende hjemmebesøg kan opdeles i fire stadier (10). McNaughton har analyseret stadier i besøget på baggrund af 14 kvalitative undersøgelser, der handlede om indsatser hos børnefamilier, men stadielopdelingen kan overføres til andre besøg herunder de forebyggende hjemmebesøg til ældre. De fire stadier McNaughton beskriver er: *Før adgangsfase, adgangsfase, arbejdsfase og afslutning*.

I sin analyse fandt McNaughton, at der allerede inden den professionelle træder ind i borgerens/patientens hjem, er flere forhold, der har betydning for, hvordan hjemmebesøget vil forløbe. Denne fase kalder McNaughton for *»før adgangsfasen«*. I denne fase kan borgerens evt. tidligere oplevelser i forbindelse med besøg i hjemmet, evt. tidligere helbredsproblemer, borgerens sociale relationer og forventninger til besøget, indflydelse fra familien og årsagen til hjemmebesøget påvirke forløbet.

Næste fase er *adgangsfasen*, der starter når sundhedsplejersken fysisk træder ind i hjemmet. Et vigtigt element i adgangsfasen er at opnå en god kontakt til borgeren. McNaughton beskriver, at kontakten er opnået, når borgeren viser tillid til den professionelle ved at dele personlige oplysninger. Det er individuelt, hvor hurtigt der opnås kontakt til borgeren. Denne fase beskrives som den vigtigste fase, idet det er denne fase, der danner baggrund for det videre samarbejde mellem borgeren og den professionelle.

Den tredje fase er *arbejdsfasen*, hvor den professionelle og borgeren samarbejder om at identificere helbredsbehov, finde relevant behandling eller aftale en plan for løsning af problemet. Under arbejdsfasen arbejder den professionelle på at opretholde kontakt og opnå tillid i forhold til det fremtidige samarbejde. Især sidstnævnte understreger forfatteren er det vigtigste element i hjemmebesøg.

Sidste fase er *afslutningen*, hvor besøget skal afsluttes på en god måde. Borgeren kan når som helst vælge at afslutte samarbejdet med sundhedsplejersken, mens den professionelle som udgangspunkt ønsker at fortsætte, indtil opgaven er afsluttet eller henvist til andre specialister.

Ifølge McNaughton består sundhedsplejerskens rolle i tre vigtige processer: Opbygning og vedligeholdelse af forholdet mellem den professionelle og borgeren, at lære borgeren at kende (vurdering) og hjælpen til borgeren (intervention).

I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg til ældre er indholdet i selve besøget blevet beskrevet som bestående af kontakten, struktureret samtale, samlet vurdering, evt. intervention samt opfølgning (6).

2.3 Teoretisk forståelse af hjemmebesøg som forebyggelsesstrategi

Der foreligger meget sparsomme teoretiske overvejelser om metoderne i de empiriske studier om forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmet, herunder overvejelser over hvorfor man bruger den ene metode i indsatsen frem for en anden. I en oversigtsartikel giver Elkan en god introduktion til fire modeller til generel forståelse

af forebyggelse af sundhedsproblemer (3). De fire modeller er 1) The disease model, 2) the cultural-behavior model, 3) the ecological model og 4) the structural model. De engelske termer for modellerne benyttes, da der ikke findes autoriserede, danske oversættelser af begreberne.

The disease model (sygdomsmodellen) tager sit afsæt i den kvantificerbare epidemiologi og forudsætter, at man ud fra menneskers handlinger og adfærd kan vurdere, om de har høj eller lav risiko for at få en bestemt sygdom. Modellen går ud fra, at det er dem, der har *symptomer* på et helbredsproblem, der skal sættes ind overfor (jf. diskussionen vedrørende generel versus målrettet indsats).

The cultural-behavioural model (kultur-adfærdsmodellen) tager udgangspunkt i en forståelse af at sundhedsmæssige problemer er et resultat af den enkeltes livsstil og sundhedsmæssige adfærd. Set ud fra dette perspektiv ligger løsningen i *sundhedsoplysning og undervisning*. Det er i dette kulturaspekt at ideen om »deprivations cyklusen« er opstået, dvs. at man gennem oplysning kan bryde overlevering af dårlige sundhedsvaner og sociale problemer fra forældre til børn.

The ecological model (den økologiske model) opfatter menneskers omgivelser som »topologisk«, dvs. interaktive systemer, der er opstået inde i hinanden og som påvirker hinanden. Fx ses børns omgivelser som en serie af kontekster i forskellige niveauer, der har kontakt til hinanden og har betydning for barnet i samtlige kontekster. I denne model sættes fx barnets relationer til forældrene i fokus frem for et aktuelt problem, idet man interesserer sig for barnets sociale, intellektuelle og moralske udvikling. Man ser sygelig adfærd som fx seksuel udnyttelse af børn som et tilfælde af sammenflydende kræfter, der eksisterer i samfundet og som fører til den sygelige adfærd hos forældrene og til dels hos børnene. De sundhedsprofessionelles rolle i denne forståelse er at få personen/familien til at komme ud af den sociale isolation i depriverede områder ved at generere sociale netværksgrupper og at organisere kvarteret. Især lægger de vægt på kontinuiteten i kontakten mellem sundhedsarbejder og borgeren, der ofte er overfladisk og kortvarig.

The Structural model (den strukturelle model) er den mest radikale model, der ser problemer i sundhedsadfærd som et aspekt af sociale ulighed. Oplevelsen af fattigdom og social isolation er den primære årsag til fx dårlig sundhedsadfærd. Samfundsværdier og normer er årsagen og kun en redistribution af disse værdier kan rette op på sundhedstilstanden.

Eksempler på modeller til praksis ved sundhedsbesøg

Ovenfor er de fire modeller kort gennemgået i forhold til hvordan, man kan intervenere i menneskers liv via hjemmet. Den praksis, man bruger i de enkelte tilfælde, kan have elementer af alle fire modeller. I det nedenstående gives eksempler på, hvordan modellerne kan supplere eller erstatte hinanden i den daglige praksis.

Robinson et al. skelner mellem problemorienteret over for relationscentreret hjemmebesøgspraksis (11). Et eksempel på problemorienterede tilgang er sundhedsplejerskens screening af spædbørn. Målet med screeningen er at identificere børn med udviklingsmæssige problemer og henvise til relevant behandler. Denne tilgang er epidemiologisk i sin metode og bygger på »disease-modellen«. Den relationscentrerede tilgang lægger derimod vægt på de sociale støttende elementer i familien. Formålet er her mere diffust, idet det har med opdagelsen af et problem og behandling af dette, at gøre. Hvor effekten af den problemorienterede tilgang kan måles og vejes ved hjælp af epidemiologiske udfaldsmål, er den relationscentrerede tilgang til udfaldsmål mindre håndgribelige begreber som accept og empati.

Chalmers og Kristajanson skelner mellem tre modeller af sundhedsplejersketilbud i lokalsamfundet: »the public health model«, »the community participation model« og »the community change model« (12). Den første model bygger som i den problemorienterede model på brugen af epidemiologiske begreber til at identificere risikogrupper i samfundet. Den professionelle opgave er her fokuseret på den primære og sekundære forebyggelse, fx vaccinationer og undervisning af borgeren om sundhedsvaner og screening for sundhedsproblemer. Denne model indeholder stærke elementer af professionel magt og kontrol forstået på den måde, at den professionelle definerer sundhedsproblemet, og at der ikke fokuseres på de underliggende årsager til problemerne.

Hvor man i public health modellen kun koncentrerer sig om individet, lægges der i »community participation modellen« vægt på at involvere samfundsniveauet. I denne model er en distriktsundhedsplejerskes rolle er at assistere borgerne i kvarteret i at identificere deres egne behov og problemer, samt at hjælpe dem med at finde deres egne løsninger, før de søger hjælp udefra. Denne model bygger på tankerne bag »the ecological model«,

selvom den ligeværdige relation mellem socialarbejderen og borgeren ikke hører til i »the ecologiske model«, hvor magten og kontrollen ligger på samfunds niveau.

Sidste model er community change modellen, der er en udvidet model af community participation modellen, hvor det er på værdiniveauet eller på det politiske plan der skal ændres. Community change modellen baserer sig på den strukturelle model.

Empowerment

Udover de oven for beskrevne modeller skal begrebet empowerment nævnes, idet vi vurderer, at al forebyggelse i hjemmet bør være en form for empowerment, hvor borgeren bevidstgøres om egen sundhedstilstand samt muligheder for at forbedre denne.

Begrebet empowerment tog sit udspring i 1970'ernes radikale socialistiske tanke med feminisme, selvhjælpsgrupper og kollektiv bevidsthed. Som sådan er empowerment et politisk begreb, der kan udmønte sig i arbejdet på både det individuelle niveau og på gruppeniveau. WHO definerede empowerment som: »*a mechanism by which people, organizations and communications gain mastery over their affairs*«, og anser dette begreb for nødvendigt, hvis man ønsker at generere sundhed i befolkningen (13).

Forebyggelse i hjemmene er en oplagt kontekst at bevidstgøre borgeren om egen sundhed. Empowerment er ikke blot et spørgsmål om at flytte ansvaret og magten over egen sundhed til andre. Man kan ikke som sådan »empower« andre. Individet kan kun gøre dette for sig selv. I den proces kan den sundhedsprofessionelle spille en vigtig rolle i forhold til at vise borgeren vejen til øget sundhed og bedre livsstil. Derved får den sundhedsprofessionelle en vigtig rolle med hensyn til at øge andres egen omsorg (13).

Houston beskriver i en oversigtsartikel, hvordan man i hjemmebesøgspraksis bedst »empower« eller øger borgerens egenomsorg og sætter især fokus på de professionelle kompetencer samt relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle (13). Den sundhedsprofessionelle bør være åben overfor, hvad indholdet for besøget skal være og være parat til at skifte fokus/retning i forhold til hvilke indsats, der er behov for, hvis borgeren ønsker det. Han beskriver videre at empowerment bør være en interaktiv proces mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren, hvor begreber som forhandling, kompromiser og fælles beslutninger indgår i forhold til at øge borgerens egenomsorg.

Tidsperspektivet er en vigtig faktor for empowerment, således at den professionelle har den fornødne tid til at etablere et godt forhold til borgeren, og at det bliver klart hvilke ønsker og behov individet har. Den professionelle skal kunne lytte og opfange små tegn fra borgeren om behov og ønsker og efterfølgende reagere på disse. I og med at man ikke kan »empower« andre, må den sundhedsprofessionelle tage udgangspunkt i, hvad personen selv definerer som vigtig. Borgeren anses for at være en aktiv deltager i en proces side om side med den professionelle i at udvikle sine egne ressourcer i forhold til sin egen sundhed.

Et andet vigtig aspekt i arbejdet med empowerment er den sundhedsprofessionelles praksis eller måde at håndtere borgerens problemer. Det kan fx være altafgørende at den sundhedsprofessionelle behandler borgerens problemer på en accepterende måde og som normale frem for afvigende. Selvom den professionelle udtrykker entusiasme for at hjælpe, kan det i praksis komme til at virke på en »disempowering« måde, dvs. modsat den effekt der ønskes.

Gennem samtale bør den professionelle forsøge at øge eller »trigge« borgerens selverkendelsesproces for derved at anerkende og diskutere selv-identificerede behov. Eksempler på redskaber der kan bruges til dette er *Family Wise*, der er tegneserier uden ord og *Field of Words*, som er en række ord ordnet i kontekster, der kan være en katalysator for den følgende samtale (13)

Kort kan det summeres at forebyggende besøg i hjemmet, er en metode der har været anvendt i mange år og på forskellige grupper og ofte kun med et sparsomt teoretisk fundament.

2.4 Eksempler på forebyggelse og behandling i hjemmet i Danmark

Sundhedsplejerskeordningen med forebyggende besøg i hjemmet til familier med børn og forebyggende hjemmebesøg til ældre er eksempler på forebyggende indsatser med hjemmet som arena. Disse to ordninger og effekten af ordningerne vil blive beskrevet indgående i de to efterfølgende kapitler.

Men der er også andre indsatser i forhold til borgerne, der benytter hjemmet som arena for forebyggelse og behandling, som skal omtales kort i det følgende:

Den kommunale hjemmepleje er en videreudvikling af husmoderafløsningsordningen, der opstod under anden verdenskrig. Ordningen er et tilbud til borgere/patienter med funktionsnedsættelse om praktisk hjælp til fx personlig pleje, indkøb eller rengøring. Hjemmehjælpere yder praktisk hjælp i hjemmene, samtidig med at de i mere eller mindre udstrækning forebygger uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Deres primære opgave er dog at være en praktisk hjælp og omsorg i hverdagen. Siden starten af 1980'erne er der sket en omfattende udbygning af hjemmesygeplejen, som tilbyder pleje, omsorg, støtte og vejledning i hjemmet til fx medicindosering, sårpleje, pleje af kræftpatienter og døende. Forebyggelse indgår som en del af indsatsen.

På børneområdet er eksempler besøg i hjemmet af jordemoder i forbindelse med udskrivning efter ambulante fødsler, tidlig udskrivning af præmature børn og hjemmebesøg i forbindelse med distriktspædiatrien.

Andre eksempler, der ikke skal omtales nærmere her er hjemmebesøgsordninger for psykisk syge, hvor socialpædagoger eller andre professionelle foretager hjemmebesøg med forebyggende fokus. Disse besøg fokuserer på patients sygdom og sociale relationer.

Antallet af personer med kroniske sygdomme er steget betydeligt i de seneste år. Mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig lidelse (1). Udviklingen forventes at fortsætte til trods for et faldende antal nye tilfælde af kroniske tilstande, idet dette fald modsvares af et endnu større fald i dødeligheden for en række livsstilssygdomme og en voksende ældrebefolkning. Et stort antal mennesker kommer således til at leve længere med kroniske sygdomme, som fx kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes, iskæmisk hjertesygdom, kronisk hjertesvigt og osteoporose. Ikke mindst blandt ældre øges risikoen for flere samtidige sygdomme (comorbiditet), eksempelvis samtidig tilstedeværelse af immobilitet, demens, instabilitet, inkontinens og deraf følgende øget medicinindtag. Flere, der før blev behandlet under indlæggelse, kan nu behandles ambulant. Der er inden for flere af de kroniske sygdomme dokumentation for, at forebyggelse og rehabilitering gennem en systematisk og koordineret tværfaglig indsats mellem sygehus og primær sundhedssektor, kan give patienterne et mere hensigtsmæssigt forløb, bedre funktionsevne, reducere behovet for indlæggelse og dermed være sundhedsøkonomisk effektivt.

Den kommende kommunalreform med større kommuner og regionsdannelser vil medføre, at en stor del af rehabiliteringsindsatsen skal håndteres i kommunalt regi. Der er i forbindelse hermed behov for brobygning mellem kommunalt og regionalt arbejde, for at den faglige kvalitet af dette arbejde kan sikres. Som en del af denne indsats er der holdepunkter for, at en systematisk udvikling af behandling og rehabilitering i hjemmet vil bedre det behandlingsmæssige resultat og patienttilfredsheden, samt medføre en bedre ressourceudnyttelse for en lang række kroniske sygdomme fx hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus type 2, apopleksi samt komplekse geriatrike problemstillinger (14).

I det følgende fokuseres på sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre med særligt fokus på effekten af ordningerne.

2.5 Metode og litteratursøgning

Afsnittene om effekten af henholdsvis sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre bygger på viden hentet fra systematiske litteraturgennemgange. Litteratursøgningen begyndtes i november 2004 og er i tiden indtil marts 2005 løbende blevet opdateret i følgende databaser: Pubmed/Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, PsycInfo.

For samtlige databaser er der blevet anvendt følgende emneord hver for sig eller kombineret: Home visiting, Home visit, Home visits (explode), domiciliary health visiting, intervention, prevention, old people, aged, elderly (explode), maternal child, young children, qualitative studies.

Der blev endvidere søgt i Det Kongelige Biblioteks database REX samt Bibliotek.dk for bøger og national litteratur. Derudover er der søgt i Scholar.Google.com, Google.com emnerelevante for evaluerings rapporter, samt universitetsopgaver med søgeordene: Forebyggende hjemmebesøg, sundhedspleje, børn og unge, gamle.

In- og eksklusionskriterier

Der blev kun søgt på systematisk review materiale efter opdrag fra Sundhedsstyrelsen.

Andre inklusionskriterier var

- Human
- Kun engelsksproget eller skandinavisk litteratur
- Kun studier der beskriver forebyggende hjemmebesøgspraksis eller intervention i hjemmet

Eksklusionskriterier

- Studier der beskriver fortløbende behandlinger eller hjemmepleje
- Studier der specifikt ser på en gruppe af patienter.

Søgeresultat

Der blev i alt identificerede seksten systematisk review artikler, fem om forebyggende hjemmebesøg til ældre og otte artikler om sundhedsplejerskebesøg til børn og forældre.

3 Sundhedsplejerskeordningen for børnefamilier

I det følgende beskrives indholdet og organiseringen af den danske sundhedsplejerskeordning med hjemmebesøg til familier med børn i alderen 0-6 år, og effekten af de forebyggende hjemmebesøg vurderes på baggrund af den foreliggende internationale forskningslitteratur.

3.1 Indholdet af ordningen

Danmark adskiller sig fra de fleste andre lande ved at have en velfærdsstat, der tilbyder en lovpligtig og frivillig sundhedsplejerskeordning for alle børnefamilier. Vi er i oversigtslitteraturen ikke stødt på ordninger, der ligner den danske i andre lande. I andre lande er der derimod snarere tale om ordninger, der er målrettet grupper af forældre og børn, der vurderes at være i høj risiko for sundhedsproblemer. Eksempler på sådanne grupper er for tidligt fødte børn, børn med lav fødselsvægt, børn af enlige mødre og forældre med misbrugsproblemer eller forældre, der er arbejdsløse eller tilhører lavindkomst grupper. Hjemmebesøgene bliver hovedsageligt tilbudt familier i barnets første leveår, men kan fortsætte indtil barnet er 3 år.

I Danmark er det bestemt ved lov, at kommunerne skal tilbyde sundhedsplejerskebesøg til forældre med børn i alderen 0-6 år. Ordningen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens retningslinier for forebyggende sundhedsordninger fra 1995 (15).

Formålet med de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge er at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Et af elementerne i den samlede ordninger funktionsundersøgelser foretaget af en sundhedsplejerske i hjemmet (15).

Hjemmebesøgene for de 0-6 årige varetages af sundhedsplejersker. Sundhedsplejersker er sygeplejersker, som gennem efteruddannelse er specielt uddannede til at tage sig af børn og unge i alderen 0-16 år. Den kommunale sundhedsplejerskeordning giver almen sundhedsvejledning om børnenes legemlige og psykiske udvikling, herunder om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger, der har til formål at fremme børnenes sundhed og trivsel. Sundhedsplejersken tager i sit arbejde udgangspunkt i familiens/barnets ressourcer, understøtter dem og medvirker til at udvikle familiens evne til selv at mestre udfordringer og vanskeligheder forbundet med det at have børn. Udover at sundhedsplejersken skal fremme interessen for og viden om amning samt understøtte mødres amning, skal hun også observere om barnets fysiske, psykiske, motoriske, sproglige og sociale udvikling er alderssvarende, om kontakten og tilknytningen mellem forældre og barn er aktiv og stimulerende, om der er forhold i familiens situation der kræver vejledning eller særlig indsats, om forældrene har en tilstrækkelig viden om barnets behov og udvikling samt om forældrene har tilstrækkelig viden om sygdom, sygdomsrisiko og forebyggelse af sygdom (15).

Besøgene er frivillige og kan fortsætte til barnet er seks år og kan variere i såvel antal som længden af besøgene. Derudover bliver sundhedsplejerskebesøg anvendt til familier med særlige behov, fx til børn med psykiske og fysiske handikaps eller til familier med sociale problemer.

Sundhedsplejersken kan også have andre aktiviteter ud over hjemmebesøgene, herunder deltage i mødregrupper, åbenhus-arrangementer, cafeer og forældregrupper. Mødregrupperne bliver sammensat på kommunalt niveau, og ofte deltager en sundhedsplejerske første gang og kan efterfølgende tilkaldes, hvis gruppen har brug for det. Åbenhus-arrangementer er tilbud til forældre, hvor man – typisk en gang om måneden eller på en bestemt ugedag – kan besøge sundhedsplejersken og møde andre forældre. Derudover kan der arrangeres frivillige forældreaftner med udvalgte temaer (15).

3.2 Organisering af ordningen i Danmark

I loven om forebyggende sundhedsordninger for børn beskrives det, hvordan kommuner og amtskommuner skal tilrettelægge de forebyggende sundhedsordninger. Kommunerne og amtskommunerne skal dels yde generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, dels en individ orienteret indsats, der retter sig imod alle børn og unge samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på de svageste stillede børn og unge (16). I barnets første leveår skal sundhedsplejerskens virksomhed normalt udføres ved besøg i hjemmet.

Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere retningslinier for tilrettelæggelsen og indholdet af ydelser og plan. Indsatsen planlægges og udøves i samarbejde med brugerne, således at den i videst muligt omfang imødekommer det enkelte individ, familiens og lokalsamfundets behov for sundhedspleje. Der tilbydes ca. 7 hjemmebesøg i barnets første leveår (15).

I praksis får sundhedsplejersken besked om et barns fødsel fra jordmoderen på fødestedet. Derefter modtager forældrene tilbud om sundhedsplejerskebesøg inden for 1-2 uger. Stort set alle børnefamilier modtager sundhedsplejerskerne. Ved problemer i forhold til barnets udvikling eller helbred og problemer i forhold til kontakten mellem forældre og barn inddrages relevante samarbejdspartnere fx familiens praktiserende læge, socialforvaltningen eller rådgivning/vejledning fra andre samarbejdspartnere.

I den inkluderede litteratur fandt vi ikke oplysninger om organiseringen af de undersøgte hjemmebesøgsordninger eller programmer. Dette skyldes at litteraturen er oversigtsarbejder, der vurderer effekten af interventionen, men som sjældent beskriver selve interventionen eller organiseringen af indsatsen i detaljer.

3.3 Dokumentation for metodens effekt og vurdering af dokumentationen

Effekten af de hjemmebesøg til børneforældre beskrives i det følgende på baggrund af viden hentet fra internationale systematiske litteraturgennemgange om emnet. I oversigtsartiklerne indgik såvel randomiserede, kontrollerede undersøgelser, samt ikke randomiseret undersøgelser. I flere af de systematiske litteraturgennemgangene har forfatterne gennemført metaanalyser.

Vi identificerede i alt otte systematiske litteraturgennemgange, der alle undersøgte effekten af forebyggende hjemmebesøg til børnefamilier. Deraf er der fem af oversigtsartikler, der også undersøger effekten af forebyggende besøg til mødre og børn i særlig risiko, fx lavindkomstfamilier eller familier med arbejdsløse forældre. Et studie undersøgte hvorvidt hjemmebesøg kunne påvirke vaccinations-hyppigheden.

Effekten af interventionen vurderes i den gennemgængende litteratur ud fra et bredt udvalg af indikatorer. Eksempler på indikatorer som handler om barnet er barnets fysiske, psykiske og motoriske udvikling, adfærd, ammefrekvensen, vaccinationsstatus, antallet af skadestuebesøg, sygelighed, indlæggelser på sygehus og forekomst af ulykker. Eksempler på indikatorer, der handler om forældrene er vurdering af forælderevnen, forekomst af fødselsdepressioner og amning. Alle effekter, der beskrives i det følgende er statistisk signifikante, med mindre andet er anført. I bilag 1 findes en oversigt over de identificerede oversigtsstudier.

Gennemgang af de enkelte studier

Combs-Orme et al. publicerede i 1985 en systematisk oversigt om effekten af besøg af sundhedsplejersker i hjemmet hos enten lav og mellemindkomst familier. Effektmål var barns og moders helbred, samt moders holdning i forhold til barnet. Der indgik i alt otte studier med eksperimentalt eller quasiekperimentalt design i oversigten. Interventionen fra sundhedsplejerskerne bestod i undervisning, rådgivning eller støtte til forældrene samt viderehenvisning til anden behandler. Combs-Orme fandt, at besøg af sundhedsplejerske medførte positive ændringer i moderens holdning til barnet hos mødre i lavindkomstgrupper og blandt etnisk minoriteter. Der fandtes derudover ikke evidens for at nogen grupper frem for andre kan have mere gavn af hjemmebesøg (17).

I en systematisk oversigt om effekten af hjemmebesøg som forebyggelsesstrategi gennemgik Ciliska et al. i 1996 resultaterne af 77 nordamerikanske, engelske og canadiske studier. Studierne var designet forskelligt, men de fleste var kontrollerede – og kliniske randomiserede undersøgelser forsøg. Vi fandt 14 af de 77 inkluderede studier relevante for denne rapport, heraf ni stærkt relevante og fem moderat relevant. I denne rapport præsenteres derfor kun disse 14 studier. Interventionen rettede sig for størstedelen af artiklerne mod familier med småbørn efterfulgt af familier med førskolebørn. Ciliska fandt positive effekter af hjemmebesøg på børnenes fysiske, psykiske og sociale helbred, samt sundhedsvaner hos børn. Derudover fandt man at hjemmebesøg kunne øge effektiviteten af andre igangsatte lægelige-, sociale- eller uddannelsesstilbud. Forfatterne konkluderede at effekten af forebyggende besøg synes at være medieret af to faktorer: Intensiteten af interventionen og barnets helbredsstatus og familiens sociale status. Derudover fandt de, at effekten var størst hos familier med højere risiko for mistrivsel hos barnet, fx enlige mødre og hos forældre med lav indkomst (18).

I en systematisk oversigt af Roberts et al. fra 1996 undersøgte man om hjemmebesøg til forældre med nyfødte børn kan forhindre og forebygge skader, ulykker og udnyttelse/mishandling (child abuse) af børn (19). Der

blev inkluderet i alt 11 randomiserede og kontrollerede forsøg i undersøgelsen. I de fleste af studierne deltog ikke professionelle besøgere. Forfatterne gennemførte endvidere en metaanalyse med i alt 3433 deltagere. I otte ud af de 11 studier kunne man sammenligne hjemmebesøgs effekt i forhold til at forebygge uheld og ulykker for børnene i hjemmet og fandt at hjemmebesøg medførte signifikant reduktion af skaderne (odds ratio 0,74 (0,60-0,92). I fire studier fandt man ingen signifikant effekt på skader på børn inden for det første leveår (odds ratio på 0,98 (0,62-1,53). Der blev foretaget metaanalyse af ni studier, hvor man undersøgte om hjemmebesøgene have effekt i forhold til at reducere hyppigheden af formodning om seksuelt misbrug, rapporteret seksuelt misbrug eller placering af barnet uden for hjemmet som følge af seksuelt misbrug. Forfatterne fandt at hjemmebesøg kunne reducere hyppighed af muligt seksuelt misbrug af barnet. Man kunne ikke beregne det samlede odds ratio pga. validitetsproblemer med udfaldsvariablen. Tilstedeværelsen af en professionel/hjemmebesøger kan både medføre at eventuelt seksuelt misbrug bedre opdages, men kan også medføre et øget antal rapporteringer. Forfatterne konkluderede at hjemmebesøgsprogrammer har et potentiale for signifikant at kunne reducere hyppigheden af skader/ulykker på børn (19).

Elkan et al. udførte i 2000 et omfattende litteraturstudie vedrørende hjemmebesøg som metode (3). I litteraturstudiet indgik såvel studier, der omhandlede effekten af hjemmebesøg til forældre med børn som hjemmebesøg til ældre. I det følgende resumeres Elkans fund om effekten af hjemmebesøg til forældre med børn. I den del indgik der i alt 88 studier, der omfattede studier med randomiserede, kontrollerede, eksperimentelle og quasi-eksperimentelle designs. I alle undersøgelserne blev hjemmebesøgene foretaget af såkaldte sundhedshjælpere som både kunne være sundhedsprofessionelle eller para-professionelle. Ved para-professionelle forstås sundhedshjælpere, der ikke har en egentlig sundhedsfaglig uddannelse, men har gennemført kurser, der har givet dem specifikke kompetencer i forhold til opgaven. Elkan fandt, at der var dokumentation for at hjemmebesøg er associeret med styrkelse af forælderevnen, samt positiv ændring af børnenes omgivelser; forbedret sovemønster hos børnene og hos børn med lav fødselsvægt og mistrivsel forbedring af den intellektuelle udvikling. Elkan fandt endvidere at hjemmebesøg medførte reduktion af uheld og egentlige ulykker i hjemmet. I forhold til mødrenes helbred havde de forebyggende hjemmebesøg en positiv effekt i forhold til tidlig diagnosticering og behandling af fødselsdepressioner. Endelig fandt Elkan at hjemmebesøgene medførte, at mødrene fik mere social støtte, samt at flere mødre valgte at amme. Der var ikke tilstrækkelig dokumentation til at kunne vurdere, om hjemmebesøgene havde effekt i forhold til følgende effektmål på grund af for få studier: Antallet af febertilfælde hos børn, børnenes fysiske udvikling (højde og vægt) og sygelighed blandt børnene. Der var dokumentation for, at hjemmebesøgene ikke havde effekt i forhold til forbedring af børns motoriske udvikling, øgning af vaccinationsdækningen, forældrenes brug af andre forebyggende tilbud, reduktion i skadestuebesøg eller indlæggelser (3).

Kendrick et al. publicerede i 2000 en systematisk litteraturgennemgang og metaanalyse med henblik på at undersøge, om hjemmebesøg til familier kan forbedre forældrenes evne til at tage sig af barnet og kvaliteten af barnets omgivelser (hjemmemiljø) (20). Der blev inkluderet 34 studier i analysen. Alle studier tilbød multifacetteret intervention efter behov, fx rådgivning, forældreuddannelse, emotionel- og social støtte, aktiv hjælp som hjælp i husholdning, hjælp til at finde bolig og hjælp til offentlig social hjælp. I 26 studier ud af de 34 var interventionen hovedsageligt målrettet forældre og børn i højrisikogrupper for mistrivsel hos barnet. For forældrene omfattede det fx familier med lav socioøkonomisk status, forældre uden tilknytning til arbejdsmarkedet og teenagemødre. For børnene omfattede det for tidligt fødte børn, børn med lav fødselsvægt eller børn med trivselsproblemer. Besøgene blev foretaget af både sundhedsprofessionelle, para-professionelle og lokale mødre uden særlig uddannelse. Interventionen varierede i tid fra en måned til ti år, og der er i oversigten ikke detaljerede oplysninger om, hvor ofte besøgene blev foretaget, deres varighed og indhold. Forælderevne og kvaliteten af hjemmemiljøet blev i de fleste af de undersøgelser målt ved hjælp af et særligt udviklet spørgeskema »Home Observation for Measurement Environment Inventory« (HOME), der i småbørnsversionen består af et indeks bestående af seks subskalaer. Via observation af hjemmebesøgeren målt emotionel og verbal respons fra mor og far, hvor tit forældrene undgik restriktioner eller straffede børnene, organisering af barnets omgivelserne, i hvor høj grad der fandtes passende legetøj i hjemmet, interaktionen mellem mor og barn og i hvor stor variation der var i aktiviteterne for barnet i hverdagen. Konklusionen af analysen var, at hjemmebesøg til forældre med nyfødte børn er associeret med forbedringer af hjemmemiljøet målt ved HOME-skalaen. I otte studier fandt man ikke nogen positiv effekt af interventionen samt positiv effekt på forælderevnen hos familier i høj risiko (20).

Samme forskerteam, Kendrick et al. publicerede samme år en systematisk oversigt og metaanalyse over effekten af hjemmebesøg mål på hyppigheden af vaccinationer af børn (21). Der indgik 11 studier i oversigten. Ni studier omfattede lavindkomst familier. Metaanalysen viste, at hjemmebesøg ikke havde effekt i forhold til hyppigheden af vaccinationer (21).

I en metaanalyse, hvori indgik 60 hovedsageligt amerikanske undersøgelser, undersøgte Sweet et al. effekten af hjemmebesøg i forhold til forældre (at være gode forældre), forældrenes holdning til børnene og interaktionen med barnet og børnenes udvikling (4). Effektmålene i forhold til barnets udvikling var generel trivsel og god udvikling for barnet. Forfatterne fandt, at gentagne (dvs. mere end et besøg), havde effekt på barnets kognitive udvikling. Man fandt at multifacetteret indsats (dvs. indsats på flere niveauer) medførte større positiv effekt på forældreadfærd end en ikke- multi-facetteret indsats. Analysen viste, at besøg af sundhedsprofessionelle medførte større effekt af besøgene i forhold til barnets kognitive udvikling, end besøg af andre grupper som fx frivillige. Analysen viste ligeledes, at besøg af para-professionelle havde effekt over for børn, der var i risiko for omsorgssvigt og seksuelt misbrug. Et andet resultat var, at varigheden af den samlede intervention kun havde betydning for gruppen af børn, der var i potentiel fare for at blive misbrugt (child abuse). Jo flere besøg og jo flere timer der blev brugt på besøgene, jo større effekt så man i forhold til børnenes kognitive udvikling. Måltrettet indsats mod bestemte højrisikogrupper fx lavindkomst og arbejdsløshed medførte kun positiv effekt i forhold til forældres adfærd i relation til børnene. Sweet et al. konkluderede, at familier der modtager forebyggende besøg i hjemmet klarer sig bedre end kontrolgrupperne, der ikke modtager besøg (4).

D.B. McNaughton publicerede i 2004 en et oversigtsarbejde omfattede 13 randomiserede studier med henblik på at undersøge effekten af hjemmebesøg foretaget af uddannede sygeplejersker til familier med småbørn (22). De inkluderede studier omfattede hver især forskellige interventioner og undersøgte forskellige effektmål, herunder uønskede hændelser i forbindelse med fødslen (fx død ved fødslen, for tidlig fødsel og lav fødselsvægt), spædbarnsdødelighed, amme problemer og moder/barn tilknytningsproblemer. Undersøgelsen fokuserede betydningen af psykosociale risikofaktorer ind (fx arbejdsløshed, teenageforældre, eneforsørgere og oplysninger om tidligere mishandling og seksuel misbrug af børn). Forfatteren fandt positive effekt af de pågældende interventioner i forhold til de undersøgte effektmål i halvdelen af studierne. Forfatteren vurderer at fremtidig interventionsforskning bør fokusere på sammenhængen mellem det problem der fokuseres på for borgeren, interventionens sammensætning og de indikatorer, der benyttes som effektmål (22).

Vi har i litteratursøgningen ikke fundet danske oversigtsarbejder, der undersøger effekten af forebyggende hjemmebesøg til børnefamilier i Danmark. Vi inddrager derfor et dansk primærstudie. Guldager evaluerede i 1990 effekten af hjemmebesøg til småbørnsfamilier (5). I alt 498 familier fra to geografiske områder deltog i en spørgeskemaundersøgelse. I det ene område manglede man sundhedsplejersker, hvilket medførte at familierne modtog færre besøg end forældrene i det andet område, hvor der var normal sundhedsplejerskedækning. Guldager viste, at mødre fra det område, der modtog regelmæssige besøg af sundhedsplejersken ammede i længere tid og i højere grad fulgte anbefalingerne, for hvornår barnet skulle begynde at have fast føde, i modsætning til forældre, der ikke havde regelmæssige besøg af sundhedsplejersken. Derudover følte forældrene, der modtog regelmæssige sundhedsplejerskebesøg sig mere sikre i rollen som forældre og var mere tilfredse med sundhedsplejerskens besøg. Forældre i områder med reduceret sundhedsplejetilbud benyttede i højere grad deres eget netværk, læse i højere grad litteratur om barnepleje og barnets udvikling og havde flere vagtlægebesøg. Derimod var der ikke forskel på brugen af den praktiserende læge i de to områder (5).

Generelt for de gennemgåede studier

Generelt for de her gennemgåede systematiske litteraturgennemgange og metaanalyser fremhæver forfatterne, at studierne ofte mangler teoretisk forankring, samt at det kan være svært at vurdere, hvilke elementer af de multifacetteret indsatser, der medførte effekt i de enkelte studier. Forfatterne fremhæver endvidere ofte, at studierne er behæftede med metodologiske problemer, idet det er svært at opnå den nødvendige styrke i analyserne til at kunne vurdere, om der er tale om en reel effekt af interventionerne. Dette skyldes, at populationerne i de enkelte studier ofte er små, hvilket medfører, at udsagnskraften af studierne er begrænset.

Afslutningsvis kan vi konkludere, at der i den videnskabelige litteratur om effekten af hjemmebesøg til småbørnsfamilier er fundet dokumentation for, at metoden er associeret med: Positiv forbedring af forældre (at være gode forældre) samt positiv ændring af kvaliteten af børnenes omgivelser. Ligeledes har hjemmebesøg positiv effekt på uhenigtsmæssige adfærdsmønstre hos barnet som fx dårligt sovemønster samt barnets intellektuelle udvikling hos børn i med lav fødselsvægt og dårlig trivsel. Der er endvidere dokumentation for, at hjemmebesøg kan medføre reduktion i antallet af uheld for børnene og egentlige ulykker i hjemmet. For mødre har forebyggende hjemmebesøg en positiv effekt på tidlig diagnosticering og behandling af fødselsdepressioner. Sidst, men ikke mindst, viser litteraturen at hjemmebesøg er associeret med, at flere mødre vælger at amme. Gennemgangen af litteraturen viser endvidere at socialt udsatte familier og børn, der vurderes at have højere risiko for dårlig trivsel og helbredsproblemer kan profitere mere af hjemmebesøg end familier uden de nævnte belastninger.

4 Forebyggende hjemmebesøg for ældre

Et andet eksempel på forebyggende hjemmebesøg i Danmark, er de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg til ældre. I det følgende beskrives indholdet og organiseringen af de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg til ældre i Danmark, og effekten af forebyggende hjemmebesøg vurderes på baggrund af den foreliggende internationale forskningslitteratur.

4.1 Den danske ordning

I Danmark er de forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker et lovpligtigt tilbud til alle der er fyldt 75 år – se kapitel 2.1. Ifølge bemærkningerne til loven om forebyggende hjemmebesøg til ældre er formålet gennem samtale at vurdere den pågældendes aktuelle livssituation uden at fokusere på et bestemt symptom/problem eller en bestemt sygdom. Under besøget vurderes sammen med den ældre bl.a. ud fra samtalen, om der er behov for at iværksætte sociale eller sundhedsmæssige foranstaltninger (7).

Gennem struktureret samtale og kommunikation gives der mulighed for, at den besøgte kan fortælle om sin samlede livssituation og tage emner op som vedkommende finder centrale ligesom den professionelle besøger kan uddybe med spørgsmål mhp. i fællesskab at drøfte den ældres muligheder helbredsmæssigt og socialt (6).

Det forebyggende indhold kan beskrives ud fra de tre forebyggelsesniveauer, primær-, sekundær- og tertiærforebyggelse.

Det primære forebyggende element i de forebyggende helbredssamtaler er at undgå funktionsnedsættelse, og kan fx omfatte information og tilbud om aktiviteter i lokalområdet eller rådgivning og instruktion i praktiske øvelser, der kan styrke muskler og balanceevne. Et andet eksempel er råd om kost eller råd om boligindretning så evt. fald forebygges.

Det sekundære forebyggende element består i at påvise tidlige tegn på svækkelse og gribe ind i en sådan proces. Der kan gives tilbud om fysisk aktivitet, eller opfordres til at deltage i et dagcenters aktiviteter eller opfordres til at modtage en besøgsven. En hurtig indsats kan iværksættes ved kontakt til fx praktiserende læge.

Det tertiære forebyggende element består i at undgå, at den ældre svækkes yderligere i de tilfælde, hvor der findes et funktionsevnetab fx ved at tilbyde genoptræning og vedligeholdelsestræning samt formidle transportmuligheder eller lignende (6).

4.2 Organisering i Danmark

Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre påbyder landets kommuner at tilbyde ældre på 75 og derover to årlige forebyggende hjemmebesøg. Loven er en rammelov, der lægger op til at kommunerne selv tilrettelægger besøgene (Lov nr. 1117 1995 § 1) (7). Det er dermed op til den enkelte kommune at afgøre, hvad der er en hensigtsmæssig organisatorisk placering af de forebyggende hjemmebesøg i forvaltningen.

Den Sociale Ankestyrelsen undersøgte i 2002 kommunernes administration af reglerne for de forebyggende hjemmebesøg ved en spørgeskemaundersøgelse til alle landets kommuner (23). I 41% af kommunerne var de forebyggende hjemmebesøg organisatorisk placeret i en *selvstændig enhed* og i 43% indgik de i en *anden enhed i forvaltningen*. 14% af kommunerne fandt det mest praktisk at opdele ordningen i flere enheder – primært i forhold til modtagere af personlig og praktisk hjælp. Disse forskellige organiseringsmåder har betydning for det praktiske arbejde, der udføres i ordningen. Hvis besøgene er placeret i en afdeling, der også tager sig af andre opgaver, risikerer man at forebyggelsen nedprioriteres i forhold til ansættelse i en selvstændig enhed (6).

4.3 Dokumentation for metodens effekt og vurdering af dokumentationen

Effekten af de forebyggende hjemmebesøg beskrives i det følgende på baggrund af viden hentet fra internationale systematiske litteraturgennemgange om emnet. I oversigtsartiklerne indgik såvel randomiserede, kontrol-

lerede undersøgelser som ikke randomiserede undersøgelser og flere metaanalyser. Se søgestrategi afsnit 2.5. I alt fem systematiske oversigtsartikler vedr. effekten af forebyggende hjemmebesøg til ældre blev identificeret. Der er store forskelle i metoderne i de undersøgelser der indgår, med hensyn til hvem der besøges, indholdet i besøgene og organiseringen af besøgene. Målgruppen for de forebyggende hjemmebesøg varierer. I nogle undersøgelser består gruppen af de 65 til 85 årige, i andre studier inkluderes alle ældre, og i atter andre ældre med øget risiko for sygdom fx ældre, der er svækkede, nyligt udskrevne fra sygehus eller nyligblevne enker/enkemænd m.m.

Effekten af interventionen vurderes i den gennemgåede litteratur ud fra et bredt udvalg af indikatorer. Eksempler på indikatorer er: Fysisk- eller psykisk funktionsevnetab, hyppigheden af fald, hospitalsindlæggelser, plejehjemsindflytninger og dødelighed, men indgår ikke konsekvent i alle studierne. I bilag 2 findes en oversigt over de identificerede oversigtsstudier.

Gennemgang af de enkelte oversigtsarbejder

I en systematisk oversigt (15 basis-undersøgelser) udført af van Haastregt et al., var formålet at evaluere effekten af de forebyggende hjemmebesøg til ældre, på fysisk funktionsevne, psykosocial funktionsevne, fald, dødelighed og plejehjemsindflytninger (24). Van Haastregt et al. beskriver positiv effekt på funktionsevne i fem af undersøgelserne, men finder alt i alt ingen klar dokumentation for positive effekter af de forebyggende hjemmebesøg. De observerede effekter beskrives som inkonsistente specielt ved inddragelse af overvejelser om sundhedsøkonomi. Forfatterne konkluderer, at såfremt forebyggende hjemmebesøg på længere sigt skal fortsætte, bør der sigtes mod at forbedre effektiviteten (24).

I en omfattende medicinsk teknologivurdering undersøgte Elkan et al. effekten af hjemmebesøg til ældre gennem flere metaanalyser blandt 17 enkeltundersøgelser (3). I disse metaanalyser blev forskellige effektmål inddraget herunder betydning for pårørende, de ældres mortalitet, hospitalsindlæggelser, plejehjemsindflytning, helbredsstatus, funktionsevne, livskvalitet og psykosocialt helbred. I studierne fandtes, at hjemmebesøg kunne reducere de pårørendes stress, psykiske symptomer og øge velvære i forbindelse med at passe en anden person. I en anden metaanalyse fandtes hjemmebesøg at kunne reducere dødelighed hos en normal ældrebefolkning (uden forhøjet risiko for sygdom), og i en anden metaanalyse omhandlende ældre med øget risiko for død kunne dødelighed ligeledes reduceres.

Elkan fandt ingen effekt af hjemmebesøg i forhold til hyppigheden af plejehjemsindflytninger hos hverken ældre uden særlig risiko (normalbefolkningen) – eller hos risikopopulation. De fandt ligeledes ingen effekt på antal hospitalsindlæggelser for normalbefolkning. For hverken den almindelige befolkning eller risikobefolkningen havde interventionen betydning for det fysiske helbred eller funktionsevnen målt ved skalaen *activities of daily living*. I metaanalyserne fandtes ingen signifikant effekt på psykologisk velbefindende eller mål for livskvalitet (3).

I 2001 publicerede Elkan et al. (25) endnu en metaanalyse med fokus på effektiviteten på de forebyggende besøg i hjemmet hos både en normalpopulation og hos svage ældre. I modsætning til van Haastregt fandt Elkan et al., at forebyggende hjemmebesøg til ældre kunne reducere dødelighed samt plejehjemsindflytninger – i begge populationer. De fandt ingen effekt på hverken fysisk funktionsevne, indlæggelser på hospital eller helbredsstatus. De positive effekter blev opnået uanset alder og uafhængigt af varigheden af interventionen (25).

I en systematisk oversigt og meta-analyse af Stuck et al. blev det undersøgt, om forebyggende besøg i hjemmet kan forhindre indflytninger på plejehjem og funktionsevnetab (26). Der blev inkluderet 17 randomiserede kontrollerede undersøgelser. Resultaterne af meta-analysen viser, at der er en lille positiv effekt på funktionsevne målt ved *activities of daily living* eller fysisk funktion i over- og underekstremiteterne. I forhold til hyppigheden af plejehjemsindflytninger fandt de en lille reduktion, der ikke var signifikant. I meta-analysen fandtes dog en effekt, hvis der var foretaget mindst fem opfølgende besøg. Undersøgelsen viste ligeledes en generel effekt ved reduktion af dødeligheden – specielt blandt de yngste ældre. Stuck et al. konkluderede at de forebyggende hjemmebesøg har størst effekt, hvis interventionen baseres på en multi-dimensionel geriatrisk indsats (uden nærmere at beskrive indholdet) med flere opfølgende besøg hos ældre i »lav risiko gruppe« og blandt den unge gruppe af ældre (26).

I en rapport fra WHO fra 2004 følger Elkan og Kendrick (27) op på de modsatrettede resultater som Stucks et al. undersøgelse (26), van Haastregt et al. fra 2000 (24) og Elkan et al. fra 2001 (25) finder. De argumenterer for, at forskellene i resultaterne skyldes forskellige metodetilgange. Hvor fx van Haastregt et al. fremlagde

en oversigtsartikel har Stuck et al. og Elkan valgt at inkludere resultaterne i meta-analyser. Derudover er der flere forskelle i resultaterne fra Stuck et al. (26) og Elkan et al. (25), hvilket der er en række metodologiske årsager til: Med hensyn til plejehjemsindlæggelser finder Elkan, at der er en positiv effekt af forebyggende hjemmebesøg, hvorimod Stuck et al. ingen effekt finder. Sidstnævnte fandt dog, at ved intervention over ni besøg sker der en reduktion i plejehjemsindlæggelser. Hverken Elkan et al. eller Stuck et al. fandt effekt på funktionsevnen, men i Stuck et al.'s metaanalyse ser det ud til, at multidimensional indsats med efterfølgende opfølgning kan have en positiv effekt ved at udsætte funktionsevnetab, samt død for grupper med lavere risiko. Endeligt fandt Elkan et al., at alder ikke havde nogen effekt på borgerens/patientens dødelighed, hvor Stuck derimod fandt at hjemmebesøg forlængede livet for de yngre ældre (73-78-årige), men ikke for aldersgruppen 80-82-årige. En af årsagerne til de forskellige fund er, at Stuck inkluderede flere undersøgelser i deres meta-analyse end Elkan (27).

Rapporten fra WHO konkluderer, at der er evidens for at hjemmebesøg kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem. Noget tyder på, at reduktionen er størst blandt den yngre del af de ældre, samt at den positive effekt på plejehjemsindflytninger er direkte associeret med antal besøg. Det ser også ud til, at der er evidens for at forebyggende hjemmebesøg reducerer funktionsevnetab blandt ældre i lav risiko for funktionsnedsættelse, hvis programmer rummer multigeriatrik indsats med opfølgning (27).

I et nylig publiceret dansk studie med undervisning af personale i 17 danske kommuner og med 17 sammenlignelige kommuner som kontrollkommuner fandt man, at undervisning af forebyggere samt regelmæssig modtagelse af forebyggende hjemmebesøg medførte signifikant bedre bevaret funktionsevne blandt interventionskommunernes kvinder og specielt blandt de ældste med god funktionsevne ved inkludering i modsætning til ældre med nedsat funktionsevne. Der fandtes ikke effekt blandt mændene (28). Det er vist, at struktureret undervisning af de forebyggende medarbejdere om tidlige tegn på funktionsnedsættelse fx træthed ved almindelig færden får gunstige konsekvenser for de ældres funktionsevne (28, 29).

Sammenfattende viser den videnskabelige litteratur, at forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker kan reducere pårørendes stress, pårørendes psykiske symptomer og øge de pårørendes velvære i forbindelse med at passe en anden person. Derudover er der konsistent evidens for at hjemmebesøg kan forbedre funktionsevnen, reducere dødeligheden og indflytninger på plejehjem. Noget tyder på at reduktionen er størst blandt den yngre del af de ældre, samt at den positive effekt på plejehjemsindlæggelser er associeret med flere antal besøg. Der er endvidere evidens for at forebyggende hjemmebesøg kan reducere funktionsevnetab blandt ældre med god funktionsevne, og hvis programmer rummer multigeriatrik indsats med opfølgning. At effekten ser ud til at være mindre hos den svækkede del af befolkningen hænger formentlig sammen med den behandlingsindsats disse mennesker modtager i de lande undersøgelserne er foregået.

De præcise årsager til de gunstige effekter af forebyggende hjemmebesøg kendes ikke på nuværende tidspunkt. Flere forhold spiller formentlig ind: Øget tryk ved at kende »systemet«, viden om egne ressourcer og mulighederne for at påvirke sit eget livsforløb samt kendskab til tilbud i lokalområdet opnået ved at tale med en kompetent person i eget miljø medførende bedre bevaret funktionsevne.

Der er dog fortsat behov for forskning inden for væsentlige områder som fx indholdet i besøgene, konsekvenser af besøgene (coping, empowerment), hvem der mest har gavn af besøgene (målgruppe) samt organiseringen af indsatsen og samarbejds mæssige forhold til den øvrige primærsektor.

5 Etiske overvejelser

Allerede i det øjeblik den professionelle forebygger træder ind i borgerens private hjem rejser der sig en række etiske overvejelser. Forebyggende hjemmebesøg er en indgriben i menneskers liv, som – hvis det udføres af motiverede og kompetente personale – kan udvikle sig til gavn for borgeren. Men besøgene kan også opfattes af borgeren som en overskridelse af integriteten og selvstændigheden, og det kan være svært at sige fra over for kommunen, som den autoritet, den er, og især hvis borgeren i forvejen er i kontakt med eller måske oven i købet afhængige af.

Temaer, der i særlig grad kalder på etiske overvejelser i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg er frivillighed, selvbestemmelse, sårbarhed, tavshedspligt, og normer og holdninger i forbindelse med etniske minoriteter. I det følgende vil nogen af disse temaer blive berørt.

De forebyggende sundhedsordninger til børnefamilier og ældre, er frivillige ordninger. Det er afgørende at den enkelte har ret til at afslå besøgene. I den forbindelse kan kommunen komme i et dilemma, hvor man fra det offentlige side føler, at man bør intervenere, men at individet har ret til at afslå. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at spørgsmålene håndteres på en professionel måde, og at alle hensyn bliver taget.

Det er vigtigt at understrege at sundhedsplejerskerne har underretningspligt til at orientere kommunens socialforvaltning ved mistanke om overgreb på barnet. For sundhedsplejersken fungerer underretningspligten side om side med tavshedspligten. Underretningspligten står over tavshedspligten (værdispringsregel) i det tilfælde at barnet er udsat for åbenlys fare. Tilsvarende underretningspligt foreligger ikke ved forebyggende besøg hos ældre.

Det enkelte individ har ret til at bestemme selv. Det skal respekteres, at en borger eller patient kan afslå at følge den professionelle råd og vejledning. Opgaven for den professionelle er at finde balancen mellem optimal information og »bedrevenhed«.

Ligeledes er det vigtigt, at man som professionel gør sig klart, at man har med mennesker der potentielt kan være meget sårbare og derfor nemme at påvirke, både positiv og negativt. Det kan være rart at modtage engageret sundhedsvejledning, men belastende hvis borgeren/patienten ikke er parat til det. Forebyggeren må derfor være opmærksom på, hvad man som forebygger rent faktisk kan tilbyde og hvad individet har behov for. Samtidig er det vigtigt at den professionelle besidder en god indlevelsesevne, der sørger for at favne, gribe, men også lader individet tage beslutninger for sig selv.

Ved besøg i hjemmet har den professionelle tavshedspligt i forhold til alt, hvad der foregår ved besøget. Dette skal selvfølgelig oplyses til borgeren/patienten. Hvis der foreslås konkrete initiativer, skal den besøgte give sin accept til dette.

Ved forebyggende samtaler vil der ofte komme mange følsomme oplysninger frem, hvilket kan føre til situationer, hvor den professionelle får oplysninger, der evt. kan være af betydning i de samlede vurderinger af hjemmet ved en anden lejlighed. Tavshedspligten er til for at beskytte det enkelte menneske og kan have store konsekvenser, hvis den af en eller anden årsag brydes (6).

Forebyggere møder i deres hverdag andre normer og holdninger til, hvordan livet skal leves end deres egen, og det kan det være svært for forebyggerne at forholde sig neutral og ikke at dømme borgeren. Som besøgende i en borgers hjem, skal forebyggeren kunne sætte sig ud over egne normer og holdninger til sundhed og sundhedsadfærd.

Mennesker med anden kulturel baggrund end dansk, kan udfordre de sundhedsprofessionelle ved at anskue sygdom, sundhed og sundhedsadfærd på en anden måde end majoritetsbefolkningen. Derved kan den professionelle blive sat i en rolle som systemets »mand« frem for en hjælper til bedre sundhed. Udover eventuelle sprogbarrierer, kan modsatrettede krav og forventningerne fra henholdsvis forebyggeren og borgeren vanskeliggøre de forebyggende hjemmebesøg. Derfor er det vigtigt, at der er et klart formål med besøgene og forslag til realistiske løsninger og tilbud, samt at den professionelle har forståelse for, at man kan se på sundhed og forebyggelse for forskellige måder.

Ved uopfordrede besøg i hjemmet, hvor en professionel fra kommunen træder ind i borgerens hjem, kan der

blive sat fokus på aspekter ved borgerens sundhedstilstand, som borgeren ikke var klar over var et problem. Dette kan skabe ængstelse hos borgeren og påvirke personens egenopfattelse fra at være rask til syg.

5.1 Barrierer for at bruge hjemmet som arena

Det er ikke usædvanligt at der er en modvilje i befolkningen mod det offentliges indblanding i indgroede sundhedsvaner, hvor det kan være indstillingen, at det bør være op til den enkeltes vurdering om noget er sundt eller ej (30).

Vi vurderer, at problematikken vedrørende hvorvidt forebyggelse er et spørgsmål om kontrol af individet fra det offentliges side, kan være en barriere for anvendelsen af hjemmet som arena. For forældre og børn kan kommunens besøg ses som en kontrol af om forældrene er gode nok, og hvor begyndervanskeligheder og familiekonflikter kan fejlfortolkes af udenforstående. For ældre borgere kan besøg i hjemmet ligeledes ses som kontrol af, om de får for mange ydelser fra det offentlige.

Hvis ikke den sundhedsprofessionelle kan møde borgerens behov og ønsker eller overser at borgeren ikke kan eller vil ændre sin livsstil, risikerer den sundhedsprofessionelle at borgeren lukker af for andre vigtige forebyggende aspekter, samt at borgeren ikke ønsker at samarbejde senere.

5.2 Sidegevinster ved at bruge hjemmet som arena for forebyggelse

Vi vurderer, at forebyggelse med hjemmet som arena kan have positive afledte effekter på tre niveauer: Borgerniveau, personaleniveau og på kommuneniveau.

For borgeren kan en vellykket indsats i hjemmet øge borgerens evne og lyst til at forbedre sin egen sundhedstilstand og livsstil, og øge sin egenomsorg. Hjemmebesøget kan bidrage til at borgeren føler sig værdsat og dermed kan tage del i beslutninger, der vedrører egen sundhed. Det at borgeren selv er med i beslutningsprocessen, kan bidrage til at han/hun føler sig bedre i stand til at drage omsorg for sig selv (13).

Hjemmebesøg af en sundhedsplejersken kan gå i stedet for andre og dyrere tilbud. Fx kan et hjemmebesøg, kort efter at familien er kommet hjem med det nyfødte barn, forkorte indlæggelsen på hospitalet med en eller flere dage. Set over en 20-årig periode er indlæggelsestiden efter fødslen faldet fra 5 til 2 døgn hos mødre med nyfødte efter ukompliceret fødsel. Derudover kan et besøg eller telefonkontakt med sundhedsplejersken kan gå i stedet for kontakt med eller besøg af vagtlæge. Hjemmebesøg af høj kvalitet og som fungerer godt, ser ud til at styrke forældrenes selvtillid og gøre dem bedre i stand til at håndtere livet som småbørnsforældre.

På personaleniveau kan den øgede erfaring med forebyggelse i hjemmene antages at have en afsmittende effekt på andre lignende personalegrupper. Derved bliver forebyggelse i højere grad tænkt ind og udmøntet i praksis på flere niveauer.

For kommunen er tilbuddet om hjemmebesøg til borgeren som ellers ikke er i kontakt med det sociale system, en oplagt mulighed for at give informationer om tilbuddene i offentligt regi. Man kan dermed nå bredere ud og kan på samme tid få feedback fra borgeren. I nogle kommuner har det fx været praksis at afslutte besøget i hjemmet med en brugerundersøgelse.

6 Konklusion og perspektivering

Der foreligger en del litteratur om effekten af forebyggende besøg i hjemmet eksemplificeret ved sundhedsplejerskeordningen og de forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år.

For *forebyggende besøg til børnefamilier* er der dokumentation for at metoden er associeret med forbedret forælderevne samt positiv ændring af kvaliteten af børnenes omgivelser. Ligeledes kan hjemmebesøg forbedre forskellige børneadfærdsmønstre som fx barnets sovemønster samt børnenes intellektuelle udvikling hos børn med lav fødselsvægt og børn i dårlig trivsel. Vi fandt ligeledes en reduktion i frekvensen af uheld for børnene og reduktion af skader ulykker i hjemmet. For mødrene har forebyggende hjemmebesøg en positiv effekt på tidlig diagnostik og behandling af fødselsdepressioner. Sidst, men ikke mindst, finder vi positiv effekt på forbedret kvalitet af social støtte til mødre, samt at flere mødre vælger at amme.

For *forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker* er der dokumentation for, at hjemmebesøg kan reducere de pårørendes stress, de pårørendes psykiske symptomer og øge de pårørendes velvære i forbindelse med at passe en anden person. Derudover er der evidens for at hjemmebesøg kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem. Noget tyder på at reduktionen er størst blandt den yngre del af de ældre, samt at den positive effekt på plejehjemsindlæggelser er associeret med flere antal besøg. Det ser ud til at der er evidens for at forebyggende hjemmebesøg reducerer funktionsevnetab blandt ældre, der har bevaret eller kun let nedsat funktionsevne, og hvis programmer rummer tværfaglig indsats med opfølgning.

Hvorvidt at hjemmebesøg som metode kan betale sig samfundsøkonomisk, mangler der tilstrækkelig dokumentation for, men ud fra det begrænsede materiale kan resultaterne dog tyde på, at indsatsen er omkostningsneutral.

Derudover skal det bemærkes, at der ikke er fundet nogen negative effekter af hjemmebesøg og der er ikke beskrevet bivirkninger ved hjemmebesøg.

Vedrørende *hvordan* hjemmebesøg kan øge det enkeltes individs egenomsorg, fandtes der ingen studier der kunne dokumentere dette direkte. Det er dog sandsynligt, at en god besøgspraksis der inddrager borgeren/patienten i en interaktiv proces, der sætter fokus på de ønsker og behov som individet vurderer at være vigtig, kan påvirke den enkeltes bevidsthed om egne sundhedsvaner. Det er især den professionelle kompetencer som kommunikator, inspirator og motivator der afgør om borgeren øger sin egenomsorg. For eksempel bør den professionelle være åben og fleksibel overfor, hvad indholdet for besøget skal være og være parat til at skifte fokus/retning, hvis borgeren gennem samtalen giver udtryk for dette, ligesom det er vigtigt at kunne afdække ressourcer og ikke blot afdække problemer og fejl.

Metodiske svagheder ved litteraturen

Metodisk er det svært at sammenligne de eksisterende studier. Dels er de inkluderede populationer ofte små, hvilket giver problemer med at opnå tilstrækkelig styrke i de statistiske analyser og medfører en tilbøjelighed til at underdokumentere frem for at overdokumentere evt. effekter (type 2 fejl). Dels er der store forskelle i organisering og tilbud i de sundhedsvæsen, hvor undersøgelserne er udført. Derfor er resultaterne ikke direkte overførbare til danske forhold. I de inkluderede systematiske oversigter og metaanalyser har forfatterne påpeget, at der ofte mangler teoretisk forankring mellem undersøgelsesernes fokus i forhold til borgeren, indholdet af interventionen og de målte effekter af undersøgelserne.

Perspektivering

Såvel for sundhedsplejerskeordningen som for de forebyggende hjemmebesøg til ældre er der fortsat behov for forskning inden for væsentlige områder som fx indholdet i besøgene, konsekvenser af besøgene (coping, empowerment), hvem der mest har gavn af besøgene (målgruppe herunder sociale forhold), tankegangen bag besøgene samt organisatoriske og samarbejds-mæssige forhold til den øvrige primærsektor, herunder hvordan kommunerne fleksibelt kan indarbejde den individuelle forebyggelse i den samlede forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Det kan ligeledes anbefales, at der foretages tilbagevendende kvalitetskontrol af indsatserne mht. indhold, målgruppe og konsekvenser af besøgene.

Kompetenceudvikling af personale gennem undervisning er formentlig centrale elementer for at løfte kvaliteten af indsatsen. Indsatsen bør tilrettelægges med respekt for den enkelte og dens selvbestemmelsesret, med indlevelse, samt med stor faglig kompetence for at kunne fungere i fremtiden. Indsatsen skal tage højde for

at flere og flere har viden inden for sundhedsfremme og forebyggelse og at borgerne stiller større faglige og kommunikationsmæssige krav til de ansatte. Det er udfordringen, kommunerne skal kunne løfte. Derudover bør der sikres fortløbende uddannelse og supervision, hvis de respektive ordninger skal have den kvalitet, der modsvarer de krav der stilles for opgavernes varetagelse.

Kommunalreformen medfører at den væsentligste del af forebyggelsesindsatsen i fremtiden ligger på kommunalt niveau. Det er en ganske betydelig opgave der skal løses. Med de to beskrevne ordninger må der gennem årene være opnået stor erfaring, som kan videreformidles og undervises i over for andre områder fx inden for rehabilitering i hjemmet ved kroniske sygdomme. Det er sandsynligt, at en del af den rehabiliterende og opfølgende indsats ved kronisk sygdom kommer til at foregå i hjemmet enten som sygehusets udgående funktion i samarbejde med kommunen eller alene ved kommunal indsats. Også her vil der kunne drages erfaringer fra sundhedsplejerskeordningen og de forebyggende hjemmebesøg til ældre fx ved tilrettelæggelse og organisering af indsatsen og fx måden at optræde på og de etiske aspekter ved at være i borgerens/patientens hjem. Der er en lang række overvejelser om de økonomiske konsekvenser af hjemmet som arena, – men med de sidste års øgede dokumentation og udviklingen inden for teknologien er hjemmet som arena for forebyggelse og herunder rehabilitering åbnet relevant op.

De individorienterede forebyggelsesinitiativer skal på en fleksibel måde indarbejdes i kommunernes generelle forebyggelse med mulighed for integrering med den behandlings-, omsorgs- og plejemæssige indsats.

Konklusionen på litteraturgennemgangen om hjemmet som arena for forebyggelse er, at der overordnet set er dokumentation for gavnlig effekt af forebyggende hjemmebesøg til børnefamilier og forebyggende hjemmebesøg til ældre. Når tilbuddene i Danmark har fået stor accept som en del af sundhedsvæsenets indsats (stort set alle børnefamilier tager imod tilbuddet og ca. 60% af ældre – stigende procent med stigende alder) ser det ud til at forebyggelse i hjemmet har fået en blivende placering i det danske sundhedsvæsen.

7 Litteratur

1

Sund Hele Livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Regeringen. 2002.

2

Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme, folkesundhed. Sundhedsstyrelsen 2005.
<http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpiece/termpiece3jun05.pdf>.

3

Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess* 2000a; 4:13:1-339.

4

Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004; 75:5:1435-1456.

5

Guldager E. Sundhedspleje på Vægten. København: Munksgaard 1992.

6

Hendriksen C, Vass M. Forebyggende Hjemmebesøg til Ældre. Hvorfor og Hvordan? Frederikshavn: Dafolo, 1997.

7

Lov nr. 1117 af 20. december 1995 om forebyggende hjemmebesøg til ældre.

8

Elkan R, Robinson J, Williams D, Blair M. Universal vs. selective services: the case of British health visiting. *J Adv Nurs* 2001b; 33:1:113-119.

9

Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University Press 1992.

10

McNaughton DB. A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nursing* 2000; 17:6:405-414.

11

Robinson JJA. An evaluation of health visiting. London: Council for the Educational and Training of Health Visitors/English National Board for Nursing Midwifery and Health Visiting. 1982.

12

Calmers K, Kristajanson L. The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of the models. *J Adv Nurs* 1989; 14:569-574.

13

Houston AM, Cowley S. An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11:5:640-650.

14

Jørgensen SJ, Hendriksen C. Rehabilitering ved kronisk sygdom. *Ugeskrift for læger* 2005; 167:263-266.

15

Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier. Sundhedsstyrelsen. 1995.
Link: http://www.sst.dk/publ/publ1995/Forebyggende_sundheds.pdf.

16

Lov nr. 438 af 14. juni 1995 om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.

17

Combs-Orme T, Reis J, Ward LD. Effectiveness of home visits by public health nurses in maternal and child health: an empirical review. *Public Health Rep* 1985; 100:5:490-499.

18

Ciliska D, Hayward S, Thomas H, Mitchell A, Dobbins M, Underwood J, Rafael A, Martin E. A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions. *Can J Public Health* 1996; 87:3:193-198.

19

Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal* 1996; 312:7022:29-33.

20

Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 2000a; 82:6:443-451.

21

Kendrick D, Hewitt M, Dewey M, Elkan R, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Medicine* 2000b; 22:1:90-98.

22

McNaughton DB. Nurse home visits to maternal-child clients: A review of intervention research. *Public Health Nursing* 2004; 21:3:207-219.

23

Den Sociale Ankestyrelse. Analysekontoret. Kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg til ældre. Den Sociale Database, 2002.

24

van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal* 2000; 320:7237:754-758.

25

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2001a; 323:1-9.

26

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people – Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287:8:1022-1028.

27

Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? World Health Organisation Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) 2004; 1-19.

28

Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C. Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *J Am.Geriatr.Soc.* 2005; 53:4:563-568.

29

Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim.Health Care* 2004; 22 :2:106-111.

30

Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2. Udgave. 1. oplag 1992.

Bilag 1: Oversigt over artikler om forebyggende besøg i hjemmet til børn og forældre

Artikel	Land	Design og målgruppe	Antal studier medtaget	Effekt mål	Hovedfund og konklusioner
D. Ciliska et al. 1996	Amerikanske (46,6%), Engelske (24,7%) og Canada (19,2%)	Randomiserede, kontrolleret forsøg	77 studier, 9 stærkt relateret til aktuelle rapport, 5 moderat og 63 svagt relateret	13 kategorier delt ind i tre grupper: Fysisk helbred og udvikling Mentalt helbred og udvikling Helbredsstatus og udvikling Videns og service udnyttelse	Ingen negativ effekt af hjemmebesøg Positiv effekt på fysisk helbred, mentalt helbred og udvikling, sundhedsvaner og viden og service udnyttelse Hjemmebesøg kan øge effekten af andre medicinske, sociale og uddannelses tilbud. Nogen af de inkluderede studier finder ingen effekt af hjemmebesøgene Effekten stiger ved højere besøgshyppighed Effektiviteten falder ved lavere intensitet og dårlig timing Større effekt ved intervention hos klienter der har højere risiko
T. Combs-Orme et al. 1985	Amerikanske, Canadiske	Ingen information Indsatsen bestod af – Undervisning – Rådgivning – Social støtte – Henvielse til anden klinisk service	8 studier	Forældrenes holdning til barnet	Besøg af sundhedsplejerske kan under visse omstændigheder være effektive. Ved indsats i forhold til mødre, der vurderes at være i høj risiko, (lav socioøkonomisk indkomst og etniske minoritet) kan besøg af sundhedsplejersken medvirke til positive ændringer i moderens holdning til barnet, der kan berøre bedre sundhed og sundhedsadfærd hos barnet
R. Elkan et al. 2000a	USA, Canada, UK, Bermuda, Irland, Jamaica, Tyrkiet, Nord Irland, Australien, New Zealand, Norge, Skotland	Randomiserede, kontrollerede, eksperimentelle og quasi-eksperimentelle designs, non-randomiserede	88 studier	Kvalitet af hjemmemiljøet (ved HOME)-barnets psykiske og fysiske udvikling Vaccinationshyppighed Brug af forebyggende helbredsundersøgelser Brug af læge og brug af skadestue. Intenderet skader/uintenderede skader Seksuelt misbrug/omsorgssvigt Mors psykologiske sundhed og selvsvær Formel og uformel støtte Amning Barnets kost	Hjemmebesøg er associeret med: – Forbedring af forælderevne – Forbedre flere adfærdsparametre fx sove-rytmer – Kognitive forbedringer hos børn med for lav fødselsvægt og børn med dårlig trivsel – Reduktion af frekvensen af uheld og ulykker i hjemmet – Tidligere diagnosticering af fødselsdepressioner – Øget kvalitet af den sociale støtte til mødre – Flere mødre ammer Finder ingen evidens for at hjemmebesøg øger: – Barnets motorik. – Antal der bliver vaccineret – Andre præventive helbreds undersøgelser – Brug af skadestue – Indlæggelser på hospital
D. Kendrick et al. 2000a	USA, Canada, UK, Irland	Randomiseret, non-randomiseret, Sequential Fokus på højrisikogrupper – For tidlig fødsel el. lav fødselsvægt – Med trivselsproblemer – Ikke i risiko	34	Forælderevne Kvalitet af hjemmemiljø	Finder at hjemmebesøgsprogrammer er associeret med øget kvaliteten af hjemmemiljøet målt ved HOME, samt at hjemmebesøg har positiv effekt på forbedring af forældre- evnen Derudover finder de samme resultater som i Elkan (se ovenfor)
D. Kendrick et al. 2000b	USA, Canada, UK, Tyrkiet, Irland	Randomiseret, Sequential Fokus på Højrisikogrupper	11	Vaccinationshyppighed	Finder at Hjemmebesøgsprogrammer ikke er effektive til at øge vaccinationshyppigheden blandt børn
D.B. McNaughton 2004	USA, Australien, Taiwan	Eksperimentalt – Psykosociale risikogrupper (arbejdsløshed, teen-age forældre, eneforsøgere, misbrug)	13	Uønskede fødselsudfald (dødelighed under og efter fødslen, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt) Amning Mor-barn tilknytning	Finder positive effekter af interventionen i halvdelen ud af studierne. Forfatteren foreslår at fremtidig interventionsforskning bør fokusere på klientproblemet, dvs. sammenhængen mellem de professionelle indsats og ønsket udfald
I. Roberts et al. 1996	USA, Canada, UK, Irland	Randomiseret kontrolleret forsøg	11	Om hjemmebesøg kan forhindre – og forebygge skader, ulykker og udnyttelser (child abuse) af børn	Hjemmebesøgsprogrammer har et potentiale for signifikant at kunne reducere hyppigheden af skader/ulykker på børn

Artikel	Land	Design og målgruppe	Antal studier medtaget	Effektmål	Hovedfund og konklusioner
M.A. Sweet and M.I. Appelbaum 2004	USA	Ingen information	60	<i>Forældre/mor udfald:</i> Forældrestress <i>Børneudfald:</i> Kognitive Socioemotional Forebyggelse af seksuel udnyttelse af børn	Overordnet set konkluderer Sweet et al., at familier der modtager forebyggende besøg i hjemmet klarer sig bedre end kontrolgrupperne, der ikke modtager besøg Forfatterne fandt, at gentagne besøg, dvs. mere end et besøg, havde positiv effekt i forhold til barnets kognitive udvikling, og positiv effekt på forældreadfærd, hvis indsatsen var multi-facetteret, dvs. indsats på flere niveauer Besøg ved sundhedsprofessionelle medførte størst effekt i forhold til barnets kognitive udvikling Besøg ved para-professionelle medførte størst effekt i forhold til børn, der var i risiko for omsorgssvigt og seksuelt misbrug Varigheden af interventionen havde kun betydning for gruppen af børn der potentielt var i fare for at blive misbrugt (child abuse) Jo flere besøg og jo flere timer der blev brugt på besøgene, jo større effekt så man i forhold til børnenes kognitive udvikling. Måltrettet indsats mod bestemte højrisikogrupper som lavindkomstgrupper og arbejdsløse havde kun positiv effekt i forhold til forældres adfærd over for til børnene

Bilag 2: Oversigt over artikler om forebyggende hjemmebesøg til ældre

Artikel	Land	Design	Antal studier medtaget	Effekt mål	Hovedfund og konklusioner
J.C.M. van Haastregt et al. 2000*	UK, USA, Canada, Danmark, Holland	Ingen speciel udvælgelse	15	Fysisk funktionsevne Psykosocial funktionsevne Fald Plejhjemsindflytninger Dødelighed	Psykosocial funktionsevne: Generelt ingen effekt. I et ud af otte undersøgelser findes positiv effekt i interventionsgruppen. Holdning til aldring, ensomhed, isolation og følelsesmæssige reaktioner Fald: Generelt ingen effekt. I to ud af seks undersøgelser findes signifikant reduktion i antal fald i interventionsgruppen Plejhjemsindflytninger: Generelt ingen effekt. I to ud af syv undersøgelser observeres en signifikant reduktion i hospitalsindlæggelser samt reduktion i permanent plejhjemsindflytning Dødelighed: Generelt ingen effekt. Tre ud af 13 undersøgelser viser signifikant lavere dødelighedsrate blandt interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen Hovedkonklusioner: Der findes ingen klar evidens for positive effekter af forebyggende hjemmebesøg til ældre
R. Elkan et al. 2000a	UK, USA, Danmark, Holland	Randomiseret kontrolleret, non-randomiseret	17	Dødelighed Hospitalindlæggelser og længde Plejhjemsindlæggelser Helbredsstatus Funktionsevne Trivsel og Livskvalitet Psykologisk helbred	Der var dokumentation at hjemmebesøg er associeret med: – Reduceret dødelighed hos den almindelige population af ældre og skrøbelige/højrisiko ældre – færre der kommer på plejehjem blandt højrisiko ældre Der var utilstrækkelig dokumentation pga. for få studier der beskriver: længden af indlæggelserne og fysisk helbred Der var ingen dokumentation for at hjemmebesøg er effektivt i at: – Reducere indlæggelser på hospital – Indlæggelser på plejehjem, forbedring af funktionel status – Forbedring af psykiske symptomer – Forbedring af gamle menneskers trivsel og livskvalitet
R. Elkan et al. 2001*	Danmark, UK, USA, Canada, Holland	Randomiseret kontrolleret, Quasi-experimental	15	Dødelighed, Plejhjemsindlæggelser Høj risiko (svagelige gamle) Helbredsstatus Indlæggelser på hospital.	Hovedfund: – Dødeligheden nedsættes signifikant – Plejhjemsindlæggelser nedsættes – Ingen effekt på funktionsevne – Ingen effekt på hospitals indlæggelser – Ingen effekt på Helbredsstatus
A.E. Stuck et al. 2002*	Danmark, UK, Holland, USA, Schweiz, Australien		17	Funktionsevne Plejhjemsindlæggelser Dødelighed	Hovedkonklusioner: Forebyggende Hjemmebesøg (FH) har en effekt, hvis interventionen baseres på multi dimensionel geriatrisk indsats med flere opfølgende besøg hos en gruppe lav risiko og relativt unge gamle Funktionsevne (FE): Målt med ADL eller fysisk funktion i over og underekstremiteterne og finder en generel effekt. Finder en lille effekt af hjemmebesøgene på FE Plejhjemsindlæggelser (PHI): Generel effekt. Reduktion i PHI er lille og ikke signifikant. I meta analyse findes dog en effekt, hvis der er foretaget min. 5 opfølgende besøg Dødelighed: Generel effekt. FH har vist sig at reducere dødeligheden, men resultaterne er forskelligartede. Bedst effekt på de yngste og fald hen imod 80 år.

Artikel	Land	Design	Antal studier medtaget	Effektmål	Hovedfund og konklusioner
R. Elkan et al. 2004	UK, USA, Canada, Danmark, Holland, Schweiz, Australien	Radomiseret kontrol- leret, non-randomise- ret, Quasi-experi- mental	4 systematiske oversiger (3 af de incl. er mærket med *)	Dødelighed Plejhjemsindlæggelser Høj risiko (svagelige gamle) Helbredsstatus Indlæggelser på hospital	Hovedfund: Alle fire systematiske oversigter fandt at hjemmebesøgsprogrammer, med flere udfald i en uselekeret gruppe af gamle mennesker reducerer ikke funktionsevnetab. En oversigt fandt, at funktionsevnetab var reduceret blandt de mennesker med lav dødelighed og i programmer der tilbyder multi-dimensionel geriatrisk vurdering og opfølgning To af fire oversigter fandt at hjemmebesøg kan reducere dødeligheden og plejhjemsindflytninger. Der er nogen dokumentation for at reduktionen af dødeligheden er større blandt yngre ældre. Flere besøg mindsker plejhjemsindflytninger Effektive hjemmebesøg er multidimensionelle vurderinger, mange opfølgninger, og målrettet mennesker med lavere risiko for død.