

Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker

Forskning har nu dokumenteret, at undervisning i forebyggende hjemmebesøg øger den gavnlige virkning for de ældre brugere, uden at det koster samfundet mere

Gennem de seneste 20 år har forskningsprojekter vist, at det har gavnlig effekt på gamle menneskers funktionsevne at gennemføre forebyggende hjemmebesøg, hvis besøget omfatter en bred social, psykologisk og helbredsmæssig vurdering, og hvis der er opfølgning (Vass et al. 2007a). En del af disse undersøgelser dannede baggrund for indførelse af Lov om Forebyggende Hjemmebesøg i Danmark i 1998. Imidlertid vidste man ikke, om det havde effekt at gennemføre forebyggende hjemmebesøg, når de udføres som en del af det daglige arbejde i kommunerne. Endvidere var det uklart, om det var muligt at forbedre effekten af de forebyggende hjemmebesøg via undervisning af kommunens medarbejdere. Derfor igangsatte vi i 1999 et forskningsprojekt, som havde til hovedformål at undersøge,

- 1) om det havde effekt på gamle menneskers funktionsevne at tilbyde og gennemføre forebyggende hjemmebesøg som en del af det daglige arbejde i kommunerne, og
- 2) om det havde effekt på gamle menneskers funktionsevne at undervise kommunens forebyggende medarbejdere og praktiserende læger om, hvordan de forebyggende hjemmebesøg bedst gennemføres.

Projektets design

Projektet blev designet som et kontrolleret tre-års interventionsstudie med lodtrækning og intervention (undervisning) på *kommunalt niveau* og effekten målt på *individniveau* med spørgeskemaundersøgelse blandt de gamle mennesker i kommunerne (Vass et al. 2002). Ud af 50 forespurgte kommuner i fire amter indgik 17 interventions- og 17 kontrolkommuner.

Interventionen blev gennemført fra 1999-2001 og omfattede

- 1) indledende tværfaglig undervisning af alle relevante faggrupper i de 17 interventionskommuner
- 2) opfølgende undervisning af mindst to nøglepersoner fra hver kommune to gange årligt
- 3) tilbud om smågruppebaseret undervisning af de praktiserende læger.

Figur 1 beskriver indholdet af den samlede undervisning.

Kontrolkommunerne var ikke i kontakt med projektets ledelse i de tre år, interventionen varede.

Effekten af interventionen blev målt med detaljerede registeroplysninger samt en spørgeskemaundersøgelse om funktionsevne m.m. hos de ældre på 75 og 80 år, som boede i de i alt 34 kommuner. 4.032 personer sagde ja til at deltage i undersøgelsen, som blev gennemført lige før interventionens start og efter 1,5 og tre år (ved interventionens afslutning). Yderligere blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse efter 4,5 år.

På baggrund af en sammenligning af dem, der sagde ja til at deltage og dem, der sagde nej til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen skønner vi, at vore deltagere er repræsentative for den gruppe gamle mennesker, som de forebyggende hjemmebesøg er rettet imod (Vass et al. 2007b).

Effekten af interventionen på funktionsevnen

Til vores store glæde viste de første resultater en positiv effekt på funktionsevnen hos de gamle mennesker efter interventionen (Vass et al. 2004; Avlund et al. 2007a). Ved de indledende analyser sås effekten tydeligst hos kvinder-

ne. Dette kan skyldes, at kvinder generelt reagerer tidligere på symptomer, går tidligere og mere til læge og er bedre til at lytte til og efterleve råd om at leve sundt. En anden forklaring kan være, at gamle kvinder tidligere når tærsklen til funktionsevnetab end mænd på grund af en svagere fysiologisk funktion, og at mændene derfor skal være ældre, før der kan ses en målbar effekt af interventionen.

Derfor forsøgte vi i de næste analyser at undersøge, om effekten var den samme i de forskellige aldersgrupper. Det viste sig, at de 80-årige deltagere af begge køn, som boede i interventionskommunerne, i højere grad havde en god funktionsevne (målt både som uafhængighed af hjælp og som evne til at klare de daglige aktiviteter uden træthed) og havde undgået at flytte på plejehjem, sammenlignet med 80-årige, som boede i kontrolkommunerne (Vass et al. 2005; Avlund et al. 2007b).

Der var varierede mønstre for funktionsevnetab over de 4,5 år. Figur 2 beskriver mønstre for funktionsevne hos de 3.129 deltagere, der havde god funktionsevne fra starten (dvs. klarede sig uden hjælp til de daglige aktiviteter). Det kunne dreje sig om progressivt (udviklede sig langsomt over perioden), katastrofisk (fra helt uden til alvorligt funktionsevnetab) eller reversibelt (genoprettet) funktionsevnetab. Der var 58 %, som opretholdt en god funktionsevne; 17 % udviklede katastrofisk, 6 % et progressivt og 7 % et reversibelt funktionsevnetab. De resterende 12 % havde blandede mønstre. Interventionen havde størst effekt på det progressive funktionsevnetab (Vass et al. 2007c). Dette kunne tyde på, at det er nemmere at forebygge et progressivt end et katastrofisk funktionsevnetab, som fx ses



FIG. 1 HOVEDINDHOLDET AF DEN UNDERVISNING, DER BLEV GIVET

Indholdet i de forebyggende hjemmebesøg, med vægt på den ældre borgers ressourcer og på helbreds-mæssige, mentale og sociale faktorer

Opmærksomhed over for tidlige tegn på tab af funktionsevne, især træthed ved de daglige aktiviteter (Avlunds Mobilitets-trætheds skala)

Anbefaling af en fysisk funktionstest (Timed up and go)

Betydningen af understøttende tilbud i lokalområdet, fx gode muligheder for at være fysisk aktiv, gode muligheder for at deltage i sociale aktiviteter og gode transportordninger

Fokus på relevante geriatrike problemer, fx faldforebyggelse, mentale problemer, medicin, inkontinens og kost

Information om lokale hjælpemuligheder, fx mulighed for havehjælp, mad-ordning

Betydningen af kommunikation som forudsætning for både at formidle tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg og at opnå god kontakt med den ældre borger

Samarbejdsrelationer til andre fagpersoner i lokalområdet, herunder praktiserende læger, med henblik på at skabe gode muligheder for at følge op på et forebyggende hjemmebesøg

BUDSKABET TIL DE PRAKTISERENDE LÆGER VAR

Tag det alvorligt, hvis en patient henvender sig efter at have taget imod et forebyggende hjemmebesøg

Tænk dig om, før du siger "det er alderen"

Tag de fem D'er med i din vurdering: Depression, Delir, Demens, Droger, Druk

efter apoplexi, hvor der er behov for en større rehabiliteringsindsats. Et progressivt funktionsevnetab er oftere relateret til sansetab (høre- og syns-nedsættelse) og kronisk sygdom, fx diabetes og slidgigt.

Betydningen af tværfagligt samarbejde

Et godt samarbejde mellem de forebyggende medarbejdere og de praktiserende læger er afgørende for de bedste effekter. Der var effekt af undervisning af de forebyggende medarbejdere og af lægerne hver for sig, men hvis begge grupper modtog undervisning, som bl.a. opfordrede til koordinering mellem netop disse instanser, var effekten mere end dobbelt så stor blandt de ældre mennesker – altså en gensidigt forstærkende effekt.

Undervisningen har netop fokuseret på vigtigheden af en helhedsvurdering ved besøgene og på at formidle kontakt til egen læge ved mistanke om helbreds-mæssige problemer. En hypotese for interventionen er, at hvis begyndende begrænsninger i funktionsevnen skal rettes op, skal problemerne opdages tidligt, og der skal reageres med det samme. Meget tyder på, at funktionsevnetab dermed kan forebygges som led i det daglige arbejde, hvilket jo har været meningen med lovgivningen.

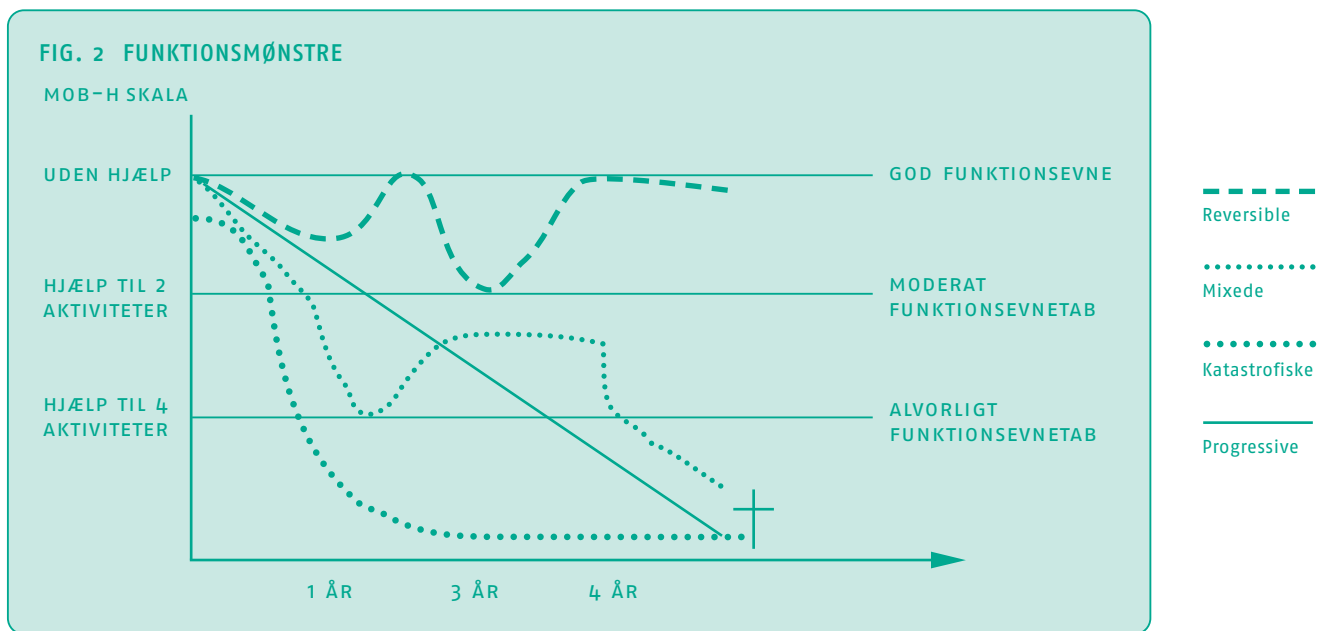
Effekt på forbrug af sundhedsydelser

Undervisningen af forebyggerne påvirkede ikke hospitalsindlæggelser, målt som tid og længde af første hospitalsindlæggelse og gennemsnitsantal indlæggelser blandt de gamle deltagere (Vass et al. 2008). Dette skyldes formentligt, at mange hospitalsindlæggelser blandt gamle mennesker i dag også forbedrer funktionsevnen, fx operationer for grå stær og slidgigt i hoften. Til gengæld var der færre indlæggelser i den undergruppe, som gennemlevede et

Kirsten Avlund er ergoterapeut, ph.d. og dr.med. og lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Hun har gennem mange år forsket i funktionsevne hos gamle mennesker samt betydningen af forebyggende hjemmebesøg.
K.Avlund@socmed.ku.dk

Mikkel Vass er praktiserende læge i Præstø og tilknyttet Afdeling for Almen Medicin på Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet. Han arbejder med forebyggende hjemmebesøg til ældre og vurdering af kognitive funktioner ifm. kørekortfornyelse og demensudredning i primærsektoren.
m.vass@dadlnet.dk

Carsten Hendriksen er læge, dr. med., lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og overlæge på Bispebjerg Hospital. Han har i mange år arbejdet med ældre i relation til forebyggelse, geriatri og rehabilitering.
C.Hendriksen@socmed.ku.dk



progressivt funktionsevnetab, hvis man boede i en kommune, hvor der blev undervist.

Forebyggende hjemmebesøg i det daglige arbejde

Gennem hele interventionsperioden indsamlede vi systematisk information om brug af social- og sundhedsydelser blandt de mennesker, der deltog i undersøgelsen. Vi ved, hvem af de gamle deltagere, der accepterede og modtog forebyggende hjemmebesøg – samt hvor mange hjemmebesøg, det har drejet sig om gennem de tre år. Derfor kunne vi undersøge, om det gør nogen forskel for de gamle menneskers funktionsevne at gennemføre de forebyggende hjemmebesøg, uafhængigt af vores intervention.

Resultaterne viser en effekt, der på mange måder ligner effekten af interventionen. Kvinder som sagde ja til at få forebyggende hjemmebesøg, havde bedre funktionsevne efter tre år end de kvinder, som afslog besøgene (Vass et al. 2004). Dette sås ikke så tydeligt hos mændene. Men igen fandt vi, at mændene kom med, når vi opdeltte analyserne i aldersgrupper. De ældste (både mænd og kvinder på 80 år) havde størst effekt af besøgene (Vass et al. 2005). Endvidere ses der pæn effekt på funktionsevnen, hvis man modtager mindst et besøg, men effekten er størst, hvis man har regelmæssig kontakt med

hjemmebesøgerne gennem tre år (Vass et al. 2005). Yderligere analyser viser, at trætte gamle mennesker, som modtog forebyggende hjemmebesøg, havde større chance for at komme sig end personer, som ikke havde fået hjemmebesøg (Avlund et al. 2007b).

Fysisk aktivitet

Den fysiske aktivitet hos deltagerne viste store variationer i perioden. Der var flere mænd og flere af de 75-årige, som opretholdt et højt fysisk aktivitetsniveau end det sås blandt kvinderne og blandt de 80-årige. Deltagerne blev fra starten af projektet opdelt i hhv. fysisk aktive og fysisk inaktive. Interventionen gjorde ingen forskel for ændringer i mændenes fysiske aktivitet. For kvinderne var der heller ingen forskel hos de 75-årige, men det var der hos de 80-årige. Resultaterne viste, at 80-årige kvinder, der var fysisk inaktive ved starten var blevet mere fysisk aktive gennem interventionsperioden, sammenlignet med 80-årige kvinder, som boede i kontrolkommunerne (Poulsen et al. 2007). I vores undervisning til forebyggerne lagde vi særlig vægt på betydningen af at være opmærksom på mulighederne for fysisk aktivitet i kommunen. Forebyggerne skulle indsamle oplysninger om, hvor der var konkret mulighed for fysisk træning, og hvordan mulighederne var for offentlig transport til træning og ældreidræt i kommunerne.

Og det ser ud til at det faktisk gjorde en forskel.

Endvidere blev langt flere af de 80-årige kvinder, som var fysisk aktive fra starten, ved med at være fysisk aktive over tre år, hvis de modtog forebyggende hjemmebesøg, sammenlignet med 80-årige kvinder, som ikke havde modtaget hjemmebesøg (Poulsen et al. 2007). Dette viser, at forebyggerne generelt har fokus på betydning af fysisk aktivitet – intervention eller ej – og at dette fokus ser ud til at have effekt hos de gamle, der allerede er fysisk aktive.

Organisation

Undervejs i projektet blev der indsamlet kvalitative oplysninger om, hvordan kommunerne har organiseret de forebyggende hjemmebesøg. Der sås store variationer, men analyserne tegner et mønster af tre overordnede måder at løse opgaven på. Kommunerne blev analyseret efter, hvordan styring, ledelse, produktion og læring i organisationen blev prioriteret og sat i værk. Tre organisationstyper kunne identificeres: *de regelstyrede kommuner* (15), *de rammestyrede* (18) og *den forhandlingsstyrede kommune* (1) (Vass et al. 2007d). Fordelene ved regelstyring af de forebyggende hjemmebesøg kan være ensartethed i tilbuddet, mens rammestyring giver mulighed for at tilbyde fleksible forløb, selv i meget komplekse situationer. Dette kræver imidlertid

FORSKNINGSPROJEKTET VISER AT:

Det har effekt at undervise forebyggerne og de praktiserende læger om, hvordan det gøres bedst muligt

Det har effekt at udføre forebyggende hjemmebesøg som en del af det daglige arbejde i kommunerne

Antal besøg og regelmæssighed har betydning

Der er formentligt kønsforskelle

Der er større effekt hos de ældre ældre (80-årige) end hos de yngre ældre (75-årige)

Det er vigtigt, at det forebyggende tilbud samarbejder med de praktiserende læger

stærke kompetencer hos forebyggerne og understreger behovet for uddannelse og professionalisering af forebyggernes arbejde.

En sundhedsøkonomisk vurdering viser, at undervisningen af sundhedspersonalet er omkostningsneutral. Man opnår med andre ord bedre funktions- evne hos besøgsmodtagerne og forbedrede kompetencer hos de fagprofessionelle for de samme ressourcer (Kronborg et al. 2006).

Taksigelser

De 34 kommuner takkes for deres deltagelse i projektet. Eva Jepsen takkes for stor indsats for projektet gennem flere år. Samtidig tak til Lisbeth Villemoes Sørensen og Annette Johansen for opfølgning på spørgeskemaundersøgelserne. Projektet er støttet økonomisk af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond, Socialministeriet, Det Kommunale Momsfond, Østdansk Forskningsforum, Forskningsfonden for Almen Praksis, Aase og Ejnar Danielsens Fond og Else og Mogens Wedell-Wedellsborgs Fond. Christian Cato Holm takkes for uvurderlig edb-hjælp.

Referencer

Avlund K, Vass M, Kvist K, Hendriksen C, Keiding N (2007a). The effect of education about preventive home visits to older adults. Results from a randomized controlled trial in 34

Danish municipalities. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60: 954-962.

Avlund K, Vass M, Hendriksen C (2007b). Education of preventive home visitors. The effect on tiredness in daily activities. *European Journal of Ageing*, 4: 125-131.

Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K (2006). Cost effectiveness of preventive home visits to older people: economic evaluation alongside randomised controlled study. *European Journal of Health Economics*, 7: 238-246.

Poulsen T, Elkjaer E, Vass M, Hendriksen C, Avlund K (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *European Journal of Ageing*, 4: 115-124.

Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N (2002). Preventive home visits to older people in Denmark. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14: 509-515.

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

Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C (2005). A feasible model for prevention of functional decline in older people. A municipality-randomised controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53: 563-568.

Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P (2007a). Preventive home visits to older

people in Denmark – Why, how, by whom, and when? *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 40: 209-216.

Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C (2007b). Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. The Danish Randomised Intervention Trial on Preventive Home Visits to older people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35: 410-417.

Vass M, Avlund K, Hendriksen C (2007c). Preventive home visits to older home-dwelling people and different functional decline patterns. *European Journal of Ageing*, 4: 107-113.

Vass M, Holmberg R, Nielsen HF, Lauridsen J, Avlund K, Hendriksen C (2007d). Preventive home visitation programmes for older people. The role of municipality organisation. *European Journal of Ageing*, 4: 133-140.

Vass M, Hendriksen C, Thomsen JL, Parner ET, Avlund K (2008). Preventive home visits to home-dwelling older people and hospital admission. A municipality-randomised intervention trial. *European Journal of Ageing*, DOI: 10.1007/S10433-007-0069-X.