

Forebyggende hjemmebesøg til ældre

1. Emne

Den 1. juli 1996 trådte "Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v." i kraft. Loven forpligter kommunalbestyrelserne at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle der er fyldt 75 år, mindst 2 gange om året (1). Formålet med tilbud om hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder (2).

Danmarks befolkning bliver ældre og ældre. Gennemsnitsalderen i befolkningen er steget med to år for såvel mænd som kvinder fra 1980 til 2000. Stigningen i gennemsnitsalderen skyldes især faldende dødelighed blandt gamle mennesker (3).

Med alderen oplever mange ældre nedsat funktionsevne, der kan besværliggøre dagligdagen. Den nedsatte funktionsevne kan være betinget af mange faktorer, herunder af sygdom, af dårlig gangfunktion, forringet syn og hørelse, hukommelsesproblemer samt social isolation (4).

I en dansk undersøgelse af 75-årige ældre fandt man, at 12% af mændene og 20% af kvinderne havde behov for hjælp til at færdes i dårligt vejr og 22% havde brug for hjælp til en eller flere af de almindelige daglige aktiviteter, som personlig hygiejne, påklædning etc. (5). En undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet fra 2000 viste, at blandt 77-årige kunne 81% ubesværet gå udendørs, 66% gik uden besvær på trapper og 59 % kunne uden besvær klippe tånegle (6).

Andelen af personer med svagt socialt netværk stiger med alderen, og er højest blandt kvinder (7). Stigende alder er dog generelt ikke ensbetydende med en svækkelse af de sociale relationer, men dette gælder for en mindre gruppe (6). En undersøgelse fra 1988 viste, at en tredjedel af de ældre i København havde uopfyldte sociale behov, mens en femtedel havde uopfyldte helbredsmaessige behov (8).

Ældre med nedsat funktionsevne har en øget risiko for at komme på plejehjem og højere dødelighed end jævnaldrende med et bedre funktionsniveau (5). Forebyggelse af funktionstab hos ældre er derfor et vigtigt indsatsområde både af hensyn til den enkelte ældre og af hensyn til samfundsøkonomien.

En af de metoder, der anvendes for at forebygge funktionstab hos ældre, er forebyggende hjemmebesøg med fokus på den ældres funktionsmaessige, psykologiske, medicinske og sociale ressourcer og problemer.

2. Målgruppe for indsatsen

Ordningen om forebyggende hjemmebesøg omfatter ældre over 75 år. Den enkelte kommune afgør om beboere på plejehjem skal omfattes af tilbudet (2).

3. Forebyggelsesmiljø

Den ældres hjem.

4. Beskrivelse af indsatsen

Den 1. juli 1996 trådte "Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v." i kraft. Loven forpligter kommunalbestyrelserne at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle der er fyldt 75 år, mindst 2 gange om året (1). Formålet med tilbud om hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder (2)

I Socialministeriets Vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. fra 1998 beskrives indholdet af de nuværende lovbundne, kommunale, forebyggende hjemmebesøg. I følge vejledningen skal hjemmebesøget indeholde en struktureret, helhedsorienteret samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed gennemgås og eventuelle spørgsmål drøftes. Indholdet af samtalen skal især være koncentreret om, hvordan den ældre mestrer sin tilværelse, frem for om eventuelle lidelser/sygdomme. Samtalen med den ældre kan dreje sig om dagligdagen, den ældres trivsel, socialt netværk, bolig, økonomi, sundhedstilstand, funktionsevne m.v. På baggrund af samtalen kan der henvises til forskellige forebyggende og aktiverende tilbud, som findes i kommunen, tilrettelagt af frivillige, organisationer eller kommunen selv, og der kan vejledes om tilbud på social- og sundhedsområdet, boligtilbud mv. Kommunen skal følge op, hvis der konstateres behov for personlig og praktisk hjælp eller hjælpemidler, og skal ved behov og efter aftale med den ældre formidle kontakt til den praktiserende læge. I situationer, hvor praktiske boligændringer eller lignende er nødvendige eller vil kunne lette den ældres dagligdag, kan den ældres opmærksomhed henledes herpå (2). Kommunalbestyrelserne i de enkelte kommuner træffer beslutning om tilrettelæggelse og administration af ordningen, herunder hvordan tilbudene til de ældre skal udformes og gennemføres, samt hvilke personalegrupper der skal varetage besøgene (2).

Den Sociale Ankestyrelse gennemførte i 1998 en spørgeskemaundersøgelse til 43 kommuner vedrørende deres praksis omkring de forebyggende hjemmebesøg for ældre (9). Undersøgelsen viste store forskelle i organisationen og indholdet i besøgene fra kommune til kommune.

Undersøgelse blev i 2002 fulgt op af en ny publikation vedr. kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg til ældre fra Den Sociale Ankestyrelse. Undersøgelsen konkluderede, at de fleste kommuner er gode til at formidle og sikre opfølgning omkring tilbudet om forebyggende hjemmebesøg, men at en række kommuner ikke lever op til lovens to minimumskrav, nemlig at sikre tilbud til alle ældre, der er fyldt 75 år, samt sikre, at kommunen er parat til at give tilbud om mindst to årlige besøg (10).

Inden "Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre" blev indført, blev der gennemført flere danske forsøg med forebyggende hjemmebesøg, dels som kontrollerede undersøgelser (8,11), dels som kommunale projekter (blandt andet i Randers (12), Fjends (13), Århus (14) og Nakskov kommuner (15)). I flere af disse projekter adskilte tilbudet sig på væsentlige punkter fra den nuværende ordning, idet målgruppen primært var grupper af svage ældre, hyppigst ældre der var blevet enker/enkemænd og ældre, der var blevet udskrevet fra sygehus til eget hjem (12-14). Endvidere deltog læger som besøgsparter i flere af undersøgelserne (8,11,12,14).

5. Dokumentation for indsatsens effekt og vurdering af dokumentationen

Effekten af forebyggende hjemmebesøg til ældre er blevet vurderet i flere undersøgelser, dels i randomiserede, kontrollerede undersøgelser (efter lodtrækningsprincip) og dels i ikke-randomiserede undersøgelser.

Effektmålene har i de kontrollerede undersøgelser hyppigst været følgende: Vurdering af funktionsniveau, forbrug af ydelser hos den praktiserende læge, antal indlæggelser og sengedage på hospital, plejehjemsindflytninger, behov for offentlig hjælp eller hjælpemidler, subjektiv vurdering af eget helbred og dødelighed.

Effekten vedr. hospitalsindlæggelser, plejehjemsindflytninger, offentlige ydelser, funktions-niveau og dødelighed

I en dansk randomiseret og kontrolleret undersøgelse fra 1984 "Rødovre-undersøgelsen" (11) blev effekten af forebyggende hjemmebesøg undersøgt blandt 300 tilfældigt udtrukne ældre over 74 år fra Rødovre Kommune, der boede i eget hjem. I undersøgelsen indgik en sammenlignelig kontrolgruppe. Interventionsgruppen fik hver tredje måned i en tre års periode besøg af en læge eller en sygeplejerske. Besøgene varede mellem ½ og 1½ time. Imellem besøgene havde de ældre mulighed for at kontakte gruppen telefonisk. Man indsamlede oplysninger om den ældres sociale og helbredsmæssige forhold. Eventuelle problemer blev søgt løst ved kontakt til relevante instanser. Kontrolgruppen fik kun ét besøg i slutningen af forløbet.

Risikoen for at komme på hospital fandtes signifikant højere hos de ældre i kontrolgruppen end i interventionsgruppen. De ældre i interventionsgruppen havde signifikant færre sengedage på hospital og vagtlægebesøg samt signifikant lavere dødelighed. Der var ingen forskel på de to grupper vedrørende antallet af ældre, der kom på plejehjem, antallet af besøg af hjemmesygeplejerske, kontakter til den praktiserende læge eller i de ældres funktionsniveau. Forbruget af hjemmehjælpstimer var højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen.

I alt 87% af de ældre i interventionsgruppe syntes, at de havde fået vigtig hjælp ved besøgene. De ældre havde været glade for at møde den samme person, og det var forfatterens generelle indtryk, at interventionen gav de ældre tryghed (11,16,17). Mekanismerne, der var virksomme, blev ikke belyst direkte i undersøgelsen, men forfatterne konkluderede, at en mulig virkningsmekanisme var, at de ældre mennesker rummer et potentiale, hvor kompensatoriske foranstaltninger hos dem selv og en indsats fra familie, venner og det offentlige kan medføre en tilværelse, der indeholder langt flere dimensioner end sygdom og død (17).

I en *meta-analyse fra 1993* af 28 kontrollerede undersøgelser vedrørende forebyggende foranstaltninger til ældre mennesker blev effekten af blandt andet undersøgelse ved speciallæge i geriatri (ældresygdomme) samt effekten af hjemmebesøg til ældre vurderet med hensyn til risikoen for at flytte på plejehjem. Interventionsgruppen omfattede i alt 4.959 ældre og kontrolgruppen 4.912. Ved metaanalyse fandt man, at der var større chance for at de ældre forblev i hjemmet, når de var blevet vurderet af geriater (odds ratio 1.68 (95% sikkerhedsinterval:1.17-2.41)) og mindst ved hjemmebesøg (odds ratio 1.2 (1.05-1.37)) i forhold til kontrolgruppen. Forfatterne konkluderede, at de interventioner, der omfatter geriatrik vurdering og ambulant opfølgning synes at være mere effektive end de programmer, der ikke omfatter vurdering af geriater (18).

I en *oversigtsartikel fra 1997* blev 12 randomiserede og kontrollerede studier vedrørende hjemmebesøg til ældre fra Europa og USA gennemgået (19). I materialet indgik blandt andet to danske undersøgelser (6,10). Der blev ikke foretaget en samlet metaanalyse af studierne på grund af disses indbyrdes forskellighed.

Følgende effektparametre blev vurderet: dødelighed, funktionsniveau, indlæggelser (dage, antal, varighed), plejehjemsindflytninger, behov for offentlig hjælp eller hjælpemidler og subjektiv vurdering af eget helbred. Ikke alle effektmålene var tilgængelige i alle undersøgelserne. I tre af 11 undersøgelser fandtes en signifikant reduktion i dødeligheden og i to af 10 undersøgelser fandtes et bedre funktionsniveau i interventionsgruppen. I fire af syv studier fandtes en signifikant reduktion i antallet af sengedage i interventionsgruppen og i fire af otte fandtes en reduktion af antallet af plejehjemsindflytninger. I seks ud af ti studier skete der en signifikant stigning i forbruget af offentlig hjælp eller hjælpemidler i interventionsgrupperne i forhold til kontrolgrupperne. I de undersøgelser, hvor der kun blev foretaget ét enkelt besøg, og hvor det ikke var sundhedsfagligt uddannet personale, der udførte besøgene, fandtes der generelt ingen målbar effekt. Endvidere tydede det på, at det var vigtigt, at både medicinske og sociale problemer blev taget op i samtalen, samt at intervallerne mellem besøgene ikke var på mere end 1 år. Besøgshyppigheden kunne i øvrigt ikke umiddelbart korreleres til resultaterne.

Forfatteren konkluderede, at forebyggende hjemmebesøg med opfølgning, udført af sundhedspersonale, har en gunstig effekt for de ældre, idet man opnåede en mere hensigtsmæssig udnyttelse af støttemuligheder, bedre mulighed for at de ældre kunne klare sig i eget hjem og mindre institutionsforbrug (19).

I en *oversigtsartikel fra 2000* blev 15 randomiserede, kontrollerede studier vedrørende effekten af forebyggende hjemmebesøg hos ældre gennemgået. På grund af studiernes indbyrdes forskellighed blev der ikke foretaget en metaanalyse. Forfatterne vurderede effekten af hjemmebesøgene ud fra oplysningerne om de ældres fysiske funktion, psykosociale funktion, hyppigheden af fald, indflytning på plejehjem og dødelighed. Der blev fundet en gavnlig effekt på funktionsniveauet i 5 ud af 12 studier, på den psykosociale funktion i 1 ud af 8 studier, på hyppigheden af fald i 2 ud af 6 studier og på hyppigheden af institutionalisering i 2 ud af 7 studier. Der fandtes lavere dødelighed i 3 ud af 13 studier. I ingen af studierne blev der beskrevet negative effekter af hjemmebesøgene. Forfatterne konkluderede, at der ikke er noget klart bevis for, hvorvidt der er effekt af de forebyggende hjemmebesøg hos ældre (20), og konkluderede, at det er vigtigt at vælge den rigtige målgruppe i fremtidige programmer.

I en *systematisk gennemgang og metaanalyse af 15 undersøgelser*, der omhandlede forebyggende hjemmebesøg, fandt man, at hjemmebesøg til almindelige ældre mennesker medførte lavere dødeligheden (odds ratio 0,76 (95% sikkerhedsinterval 0,64 – 0,89)). Man fandt også en reduktion i dødeligheden blandt skrøbelige ældre (odds ratio 0,72 (95% sikkerhedsinterval 0,54 – 0,97)). Hjemmebesøg var endvidere forbundet med signifikant reduktion i plejehjemsanbringelser blandt almindelige ældre og med mindre overbevisende effekt blandt skrøbelige ældre (21).

De ældres vurdering af interventionen

I "Rødovreundersøgelsen" syntes 87% af de ældre i interventionsgruppen, at de havde fået vigtig hjælp ved besøgene. De ældre havde været glade for at møde den samme person, og det var forfatterens generelle indtryk, at interventionen gav de ældre tryk (11).

I et projekt vedrørende forebyggende hjemmebesøg til ældre i Randers Kommune, der blev gennemført i årene 1988-1990 var målgruppen ældre, der var blevet udskrevet fra hospital eller nyligt blevet enke/enkemand.

Hjemmebesøgene foregik hver anden måned, og blev varetaget af den praktiserende læge og en projektsygeplejerske på skift. Ved afslutningen af projektet ønskede 82% af de ældre at fortsætte med ordningen, hvis det havde været muligt, og de ældre oplevede øget tryghed i hverdagen og satte pris på at kunne kontakte projektsygeplejersken mellem besøgene (12).

I en undersøgelse fra Nakskov (1989-91) omfattende alle hjemmeboende ældre mellem 75 og 81 år, oplyste 89% at besøgene af hjemmesygeplejersken havde været positive, og oplyste at de følte sig mere trygge og/eller mere glade. Kun ganske få følte sig mere raske (15).

I et projekt fra Århus, der blev gennemført i perioden 1989-1990, hvori også den praktiserende læge indgik, var det generelle indtryk, at de ældre var glade for ordningen. Følgende aspekter blev fremhævet: Tryghed ved at kende en fra systemet, tryghed ved at tale med en professionel om ting, man ikke taler med andre om, etablering af et andet forhold mellem den gamle og dennes praktiserende læge, mulighed for at berøre tabuemner som samtale om døden, mulighed for at snakke helbred og symptomer i ro og mag (13).

Konklusion om den foreliggende dokumentation

Dokumentationen for effekten af forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker bygger på randomiserede, kontrollerede undersøgelser og på afrapporteringer fra kommunale forsøg. Resultaterne fra de foreliggende studier vedrørende forebyggende hjemmebesøg er i mange tilfælde ikke direkte sammenlignelige på grund af forskelle i interventionens karakter og målgruppe for interventionen.

Gennemgående er der god evidens for, at de ældre finder hjemmebesøgene betryggende og at hjemmebesøgene medfører øget anvendelse af offentlig støtte og hjælp. Der er endvidere god evidens for, at hjemmebesøgene kan reducere dødeligheden blandt de ældre og behovet for plejehjemsanbringelse.

Nogle studier, men ikke alle, har vist gavnlig effekt af hjemmebesøgene på de ældres funktionsniveau.

Der er fortsat behov for interventionsundersøgelser, der vurderer, hvem der har effekt af indsatsen, hvem der bedst udfører besøgene samt en præcisering af indholdet og samarbejdet mellem faggrupper. Der er aktuelt forskning i gang inden for området i Danmark.

6. Bivirkninger ved indsatsen

Enkelte af deltagerne i "Rødovre-undersøgelsen" fandt, at deres privatliv var blevet krænket ved hjemmebesøgene, eller at besøgene havde været udmattende (11). Der er i øvrigt ikke rapporteret bivirkninger i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg.

7. Barrierer for anvendelse af indsatsen

Det er en forudsætning for hjemmebesøgene, at de ældre vil deltage. I 1998 afslog fire ud af 10 ældre tilbudet om det første hjemmebesøg. Væsentlig færre afslog tilbudet til det andet besøg. Ældre under 80 år afslår oftere end ældre over denne alder. Andelen af ældre, der tager imod tilbudet om besøg hang tæt sammen med om de ældre selv skulle melde tilbage til kommunen for at få besøg ved invitationen. I de kommuner, hvor de ældre selv skulle melde tilbage var der markant færre, der tog imod besøg i

forhold til i de kommuner, hvor de ældre kun skulle reagere, hvis de ikke ønskede besøget (9).

8. Sidegevinster og afledte effekter ved indsatsen

Viden opsamlet i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg kan anvendes i forbindelse med den lokale planlægning og styring af indsatsen på ældreområdet (9). Hjemmebesøgene giver endvidere mulighed for et mere struktureret samarbejde mellem hjemmeplejen og de praktiserende læger samt evt. med private organisationer.

Gennem hjemmebesøgene er det endvidere muligt at opnå en mere hensigtsmæssig anvendelse af forskellige støttemuligheder (11,19).

9. Organisation

Kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune træffer beslutning om tilrettelæggelsen og administrationen af loven om forebyggende hjemmebesøg, og tager stilling til, hvem der er egnet til at udføre opgaven. Kommunalbestyrelsen kan ikke overlade opgaven til frivillig arbejdskraft (2). I praksis foretages de forebyggende hjemmebesøg hyppigt af hjemmesygeplejersker.

I 80% af de kommuner, der indgik i undersøgelsen vedrørende kommunernes praksis ved forebyggende hjemmebesøg for ældre, var ordningen placeret som en del af en anden kommunal enhed, hyppigst i hjemmeplejen eller i pensionsafdelingen. I de resterende kommuner var ordningen hyppigst organiseret som en selvstændig enhed i forvaltningen (9).

10. Økonomi

I "Rødovreundersøgelsen" fandt man, som omtalt, en signifikant reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser i interventionsgruppen. De største besparelser var således specielt på sparede sengedage i forbindelse med hospitalsindlæggelserne, men også i mindre grad på sparede plejehjemsophold. De største udgiftsposter i undersøgelsen var løn til de tre personer, der foretog besøgene samt hjemmehjælp og pension til de ældre. Samlet set vurderede forfatterne, at der blev sparet penge ved interventionen. Groft anslået beløb udgifterne sig i undersøgelsen samlet til ca. 2,5 mill. kr. og besparelserne sig samlet til ca. 5 mill. kr., hvilket resulterer i en nettobesparelse på ca. 2.5 mill. kr. (11).

I en engelsk undersøgelse gives der en oversigt over omkostninger og effekter af en række interventioner fra forskellige undersøgelser (22). I de fleste af de undersøgelser, der indgår, mangler der dog detaljerede oplysninger om omkostningstyper, og det konkluderes, at omkostningerne i høj grad afhænger af interventionens karakter, og at omkostningerne varierer en del imellem de enkelte studier. Der er således store måleproblemer og præsentationsproblemer med de sundhedsøkonomiske vurderinger på dette område. Dette gælder både inkonsistens i omkostningsopgørelser og i de rapporterede effekter. Men alt i alt synes det dog at tyde på at jo mere intensiv interventionen er jo mere omkostningseffektiv vil den også være.

11. Etik

De forebyggende hjemmebesøg er frivillige for de ældre. Ved besøgene er det vigtigt, at de ældre bevarer fornemmelsen af autonomi og retten til selvbestemmelse, og den besøgende skal have fornemmelse for balancen mellem de faglige argumenter og den ældres ønsker om forandring (3,23).

Nogle forfattere har sat etisk spørgsmålstejn ved, at man med de forebyggende ældresamtaler blander sig i de ældres liv, idet det anføres, at man ikke uden

videre kan regne med, at folk har behov for specielle sociale og medicinske ydelser, blot fordi de har nået en vis alder (3).

12. Referencer

1. Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Lov nr. 1117 af 20.12.1995. Retsinformations hjemmeside (27.12.2000).
2. Vejledning om sociale tilbud til ældre m.fl. Socialministeriet d. 6. marts 1998. Retsinformations hjemmeside (27.12.2000).
3. Statistisk Årbog 2000. Danmarks Statistiks hjemmeside (29.12.00).
4. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
5. Avlund K, Davidsen M, Schultz-Larsen K. Changes in functional ability from age 70 to 75: A Danish longitudinal study. *J Aging Health* 1995;7:254-82.
6. Platz M. Danskere med livserfaring – portrætteret i tal. Socialforskningsinstituttet 2000, 00:8.
7. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994. DIKE 1995.
8. Sørensen KH, Sivertsen J. Follow-up three years after intervention to relieve unmet medical and social needs of old people. *Compr Gerontol B* 1988;2:85-91.
9. Rapport om Kommunernes praksis ved forebyggende hjemmebesøg for ældre. Den Sociale Ankestyrelse, København 1999.
10. Den Sociale Database 2002. Kommunernes administration af reglerne om forebyggende hjemmebesøg til ældre. Den Sociale Ankestyrelse (www.DenSocialeDatabase.dk)
11. Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984;289:1522-4.
12. Det opsøgende ældreprojekt i Randers Kommune. Randers Kommune 1990.
13. Rådgivnings- og besøgstjeneste, et forsøg med opsøgende forebyggende besøg. Fjends Kommune 1992.
14. Palsholm SK. Kontaktordningen, et forsøg med opsøgende og forebyggende besøg hos gamle mennesker i Århus Kommune. Århus Amts Trykkeri 1991.
15. Stürup H. Nakskov-undersøgelsen, Projekt bedre alderdom - PROBA. Aktive senior borgere. Extra-posten. Nakskov Bogtryk 1995.
16. Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Ældre menneskers kontakter med praktiserende læger. *Ugeskr Læger* 1986;148:3397-3401.
17. Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Ældre menneskers subjektive helbredstilstand ved afslutningen af et treårigt kontrolleret interventionsstudie. *Ugeskr Læger* 1985;147:1217-21.

18. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubinstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
19. Jensen GR. Forebyggende hjemmebesøg til ældre. *Ugeskr Læger* 1997;159:6358-61
20. Van Haarstregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly in the community: Systematic review. *BMJ* 2000;320:754-8.
21. Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:1-9.
22. McEwan RT, Forster DP. A review of the costs and effectiveness of assessing the elderly in general practice. *Fam Pract* 1993;10:55-62.
23. Hendriksen C. Preventive home visits among elderly people. *Dan Med Bull* 1992;39:256-7.

13. Links

Retsinformation
Danmarks Statistik

14. Forfattere:

Metodegennemgangen blev foretaget i marts 2001 på Staten Institut for Folkesundhed ved Koefoed BG, Stentebjerg-Olesen M, Iburg KM og Keiding L.

Opdateret marts 2003 i Sundhedsstyrelsens Videns- og Dokumentationsenhed på basis af kommentarer fra overlæge dr. med. Carsten Hendriksen.