

# **Projektrapport**

Evaluering af sundhedssamtaler  
gennemført efter sygehusindlæggelse

**Birgit Huus**

**Lektor, Sygeplejerskeuddannelsen Vejle UC-Lillebælt  
December 2014**

**Projektet er udarbejdet i samarbejde med Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen I Vejle Kommune og borgere i Vejle Kommune, Sundhedsuddannelsernes Forskningsenhed UC-Lillebælt og Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle UC-Lillebælt.**

# Indholdsfortegnelse

|  |          |
|--|----------|
| Forord   | 3        |
| Abstrakt – konklusion  | 4        |
| Projektets baggrund  | 5        |
| Projektets spørgsmål og hensigt                                      | 6        |
| Projektets metode og materiale                                       | 6        |
| Design og metode   | 6        |
| Litteratursøgning  | <b>7</b> |
| Deltagere  | 7        |
| Etik   | <b>7</b> |
| Dataindsamling og tolkning   | 8        |
| Fund   | 8        |
| Naiv analyse   | 8        |
| Strukturel analyse   | 8        |
| Præsentation af fund   | 8        |
| * Hændelse der fører til kontakt med systemet                        | 8        |
| * Kontakten er ikke etableret ~ behov for samtale                    | 10       |
| * Del og helhed - livet er mere end sygdom                           | 10       |
| * Model for samtalen ~ det ønskelige                                 | 11       |
| * Vejen til at få anerkendt problem ~ at blive fastholdt i sygerolle | 12       |
| Model for sammenhæng mellem undersøgelsens fund                      | 13       |
| Diskussion   | 14       |
| Referencer   | 17       |

## Forord

Projektet udspringer af en partnerskabsaftale mellem Vejle Kommune og UC- Lillebælt, konkretiseret i evaluering af sundhedssamtaler, der er gennemført på borgernes initiativ efter sygehusophold i 2013 og 2014. Samtalerne er foretaget af personale i Sundhedsafdelingen i Vejle. Evalueringen gennemføres som en kvalitativ undersøgelse.

Projektets borgertilknytning:  
Syv borgere fra Vejle kommune.

Projektets praksistilknytning:  
Uffe Nymark Breum, Afdelingsleder i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen Vejle  
[UFNBR@vejle.dk](mailto:UFNBR@vejle.dk).  
Jane Nielsen, Sygeplejerske, Sundhedsvejleder Forebyggende hjemmebesøg [JANEN@vejle.dk](mailto:JANEN@vejle.dk), og  
Kirsten Berthelsen, Ergoterapeut, Sundhedsvejleder Forebyggende hjemmebesøg [KIBER@vejle.dk](mailto:KIBER@vejle.dk)

Projektets Forskningstilknytning:  
Poul Bruun, Forskningsleder Sundhedsuddannelsernes Forskningsenhed, UC-Lillebælt  
[pobr@ucl.dk](mailto:pobr@ucl.dk)

Projektets uddannelsestilknytning:  
Henriette Asgreen, Sygeplejestuderende ved Vejle UC-Lillebælt.

Tak til ovennævnte deltagere for dialog om projektet, hvorved det blev muligt at undersøge projektets spørgsmål.

Børkop, december 2014  
Birgit Huus Lektor [bihj@ucl.dk](mailto:bihj@ucl.dk)

## Abstrakt – konklusion

Projektet omfatter evaluering af Vejle kommunes særlige tilbud om sundhedssamtaler til borgere over 75 år, der har været indlagt på sygehuset. Samtalen er et ekstra tilbud ud over de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg og gennemføres på initiativ fra borgeren. Formålet med samtalerne er at styrke borgerens mestrings evne og reducere genindlæggelse. Undersøgelsens spørgsmål er: hvorledes opleves sundhedssamtalen, og hvilken betydning har samtalen for varetagelsen af egen sundhed. Sigtet er at få en dybere forståelse af og viden om borgernes erfaringer med sundhedssamtalen.

Undersøgelsens kvalitative metode er inspireret af Dahler-Larsens responsive evaluering samt feltforskning ud fra Bernard. Empirien omfatter interview med 7 personer heraf 3 mænd og 4 kvinder i alderen 76-87 år. Der gennemførtes 3 individuelle interview og 2 par interview med ægtefæller i borgernes eget hjem. I analysen indgår der data fra 6 personer. Endvidere er der foretaget litteraturstudier. Analysen er foretaget ud fra Ricoeurs sprogfilosofi og fortolkningsmetode bestående af naiv analyse, strukturanalyse, kritisk tolkning og diskussion. Fundene er beskrevet i fem temaer: ”Hændelser der fører til kontakt med systemet”; ”Kontakten er ikke etableret ~ behov for samtale”; ”Del og helhed – livet er mere end sygdom”; ”Model for samtalen ~ det ønskelige” og ”Vejen til at få anerkendt problem ~ at blive fastholdt i sygerolle”. Fundene præsenteres i en model og diskuteres i forhold til teori og forskning, hvilket fører til følgende **konklusion**:

Undersøgelsen viser, at borgeren er oplyst om samtalen som en mulighed og benytter sig heraf. Desuden opleves samtalen at føre til effektiv og hurtig hjælp. Borgeren værdsætter vejlederens personlige egenskaber, faglige kompetencer og at borgeren har kendskab til vejlederen fra andre sammenhænge. Vejledningen opleves som behjælpelig, kontinuerlig og understøttende.

Undersøgelsen giver et billede af, hvilke facetter der er i spil, når samtalen savnes eller ønskes. Eksempelvis når borgeren er i tvivl om effekten af medicinen, om det er den rette behandling, hvor længe man skal blive ved med behandlingen, inden der kan forventes en forbedring, af- eller bekræftelse af at forløbet kan være endog meget langvarigt, og den farbare vej gennem systemet, således at ventetiderne reduceres. Sundhedssamtalen er i denne sammenhæng værdifuld, idet den kan bidrage til, at familien igen kan opleve lindring af lidelse, forståelse af sygdom, handlekraft og få hjælp til at finde en lettere vej gennem systemet.

Undersøgelsen viser kontekstens kompleksitet og betydning, idet borgerens oplevelser er indvævet i en større helhed. Sygdom og sundhedssamtale kan være en lille del af det, der ellers opleves i livet, men sundhedssamtalen kan understøtte håndtering af delproblemet, således at vanskelige eksistentielle udfordringer i livet mestres på en god måde. Eksempelvis kan samtalen bidrage til at understøtte håndtering af smerte, tab og sorg samt styrke livsmod og håb for fremtiden. Konteksten omfatter endvidere sociale aktiviteter og samvær, der som livsindhold haves, mistes eller nyskabes, samt omfattende livsindsats med at støtte udvikling af børn og unge, som borgeren kan have behov for at tale om.

Undersøgelsen peger på, at det er værdifuldt at samtalen er et tilbud med mulighed for selvbestemmelse, således at borgeren selv kan mestre sin situation, udvise handlekraft og etablere handlerum. Endvidere værdsættes kendskabet til vejlederen, og det påpeges, at borgerens egen forberedelse til samtaler er af værdi. Enkelte ønsker at vejlederen i højere grad er initiativtager til samtalen.

Undersøgelsen giver eksempler på, at det kan være vanskeligt som borger at få anerkendt et problem og få adgang til den rette behandling. Desuden kan borgeren opleve at blive fastholdt i en sygerolle, hvilket besværliggør frigørelse fra systemet og hindrer ønsket om at føle sig rask. Sundhedssamtalen kan i denne sammenhæng bidrage til bearbejdelse af oplevelsen.

I **diskussionen** beskrives subjektivitet som en nøgelfaktor i læring om sundhed, helbred og mestring, men også behovet for korrektion af borgerens subjektive opfattelse, med henblik på at understøtte borgerens erfaringer, handlinger og strategier. Borgerens situation kan opleves uoverskuelig og kompleks, og selv om der er kendskab til tilbud om samtale, kan det være vanskeligt at tage initiativ hertil. Dette kan opleves som lidelse, hvor sundhedsvejlederen har en opgave i at indgå i bekræftelse og gennemlevelse af lidelsen, således at borgeren understøttes i at finde en ny helhed gennem fortælling og ny mestring. Sundhedssamtalerne kan hermed åbne for den levende fortalte erfaringer, der indeholder et ønske om at ændre på livsforhold.

Det empiriske datagrundlag er begrænset, og der kunne ønskes flere undersøgelser, der formodentlig kunne bidrage til at uddybe og underbygge det første udkast til borgerens personlige model for sundhedssamtalen. Ydermere kunne det være af interesse at undersøge samtalerummets betydning og det at være stifinder for borgeren, idet der åbner sig en omfattende verden af erindringer, forskydninger og associationer, når borgeren udtrykker sig om stien der findes frem mod mestring, og læringen der fremkommer herved. Litteratursøgningen viser endvidere, at der tilsyneladende er få artikler om denne type sundhedssamtaler. Det kunne derfor være ønskeligt at området undersøges mere dybtgående.

## **Projektets baggrund introduktion**

I Vejle kommune er der i 2013-2014 gennemført et særligt tilbud om sundhedssamtaler til borgere over 75 år, der har været indlagt på sygehuset. Samtalen er et ekstra tilbud ud over de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg. Samtalen kan omfatte borgerens oplevelse af at forandre livsforudsætninger fra at være ressource stærk til selv at have behov for hjælp, samt det at mestre en ny situation med ændret funktionsniveau fysisk, psykisk og socialt. Samtalen kan endvidere indbefatte svar på tvivlsspørgsmål om det videre forløb, evt. forholdsregler, medicin, genoptræning mv. Under samtalen indgår borgerens livshistorie, tidligere håndtering heraf og udfordringer hermed. Der informeres mundtligt om muligheden for denne type samtale og skriftligt i form af pjece (1,2). Samtalen gennemføres på initiativ fra borgeren.

Formålet med samtalerne er at styrke borgerens mestringsevne og reducere genindlæggelse. Mestringsevne defineres som evnen til at forstå og håndtere den ændrende livssituation, således at livskvaliteten bevares. Genindlæggelse defineres som akut indlæggelse pga. samme sygdom eller problemer i forhold til denne, som finder sted indenfor 30 dage efter udskrivelse fra sygehus (1).

Målet med samtalerne er: 1) at borgeren bliver afklaret i forhold til at have været indlagt, 2) at borgeren får drøftet spørgsmål i forhold til indlæggelsen, 3) at støtte borgeren i at bruge de fysiske, psykiske og sociale ressourcer, der er nødvendige for at vende tilbage til hverdagslivet. Målgruppen er borgere på 75 år og opefter, som modtager tilbud om forebyggende hjemmebesøg (1).

Der er foretaget kvantitativ evaluering med registrering af data om antal henvendelser fordelt på mænd, kvinder, alder og civilstand, samt hvor henvendelserne kommer fra – sygehus/afdeling? Hvor længe borgeren har været indlagt? Antal genindlæggelser indenfor 30 dage for samme problem? og om borgeren tidligere har modtaget forbyggende hjemmebesøg eller ikke? (3).

Dette projekt beskriver kvalitativ evaluering af borgerens oplevelse af indsatsen belyst ud fra interview.

Sundhedsafdelingens argument for at gennemføre samtalerne (1) findes i de øgede krav til kommunerne forbundet med ændringer i de demografiske forhold, hvor antallet af borger på 65 år er stigende, samt et øget antal kronisk syge og at flere behandlinger gennemføres med kortvarige sygehusindlæggelser eller ved ambulante forløb (4).

## **Projektets spørgsmål og hensigt**

Projektets fokus er evaluering af sundhedssamtaler efter sygehusophold, der er gennemført i 2013 og 2014 af personale i Sundhedsafdelingen i Vejle.

Hensigten er at få en dybere forståelse af og viden om borgernes erfaringer med sundhedssamtaler. Dvs. hvorledes oplevedes samtalen, og hvilken betydning havde samtalen for varetagelsen af egen sundhed.

## **Projektets metode og materialer**

### **Design og metode**

Videnskabsteoretisk tages der afsæt i hermeneutik og fænomenologi, da der ønskes beskrivelse og forståelse af et fænomen. Metoden er inspireret af evaluerings- og feltforskning ud fra Dahler-Larsen (5) og Bernard (6). Evaluering defineres som en systematisk bedømmelse af udfald af virksomhed ifølge Verdum (5). I dette projekt består virksomheden i sundhedssamtaler, der ønskes bedømt. Dahler-Larsen beskriver teori om flere former for evaluering, men i denne sammenhæng tages der afsæt i responsiv evaluering. Responsiv evaluering er karakteriseret ved at være lokal,

situationsbestemt, dynamisk, kompleks samt indflettet i en historisk, kropslig og institutionel orden, der kræver cases og tykke beskrivelser. Beskrivelserne giver adgang til kvalitative oplevelser af sundhedssamtalen, hvor erfaringer, meninger, betydninger og forståelser ses i forhold til den kontekst borgeren indgår i. Idet der arbejdes med feltforskning beskrives, analyseres og fortolkes et fænomen og dets kontekst. Sigtet er en dækkende og fyldig forståelse, med tætte beskrivelser fra flere forskellige datakilder og førstehånds observation (6).

I beskrivelserne indgår der bedømmelse af sundhedssamtaler, der omfatter en mangfoldighed af værdier, refleksion over viden, færdigheder, beslutning og handling der kan føre til mestring og læring om egen sundhed samt forebyggelse og reducere af indlæggelse.

### **Litteratursøgning**

Litteratursøgningen er gennemført i Cinahl med søgeordene evaluation og preventive home visits. Søgningen er afgrænset til studier, der er publiceret inden for 10 år og review. Resultatet var 11 artikler, heraf er udvalgt en artikel af Wong (7), der beskriver den subjektive oplevelse af omsorg. Litteratursøgning i PubMed er foretaget med søgeordene evaluation, preventive home visits, elderly med tilføjelserne health og rehospitalization, afgrænset til 10 år og review. Resultatet var 9 artikler hvoraf 4 anvendes som baggrundsviden. Litteratursøgning er foretaget for at kvalificere undersøgelsens fokus, interviewguide, tolkning og diskussion.

Litteratursøgningen omfatter endvidere gennemgang af Thuesens (8) Arbejdsrapport og slutnotat om evaluering af sundhedssamtaler efter sygehusophold, hvorfra der anvendes artikler i diskussionen. Endvidere har sygeplejestuderende Henriette Agreen arbejdet med projektets litteratursøgning.

### **Deltagere**

Dataindsamlingen er foretaget i Vejle Kommune med deltagelse af 7 ud af 10 mulige deltagere, der var udpeget af sundhedsafdelingens personale. Alle der responderede på første kontakt indgik i undersøgelsen, men set i forhold til projektets tidsramme og den indsamlede datamængde blev der ikke foretaget flere kontakter. Der gennemførtes 3 individuelle interview og 2 par interview med ægtefæller i borgernes eget hjem. I et par interview havde begge deltagere haft kontakt med sundhedssystemet. I det andet par interview var det kun den ene part, der havde haft direkte kontakt med systemet. Deltagerne bestod af 3 mænd og 4 kvinder i alderen 76-87 år. Interviewene havde en varighed fra 45 minutter til 2 timer. Inklusionskriterierne var: personer der havde deltaget i sundhedssamtaler i perioden 2013-2014 efter sygehusindlæggelse samt personer med hukommelse, meninger og sprog, der kunne belyse undersøgelsens spørgsmål.

### **Etik**

Undersøgelsen omfatter informeret samtykke med skriftligt og mundtligt information om undersøgelsens sigte, frivillighed, konfidentielle forhold og formidling af data i rapportform og evt. i artikelform. Da interviewene kunne afdække forhold, der krævede ekspertise fra sundhedsafdelingen aftaltes mulighed for opfølgning ved kontaktperson i sundhedsafdelingen, hvilket blev benyttet i en sammenhæng. Ud fra etiske og personlige forhold valgte en informant at

udgå af undersøgelsen. Der citeres derfor kun fra interview med 6 personer. Projektet har været forelagt den lokale etiske komite`.

## **Dataindsamling og tolkning**

Interviewene blev foretaget ud fra interviewguide, og data registreredes digitalt og transskiberedes efterfølgende. Observationer foretaget under interviewet og refleksioner herover er umiddelbart efter interviewet dokumenteret i feltnoter. Interviewguiden omfattede spørgsmål vedrørende informantens baggrund og oplevelse af forløbet, årsag til og initiativ til sundhedssamtalen, samt sundhedssamtalens indhold, mål og proces set i forhold til borgerens forudsætninger. Dataanalysen er inspireret af Ricoeur (9) og Pedersen (10), og omfatter naiv analyse, strukturanalyse, kritisk tolkning og diskussion. I den naive analyse gennemlæses hvert interview med det sigte at afdække helhedens forståelse og identificere meningsindhold i de udtrykte oplevelser og erfaringer. I strukturanalysen udvælges meningsenheder af meningsindholdet i form af citater, hvoraf der tolkes betydninger, der efterfølgende formuleres som centrale temaer. Herefter formuleres en sammenhængende tekst under hvert tema. I tolkningen figurerer dataudsagn med henvisning til borger (B). Analysen afsluttes med yderlig tolkning og diskussion med inddragelse af anden litteratur og forskningsresultater.

## **Fund**

### **Naiv analyse**

I den naive analyse udledes meningsindholdet til at være forbundet med den hændelse der fører til kontakt med systemet, oplevelser der har sammenhæng med andre forhold i livet, netværkets betydning, opfattelsen af at modtage hjælp, den gode oplevelse med vejlederen, mødet med systemet, livsholdningen, det sociale samvær, livet med lidelserne og andre livsopgaver end sygdom.

### **Strukturel analyse**

Den strukturelle analyse førte til fem temaer, der formuleredes således: ”Hændelser der fører til kontakt med systemet”; ”Kontakten er ikke etableret – behov for samtale”; ”Del og helhed - livet er mere end sygdom”; ”Model for samtalen - det ønskelige”; ”Vejen til at få anerkendt problem – at blive fastholdt i sygerolle”.

## **Præsentation af fund**

### **”Hændelser der fører til kontakt med systemet”**

I forløbet efter hospitalsophold ses kontakt til systemet. Eksempelvis kan en støttestrømpe have sit eget liv, idet der undervejs opleves ikke at få en strømpe, dernæst at få en strømpe der ikke er målt, og som viser sig at være for lille, hvilket giver sårkomplikationer og vanskeligheder med at få den af og på samt ubehag ved at bruge strømpen, da den er for stram. Borgeren fortæller: ”så ringede hun tilbage til mig, og så sagde jeg, jeg ved faktisk ikke hvad jeg skal gøre, for jeg har fået nyt knæ,



og nu har jeg støttestrømpe, og jeg kan simpelthen hverken få den af eller på, og jeg kan ikke holde ud at have den på hele døgnet, og jeg kan ikke holde ud at ligge med den om natten [...] så sagde hun: det skal jeg lige tage mig af, og næste morgen kl. 5 min i otte, ringede der en sygeplejerske fra plejehjemmet - om det var i orden at hun kom nu? Og det var det da ihvert tilfælde [...] sygeplejersken kom alle dage og [...] det fungerede bare så godt”(B). Borgeren får den hjælp, der er behov for med reducering i lidelserne, så der var overskud til at mestre egen situation og håndtere andre forhold i livet. Effektiviteten der afspejles i det korte tidsrum mellem kontakt og tilbud om hjælp er betydningsfuld, hvilket udtrykkes af borgeren på følgende måde: ”Der gik ikke mange dage, fra jeg henvendte mig, til jeg så der skete noget [...] når besluttet sig, så har man virkelig behovet”(B). Sidste udtalelse peger på, at borgeren ikke gerne henvender sig unødigt og afprøver andre muligheder, inden der tages kontakt til systemet. Vanskelighederne med støttestrømpen forklarer borgeren med systemets krav om hurtig udskrivelse, selv om man er alene derhjemme og har det skidt efter bedøvelsen. I denne sammenhæng oplever borgeren kommunikation med forskellige faggrupper, hvor der udtrykkes forståelse for, at man ikke er klar til udskrivelse men også det modsatte (B). Det er samtaler der huskes, genfortælles og tænkes over, for at forstå meningen heri og begribe egne følelsesmæssige oplevelse af mødet med effektivitetspres i behandlingen.

En anden borger har kendskab til tilbud om samtaler efter sygehusophold, og ser det tilsyneladende som værende knyttet til de lovbestemte forebyggelsessamtaler, idet der er personsammenfald, hvilket afspejles i følgende udsagn: ”Forebyggelseskonsulenten har gjort opmærksom på, at hvis man havde behov for det, så kunne man henvende sig [...] hvilket borgeren har benyttet sig af i forbindelse med efterspørgsel af praktisk hjælp i hjemmet. Det er for øvrigt en person [...] som vi gerne vil have besøg af [...] Det er dejligt at have kontakt, og at der er nogen i systemet, der kender os”. Det er et menneske, der er ”nede på jorden [...] sat sig godt ind i vores forhold [...] vidste utrolig meget om os. [...] oplivende at have besøg.” Hun siger: ”se at komme ud af jeres vaner” og man ”kommer til at tænke på det [...] jo, man reviderer dem nok lidt, når vi står og skal prøve tingene på en anden måde.” Mødet beskrives som vellykket, og det har betydning og værdi, hvilket borgeren udtrykker således: ”Hvis man først får brug for en til at hjælpe på den måde, så er det rart at kende vedkommende, i stedet for at man først skal til at kende vedkommende, når man er dårlig” (B). I en lidelsesfuld situation kan det være vanskeligt, at have overskud til at lære et andet menneske at kende, det er derfor betydningsfuldt, at man kender vedkommende fra andre samtaler. Det giver tryghed og ro, og gør det lettere for borgeren at tage kontakt til vedkommende.

En borger har en aftale med forebyggelseskonsulenten om: ”at når der er noget, jeg ikke kan finde ud af. Hvis jeg læser om et eller andet inde fra sundhedssektoren, så kan jeg snakke med hende om det. Hvis jeg fx har nogle små bekymringer [...] hjulpet mig mange gange.” Eksempelvis da borgeren kom hjem fra sygehuset med: ”Søm og skruer og [...] i ankelen [...] så et kunstigt knæ” og flere lidelser, ”da fik jeg også hjælp [...] træning [...] snakket med [...] fin behandling på sygehuset” (B). Borgeren oplever en behjælpelig, kontinuerlig og understøttende kontakt, når der er behov herfor.

### **”Kontakten er ikke etableret ~ behov for samtale”**

En borger med flere lidelser har oplevet ”meget positivt og megen venlighed” i kontakten med sygehuset, men beskriver tillige ”ikke at have haft kontakt” med sundhedspersoner, selv om der tilsyneladende er behov herfor. Borgeren fortæller om hævede ben og fødder samt smertefuld og besværlig gang, uorden i balancen og behov for hjælp til praktiske handlinger, og siger ”ubehageligt, så det håber jeg de kan gøre noget ved”, idet det også hindrer borgeren i at deltage i sociale aktiviteter. Endvidere har den medicinske behandling en søvndyssende bivirkninger, men der er ”ikke sket noget med smerterne”. Spørgsmålet er om tilstanden ”forværres”. Borgeren udtrykker tvivl: ”er det mig der kontakter lægen, eller ham der kontakter mig [...] kan man springe led over [...] tre forskellige læger [...] hver gang man er kommet, så går der altså 2- 3 uger med at vente [...] og sådan har vi ventet meget.” Tvivlen går på om: ”det os der skal presse på, eller skal vi få en til at komme og tale med os. Der kunne vi godt ønske os, at systemet var sådan, at der var en der kom engang imellem og sagde: har I det godt. Jeg vil ikke rende og klage, jeg vil være frisk, men på den anden side, at gå her - ingenting at kunne [...] det er også træls. Det er frygtelig træls”. Borgeren er i tvivl om effekten af medicinen, om det er den rette behandling, hvor længe man skal blive ved med behandlingen, inden der kan forventes en forbedring, eller at blive bekræftet i at forløbet kan være endog meget langvarigt. Borgeren er endvidere i tvivl om, hvor den farbare vej er igennem systemet, således at ventetiderne reduceres. Efter aftale med borgeren tages der kontakt til sundhedsafdelingen med henblik på vejledning og støtte, således at familien igen kan opleve lindring af lidelse, forståelse af sygdom, handlekraft og få hjælp til at finde en lettere vej gennem systemet.

### **”Del og helhed– livet er mere end sygdom”**

Borgerens oplevelser er flettet ind i en større helhed, der omfatter andre livsforhold. En borger fortæller, at systemets tilbud om samtaler ”har fungeret, når jeg har haft brug for det”, og borgeren uddyber med erfaringer og oplevelser fra andre indlæggelser, operative indgreb og hjælp til ægtefælle efter dødsfald (B). Dødsfald af nærtstående bringer sorg og følelser af tab, og man berøres heraf i forbindelse med mærkedage og samvær i familien. Borgeren fortæller at der er: ”gået et år, troede det var ovre - går aldrig over” (B). I disse situationer hentes der trøst og lindring i foreninger, hvor der er ”nogen der kender os og vores situation”. Her kan samværet bidrage med erfaringsudveksling, bearbejdelse af egne oplevelser og den gode oplevelse, at man kan bruges til noget sammen med andre. Et godt naboskab kan endvidere give rigtig meget glæde og være guld værd. Borgeren reflekterer videre og fortsætter: ”når man har ondt i livet, går det lige ned i det sted på kroppen, hvor man har ondt (B). Borgerens fortælling illustrerer, hvorledes inddragelse af omgivelsernes ressourcer og egne mentale styrker kan være en del af håndteringen af eksistentiel smerte og sorg, således at livsmodet styrkes, og der indgives håb for fremtiden, fordi der er nogen der er der og lytter.

Livet indeholder en lang række sociale aktiviteter, der handler om at være noget for andre, at opleve samvær og nærvær med andre, men det er ikke vedvarende - sociale kontakter kan mistes. En borger fortæller om værdien i kontakten med naboerne ved at ”banke på døren [...] få en sludder

[...] sammen se i et blad [...] sidde med et håndarbejde [...] sørger for at give noget at drikke, snakker med hende og holder hendes hænder" (B). Her beskrives besøg med medmenneskelig kontakt og aktiviteter som borgeren holder af, og der fortælles med indlevelse i en varieret tone, men det er trist, når de dør eller flytter på center. Borgerens tilgang til livet har "altid været nysgerrig" og fyldt med "beskæftigelse" i form af at "pynter op, studiekreds, sang, læse op". Dette livsindhold mistes, idet boligerne skal bruges til andre samfundsopgaver, og en nabo flytter til et sted, en anden til et andet sted og dør, og selv er borgeren flyttet til et tredje sted (B). Borgeren fortæller videre at "så længe jeg kan krybe og kravle, bliver jeg ved", og påpeger betydningen af at have forbilleder her i livet. Det "at have en oppe i hovedet [...] der sætter noget i mig, så jeg tænker", det er udviklende. I denne sammenhæng handler det om naboer, der lytter og har kloge ord på det rette tidspunkt samt udviser en forbilledlig handling. Endvidere opleves der også taknemlighed og trøst i tro og bøn. Ifølge borgeren er et sundt liv også at "leve med sygdom, ikke dyrke dem", og borgeren fortæller om perioder i livet med gymnastik, ballet og akrobatik, og personer der har betydet noget i denne sammenhæng, og den selvdisciplin dette har medført, idet hver morgen, også nu, begyndes med gymnastik." Det at være kropsbevidst og understøtte kroppens sundhed er af betydning for borgerens oplevelse af sundhed. Livet har også andre dramaer, hvor nærtbeslægtede dør, men der har været "mange at tale med, men også mange der er døde." Det er af betydning, at der er venner der kender lidelsen, man gennemgår, og ved hvad personen består af (B). Borgerens ukuelige livsholdning er: "er du udadventt kan du altid komme igennem verden", men der er også en erkendelse af, at med flytning og dødsfald forsvinder "hele gerning [...] hele liv [...] og den lykkelige daglige gang med bestemte gøremål [...] der er ingen at tale med", men så længe borgeren er her på jorden, gøres alt der er muligt for at få alt ud af det, eksempelvis ved at udvise en ihærdig indsats med at følge med i, hvad der sker. Livet efterlader afsavn, men også mod på at leve så længe man er her.

Livet er mere end sygdom. Med sig kan borgeren også have et liv fyldt med en rigdom af skabende og understøttende arbejde i samfundet og for andre i ind og udland, hvilket har medført lærerige og menneskevenlige kontakter, hvor der er skabt udviklingsmuligheder for børn og unge, således at de selv kan forbedre deres livsvilkår og understøtte andre (B). Dette livsværk kan flytte tanker væk fra sygdom og elendighed, og man kan blive optaget af fortællingen herom, der nedskrives og overbringes til andre for at fastholde indsatsen og være inspiration for sig selv og andre. I disse sammenhænge bruger borgeren "alle ressourcer [...] og erfaringer fra uddannelse og erhvervsaktiviteter" (B), og det kan munde ud i en overraskende glædelig gave til andre.

### **"Model for samtalen ~ det ønskelige"**

Forestillingerne om og betydningen af tilbuddet om samtaler er forskelligt. En borger udtrykker: "Jeg synes, det er fint som her, hvor jeg ligesom har fået tilbuddet, og så kunne jeg sige, på nuværende tidspunkt har jeg ikke brug for det, for der er ingen grund til at komme ud at snakke på den måde som i gamle dage, hvor alle fik tilkendt hjemmehjælp [...] ressourcerne kan bruges andetsteds [...] ikke brug for det som underholdning. Jeg synes at buddet er rigtig rigtig godt. Det har fungeret, når jeg har brug for det" (B). Borgeren værdsætter tilbuddet om samtale og muligheden for selvbestemmelse, hvor man selv kan mestre og udvise handlekraft og udvide det praktiske

handlerum. Endvidere er det af betydning at man kender personen, hvilket udtrykkes således: ”hvis man først får brug for en til at hjælpe på den måde, så er det rart at kende vedkommende i stedet for, at man først skal til at kende vedkommende når man har, er dårlig” [...] ”spekulerer og der er bekymringer” (B).

Tilbuddet om samtale kan være forbundet med tanker om, at man skal være i stand til at tænke situationen igennem og formulere spørgsmål, hvilket udtrykkes af en borger på følgende måde: ”jeg har det sådan, at hvis ikke du åbner din mund, så kan den dame der sidder over for dig, der har forståelse for mange ting, ikke vide, hvad jeg går og døjer med, hvis ikke jeg siger det [...] hvis der er noget, der er forkeert for mig, så kan I rette i det, det er betryggende”(B). Samtalen kan medføre at borgeren ”får nogen gode ideer”, og det opleves ”fint at få et besøg.” Borgeren udtrykker endvidere at ”jeg kan ringe til dem [...] hvad tid det skal være, og så får jeg forklaring, hvis der er noget som jeg synes er, som det ikke skal være [...] ja, jeg behøver ikke at være nervøs for at det stikker og jager. Bare du spørger [...] det skal tænkes igennem oppe i hovedet inden du går hjemmefra, eller skriv det ned. Hvis ikke man spørger, så får man ikke et ordentligt svar, for vedkommende man sidder overfor, kan jo ikke vide hvordan man har det” (B). Borgeren udtaler sig om forberedelsen af spørgsmål forud for samtaler, således at det er muligt at få svar på det, man har behov for og blive korrigeret i fejlforståelser. I denne sammenhæng beskriver borgeren samtaler i forskellige sammenhænge, dvs. sundhedssamtaler men også samtaler knyttet til sundhedssystemet i øvrigt.

For nogle borgere er tilbuddet om samtale forbundet med et ønske om, at sundhedspersonalet i højere grad var initiativtagere til samtalen, hvilket udtrykkes således: ”Der kunne vi godt ønske os at systemet var sådan, at der var en, der kom engang imellem og sagde: har I det godt?” (B). Udtalelsen kan ses som et ønske om en aftalt kontinuerlig kontakt med et indbygget forebyggende aspekt, således at tvivl og usikkerhed undersøges på et tidligt tidspunkt.

### **”Vejen til at få anerkendt problem ~at blive fastholdt i sygerolle”**

Sundhedssamtalerne har indbygget den mulighed at oplevelser med systemet kan bearbejdes, og her følger eksempler på oplevelser, hvor borgeren kunne have behov for at tale om oplevelserne. Eksempelvis har borgeren oplevet forskel i kommunikation og information afhængig af, om det er det private eller det offentlige sygesystem (B). I det private gøres regi der betydeligt mere ud af informationen forud for operative indgreb, og man ringes op to gange efter behandlingen, hvilket opleves betryggende. Men inden man er nået til at få foretaget behandlingen, kan der være vanskeligheder med at få adgang hertil. Borgeren har gennem kontakten med systemet ”lært at det er op til en selv at gøre opmærksom på, hvis man ikke har det godt. Virkelig slås for at få lov til at blive scannet” (B) og hermed få den rette diagnose og behandling. Borgeren har oplevet at skulle ”blive ved selv og blive ved længe” (B), idet det kan være vanskeligt at få anerkendelse af symptomer, når argumenterne funderes i alder og slitage. Endvidere er der oplevet manglende ”fingerspidsfornemmelse” (B), forstået som ufølsom kommunikation om sygdom og fraværende forståelse for borgerens situation som helhed, dvs. et møde der opleves som en afvisning. Tillige kan ikke planlagte ophold i systemet være præget af at vente. Det var ikke et drama, i stedet ”foregik der for lidt [...] en lang dag med masser af ventetid [...] vente på at komme til, så ventede

man, fordi de blev kaldt ud til noget andet” (B). Der udtrykkes forståelse for, at det kan forholde sig således, når det er et akut sted, man befinder sig. Et andet oplevet eksempel er, at man ”for enhver pris vil finde et eller andet, man kan blive ved med at undersøge” (B). Det opleves at man ”ikke kan slippe ud af det igen.”Man skal ”også have lov til at blive rask igen [...] at være fri [...] ikke blive hængende” som ”et studieobjekt” (B). Endvidere kan det bekymre at skadestuer lukker, specialer centraliseres ect., da det giver en lang kørevej, hvis man får brug for hjælp, idet man fra tidligere i livet kan have oplevelser med sig, hvor der skulle handles meget hurtigt (B). Møder med sygesystemet kan være en kamp for at få den rette behandling, en lang venten, eller det kan være vanskeligt at slippe fri af systemet efter at have takket nej til undersøgelse, ud fra ønsket om at føle sig rask så længe det er muligt og bevare selvbestemmelse, handlekraft og mestring.

En anden borger kan være i tvivl om vejen, der skal gås, for at få den rette kontakt med systemet. Eksempelvis: ”er det mig der kontakter ham eller ham der kontakter mig [...] kan man springe et led over”(B) idet der kan gå lang tid med at vente, når man forsøger at komme i tale med systemet.

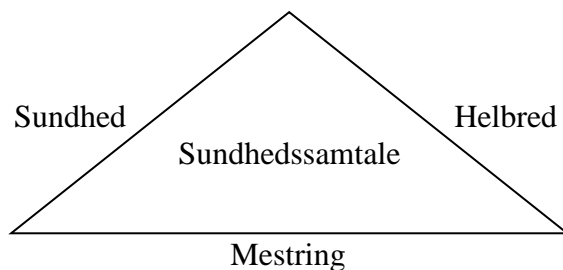
Nedenstående model 1 viser centrale fund i undersøgelsen og deres sammenhæng.

| <b>Hændelser der fører til kontakt med systemet</b>  | <b>Kontakten er ikke etableret der ~ behov for samtale</b>   | <b>Del og helhed–livet er mere end sygdom</b>  | <b>Model for samtalen ~ det ønskelige</b>   | <b>Vejen til at få anerkendt problem ~at blive fastholdt i sygerolle</b>   |
|--|--|--|---|--|
| <p>Hurtig, effektivt og rette understøttelse</p> <p>Efter aftale – kan altid kontakte forebyggelses-konsulent</p> <p>Trygt når det er kendt person</p> | <p>Tvivl og usikkerhed om effekt af behandling, kontaktform i systemet og den fysiske habitus på lang sigt</p> | <p>Sorg og sygdom går lige ned i ens skavank, der forværres</p> <p>Familiehændelser med sygdom, tab, godt naboskab og forenings-deltagelse</p> <p>Socialitet hvor der gives, modtages og mistes</p> <p>Livslang og givende nationale og internationale aktiviteter</p> | <p>Selvbestemmelse</p> <p>Forberedelse af samtale og formulering af spørgsmål</p> <p>Aftale om kontinuerlige besøg</p> <p>Kendskab til vejleder</p> | <p>Anerkendelse af problem og at få den rette behandling</p> <p>Være rask og slippe fri af system</p> <p>En lang venten</p> <p>Vejen gennem systemet</p> |

**Model 1: Model 1 for sammenhæng mellem undersøgelsens fund (Huus 2014)**

## Diskussion

Kontakten med systemet opleves som *hurtig, effektiv, tryk og understøttende, og som borger kan man altid kontakte forebyggelseskonsulenten*. Borgeren har erfaring med og tro på, at samtaler med og kontakt med sundhedspersoner er en hjælp i vanskelige situationer. Desuden har borgeren en tro på, at man i kraft af egne evner kan bidrage til forbedring af egne funktioner. Sidstnævnte leder til Banduras (10) begreb self-efficacy, der defineres som tro på egne evner som afgørende faktor. Netop dette begreb arbejdes der med i sundhedssamtalerne, hvor borgerens forestillinger om egen sundhed afdækkes, og hvor tidligere erfaringer, handlinger og strategier indgår i løsning af det aktuelle problem, sideordnet med at de sociale relationers indflydelse på problemet undersøges. Sundhedssamtalen fremstår som en understøttende faktor i en sundhedspædagogisk praksis, hvor troen på borgerens egne evner til at skabe forandring understøttes. Borgerens opfattelse af egne evner kan ses forbundet med individualitet og subjektivitet, hvilket afspejles i randomiseret undersøgelse af Wong et al (7) med 332 deltagere, hvor det påpeges at forebyggende hjemmebesøg efter hospitalsindlæggelse ikke reducerer genindlæggelser, men at tilfredsheden med omsorgen forandres. I studiet konkluderes at det subjektive velbefindende er en nøglevariabel, som kræver opmærksomhed i evalueringen af omsorgen i efterforløb efter indlæggelse. Subjektiviteten i sundhedssamtalerne søges afbilledet i nedenstående læringstriangel.



Model 2: Læringstriangel for sundhedssamtale om sundhed, helbred og mestring (Huus 2014)

Sundhedssamtalens omdrejningspunkt er i ovenstående skitseret til at omhandle borgerens aktuelle helbredssituation, den ønskede sundhed og borgerens begribelighed (12) og håndtering af egen situation. Hermed søges tydeliggjort, at sundhedssamtalen kan bidrage til at understøtte personbestemt læring, hvor menneskets subjektivitet kan ses som medium for erkendelsesprocessen om sand viden om egen situation (13). Set i et videnskabsteoretisk perspektiv argumenteres der dog for og imod om sidstnævnte kan have sin rigtighed (13), og i interview med borger fremhæves, at man kan have fejlopfattet sin situation, og hermed have gavn af korrektion fra sundhedsvejlederen.

Borgeren kan opleve *tvivl og usikkerhed om kontakten til systemet*. I dansk rapport af Lehn et al (14) fra 2014 beskrives ud fra 5 fokusgruppeinterview med 22 fagpersoner, at mange svage og skrøbelige ældre, der udskrives fra hospitalet, ikke får det opfølgende hjemmebesøg, der er et led i regeringens nationale handleplan. Ordningen trådte i kraft i 2012 og omfatter opfølgende besøg af praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske. I Region Sjælland er det eksempelvis op til halvdelen af de ældre, der ikke får tjekket helbredet og lagt en plan for medicin, sygepleje og genoptræning, således at genindlæggelse forebygges. Årsagerne hertil skyldes ikke tilfredsstillende

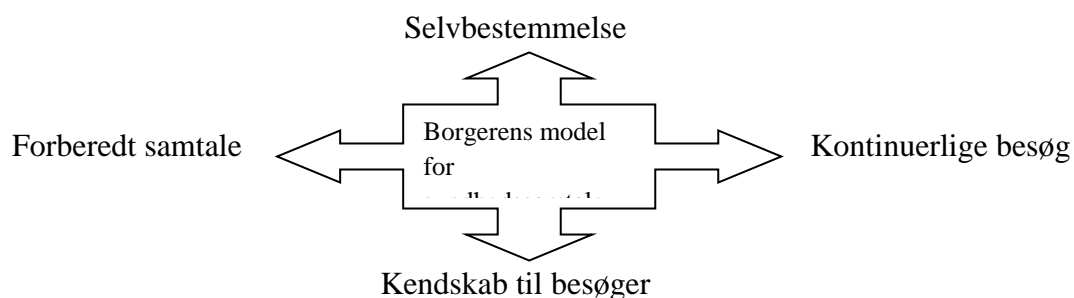
kommunikation, IT- systemer der ikke taler sammen og manglende fokus på ordningen hos de ansvarlige på hospitaler og i kommunerne. I denne undersøgelse er fokus ganske vist de borger rekvirerede sundhedssamtaler, men interviewudsagn efterlader det indtryk, at selv om der er informeret om tilbud om samtaler, kan borgeren være i tvivl og situationen være så kompleks at det kan være uoverskueligt at tage initiativ til samtaler. Situationen kan da udvikle sig til et lidelsens drama beskrevet af den svensk/finske sygeplejeteoretiker Katie Eriksson (15), hvor der er behov for at sundhedsvejlederen indgår i bekræftelse af lidelsen, og tid og rum til at gennemleve lidelsen og finde en ny helhed gennem fortælling, handlinger og ny mestring.

Kontakten med sundhedssystemet og sundhedssamtalerne er spundet ind i en større helhed, der omfatter *sygdom og tab i familien, godt naboskab, deltagelse i foreninger, sociale aktiviteter hvor der gives, modtages og mistes, samt livslang og givende nationale og internationale aktiviteter*. Den hændelse der fører til hospitalsindlæggelse, kan derfor af borgeren opfattes som en mindre del af en større helhed, men det kan være den del, der hindrer en i at mestre egen situation. I interview beskrives eksempelvis, at sygdom og sorg i familien kan gå lige ned i den skavank, man har i forvejen, fx et dårligt knæ, der forværres og fører til indlæggelse og et efterforløb, hvor der brug at tage initiativ til en sundhedssamtale, der kan understøtte mestring af situationen, således at borgeren kan håndtere egen rehabilitering efter sygehusindlæggelse og fortsat arbejde med den lidelse, der kan være knyttet til tab og sorg i familien.

Livet er ikke kun sygdom. Borgeren kan også være optaget af at viderebringe fortællingen om eget liv til efterkommere. Herom skriver Eco (16), at som menneske vil man gøre sit bedste for at give erfaringer i arv til sine børn, ved skriftlig og mundtlig overlevering. Ifølge Eco taler, fortæller, forstyrrer og påtvinge man erfaringer, så de ikke går tabt. Uden dog at kunne overgive alt fx følelserne, og derfor forsøger mennesket at vie sit liv til genskabelse af erfaringer, så de ikke forsvinder, når man ikke er her mere. Dette genfindes i et af interviewene, hvor borgeren er optaget af at skrive sin historie og finder glæde heri samt adspredelse fra sygdom og elendighed.

Livets fortælling kan også være en del af sundhedssamtalen, hvor borgerens daglige indre monolog med sig selv om livets hændelser, sygdom, tab, glæder og sorger omsættes til en ydre monolog og dialog med sundhedsvejlederen. Livets skævheder, vanskeligheder og glæder ord sættes og bearbejdes som et led i bevarelse af menneskets identitet og styrkelse af livsmod (17). Baarts (18) beskriver produktionen af impressionistiske tekster, hvor der fastfryses scener, fortællinger, episoder, erfaringer i et fokuseret levende præcist billedsprog. Baarts beskriver det som en metode til at indsamle data på, der dog også kan være udgangspunkt for en kritisk intervention i det sociale og politiske liv. I forbindelse med sundhedssamtalerne er disse levende fortalte erfaringer ikke blot et underholdende element, men fortællingerne kan også indeholde et ønske om at ændre på livsforhold.

I interviewene påpeger borgeren forhold ved sundhedssamtalen som værdsættes eksempelvis *selvbestemmelse, borgerens forberedelse af samtalen med formulering af spørgsmål, ønske om kontinuerlige besøg og betydning af kendskab til forebyggelseskonsulenten*. Effersøe Gannik (19) beskriver i sin forskning en social sygdomsteori, hvori der indgår dannelse af den personlige sygdomsmodel, hvilket fører til nedenstående første udkast til borgerens personlige model for sundhedssamtalen.



Model 3: Borgerens model for sundhedssamtale (Huus 2014)

Modellen er foreløbig og uafsluttet. Endvidere er datagrundlaget sparsomt, men flere data kunne muligvis øge troværdigheden, således at modellens elementer uddybes og udbygges med flere faktorer, eksempelvis familien og netværkets betydning, hvilket berøres under temaet om del og helhed i denne undersøgelse. En sådan uddybelse kunne betragtes som transformativ evaluering (5), hvor udgangspunkt er at forbedre vilkår gennem en åben herredømmefri demokratisk samtale, men med varsomhed idet Dahler-Larsen også påpeger, at man kan nedslide menneskers lyst til en vedvarende og åben dialog om snart sagt alle livets forhold.

Et andet interessant felt der kunne undersøges, er betydningen af at sundhedssamtalerne foregår i borgerens eget hjem. Arkitekt Lars Brorson Fich (20) har i ph.d afhandling undersøgt ”Bidrag til udvikling af en neuroaffektiv tilgang til helende arkitektur.” I et forsøg med 50 personer i forskellige rum skabt ved tredimensionale rumsimulator påvises påvirkning af hjertet og stressniveauet specielt i lukkede rum uden åbninger ud til verden udenfor. I borgerens eget hjem er samtalerummet noget helt særligt, idet man er omgivet af kendte genstande fra et langt liv. Sundhedsvejlederne ser det som selvfølgelig, at samtalerne foregår i borgerens eget hjem, og i et af interviewene fremhæver en borger, at det er meget lettere og mere personligt, når evalueringer foregår i eget hjem, frem for det skriftlige evalueringsskema borgeren har fået i en anden sammenhæng.

Kendskabet til besøger knyttes i interviewene til besøgers kompetencer, hvilket beskrives i dansk/japansk studie af Yamada et al (21) fra 2011, hvor besøgers kompetencer beskrives, herunder kommunikative evner, professionalisme og praktiske handling. De kommunikative evner omfatter evner til at styrke motivation, tålmodighed, mestring af frustrationer i svære og problematiske situationer. Professionalisme beskrives som faglige instruktioner og vejledninger baseret på dokumenteret viden og viden om sundhed og sociale områder kombineret med en omsorgsfuld tilgang. Praktiske handlinger herunder umiddelbar konkret respons på identificerede behov eller problemer og individuelle skræddersyede råd som passer ind i personens hverdagsliv. Endvidere er det væsentligt, at den formidlede viden er personlig relevant ifølge Ekman et al (22) fra 2010.

Undervejs i systemet kan borgeren opleve at det kan være vanskeligt at få **anerkendt et problem, at få den rette behandling, at få lov til at være rask, at slippe fri af system, samt oplevelse af en lang venten og ufarbarvej gennem systemet.** I følge interview er det af betydning for



borgeren, at man selv kan bestemme og bevare sin autonomi i forbindelse med sundhedssamtalerne, hvilket genfindes hos Vas et al (23). Det opleves betydningsfuldt og respektfuldt, at det anerkendes positivt, når man ikke ønsker yderlig undersøgelse og støtte. I Sundhedsloven (24) paragraf 15, påbydes der at ingen behandling iværksættes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, hvilket effektueres, men der kan alligevel være oplevelser af at et afslag ikke opfattes positivt. For borgeren er der sundhedssamtaler med forebyggelseskonsulenten, men der er også en lang række andre samtaler i mødet med systemet og forskellige fagpersoner. Sundhedssamtalerne bliver et led i en lang række samtaler, hvor aktørerne i de forskellige samtalerum kan bibringe borgeren livsmod, håb og handlekraft men også det modsatte, hvis der opleves mangelfulde kommunikative evner og professionalisme, samt en fraværende omsorgsfuld tilgang svarende til beskrivelse af Yamada et al (21). Ud over at bidrage med livsmod, håb og handlekraft ses sundhedssamtalerne at være led i et stifindersystem, der kan føre til mestring af egen livssituation.

## Litteratur

1. Indsats efter sygehusindlæggelse. Sundhedsafdelingen Vejle Kommune [www.vejle.dk/sundhed](http://www.vejle.dk/sundhed).
2. Spørgsmål efter sygehusophold. Sundhedsafdelingen Vejle Kommune [www.vejle.dk/sundhed](http://www.vejle.dk/sundhed).
3. Evaluering kvantitativt internt materiale. Sundhedsafdelingen Vejle Kommune [www.vejle.dk/sundhed](http://www.vejle.dk/sundhed)
4. Kommunernes Landsforenings udgivelse ”Det nære sundhedsvæsen” fra 2010
5. Dahler-Larsen P. Evaluering Kvalitative metoder en grundbog Hans Reitzels forlag. 2010.
6. Bernard HR.(2011): Research methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches. Altamira Press: Walnut Creek et al.
7. Wong FK, Chow S, Chung L, Chang K, Chan T, Lee WM, Lee R. Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008 Jun; 62(5):585-95. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04631.x. 09.12.2014
8. Thuesen J. ESES – Arbejdsrapport og slutnotat om evaluering af sundhedssamtaler efter sygehusophold. 28.2.2014
9. Ricoeur, P. Från text till handling : en antologi om hermeneutik 1993. 2008.
10. Pedersen, BD. Sygeplejefråge, Sprog & Erkendelse Ph.D. –afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet. 1999.
11. Bandura, A. Self-efficacy. *Kognition & pædagogik*, Årg. 22, nr. 83 (2012), s. 16-35.
12. Antonovsky A. Helbredets mysterium – at tåle stress og forblive rask. Hans Reitzels Forlag 2000.

13. Nielsen H.K. *Subjektivitet I: Sociologisk Leksikon*. Red. S Nepper Larsen & I Kryger Pedersen Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2011.
14. Lehn S F, Hulvej Rod M, Tygesen LC Zwisler AD. *Implementering af Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland - Temaanalyse af 5 fokusgruppeinterviews*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2014
15. Eriksson, K. *Det lidende menneske*. 2. udgave, 2. Oplag. 2012.
16. ECO U. *Fordele og ulemper ved døden: essays*. Forum. 2007.
17. Eikard B, B H Claësson red. *Ældrestyrken: en antologi om at blive og være gammel*. Tiderne skifter. 2012.
18. Baarts C. *Autoetnografi. I: Kvalitative metoder. En grundbog*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2010.
19. Effersøe Gannik. *Social sygdomsteori: et situationelt perspektiv*. 2005. Samfundslitteratur.
20. Brorson Fich L. *Bidrag til udvikling af en neuroaffektiv tilgang til helende arkitektur*. Ph.d afhandling ved Ålborg Universitet. 2013.
21. Yamaha Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K (2011): Collaborative relationship in preventive home visits to older people. In: *International Journal of Older People Nursing*, 2011, 6; 33-40. 09.12.2014
22. Ekmann A, Vass M, Avlund K (2010): Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? In: *Health and social care in the community* (2010) 18(6), 563-571. 09.12.2014
23. Vas et al 2007 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? In: *Gerontologie geriatrie* 40:209-216 (2007). 09.12.2014
24. Bekendtgørelse om Sundhedsloven <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710>