

Oktober 2010
Opgaven er skrevet af:
Kirsten Foss Andersen
Vejleder:
Birgitte Johansen
Uddannelse:
Professionshøjskolen Metropol
Campus Rådmandsmarken
Sundhedsfaglig diplomuddannelse
EVU ED10-04
Afgangsmodul Sundhedsfremme og forebyggelse
Sideantal 36
Antal tegn 49.805

Empowerment i forebyggende hjemmebesøg

Empowerment by preventive home visits

I henhold til den Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser nr. 782 af 17. august 2009, bekræfter undertegnede eksaminand med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssigt hjælp, jf. § 19, stk. 1 og 2:

Opgaven må anvendes internt på uddannelsen.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
1.1 Præsentation af jobfunktion og uddannelsesforløb i diplomuddannelsen.....	4
1.2 Behov for sundhedsfremme og forebyggelse.....	4
1.3 Sammenhæng for borgeren og styrkelse af handlekompetencer.....	5
1.4 Folkesundhedsarbejde og forebyggende hjemmebesøg som sundhedsordning.....	5
1.5 Ældres sundhed i WHO perspektiv med sundhedsfremme i lokalområdet.....	6
2. Problemstillingen.....	6
2.1 Kommunernes ansvar for at etablere forebyggende tilbud til borgerne.....	6
3. Problemafgrænsning.....	7
3.1 Hjemmebesøgspraktik skal udvikles evidensbaseret.....	7
3.2 Evidensbaseret best practice.....	8
3.3 Empowerment som metode i forebyggende hjemmebesøg og best practice.....	8
4. Problemformuleringen.....	9
5. Begrebsafklaring.....	9
5.1 Den forebyggende medarbejder er sygeplejerske.....	9
5.2 Serviceloven.....	9
5.3 Definition på empowerment.....	10
6. Metode afsnit.....	11
6.1 Litteratur søgning.....	11
6.2 Forskningsbaseret empiri Mikkel Vass og analyse med empowerment.....	11
6.2.1 Begrundelse af valg af empiri.....	11
6.2.1 Begrundelse af valg af empowerment.....	12
6.3 Empiri dokument.....	12
6.3.1 Begrundelse for at vælge dokumentet Livslang Læring som empiri.....	13
7. Videnskabsteoretiske overvejelser.....	13
7.1 Hermeneutisk tekstanalyse.....	13
7.2 Fra tekst til metode.....	13
7.3 Erkendelsesinteresse.....	13
8. Redegørelse for evidens og teori fremstilling.....	14
8.1 Redegørelse for evidens og validitet for RCT forskning i forebyggende hjemmebesøg.....	14
8.1.1 Metaanalyse på international forskning.....	14
8.1.2 Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre.....	14
8.2 Om kvalitetsreformens arbejde.....	15
8.3 Præsentation af teori om empowerment.....	15
8.3.1 Empowerment i forebyggende sundhedstjenester.....	15
8.3.2 Psykologisk empowerment og lokalsamfundsempowerment.....	16
8.3.3 Empowerment på dansk.....	16
9 Analyse afsnit med empowerment.....	18
9.1 Fremgangsmåde i analysen.....	18
9.1.1 Definitioner til analysen.....	18
9.2 Danmark som foregangsland.....	19
9.2.1 De forebyggende medarbejdere som facilitator.....	19
9.3 Er der en mønstermodel?.....	19
9.3.1 Magt på samfundsplan.....	20
9.4 Hvad er årsagen til de gavnlige effekter?.....	20
9.4.1 Magt i borgerkontakten.....	20
9.5 Sammenhæng i service gennem personlige relationer.....	21

9.5.1 Værdigrundlag for empowerment	21
9.6 Hvordan organiseres hjemmebesøgene bedst?	21
9.7 Målgruppen	22
9.7.1 Kritisk perspektiv i empowerment.	22
9.8 Medarbejdernes kompetencer.	22
9.9 Fleksible rammer	23
9.9.1 Empowerment på individ niveau	23
10. Samling af overskrifter på delanalyser.	23
11. Analyse på læringens samspil mellem individ, gruppe og samfund	24
11.1 Præsentation af dokumentet	24
11.1.1 Borgergruppe/ individ niveau	25
11.1.2 Medarbejderniveau / gruppe niveau	26
11.1.3 Samfundsniveau	26
12. Diskussion af analysen	26
12.1 Forebyggerens facilitator rolle ved styrkelse af borgerens funktionsevne ved læreproces ...	26
12.2 Samspillet i læringstilbudet mellem borger og forebyggende medarbejder med fokus på kompetencer	27
12.3 Samspil med lokalområdets aktører og betydning af sociale relationer	27
12.4 Folkesundheds arbejde metode epidemiologi	28
12.5 Social ulighed og funktionsevne	29
12.6 Sårbare gruppers behov og de forebyggende medarbejders kompetencer	30
12.7 Handlekompetencer, sundhedsadfærd og strukturel forebyggelse	30
13. Konklusion	31
13.1 Empowerment som metode i forskningsbaseret best practice	31
13.2 Forebyggende medarbejders kompetence niveau forebygger funktionsevnetab	31
13.3 Sygeplejerskens rolle i sundhedsfremmende indsatser i lokalområdet	31
14. Perspektivering	32
14.1 anbefalinger til udvikling af forebyggende hjemmebesøg i lokalområdet	32
14.1.1 Strategi for fremtidens sygepleje	32
14.1.2 Samarbejde i organisation skaber sammenhæng for borgeren	32
14.1.3 Vigtighed med relationsarbejde og kontinuitet i opgaveløsningen	33
14.1.4 Målgrupper for opmærksomhed og henvendelsesform	33
14.1.5 Samarbejde i lokalområdet og sygeplejerskens rolle som facilitator	34
14.2 Evidens perspektivet fra Sundhedsstyrelsen	34
14.2.1 Udvikling af ny evidens	35
14.3 Folkesundhedsarbejde er bredt samarbejde	36
Litteraturliste	37

1. Indledning

Forståelsesrammen for denne opgave er folkesundhed, sundhedsfremme og forebyggelse.

Indsatser skal være evidensbaserede i den kommunale forebyggelse.

1.1 Præsentation af jobfunktion og uddannelsesforløb i diplomuddannelsen.

Jeg skriver denne opgave på afgangsmodulet diplomuddannelsen retning Sundhedsfremme og forebyggelse med baggrund som sygeplejerske ansat i Københavns Kommune, hvor jeg dels har været hjemmesygeplejerske og de sidste 10 år har været ansat til at varetage de forebyggende hjemmebesøg til borgere over 75 år i et lokalområde.

I mit obligatoriske modul har jeg beskæftiget mig med sundhedsprofiler og belyst sociale netværks betydning for sundheden. Jeg har 2 moduler rettet mod sygeplejestuderende og deres læreprocesser i forhold til sygeplejefaget og udøvelse af sygeplejen på de 4 områder som er fremme sundhed, forebygge sygdom, genoprette sundhed og lindre lidelse. Jeg har fokuseret på kommunikation, didaktik og systemteori. Jeg har modulet Strategi og indsatsområder i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser og dermed forståelsen for Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 betydning i forhold til den kommunale opgave. Jeg har beskæftiget mig med empowerment som metode i et kommunalt forebyggelses tilbud. I modulet levevilkår og livsstil har jeg analyseret sygeplejepsis i forebyggende hjemmebesøg udefra Antonovskys teorier om håndgribelighed, håndterbar og meningsfuldhed til forhold til handlinger, der understøtter borgerens sundhed.

1.2 Behov for sundhedsfremme og forebyggelse.

Sundhedsvæsenet og kommunerne står overfor store udfordringer i de kommende år jvf.

Kommunernes Landsforenings (KL) debatoplæg august 2010. Folkesygdommene er i vækst og antallet af ældre over 65 årige ventes at stige.

2009 ca. 875.000 15.9 % af befolkningen

2035 ca. 1.472.000 25 % af befolkningen. (Sundhedsstyrelsen 2010)

KL anfører, at ældreområdet ligesom det øvrige socialområde er kendetegnet ved, at der findes forsvindende lidt evidens.

Den globale finanskriser har også sat sine spor i Danmark og giver en kæmpe politisk udfordring

med at tilpasse økonomien til velfærds- og sundhedsydelse. Sundhedsfremme og forebyggelse er også interessant i et sundhedsøkonomisk perspektiv, idet mere folkesundhed vil give mindre pres på sundhedsydelser. (Vallgård, S og Kock, L 2006 s. 158).

1.3 Sammenhæng for borgeren og styrkelse af handlekompetencer

Det Nationale Råd for forebyggelse mener i strategi oplægget (2010), at samfundet skal indrettes således, at rammerne for menneskelig aktivitet fremmer folkesundheden og at velfærdsydelserne skal omstilles, så de bliver sundhedsfremmende og styrker borgernes handlekompetencer. Der skitseres et kursskifte i forhold til forebyggelsen og behandling og forebyggelse sidestilles, og der skal være sammenhæng for borgeren i sundhedsvæsenet. Strategien har det overordnede mål, at styrke folkesundheden, forlænge danskernes middellevealder, forbedre deres livskvalitet og reducere den sociale ulighed i sundhed. En del af strategien er tidlig opsporing af borgere i sundhedsmæssig risiko og beskriver indsatsen med de forebyggende hjemmebesøg, hvor der kan fokuseres på opsporing af fald i funktionsevne og styrkelse af borgerens handlekompetencer.

1.4 Folkesundhedsarbejde og forebyggende hjemmebesøg som sundhedsordning

Forebyggende hjemmebesøg kan defineres som en del af folkesundhedsarbejdet. I terminologi fra Sundhedsstyrelsen 2005 defineres folkesundhedsarbejde som en sundhedsrelateret aktivitet, der har til formål at fremme folkesundheden samt forebyggelse af sygdom på befolkningsniveau. Således er målgruppen befolkningsgrupper, for hvem formålet er at fremme psykisk og fysisk sundhed gennem en organiseret indsats lokalt og nationalt. Folkesundhedsarbejdet er mangfoldigt og eksempler er sundhedslovgivning, epidemiologisk forskning og befolkningsundersøgelser, oplysning og forebyggende sundhedsordninger. Aktørerne er politikere, sundhedsmyndigheder, sundhedsprofessionelle samt professionelle i andre sektorer, herunder frivillige organisationer. En metode i det sundhedsfremmende arbejde er empowerment. (Sundhedsstyrelsen 2005)

1.5 Ældres sundhed i WHO perspektiv med sundhedsfremme i lokalområdet

Verdenssundhedsorganisationen WHO's Bangkok Charter (2005) om sundhedsfremme i en global verden sætter fokus på sundhed i internationalt perspektiv med udgangspunkt i menneskerettigheder og solidaritet.

Charteret peger på nødvendigheden af at investere i bæredygtige strategier, handlinger og infrastrukturer, så der sker påvirkning af de faktorer, der er af afgørende betydning for sundhed.

Forpligtelsen til at fremme sundhed hviler på 4 niveauer

- Dagorden for global udvikling skal fremme sundheden.
- Regeringerne skal tænke sundhed ind i al lovgivning.
- Sundhedsfremme skal være et nøglefokus for lokalsamfundet og civilsamfundet.
- Sundhedsfremme skal indgå i enhver god virksomheds praksis.

WHO har med mål 5 Sund aldring i Sundhed i det 21. århundrede i WHO's europæiske region og den Europæiske Union med Realiseringen af et europæisk område for livslang læring (2001) har sat fokus på et ældre perspektiv, hvor sund aldring er tæt knyttet til aktiv aldring.

Senest år 2020 bør mennesker over 65 år gives mulighed for at udnytte deres fulde sundhedspotentiale og spille en aktiv social rolle s. 35

og WHO anbefaler en opsøgende social- og sundhedstjeneste, der tilbyder at støtte ældre i deres hverdag. I mange lande har begrebet forebyggende hjemmebesøg været kendt i årevis. Det er kun Australien og Danmark, der har lovgivning om ordningen. (Vass 2007)

2. Problemstillingen

2.1 Kommunernes ansvar for at etablere forebyggende tilbud til borgerne

Med Sundhedsloven i 2007 (lov nr. 546 - 2005) får kommunerne hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne. En vigtig begrundelse for at placere dette ansvar i kommunen er, at det er der, borgerne bor og lever. Forebyggelse og sundhedsfremme

foregår bedst i de miljøer, hvor borgerne færdes. Nærheden til borgerne giver derfor gode muligheder for at påvirke og følge deres sundhed. De forebyggende besøg skal indtænkes i kommunens øvrige sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til ældre og samarbejdet med lokale foreninger og frivillige skal udvikles.

Sundhedsstyrelsen udgiver i 2007 den første publikation i en ny rådgivningsserie til kommunerne forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne med titlen Ældres sundhed og anbefaler at lave et særskilt afsnit om ældre i kommunens sundhedspolitik.

Formålet med publikation er at beskrive kommunens muligheder for at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud for de ældre borgere i kommunen. Ældre defineres som over 65 år og der skelnes mellem borgere, der klarer sig selv og borgere, der er plejekrævende. Blandt ældre er der særligt udsatte og sårbare grupper bl.a. borgere med anden kulturel baggrund, der skal sikres målrettede initiativer. Forebyggende hjemmebesøg er beskrevet som tilbud til borgerne.

Københavns Kommunens ældrepolitik fra 2007 hviler på WHO målsætninger om Sund aldring. De ældre blev taget med på råd ved borgermøder rundt i om i lokalområderne, og der var stort tilfredshed hos borgerne med tilbudet forebyggende hjemmebesøg. 60 % på landsplan tager imod besøgene (Sundhedsstyrelsen 2006 s.23). Ældrepolitikken har målsætning om at støtte det aktive ældreliv med brugerstyrede aktiviteter og det sunde ældreliv med fysisk aktiviteter. Forebyggende hjemmebesøg beskrives som en mulighed for at styrke de ældres ressourcer i hverdagen. I ældrepolitikken er en målsætning, at Københavns Kommune informerer ældre, der kommer i livskrise om muligheder for hjælp og støtte og giver eksemplet forebyggende hjemmebesøg som støtte mulighed.

3. Problemafgrænsning

3.1 Hjemmebesøgspraktik skal udvikles evidensbaseret

Sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år kom ind i serviceloven d. 1.7.2010. og besøgene kan tilrettelægges mere fleksibelt efter målgruppens behov med mindst tilbud om 1 årligt besøg fra før 2 årlige tilbud. Hjemmebesøgs praksis skal i København udvikles ud fra evidens, dvs. forskningsbaseret viden om, hvordan hjemmebesøgene kan udføres bedst

muligt, når målet er sammenhæng for borgeren i de kommunale indsatser. I Københavns Kommunes strategi for fremtidens kommunale sygepleje 2010-2013 skal de forebyggende hjemmebesøg fortsat udvikles som et selvstændigt fagområde inden for sundhedsfremmende metoder og under hensyn til de særlige sundhedsmæssige problemer, som præger ældrebefolkningen i de forskellige lokalområder.

3.2 Evidensbaseret best practice

Som oplæg til kvalitetsreformen d. 1. januar 2007 redegjorde Mikkel Vass, praktiserende læge og associeret forsker ved Kbh.s Universitet, Kirsten Avlund, ergoterapeut, dr. med og lektor ved Kbh.s Universitet og Carsten Henriksen, overlæge i Region Hovedstaden, dr. med og lektor ved Kbh.s Universitet for deres forskningsbaserede bud på, hvorledes best practice for hjemmebesøgene i kommunerne kunne være.

Mikkel Vass har forsket i forebyggende hjemmebesøg og har med disputats 2010 *Prevention of functional decline in older people* det seneste forskningsresultat baseret på RCT (randomiseret kontrolleret studie), der viser, at udsættelse af de ældres funktionsevnetab er proportional med de forebyggende medarbejderes kompetence niveau og samspillet med lokalområdets aktører.

3.3 Empowerment som metode i forebyggende hjemmebesøg og best practice

Empowerment er en sundhedsfremme metode, der knytter an til lokale forhold og behov og som har til formål at styrke grupper og individers handlekompetencer, og på hjemmebesøget tænker jeg empowerment i mødet med borgeren. Jeg er optaget af, om der kan være belæg for at bruge metoden empowerment til fortsat udvikling af lokalområdets forebyggende hjemmebesøg til borgerne, når forskningsbaseret viden skal ligge til grund for best practice.

Forskning viser, at udsættelse af de ældres funktionsevnetab er proportional med de forebyggende medarbejderes kompetenceniveau og samspillet med lokalområdets aktører. Jeg antager, at hvis elementer fra empowerment metoden kan findes i anbefalinger om best practice fra RCT forsknings metoder kan jeg påvise, at empowerment kan anvendes som metode i et lokalområde med det formål at fremme borgernes handlekompetencer på individ, gruppe og samfundsplan.

4. Problemformuleringen

Hvilken rolle skal den forebyggende medarbejder have i sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg, såfremt at der er belæg for, at empowerment kan bruges som metode?

5. Begrebsafklaring

5.1 Den forebyggende medarbejder er sygeplejerske

Sygeplejerskens virksomhedsområde.

ICN's Kodex. (Stryhn 2004 s. 175). Området Sygepleje og mennesker.

ØI udøvelsen af sygeplejen fremmer sygeplejersken et miljø, hvor den enkeltes, familien og lokalsamfundets menneskerettigheder, værdier, skikke og tro respekteres.

Sygeplejersken deler med samfundet ansvaret for at iværksætte og støtte initiativer, som imødekommer befolkningens sociale og sundhedsmæssige behov, i særdeleshed sårbare befolkningsgruppers behov.

Sygeplejersken behandler personlige oplysninger fortroligt og vurderer nøje til hvem, disse kan videregives.

5.2 Serviceloven

Serviceloven § 79 a omhandlende forebyggende hjemmebesøg:

§ 79 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger besøgene efter behov. Kommunalbestyrelsen skal dog tilbyde et årligt hjemmebesøg.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere, som modtager både personlig og praktisk hjælp efter § 83, fra ordningen om forebyggende hjemmebesøg.

Stk. 4. Socialministeren kan i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeren fastsætte regler om de kommunale forpligtigelser efter stk. 1-3, herunder om samordning med andre generelle kommunale forebyggende og aktiverende foranstaltninger.ö

I bemærkningerne til loven står

öFormålet med tilbud om hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder med henblik på at bidrage til øget tryghed og trivsel.

Formålet er derfor også at henlede opmærksomheden på eksisterende hjælpeforanstaltninger og aktiverende tilbud, som vil kunne bidrage til at forebygge eller løse eventuelle problemer i forkøbet. Det kan ske fx ved at henlede opmærksomheden på frivillige organisationer og sociale netværk. De ældre kan således tilskyndes til bedre at udnytte egne ressourcer og til at bevare funktionsniveauet længst muligt.

Besøget skal 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 mestre sin tilværelse i bred forstand. Det er ikke tanken at sygeliggøre de ældre ved at fokusere på sygdom, symptomer mv. under hjemmebesøgene. Hovedvægten ligger på de sociale forhold og på at fastholde/forøge funktionsevnen i bred forstand.

På baggrund af samtalen kan der henvises til forskellige forebyggende og aktiverende tilbud i frivillig eller kommunalt regi. Tilbud i frivilligt regi kan være ældreidræt og netværkskabende aktiviteter.

Det er vigtigt at fremhæve, at de forebyggende hjemmebesøg er tilbud, som de ældre kan afstå at tage imod.ö

5.3 Definition på empowerment

ö Et element i sundhedsfremme, der har til formål at bibringe patienter og andre borgere handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger der påvirker deres livsvilkår og sundhed.ö

(Sundhedsstyrelsen. 2005 s. 24)

6. Metode afsnit

6.1 Litteratur søgning

Til belysning af problemformuleringen vælger jeg litteratur søgning.

Følgende søgeord er anvendt i litteratursøgningen:

Engelsk: Community health care, gender and community care, older people, preventive home visit, psychological characteristic, life satisfaction, gender differences.

Dansk: Forebyggende hjemmebesøg, ældre, livskvalitet, funktionsevne, fysisk aktivitet, handlekompetencer, social ulighed.

Litteratursøgningen er hovedsageligt foretaget via PubMed, Cinahl, google scholar søgning, bibliotek.dk og SFI database.

6.2 Forskningsbaseret empiri Mikkel Vass og analyse med empowerment

For at kunne belyse problemformuleringen og finde belæg for, at empowerment kan bruges som metode til udvikling af sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg, vil jeg med tekst analyse i hermeneutisk forskning tradition fortolke Mikkel Vass, Kirsten Avlund og Carsten Hendriksens forskningsbaserede oplæg til kvalitetsreformen d. 1. januar 2007, for at finde elementerne fra empowerment metoden. Fremstillingen af empowerment metoden er her sammensat af teori fra Empowerment på dansk forfattet af socialrådgiverne Maja Lundemark Andersen, Pernille Nørlund Brok og Henrik Mathiasen (2000) suppleret med individuel empowerment fra metaanalysen på hjemmebesøgsordninger Hjemmet som arena for forebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 10) og kort introduktion på empowerment på individ og lokalsamfundsniveau fra Medicinsk Sociologi (Iversen, L. et al 2005 s. 81)

6.2.1 Begrundelse af valg af empiri

Empiri er valgt ud fra at evidens/ viden er grundlæggende for iværksættelse af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i kommunal praksis.

Evidensbaseret forebyggelse hviler på systematisk og velovervejede anvendelse af den aktuelle bedste viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer. (Sundhedsstyrelsen 2007, s. 5)

Mikkel Vass viser i *Prevention of functional decline in older people* (2010) at læringens samspilsrelation er væsentlig for, at borgeren øger sine handlekompetencer.

6.2.1 Begrundelse af valg af empowerment

Empowerment som metode er mest kendt i det sociale arbejde med eksemplet projekt Tid til mere og et projekt om inkludering af arbejdsfrie på Samsø i 94-96. (Vinther-Jensen 1997)

Empowerment i sundhedssektoren tager udgangspunkt i den salutogenetiske tankegang, som søger efter årsager til sundhed og har fokus på den enkeltes ressourcer og handlemuligheder ved begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 1987, s. 37) og samspillet mellem individ, gruppe, samfund.

6.3 Empiri dokument

Realiseringen af et europæisk område for livslang læring (KOM 2001-678) til belysning af læringens samspilsrelation i det forebyggende hjemmebesøg og medarbejderens rolle som facilitator.

For belyse læringens samspilsrelation i det forebyggende hjemmebesøg mellem borger og den forebyggende medarbejder vil jeg fortolke forudsætninger for læringsaktiviteten i forebyggende hjemmebesøg ud fra dokumentet *Realiseringen af et europæisk område for livslang læring* på 3 niveauer individ, gruppe og samfund og finde argumentet for, at den forebyggende medarbejder skal have brede kompetencer for at kunne være facilitator i læringsaktiviteten.

6.3.1 Begrundelse for at vælge dokumentet Livslang Læring som empiri

I det globale videnssamfund har udviklingen i informationsteknologi og tilgængelighed i viden skabt behov for, at mennesker/ borgerne kan håndtere vidensstrømmene og ændringerne i samfundets strukturer.(Mach- Zagal, Saugstad 2009 s.18)

Handlekompetencer er et grundelement i sundhedsfremme politikken.(Det nationale Råd for Folkesundhed 2010)

Dokumentet "Realiseringen af et europæisk område for livslang læring" betoner betydning af læring og udvikling af kompetencer livet igennem via formelle, uformelle og ikke formelle læringsmiljøer.

7. Videnskabsteoretiske overvejelser

7.1 Hermeneutisk tekstanalyse.

Jeg vælger en tekstanalyse begrundet i hermeneutisk forskningstradition.

Hermeneutik eller fortolkningslære tilstræber forståelse af tekster.(Thornquist 2006 s. 20)

Et grundbegreb i hermeneutik for forforståelse og cirkularitet.

7.2 Fra tekst til metode

Formålet med tekstanalysen er at forstå betydningen af meningsindholdet af teksten om best practice for at kunne fortolke tekstens indhold af elementer af empowerment.

Hvis analysen viser, at empowerment findes i det forskningsbaserede oplæg til best practice, må jeg kunne konkludere, at metoden empowerment kan bruges ved udviklingen af hjemmebesøgs praksis.

7.3 Erkendelsesinteresse

Forskning om menneskers sundhedshandlinger og levevilkår kan ikke være objektiv viden, men konstrueres i sociale processer. (Stryhn 2004 s.173)

Derfor har jeg en socialkonstruktivisme tilgang til sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg, hvor min erkendelsesinteresse er drevet af, at jeg vil synliggøre, at forandring kan være mulig.

Viden er ikke objektiv, men skabes på baggrund af værdier og interesser. (Solhberg, P. og Solhberg, B-M. 2004 s. 208)

8. Redegørelse for evidens og teori fremstilling

8.1 Redegørelse for evidens og validitet for RCT forskning i forebyggende hjemmebesøg. Jeg tolker på forskningsresultaterne ud fra min forforståelse om, hvad der kan være vigtigt at trække frem.

8.1.1 Metaanalyse på international forskning

Rapporten *„Hjemmet som arena for forebyggelse“* (Sundhedsstyrelsen 2006, s. 19) viser, at forebyggende hjemmebesøg kan reducere dødeligheden og indflytning på plejehjem blandt nogle ældre. Metaanalyse foretaget på international forskning og med RCT forskning viser, at hjemmebesøg som bygger på en flerstrengt indsats og som følges op, kan også reducere funktionsevnetab blandt visse grupper af ældre.

8.1.2 Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre

Mikkel Vass konkluderer i sit forskningsprojekt 2010 *„Prevention of functional decline in older people“* fra 34 kommuner RCT studier i perioden 1999-2003 (resume s. 13), at:

- Det har effekt at undervise de forebyggende medarbejdere i indholdet i af de forebyggende hjemmebesøg, således at de forebyggende medarbejdere sætter fokus på de daglige færdigheder ved et let lært og enkelt værktøj til måling af funktionsevne. Medarbejderne rådgiver i mulighederne i at begrænse funktionsevnetabet ved at henvise til udredning hos læge eller fysisk aktivitet i ældreidræt regi eller træning. Den sociale undervisnings situation medvirkede til, at de forebyggende medarbejdere oparbejdede en professionsidentitet og oplevede en tydelige gruppesolidaritet. De forebyggende medarbejdere kunne påvirke og fremme en tværfaglig kultur både inden for hjemmeplejen og i forhold til de praktiserende læger.
- Undervisningen af forebyggende medarbejdere er omkostningsneutral vist ved en sundhedsøkonomisk analyse.

- Blandt de 80 + årige var undervisning af de forebyggende medarbejdere associeret med bedre funktionsevne efter 3 år og der konkluderes, at hjemmebesøgene har større effekt hos de 80 + årige frem for de 75 + årige.
- Kvinder har større effekt af besøgene end mænd.

Effekterne er udtrykt med udskydelse af reduktion i funktionsevne og visitering til plejehjem og dødeligheden i gruppen falder. Effekter er her målt ved sundhedsdata.

8.2 Om kvalitetsreformens arbejde

Som oplæg til kvalitetsreformens arbejde skrev:

Mikkel Vass, praktiserende læge og associeret forsker ved Kbh.s Universitet

Kirsten Avlund, ergoterapeut, dr. med og lektor ved Kbh.s Universitet

Carsten Henriksen, overlæge i Region Hovedstaden, dr. med og lektor ved Kbh.s Universitet

ÖOm forebyggende hjemmebesøg ö hvordan göres det bedst muligtö. 1. januar 2007, som præsenteres i afsnit 9 med analysen med empowerment

Dokumentet Livlanglæring (KOM 2001 678) præsenteres i analysen med elementerne individ, gruppe og samfund i afsnit 11

8.3 Præsentation af teori om empowerment.

8.3.1 Empowerment i forebyggende sundhedstjenester.

I publikationen öHjemmet som arena for forebyggelseö (Sundhedsstyrelsen 2006 s.10) beskrives flere forskellige modeller til forebyggelse i hjemmet i de forebyggende sundhedstjenester sundhedsplejersker og forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Forebyggelse beskrives her som en implicit del af empowerment, fordi borgeren bevidstgøres om sin egen sundhedstilstand samt muligheder for at forbedre denne.

Hjemmebesøgspraksis med empowerment sætter fokus på relationen mellem borgeren og den professionelle. Den professionelle skal have faglige kompetencer og være åben overfor, hvad

indholdet i besøget skal være og være parat til at skifte fokus/ retning i forhold til hvilken indsats, der er behov for.

Det er borgerens ønsker, der er styrende og hjemmebesøget bør være en interaktiv proces mellem borgeren og den professionelle, hvor begreber som forhandling, kompromisser og fælles beslutninger indgår i forhold til at øge borgerens egenomsorg.

Ovenstående er udtryk for psykologisk empowerment jvf. kommende definition.

8.3.2 Psykologisk empowerment og lokalsamfundsempowerment

Der skelnes mellem to former for empowerment.

Den første defineres som psykologisk empowerment der skal give følelse af kontrol over eget liv. Følelsen opnås gennem aktiv deltagelse i gruppebaseret eller fælles indsats.

Den anden form for empowerment defineres som lokalsamfundsempowerment. hvor deltagelse i fælles politisk indsats, medfører en øget psykologisk empowerment samt en omfordeling af ressourcer eller beslutningskompetencer. (Iversen, L. et al, 2005s .82)

8.3.3 Empowerment på dansk

Empowerment på dansk (Andersen, M.L, Brok, P.N og Mathiesen, H. 2000), beskriver historien og udviklingen bag begrebet og sætter begrebet ind et dansk velfærdssystemets tankegang.

I dette afsnit beskrives de elementer af empowermenttankegangen, som er væsentlige at fremhæve ud fra bogens begrebsramme.

Empowerment begrebet har rødder til Paulo Freire's frigørende pædagogik fra 1974.

Udgangspunktet for ham var en pædagogik, som havde det formål at styrke undertrykte menneskers personlige handlemuligheder og beslutninger indenfor deres eget liv og lokalsamfund.

Empowerment begrebet bruges med forskellige betydninger afhængigt af, hvilke samfundsmodeller den anskues i liberalisme, konservatisme og socialisme.

Empowerment baserer sig på kritisk teori, hvor perspektivet er, at samfundet er præget af uligheder. Man forholder sig kritisk til det eksisterende kapitalistiske samfunds opbygning.

Det kritiske perspektiv forholder sig til sociale konflikter i samfundet, strukturer, organisationer, der er med til at skabe og opretholde uligheder frem for at skabe ligheder. Dette har betydning for det sociale arbejde, som derfor i lige så høj grad bør have fokus på strukturer, der omgiver individet.

Empowerment betyder igangsætning af **en proces** med magt, kraft og styrke, hvor vækst i erkendelse og indsigt medfører handlinger. Det er både den proces, der fører til handling og det produkt, som en handling kan give.

Magtbegrebet er et essentielt begreb i empowerment. Det skal forstås i betydning af, at man giver magt til andre. Jo flere der får magt, des mere magt er der. En vigtig pointe i denne forståelse betyder, at mere magt til borgeren ikke i sig selv giver mindre magt til de professionelle. Det interessante er nemlig ikke magt over andre men udvikling af magt til.

Empowerment kan beskrives som strategi, metode, mål og værdigrundlag i sundhedsfremmende, pædagogiske og sociale arbejde. Strategien for empowerment tankegangen er at skabe forandringsprocesser hos individer, grupper og samfund.

Metoden er, at forandringsprocesser skal startes af de professionelle i det sundhedsfremmende arbejde. De skal tage rollen som proceskonsulenter/facilitatorer, der åbner indflydelsesmuligheder og støtter borgerne i at bruge dem. I forhold til empowerment er det nærmest dualistisk at tale om metode, da en metode ofte indebærer en mere stringent og planmæssig fremgangsmåde. I empowerment vil ethvert opnået mål uanset størrelse altid føre til nye muligheder og mål.

Målet er, at mennesker opnår forøget kontrol over deres eget liv og bliver bevidste om de samfundsfaktorer, der påvirker deres liv og opnår handlemuligheder til forandring for dem selv, i gruppe og i lokalsamfundssammenhænge.

Empowerment sigter mod en tilstand, hvor mennesker opnår en fornemmelse af kontrol, begribelighed og meningsfuldhed. Empowerment er både følelse og handling. Det er derfor

afgørende, at menneskene bruger fornemmelsen til at handle med for at opnå sundhedsmæssige forandringer, der er meningsfulde og håndterbare.

Værdigrundlaget er den professionelles forståelse og respekt for menneskers ressourcer og evner til at skabe forandring. Den professionelle skal være bevidst om det magtforhold og rollefordeling, der opstår i den professionelle relation samt at være bevidst om betydningen af at afgive magten eller give magt til andre.

Empowerment bruges på **individ, gruppe, og samfundsniveau**. Man kan først tale om empowerment når professionelle i partnerskab med brugere arbejder med alle tre niveauer samtidig. Dette adskiller empowerment tilgangen fra det traditionelle social- og sundhedsarbejde, hvor kravet til samtidigheden ikke eksisterer.

9 Analyse afsnit med empowerment

I dette afsnit præsenteres empirien

Oplægget til kvalitetsreformens arbejde af Mikkel Vass, Kirsten Avlund, Carsten Henriksen. Om forebyggende hjemmebesøg og hvordan gøres det bedst muligt. 1. januar 2007

9.1 Fremgangsmåde i analysen

Analysen tager udgangspunkt i de 3 niveauer i empowerment teorien og individ, gruppe og samfund. Hvert afsnit i oplæg til kvalitetsreformens arbejde analyseres med henblik på at finde elementerne i empowerment teorien.

9.1.1 Definitioner til analysen

Individer har 2 betydninger og borger og den forebyggende medarbejder.

Gruppe har betydningen målgruppe af ældre til hjemmebesøgsordningen, lokalområdets ældre i fælles aktiviteter og gruppen af forebyggende medarbejdere.

Samfund har betydningen som den lovgivende magt for handlemuligheder for inden for social og sundhedslovgivning udmøntet ved kommunens forebyggende tilbud til borgerne.

Oplægget til kvalitetsreformens arbejde skrev

Mikkel Vass, Kirsten Avlund, Carsten Henriksen,

öOm forebyggende hjemmebesøg ó hvordan gøres det bedst muligtö. 1. januar 2007

9.2 Danmark som foregangsland

Forebyggende hjemmebesøg medvirker til, at ældre lettere kan klare dagligdagen, når de har kendskab til lokalområdets aktiviteter og udfoldelsesmuligheder. De årlige hjemmebesøg er en integreret del af den nationale ældrepolitik.

Grundelementerne i de forebyggende hjemmebesøg er respekt for borgeren, regelmæssighed i besøgene og den bedste effekt opnås, hvis besøgene udføres af personale med faglige kompetencer og indlevelsesevne. Sundhedsfremme og forebyggelse af funktionsevnetab er muligt også i en høj alder og ved funktionsevne tab får den ældre brug for at kende de handlemuligheder, som et lokal samfund og samfundet (social og sundhedslovgivningen) kan give.

9.2.1 De forebyggende medarbejdere som facilitator.

Forebyggende hjemmebesøg er et forebyggelses tilbud på samfundsplan og er en strategi, der er målrettet en gruppe borgere ó ældre over 75 år med henblik på, at gruppen kan mobilisere handleevne og tager ejerskab over de faktorer, der påvirker sundhed og udfoldelsesmuligheder. De forebyggende medarbejdere ses som facilitatorer i processen, når den enkelte forebygger møder borgeren i hjemmebesøget og understøtter den psykologiske empowerment ved at finde deltagelse, ejerskab for borgeren i lokalområdets aktiviteter og udfoldelsesmuligheder og dermed øger borgeren kontrollen over sit liv ved styrkelse af funktionsevnen.

9.3 Er der en mønstermodel ?

I de danske kommuner er variation i indsatsen af hjemmebesøgene. Nogle kommuner forsøger at holde loven og andre kommuner går ind for sagen.

Når ældreområdet får politisk og administrativ opmærksomhed, går det bedre for de ældre mennesker og de har det bedre, hvis de bor i et lokalområde, hvor der mange muligheder for at udfolde sig ved fysisk og social aktivitet.

Forebyggende hjemmebesøg medvirker i nogle kommuner også til en dialog mellem det offentlige og lokalbefolkningen om ønsker for gode udfoldelsesmuligheder.

9.3.1 Magt på samfundsplan

Samfundsplanen er loven og måden loven administreres på.

For at der er empowerment på samfundsplan skal aktørerne på det kommunale plan vise deltagelse, ejerskab og handleevne i forhold til gruppeplanen til at indgå i de miljømæssige forhold, der understøtter ældres fysiske aktivitet og medvirke til at skabe rammer til sociale brugerstyrede aktiviteter.

Lokalsamfunds empowerment kan ses, hvor deltagelse i en fælles politisk indsats medfører en øget psykologisk empowerment samt en omfordeling af ressourcer eller beslutningskompetencer.

Strategien for empowerment tankegangen er at skabe forandringsprocesser hos individer, grupper og samfund.

9.4 Hvad er årsagen til de gavnlige effekter?

Hjemmebesøgenes gavnlige effekter skyldes samspil mellem de kommunale muligheder for at træne funktionsevnen og de muligheder borgeren kan se, hvad de kan gøre på det personlige plan. Ved mødet i borgerens hjem, som er borgerens eget miljø, opstår mulighed for direkte påvirkninger, så den ældre formår at handle mere hensigtsmæssigt i hverdagen og opnår en følelse af kontrol, hvilket medvirker til at bevare funktionsevnen.

Det har betydning at reagere over for svigtende helbredsforhold og løbende at gennemgå medicin i samarbejde med den praktiserende læge.

9.4.1 Magt i borgerkontakten.

I empowerment optik kan muligheden for direkte påvirkning af borgeren ses som magt i den

betydning, at den forebyggende medarbejder igangsætter en proces, hvor vækst i erkendelse og indsigt medfører handlinger, der øger kontrollen over faktorer, der påvirker helbredet.

Empowerment er både den proces, der fører til handling og det produkt, som en handling kan give.

9.5 Sammenhæng i service gennem personlige relationer.

Den personlige relation mellem borger og medarbejder opbygges over tid og er kernen i sammenhængende service.

Den fortrolighed og tillid som i bedste fald er blevet opbygget, kræver kontinuitet i medarbejderstaben og ikke for hurtig og flygtig udskiftning af fagpersonerne.

Forebyggende hjemmebesøg bør indarbejdes som en koordineret del i det samlede offentlige tilbud på ældreområdet med definerede samarbejdsrelationer.

9.5.1 Værdigrundlag for empowerment

Her ses empowerment værdigrundlag, som er den professionelles forståelse og respekt for menneskers ressourcer og evner til at skabe forandring.

Den professionelle skal være bevidst om det magtforhold og rollefordeling, der opstår i den professionelle relation samt at være bevidst om at afgive magten eller give magt til andre.

Empowerment sigter mod en tilstand, hvor mennesker opnår en fornemmelse af kontrol, begribelighed og meningsfuldhed. Empowerment er både følelse og handling.

Derfor er det afgørende, at menneskene bruger fornemmelsen til at handle med for at opnå sundhedsmæssige forandringer, der meningsfulde og håndterbare.

9.6 Hvordan organiseres hjemmebesøgene bedst?

Den eksisterende viden viser hvilke centrale delelementer, der med fordel kan prioriteres ved organisering af de forebyggende hjemmebesøg.

Målgruppen af ældre, medarbejdernes kompetencer og fleksibel rammer.

9.7 Målgruppen

Målgruppen for forebyggende hjemmebesøg er primært de ikke svækkede ældre, der med tilbudet om forebyggende hjemmebesøg får en individualiseret generel støtte med fokus på hverdags aktiviteter, der styrker funktionsevnen.

Ordningen er med loven målrettet til ældre over 75 år, men der findes ikke fast alderskriterium for, hvornår besøgene er optimale. Meget tyder på, at nye ældre generationer har bedre funktionsevne og at regelmæssige kontakter med størst udbytte kan tilbydes de ældste over 80 år.

Kulturelle aspekter i etniske ældregrupper betyder, at der kan være behov for at tilbyde hjemmebesøg før 75 år til denne gruppe.

Forebyggende gruppebaserede initiativer til den yngre del af målgruppen kan være en mere effektiv måde at styrke ældres handlekompetencer på.

9.7.1 Kritisk perspektiv i empowerment.

Samfunds empowerment ses her med lovgivningens rammer for tilbudet om de forebyggende hjemmebesøg, der udmøntes ved den kommunale ramme ved udformningen af sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg.

Det kritiske perspektiv i empowerment forholder sig til sociale konflikter i samfundet, strukturer, organisationer, der er med til at skabe og opretholde uligheder frem for at skabe ligheder.

Ved at samfundsniveauet forholder sig til forskellige gruppers behov ved at differentiere tilbudet om forebyggende hjemmebesøg, kan der skabes lighed inden for grupperne.

Empowerment ses i at styrke den individuelle, psykologiske empowerment ved de ældres deltagelse i forebyggende gruppebaserede initiativer.

9.8 Medarbejdernes kompetencer.

Medarbejdernes kompetencer både på det sociale og sundhedsmæssige område er vigtige og forudsætningen for vellykkede besøgsforløb er motiverede og engagerede medarbejdere, der kan deltage i efteruddannelses forløb.

Medarbejderne skal kunne beherske eksistentielle og etiske problemstillinger, der også er en del af besøgenes indhold.

9.8.1 Udvikling af den professionelle rolle

Her ses empowerment på gruppen af de forebyggende medarbejdere og værdigrundlaget for empowerment med forståelse og respekt for menneskers ressourcer og evner til at skabe forandringer.

Den professionelle rolle skal udvikles gennem deltagelse og ejerskab til sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg og med stadig udvikling af kommunikative kompetencer og viden om sociale og sundhedsmæssige faktorer, der indvirker på ældres handlekompetencer i hverdagslivet.

9.9 Fleksible rammer

Fleksible rammer for den forebyggende medarbejders faglige skøn giver bedre effekter end, hvis ordningen udføres efter strengt regelstyrede kvalitetsmål.

Etablering af god kontakt med borgeren er afgørende for processen med forebyggende hjemmebesøg, hvor en individuelt tilpasset offentlig ydelse, udøvet med faglig viden og fornemmelse for den enkelte, undervejs omdannes til hjælp til selvhjælp.

De konkrete handlinger under og efter besøgene kan sikres gennem opstilling af målbare kvalitetsmål ó men samtalens dynamik og tilliden og trygheden for borgeren kan ikke måles, men må baseres på tillid til kompetente medarbejdere.

9.9.1 Empowerment på individ niveau

Dette her er udtryk for hjemmebesøgspraktik med empowerment, der sætter fokus på relationen mellem borgeren og den professionelle. Det er borgerens ønsker, der er styrende for samtalens indhold og processen i hjemmebesøget er en interaktiv proces, hvor begreber som forhandling, kompromisser og fælles beslutninger indgår i forhold til at øge borgerens egenomsorg.

10. Samling af overskrifter på delanalyser.

Når overskrifterne på delanalyserne samles, vises de forebyggende medarbejdere som facilitatorer,

magtaspektet, værdigrundlaget, det kritiske perspektiv, og behovet for udvikling af den professionelle rolle i empowerment processen på individ, gruppe og samfundsplan.

11. Analyse på læringens samspil mellem individ, gruppe og samfund

I dette afsnit præsenterer jeg 8.3 i Dokumentet *Realiseringen af et europæisk område for livslang læring* (KOM 2001-678).

Her bruger jeg elementer af empowerment teorien på at tydeliggøre betydningen af samspilsrelationen mellem borger og forebyggende medarbejder og lokalområdets aktører. Analysen med empowerment sætter fokus på forudsætninger for læringssamspillet på individ-, gruppe- og samfundsniveau. I psykologisk empowerment har relationen og samspillet mellem borger og forebyggende medarbejder afgørende betydning for, om borgeren kan øge sine handlekompetencer i en læringsaktivitet.

11.1 Præsentation af dokumentet

Kommissionen for de Europæiske fællesskaber har med dokumentet *Realiseringen af et europæisk område for livslang læring* (ibid.) sat fokus på udvikling af kompetencer hos mennesker i alle livsafsnit. Målsætningerne for læring omfatter aktivt borgerskab, selvrealisering, social integrering og beskæftigelsesrelaterede aspekter og sætter fokus på formelle, ikke formelle og uformelle læringsaktiviteter. I dokumentet defineres livslang læring således:

ö al læringsaktivitet, som man deltager i gennem hele livet, med det formål at fremme viden, færdigheder og kompetencer set i et personligt, borgermæssigt, socialt og/ eller beskæftigelsesrelateret perspektiv ö s. 10

Fundamentale principper der ligger til grund for livslang læring, er placeringen af den lærende i centrum, lige muligheder for deltagelse og læringsmulighedernes kvalitet og relevans.

Målsætning for livslang læring kræver omfattende og sammenhængende strategier for medlemsstaternes nationale handlingsplaner for beskæftigelse og social integrering. Partnerskabsarbejde og skabelses af læringskulturer fremhæves som midler til realiseringen af målsætningen.

- De offentlige myndigheder er ansvarlige for at stille de ressourcer til rådighed, som kræves til den obligatoriske uddannelse og for at sikre alle borgere adgang til denne. Heri indgår også borgernes ret til råde over mulighederne for at tilegne sig og ajourføre viden og kompetencer livet igennem.
- Arbejdsgiverne har hovedansvaret for at sørge for udviklingen af deres arbejdsstyrkes kompetencer og arbejdsmarkedets partnere indgår og gennemfører aftaler vedrørende uddannelse på arbejdspladsen.
- Lokale og frivillige foreninger anses for at have enestående muligheder for at tilbyde ikke formelle og uformelle læringsaktiviteter og for at fremme social integrering. Lokale og frivillige foreninger kan formulere medlemmernes behov og interessefelter for læring.

Alle aktører i partnerskabsarbejdet har et ansvar for at arbejde sammen om livslang læring og for at sætte den lærende i centrum for at støtte enkelt personer i ansvaret for egen læring

11.1.1 Borgergruppe/ individ niveau

Ældre over 75 år har ret til tilbud om forebyggende hjemmebesøg, som kan anskues som et formelt læringstilbud, der har fokus på den lærendes (hverdags) liv, ressourcer og ønsker for deltagelse i ikke formelle og uformelle lærings aktiviteter. Læringsmulighedernes kvalitet og relevans er afhængig af den forebyggende medarbejders kompetencer inden for det sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige område og samspillet med lokalområdets aktører.

11.1.2 Medarbejderniveau / gruppe niveau

Arbejdspladsen giver rammen om formelle, ikke formelle og uformelle læringsaktiviteter ved skabelse af læringskulturer. Arbejdspladsen skal skabe lige muligheder for deltagelse i alle formerne for læringsaktiviteter, så medarbejderne kan udvikle deres kompetencer også i et beskæftigelsesrelateret perspektiv.

De formelle læringsaktiviteters kvalitet og relevans skal vurderes ud fra medarbejderens kompetencer, og arbejdspladsen skal støtte enkeltpersoner i ansvaret for egen læring.

11.1.3 Samfundsniveau

De offentlige myndigheder og arbejdsgivere har hovedansvaret for at skabe rammer for livslang læring for borgerne.

Ansvaret ligger hos de offentlige myndigheder for at initiere partnerskabssamarbejdet på lokalsamfundsplan og understøtte de ikke formelle og uformelle læringsaktiviteter, som de frivillige organisationer og foreninger skaber.

De offentlige kommunale myndigheder har ansvaret for at organisere det forebyggende hjemmebesøg som en borgerrettighed.

12. Diskussion af analysen

12.1 Forebyggerens facilitator rolle ved styrkelse af borgerens funktionsevne ved læreproces

Forebyggende hjemmebesøg er et forebyggelses tilbud på samfundsplan og er en strategi, der er målrettet en gruppe borgere ó ældre over 75 år med henblik på, at gruppen kan mobilisere handleevne og tager ejerskab over de faktorer, der påvirker sundhed og udfoldelsesmuligheder.

De forebyggende medarbejdere ses som facilitatorer i processen, når den enkelte forebyggende medarbejder møder borgeren i hjemmebesøget og understøtter den psykologiske empowerment ved at finde deltagelse, ejerskab for borgeren i lokalområdets aktiviteter og udfoldelsesmuligheder og dermed øger borgeren kontrollen over sit liv ved styrkelse af funktionsevnen.

Denne empowerment udlægning af Mikkel Vass oplæg til kvalitetsreformen (2007) genfindes i serviceloven § 79, der har funktionsevne begrebet med hovedvægt på sociale forhold og udfoldelsesmuligheder i idræts foreninger. Loven sætter fokus på mobilisering af borgerens egne ressourcer og anser hjemmebesøgene som trivsel og tryghedsskabende faktor ved relationen med den forebyggende medarbejder i det formelle læringstilbud, som er frivilligt for borgeren at modtage.

12.2 Samspillet i læringstilbudet mellem borger og forebyggende medarbejder med fokus på kompetencer

Borgergruppe/ individ niveau viser analysen at ældre over 75 år har ret til tilbud om forebyggende hjemmebesøg , et formelt læringstilbud, der har fokus på den lærendes (hverdags) liv, ressourcer og ønsker for deltagelse i ikke formelle og uformelle lærings aktiviteter.

Læringsmulighedernes kvalitet og relevans er afhængig den forebyggende medarbejders kompetencer inden for det sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige område og samspillet med lokalområdets aktører.

Mikkel Vass forskning viser, at udsættelse af de ældres funktionsevnetab er proportional med de forebyggende medarbejders kompetence niveau og samspillet med lokalområdets aktører (inkl. praktiserende læge).

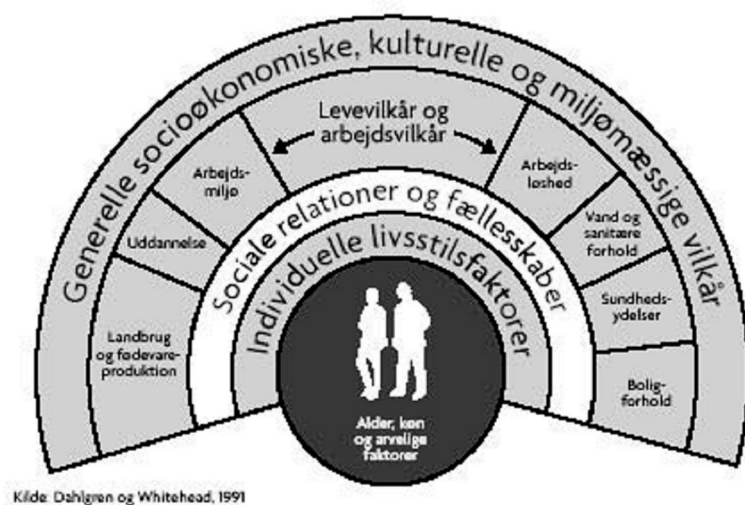
12.3 Samspil med lokalområdets aktører og betydning af sociale relationer

I analysen med empowerment ses den forebyggende medarbejders rolle som facilitator på individ niveauet og lokalsamfunds niveau. Mikkel Vass beskriver, at forebyggende hjemmebesøg i nogle kommuner medvirker til en dialog mellem det offentlige og lokalbefolkningen om ønsker for gode udfoldelsesmuligheder.

Analysen viser, at både i analysen med empowerment og i strategien for Livslang læring har samspillet og deltagelses aspektet med de frivillige organisationer og foreninger som væsentlige aktører i lokalområdet, når fokus er borgernes muligheder for at påvirke funktionsevne fald.

De gruppebaserede forebyggende aktiviteter, som Mikkel Vass peger på, at målgruppen under 80 år kan øge handlekompetencer i, kan ved partnerskabsaftaler organiseres via de frivillige organisationer og foreninger.

Analysen på strategien for livslang læring viser, at de offentlige myndigheder og arbejdsgivere har hovedansvaret for at skabe rammer for livslang læring for borgerne og har ansvaret for at initiere partnerskabssamarbejdet på lokalsamfundsplan og understøtte de ikke formelle og uformelle lærings aktiviteter, som de frivillige organisationer og foreninger skaber.



Modellen illustrerer, hvor væsentlige sociale relationer og fællesskaber er for menneskers sundhed ó ligeledes en illustration af individuelle livsstilsfaktorens betydning. (SIF 2006 s.18)

12.4 Folkesundheds arbejde metode epidemiologi

Set fra et befolkningsundersøgelses perspektiv, kan strategien med gruppebaserede læringsaktiviteter have svært ved at nå hele målgruppen.

Data på sociale netværk fra Ældrebeholdningens sundhedstilstand (Sundhedsstyrelsen 2010) viser, 44, 3 % af mændene og 52.8 % af kvinderne i alders gruppen 75-84 år deltager i foreningsliv/ fritidsaktiviteter en eller flere gange om ugen.

Det kan udlægges som ca. halvdelen af målgruppen ikke deltager i gruppebaserede aktiviteter. Derfor er det vigtigt at have mulighed for kunne give målgruppen 75-80 årige det individuelle besøgstilbud.

12.5 Social ulighed og funktionsevne

Det kritiske perspektiv i empowerment forholder sig til sociale konflikter i samfundet, strukturer, organisationer, der er med til at skabe uligheder frem for at skabe ligheder.

Ifølge Mikkel Vass forskningsresultater er målgruppen primært de ikke svækkede ældre, og Mikkel Vass peger på muligheden i at differentiere tilbudet om hjemmebesøg mere efter behov, da der ikke findes et fast alderskriterium for det optimale tidspunkt at tilbyde hjemmebesøgene på.

Ligeledes kan kulturelle og helbredsmæssige aspekter i etniske ældregrupper betyde, at der kan være behov for at hjemmebesøg før 75 år til denne gruppe. (Københavns Kommunes ældrepolitik 2007)

Der er stor forskel på ældrebefolkningens helbred og funktionsevne, og generelt har nye ældre generationer bedre helbred og mindre nedslidte end tidligere og de lever længere. Forekomsten af folkesygdommene er i stigning og sygehusforbruget er stigende og størst i de ældste aldersgrupper. (Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark Sundhedsstyrelsen 2010).

Det Nationale Råd for Folkesund (2010) strategi har som indsatsmål, at den sociale ulighed skal reduceres ligesom målet genfindes i folkesundhedsprogrammet Sund hele livet (Regeringen 2002).

De forebyggende hjemmebesøg kan medvirke til at skabe lighed, når besøgene målrettes til sårbare grupper og borgere i krisesituationer jævnfør København Kommunes ældrepolitik's målsætninger (2007 s. 20).

I rapporten "At prioritere social ulighed i sundhed" er anført, at sundhedstjenester som sundhedsplejen og forebyggende hjemmebesøg bidrager til begrænsning af den sociale ulighed i sundhed. (2006 s. 32).

Sårbare grupper er også de ældste, som Mikkel Vass forskning viser, at hjemmebesøgene har større effekt hos og hvor samarbejde med den praktiserende læge er vigtig. Hos de ældste er antallet og regelmæssigheden i tilbudet af hjemmebesøget af den samme forebyggende medarbejder af stor betydning.

I et lighedsperspektiv skal målgruppen over 75 år have tilbud om forebyggende hjemmebesøg mindst 1 gang årligt, da individuelle forebyggende ydelser er effektive.

12.6 Sårbare grupper behov og de forebyggende medarbejders kompetencer

Der er et paradoks i, at for der er effekt i at tilbyde forebyggende hjemmebesøg, skal besøgene tilbydes personer med relativ god funktionsevne.

For at skabe lighed i sundhed, skal hele målgruppen af 75 + have tilbudt besøgene.

Sårbare grupper har brug for en mangestrengt indsats og når et strategisk mål i Det Nationale Råd for Folkesundhed strategi (2010) er tidlig opsporing og styrkelse af borgernes handlekompetencer, er de forebyggende medarbejderes kompetencer afgørende for, at målet kan nås.

12.7 Handlekompetencer, sundhedsadfærd og strukturel forebyggelse

Begrebet handlekompetencer kobles i sundhedspolitikken med livsstil og sundhedsadfærd. Ligesom i Livslang læring er fokus på den enkeltes ansvar for egen læring (KOM 2001 678 s.12), er der også samfundsmæssigt fokus på ansvaret for egen sundhed.

En unuanceret individualisering af ansvaret kan blive en yderligere belastning for i forvejen udsatte mennesker (Iversen. L et al 2005 s. 209) og her kan empowerment være metoden til at nå sårbare grupper. Samfundet har ansvaret for at skabe rammer for, at menneskelig aktivitet fremmer folkesundheden. (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2010), og regeringer skal tænke sundhed i ind i al lovgivning. (WHO 2005)

13. Konklusion

13.1 Empowerment som metode i forskningsbaseret best practice

Analysen viser, at de væsentlige elementer fra empowerment strategien på individ, gruppe og samfundsplan er genkendelige i Mikkel Vass, Kirsten Avlunds og Carsten Henriksens forskningsresultater, som blev givet til opdrag til kvalitetsreformens arbejde. Det er empowerment, når professionelle i partnerskab med brugere arbejder med alle 3 niveauer samtidig.

Antagelsen med, at empowerment kan findes i forskning baseret best practice, viser at empowerment som metode kan anvendes i sundhedsordningen forebyggende hjemmebesøg.

13.2 Forebyggende medarbejderes kompetence niveau forebygger funktionsevnetab

Mikkel Vass forskning viser, at udsættelse af de ældres funktionsevnetab er proportional med de forebyggende medarbejderes kompetence niveau og samspillet med lokalområdets aktører.

Læringsmulighedernes kvalitet og relevans i det forebyggende hjemmebesøg er afhængig den forebyggende medarbejders kompetencer inden for det sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige område og samspillet med lokalområdets aktører, hvilket vises i analysen 11.2.1

13.3 Sygeplejerskens rolle i sundhedsfremmende indsatser i lokalområdet

Sygeplejerskens virksomhedsområde er i samarbejde med lokale aktører og kommunale instanser at iværksætte og støtte initiativer, der til gode ser ældrebefolkningens sociale og sundhedsmæssige behov med særligt fokus på sårbare befolkningsgruppers behov. (Stryhn 2004 s. 175)

Sygeplejerskens rolle som facilitator i empowerment metoden kvalificeres ved, at sygeplejersken har viden om evidens i sundhedsfremmende indsatser og at hun har viden via hjemmebesøgene om borgernes behov og ønsker, der kan kvalificeres ved systematisk indsamling og dokumentering.

Sygeplejersken kan indgå i det partnerskabsarbejde kommunen har med frivillige organisationer og foreningerne i lokalområdet.

14. Perspektivering

14.1 anbefalinger til udvikling af forebyggende hjemmebesøg i lokalområdet

Udviklingen af forebyggende hjemmebesøg i lokalområdet hviler på servicelovens intentioner og kommunal bestyrelsens beslutninger om, hvordan kommunen vil tilrettelægge besøgene.

Ud fra den evidens forskningen har vist om forebyggende hjemmebesøg og den praksis erfaring jeg har med at bruge empowerment, vil jeg komme med følgende anbefalinger til udvikling af de forebyggende hjemmebesøg i lokalområdet.

14.1.1 Strategi for fremtidens sygepleje

Et præmis fra København's Strategi for fremtidens kommunale sygepleje 2010-2013 er, at der skal større sammenhæng i den forebyggende indsats og samarbejdet mellem sygeplejen og de forebyggende medarbejdere styrkes.

Et andet præmis er at forebyggende hjemmebesøg skal fremover udvikles som et særskilt opgavesæt under Den kommunale sygeplejes organisatoriske ramme.

14.1.2 Samarbejde i organisation skaber sammenhæng for borgeren

Strategi for fremtidens sygepleje åbner op for samarbejde om at skabe sammenhæng for den ældre borger i forbindelse med udskrivning fra hospitalsophold.

Da den forebyggende sygeplejerske kender borgeren, kan hun bidrage til at skabe sammenhæng i hverdagen og sætte fokus på borgerens ressourcer og handlekompetencer.

Når hjemmesygeplejersken og den forebyggende sygeplejerske sammen er ude hos borgeren, skabes der en læringsaktivitet i samspillet, som kan blive til læringsudbytte om sundhedsfremme,

når sygeplejerskerne sammen reflekterer over besøget. Samarbejdet kan bidrage til en læringskultur i forhold skabe synergi om viden om lokalområdets aktører.

Ved den forebyggende sygeplejerske deltagelse i personalemøder i hjemmeplejen, kan hun sætte fokus på salutogene faktorer og være med til at understøtte de sundhedsfremmende tiltag, som hjemmeplejen i værksætter.

Hos borgere med funktionsevnetab får den forebyggende sygeplejerske større forståelse for hjemmeplejens arbejde og kan dermed bibringe til at skabe sammenhæng for borgeren.

14.1.3 Vigtighed med relationsarbejde og kontinuitet i opgaveløsningen

Da forebyggende hjemmebesøg skal være et særskilt opgavesæt ó vil den forebyggende sygeplejerske have hele målgruppen af ældre over 75 år i lokalområdet.

Det er vigtigt for det langsigtede forebyggende arbejde og forløbet med borgerne, at sygeplejersken ved organisationsskiftet bliver i det lokalområde, hun har sin virksomhed i. Særligt for ældre over 90, hvor medarbejderen har haft et langt forløb med den nuværende organisering.

Hun skal besøge alle nye 75 årige med henvendelsesformen brev med tid og sammen med borgeren vurderer fremtidig henvendelsesform og interval.

Hun kan henvise til grupperelaterede forebyggende aktiviteter.

14.1.4 Målgrupper for opmærksomhed og henvendelsesform

Sårbare grupper skal have opmærksomhed.

Social ulighed er sværere at identificere i ældregruppen, da social ulighed ofte fører til førtidig død.

Praksis med at nyblevne enker og enkemænd får tilbudt besøg skal videreføres.

Forebyggende hjemmebesøg til borgere af anden etnisk herkomst bør tilbydes besøg af specialuddannede forebyggende medarbejder.

Borgere, der er ny tilflyttere til lokalområdet, skal kontaktes med brev med tid.

Borgere der lige er visiteret til hjemmehjælp bør have tilbud om forebyggende hjemmebesøg.

80 + årige skal have tilbudt besøg med tid.

Enlige mænd skal have tilbud besøg med tid.

14.1.5 Samarbejde i lokalområdet og sygeplejerskens rolle som facilitator

I boligforeninger bør sygeplejersken have samarbejde med den boligsociale rådgiver og må være initiativtager til at opsøge samarbejdet

I ældrebolig bebyggelserne bør sygeplejersken være initiativtager til samarbejdet både med beboerbestyrelsen, frivillige og hjemmehjælpen om udvikling af forebyggende indsatser.

Sygeplejerske bør deltage i netværksskabende aktiviteter som fx at komme i ældreklubberne til dialogmøder.

Sygeplejersken bør genoplive de tværfaglige netværksmøder på Bispebjerg.

Sygeplejersken samarbejder med Folkesundhed København om den borgerrettede forebyggelse.

Sygeplejersken samarbejder med visitationen om indsatser til forebyggelse af funktionsevnetab.

Egen læge bør gøre borgeren opmærksom på muligheden med forebyggende hjemmebesøg.

Sygeplejersken bør samarbejde med sundhedscentret.

Sygeplejersken samarbejder med frivillige og organisationer.

14.2 Evidens perspektivet fra Sundhedsstyrelsen

Evidensbaseret forebyggelse hviler på systematisk og velovervejede anvendelse af den aktuelle bedste viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.

Sundhedsstyrelsen anfører, at evidensbegrebet for forebyggelse skal kunne rumme viden fra vidt forskellige videnskabelige traditioner, fx epidemiologisk viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom samt sociologisk viden om menneskelige relationer, sociale institutioner og kulturel betydning i specifikke kontekster. (Sundhedsstyrelsen 2007)

Evidens i forebyggelsen kan handle om:

- Årsager til og udbredelse af sygdom

- Effekter af forebyggelsesindsatser
- Den bedst mulige organisering af indsatser

Sundhedsstyrelsen anfører, at disse tre former for viden udgør tilsammen evidens i forebyggelsen.

„At der ikke er solid evidens for effekter af en bestemt forebyggelsesindsats, gør ikke evidensbaseret forebyggelse umulig. Det, der kræves er den bedst foreliggende evidens, ikke den bedst mulige evidens. Det perfekte må ikke gøres til det godes fjende. Sagt på en anden måde: Meget og god viden er godt, men lidt eller mindre god viden er bedre end ingen viden. Ny evidens kan imidlertid skabes og aktørerne i den praktiske forebyggelse kan medvirke til at skabe den.“

Sundhedsstyrelsen 2007 s. 16

14.2.1 Udvikling af ny evidens

Evidens i forebyggende hjemmebesøg i lokalområdet handler om

- Den bedst mulige organisering af indsatsen til målgruppen
- Arbejdsmetoden empowerment
- Kompetente medarbejdere, der har ejerskab til sundhedsordningen
- Udvikling af ny evidens

Kommunens Landsforening anfører, at der er forsvindende lidt evidens for socialområdet og ældreområdet.

Udvikling af evidens kan ske i den praktiske forebyggelse og de lokale forhold er afgørende for menneskers livsstil og levevilkår. Derfor er kommunernes sundhedspolitik vigtig. Miljømæssige, uddannelsesmæssige og strukturelle forhold er betydningsfulde faktorer på sundhed.

Sundhedsprofiler på lokalsamfundsniveau kan være med til at synliggøre målgrupperne for sundhedsfremmende indsatser. Kommunerne kan være med til at skabe nye forebyggelses indsatser, når viden fra sundhedsprofilerne foreligger.

Inddragelse af bruger/ borgerperspektivet er vigtigt (Sundhedsstyrelsen 2010, s.62) og kan belyses ved indsamling af spørgeskema undersøgelser ó her kan de forebyggende medarbejdere medvirke til løbende at sikre indsatsen med de forebyggende hjemmebesøg.

Lokalsamfundsanalyser med fokus gruppe interview af lokalområdet ældre og aktører er en metode til at udvikle forebyggelsesindsatser.

14.3 Folkesundhedsarbejde er bredt samarbejde

Folkesundhedsarbejde er mangfoldigt og målet med at fremme folkets sundhed ó kræver en bred fundamenteret indsats fra stat, kommune, civilsamfundet, markedet og den enkelte borger. Kun ved en fokuseret indsats kan WHO's mål 5 i Sundhed i det 21. århundrede nås

Senest år 2020 bør mennesker over 65 år gives mulighed for at udnytte deres fulde sundhedspotentiale og spille en aktiv social rolle
WHO's mål 5 i Sundhed i det 21. århundrede, s. 35

Litteraturliste

Litteraturlisten er opsat efter Harvard systemet. Der er læst ca. 1500 sider

Antonovsky, A (1987) *Helbredets mysterium*. København, Hans Reitzels Forlag, København.2000. kap. 1,2,7 - 53 sider

Andersen, ML, Brok,P.N,Mathiesen,H (2000) *Empowerment på dansk*. Dafolo, Frederikshavn s. 13-176 153 sider

Birkler, J (2005) 1 udgave, 1. oplag: *Videnskabsteori*. Munksgaard Danmark, København. 144 sider

Det Nationale Forebyggelsesråd (2010) *Det er tid til handling forebyggelse er en politisk vindersag*. 41 sider

Elsass, P og Lauritsen, P (2006) 1. udgave, 1. oplag *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag, København. s.9-17, 66-78, s 159-171 40 sider

Glasdam, S. (2009) 1. udgave *Folkesundhed ó i et kritisk perspektiv*. Dansk Sygeplejeråd ó Nyt Nordisk forlag Arnold Busck kap. 1,2,3, 4,5,6,7,8 171 sider

Henriksen PE., Hendriksen C. *Hjemmet som arena for forebyggelse - med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler*. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005. 24 sider

Hermansen, M, Løw,O og Petersen, V (2004) *Kommunikation og samarbejde ó i professionelle relationer*. Alinia, København. 70 sider

Iversen, L, m.fl. (2005) 1. udgave, 4. oplag *Medicinsk sociologi*. Munksgaard Danmark, København. Kap. 1, 3, 4, 5, 8, 9, 12 og 13 162 sider

Illeris, K.(2006) 2. reviderede udgave *Læring*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg. kap. 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13 242 sider

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002) *Sund hele livet ó de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. 58 sider

Jensen, T.K. og Johnsen, T.J.(2003) 2. udgave 6. oplag *Sundhedsfremme og teori i praksis*. Philosophia, Århus: 234 sider

Juel, K.,Sørensen, J. og Brønnum-Hansen, H. (2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens institut for folkesundhed, København. S.3-59 46 sider

Kamper-Jørgensen, F, Almind, G og Jensen, B Bruun (2009) 5. udgave *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København. kap. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21 og 27 288 sider

Kommissionen for de europæiske fællesskaber (KOM 2001 678) Realiseringen af et europæisk område for livslang læring. s. 3-17 14 sider

Kvale, S.(2008) 1. udgave, 15 oplag *Interview ó en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København kapitel 1, 2, 12 42 sider

Københavns Kommune (2007) *Ældre politikken* 30 sider

Københavns Kommune Teknisk rapport (2006) *At prioritere social ulighed i sundhed*. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet .10 sider

Københavns Kommune *Strategi for fremtidens kommunale sygepleje 2010-2013* s.3-45 42 sider

Larsen, A-L Salling og Vejleskov, H (2006) 2. udgave. 1 oplag *Videnskab og forskning*. Gads forlag 5-131 124 sider.

Launsø,L og Rieper,O (2005) 5. udgave *Forskning om og med mennesker*. Nyt Nordisk forlag Arnold Busck 17 sider

Mach-Zagal, R. og Saugstad, T.(2009) 3. udgave, 1. oplag. *Sundhedspædagogik for praktikere*. Munksgaard Danmark, København. Kap. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 og 13 175 sider

Mandag Morgen (2008) *Fremtidens forebyggelse ifølge danskerne*. Trygfonden og Mandag Morgen. 59 sider

Mandag Morgen (2009) *Danskernes sundhed ó kommunernes valg*: Trygfonden og Mandag Morgen. 17 sider.

Platz, M (2010) *Ældres helbred og velbefindende 2007*. Videnscenter på Ældreområdet, København. 61 sider

Region Hovedstanden (2008) *Sundhedsprofil for region og kommuner* 3,8 45 sider

Sohlberg, P. og Sohlberg, B-M. (2004) 1.udgave. *Erkendelsesforemer ó Videnskabsteori og erkendelsesformer*. Klim, Århus. s. 5-30, s. 191-217 51 sider

Stryhn,H.,(2004) 2. udgave, 1.oplag *Etik og sygepleje*. Munksgaard Danmark, København. s. 159-185 26 sider

Sundby Netværk (2006) *Bangkok Charter ó om sundhedsfremme i en global verden* 11 sider

Sundhedsstyrelsen (2005) *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. 40 sider

Sundhedsstyrelsen (2007) *Evidens i forebyggelsen* 14 sider

Sundhedsstyrelsen (2007) *Ældres sundhed ó forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne* 56 sider

Sundhedsstyrelsen (2007) *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne- en vejledning til § 119, stk 1 og 2* 27 sider

Sundhedsstyrelsen (2009) *Etik i sundhedsfremme og forebyggelse*.53 sider

Sundhedsstyrelsen (2010) *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark* 58 sider

Sundhedsstyrelsen (2010) *Implementeringsforskning om forebyggelse*. 38 sider

Thornquist, E. (2006) 1. udgave 1. oplag *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. Gads forlag kap.1, 5 og 6 82 sider

Vallgård, S. og Kock, L. (2008) 3. udgave, 2. oplag *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* Munksgaard Danmark, København, kap. 1, 2, 6 og 7 66 sider

Vallgård, S. og Kock, L. (2006) 1. udgave. 1 oplag *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. Munksgaard Danmark, København, kap. 1, 2, 5, 11, 12 og 13 59 sider

Vass M, Avlund K, Hendriksen C. (2005) *Ældre & forebyggende hjemmebesøg*. Ældre forum, 47 sider

Vass, M. (2010) *Prevention of functional decline in older people*. Københavns Universitet, 40 sider

Velfærdsministeriet: *Ankestyrelsen 2008, Håndbog i forebyggende hjemmebesøg*. 39 sider

Villemoes, L, m.fl. (2009): 1. udgave 1. oplag *Sundhedsfremme og forebyggelse*. Gads forlag kap. 1,2,3,4,5 72 sider

Vinter-Jensen, K. og Andersen, M. Lundemark (1997) *Empowerment i praksis*. Afdelingen for Sundhedsfremme og Udvikling og Forskning. Århus Amt. 30 sider

WHO, *Sundhed i det 21. århundrede*. (1998) Dansk sygeplejeråd, 177 sider

Internetkilder:

<http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Aeldre/Hjemmebesoeg.pdf>

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=126342>

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K77>

<http://www.dsr.dk/Portalpage.aspx?MenuItemID=679&M783=aXRlbWtleQ%3D%3D%3AND%A5MDc0OA%3D%3D%26bW9kZQ%3D%3D%3AMzAw>

<http://www.aeldreviden.dk/fagomraader/forebyggelse/Vaerktoejskasse/Dokumentation.html>

http://www.ifsv.ku.dk/afdelinger/socialmedicin/forskning/gerontologi/forebyggende_hjemmebesoeg/

<http://www.godsocialpraksis.dk/AboutGSP.aspx>

<http://www.godsocialpraksis.dk/ShowExample.aspx?exampleID=113#>

[http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Arrangementer/Varme%20h%C3%A6nder%20k%C3%B8ligt%20overblik/Camilla-Thorgaard.ppt#256,1,Campbell review om forebyggende hjemmebesøg Varme hænder og køligt overblik](http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Arrangementer/Varme%20h%C3%A6nder%20k%C3%B8ligt%20overblik/Camilla-Thorgaard.ppt#256,1,Campbell%20review%20om%20forebyggende%20hjemmebes%C3%B8g%20Varme%20h%C3%A6nder%20og%20k%C3%B8ligt%20overblik)

<http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Forskningspraksis/SamarbejdeForskningPraksis2009.pdf>
[1.10.2010](#)

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Evidens%20og%20metode/Evidensbaseret%20forebyggelse/Vaerktoejer/Videnssoegeren.aspx>

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_43719/ImageVaultHandler.aspx

www.sufo.dk

http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Mikkel_Vass.pdf

<http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=7351&PID=18906&NewsID=800> 11.10.10 forebyggende hjemmebesøg til forebyggelse af svækkelse og dødsfald

http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Implementering/Implementeringsforskning_om_forebyggelse.pdf

Alle internetkilder er besøgt i perioden 15/9-2010 ó 27/10-2010.