

Masteroppgave

Fordypning muskel- og skjelettskader, sykdommer og
plager

Mai 2021

Eldre personer sin erfaring med deltagelse i et
fallforebyggende tiltak i Oslo kommune

Kandidatnavn: Jenny Elton

Kandidatnummer: 300

Emnekode: MAFYS5900

Antall ord: 21048

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

To år på OsloMet med fordypning i muskel- og skjelett har gått fort og jeg er glad for at jeg valgte dette studiet og denne retningen. Med masteren i fysioterapi har jeg fått et bredere og mer helhetlig perspektiv på hvordan muskel- og skjelettlidelser påvirker individet og samfunnet. I tillegg til dette har jeg fått muligheten til å skrive masteroppgaven min på det feltet som jeg har interesse for som fysioterapeut.

Det er mange som har bidratt i arbeidet med denne oppgaven og som fortjener en takk. Først vil jeg takke informantene som stilte opp i en vanskelig tid og var velvillige til å dele deres erfaringer og tanker omkring dette temaet. De ansatte i bydelene i Oslo kommune som hjalp meg med rekrutteringen fortjener også en takk. Videre, vil jeg takke veileder Elisabeth Wiken Telenius for god veiledning, alle tilbakemeldinger, motivasjon og et stort engasjement. Jeg ønsker også å takke prosjektleder i Helseetaten, Gro Idland som har vært god hjelp spesielt i rekrutteringsprosessen og en pådriver for prosjektet.

Jenny Elton

Oslo 18.05.2021

Sammendrag

Bakgrunn Omtrent halvparten av hjemmeboende eldre faller årlig og fallskader hos eldre kan medføre et betydelig tap av aktive og friske leveår. Blant de eldre som opplever bruddskader som følge etter et fall, kommer kun 25% tilbake til samme funksjonsnivå som før fallet. Grunnet høy risiko for alvorlige konsekvenser som følge av et fall er det blitt etablert et fallforebyggende prosjekt i Oslo kommune, men hvordan de som mottar tjenestene opplever tiltaket er ukjent.

Hensikt Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmeboende eldre over 65 år opplever det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune.

Metode Studien er av et kvalitativt design og det har blitt foretatt seks semistrukturerte intervjuer. Analysen har blitt utført med inspirasjon fra Malterud og systematisk tekstkondensering.

Resultat Tiltaket stimulerte til økt mestring hos deltagerne gjennom meningsfulle øvelser og hjelpemidler, samt gjennom å trygge deltagerne i situasjoner eller aktiviteter som ble sett på som utfordrende. Relasjonen med helsepersonellet viste seg å være en viktig faktor ved at deltagerne følte seg verdifull, sett og respektert gjennom at de ble viet tid til. I denne relasjonen kom det også frem en tosidighet ved at deltagerne har et behov for hjelp, men er ikke beslutningstaker. Noen opplevde en konflikt mellom å ha behov for hjelp, men også for å bevare privatlivet. Deltagerne snakket om redselen for å falle og hvordan denne redselen begrenset deres tilgang til verden og samfunnsdeltagelse.

Konklusjon Hjemmeboende eldre hadde positive opplevelser med å være deltager i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune. Tiltaket økte deltageres mestringstro og selvstendighet gjennom flere mekanismer. Forholdet med helsepersonellet viste seg å være en viktig faktor for deltageres opplevelse av tiltaket.

Summary

Background Nearly 50% of community-dwelling older adults experience a fall each year. This leads to a significant loss of active and healthy remaining years. Among those that experience a fracture due to a fall, only 25% will recover to the same functional level as before. There has been developed a fall prevention programs for community-dwelling older adults in Oslo in order to decrease the high risk of serious consequences. How the older adults who receives the fall prevention program in Oslo experience the program is yet unknown.

Aim The study aimed to investigate how community-dwelling older adults experience participation in a fall prevention intervention provided by Oslo municipality.

Method: The participants were six community-dwelling older adults that had experienced a fall. Semi-structured interviews were conducted, and the analysis were inspired by systematic text condensation by Malterud.

Results: The interventions facilitated increased self-efficacy through mastery by meaningful exercise and assistive devices, and by supporting the participants in activities that were perceived as challenging. The relationship with the health professionals was important for the participants, due to providing a sensation of value by devoting time to their need for help. This relationship also revealed a duality by expressing a need for help, but the participants may not be the decision maker. Some experienced a conflict between needing help, but also to preserve their privacy. Participants talked about the fear of falling and how this fear limited their access to the world and participation in the community.

Conclusion: Overall, community-dwelling older adults had positive experiences with regard to participating in the fall prevention program in Oslo municipality. The intervention increased the participants` self-efficacy and independence through several factors. The relationship with the health professionals was an important factor for the participants experience of the intervention.

Innhold

1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn og formål	7
1.2 Forebygging av den neste fallskaden i Oslo kommune.....	7
1.3 Problemstilling.....	9
2.0 Kontekstuell teori	10
2.1 Aldring.....	10
2.1.1 Biologisk aldring og sykdommer.....	10
2.1.2 Sosial og psykologisk aldring.....	11
2.2 Hjemmeboende eldre.....	12
2.2.1 Faktorer som kan påvirke skadeomfanget.....	14
2.2.2 Prioritering i helsevesenet etter skade.....	16
2.3 Fall.....	16
2.3.1 Risikofaktorer for å falle	17
2.3.2 Konsekvenser etterfulgt av fall.....	19
2.3.3 Fallforebyggende intervensjon	19
3.0 Teoretiske referanserammer.....	22
3.1 Mestringstro.....	22
3.2 Fear-avoidance.....	25
3.3 Helseoppfatningsmodellen	27
3.4 Empowerment.....	28
4.0 Metode	31
4.1 Design.....	31
4.1.1 Valg av metode	31
4.1.2 Utvalg og rekrutteringsprosessen.....	31
4.1.3 Beskrivelse av utvalget.....	32
4.2 Datainnsamling	32
4.2.1 Datalagring	32
4.2.2 Semistrukturerte intervju og intervjuguide.....	32
4.2.3 Gjennomføring av intervju	33
4.2.4 Transkribering.....	33
4.3 Dataanalyse.....	34
4.3.1 Analyseprosessen	34

4.3.2 Forforståelse	35
4.3.3 Metoderefleksjon	37
4.4 Kvalitetssikring av kvalitativ forskning	38
4.4.1 Validitet	38
4.4.2 Reliabilitet	39
4.4.3 Overførbarhet.....	39
4.5 Etske aspekter	39
5.0 Resultater	40
5.1 Mestring.....	40
5.2 Relasjonen med helsepersonellet	43
5.3 Opplevd behov hos deltagerne.....	45
6.0 Diskusjon	47
6.1 Mestringstro.....	47
6.1.1 Økt mestring og aktivtetsdeltagelse	47
6.1.2 Trening og påvirkning på selvstendighet	48
6.1.3 Fallrelatert mestringstro	49
6.1.4 Grunnleggende tro på en helsegevinst	50
6.2 Betydningen av relasjoner og støtte	51
6.2.1 Sosial støtte.....	51
6.2.2 Relasjonen med helsepersonellet	52
6.3 Aktiv inkludering og empowerment	54
6.4 Behov for hjelp, men ikke beslutningstaker	56
6.5 Endringer i hjemmet og hjelpemidler.....	57
6.6 Fear-avoidance.....	58
7.0 Konklusjon	59
7.1 Kliniske implikasjoner	59
8.0 Litteraturliste	61
9.0 Vedlegg	69
9.1 Sjekkliste benyttet under hjemmebesøket	69
9.2 Intervjuguide.....	71
9.3 Samtykke- og informasjonsskriv	72
9.4 NDS-godkjenning	75

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn og formål

Fallskader er vanlig hos eldre, og omtrent halvparten av hjemmeboende eldre faller årlig (Rubenstein & Josephson, 2002). Inntil 40% av alle innleggelsene på sykehjem skjer i etterkant av et fall (Narum & Bergland, 2011). Fallskader hos eldre kan medføre et betydelig tap av aktive og friske leveår, og i ytterste konsekvens også dødsfall. Konsekvensene av fall er mange, både for individet, pårørende og for samfunnet. Blant de eldre som opplever bruddskader som følge etter et fall, kommer kun 25% tilbake til samme funksjonsnivå som før fallet. Norge, og i særdeleshet Oslo kommune, ligger høyt i forekomst av hoftebrudd på verdensbasis (Cauley, Chalhoub, Kassem, & Fuleihan Gel, 2014). Hoftebrudd er en hyppig fallskade hos eldre, og er den vanligste årsaken til innleggelse på sykehus i Norge (Olsen, Ness, & Devik, 2017). Befolkningen over 80 år er forventet å øke med 50% fra 2010 til 2030, og selv om insidensratene av hoftebrudd er synkende, forventes det at den totale forekomsten av hoftebrudd vil øke betydeligere de neste tiårene (Omsland et al., 2012; Omsland & Magnus, 2014; Sogaard et al., 2016). Konsekvensene av hoftebrudd er ikke bare knyttet til enkeltindivider, men også samfunnskostnadene er store. Tall fra 2008 til 2011 viser at et gjennomsnittlig hoftebrudd ble beregnet til å koste omtrent 540 000 NOK i løpet av det første året (Hektoen, 2014). Disse tjenestene er knyttet til kommunale tjenester som hjemmebaserte ordninger, rehabilitering og sykehjem. Effektive kommunale tjenester for å forebygge fall i den eldre befolkningen er vesentlig for å redusere utgiftene for helsevesenet, samt redusere de negative effektene et fall har hos eldre.

Grunnet høy risiko for alvorlige konsekvenser som følge av et fall er det blitt etablert flere fallforebyggende intervensjoner for hjemmeboende eldre (Gillespie et al., 2012), men hvordan de som deltar på et slikt tiltak i Oslo kommune opplever tiltaket er ukjent.

1.2 Forebygging av den neste fallskaden i Oslo kommune

Helseetaten initierte et samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) og skadelegevakten hvor prosjektet «Forebygging av den neste fallskaden. Tjenesteforskning på et nytt pasientforløp i Oslo» ble utviklet. Prosjektet ble tildelt midler fra Norges forskningsråd høsten 2019.

Hovedprosjektet er en registerstudie som vil undersøke om innføringen av et standardisert pasientforløp for pasienter over 65 år med fallskader fører til færre fall, færre brudd og redusert

risiko for å dø. I tillegg undersøkes det hvilke faktorer som indikerer risiko for fallskader hos personer over 65 år. Når en pasient kommer til legevakten etter et fall, sendes det ut en digitalisert fallmelding fra skadelegevakten til fastleger og tjenestene i bydelene. Dette skjer bare dersom pasienten samtykker til dette. Samtidig får pasient eller pårørende skriftlig informasjon om hva de selv kan gjøre for å unngå et nytt fall. Skadelegevakten melder fra til tjenestene i bydelene og fastlegen om fallskaden slik at de kan iverksette kartlegging og tiltak for å forebygge nye fall og fallrelaterte skader. Eldre, særlig de med høy fallrisiko, har ofte komplekse helsebehov og følges opp av flere instanser, både fastlege, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenester i bydelene. For å sikre helhetlig og evidensbasert oppfølging, er det blitt utarbeidet en sjekkliste for fastleger og en sjekkliste for helsepersonell som utfører hjemmebesøket. Sjekklisten som helsepersonellet benytter under hjemmebesøket, tar sikte på å identifisere ulike risikofaktorer for et nytt fall hos brukeren, både individuelle og miljømessige faktorer. Individuelle risikofaktorer involverer blant annet funksjonelle begrensninger som balansetap og nedsatt syn. Miljømessige faktorer innebærer fallfeller i hjemmet som blant annet tepper og høye dørterskler. Se sjekklisten med hjelpetekst som vedlegg nr. 1.

Tiltakene blir igangsatt ut ifra første karteleggingsbesøk og blir tilpasset individuelle behov. Tiltakene som blir igangsatt innebærer blant annet hjelpemidler og tilpasninger i hjemmet, samt opptrening etter skade og hjemmetjenester (se figur nr. 1). Varigheten av tiltaket er også individuelt tilpasset.

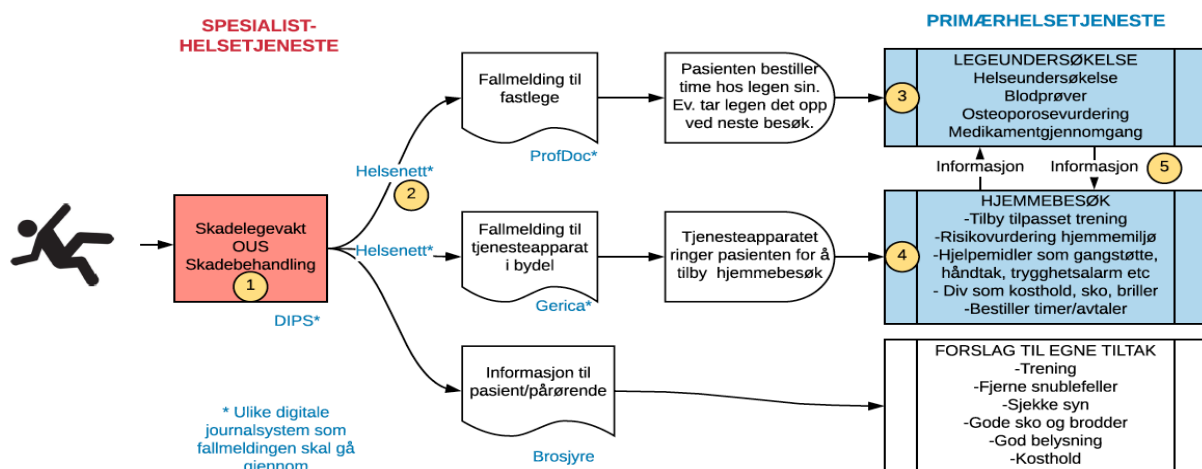


Fig. 1: Flyttdiagram som illustrerer pasientforløpet i Oslo kommune fra skade til tiltak.

1.3 Problemstilling

Denne masteroppgaven vil undersøke brukererfaringer fra det fallforebyggende prosjektet i Oslo kommune. Det er ønskelig å undersøke erfaringer fra fallrisikovurderingen, deltagernes opplevelser av hjemmebesøkene og om kartleggingen fører til noen konkrete tiltak. Målet med å innhente informasjon fra brukerne, er å optimalisere det fallforebyggende tiltaket. For å optimalisere det fallforebyggende tiltaket, er kvalitativ kunnskap omkring de som mottar tjenestene viktig å inkludere. Ved å inkluderes de som mottar tjenestene vil man få en bredere forståelse av påvirkningen av tiltaket for den aktuelle gruppen den er ment å nå ut til. Derfor vil følgende problemstilling bli belyst i denne studien:

Hvilke erfaringer har personer over 65 år med det fallforebyggende tiltaket utført av representanter fra bydelene i Oslo kommune?

2.0 Kontekstuell teori

I dette kapittelet vil det bli presentert teori om hovedelementene i denne oppgaven. Oppgaven er begrenset til å omhandle fall for hjemmeboende eldre.

2.1 Aldring

Med et lavere antall nyfødte samtidig som de eldste av oss lever lengre, ser vi en stadig økende eldredominert befolkning. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viste at 156 færre døde i 2019 enn året før. I 2019 var gjennomsnittslevealder for kvinner 82,2 år, men for menn var det bare 76,5 år, og det vil si at når man passerer 90 år vil det være minst dobbelt så mange kvinner som menn i befolkningen (SSB, 2020). Litteraturen peker mot flere faktorer til at vi lever lenger i dag. Dette er blant annet utviklingen i teknologien, samtidig som det har vært en nedgang iblant annet hjerte- og karsykdommer som mest sannsynlig er grunnet utviklingen av medisinske prosedyrer og farmalogisk behandling (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009; Schoeni, Freedman, & Martin, 2008). Verdens Helseorganisasjon rapporterer om en forventet økning av antall eldre over 60 år fra mellom 2015 og 2050 på omtrent det dobbelte fra 12% til 22%, og man ser at en økende eldre befolkning øker raskt i forhold til tidligere. Verden står ovenfor store utfordringer knyttet til helse- og sosialtjenester i håndteringen av eldrebølgen (WHO, 2018).

Et lengre liv bringer med seg muligheter, ikke bare for de eldre og deres familie, men også for samfunnet. Likevel, avhenger dette stort av en god helse. Verdens helseorganisasjon mener det foreligger lite evidens på at dagens eldre opplever bedre helse enn deres foreldres generasjon. De siste 30 årene har alvorlig sykdom gått ned, men det har ikke vært signifikant endring i mild til moderat sykdomsbilde over samme periode (WHO, 2018).

Aldringsprosessen er kompleks og påvirker biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, som vil bli adressert videre i dette kapittelet.

2.1.1 Biologisk aldring og sykdommer

Aldring skjer som et resultat av molekylær og cellulær nedbrytning over tid. Dette fører til en gradvis nedgang i fysisk og mental funksjon, en økende risiko for sykdom og død (Kirkwood, 2005). Wagner og kolleger (2016) mener at aldring er best beskrevet som «en multifaktoriell prosess som involverer komplekse interaksjoner mellom biologiske og molekylære mekanismer» (Wagner, Cameron-Smith, Wessner, & Franzke, 2016).

Vanlige tilstander hos eldre er blant annet nedsatt hørsel og syn, rygg- og nakkesmerter, osteoartrose, kronisk obstruktiv lungesykdom, diabetes, depresjon og demens. Videre, er eldre utsatt for flere tilstander på samme tid. Flere komplekse helseproblemer som man ser hyppigst senere i livet og som ikke faller innunder andre diagnosekategorier er vanligvis betegnet som geriatriske sykdommer. Disse er ofte konsekvenser av flere underliggende faktorer som inkluderer blant annet skrøpelighet, inkontinens, delirium og fall (Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007).

Aldring medfører fysiske, kognitive og affektive endringer som kan bidra til økt risiko for fall, inkludert endringer på sensoriske mekanismer som syn og proprioepsjon, eller endringer på muskel- og skjelettsystemet, samt nevrologiske og metabolske mekanismer (Kronfol, 2007). Endringer eller svekkelser av en eller flere av disse mekanismene kan utfordre evnen til å forflytte seg eller å gå trygt (Tinetti & Kumar, 2010). Muskelsvinn eller sarkopeni som det kalles på fagspråket, er et eksempel på en konsekvens av den naturlige aldringen som har direkte påvirkninger på muskelstyrke og muskelmasse som fører til redusert fysisk funksjon, økt risiko for fall og økt sårbarhet for skade (Yeung et al., 2019).

2.1.2 Sosial og psykologisk aldring

Utover biologiske endringer, er aldring også assosiert med andre overganger i livet som å avslutte arbeidslivet, miste venner og ektefelle, samt flytting til omsorgsbolig eller leilighet som krever mindre vedlikehold og fysiske anstrengelser. Noen av variasjonene i Eldres helse skyldes genetikk, men det er også faktorer knyttet til fysisk og sosiale miljø som inkluderer deres hjem, nabolag og samfunn, så vel som deres personlige karakter som kjønn, etnisitet og sosialøkonomiske status. Livsstil har stor betydning for aldringsprosessen, som ernæring, regelmessig fysisk aktivitet og å avstå fra tobakk (WHO, 2018).

Helsedirektoratet rapporterer om at eldre har det bedre enn folk flest tror, men fortrinnene er mindre åpenbare enn ulempene. Helsedirektoratet peker på blant annet at eldre har en evne til å mestre motgang og samtidig tilpasse mål til mestring (Helsedirektoratet, 2016). Studier viser også at eldre blir mindre avhengige av andres forventninger og anerkjennelse, så for eksempel lavere aktivitetsnivå og mindre intense følelser kan være en lettelse og ikke et savn (Helsedirektoratet, 2016; Neugarten, 1996). Videre, konkluderes det med at fra etter fylte 80 år reduseres

livskvaliteten, som kan forklares med en dårligere helse og ved tap av nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Hjemmeboende eldre

Elder over 65 år er en mangfoldig gruppe, der friske eldre bor hjemme, mange er fortsatt i jobb, de er mobile og har et sosialt nettverk. Mange er aktive i lag og foreninger, og noen benytter seg av kommunale dagtilbud. Som følge av den normale aldringsprosessen er det naturlig at flere kan oppleve nedsatt funksjon på noen områder, men fungerer godt i dagliglivet. Aldring gjør at man er mer utsatt for skader ved for eksempel et fall og friske eldre over 65 år kan selv tro at de er utenfor risikogruppen og kan derfor være lite motivert for å ta imot fallforebyggende råd. Hjemmeboende eldre med redusert helse har ofte kontakt med kommunale tjenester for å tilrettelegge og tilpasse en enklere hverdag for denne gruppen (Helsedirektoratet, 2013).

Både individet og samfunnet drar fordel av at eldre bor i hjemmet så lenge som mulig, som kan muliggjøres ved tilpassede kommunale intervensjoner. Flesteparten av den eldre befolkningen ønsker å bli værende i eget hjem så lenge som mulig, men dette er ofte avhengig av tilgang til egnet støtte og hjelp som yter deres behov (Luker et al., 2019). Grunnet den økende eldrebefolkningen er samfunnet avhengig av at flest mulig klarer seg uten å oppta langvarige plasser på sykehjem for å minske presset i helsevesenet. I flere land har det vært et skifte fra sykehjemsomsorg til flere modeller av kommunale helsetjenester for eldre, og myndighetene søker å utsette eller å unngå behovet for langvarige sykehjemsordninger gjennom utviklingen av pasientorientert intervensjoner og forebyggende tiltak (Luker et al., 2019). En systematisk oversikt fra 2019 viste at tverrfaglige og komplekse intervensjoner hos kommunale omsorgstjenester kan bedre Eldres evner og muligheter til å fortsette å bo hjemme og unngå sykehjem (Luker et al., 2019).

I stortingsmelding nr. 9 allerede fra 1974-75 beskrives det at sykehuskapasiteten er okkupert av pasienter som egentlig har behov for andre typer tjenester, og at økning og utvikling av blant annet hjemmehjelpsordninger og forebyggende helsetjenester er tiltak som vil redusere presset på sykehusordningene. Hovedmålsetningen fra Stortingsmeldingen for å utbedre helsevesenet var derfor å bedre alternative helsetjenester og bringer frem LEON-prinsippet som tar sikte på at pasienten behandles på det laveste og mest effektive omsorgsnivå (Stortingsmelding, 1974).

Dette samsvarer med Samhandlingsreformen som gir føringer for at de fleste skal bo lengst mulig

i egen bolig, og helsehjelp skal i større grad enn tidligere forekomme i eget hjem (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). I nyere tid har Oslo kommune gått fra LEON-prinsippet og lagt hovedvekt på «tillitsmodellen» (Eide, Gullslett, Nilsen, Dugstad, & H., 2018).

Tillitsmodellen er et tiltak satt i gang for å møte økningen av antall eldre i Oslo kommune på best mulig måte. Tiltaket legger vekt på å ta utgangspunkt i brukerne av tjenestene og hva som er viktig for individene, den gir økt ansvar og myndighet til fagpersonene, samt tar sikte på å forenkle og forbedre kontroll- og rapporteringsrutiner. Tiltaket ønsker å gi økt trygghet, tilfredshet og selvbestemmelse for brukerne, samt økt motivasjon og arbeidsglede for fagpersonalet, i tillegg til økt fleksibilitet, effektivitet og kvalitet i tjeneste som tilbys. Et annet hovedfokus for tillitsmodellen er å redusere antall ansatte som brukerne må forholde seg til (Eide et al., 2018).

Førland og kolleger (2018) understreker at omsorgstjenester bør inkludere tjenester som kan bidra til «en god hverdag for alle som lever i en livssituasjon preget av svekkelse, tilbakegang og død» (Førland, Alvsvåg, & Tranvåg, 2018). Dette er i tråd med regjeringens mål for omsorgstjenestene i Norge (Helse- og Omsorgsdepartementet., 2015).

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet fra 2015 til 2020 og omfatter blant annet viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene (Helse- og Omsorgsdepartementet., 2015). Omsorg 2020 innebærer regjeringens mål innenfor mestring og hverdagsrehabilitering. Dette innebærer å legge til rette for at mennesker skal leve meningsfulle liv til tross for alvorlige sykdommer og lidelser, samt å styrke brukerens muligheter for å opprettholde funksjonsnivået så lenge som mulig. Herunder understreker regjeringen viktigheten av å inkludere brukernes egne erfaringer og ønsker som et utgangspunkt for å skape et godt liv og for å utvikle gode omsorgstjenester. Her har regjeringen et ønske om å legge til rette for egenmestring, og ønsker at egenmestring og rehabilitering skal være en naturlig og integrert del av helse- og omsorgssektoren (Helse- og Omsorgsdepartementet., 2015).

Det er ikke bare lønnsomt økonomisk og for å minske presset på helsevesenet at eldre blir boende hjemme lenger, men også individet rapporterer om et ønske om å bo hjemme lengst mulig. Frykt for å miste sin selvstendighet ved å flytte på sykehjem kan være en årsak til at eldre vil bo i hjemmet lengst mulig. En kvalitativ studie fra 2019 rapporterte om at aldrende tegn som opprinnelig påvirket individets identitet ble forverret av miljøet på sykehjem. I tillegg til at

institusjonelle restriksjoner truet selvstendighet og autonomi (Paddock, Brown Wilson, Walshe, & Todd, 2019). I motsetning til dette, så er det ikke alle som ønsker å bo hjemme lengst mulig, til tross for omfattende kommunale tjenester. En kvalitativ studie utført i to distriktskommuner i Norge viser at den eldre befolkningens boligpreferanser varierer (Munkejord, Eggebø, & Schönfelder, 2018). Eksempler som kom frem fra studien var at noen deltagere på et tidspunkt hadde begynt å føle seg utrygge i egen bolig. Hjemmet hadde blitt tungvint å bo i, det var blitt et sted hvor man var engstelig for å falle, et sted hvor man følte at det var for komplisert å klare seg selv og/eller et sted hvor man følte seg ensom og alene og krevde mye støtte av pårørende (Munkejord et al., 2018). I noen tilfeller kan man anta at eldre ønsker seg til sykehjem, men ikke får anledning til dette grunnet det økende fokuset på at eldre skal bo lengst mulig i egen bolig. Av de som hadde søkt sykehjemsplass i 2018, hadde 82% av disse mottatt sykehjemsplass innen 15 dager etter vedtaksdato i Oslo kommune (Helsedirektoratet, 2020). Langtidsplass på sykehjem kan bli vedtatt dersom en faglig vurdering tilsier at personen «er ute av stand til å ta vare på seg selv, som vil si at en ikke mestrer dagliglivets gjøremål grunnet mentalt eller fysisk funksjonstap, og hvor sosialt nettverk eller offentlig hjelp ikke kan kompensere for funksjonstap i eget hjem» (Helsedirektoratet, 2020).

Utviklingen i antall langtidsplasser på sykehjem har vært stabil i alle fylker i Norge de siste ti årene selv om eldrebefolkningen har økt (SSB, 2017). I tråd med de politiske føringene så bruker kommunene i dag mer ressurser på hjemmetjenester og omsorgsboliger enn på sykehjem og institusjonsomsorg. For 45 år siden gikk derimot over 80 % av driftsutgiftene til alders- og sykehjem, mens knapt 20 % gikk til drift av hjemmetjenester. Mens hele to tredeler av årsverkene i omsorgstjenestene var knyttet til institusjonsomsorg og bare en tredel til hjemmetjenester for 30 år siden, er forholdet nå endret og andelen årsverk er størst i hjemmetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet., 2016).

2.2.1 Faktorer som kan påvirke skadeomfanget

Osteoporose er en vesentlig årsak til at eldre som faller skader seg oftere, og at skadene blir alvorlige (Cummings & Melton, 2002). En årsak til mange hoftebrudd i Norge er nettopp osteoporose, men hvorfor så mange har osteoporose i Norge er uvisst. Her sees et gap mellom evidens og praksis, da en høy andel av osteoporotiske pasienter med fallrisiko mangler behandling for styrking av skjelett og bruddskaderisiko (Hoff et al., 2018). I Oslo kommune blir

alle som er over 50 år med lavenergibrudd utredet for osteoporose hvor de får tilbud om bentetthetstest og blodprøve ved oppfølging av brudd på skadelegevakten. Resultatene av dette blir sett opp mot andre viktige faktorer for brudd som pasientens nye risiko for fall, som ustøhet, antall brudd, alder, vekt, medisiner og diagnoser som gir økt risiko for osteoporose. Et fall- og bruddforebyggende prosjekt i California som kombinerte osteoporose-behandling med lokalbaserte fallforebyggende tiltak oppnådde 37% reduksjon i hoftebrudd etter 5 år (Dell, Greene, Schelkun, & Williams, 2008).

Skrøpeligheit er et begrep som ofte forbindes med alderdom hos den generelle befolkningen. Skrøpeligheit eller «frailty» på engelsk blir definert som en aldersrelatert sårbarhet av organreserver, slik at det får uheldige konsekvenser ved sykdom eller skade, inkludert fall, delirium og funksjonstap (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013). Redusert balanse og ustødig gange er noen hovedtrekk ved skrøpeligheit, og er også store risikofaktorer for fall. Spontane fall har sammenheng med alvorlig skrøpeligheit hvor viktige posturale balansesystemer er redusert, som syn, balanse og styrke. Slike spontane fall skjer oftere flere ganger og er også tett knyttet opp mot psykologiske faktorer som frykt for å falle, som igjen kan føre til redusert mobilitet og fysisk funksjon (Clegg et al., 2013). Det har blitt utviklet modeller som er betegnet som et mål på å betegne sammenhengen mellom skrøpeligheit og uheldige helseutfall, som har en hensikt i å vurdere graden av skrøpeligheit for å kunne tilby tilpasset behandling og helsehjelp (Clegg et al., 2013). Det ble utviklet en norsk versjon av Rockwood og kollegaers opprinnelige skala i 2018 av Hans Flaatten og Britt Sjøbø som går fra en til ni, der en er betegnet som «veldig sprek» og ni er betegnet som «terminalt syk» (Rockwood et al., 2005). Nyttien ved en skrøpeligheitsskala, eller «clinical frailty scale» på engelsk, er å kunne si noe om behovet for oppfølging hos individet, men ikke egnet til å plassere eldre i riktig akutt helsehjelp etter et fall. Studier viser at de som får behandling ved for eksempel akuttmottak med traumeteam klarer seg bedre enn de som blir behandlet på et lavere nivå. De som blir behandlet på lavere nivå inngår de som for eksempel blir henvist til primærhelsetjenesten eller blir værende på et sykehjem, dette gjelder også for personer over 80 år (Bonne & Schuerer, 2013; Meldon, Reilly, Drew, Mancuso, & Fallon, 2002).

Komorbidity er også verdt å nevne ettersom dette kan bidra til å komplisere en fallskade.

Komorbidity vil si mer enn to kroniske sykdommer som påvirker eller kompliserer en skade og

er vanlig hos eldre som har vært utsatt for en fallskade. Demenssykdom, hjertearytmier, kronisk nyresvikt, diabetes og kreft er eksempler på dette (Bonne & Schuerer, 2013; Colwell, Moreira, & Grayzel, 2020).

2.2.2 Prioritering i helsevesenet etter skade

For at helsevesenet skal avgjøre i hvilken rekkefølge pasienter skal prioriteres og hvor raskt det er behov for helsehjelp, benyttes et system for systematisk hastegradsvurdering i Norge. Dette betegnes som «triage» (Kunnskapssenteret, 2011). Internasjonale studier viser en stor andel av eldre som undertriages etter skade (Bonne & Schuerer, 2013; Chang, Bass, Cornwell, & Mackenzie, 2008; Colwell et al., 2020). Bakgrunnen for at eldre havner i undertriagering kan være individet selv, pårørende eller helsepersonellet som bagatelliserer fallhendelsen og skadeomfanget. Personen som har falt kan oppleve at symptomene kan komme sent og derfor underreporterer smertene. Enkelte påpeker at fallhendelser er normalt blant den eldre befolkningen, det kan være både fra personen selv, men også blant helsepersonell grunnet «alderistiske holdninger» (Llompert-Pou, Perez-Barcena, Chico-Fernandez, Sanchez-Casado, & Raurich, 2017). «Alderisme kan defineres som fordommer fra en aldergruppe mot en annen. Det er et bredere begrep enn aldersdiskriminering» (Wyller, 2018). Fall og fallskader hos eldre er en viktig faktor til å utøve akutt helsehjelp. Normalisering, bagatellisering og mangelfull oppfølging etter akutte hendelser kan holde eldre mennesker fast i livstruende og smertefulle tilstander.

For å kunne tilby gunstig fallforebygging og psykososial støtte for hjemmeboende eldre, er kunnskap om påvirkningen av fall og støtten i etterkant for individet og hvordan fallforebyggende tiltak oppleves, viktig å adressere (Faes et al., 2010).

2.3 Fall

Det foreligger flere tolkninger av hva et fall innebærer. For eksempel har eldre personer tendenser til å beskrive et fall som et resultat av ubalanse, men helsepersonell vil generelt beskrive det som en hendelse som fører til skade eller svekket helse (Zecevic, Salmoni, Speechley, & Vandervoort, 2006). Verdens Helseorganisasjon definerer fall som en utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet (WHO, 2007). I denne oppgaven vil definisjonen av fall fra Verdens Helseorganisasjon bli brukt videre.

2.3.1 Risikofaktorer for å falle

Det er flere risikofaktorer for fall hos eldre, de vanligste er høy alder, tidligere fall, nedsatt sansing og persepsjon, nedsatt fysisk funksjon, avhengighet til hjelp i aktiviteter i dagliglivet (ADL) og medikamentbruk (Olsen et al., 2017; Tinetti & Kumar, 2010). Sannsynligheten for å falle øker med antall risikofaktorer og intervensjoner rettet mot flere risikofaktorer har blitt anbefalt (McClure et al., 2010; Tinetti & Kumar, 2010). Kunnskapsoppsummeringen «Fall og Pasientsikkerhet blant eldre i kommunene» konkluderer med at det foreligger mange enkeltfaktorer som vises å øke risikoen for fall, men det er sjelden kun én årsak til at eldre faller og omstendighetene for fallet er gjerne sammensatte (Olsen et al., 2017).

Eldre selv som har falt rapporterer at det er flere faktorer som påvirker årsakene til en fallhendelse, dette inkluderer den pågående aktiviteten, miljøet, individets helse og den generelle situasjonen (Hägvide, Larsson, & Borell, 2013).

2.3.1.1 Kjønn og alder

Litteraturen viser at høyere alder gir økt risiko for fall (Bergland, 2012) og de over 80 år har nesten dobbelt så stor fallforekomst sammenlignet med de under 80 år ifølge Olsson Möller et al., (2013) der flest i utvalget var hjemmeboende eldre (Olsson Möller et al., 2013). Tidligere studier har ikke slått fast en forskjell i forekomst av fall mellom hjemmeboende kvinner og menn over 65 år (Olsson Möller et al., 2013; Vikman, Nordlund, Naslund, & Nyberg, 2011), men konsekvensene av skader har blitt påvist som høyere hos kvinner enn hos menn (Pyrgeli et al., 2017).

2.3.1.2 Fysisk funksjonsnedsettelse

Det er en tydelig sammenheng mellom fysisk funksjonsnedsettelse og risikoen for fall hos eldre. Dette innebærer balanseproblematikk, redusert mobilitet, tretthet og svimmelhet (Bergland, 2012; Hägvide et al., 2013; Leavy, Byberg, Michaëlsson, Melhus, & Åberg, 2015; Olsson Möller et al., 2013). Flere studier har konkludert med at nedsatt fysisk funksjon gir større risiko for redusert evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet. Her har flere studier vist en sammenheng med at avhengighet av hjelp til ADL gir en større fallrisiko (Olsson Möller et al., 2013; Vikman et al., 2011). Uavhengig av kjønn, så viste Vikmann og kolleger (2011) at fallinsidensen blant eldre hjemmeboende over 65 år å ha sammenheng med mengden hjemmetjenester de mottar, som er blant annet knyttet til hjelp til ADL (Vikman et al., 2011).

Nedsatt fysisk funksjon fører ofte til et behov for bruk av hjelpemidler og gir i seg selv en økt risiko for å oppleve et fall. Blant annet har en svensk studie konkludert med at bruk av ganghjelpemidler var en stor risikofaktor for fall hos eldre med demens som bodde i kommunale boliger (Pellfolk, Gustafsson, Gustafson, & Karlsson, 2009).

Andre risikofaktorer for fall er nedsatt sansing og persepsjon som inkluderer nedsatt syn, nedsatt vibrasjons- og berøringssans og nedsatt reaksjonstid (Bergland, 2012; Narum & Bergland, 2011; Olsson Möller et al., 2013).

2.3.1.3 Medisinske diagnoser og kognitiv svikt

Både Parkinson sykdom og hjerneslag har blitt nevnt i litteraturen som medisinske diagnoser som øker risikoen for fall (Bergland, 2012; Narum & Bergland, 2011). Dette samsvarer med en doktoravhandling fra 2012 som fant at fall forekommer hyppig blant pasienter med Parkinsons sykdom (Hiorth, 2016). Det er likevel studier som motsier dette. Von Heideken Wågert et al., (2009) fant ingen sammenheng mellom fall og Parkinson sykdom. Den svenske Umeå 85+ studien kunne heller ikke konkludere med en tydelig sammenheng mellom økt fallrisiko og andre diagnoser som depresjon, diabetes, demens, hjertesvikt eller delirium. De fant derimot ut en sammenheng mellom å ha en stoffskiftesykdom og fall (von Heideken Wågert, Gustafson, Kallin, Jensen, & Lundin-Olsson, 2009).

Kognitiv svikt har blitt stadfestet i forskningen som en bidragsyter til økt risiko for fall (Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012). Kognisjon har en viktig rolle i reguleringen av gange og balanse hos eldre, og kognitiv svikt bidrar til postural instabilitet (Muir et al., 2012). Pellfolk og kolleger (2009) konkluderte med at eldre med demens har ofte funksjonsnedsettelse, som behov for hjelp med gange og å sette og reise seg fra en stol og utgjør derfor en større risiko for å falle (Pellfolk et al., 2009).

2.3.1.4 Legemiddelbruk

Det er en sammenheng mellom medisinbruk og fall hos eldre, ettersom eldre ofte tar flere ulike typer medisiner (Pyrgeli et al., 2017). Fallrelaterte legemidler omtales som FRID (fall-risk increasing drugs) som først og fremst omfatter psykofarmaka, men også andre legemidler som for eksempel påvirker hjerte- og karsystemet. FRID er legemidler som øker risikoen for svimmelhet, ustøhet og fall. Likevel, viser ikke forskning en sikker sammenheng mellom bruk av FRID og fall hos eldre. Det er uklart om sammenhengen mellom fall og FRID skyldes legemidlene i seg selv

eller andre årsaker, som for eksempel den underliggende sykdommen som er årsaken til medisinerbruken (Olsen et al., 2017). Konklusjonen er gjennomgående i alle studier at det er nødvendig med legemiddelgjennomgang av eldre personer som opplever ustøhet, svimmelhet eller som opplever et fall.

2.3.1.5 Fallhistorikk

En gjenganger i litteraturen er at tidligere fallhendelser gir økt risiko for fall (Gillespie et al., 2012). Dette kan være nært knyttet opp mot utviklingen av frykt for å falle som igjen kan føre til immobilitet og reduksjon i fysisk funksjon (Peeters, Bennett, Donoghue, Kennelly, & Kenny, 2020).

2.3.2 Konsekvenser etterfulgt av fall

Lavenergi-brudd defineres som brudd etter fall fra egen høyde eller brudd som oppstår uten at sterke ytre krefter er involvert (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). En studie fra 2012 basert på befolkningen i Finnmark fylke, viste at 112 dødsfall var knyttet til lavenergi traume fra 1995 til 2004, som utgjør 43% av dødsfallene som konsekvens av et traume. Gjennomsnittlig alder var 82 år og 40% av disse var hjemmeboende (Bakke, Dehli, & Wisborg, 2014). Studien viste også at 52% døde kort tid etter utskrivelse fra sykehus. Flere studier konkluderer med at alder og allerede eksisterende medisinske forhold er viktige faktorer for å avgjøre utfallet hos traumepasienter (Bakke et al., 2014; Clement, Tennant, & Muwanga, 2010; Hu, Jiang, Shen, Tang, & Wang, 2012; Kennedy, Grant, & Blackwell, 2001; Kuhne, Ruchholtz, Kaiser, Nast-Kolb, & Working Group on Multiple Trauma of the German Society of, 2005; Meisler et al., 2011; Roche, Wenn, Sahota, & Moran, 2005; Spaniolas et al., 2010; Sterling, O'Connor, & Bonadies, 2001). Videre tyder studier på at det er en økende insidens av traume-relaterte dødsårsaker etter fylte 75 år (Bakke et al., 2014; Bergstrom et al., 2009). Hoftefrakturer utgjør størst andel av mortalitet knyttet til lavenergi traumer og omtrent alle blir opererte. Tiden det går fra skade til operasjon kan være avgjørende for prognosen og det er satt en anbefalt grense på operasjon innen 48 timer etter skade. Studien til Bakke viste at 80% ble operert innen den anbefalte tidsrammen (Bakke et al., 2014).

2.3.3 Fallforebyggende intervensjon

For å regulere og legge føringer for fallforebygging i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, har det blitt utarbeidet flere faglige, juridiske og politiske dokumenter (Olsen et al., 2017).

Regjeringen lanserte målet om 10 % reduksjon av hoftebrudd i 2015 ved å «intensivere arbeidet for forebygging av fallulykker og har som mål å oppnå 10 % reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019). Likeledes, manglet en handlingsplan på området og tallene fra Nasjonalt Hoftebruddregister viste kun en nedgang på 0,92 % fra 2015 til 2018. Nasjonalt Hoftebruddregister registrerer antall primæroperasjoner som vil si operasjoner av nye hoftebrudd.

På bakgrunn av at det gir økt risiko for å falle på nytt etter et fall og at systematiske oversiktsartikler har konkludert med at de mest effektive fallforebyggingsprogrammene består av tverrfaglige risikovurderinger og individuelt tilpassede multifaktorielle tiltak, startet Oslo kommune opp prosjektet «Forebygging av den neste fallskaden. Tjenesteforskning på et nytt pasientforløp i Oslo kommune» (Gillespie et al., 2012). Intervensjoner som fokuserer på individer med høy fallrisiko hos eldre som allerede har opplevd et fall, viser seg å være mer effektive enn tiltak som rettet seg mot eldre generelt (RAND, 2003).

Oslo kommune har også startet opp utprøving av en tillitsmodell for hjemmetjenester der fire bydeler deltar i prosjektet. Hensikten med prosjektet er at brukerne skal ha færre ansatte å forholde seg til, samtidig inkluderes brukerne til beslutningstaking for å finne de beste omsorgsløsningene og utvikle en ny og bedre hjemmetjeneste for eldre i kommunene. Innføringen skal ha fokus på egenmestring og kontroll over eget liv, samt at brukerne skal ha tillit til at de får den hjelpen de trenger (Oslo kommune, u.å).

Det foreligger en hel del forskning på fallforebyggende intervensjoner. Det som viser seg å ha best dokumentert effekt er trening av styrke og balanse, fallforebyggende hjemmebesøk med sikring av hjemmemiljø, medisinsk utredning og behandling av osteoporose (Gillespie et al., 2012; Helsedirektoratet, 2013). Studier viser altså at det å kombinere flere ulike intervensjoner gir størst reduksjon i fallrisiko (Davison, Bond, Dawson, Steen, & Kenny, 2005; Gillespie et al., 2012; Hill, Moore, Dorevitch, & Day, 2008; Kannus, Sievanen, Palvanen, Jarvinen, & Parkkari, 2005; Tinetti & Kumar, 2010).

Som enkelttiltak hos hjemmeboende eldre viser den systematiske oversikten til Gillespie et al., (2012) at trening kan redusere fall og fallrisiko (Gillespie et al., 2012). I denne oppsummeringen ble det testet flere ulike treningsformer, som gangtrening, balanse, funksjonell trening, styrke, Tai Chi og steppe-trening. Generelt ble både individuell trening og gruppetrening som innebar flere

treningsformer samtidig vurdert som virkningsfulle. Med unntak av Tai Chi viste ingen av de andre treningsformene en effekt alene. Trening som fallforebyggende tiltak er mest omtalt i litteraturen og kan bidra til å bevare eldre personers generelle funksjonsnivå og trivsel i hverdagen (Olsen et al., 2017). Når det gjelder gruppetrening, så viste en studie fra Trondheim kommune at gruppetrening ikke førte til bedring i fysisk funksjon, men en signifikant effekt i redusert frykt for å falle (Taraldsen et al., 2010).

D-vitamin-tilskudd er antatt å styrke skjelettet og bedre muskelstyrke- og funksjon, og kan med dette være en bidragsyter i fallforebyggende tiltak og for å redusere skadeomfanget. En kunnskapsoppsummering presiserer likevel at D-vitamin-tilskudd ikke reduserer antall fall, men kan ha en betydning for eldre som i utgangspunktet har lavt D-vitamin nivå (Gillespie et al., 2012).

Tilrettelegging i miljøet ble også adressert i kunnskapsoppsummeringen av Gillespie et al., (2012) hvor de fant at sikring av hjemmemiljø hadde en signifikant effekt på fallrate og risiko for fall, men det var mest effektivt for de som allerede hadde identifisert en fallrisiko, inkludert de med nedsatt syn (Gillespie et al., 2012). Sikring av hjemmemiljø inkluderte tilpasninger til hjemmene og hjelpemidler for personlig pleie, beskyttelse og personlig mobilitet, som ganghjelpemidler. I tillegg til hjelpemidler for kommunikasjon, informasjon og signalisering, som høreapparat, briller og personlig alarmsystem (Gillespie et al., 2012).

Multifaktorielle tiltak, også kalt sammensatte tiltak, vil si en kombinasjon av flere tiltak hvor hensikten er å gjøre noe med flere av risikofaktorene for fall (Olsen et al., 2017). Multifaktorielle tiltak kan redusere antall fall, men ikke risikoen for fall hos hjemmeboende eldre (Gillespie et al., 2012). Bergen kommune gjennomførte et tverrfaglig fallforebyggende prosjekt rettet mot hjemmeboende eldre i perioden 2008 til 2010. Tiltakene inkluderte trening i form av styrke- og balansetrening, hjemmebesøk av ergoterapeut som utførte tilpasninger av bolig og hjelp i ADL, samt ernæringsundervisning. Prosjektet viste at deltagerne oppnådde signifikant bedring av balanse og funksjon, og reduksjon av antall fall. Deltagerne som brukte rullator, oppnådde en større bedring av balanse og reduksjon av frykt for å falle enn de som ikke brukte rullator. Deltagerne opplevde positive ringvirkninger i andre daglige aktiviteter og økt mestring hverdagen. Dette prosjektet var riktignok ikke rettet mot eldre som hadde opplevd et fall (Bergen kommune, 2010).

3.0 Teoretiske referanserammer

I dette kapittelet vil det redegjøres for masteroppgavens teoretiske referanserammer. De teoretiske referanserammene som er valgt i denne oppgaven er mestringstro, fear-avoidance, helseoppfatningsmodellen og empowerment.

Mestringstro er relevant fordi graden av tro på egne evner har betydning for graden av fallrisiko og effekten av fallforebyggende tiltak. Fear-avoidance er også relevant for fallforebyggende tiltak fordi frykt for å falle er ofte påvist hos eldre som har opplevd et fall, og dette kan igjen føre til redusert aktivitetsnivå som også er ansett som økt risiko for å falle. Disse to teoriene er viktige å adressere hos individet for å utøve individuelt tilpassede intervensjoner.

Helseoppfatningsmodellen sier oss noe om hvorfor noen velger å utøve gode eller dårlige helsemessige adferder og blir ofte benyttet i helsefremmende og sykdomsforebyggende programmer for å oppnå effektive tiltak. Til slutt, har empowerment blitt inkludert i denne oppgaven fordi eldre blir ansett som en sårbar gruppe og kan derfor bli fratatt deres autonomi og selvstendighet lettere enn andre grupper. Økt empowerment er også ansett som en viktig faktor for å fremme helsemessig gunstig adferd og følelse av kontroll over eget liv. De teoretiske referanserammene overlapper hverandre, men har alle betydning for et helhetlig perspektiv på fallforebyggende tiltak.

3.1 Mestringstro

Self-efficacy blir ofte oversatt til mestringstro på norsk og det vil derfor bli benyttet videre i denne oppgaven. Mestringstro refereres til tiltro til egen evne eller til eget potensial for å oppnå mestring. Ifølge psykologen Albert Bandura som anses som grunnleggeren av self-efficacy, vil en slik tro påvirkes gjennom fire hovedelementer som inkluderer kognitive, motiverende, affektive og selekterende prosesser (Bandura, 1994). Bandura utdyper at en sterk mestringstro øker prestasjonsevnen og med det, personlig tilfredshet på mange måter. Individuer med stor tro på egne evner nærmer seg utfordringer med en intensjon om at det skal mestres, ikke en trussel som skal unngås (Bandura, 1994). Med denne tilnærmingen har man stor sannsynlighet for å oppnå personlig mestring, redusere stress og redusere risiko for å utvikle depresjon. Motsetningen av dette er individer som tviler på egne evner og trekker seg unna vanskelige oppgaver som de opplever som en trussel. Disse har oftere lavere ambisjoner og dårligere forpliktelser til

målsetninger. De individene med liten tro på sine egne evner havner i større grad i risiko for å utvikle stress og depresjon (Bandura, 1994).

Ifølge Bandura så tilegnes mestringstro gjennom fire kilder (Bandura, 1994). Det er mestringserfaring, vikarierende erfaringer, sosial overbevisning og somatiske og emosjonelle reaksjoner. Ifølge Bandura er mestringserfaring den viktigste faktoren for å øke mestringstroen, som handler om å overvinne hindringer. En forutsetning for at en skal øke mestringstroen er at oppgaven som er mestret ble oppfattet som utfordrende. Vikarierende erfaringer innebærer at man sammenligner seg selv med andre i tilnærmet lik situasjon som en selv. Det å se personer i liket med en selv, lykkes med en høy innsats øker ens tro på at en også har sammenlignbare evner for å lykkes. Det samme gjelder motsatt, dersom en annen person som en sammenligner med seg selv, ikke lykkes til tross for høy innsats kan det føre til en reduksjon av ens mestringstro. Sosial overbevisning går ut på at individer som muntlig blir overbevist om at de har det som skal til for å lykkes, vil trolig øke deres innsats og opprettholde den, enn hvis de tviler og dveler angående deres personlige mangler når problemer oppstår. Somatiske og emosjonelle reaksjoner handler om å lære seg å endre tankemønsteret under utfordrende situasjoner. Dette kan forklares med at en stoler på egne somatiske og emosjonelle reaksjoner når man bedømmer egne evner. Som for eksempel at man tolker stressreaksjoner som tegn på sårbarhet for dårlig prestasjon og man ved fysisk anstrengelse vurderer tretthet og smerte som tegn på fysisk svakhet. Humør er også en påvirkning ved vurdering av egen evne til mestring. Et positivt humør bedrer opplevd mestringstro, mens et negativt humør vil redusere opplevd mestringstro. Ved å tilegne seg evnen til å redusere disse følelsene, selv når man feiler, vil det kunne øke mestringstroen (Bandura, 1994).

Fall hos eldre, er ikke bare knyttet til alvorlige skader, men kan også føre til lav fallrelatert mestringstro. Fallrelatert mestringstro referer til egen oppfatning av tro på egne evner til å unngå et fall under dagligdagse aktiviteter (Tinetti & Powell, 1993). Lav fallrelatert mestringstro er assosiert med redusert aktivtetsnivå, noe som sees i sammenheng med økt risiko for fremtidige fall. Studier peker på viktigheten av å adressere dette hos fallpasienter (Yang & Pepper, 2020). Yang & Pepper konkluderte med at eldre over 70 år med lav mestringstro hadde større risiko for å falle oftere enn samme gruppe med høy mestringstro. Forskerne i studien mener at å adressere nivået av mestringstro derfor er en viktig fallforebyggende faktor (Yang & Pepper, 2020). Dette understrekes også av Chippendale og kolleger (2018) som undersøkte om Banduras modell om

mestringstro kan brukes i å forstå utvikling av frykt for å falle, og om det er forskjell i karakteristikk hos hjemmeboende eldre som har opplevd et fall utendørs og de som ikke har det (Chippendale & Lee, 2018). Studien konkluderte med at mestringstromodellen kan brukes til å forstå frykt for å falle utendørs og at det er en forskjell på karakteristikken mellom eldre som faller utendørs med og uten frykt for å falle.

Det er flere faktorer som påvirker fallrelatert mestringstro blant annet har det blitt undersøkt om lav fallrelatert mestringstro hos eldre kan forklares med ulike mestringsstrategier. En studie av Loft et al., (2018) konkluderte med at selvkontrollert mestringsstrategi kan forklare sammenhengen mellom fallrelatert mestringstro og fall. Selvkontrollert mestringstro ble i denne studien målt med i hvilken grad deltagerne holdt følelsene sine for seg selv og unnlot å fortelle andre hvor ille ting var for dem. Forskerne i denne studien forklarer denne sammenhengen med at deltagerne kanskje føler seg flau og mindre selvstendige dersom andre fikk vite om deres lave mestringstro. Videre, mener forskerne at å unnlate å fortelle andre om lav fallrelatert mestringstro kan bety at det er mindre sannsynlig at de vil ta imot råd som omhandler å redusere risikoen for å falle, som igjen setter de i en økt risiko for å oppleve fall (Loft, Jones, & Kneebone, 2018).

Sammenhengen mellom fall og opplevd autonomi har blitt stadfestet av Hajek & König og at denne sammenhengen påvirkes av mestringstro (Hajek & König, 2019). Autonomi beskrives som en selvstyring der en person regnes som autonom når deres avgjørelser er basert på frie valg og kommer kun fra en selv. Autonomi er et fundamentalt og generelt psykologisk behov som kan ligge til grunn for bedre psykisk helse (Pavey & Sparks, 2009). Funnene i studien av Hajek & König viser at det å oppleve et fall er assosiert med lavere autonomi, som påvirkes av mestringstro. Forskerne forklarer denne sammenhengen med at de som har opplevd et fall har en tendens til å unngå daglige aktiviteter fordi de er redde for å falle igjen. Å opprettholde autonomi over tid kan redusere risikoen for å falle hos hjemmeboende eldre. Så sammenhengen mellom fall og autonomi er mindre dersom mestringstroen er høy. Forskerne mener at personer som har høy mestringstro har tro på egne evner til å oppnå et liv i autonomi (Hajek & König, 2019).

Forskjellen på kvinner og menn har også blitt studert på dette feltet. Det er generelt funnet en høy prevalens av fallrelatert bekymringer hos eldre, men enda høyere hos kvinner enn hos menn. Fallrelatert bekymringer innebærer frykt for å falle, bekymringer knyttet til konsekvens og fallrelatert mestringstro (Pauelsen, Nyberg, Röijezon, & Vikman, 2018). I denne studien ble

moral, fysisk funksjon og frykt for å falle assosiert som viktige faktorer for å forklare sammenhengen med fallrelatert mestringstro, hvor de fant store forskjeller mellom kjønn. De faktorene som er assosiert med fallrelatert mestringstro hos kvinner er frykt for å falle, moral og fysisk funksjon, men hos menn er det fysisk funksjon og bekymring knyttet til skade som fremtrer som viktige faktorer. Moral er i denne studien beskrevet som fremtidsutsikter på livet som aldrende. Dette sier oss at eldre kvinner har generelt et mer pessimistisk syn på livet og har økt frykt for å falle, mens menn er kun bekymret for fysisk funksjon og har bekymringer knyttet til selve skaden (Pauelsen, Nyberg, et al., 2018).

Redusert postural kontroll fører til økt fallrisiko og økt fallrelatert bekymring (Hadjistavropoulos, Delbaere, & Fitzgerald, 2011). Benstyrke spiller en viktig rolle i endringer i postural kontroll som er assosiert med fallrelatert mestringstro, men reaksjonstid, syn, førlighet og proprioepsjon er også involvert og viktige å ikke overse (Pauelsen, Vikman, Strandkvist, Larsson, & Røijezon, 2018).

Fallrelatert mestringstro er nært knyttet opp mot frykt for å falle, der egen tro på i hvilken grad en kan unngå fall er en faktor i forholdet mellom frykt for å falle og fall (Hadjistavropoulos et al., 2011).

3.2 Fear-avoidance

Fear-avoidance blir oversatt til bevegelsesfrykt eller unngåelsesadferd på norsk og refererer til unngåelse av aktivitet eller bevegelse på grunn av frykt for å forverre en tilstand (Vlaeyen & Linton, 2000). Det engelske begrepet fear-avoidance blir brukt i litteraturen og dermed også benyttet i denne oppgaven.

Peters et al., (2020) viser at fear-avoidance modellen kan forklares med at unngåelse av aktivitet eller gjøremål kan oppstå som en konsekvens av frykten for å falle (Peeters et al., 2020). Frykt for å falle er vanlig hos eldre, men blir pekt på i litteraturen som lite forstått, da ikke alle som opplever et fall eller har et balanseproblem utvikler en frykt for å falle og motsatt (Peeters et al., 2020). Observasjonsstudier foreslår at psykologiske faktorer kan forklare noen av forskjellene mellom personer som opplever frykt for å falle og de som ikke opplever dette som et problem. Psykologiske faktorer inkluderer humør, eksempelvis depresjon, temperament som nevrotisisme, og kognitiv funksjon som hukommelse (Peeters et al., 2020).

Gitt de alvorlige komplikasjonene et fall kan gi, er det ikke overraskende at frykt for å falle har blitt rapportert hos 50 til 60% av eldre som har falt. Mellom 25% til 33% av disse har anerkjent unngåelse av aktivitet grunnet frykt for å falle (Denkinger, Lukas, Nikolaus, & Hauer, 2015; Legters, 2002).

Hos den eldre befolkningen har frykt for å falle blitt assosiert med negative helserelaterte utfall, som inkluderer økende risiko for fall, nedgang i fysisk- og sosial deltagelse, nedsatt fysisk funksjon, økende nedgang i kognitiv funksjon, nedsatt mental helse, nedgang i dagliglivets funksjon og redusert livskvalitet. Frykt for å falle blir sett på som en konsekvens av fall, dårlig balanse og redusert gangfunksjon (Peeters et al., 2020). Litteraturen beskrev tidlig at det å oppleve et fall kan føre til frykt for å falle, som igjen fører til unngåelse av aktivitet, reduksjon av muskel- og skjelettfunksjon og økt risiko for å falle (Hadjistavropoulos et al., 2012). Det er dette som betegnes som fear-avoidance og dette kan føre til en negativ spiral som er viktig å adressere hos individet (Hadjistavropoulos et al., 2011).

Gjennom observasjonsstudier har det også blitt adressert at frykt for å falle øker fallrisikoen ved å trigge en maladaptiv gangfunksjon og holdningsmønstre som for eksempel stivhet i ankelleddet og redusert ganghastighet som fører til redusert balanse (Adkin & Carpenter, 2018; Ayoubi, Launay, Annweiler, & Beauchet, 2015; de Souza et al., 2015; Hadjistavropoulos et al., 2012; Hadjistavropoulos et al., 2011). Det har blitt observert at stivhet i ankelleddet som følge av frykt kan påvirke evnene til å justere kroppsposisjonen når man blir utsatt for en mulig fallhendelse. Det har også blitt observert at frykt kan trigge en beskyttende adferd under gange ved å redusere ganghastighet og skrittlengde, som igjen resulterer i ubalanse og kan gi økt fallfare (Hadjistavropoulos et al., 2011).

Frykt for å falle involverer tre komponenter. Det er innebærer adferd, samt kognitive og fysiologiske faktorer. Fysiologiske faktorer går under for eksempel redusert autonomisk reaksjon. Adferd innebærer eksempelvis at individet går i et sakte tempo eller støtter seg til gjenstander i huset for å forhindre fall. Kognitive komponenter går innunder individets subjektive meninger om graden av fare og evner til å unngå fall (Hadjistavropoulos et al., 2011).

Sosial støtte har en mulig påvirkning på aktivitetsunngåelse. Personer med et godt sosialt nettverk som for eksempel snakker med venner om fallrelatert mestringstro rapporterer i mindre grad

begrensninger av aktiviteter. Det har også blitt rapportert at frykt for å falle var nært knyttet til frykt for å måtte flytte til sykehjem og i større grad bli begrenset (Hadjistavropoulos et al., 2011).

Spørsmålet er om individer som har frykt for å falle har en realistisk opplevelse av ens egne evner til å opprettholde balansen. Dersom det er tilfellet at individet har en realistisk opplevelse av sin egen evne til å opprettholde balansen, vil det da være viktig å undersøke om individets frykt for å falle er overdrevet sett i lys av fysiske begrensninger. Dersom frykten er overdrevet, vil dette være en viktig faktor i intervensjonen. Hvis frykten virker realistisk i forhold til individets fysiske funksjon skal helsepersonellet fokusere rehabiliteringen mot tilpassende tiltak (Hadjistavropoulos et al., 2011).

3.3 Helseoppfatningsmodellen

Helseoppfatningsmodellen handler om at årsaken til at en person utøver god helsemessig adferd avhenger av om personen oppfatter en helserisiko og tror at helseadferden vil være effektiv mot helserisikoen (Champion & Skinner, 2008). Helseoppfatningsmodellen ble først utviklet av forskere i USA på 1950-tallet, som igjen var inspirert av sosialpsykologen Kurt Lewin. Modellen ble utarbeidet på grunnlag av manglende deltagelse i forebyggende tiltak og har senere blitt utviklet til en veletablert modell for helsefremmende tiltak. Nøkkelfaktorer for å oppnå helsefremmende adferd for individet er å bli bevisst over barrierer, fordeler, trussel til oppfattet dårlig helse eller sykdom og motivasjon og tro på evnene til mestring (Champion & Skinner, 2008; Rosenstock, 2016). Sistnevnte er beskrevet i litteraturen som begrepet mestringstro som har blitt adressert ytterligere i eget kapittel.

Helseoppfatningsmodellen bygger på seks sentrale komponenter. Den første omhandler opplevd risiko for sykdom eller helserelaterte plager, som innebærer hvor sannsynlig det er for at en er utsatt for en helserelatert plage eller sykdom. Individet må føle seg utsatt for den aktuelle helserelaterte plagen for å anse det som nødvendig å utøve forebyggende tiltak (Champion & Skinner, 2008). Den neste faktoren er individets opplevelse av alvorlighetsgrad og konsekvenser for sykdommer eller plager, som går ut på at en må anse alvorligheten og konsekvensene av en slik grad at en anser det som en trussel (Champion & Skinner, 2008). Den tredje omhandler opplevelsen av fordeler ved helseadferd som innebærer hvilken tro individet har på effekten av tiltaket og potensialet for å redusere den opplevde trusselen. Det innebærer også at dersom en ikke føler seg direkte truet av risikoen for å oppleve et fall, kan en likevel delta på oppfordring av

andre, dersom helseadferden anses som gunstig for å redusere risikoen (Champion & Skinner, 2008). Opplevde barrierer mot helseadferd er neste komponent i helseoppfatningsmodellen og handler om potensielle negative faktorer for å utøve en adferd. Det som kan være en hindring for å utøve anbefalte handlinger. Hvor individer ubevisst veier kostnad-nytte opp mot hverandre, som for eksempel «det kan hjelpe meg å utføre denne handlingen, men det kan være dyrt, ubehagelig, upassende eller tidkrevende». Den neste siste komponenten er faktorer som er med på å trigge en helseadferd. Disse triggerne kan være interne som for eksempel en opplevd redusert balanse eller et tidligere fall, eller eksterne triggerer som anbefalinger fra familie og venner eller helsepersonell som kan gi en motivasjon. I hvilken grad triggerer påvirker helseadferden, avhenger også i hvilken grad individet opplever risikoen som en trussel (Champion & Skinner, 2008). Den siste faktoren er tro på egen mestringsevne, som handler om at en ikke vil gjennomføre adferden dersom en ikke har tro på at en vil klare å gjennomføre de aktuelle og nødvendige handlingene som omtalt i forrige kapittel (Champion & Skinner, 2008).

Helseoppfatningsmodellen er også vanlig for å forstå helseadferd hos eldre og kan knyttes opp mot fallforebyggende tiltak, der individet må ha en oppfatning om at en har en risiko for å falle for å utøve fallforebyggende tiltak. Kaushal et al., (2021) undersøkte om det var forskjeller i fysisk aktivitet hos eldre som har opplevd et fall og eldre som ikke har opplevd et fall med bruk av helseoppfatningsmodellen. Hypotesen til forfatterne var at det å oppleve et fall for eldre vil påvirke deres tro på å oppnå helseeffekt av å delta på fysiske aktiviteter. Studien konkluderte med at barrierer kan bli påvirket i etterkant av et fall, og her trekker de frem barrierer som smerte og tidsbegrensninger for å utøve fysisk aktivitet. Forfatterne presiserer viktigheten av god intervensjonsplanlegging for å overkomme disse barrierene for denne gruppen. Videre, var fysisk aktivitet assosiert med økt risiko for å falle hos gruppen som har opplevd et fall. På dette punktet trekker studien frem viktigheten av å legge til rette for et trygt miljø for eldre til å utøve fysisk aktivitet (Kaushal, Preissner, Charles, & Knauper, 2021).

3.4 Empowerment

Det foreligger ikke et godt norsk ord for begrepet, og den engelske betegnelsen brukes i litteraturen og vil dermed også brukes i denne oppgaven.

Det er et økende fokus på pasientinvolvering i helsevesenet og forskning. Pasienter er nå mer delaktig i møte med helsevesenet, på lik linje som kvalitativ forskning er en viktig bidragsyter i

utviklingen av vitenskapen. Et økende søkelys på empowerment de siste to tiårene har ført til et skifte fra et paternalistisk tankesett til et brukermedvirkende fokus innenfor helsevesenet og forskning (Halvorsen et al., 2020). Empowerment tilbyr muligheter for pasienter til å øke deres involvering i beslutningstaking og autonomi (Holmström & Röing, 2009).

Verdens Helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse (WHO, 1998). Begrepet empowerment innebærer at individet eller en gruppe tar en aktiv del av prosessen av å bedre egen helse. Litteraturen skiller mellom individuell- og samfunns- empowerment. Individuell empowerment tar for seg den individuelle mulighet til å ta avgjørelser og ha kontroll over ens personlige liv. Samfunns empowerment innebærer at individer som en samlet gruppe tar større kontroll og har større innflytelse over faktorer for en god helse og livskvalitet i deres samfunn (WHO, 1998). I denne oppgaven vil individuell empowerment og empowerment knyttet til pasienter bli videre adressert.

Litteraturen stadfester en direkte relasjon mellom dårlig helse og redusert empowerment, men dersom eldre med kroniske sykdommer blir bevisst på disse endringene vil deres empowerment øke (Fotoukian, Shahboulaghi, Khoshknab, & Mohammadi, 2014). Empowerment i eldreomsorgen involverer å vie tid til pasienten, så vel som for helsepersonellet å gi fra seg kontrollen og gi makten til individet som kjenner best til egen sykdom og hvordan det er å leve med begrensningene dette fører med seg (Fotoukian et al., 2014).

Nyere litteratur trekker frem flere komponenter innenfor empowerment begrepet. Kontroll, relasjon og kunnskap er faktorer som går igjen og beskrives som viktige (Agner & Braun, 2018; Halvorsen et al., 2020). Kontroll har ofte blitt nevnt i litteraturen og går ut på behovet for kontroll over livssituasjonen og fremtrer som viktig hos pasienter spesielt i en sårbar situasjon. Delt beslutningstaking, ansvar over egen helse og kontroll over dagliglivet er aspekter som går innunder kontroll (Agner & Braun, 2018). Redusert empowerment blir ansett som manglende valgmuligheter, og å ikke bli anerkjent under behandlingsplanlegging og fratagelse av kontroll over egen helse. Samtidig som det å bli involvert delvis eller bare overfladisk og uten å egentlig ha noen rolle i beslutningstaking blir også ansett som en kilde til redusert empowerment (Agner & Braun, 2018). For at pasienten skal føle seg empowered i beslutningsprosessen for egen helse er en viktig faktor at de blir gitt tilstrekkelig kunnskap om valgmuligheter og informasjon om deres helsetilstand (Agner & Braun, 2018; Halvorsen et al., 2020). Relasjon og støtte fra

helsepersonell har blitt vurdert som viktig innenfor empowerment. Her trekkes det frem hvordan pasientene blir møtt i helsevesenet, at de blir sett, hørt, brukt god tid på og ikke blir ansett som et objekt. Samtidig, blir det trukket frem viktigheten av å bli respektert og trodd på for å engasjere økt empowerment hos pasienten (Agner & Braun, 2018; Halvorsen et al., 2020). Viktigheten av meningsfulle oppgaver og aktiviteter fremmer også empowerment, samt at motivasjon er viktig drivkraft for å gi mening (Agner & Braun, 2018).

4.0 Metode

4.1 Design

4.1.1 Valg av metode

Oppgaven har rettet fokus mot eldres egne opplevelser og erfaringer av det fallforebyggende tilbudet i Oslo kommune, og derfor vil studien ha et kvalitativt design. Metoden er inspirert av et fenomenologisk perspektiv fordi fokuset ligger hos den som erfarer noe (Malterud, 2018) og det har blitt foretatt semistrukturerte intervjuer med en utarbeidet intervjuguide. Malterud presiserer at fleksibilitet og ettertanker er sentrale elementer i kvalitativ forskning, der forskeren skal lære av erfaringer og situasjoner underveis i prosessen og det er derfor anbefalt å gjøre justeringer og hele tiden vurdere veien videre (Malterud, 2018).

4.1.2 Utvalg og rekrutteringsprosessen

Syv av femten bydeler i Oslo deltar i prosjektet, hvor bydelsoverlegen i hver bydel leder en tverrfaglig prosjektgruppe. Tilgang til aktuelle intervjudeltagere ble muliggjort gjennom prosjektgruppedeltakere i aktuelle bydeler. Det ble utnevnt en som hadde hovedansvaret for å rekruttere deltagere til studien i hver bydel, som jeg hadde direkte kontakt med under rekrutteringsprosessen. Det ble opprettet kontakt igjen med bydelene dersom det hadde gått en stund uten nye deltagere for en påminnelse om å se etter aktuelle deltagere, det ble også ved et tidspunkt konkret etterspurt mannlige deltagere ettersom det kun var kvinner representert i studien.

Deltagerne ble spurt om å delta i studien under et hjemmebesøk utført av ansatte fra bydelene de bor i. I noen tilfeller ble det gitt informasjons- og samtykkeskriv under dette hjemmebesøket, hvis ikke ble dette gitt i forbindelse med intervjuet. Dersom deltageren samtykket til å bli intervjuet, ble de kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju. Under datainnsamlingsperioden, var det åtte pasienter som oppfylte inklusjon- og eksklusjonskriteriene og ble kontaktet for å avtale intervju. To av disse ønsket ikke å delta i studien likevel.

Antall intervjudeltagere ble estimert til mellom fem til ti deltagere og det var ønskelig å sikre en spredning i aldersgruppen, at både menn og kvinner var representert, samt at det ble rekruttert deltagere fra bydeler med ulikt sosioøkonomisk nivå og ulik andel eldrebefolkning, men ut ifra

den ekstraordinære situasjonen med COVID-19 måtte rekrutteringsforløpet være pragmatisk og bydelene rapporterte om lite fallmeldinger i rekrutteringsperioden.

Inklusjon- og eksklusjonskriteriene i denne studien omfatter at deltagerne måtte ha mottatt et fallforebyggende hjemmebesøk, de måtte være samtykkekompetente, samt at de måtte forstå og kunne snakke norsk.

4.1.3 Beskrivelse av utvalget

Det endelige utvalget bestod av seks kvinner som er hentet fra tre forskjellige bydeler i Oslo kommune. Alle deltagerne er hjemmeboende og benytter rullator både inne og ute under intervjuperioden. Deltagerne er alle over 80 år. To av seks deltagerne bodde med ektefelle, og de resterende bodde alene. Alle deltagerne hadde hatt et fall innendørs som var årsaken til at de takket ja til tjenesten fra kommunen.

4.2 Datainnsamling

4.2.1 Datalagring

Lydfiler og data ble lagret i tjenester for sensitive data (TSD) ved OsloMet.

4.2.2 Semistrukturerte intervju og intervjuguide

En forutsetning for å innhente rike og relevante data er at personen som blir intervjuet føler seg trygg til å snakke fritt og at intervjueren lytter med et åpent sinn, slik at man som forsker og intervjuperson kan oppfatte nye refleksjoner som ikke intervjueren har klar på forhånd (Malterud, 2018). Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling, der konteksten og omgivelsene omkring samtalen vil være viktig for informasjonen man henter ut (Malterud, 2018). Gjennom semistrukturerte individualintervjuer som er benyttet i denne studien, er hensikten å forsøke å gi deltagerne et trygt rom og nok tid til ettertanke for å dele deres erfaringer og opplevelser med det fallforebyggende hjemmebesøket.

På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide, som ble brukt som en pekepinn under intervjuene, men ble ikke fulgt slavisk. Intervjuguiden ble endret på underveis i datainnsamlingen og revurdert etter intervjuene ettersom man som forsker lærer hvor fokuset bør konsentreres og tilpasses. Intervjuguiden ligger som vedlegg nr. 2.

4.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført fra oktober til november 2020 og ble avtalt på forhånd med hver enkelt deltager. Intervjuene ble gjennomført i samme periode som tiltakene ble utført, men de fleste var i slutfasen av intervensjonen. Intervjuene har blitt gjennomført hjemme hos deltageren, med unntak av ett intervju som ble gjennomført via telefon etter ønske fra deltageren selv. Det har blitt tatt lydopptak etter gitt samtykke med digital diktafon. Intervjuene hadde en varighet på mellom 25 og 50 minutter. Deltagerne valgte selv hvor i hjemmet intervjuet skulle foregå, som var oftest ved kjøkkenbordet eller stuebordet. Under alle intervjuene var det kun en intervjuer og en deltager til stede. De deltagerne som bodde med ektefeller, oppholdt ektefellene seg i et annet rom etter eget ønske under intervjuene.

Før diktafonen ble skrudd på, ble deltagerne informert om formålet med studien. Videre ble de informert om taushetsplikten og at informasjonen de kom med ikke ville kunne spores tilbake til hvem de var eller at det ville påvirke tjenestene fra kommunen. Videre, ble deltagerne oppfordret til å snakke fritt og ikke være redd for å snakke for mye. Målet med intervjuene var å få en hyggelig samtale, som ikke skulle oppleves som et intervju for at deltagerne skulle føle seg trygge i situasjonen. Under første intervju startet jeg diktafonen for sent, som kan ha gjort at jeg gikk glipp av nyttig informasjon fordi jeg måtte be deltageren om å gjenta mye av det hun allerede hadde fortalt, men lærte med dette at det er lurt å sette på diktafonen umiddelbart etter gitt samtykke. Til å begynne med var jeg ganske fastlåst til intervjuguiden, men gikk mer og mer bort ifra denne ettersom jeg ble mer trygg på hvilke spørsmål som var viktige og fokuserte mer på oppfølgingsspørsmål. De kortere intervjuene var med informanter som ikke snakket så «fritt» og dermed ble jeg mer låst til intervjuguiden fordi jeg opplevde at det var vanskelig å få deltagerne til å utdype svarene sine selv med oppfølgingsspørsmål.

4.2.4 Transkribering

I umiddelbar ettertid av intervjuene ble det laget en loggbok som tok sikte på å skrive ned inntrykk, stemning i rommet og spesifikke eller generelle tanker av selve samtalen og møte med deltagerne. Dette var for å lære av prosessen og for refleksivitet.

Transkribering innebærer å forme materialet fra tale til tekst, slik at materialet skal bli bedre egnet til videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2012). Transkriberingen tok sikte på å på en best mulig måte få frem det deltagerne ønsket å formidle igjennom intervjuene. Transkriberingen ble

gjennomført etter hvert intervju og tok sikte på å transkribere alle setninger som deltagerne kom med, selv om de kunne oppleves som utenfor tema på det tidspunktet. Gjentakelser ble inkludert, fordi det kan understreke et poeng eller viktigheten av et utsagt. Samtidig ble småord utelatt fordi det er innholdet i samtalen som har betydning for studien og ikke måten samtalen har foregått på (Malterud, 2018). Identitetsavslørende informasjon fra lydopptakene ble utelatt i transkriberingen, som for eksempel adresse og navn på pårørende.

4.3 Dataanalyse

4.3.1 Analyseprosessen

Analysen har blitt utført med inspirasjon fra systematisk tekstkondensering av Kirsti Malterud. Metoden følger en prosedyre der analysen gjennomføres i fire trinn som innebærer å få et helhetsinntrykk som første steg, deretter identifisere meningsdannede enheter, så trekkes paralleller av innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene og til slutt sammenfattes betydningen av dette (Malterud, 2018). Som første steg i analysen ble materialet lest igjennom flere ganger med flere timer imellom gjennomlesningen, for så å sette opp noen foreløpige temaer som vekket oppmerksomheten og samtidig var fokuset på å sette forforståelse og teoretiske referanserammer til side. Ved andre analysetrinn ble relevant og irrelevant tekst skilt fra hverandre, og tekst som anså å belyse problemstillingen ble sett nærmere på ved å identifisere meningsbærende enheter i teksten og sette disse i kodegrupper. De temaene som var nesten like ble gitt samme kode og eventuelt satt sammen. Kodegruppene ble sortert i farger og deretter satt i en tabell for å prøve å gi oversikt over materialet. Hver kodegruppe ble så sortert i undergrupper, hvor hver undergruppe deretter ble sammenfattet i et kondensat. Dette var en pågående sirkel, hvor hovedkategoriene og underkategoriene ble endret på hyppig, for hele tiden å se på om kategoriene og kondensatene hadde betydning for problemstillingen. Samtidig som meningsbærende enheter og kondensater ble flyttet og organisert i de kategoriene som det ble vurdert til å passe best i.

I første runde ble tekst som kunne passe inn med de foreløpige temaene skilt ut fra tekst som ikke hadde noe sammenheng med temaene. Disse meningsbærende enhetene ble så forsøkt fordelt inn i to til tre undergrupper innenfor hovedtemaet, ved at de ble ytterligere kodet med farge, og deretter plassert sammen i en tabell for å få oversikt. Deretter ble undergruppene vurdert om de kunne sammenfattes eller deles dersom det var mye meningsbærende enheter i en undergruppe

enn en annen. Undergruppene ble forsøkt å belyse viktige elementer innenfor hovedtemaet, men likevel være innenfor problemstillingen. Denne prosessen ble etter å ha lagt materialet litt vekk, gjennomgått på nytt for å se om hovedtemaene og undertemaene har sammenheng med problemstillingen. Da dette viste seg å ikke kunne gi noen svar på problemstillingen startet prosessen opp igjen fra start med en ny oversikt. Hovedvekten på denne første tolkningen lå på hva som gikk igjen i intervjuene og hvor hovedtyngden av de meningsbærende enhetene lå som var litt på siden av hva problemstillingen handlet om. Problemstillingen var i utgangspunktet snever da den handlet om kun det første kartleggingsmøtet og ikke om hele tiltaket, som gjorde at problemstillingen her ble endret. Med endret fokus ble materialet lest igjennom på nytt og tekst som hadde betydning for selve tiltaket ble fordelt i fire temaer, med flere undertemaer. De meningsbærende enhetene i undertemaene ble så forsøkt kondensert til sammenfattet tekst av deltagerens sitater. Kondensatene ble satt opp mot temaene og ble flyttet dersom de passet bedre innunder en annen undergruppe eller hovedtema. Hovedtemaene ble så redusert til tre og, med mellom to til seks undergrupper. Hovedtemaene som ble det endelige resultatet fra analyseprosessen, er:

- 1) **Mestring** – bryte barrierer, mening, trygghet og mestringstro.
- 2) **Relasjonen med helsepersonellet** – Føle seg sett, verdifull og maktforholdet.
- 3) **Opplevd behov hos deltagerne** - Redsel, sårbarhet og tap av tilgang.

4.3.2 Forforståelse

Som forsker vil man ikke fjerne seg selv og egen rolle, men heller identifisere og reflektere over sin påvirkning i studien (Malterud, 2018). Forforståelsen ble av Gadamer sett på som historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som man har med seg som både ubevisste og bevisste grunnlag for tolkningen man gjør (Gadamer, Weinsheimer, & Marshall, 2004). Forforståelsen blir i kvalitativ forskning sett på som en faktor som påvirker hele prosessen på måten vi innhenter, leser og tolker dataene på. Forforståelsen består ofte av hypoteser, erfaringer, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer (Malterud, 2018).

Jeg vil belyse min forforståelse for at leser lettere skal se min innflytelse og påvirkning av studien. Som fysioterapeut og med erfaring innenfor geriatri er jeg spesielt interessert i

påvirkningen av skade, smerte eller funksjonsnedsettelse på psykososiale faktorer. Med min profesjonsbakgrunn er jeg vant med å ha samtaler med pasienter hvor jeg har en eller ofte flere hypoteser, men dette er noe jeg har trent på å legge fra meg i intervjuet for å ikke prege neste spørsmål med et ledende spørsmål for å teste hypoteser. Som ung kvinne kan det være vanskelig å sette meg inn i eldres situasjon på samme måte som man kunne gjort dersom forskeren var aldersnær med de som blir intervjuet. Det at det kommer en ung kvinne som intervjuer eldre om deres liv kan ha påvirkning på svarene jeg får. På en annen side så kan det også anses som en fordel å møte en annen aldersgruppe enn en selv for å stille seg undrende til noe man ikke er kjent med selv. Dette er første gang jeg har foretatt en kvalitativ studie og med lite erfaring i bagasjen er det klart at det kan påvirke metodekvaliteten i denne oppgaven.

Under prosessen har jeg reflektert over hvordan jeg kan unngå at min forforståelse skal påvirke resultatene. For å få frem deltagerens meninger under intervjuene, var jeg opptatt av å unngå å stille ledende spørsmål, samtidig var jeg bevisst på at jeg ikke skulle få svar på mine antagelser eller hypoteser. Kvale og Brinkmann (2012) presiserer at relevante data utgjøres av selve samspillet i den spesifikke situasjonen som er skapt mellom intervjueren og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2012). Min rolle som person og intervjuer har jeg vært bevisst på under intervjuet, og at dette påvirket svarene og følelsen deltageren har under intervjuet. Videre, så er det viktig med kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer (Kvale & Brinkmann, 2012). Derfor har jeg lest meg opp på litteratur i forkant av intervjuene for å ha en kunnskap om feltet og for å forstå hva som har blitt gjort i hovedstudien. Dette var for å kunne gå inngående inn på ulike elementer i tiltaket, men samtidig ha fokus på å unngå ledende spørsmål, og ja/nei spørsmål.

Kvaliteten på materialet i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet, og omfattende trening er nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2012). Min erfaring med kvalitativ forskningsmetode er begrenset, og dette har påvirket prosessen ved at jeg har vært usikker på fremgangsmåte, metode og analyse. Det er ikke noe som er rett eller galt i kvalitativ forskning og tilnærmingen er ofte pragmatisk, som gjør at man kan gjøre endringer i metoden underveis ettersom man tilegner seg mer kunnskap. Dette har blitt gjort underveis i innsamlingen av data ved at jeg har reflektert i etterkant av intervjuene om hvilke endringer som kan bli gjort til neste intervju, men mest av alt i

analyseprosessen som virket som en evigvarende prosess. Her gikk jeg fra materialet flere ganger for å se på materialet med nye øyne slik at jeg ikke ble låst i et spor, noe som var utfordrende. Her var det essensielt med en annen person, min veileder, som kunne bistå i denne prosessen med mer erfaring og andre øyne.

4.3.3 Metoderefleksjon

Et større utvalg hadde kunnet gi mer informasjon og flere erfaringer enn de aktuelle seks, men grunnet mangel på fallmeldinger i bydelene og muligens påvirkningen av pandemisituasjonen var det utfordringer knyttet til rekrutteringsprosessen. Videre, kan det bemerkes at helsepersonellet i mange tilfeller var de samme som hjalp til i rekrutteringsprosessen som utførte hjemmebesøkene, og dette kan ha gjort at deltagerne som ble valgt ut kanskje var de som ble oppfattet som «vellykkede» deltagere, eller som hadde hatt god relasjon med tjenesteyterne. Dette kan ha påvirket resultatet til å bli mer positivt enn det kanskje ville vært dersom en uavhengig person hadde stått for rekrutteringen. Til tross for det, så antas det likevel at helsepersonellet rekrutterte alle deltagere som var mulig å oppdrive.

Det er kun kvinner med i denne studien, som kan antas å være en svakhet. Litteraturen er ikke entydig når det kommer til antall fall hos kvinner sammenlignet med menn. Flere studier fant ingen forskjell i antall fall mellom kjønn (Olsson Möller et al., 2013; Vikman et al., 2011). Men noen studier viste at kvinner faller oftere (Gale, Cooper, & Aihie Sayer, 2016). Pyrgeli et al., (2017) fant i sin studie at det er 2,22 høyere odds for at kvinner faller sammenlignet med menn (Pyrgeli et al., 2017). Pyrgeli og kolleger forklarer denne forskjellen med at kvinner har lavere muskelstyrke. Studier viser også at kvinner har større sannsynlighet for å pådra seg mer alvorlige skader som en fraktur eller hodeskade som følge av et fall, enn menn (Wei & Hester, 2014). Osteoporose er også påvist oftest hos kvinner som ofte resulterer i et større skadeomfang hos denne gruppen (SSB, 2018). Studier viste også at eldre kvinner oppsøkte helsevesenet for å snakke om fall og å søke medisinsk hjelp i større grad enn sammenlignet med menn (Stevens et al., 2012). Dette kan være med på å forklare hvorfor det er færre menn i det fallforebyggende pasientforløpet i Oslo kommune og at det var vanskeligere å oppdrive mannlige representanter til denne studien.

Innenfor kvalitative forskningsintervjuer så anses personlige møter mellom intervjudeltager og intervjuer som den mest brukte og høyest anerkjente metoden. Et telefonintervju ble gjennomført

etter ønske fra deltageren selv på grunn av smittesituasjonen. Dette ble et kort intervju, og det kan mulig forklares med den avstanden telefonen skaper i samtalen, og det at det ikke er mulig å se personen man intervjuer er utfordrende med tanke på kroppsspråk, anerkjennelse og respons på utsagnene deltageren kommer med. Det var vanskelig og unaturlig å ha kunstpauser for å legge til rette for flere historier og detaljer uten å nødvendigvis stille oppfølgingsspørsmål, derfor ble ikke samtalen så flytende som ønsket (Novick, 2008). Som nevnt tidligere så ble det noen korte intervjuer, som kan forklares med manglende trening på intervjusituasjoner og generelt lite erfaring med kvalitativ metode, noe som anses som en ulempe i denne sammenhengen.

4.4 Kvalitetssikring av kvalitativ forskning

For å kvalitetssikre materialet i kvalitativ forskning benyttes ofte begrepene validitet, reliabilitet og overførbarhet. Validitet innebærer om du måler det du ønsker å måle, eller om dine funn kartlegger det du skal undersøke. Reliabilitet sier noe om i hvilken grad forskningsprosessen kan gjenskapes av andre eller om gjentatte målinger med samme metode vil gi samme resultat (Fangen, 2010). Ifølge Fangen er dette urealistisk i kvalitativ forskning på grunnlag av virkelighetens kompleksitet, og at troverdigheten i et prosjekt kan måles ved å sikre tilstrekkelig beskrivelse av innhenting av data og hvordan man har kommet frem til tolkningen og konklusjonen. I tillegg til å holde seg kritisk til egne tolkningsmetoder, samt overlate noe av tolkningen til leseren (Fangen, 2010). Overførbarhet brukes ofte synonymt med generaliserbarhet, som vil si i hvilken grad resultatene kan overføres til andre kontekster og situasjoner en form for meningsfull kunnskap på feltet (Fangen, 2010).

4.4.1 Validitet

I kvalitativ forskning kan prosessen være pragmatisk og endres underveis i prosjektet. Problemstillingen ble kontinuerlig veid opp mot utvalget, datainnsamling, teoretiske perspektiv, analysen og presentasjonsformen for å sikre validiteten i prosjektet. Jeg forsøkte å redegjøre for min forforståelse og erfaring, som kan være med på å påvirke resultatene. Det kan tenkes at på bakgrunn av min kunnskap og erfaring, har jeg analysert og tolket data fra et subjektivt ståsted. Det skal heller ikke utelukkes at jeg kan ha vært på leting etter meninger som støtter mine oppfatninger rundt betydningen av å være deltager i prosjektet. Dette kan være med på å senke validiteten, da oppgaven kan ha gått glipp av nyanser som er reelle for forskningsfeltet. For å forebygge dette har jeg så godt som mulig prøvd å forstå informantenes standpunkt og unngått

ledende spørsmål. I analyseprosessen er det forsøkt å hente ut mening og tolke hva det er deltagerne egentlig sier, og fremstille dette på en måte som gjenspeiler deltagerens stemmer og hente ut mening som er relevant for problemstillingen.

4.4.2 Reliabilitet

For å synliggjøre metoder, analyse og avgjørelser i oppgaven, har dette blitt forsøkt gjengitt dyptgående i metodedelene av oppgaven. Forskningsprosessen kan gjenskapes av andre, men en vil da få andre resultater grunnet forskerens forforståelse, hypoteser, erfaringer og faglige perspektiver vil påvirke prosessen og vil være forskjellige. Ulike settinger kan gi ulike svar, og menneskelige møter er vanskelige å reprodusere til å bli helt identiske. Det var viktig for meg å skape tillit hos deltagerne, og at vi kunne skape en hyggelig atmosfære gjennom intervjuet. Med dette ønsket jeg å være åpen og forståelsesfull, slik at informantene ville dele mest mulig om sine opplevelser og erfaringer fra sin livsverden.

4.4.3 Overførbarhet

Innenfor kvalitativ forskning er ikke målet å generalisere til en større populasjon, men snarere å få frem informantenes opplevelser og perspektiver som kan fortelle noe om betydningen av å være deltager i prosjektet, slik at beskrivelsene kan gi mening og overføringsverdi til andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2012). For at mine funn kan gjelde for en større gruppe må det finnes støtte for dette i annen forskning. På den måten vil gyldigheten styrkes om funnene i denne oppgaven samsvarer med tidligere forskning. Oppgaven kan likevel bidra til å øke kunnskap om hvilken betydning deltakelse i det fallforebyggende prosjektet i Oslo kommune kan ha for hjemmeboende eldre, og at denne betydningen kan overføres til andre kommuner med lignende prosjekter.

4.5 Etiske aspekter

Deltagerne som har samtykket til å bli intervjuet ble garantert at persondata behandles konfidensielt for å bevare deltagerens privatliv, og at personopplysninger anonymiseres. Deltagerne har mottatt et skriftlig samtykke- og informasjonsskriv som inneholder opplysninger om at deltagerne kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn, og at dette ikke vil påvirke deres tilgang til tjenestene de mottar fra kommunen (se vedlegg nr. 3).

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) med referansekode 245286 (se vedlegg nr. 4).

5.0 Resultater

Gjennom analysen ble det utarbeidet tre hovedkategorier med flere underkategorier. Disse hovedkategoriene er følgende: 1) Mestring 2) Relasjonen med helsepersonellet og 3) Livet etter fallet.

5.1 Mestring

Deltagerne ga uttrykk for at hjemmebesøkene og tiltakene som ble igangsatt førte til en form for mestring. Det kunne være i form av å bryte barrierer sammen med helsepersonellet til å utføre og bli trygg i dagligdagse aktiviteter og oppgaver, som for eksempel å gå i trappen for å komme seg ut og å gå på butikken som tidligere hadde vært en stor utfordring eller nærmest utenkelig å utføre uten assistanse og støtte. For noen deltagere førte dette også til å tørre å prøve seg på utfordringene på egenhånd. En deltager uttrykker følgende:

I går gikk jeg i butikken med naboen min, så nå har jeg greid det (#1).

Helsepersonellet ga deltagerne mulighet til å komme seg ut og gjøre ærender for å se om dette gikk bra, og ga også muligheten for deltagerne til å teste seg på dagligdagse oppgaver som er essensielle for å bli mest mulig selvstendig. Slik som denne deltageren sier:

De var med meg ut for at jeg skulle få luft, og for at jeg skulle få handle på apoteket (#5).

Innenfor trygge omgivelser og sammen med helsepersonell man har tillit til, er det å bryte barrierer enklere ved å få en «dytt» til å utføre øvelser eller aktiviteter som man har kviet seg til eller ikke har klart å utføre tidligere. En annen deltager beskriver å ha flyttet grenser sammen med helsepersonellet, og viser til at det å ha noen til å presse seg gir pågangsmot til å gi det lille ekstra. Her forklarer en deltager hvordan helsepersonellet fikk deltageren til å presse seg mer under treningen sammen med helsepersonellet:

Hun fikk meg til å presse meg litt mer enn jeg ville gjort selv (#2).

Hvordan deltagerne opplever resultatet etter tiltaket viser at det ikke bare har innvirkning på selve fallskaden, men også forbedringer fysisk funksjon som deltager #6 beskriver under. Deltageren beskriver positive resultater og mestringen hun har oppnådd som følge av å bryte barrierer slik:

Armen fungerer igjen nå, og jeg har blitt bedre i pusten også etter fallet grunnet all den treningen (#6).

Det å bryte barrierer i form av å utføre øvelser som opplevdes om meningsfullt og relevante for aktiviteter og bevegelser i dagliglivet, viste seg å ha betydning for å oppleve mestring og videre motivasjon. Deltagerne uttrykker at tiltakene enkelte ganger var utfordrende og smertefullt, men forstod likevel at det var viktig og at det måtte gjøres for å forbedre tilstanden. En deltager presiserte:

Jeg forstod at øvelsene kunne være vonde, men de var relevante. Jeg er veldig takknemlig (#5).

Deltagerne har blitt tilbudt ulike hjelpemidler og tilpasninger i hjemmet for å forenkle livssituasjonen og unngå nytt fall. Eksempler på dette er anbefaling om å fjerne tepper i hjemmet som kunne ansees som fallfarlige og lette å snuble i, samt montering av håndtak for at hverdagen skulle forenkles for deltagerne med en ekstra støtte eller håndtak til å dra seg opp fra toalettet og lignende. Deltagerne ga uttrykk for at dette var overkommelige og meningsfulle tiltak. Eksempler på dette var:

De foreslo at jeg skulle ha håndtak på badet og på soverommet. For når jeg står opp har jeg håndtak ved siden av så jeg holder meg litt her og litt der (#5).

Jeg fikk denne fine stolen og den har vært veldig god hjelp for meg (#1).

For en deltager var det ikke treningen eller tilsynet som var det viktigste og mest meningsfulle tiltaket, men heller praktiske tiltak som utgjorde mest nytte.

Det viktigste for meg er at de har redd opp sengen min (#3).

I motsetning til hjelpemidler og praktiske tiltak, presiserer en annen deltager frykt for å dusje alene ettersom hun er redd for å skli og falle på det våte baderoms gulvet og hun har et behov for betryggende støtte dersom et uhell skulle skje:

Hjelpemidler er ikke tilstrekkelig. Jeg vil ha en person som passer på (#1).

Trygghet er et ord som går igjen hos deltagerne. Tilsynet av helsepersonellet har ført til en trygghetsfølelse hos flere av deltagerne som befinner seg i en sårbar situasjon. Samtidig som at øvelser og å trene på aktiviteter som har vært betinget av frykt fører til en trygghet hos deltagerne. Denne tryggheten oppleves som en viktig bidragsyter som legger til rette for å oppnå mestring. En deltager uttrykker følgende:

Jeg har hatt en trygghetsfølelse, at jeg har visst de har kommet. Det betyr mye det (#1).

Etter fallet var en annen deltager engstelig for at hun måtte forlate sitt eget hjem og flyttes inn på et korttidsopphold ettersom hun så hvor store problemer hun hadde med å klare seg på egenhånd, men helsepersonellet betrygget henne i at de skulle hjelpe henne med det hun måtte trenge:

Jeg trodde jeg måtte på korttids plass på sykehjem, men så ble jeg veldig glad da jeg kunne få hjelp hjem (#5).

En deltager nevner også trygghet som et resultat av deltagelsen i det fallforebyggende programmet. Konteksten for utsagnet er når deltageren snakker om hvilke følger treningen har gitt, ettersom deltageren har følt seg ustødig under gange og forflytninger i hjemmet:

Jeg har blitt mer trygg på meg selv (#6).

Tiltakene har vært en bidragsyter for å legge til rette for økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse og livssituasjon. Deltagerne angir en viss følelse av oppnåelse og suksess som følge av å ha mestret oppgaver og utfordringer og gitt en følelse av kontroll over eget liv. Deltagerne ser at de er i stand til å ta kontroll over egen situasjon ved blant annet av hvordan å unngå et nytt fall. Her har deltagerne blitt spurt om hva de selv kan gjøre for å unngå et nytt fall. Denne deltageren har opplevd flere blodtrykksfall som følge av å ha reist seg opp fra sittende til stående, som resulterer i at hun vil ta seg bedre tid i lignende situasjoner i fremtiden:

Jeg tar meg god tid på sengekanten før jeg reiser meg opp, slik at jeg kan forhindre et nytt fall (#6).

Disse neste utsagnene illustrer også i hvilken kontekst deltageren opplevde et fall, eller hva de selv mener er årsaken til fallet. Denne deltageren mener også at hun opplevde fallet som følge av en uoppmerksomhet og uforsiktighet og understreker at hun må øke bevisstheten rundt fallfare under forflytninger og gange:

Jeg må være forsiktig for ikke å falle. Tenke for hvert skritt (#3).

Samme deltager sier også at hun likevel regner med ett nytt fall:

Jeg regner med at jeg vil falle igjen, men håper det blir så lite som mulig. Jeg er antagelig benskjør (#3).

Denne deltageren mener at det er trening som skal til for å forhindre ett nytt fall:

For å unngå å falle, så må jeg trene og trene (#2).

Det kommer også frem et ønske om å klare seg selv og være selvstendig. Ønsket om å være selvstendig kan motivere til å gjøre noe med egen livssituasjon, som også innebærer å be andre om hjelp. Dette innebærer en aksept av situasjonen man befinner seg i og å innse sine egne begrensninger og med det, behovet for assistanse. Det viser en evne til å sette seg selv i en posisjon til å påvirke og bedre sin egen livssituasjon. En deltager uttrykker:

Jeg klarer mye og ønsker å klare meg selv, men jeg trenger hjelp (#1).

Videre så uttrykte enkelte en viss optimisme til egne evner, et positivt selvbilde og pågangsmot til tross for situasjonen de har havnet i. Samme deltager uttrykker:

Jeg er redd, jeg er det, men jeg må tro at det vil gå noe tilbake etter hvert (#1).

En annen deltager uttrykker videre en optimisme også til videre trening og selvstendighet:

Jeg fikk god oppfølging til å gjøre øvelser etter at jeg hadde tatt av gipsen. Det følte veldig godt å gjøre øvelsene og jeg har prøvd å gjøre dem selv (#5).

5.2 Relasjonen med helsepersonellet

I det store og det hele, rapporterer deltagerne en positiv erfaring i møte med representantene fra bydelene i Oslo kommune.

Deltagerne gir uttrykk for at de ulike hjemmebesøkene førte til en følelse av å bli ivaretatt, en følelse av å være verdifull og bli sett. De uttrykker at de føler seg respektert ved å bli møtt av hyggelige mennesker som også kan føre til et økt tillitsforhold mellom helsepersonell og mottakerne av tjenesten. Flere av deltagerne informerte om at helsepersonellet hadde tatt seg god tid og at de ble møtt med forståelse og sympati, i tillegg til at noen beskriver at de fikk tilbud ganske raskt etter fallet, som gir en følelse av å være viktig og å bli prioritert.

En deltager beskriver det første møtet med helsepersonellet slik:

De hadde god tid og satt og pratet, og det er litt viktig det og da (#4).

Flere eksempler på deltagerens beskrivelser av møtet med helsepersonellet:

De har vært veldig sympatiske og veldig forståelsesfulle (#5).

I en sårbar situasjon med behov for hjelp og tilrettelegging, uttrykker deltagerne viktigheten av å beholde verdigheten. Maktforholdet mellom helsepersonell og deltagere gjør seg gjeldene hos enkelte ved at det uttrykkes et behov for hjelp, men deltageren er ikke beslutningstaker. Det illustrerer en tosidighet ved at deltagerne ønsker å være i kontroll og beholde verdighet og integritet, men er avhengig av hjelp. En deltager har et sterkt behov for hjelp til dusj, men ønsker ikke å ha hjelp av en mannlig representant fra kommunen. Kommunen kan ikke love henne dette, og deltageren opplever dette som uverdigg og uttrykker blant annet følgende:

Jeg har lyst til å dusje når jeg selv ønsker å dusje (#1).

Det plager meg noe så fryktelig at jeg ikke kan få en dame når jeg skal dusje (#1).

Som en del av risikovurderingen, ser helsepersonellet på eventuelle fallfarer i hjemmet hos deltagerne. Dette kan innebære endringer i deres hjemmemiljø. Flere av deltagerne uttrykket misnøye og vegret seg til å utføre endringer i hjemmet. Som disse deltagerne beskriver på følgende måte:

Hun ville ta bort teppene, men jeg nektet (#2).

Og en annen deltager beskriver:

De sier jeg må ta bort teppene. Jeg har tatt bort det på badet, og dette her skal jeg også ta bort etter hvert (#5).

Et ønske om å bevare privatlivet er et element som blir trukket fram i noen av intervjuene. En deltager er fornøyd med hjelpen som har blitt gitt, men legger til at det skal bli godt å slippe at så mange er innom på kort tid og at det nesten har vært litt for mye av det gode.

Når tilbudet blir slutt så blir det deilig å slippe en sånn jevn strøm av folk (#3).

I tråd med dette er det flere av deltagerne som ikke klarer å holde styr på alle som er innom, og får gjerne besøk av flere forskjellige ansatte fra bydelene i løpet av kort tid. Noen av deltagerne

bor med ektefelle som også har et privatliv å ta hensyn til, dette uttrykker en deltager som problematisk:

Jeg har fått tilbud om hjelp til å dusje, men mannen min vil ikke ha så mange fremmede her. Så mannen min vasker meg på ryggen, men dusj blir det ikke (#4).

En annen deltager ønsker ikke å ha fysioterapeuten der for ofte, fordi hun har andre ting å ta seg til:

Jeg kan gjerne trene, men ikke mer enn en gang i uken for jeg ha andre ting å gjøre (#2).

Videre, så uttrykker deltagerne en viss uvisshet og usikkerhet. Dette gjør seg gjeldene i at de fleste deltagerne ikke vet hvor lenge de skal ha hjemmebesøk, hjelp til dusj eller hjelp til å trene. Denne usikkerheten understrekes under intervjuet når en deltager blir spurt om hvor lenge hun skal ha hjemmebesøk der hun trener sammen med fysioterapeuten slik:

Jeg vet ikke hvor lenge hun skal komme en gang i uken (#2).

En annen deltager som opplevde et fall sammen med helsepersonellet har ikke fått beskjed om hva som vil skje videre, og hadde ikke hørt noe på omtrent to uker etter hendelsen. Deltageren beskriver det slik:

Jeg hold på å falle i trappen, så siden har vi ikke prøvd og jeg har ikke sett noen heller siden. Så jeg vet ikke hva som skjer videre jeg (#4).

Denne deltageren uttrykker også en usikkerhet til hva som vil skje i etterkant av tilbudet, og har ikke diskutert dette med helsepersonellet:

Jeg lurar på hva som kommer til å skje når tilbudet avsluttes (#6).

Dette illustrerer at det ikke er fastsatt noen konkret tid til tiltakene, noe som bunner i at det er individuelt tilpasset tidsperspektiv på tiltakene, men likevel uttrykkes det en usikkerhet til hvor lenge deltagerne har tilbudet og en usikkerhet som muligens kunne vært redusert med tydelig informasjon fra helsepersonellet.

5.3 Opplevd behov hos deltagerne

Fallets påvirkning i deres liv kommer frem hos alle deltagerne på flere måter, og dette tyder på et behov for videre oppfølging og tiltak til tross for flere uker med opptrening og tiltak. Endringer i

livet etter fallet er knyttet til redsel og sårbarhet, men også tap av tilgang til verden og deltagelse i samfunnet. Dette er faktorer som har betydning for viktigheten av tiltaket og deltagerens opplevelse av faktorer som kan ta lengre tid å forbedre, og samtidig faktorer som kan være vanskeligere å evaluere for helsepersonellet enn den fysiske funksjonen.

Redsel er et ord som går igjen hos flertallet av deltagerne. Flere av deltagerne uttrykker frykt for å falle igjen og maktesløshet som en konsekvens av fallet. Sjokket av fallet er noe som fremdeles henger ved deltagerne. En deltager utdyper også en følelse av sårbarhet:

Etter at jeg falt så har jeg ikke fått tilbake den gleden inni meg, eller den gode følelsen jeg har hatt i alle år. Så det fallet har vært et veldig sjokk for meg (#1).

En annen deltager beskriver:

Jeg har ikke vært så engstelig før som jeg har blitt nå, for du blir helt maktesløs (#2).

Denne frykten for å falle igjen påvirker deltagelse i samfunnet og tilgangen til verden, samtidig som det for noen av deltagerne har blitt reduksjon i fysisk funksjon etter fallet som gjør det vanskelig å komme seg ut. En deltager beskriver:

Jeg går mindre ut og gruer meg til vinteren fordi jeg så redd for å falle (#2).

En annen deltager som hadde et fall sammen med helsepersonellet under hjemmebesøket beskriver begrensningen og frykten av å komme seg ut og ned trappen:

Jeg ble veldig redd da jeg datt i trappen sammen med hun som var her. Nå tør jeg ikke å gå i trappen mer og da kommer jeg meg ikke ut (#4).

En deltager beskriver påvirkningen av sosiale forhold:

Nå som jeg må bruke rullator hele tiden, så kommer jeg meg ikke på besøk til svigerinnen min (#1).

6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan det fallforebyggende tiltaket for hjemmeboende eldre i Oslo kommune erfares for deltagerne.

Deltagernes erfaringer viste at tiltaket i Oslo kommune stimulerte til økt mestring, og relasjonen med helsepersonellet viste seg å være en viktig faktor for en positiv opplevelse, i tillegg til at deltagerne fremdeles uttrykker et opplevd behov for videre tiltak. Gjennom analysen av datamaterialet kom det fram flere faktorer som belyser studiens problemstilling. Disse er mestring, relasjonen med helsepersonellet og opplevd behov hos deltagerne. Drøfting i dette kapitlet vil ta utgangspunkt i disse.

Deltagerne fortalte om flere tiltak som ble iverksatt for å forebygge et nytt fall. Dette ble individuelt tilpasset, men eksempler var styrke- og balanseøvelser, hjelp i ADL-aktiviteter, endringer i fysisk miljø som nye håndtak og fjerning av tepper.

6.1 Mestringstro

6.1.1 Økt mestring og aktivtetsdeltagelse

Tiltaket stimulerte til økt mestring hos deltagerne ved å bryte barrierer, gjennom meningsfulle øvelser og hjelpemidler, samt gjennom å trygge deltagerne i situasjoner eller aktiviteter som opplevdes som en barriere. Alle deltagerne beskrev at fallhendelsen hadde endret deres dagligdagse aktiviteter og deltagerne beskriver aktiviteter som de hadde behov for hjelp med tidligere, men som de nå mestrer selvstendig grunnet deltagelsen i programmet. Dette er i tråd med den sterkeste kilden til mestringstro, som ifølge Bandura er de utførte opplevelsene av mestring og følelsen av å oppnå noe (Bandura, 1994). Bandura anbefalte å bli veiledet i situasjoner lignende de situasjonene som ønsker å mestres for å lettere stimulere til mestringstro. Deltagerne sier at de ble tatt med ut for å mestre å komme seg ned og opp trappen til utgangsdøren, for å handle og å dra på apoteket var noen eksempler på daglige gjøremål som helsepersonellet bisto med under tiltaket. Deltagerne opplevde dette som nyttig og dette var aktiviteter som var essensielle for at de skulle mestre dagligdagse aktiviteter selvstendig. Dette samsvarer med tidligere forskning på fallforebyggende intervensjoner og påvirkning på mestring og betydningen for mestringstro. Blant annet undersøkte en studie et fallforebyggende program basert på Banduras teori om mestringstro som ble evaluert gjennom kvalitative intervjuer.

Intervensjonen baserte seg på tidligere litteratur og tok sikte på å dekke alle risikofaktorene for fall (Cheal & Clemson, 2001). I studien var tilnærmingen basert på Banduras anbefalinger angående endring av helseadferd inkludert pasientinformasjon, utvikling av ferdigheter og muligheten til å oppleve mestring i aktiviteter i dagliglivet. I denne studien var fokuset på aktiviteter ute i samfunnet som for eksempel å dra på shoppingscenteret og å ta kollektivtransport, ikke på innendørs ADL. Basert på Banduras teori var hensikten med programmet å fremme ferdigheter og tro på deltagerens evner i situasjoner forbundet med fallfare, og et stort fokus var på å legge til rette for mestringsopplevelser. Deltagerne var hjemmeboende eldre hvor alle var i risiko for å falle, seks av åtte deltagere hadde opplevd minst ett fall, og de to andre deltagere rapporterte om redusert balanse. Resultatene i denne studien indikerte at mestringstroen i fallrisiko-situasjoner hadde økt for de fleste deltagere og forfatterne mente at dette mest sannsynlig også er overførbart til innendørsaktiviteter. Mestring og deltagelse i dagligdags aktiviteter ble identifisert som en nøkkelfaktor som stimulerte til trygghet, selvtilit og mestringstro i denne studien (Cheal & Clemson, 2001).

Trygghet er også et ord som gikk igjen hos deltagere i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune ved at de ble tryggere i utførelsen av ulike dagligdags aktiviteter. En annen fallforebyggende studie konkluderte med det samme, men fokuset her var på gruppeintervensjoner der målet var å stimulere til at de eldre skulle ta kontroll, utforske mestringsstrategier og de ble oppfordret til gjennomføring av ADL i trygge omgivelser (Clemson et al., 2004). Denne studien konkluderte imidlertid med at tiltaket forbedret deltagerens mestringstro i å håndtere funksjonelle aktiviteter som har høy grad av balanseutfordringer, men gjorde ingen forskjell i de grunnleggende ADL. Forskerne mente at dette var fordi deltagere ikke hadde store problemer med utførelsen av disse aktivitetene fra før, det vil si at man vil ha større økning i mestringstro dersom man har utfordringer med å utføre bestemte aktiviteter eller gjøremål fra før (Clemson et al., 2004).

6.1.2 Trening og påvirkning på selvstendighet

Alle deltagere har utført fysiske øvelser for å øke styrke og balanse, som flere beskriver som en stor påvirkning på bedret fysisk funksjon, økt selvstendighet og mestring. Meningsfulle øvelser og aktiviteter som har betydning for selvstendighet i ADL kan ifølge Bandura ha betydning for motivasjon og mestringstro, spesielt ved mestring av disse oppgavene (Bandura, 1994). Selv om

øvelsene kunne være smertefulle viste deltagerne i denne studien likevel villighet til å gjennomføre, som kan knyttes opp mot at de mest sannsynlig har tatt til seg kunnskapen om at dette er hensiktsmessig gunstig å gjennomføre. Smerte kan anses som en barriere til helseadferd sett opp mot helseoppfatningsmodellen, men deltagerne anser det likevel som nødvendig å gjennomføre for å oppnå bedring som viser en tillit til helsepersonellet. Når deltagerne da opplever å se resultater og mester bevegelser eller aktiviteter som har vært vanskelig å utføre tidligere, vil dette stimulere til økt mestringstro. Det at helsepersonellet legger til rette for at deltageren skal oppnå mestring, vil det trolig øke sannsynligheten for at treningen vil videreføres selv etter at tiltakene er slutt. Flere studier viser at eldre opplever lav mestringstro til egen tro på trening og kapasitet, men at flere faktorer som stimulerer til mestringstro vil øke potensialet til langvarig forpliktelse av aktivitet hos eldre (McAuley, Jerome, Elavsky, Marquez, & Ramsey, 2003; Yardley, Donovan-Hall, Francis, & Todd, 2007). Det er kjent at hjemmebaserte treningsintervensjoner for eldre er effektivt for å redusere risikoen for fall, og bør bli opprettholdt så lenge som mulig. Studier tyder likevel på at eldre personers opprettholdelse av trening faller over tid (Picorelli, Pereira, Pereira, Felício, & Sherrington, 2014; Yardley, Bishop, et al., 2006). Det er flere faktorer som påvirker hvor lenge eldre holder treningen ved like, blant annet psykologiske og kognitive, så vel som fysiske faktorer (Forkan et al., 2006). En sterk motivasjon som påvirker Eldres treningskontinuitet er mestringstro og bør inkluderes i intervensjonsprogrammet for eldre for å øke sannsynligheten for at de fortsetter med trening selv etter tiltaket er slutt (Forkan et al., 2006; Picorelli et al., 2014).

6.1.3 Fallrelatert mestringstro

Deltagerne opplevde økt mestringstro til ADL, men dette kommer ikke frem i form av mestringstro knyttet til fall. Flere av deltagerne beskriver fremdeles engstelse knyttet til å oppleve et nytt fall og en deltager sier at hun regner med at hun vil falle igjen, noe som indikerer en lav fallrelatert mestringstro. Dette er i tråd med den generelle eldre befolkningen som har opplevd et fall. De har ofte tanker om at fall er en naturlig del av aldringsprosessen og ikke kan unngås (Faes et al., 2010; Stevens, Sleet, & Rubenstein, 2018; Yardley, Donovan-Hall, Francis, & Todd, 2006). Yardley og kolleger (2006) mener at dette synet kan ha gjenspeilet en fatalistisk holdning hos mange av deltagerne. Videre, mente forskerne at dette så ut til å fungere som et forsvar mot anklager om å selv påta seg ansvaret for et potensielt fall. I denne forbindelse kan fallforebyggende råd oppleves som offer-klandrende og at eldre med fallrisiko bør gjøre mer for å

unngå fall. En deltager i Yardley et al., (2006) uttrykte at «man faller jo ikke med vilje, det bare skjer» og i den forstand kan det ikke forebygges (Yardley, Donovan-Hall, et al., 2006). Dette samsvarer med funnene i Faes og kollegers studie (Faes et al., 2010). Et tema som gikk igjen i intervjuene av deltagerne i de fallforebyggende prosjektet i Oslo kommune, var at flere av deltagerne mente at de var i stand til å unngå et nytt fall, men bare en deltager mente at trening var det som skulle til for å forhindre dette. Flere deltagere uttrykte at de måtte være mer forsiktig og bruke lengre tid i aktiviteter for å unngå et nytt fall, så det tilsier at deltagerne har tro på at de kan gjøre noe selv for å forhindre et nytt fall. Det kan argumenteres for at deltagerne legger frem et realistisk bilde på egen situasjon og kapasitet på tidspunktet for når intervjuene ble gjennomført. Deltagerne holdt fremdeles på med tiltaket, slik at en kan argumentere for at det ikke har gått lang nok tid etter fallet til at dette kan ha endret deres mestringstro i forbindelse med å unngå fremtidige fall.

6.1.4 Grunnleggende tro på en helsegevinst

Deltagerne i dette tiltaket har i utgangspunktet takket ja til et fallforebyggende program og man kan anta at det foreligger en viss oppfatning av at dette vil være helsemessig gunstig å takke ja til. Dette kan knyttes opp mot helseoppfatningsmodellen, og komponenten for opplevde fordeler ved en handling. Årsaken til at de har takket ja kan være flere, men det kan tyde på at tiltaket fanger opp de som i utgangspunktet har en tanke om at dette vil være gunstig helsemessig. Dette støttes i en annen studie der deltagerne som ønsket å delta i et fallforebyggende program takket ja fordi de hadde tro på at et slikt program vil være en fordel for å redusere fallrisikoen (Calhoun et al., 2011). Likevel viser studier at under halvparten av eldre som er henvist til fallforebyggende programmer deltar på dette (Kiami, Sky, & Goodgold, 2019; Stevens et al., 2018). Eldre som ikke allerede har falt, vurderer risikoen for å falle annerledes enn de som har opplevd et fall. Studier viser at over halvparten av eldre som blir tilbudt å delta på styrke og balansetrening takker nei, dette er riktig nok data på eldre som ikke har opplevd et fall (Campbell et al., 1997; Merom et al., 2012). Eldre kan motsette seg råd angående fallforebygging ettersom tanken om at de er i risikogruppen for fall ikke stemmer overens med deres eget selvbilde (Yardley, Donovan-Hall, et al., 2006). På bakgrunn av dette har det derfor blitt forslått at eldre kan respondere bedre på helsefremmende råd og tiltak angående sunn aldring og selvstendighet, enn å bli gitt advarsler om fallrisiko og skade (Yardley, Donovan-Hall, et al., 2006). I tillegg har studier vist at fallforebyggende tiltak er mest effektivt hos de som har opplevd et fall (RAND, 2003). Studier

viser at eldre selv ikke er klar over at de er i risikogruppen for fall og ser derfor ikke nødvendigheten i å gjøre noe med dette, men på bakgrunn av at deltagerne i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune har takket ja viser en oppfatning allerede der om at det vil være helsemessig gunstig å delta. Det er usikkert hvor mange som takker nei til å bli henvist fra skadelegevakten, og det hadde vært interessant å undersøke hvorfor noen eventuelt takker nei og hvilke tiltak man kan igangsette for å inkludere flest mulig i tiltaket.

6.2 Betydningen av relasjoner og støtte

6.2.1 Sosial støtte

Sosial støtte er viktig for å stimulere til mestringstro og opprettholdelse av fallforebyggende tiltak, både støtte fra pårørende, men også fra helsepersonellet (Child et al., 2012). Sosial overbevisning er en kilde til mestringstro ifølge Bandura, der han mener at individer som muntlig blir overbevist om at de har det som skal til for å lykkes, vil trolig øke deres innsats og opprettholde den (Bandura, 1994). Det at andre har tro på deltagerne vil lykkes, vil øke deres mestringstro som indikerer at sosial støtte har stor betydning. Deltagerne i denne studien rapporterte at de opplevde å bli tatt på alvor av helsepersonellet de kom i kontakt med gjennom tiltaket, men studier viser at ikke alle eldre opplever at deres helseplager blir tatt på alvor (Child et al., 2012). Dette har også blitt vist hos de eldre selv når det gjelder fall og troen på at dette er en naturlig del av aldringsprosessen og ikke kan forhindres (Faes et al., 2010). Det at eldre selv neglisjerer alvorligheten av fall, kan også føre til at pårørende ikke tar dette på alvor. I tillegg til at eldre kan oppleve et fall som nedverdiggende og en bekreftelse på deres reduserte helse og ønsker derfor ikke å fortelle om fall til deres nærmeste for å «plage» de med denne bekymringen (Dolan & Taylor-Piliae, 2020; Faes et al., 2010). Da kan eldre gå glipp av den sosiale støtten som er en viktig faktor får å fremme mestringstro. Vi har et eksempel i denne studien hvor deltageren bor med ektemannen som er svært skeptisk til å ha fremmede i hjemmet, og de har derfor takket nei til hjelp i ADL. Det kan være flere grunner til dette, men det kan være en faktor at deltagerens helseplager ikke blir sett på som alvorlige nok av ektemannen og ser derfor ikke nødvendigheten med helsehjelp. Ut ifra et perspektiv om at støtte fra pårørende er viktig for å fremme mestringstro, kan man argumentere for at dette tilfellet ikke nødvendigvis bidrar til økt mestringstro, men situasjonen er ofte kompleks og flere forhold må tas stilling til. Det kan diskuteres om ektemannen i dette tilfellet ikke viser støtte til deltagerens helsebehov, eller om det

at fremmede kommer på besøk i ny og ne blir sett på som en invadering av privatlivet slik at helsebehovene til deltageren ikke prioriteres.

Det fører oss over på at noen av deltagerne opplever at det er mange ansatte fra kommunen innom på kort tid. For noen oppleves dette som en trygghet i starten, men at det likevel skal bli godt å slippe en jevn strøm av folk når tiltaket blir slutt. Dette indikerer også et ønske om selvstendighet og å håndtere situasjonen på egenhånd, som er i tråd med empowerment begrepet. Samtidig som det å styre eget liv og egen tid, og ikke sitte å vente på at noen skal komme, når en kanskje ikke vet når noen kommer, kan oppleves som en byrde og redusert kontroll på eget liv. Flere studier tyder på at det å skape en relasjon og et tillitsforhold mellom helsepersonellet og brukere er viktig, men at dette blir vanskeligere dersom de ikke rekker å bli kjent med personene som kommer inn før det kommer en ny (Stavanger kommune, 2013; Worum, Lillekroken, Ahlsen, Roaldsen, & Bergland, 2019). Det kommer frem fra evalueringen av hverdagsrehabiliteringen i Stavanger kommune, der deltagerne opplever at det var de samme ansatte fra kommunen som kom hjem til samme bruker hver gang og dette anså de som en trygghet og fortalte at de også fikk «følelsen av å bli litt mer prioritert». Det å slippe å vente, at de ansatte kom til det tidspunktet som ble satt opp var viktig (Stavanger kommune, 2013). Tillitsmodellen som er innført i Oslo kommune skal ta sikte på at brukerne skal ha færre ansatte å forholde seg til, men deltagerne i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune trekker likevel frem at det er mange forskjellige innom på kort tid og klarer ikke å skille om det var en fysioterapeut, sykepleier eller ergoterapeut til stede, eller hvem som hjalp til med hva.

6.2.2 Relasjonen med helsepersonellet

Relasjonen med helsepersonellet viste seg å være en viktig faktor ved at deltagerne følte seg verdifull, sett og respektert gjennom at de ble viet tid til. Deltagerne opplevde helsepersonellet som hyggelige, imøtekommende og at de viste interesse for å bedre og hjelpe situasjonen som deltagerne befant seg i. Dette er i tråd med relasjonskomponenten i empowerment, der det er viktig å ikke anse pasienten som et objekt, samt vie tid og vise respekt (Agner & Braun, 2018). Deltagerne i studien ga hyggelige og positive bemerkninger om helsepersonellet som kom innom og til tiltaket i sin helhet. De var generelt tilfredse, og det gir et inntrykk av at de blir investert i og at de er viktige, samtidig som de opplever effekt av tiltaket som ligger til grunn for tilfredsheten. Dette samsvarer med tilsvarende forskning på feltet. Den kvalitative studien til

Worum og kolleger (2019) viste at pasienter som deltok i det fallforebyggende programmet opplevde å bli behandlet som unike individer, og i dette tilfellet så tillot helsepersonellet individene å være i kontroll over deres egen rehabiliteringsprosess. I tillegg til dette var det tilpasset individets behov og de var inkludert i beslutningstakingen og de ble presentert med alternativene som de stod overfor. Her understrekes det at relasjonen med helsepersonellet førte til økt empowerment til å ta helserelevante beslutninger (Worum et al., 2019). I det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune sier en av deltagerne at hun ikke ønsket fysioterapi mer enn en gang i uken og dette ble de enige om å gjennomføre, som tyder på at deltageren er med i beslutningsprosessen, men det fremkommer ikke videre i hvilken grad de er i kontroll over egen rehabiliteringsprosess og at de ble presentert med alternativene.

Det kommer også frem at deltagerne følte en trygghet. Tryggheten som deltagerne beskriver ut ifra å både ha hatt noen som passer på, men også å trygge deltagerne i konkrete situasjoner som har vært betinget av frykt. Det å utføre aktiviteter med en person til stede utgjør en trygghet som igjen kan få deltagerne til å bryte en barriere og oppnå mestring. Forsknings- og utviklingsarbeid viser at de eldre selv, opplever at fallforebyggende tiltak gir økt trygghet og sosiale gevinster som har betydning for livskvaliteten (Olsen et al., 2017). Dette samsvarer også med det fallforebyggende prosjektet i Bergen kommune der deltagerne gav svært positive tilbakemeldinger på selve tiltaket, og på mange positive ringvirkninger det hadde for dagliglivet til den enkelte. Flere opplevde at de mestret mer i hverdagen og at de fikk bedre funksjon. De eldre følte seg sett, hørt og satset på, noe som var en svært positiv opplevelse ifølge deltagerne. Gjennom intervjuene med deltagerne kom det også fram at ergoterapeutene bidro til å sikre utrygge situasjoner i hjemmene, og la til rette for å skape tryggere muligheter for aktivitet (Bergen kommune, 2010). En annen studie nevner imidlertid at kontakt med helsepersonell ikke alltid var sett på som empowering av eldre til å leve deres dagligliv, og i noen tilfeller, også tilførte en følelse av identitetstap (Child et al., 2012). Flere av disse deltagerne syntes ikke å akseptere at deres liv hadde blitt fullstendig forandret av å falle, men forsøkte heller å gi mening om seg selv under endrede omstendigheter (Child et al., 2012). En systematisk oversikt over kvalitative studier som ville identifisere barrierer og tilretteleggende faktorer for en vellykket implementering av fallforebyggende programmer, viste blant annet at måten helsepersonellet ga råd angående fall og forebyggende intervensjoner var sett på som fornærmende og diktatorisk av eldre som fremdeles så på dem selv om kompetente i sin egen daglige funksjon. Her kom det

også frem at helsepersonell ikke hadde tro på at eldre og eldre som har falt kan være eksperter, men heller at de mangler kompetansen til å identifisere egen fallrisiko og i tillegg ta individuelt ansvar for egen behandling (Child et al., 2012). Denne studien viste imidlertid også at eldre generelt prioriterte møte med helsepersonellet overfor for eksempel daglig rutine, ettersom det er noe de anser om produktivt og viktig (Child et al., 2012). Noen av deltagerne i denne oppgaven ga uttrykk for at de hadde andre viktige ting også å foreta seg, så en gang i uken med fysioterapi var nok. Noen eldre i studien til Child og kollegaer (2012) trodde imidlertid ikke at helsepersonell faktisk var interessert i deres ve og vel, og at fall ble oppfattet som en bagatell (Child et al., 2012). Andre studier viser også sett fra helsepersonellens perspektiv, at forholdet mellom bruker og helsepersonellet er viktig, og at her er kommunikasjonsferdigheter vesentlig og at dette påvirker motivasjonsnivået og den innsatsen som pasienten legger i tiltakene og at dette forholdet baserer seg på tillit (Worum et al., 2019).

6.3 Aktiv inkludering og empowerment

Det er viktig at eldre aktivt inkluderes i tiltakene og at deres stemme har en stor innflytelse på hvilke valg som tas, hvilke øvelser som blir gitt bør stå sentralt for å fremme empowerment som igjen øker sjansene for at individene blir mer selvstendig og forplikter seg til å utføre helsefremmende adferd over tid (Halvorsen et al., 2020). Det er usikkert hvilke vurderinger som har blitt tatt til følge og om deltagerne har hatt en direkte påvirkningsmulighet i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune. Ifølge sjekklisten som helsepersonellet benytter under fallrisikovurderingen, blir deltagerne spurt om hva som er viktig for dem, og dette kan tyde på at de er med på å påvirke tiltakene og helsepersonellet får innblikk i hvilke bevegelser og dagligdagse aktiviteter som er særlig viktige for individet. Dette illustreres i annen forskning på feltet der økt pasientinvolvering er viktig for å oppnå økt empowerment. En studie med fokus på å involvere eldre i hvilke øvelser de skal utføre viste at dette hjalp deltagerne til økt helsekompetanse, økt glede av treningen og økt empowerment til å bli mer selvstendige (Mittaz Hager et al., 2019). Å tilby de eldre informasjon og økt kunnskap om deres helsetilstand, risiko for fall og deres valgmuligheter er vesentlige faktorer for at de kan ta en aktiv del i beslutningstakingen og stimulere til empowerment (Halvorsen et al., 2020). Når det er sagt så kom ikke deltagernes medbestemmelse tydelig frem i intervjuene, men det kommer frem en generell tilfredshet med tiltaket.

Som helsepersonell kan man lett overse basale gjøremål som likevel har stor betydning for individet, og med dette kommer betydningen av pasientinvolvering og å lytte til individets behov frem. Det kommer frem av spesielt en deltager som beskriver at det at helsepersonellet har redd opp sengen hennes har vært til viktigste tiltaket. Det illustrer at individuelle behov er viktige å adressere for å ikke gå glipp av basale gjøremål for noen, men som kan ha stor betydning for individet.

I empowerment-tradisjonen har det blitt diskutert hvorvidt individer har frie valgmuligheter og innflytelse. Det er ønskelig å hjelpe individer til å ta kontroll over sitt eget liv og foreta helsefremmende valg, og her kan samfunnet eller helsepersonellet gi uttrykk for at ett av alternativene er det «riktige» valget, og en kan da spørre seg hvorvidt dette er frivillig. Individer kan likevel betraktes som empowered dersom de tar valg ut ifra fagpersonens ståsted (Powers, 2003). For grupper som er spesielt usatt for undertrykkelse og stigma, er spørsmålet om makt og maktforhold av stor betydning (Halvorsen et al., 2020). I hvor stor grad individet ønsker å ta del i beslutningsprosessen er opp til individet selv, men en skal ha blitt tilbudt valgmulighetene og grunnlaget til å kunne ta rettmessige valg.

Det kan oppleves som et nederlag å innse at kroppen ikke makter å yte det en ønsker å yte, det at man ikke mestrer oppgaver som man så på som helt vanlige og oppgaver som gikk på automatikk tidligere. Det å innse at man trenger hjelp i ADL er for mange et tap av verdighet og empowerment. Men, det er viktig å understreke at selv om man kan være avhengig av hjelp, så vil ikke denne avhengigheten nødvendigvis resultere i tap av mestringstro eller empowerment. Men alt i alt, uttrykker deltagerne økt empowerment og selvstendighet som følge av det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune hvor de har blitt satt i stand til økt kontroll over eget liv. Deltagerne angir et positivt selvbilde og optimisme til tross for situasjonen de er i, og har troen på at situasjon vil bedre seg. Også optimisme til videre trening og selvstendighet. En studie som undersøkte deltagerens syn på fallforebyggende intervensjoner viste at eldre oppfattet seg selv som selvstendige og satt pris på denne selvstendigheten selv når de mottok hjelp fra andre (Calhoun et al., 2011). Studien konkluderer videre med at de eldres definisjon på selvstendighet var mye bredere enn definisjonene som ofte blir benyttet av helsevesenet og fokuserte på å opprettholde deres nåværende nivå av funksjon (Calhoun et al., 2011).

6.4 Behov for hjelp, men ikke beslutningstaker

I denne relasjonen med helsepersonellet kom det også frem en tosidighet og et maktforhold ved at deltagerne ytrer et behov for hjelp, men de er ikke nødvendigvis beslutningstakere. Dette er noe Oslo kommune jobber med gjennom tillitsmodellen hvor deltagerne skal ha en større innflytelse på behandlingsprosessen (Eide et al., 2018). Likevel, så vil det dukke opp dilemmaer knyttet opp mot i hvilken grad spesielle behov og tilpasninger kan imøtekommes for tjenestetilbyderne. For eksempel, en deltager i studien vil kun ha en kvinnelig ansatt til å hjelpe henne i dusjsituasjonen. Denne deltageren opplever å ikke bli hørt på dette punktet ettersom det er vanskelig å gjennomføre i praksis. På den ene siden har vi tilbyderne som har begrenset med ressurser for å imøtekomme hvert individs behov, og deres oppgave handler om å hjelpe deltagerne i dagligdagse settinger som er nødvendige for en god helse som i dette tilfellet er hygiene. På den andre siden, er den eldre verdighet på spill ettersom hun ikke er komfortabel med at en mann skal bistå henne i denne settingen. Her kommer maktforholdet tydelig frem ved at denne deltagerens sterke behov for hjelp til dusj fremtrer, og dette er for at hun skal føle seg trygg, men det å få hjelp i denne situasjonen av en mann vil ikke føre til en betryggelse, men snarere tvert imot en forverrelse av denne utryggheten. I og med at hun ikke tillater en mannlig representant fra kommunen til å hjelpe henne, og ikke gir etter for dette, tyder på et ønske om å beholde verdigheten i en situasjon hvor hun kan risikere å ikke få hjelp i de hele tatt.

Deltagerne ga uttrykk for en viss usikkerhet knyttet til varigheten av tiltaket og hva som vil skje hvis eller dersom tiltaket avsluttes. Den tryggheten som noen av de deltagerne beskriver som følge av tiltaket kan stå i fare for å reduseres dersom tiltaket opphører, men samtidig beskriver deltagerne nå en økt selvstendighet i utførelse av ADL og tilsynet opplevdes som mest nyttig rett i etterkant av fallet. Det fallforebyggende tiltaket er individuelt tilpasset og det vil derfor ikke bli stadfestet på forhånd hvor lenge eller hvor ofte dette tiltaket vil tilbys, men det blir tatt fortløpende vurderinger. Hvorvidt deltagerne er delaktig i denne prosessen er imidlertid ukjent. De fallforebyggende intervensjonene i litteraturen varierer i stor grad når det kommer til varighet av tiltaket, og det kommer heller ikke frem hva deltagerne mener om tiltakets slutt. Til sammenligning kan man se på implementeringen av «Ontago» treningsprogrammet der et individuelt tilpasset hjemmebasert program som inkluderer trening som fremmer styrke, balanse og gange, utfører fysioterapeuten omtrent fem hjemmebesøk, og utfører også månedlige telefonsamtaler til deltagerne for å oppfordre til gjennomførelse av egentrening (Worum et al.,

2019). Denne studien viser effekt i form av redusert antall fall og fallrelaterte skader, i tillegg til opprettholdelse av fallrelatert mestringsstro som gir en indikasjon på at antall hjemmebesøk ikke nødvendigvis behøver å være mange for å oppnå en effekt. I det fallforebyggende prosjektet i Oslo kommune er det varierende hvor ofte deltagerne har hjemmebesøk, men det er uvisst om varigheten og antall besøk er synonymt med deltagerens tilfredshet og effekt av tiltaket. Det at eldre får tilstrekkelig informasjon er vesentlig for forutsigbarheten og en følelse av kontroll over eget liv, men samtidig er fallforebyggende tiltak individuelt tilpasset og varigheten på tiltaket anses som pragmatisk.

6.5 Endringer i hjemmet og hjelpemidler

Resultatene i denne oppgaven tyder også på at noen tiltak som anbefales av helsepersonellet likevel ikke er noe deltagerne ønsker å gjennomføre, som for eksempel fjerning av tepper og mulige fallfarer i hjemmet. Dette kan illustrere deltagerens selvstendighet, men det kan også ha sammenheng med at deltagerne ikke har snublet i dette aktuelle teppet og ser derfor ikke hensikten med å fjerne akkurat dette teppet. Individet må ha en oppfatning av at utførelsen av en konkret handling vil være med på å redusere risikoen for å oppleve et nytt fall og eventuelt skaden som kan oppstå som en konsekvens av fallet. Jo mer individet opplever en risiko for et fall eller en skade, desto mindre stimuli må til for å trigge helsefremmende adferd (Champion & Skinner, 2008). Dette virker også motsatt. Jo mindre individet opplever at en er utsatt for et fall, desto mer stimuli må til for å trigge helsefremmende adferd i tråd med helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008). Det er derfor vesentlig at helsepersonellet formidler risikofaktorene ved et fall slik at eldre i fallrisikogruppen får muligheten til å trigges av helsefremmende adferd. En kvalitativ studie av ti eldre over 60 år konkluderte med at de fleste ikke var interessert i å modifisere hjemmene deres for å forebygge fall, som stemmer overens med resultatene i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune. Disse deltagerne så på fall som en hendelse som ikke kunne forhindres (Kruse et al., 2010). Generelt, konkluderte studien med at eldre som ikke så på fall som noe problem, trodde heller ikke at å gjøre endringer i hjemmet ville forhindre fall, og de ga også uttrykk for at de ikke likte at andre påpekte at de burde gjøre endringer i hjemmet (Kruse et al., 2010). En annen studie som inkluderte seksti hjemmeboende eldre som hadde blitt behandlet ved sykehuset for en fallhendelse mente en tredjedel at deres hjem var trygt nok og ønsket ikke råd om fallforebyggende endringer i hjemmet (Whitehead,

Wundke, & Crotty, 2006). Ønsket om å opprettholde selvstendighet viser seg også viktig i studien til Child et al., (2012). Et viktig funn i denne studien var at selv om hjelpemidler kan føre til en enklere hverdag, ble mange hjelpemidler sett på som uønsket hos den eldre og ble sett på som en negativ faktor knyttet til tap av selvstendighet (Child et al., 2012). Dette kan også gi en indikasjon på hvorfor noen av deltagerne i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune ikke ønsket enkelte modifiseringer i hjemmet.

6.6 Fear-avoidance

Resultatene i denne studier bekrefter konsekvensene av et fall hos eldre, som inkluderer frykt for å falle og sosial tilbaketrukkethet på grunn av frykt for å falle og fysiske begrensninger. Helsepersonellet kartlegger antall fall siste året og hva brukeren selv tror er årsaken til fallet, det kommer frem av sjekklisten som benyttes under fallrisikovurderingen. Hvorvidt helsepersonellet adresserer dette ytterligere med brukeren er ikke kjent. Eldre som har opplevd fall er usikre på fallårsak, og at denne usikkerheten er en kilde til frykt og redusert mestring (Faes et al., 2010). Dette kan knyttes opp mot sosiale og emosjonelle reaksjoner ifølge Banduras mestringstro-modell. En stoler på egne somatiske og emosjonelle reaksjoner når man bedømmer egne evner og dersom utførelse av konkrete situasjoner vekker en fryktreaksjon eller en stressreaksjon, vil man ta dette som et tegn på at en ikke mestrer denne aktiviteten. Det er derfor vesentlig å adressere dette og prøve å lære seg å endre tankemønsteret under utfordrende situasjoner. Ved å bli bedre på å redusere disse følelsene, selv når man feiler, vil det kunne øke mestringstroen (Bandura, 1994). Alt i alt, er det viktig å adressere fallårsak og snakke med pasienten om dette for å forhindre et nytt fall. Videre, så bør frykt for å falle bli adressert av helsepersonellet ettersom det kan føre til forverrelser av konsekvensene et fall fører med seg. Det er imidlertid uklart om dette blir adressert under det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune. Flere av deltagerne beskriver en reduksjon i aktivtetsnivå som følge av fallet, og er fremdeles begrenset under intervjuene. De uttrykker også frykt for å falle, i tillegg sier flere at de vil unngå fall ved å vær mer forsiktig i situasjoner som utfordrer balansen, som for eksempel gange eller forflytninger som indikerer en fear-avoidance strategi.

7.0 Konklusjon

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie som baserer seg på seks semistrukturerte intervjuer av hjemmeboende eldre som har erfaring med å være deltager i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune.

Deltagerne i det fallforebyggende tiltaket i Oslo kommune hadde positive opplevelser med å være deltager i tiltaket. Tiltaket økte deltagerens mestringstro og selvstendighet i ADL-aktiviteter, men det er ingen sterke holdepunkter for at de opplevde økt fallrelatert mestringstro. Relasjonen med helsepersonellet viste seg å ha betydning for økt mestringstro og empowerment, ved at deltagerne opplevde å bli sett og viet tid til. Deltagerne opplevde en trygghet ved at noen passet på og helsepersonellet trygget de i aktiviteter som opplevdes som en utfordring eller var betinget av frykt som førte til økt mestring. I denne relasjonen kom det også frem en tosidighet ved at deltagerne ytrer et behov for hjelp, men er ikke beslutningstaker. Noen opplevde en konflikt mellom å ha behov for hjelp, men også for å bevare privatlivet. Deltagerne opplevde frykt for å falle, som indikerer viktige holdepunkter for at det er et behov for videre oppfølging og fremhever viktigheten av å adressere frykt for å falle og fear-avoidance hos denne gruppen.

Det tas forbehold om at resultatene i denne oppgaven bygger på få deltagere og mulig seleksjonsbias med begrunnelse i at de som rekrutterte deltagerne også utførte hjemmebesøket i mange tilfeller. I tillegg bør det tas i betraktning at deltagerne i denne studien kan være spesielt motiverte, siden de valgte å si ja til det fallforebyggende tiltaket og til intervju.

7.1 Kliniske implikasjoner

Funnene i denne oppgaven kan bidra til å øke forståelse rundt hjemmeboende eldre sin opplevelse av fallforebyggende hjemmetjenester, og spesifikt hvordan eldre som er deltagere i det fallforebyggende prosjektet i Oslo kommune opplever dette tiltaket. Funnene kan bidra til å belyse tiltakets viktighet, og tjenestemottakernes opplevde behov ved at de eldre sine erfaringer har blitt belyst.

Det fremkommer ikke at helsepersonellet systematisk undersøker psykologiske faktorer som for eksempel frykt for å falle, som er en vesentlig risikofaktor hos eldre som har opplevd et fall. Det anbefales at dette inkluderes i risikokartleggingen, eventuelt om det kan inkluderes etter endt tiltak for å vurdere videre behov og tiltak hos deltagerne. Frykt for å falle er tilstedeværende hos

de fleste deltagerne i denne studien, og begrenser deres tilgang til å gå ut. Dette får alvorlige konsekvenser for individet med redusert deltagelse i samfunnet og i aktiviteter generelt, men også for videre reduksjon i fysisk funksjon. Eldre er ikke alltid klar over egen fallrisiko og det kan derfor være vanskelig å be om ytterligere assistanse selv, og dersom både helsepersonell og deltager selv mener at det fysiske funksjonsnivået er tilbake som før fallet, så kan frykt for å falle i stor grad begrense deres liv. Derfor, kan det være hensiktsmessig å involvere frivilligheten strukturelt inn i tjenestene i bydelene dersom det er ressurskrevende å forlenge tiltaket.

Deltagerne er generelt fornøyde med tiltaket, men flere nevner at det er mange forskjellige ansatte fra kommunen innom på kort tid og mange har ikke helt oversikt over hvem som er innom til enhver tid. Det er kjent at tillitsmodellen er under implementering i Oslo kommune, der det er ønskelig at tjenestemottakerne har færrest mulig å forholde seg til. For å øke tilliten til helsepersonellet kan det være gunstig at de som utfører risikovurderingen, også fortsetter med videre hjemmebesøk, men det er klart at det er ulike profesjoner som utøver de ulike tiltakene, så det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis.

Deltagernes medbestemmelse kommer ikke tydelig frem fra datainnsamlingen, og bør derfor undersøkes nærmere i hvilken grad dette inkluderes i praksis. Å tilby deltagerne tilstrekkelig med informasjon for å kunne delta aktivt i beslutningsprosessene er viktig for å øke deltagernes empowerment. Kunnskap er en viktig forutsetning for å endre adferd, øke mestringstro og empowerment hos pasientene, og bør være et grunnleggende element for helsepersonell å formidle i møtet med denne gruppen.

Videre, antas det at funnene kan ha betydning for andre kommuner nasjonalt og for implementering i de resterende bydelene i Oslo kommune.

8.0 Litteraturliste

- Adkin, A. L., & Carpenter, M. G. (2018). New Insights on Emotional Contributions to Human Postural Control. *Front Neurol*, 9, 789. doi:10.3389/fneur.2018.00789
- Agner, J., & Braun, K. L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Educ Couns*, 101(12), 2054-2064. doi:10.1016/j.pec.2018.07.026
- Ayoubi, F., Launay, C. P., Annweiler, C., & Beauchet, O. (2015). Fear of falling and gait variability in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*, 16(1), 14-19. doi:10.1016/j.jamda.2014.06.020
- Bakke, H. K., Dehli, T., & Wisborg, T. (2014). Fatal injury caused by low-energy trauma - a 10-year rural cohort. *Acta Anaesthesiol Scand*, 58(6), 726-732. doi:10.1111/aas.12330
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of mental health*. Retrieved from <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bergen kommune. (2010). *Trygg på to bein*. Retrieved from <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2445085/PS0162Bergenkommune2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bergland, A. (2012). Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk epidemiologi*.
- Bergstrom, U., Jonsson, H., Gustafson, Y., Pettersson, U., Stenlund, H., & Svensson, O. (2009). The hip fracture incidence curve is shifting to the right. *Acta Orthop*, 80(5), 520-524. doi:10.3109/17453670903278282
- Bonne, S., & Schuerer, D. J. (2013). Trauma in the older adult: epidemiology and evolving geriatric trauma principles. *Clin Geriatr Med*, 29(1), 137-150. doi:10.1016/j.cger.2012.10.008
- Calhoun, R., Meischke, H., Hammerback, K., Bohl, A., Poe, P., Williams, B., & Phelan, E. A. (2011). Older adults' perceptions of clinical fall prevention programs: a qualitative study. *J Aging Res*, 2011, 867341. doi:10.4061/2011/867341
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., Gardner, M. M., Norton, R. N., Tilyard, M. W., & Buchner, D. M. (1997). Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ*, 315(7115), 1065-1069. doi:10.1136/bmj.315.7115.1065
- Cauley, J. A., Chalhoub, D., Kassem, A. M., & Fuleihan Gel, H. (2014). Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol*, 10(6), 338-351. doi:10.1038/nrendo.2014.51
- Champion, V., & Skinner, C. S. (2008). *Health behavior and health education* (Vol. 4th edition).
- Chang, D. C., Bass, R. R., Cornwell, E. E., & Mackenzie, E. J. (2008). Undertriage of elderly trauma patients to state-designated trauma centers. *Arch Surg*, 143(8), 776-781; discussion 782. doi:10.1001/archsurg.143.8.776
- Cheal, B., & Clemson, L. (2001). Older people enhancing self-efficacy in fall-risk situations. *Australian Occupational therapy Journal*.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., & Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implement Sci*, 7, 91. doi:10.1186/1748-5908-7-91
- Chippendale, T., & Lee, C. D. (2018). Characteristics and fall experiences of older adults with and without fear of falling outdoors. *Aging Ment Health*, 22(6), 849-855. doi:10.1080/13607863.2017.1309639
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196-1208. doi:10.1016/S0140-6736(09)61460-4
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Clement, N. D., Tennant, C., & Muwanga, C. (2010). Polytrauma in the elderly: predictors of the cause and time of death. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 18, 26. doi:10.1186/1757-7241-18-26

- Clemson, L., Cumming, R. G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R., & Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 52(9), 1487-1494. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52411.x
- Colwell, C., Moreira, M. E., & Grayzel, M. D. (2020). Geriatric trauma: Initial evaluation and management. *UpToDate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/geriatric-trauma-initial-evaluation-and-management?search=geriatric-trauma-initial-evaluation-andmanagement&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Cummings, S. R., & Melton, L. J. (2002). Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet*, 359(9319), 1761-1767. doi:10.1016/s0140-6736(02)08657-9
- Davison, J., Bond, J., Dawson, P., Steen, I. N., & Kenny, R. A. (2005). Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 34(2), 162-168. doi:10.1093/ageing/afi053
- de Souza, N. S., Martins, A. C., Alexandre, D. J., Orsini, M., Bastos, V. H., Leite, M. A., . . . Filho, P. M. (2015). The Influence of Fear of Falling on Orthostatic Postural Control: A Systematic Review. *Neurol Int*, 7(3), 6057. doi:10.4081/ni.2015.6057
- Dell, R., Greene, D., Schelkun, S. R., & Williams, K. (2008). Osteoporosis disease management: the role of the orthopaedic surgeon. *J Bone Joint Surg Am*, 90 Suppl 4, 188-194. doi:10.2106/jbjs.H.00628
- Denkinger, M. D., Lukas, A., Nikolaus, T., & Hauer, K. (2015). Factors associated with fear of falling and associated activity restriction in community-dwelling older adults: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*, 23(1), 72-86. doi:10.1016/j.jagp.2014.03.002
- Dolan, H., & Taylor-Piliae, R. (2020). Embarrassment experienced by older adults in relation to accidental falls: A concept analysis. *Geriatr Nurs*, 41(6), 769-775. doi:10.1016/j.gerinurse.2020.05.007
- Eide, T., Gullstett, M., Nilsen, E., Dugstad, J., & H., E. (2018). Tillitsmodellen - hovedprioritering i Oslo kommune 2017-2018. Retrieved from https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2583361/2018_4_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Faes, M. C., Reelick, M. F., Joosten-Weyn Banningh, L. W., Gier, M., Esselink, R. A., & Olde Rikkert, M. G. (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health*, 14(7), 834-842. doi:10.1080/13607861003781825
- Fangen, K. (2010). Deltagende Observasjon. 2. utgave.
- Forkan, R., Pumper, B., Smyth, N., Wirkkala, H., Ciol, M. A., & Shumway-Cook, A. (2006). Exercise adherence following physical therapy intervention in older adults with impaired balance. *Phys Ther*, 86(3), 401-410.
- Fotoukian, Z., Shahboulaghi, F. M., Khoshknab, M. F., & Mohammadi, E. (2014). Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 8(2), 118-127. doi:10.1016/j.anr.2014.04.002
- Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.
- Gadamer, H.-G., Weinsheimer, J., & Marshall, D. G. (2004). *Truth and method* (2nd, rev. ed.). London ; New York: Continuum.
- Gale, C. R., Cooper, C., & Aihie Sayer, A. (2016). Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*, 45(6), 789-794. doi:10.1093/ageing/afw129
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Hadjistavropoulos, T., Carleton, R. N., Delbaere, K., Barden, J., Zwakhalen, S., Fitzgerald, B., . . . Hadjistavropoulos, H. (2012). The relationship of fear of falling and balance confidence with balance and dual tasking performance. *Psychol Aging*, 27(1), 1-13. doi:10.1037/a0024054

- Hadjistavropoulos, T., Delbaere, K., & Fitzgerald, T. D. (2011). Reconceptualizing the role of fear of falling and balance confidence in fall risk. *J Aging Health, 23*(1), 3-23. doi:10.1177/0898264310378039
- Hajek, A., & König, H. H. (2019). Falls Are Associated With Decreased Autonomy, and Self-Efficacy Moderates This Relation: Results From a National Study. *Front Psychiatry, 10*, 447. doi:10.3389/fpsy.2019.00447
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., . . . Ruud Knutsen, I. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Educ Couns, 103*(7), 1263-1271. doi:10.1016/j.pec.2020.02.017
- Hektoen, L. (2014). Kostnader ved hoftebrudd blant eldre. *Høgskolen i Oslo og Akershus*.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helsedirektoratet. (2013). Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger.
- Helsedirektoratet. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-9008c05a8ded:fddecdb64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). Ventetid på sykehjems plass. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/ventetid-p%C3%A5-sykehjems plass>
- Hill, K. D., Moore, K. J., Dorevitch, M. I., & Day, L. M. (2008). Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions. *J Am Geriatr Soc, 56*(4), 600-608. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01626.x
- Hiorth, Y. H. (2016). Falls in Parkinson's disease. *University of Stavanger, Norway*. Retrieved from <https://uis.brage.unit.no/uis-xmliui/handle/11250/2428786?locale-attribute=en>
- Hoff, M., Skurtveit, S., Meyer, H. E., Langhammer, A., Sogaard, A. J., Syversen, U., . . . Schei, B. (2018). Anti-osteoporosis drug use: too little, too much, or just right? The HUNT study, Norway. *Osteoporos Int, 29*(8), 1875-1885. doi:10.1007/s00198-018-4560-3
- Holmström, I., & Röing, M. (2009). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. doi:10.1016/j.pec.2009.08.008
- Hu, F., Jiang, C., Shen, J., Tang, P., & Wang, Y. (2012). Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury, 43*(6), 676-685. doi:10.1016/j.injury.2011.05.017
- Hägvide, M. L., Larsson, T. J., & Borell, L. (2013). Fall scenarios In causing older women's hip fractures. *Scand J Occup Ther, 20*(1), 21-28. doi:10.3109/11038128.2012.661456
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc, 55*(5), 780-791. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
- Kannus, P., Sievanen, H., Palvanen, M., Jarvinen, T., & Parkkari, J. (2005). Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet, 366*(9500), 1885-1893. doi:10.1016/S0140-6736(05)67604-0
- Kaushal, N., Preissner, C., Charles, K., & Knauper, B. (2021). Differences and similarities of physical activity determinants between older adults who have and have not experienced a fall: Testing an extended health belief model. *Arch Gerontol Geriatr, 92*, 104247. doi:10.1016/j.archger.2020.104247

- Kennedy, R. L., Grant, P. T., & Blackwell, D. (2001). Low-impact falls: demands on a system of trauma management, prediction of outcome, and influence of comorbidities. *J Trauma*, *51*(4), 717-724. doi:10.1097/00005373-200110000-00016
- Kiami, S. R., Sky, R., & Goodgold, S. (2019). Facilitators and barriers to enrolling in falls prevention programming among community dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, *82*, 106-113. doi:10.1016/j.archger.2019.01.006
- Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, *120*(4), 437-447. doi:10.1016/j.cell.2005.01.027
- Kronfol, N. (2007). *Biological, Medical and Behavioral Risk Factors on Falls*. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/projects/2.Biological,%20medical%20and%20behavioural%20risk%20factors%20on%20falls.pdf>
- Kruse, R. L., Moore, C. M., Tofle, R. B., LeMaster, J. W., Aud, M., Hicks, L. L., . . . Mehr, D. R. (2010). Older Adults' Attitudes Toward Home Modifications for Fall Prevention. *Journal of Housing For the Elderly*. doi:10.1080/02763891003757031
- Kuhne, C. A., Ruchholtz, S., Kaiser, G. M., Nast-Kolb, D., & Working Group on Multiple Trauma of the German Society of, T. (2005). Mortality in severely injured elderly trauma patients--when does age become a risk factor? *World J Surg*, *29*(11), 1476-1482. doi:10.1007/s00268-005-7796-y
- Kunnskapssenteret. (2011). Triagesystemer for akuttmedisinske tjenester prehospitalt og ved innleggelse i sykehus. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_22_triagesystemer.pdf
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave.
- Leavy, B., Byberg, L., Michaëlsson, K., Melhus, H., & Åberg, A. C. (2015). The fall descriptions and health characteristics of older adults with hip fracture: a mixed methods study. *BMC Geriatr*, *15*, 40. doi:10.1186/s12877-015-0036-x
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Phys Ther*, *82*(3), 264-272. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869155>
- Llompart-Pou, J. A., Perez-Barcena, J., Chico-Fernandez, M., Sanchez-Casado, M., & Raurich, J. M. (2017). Severe trauma in the geriatric population. *World J Crit Care Med*, *6*(2), 99-106. doi:10.5492/wjccm.v6.i2.99
- Loft, C. C., Jones, F. W., & Kneebone, II. (2018). Falls self-efficacy and falls incidence in community-dwelling older people: the mediating role of coping. *Int Psychogeriatr*, *30*(5), 727-733. doi:10.1017/s1041610217002319
- Luker, J. A., Worley, A., Stanley, M., Uy, J., Watt, A. M., & Hillier, S. L. (2019). The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review. *BMC Geriatr*, *19*(1), 217. doi:10.1186/s12877-019-1210-3
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Vol. 4. utgave): Universitetsforlaget.
- McAuley, E., Jerome, G. J., Elavsky, S., Marquez, D. X., & Ramsey, S. N. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Prev Med*, *37*(2), 110-118. doi:10.1016/s0091-7435(03)00089-6
- McClure, R. J., Hughes, K., Ren, C., McKenzie, K., Dietrich, U., Vardon, P., . . . Newman, B. (2010). The population approach to falls injury prevention in older people: findings of a two community trial. *BMC Public Health*, *10*, 79. doi:10.1186/1471-2458-10-79
- Meisler, R., Thomsen, A. B., Theilade, P., Abildstrom, H., Borge, P., Treschow, M., . . . Rasmussen, L. S. (2011). Age-related differences in mechanism, cause, and location of trauma deaths. *Minerva Anestesiol*, *77*(6), 592-597. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21617622>
- Meldon, S. W., Reilly, M., Drew, B. L., Mancuso, C., & Fallon, W., Jr. (2002). Trauma in the very elderly: a community-based study of outcomes at trauma and nontrauma centers. *J Trauma*, *52*(1), 79-84. doi:10.1097/00005373-200201000-00014

- Merom, D., Pye, V., Macniven, R., van der Ploeg, H., Milat, A., Sherrington, C., . . . Bauman, A. (2012). Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. *Prev Med*, 55(6), 613-617. doi:10.1016/j.ypmed.2012.10.001
- Mittaz Hager, A. G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., de Bie, R., & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 19(1), 13. doi:10.1186/s12877-018-1021-y
- Muir, S. W., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 41(3), 299-308. doi:10.1093/ageing/afs012
- Munkejord, M. C., Eggebø, H., & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? En tematisk analyse av eldre fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. doi:10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-03
- Narum, I., & Bergland, A. (2011). Forskningsbasert fallforebygging de arbeid i kommunehelsetjenesten: Utprøving av forskningsbasert kunnskap *Høgskolen i Oslo*.
- Neugarten, B. L. (1996). Personality changes in the aged.
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health*, 31(4), 391-398. doi:10.1002/nur.20259
- Olsen, R. M., Ness, T. M., & Devik, S. A. (2017). Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. . *Omsorgsbiblioteket*.
- Olsson Möller, U., Midlöv, P., Kristensson, J., Ekdahl, C., Berglund, J., & Jakobsson, U. (2013). Prevalence and predictors of falls and dizziness in people younger and older than 80 years of age-- a longitudinal cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*, 56(1), 160-168. doi:10.1016/j.archger.2012.08.013
- Omsland, T. K., Holvik, K., Meyer, H. E., Center, J. R., Emaus, N., Tell, G. S., . . . Sogaard, A. J. (2012). Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *Eur J Epidemiol*, 27(10), 807-814. doi:10.1007/s10654-012-9711-9
- Omsland, T. K., & Magnus, J. H. (2014). Forecasting the burden of future postmenopausal hip fractures. *Osteoporos Int*, 25(10), 2493-2496. doi:10.1007/s00198-014-2781-7
- Oslo kommune.(u.å). Tillitsmodell for hjemmetjenesten. Retrieved from <https://www.oslo.kommune.no/prosjekter/tillitsmodell-for-hjemmetjenesten/#gref>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2019). Stortingsmelding nr 19. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). Samhandlingsreformen. St. meld. nr. 47.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2016). *Rom for omsorg. Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*. . Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf
- Paddock, K., Brown Wilson, C., Walshe, C., & Todd, C. (2019). Care Home Life and Identity: A Qualitative Case Study. *Gerontologist*, 59(4), 655-664. doi:10.1093/geront/gny090
- Pauelsen, M., Nyberg, L., Röijezon, U., & Vikman, I. (2018). Both psychological factors and physical performance are associated with fall-related concerns. *Aging Clin Exp Res*, 30(9), 1079-1085. doi:10.1007/s40520-017-0882-9
- Pauelsen, M., Vikman, I., Strandkvist, V., Larsson, A., & Röijezon, U. (2018). Decline in sensorimotor systems explains reduced falls self-efficacy. *J Electromyogr Kinesiol*, 42, 104-110. doi:10.1016/j.jelekin.2018.07.001
- Pavey, L., & Sparks, P. (2009). Reactance, autonomy and paths to persuasion: Examining perceptions of threats to freedom and informational value. *Springer science*. doi:10.1007/s11031-009-9137-1

- Peeters, G., Bennett, M., Donoghue, O. A., Kennelly, S., & Kenny, R. A. (2020). Understanding the aetiology of fear of falling from the perspective of a fear-avoidance model - A narrative review. *Clin Psychol Rev*, 79, 101862. doi:10.1016/j.cpr.2020.101862
- Pellfolk, T., Gustafsson, T., Gustafson, Y., & Karlsson, S. (2009). Risk factors for falls among residents with dementia living in group dwellings. *Int Psychogeriatr*, 21(1), 187-194. doi:10.1017/S1041610208007837
- Picorelli, A. M., Pereira, L. S., Pereira, D. S., Felício, D., & Sherrington, C. (2014). Adherence to exercise programs for older people is influenced by program characteristics and personal factors: a systematic review. *J Physiother*, 60(3), 151-156. doi:10.1016/j.jphys.2014.06.012
- Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. *ANS Adv Nurs Sci*, 26(3), 227-237. doi:10.1097/00012272-200307000-00007
- Pyrgeli, M., Agapiou, E., Pyrgelis, E. S., Manaras, D., Dionyssiotis, Y., & Dontas, I. (2017). The correlation of specific medication groups and falls risk in elderly. A medication logbook survey. *J Frailty Sarcopenia Falls*, 2(4), 92-98. doi:10.22540/JFSF-02-092
- RAND. (2003). Evidence report and evidence-based recommendations: Fall prevention interventions in the Medicare population. Prepared for U.S. Department of Health and Human Services. Southern California Evidence-Based Practice Center.
- Roche, J. J., Wenn, R. T., Sahota, O., & Moran, C. G. (2005). Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ*, 331(7529), 1374. doi:10.1136/bmj.38643.663843.55
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
- Rosenstock, I. M. (2016). *Historical Origins of the Health Belief Model*
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*, 18(2), 141-158. doi:10.1016/s0749-0690(02)00002-2
- Schoeni, R. F., Freedman, V. A., & Martin, L. G. (2008). Why is late-life disability declining? *Milbank Q*, 86(1), 47-89. doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00513.x
- Sogaard, A. J., Holvik, K., Meyer, H. E., Tell, G. S., Gjesdal, C. G., Emaus, N., . . . Omsland, T. K. (2016). Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporos Int*, 27(7), 2217-2222. doi:10.1007/s00198-016-3516-8
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Retrieved from file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd-IS-1322%20(2).pdf
- Spaniolas, K., Cheng, J. D., Gestring, M. L., Sangosanya, A., Stassen, N. A., & Bankey, P. E. (2010). Ground level falls are associated with significant mortality in elderly patients. *J Trauma*, 69(4), 821-825. doi:10.1097/TA.0b013e3181efc6c6
- SSB. (2017). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- SSB. (2018). Flest til fastlegen på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-til-fastlegen-pa-grunn-av-muskel-og-skjelettlidelser>
- SSB. (2020). Vi blir stadig eldre. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-blir-stadig-eldre>
- Stavanger kommune. (2013). *Selvstendig, trygg og aktiv. Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering*. Retrieved from <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/helse-og-omsorg/leve-hele-livet/evaluering-av-pilot-hverdagsrehabilitering-2013.pdf>

- Sterling, D. A., O'Connor, J. A., & Bonadies, J. (2001). Geriatric falls: injury severity is high and disproportionate to mechanism. *J Trauma*, *50*(1), 116-119. doi:10.1097/00005373-200101000-00021
- Stevens, J. A., Ballesteros, M. F., Mack, K. A., Rudd, R. A., DeCaro, E., & Adler, G. (2012). Gender differences in seeking care for falls in the aged Medicare population. *Am J Prev Med*, *43*(1), 59-62. doi:10.1016/j.amepre.2012.03.008
- Stevens, J. A., Sleet, D. A., & Rubenstein, L. Z. (2018). The Influence of Older Adults' Beliefs and Attitudes on Adopting Fall Prevention Behaviors. *Am J Lifestyle Med*, *12*(4), 324-330. doi:10.1177/1559827616687263
- Stortingsmelding, nr. 9. (1974). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Retrieved from [file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Sosialdepartementet St meld nr 9 \(1974%E2%80%949475\)-Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen del 1-250.pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Sosialdepartementet%20St%20meld%20nr%209%20(1974%E2%80%949475)-Sykehusutbygging%20m%20v%20i%20et%20regionalisert%20helsevesen%20del%201-250.pdf)
- Taraldsen, K., Granbo, R., Simonsen, E., Hansen, A. E., Vaskinn, A. H., & Helbostad, J. L. (2010). Funksjonsvedlikehold og gruppetrening for eldre – gjennomføring og evaluering av praksis. *Fysioterapeuten*. Retrieved from <https://fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-geriatri/funksjonsvedlikehold-og-gruppetrening-for-eldre---gjennomforing-og-evaluering-av-praksis/124721>
- Tinetti, M. E., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*, *303*(3), 258-266. doi:10.1001/jama.2009.2024
- Tinetti, M. E., & Powell, L. (1993). Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontol*, *48 Spec No*, 35-38. doi:10.1093/geronj/48.special_issue.35
- Vikman, I., Nordlund, A., Naslund, A., & Nyberg, L. (2011). Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health*, *70*(2), 195-204. doi:10.3402/ijch.v70i2.17813
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, *85*(3), 317-332. doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- von Heideken Wågert, P., Gustafson, Y., Kallin, K., Jensen, J., & Lundin-Olsson, L. (2009). Falls in very old people: the population-based Umeå 85+ study in Sweden. *Arch Gerontol Geriatr*, *49*(3), 390-396. doi:10.1016/j.archger.2008.12.005
- Wagner, K. H., Cameron-Smith, D., Wessner, B., & Franzke, B. (2016). Biomarkers of Aging: From Function to Molecular Biology. *Nutrients*, *8*(6). doi:10.3390/nu8060338
- Wei, F., & Hester, A. L. (2014). Gender Difference in Falls among Adults Treated in Emergency Departments and Outpatient Clinics. *J Gerontol Geriatr Res*, *3*, 152. doi:10.4172/2167-7182.1000152
- Whitehead, C. H., Wundke, R., & Crotty, M. (2006). Attitudes to falls and injury prevention: what are the barriers to implementing falls prevention strategies? *Clin Rehabil*, *20*(6), 536-542. doi:10.1191/0269215506cr984oa
- WHO. (1998). Health promotion glossary. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- WHO. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
- WHO. (2018). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- Worum, H., Lillekroken, D., Ahlsen, B., Roaldsen, K. S., & Bergland, A. (2019). Bridging the gap between research-based knowledge and clinical practice: a qualitative examination of patients and physiotherapists' views on the Otago exercise Programme. *BMC Geriatr*, *19*(1), 278. doi:10.1186/s12877-019-1309-6
- Wyller, T. B. (2018). Alderisme eller aldersdiskriminering? *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*. doi:10.4045/tidsskr.17.0919

- Yang, R., & Pepper, G. A. (2020). Is fall self-efficacy an independent predictor of recurrent fall events in older adults? Evidence from a 1-year prospective study. *Res Nurs Health, 43*(6), 602-609. doi:10.1002/nur.22084
- Yardley, L., Bishop, F. L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G. I., Piot-Ziegler, C., . . . Holt, A. R. (2006). Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *Gerontologist, 46*(5), 650-660. doi:10.1093/geront/46.5.650
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K., & Todd, C. (2006). Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Educ Res, 21*(4), 508-517. doi:10.1093/her/cyh077
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K., & Todd, C. (2007). Attitudes and beliefs that predict older people's intention to undertake strength and balance training. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 62*(2), P119-125. doi:10.1093/geronb/62.2.p119
- Yeung, S. S. Y., Reijnierse, E. M., Pham, V. K., Trappenburg, M. C., Lim, W. K., Meskers, C. G. M., & Maier, A. B. (2019). Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle, 10*(3), 485-500. doi:10.1002/jcsm.12411
- Zecevic, A. A., Salmoni, A. W., Speechley, M., & Vandervoort, A. A. (2006). Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist, 46*(3), 367-376. doi:10.1093/geront/46.3.367

9.0 Vedlegg

9.1 Sjekkliste benyttet under hjemmebesøket

Sjekkliste fallrisiko

Navn:

Bruker-nr:

Fyll ut ja / nei

Hva er viktig for brukeren?										
Antall fall siste 12 måneder		Antatte årsaker		1.						
Går med ganghjelpemiddel		Inne		Ute		2.				
Individuell risiko hos bruker				Kommentarer						
1 a	Behov for opptrening etter skade									
	Har vansker med å gå inne									
	Har vansker med å reise / sette seg									
	Ustødig									
1 b	Er mye svimmel									
	Har opplevd besvimelser									
	Alkohol / rusmisbruk									
	Tar medisiner som gir økt fallfare									
	Har dårlig oversikt over medisinene sine									
1 c	Dårlig syn, eks. greier å se om noe ligger på gulvet?									
1 d	Vekttap / dårlig ernæring									
1 e	Problemer med føtter									
1 f	Må ofte på do om natten									
Sosialt nettverk										
Bor alene		Med ektefelle		Sosialt liv for øvrig						
Pårørende som kan bidra										
Risiko i hjemmemiljø										
For høye terskler		Løse tepper		Glatte gulv, særlig bad, dusj		Løse ledninger		Må løpe når telefon / dørklokke ringer		
Rotete eller overmøblert		Ting høyt plassert		Trapper inne		Dårlig belysning		Glatt utenfor døra, behov for snømaking		
Andre risikofaktorer										
Vurdering										
Faktorer som bidrar til økt fallrisiko (list gjerne opp flere)										
1.										
2.										
3.										
4.										
Behov for hjelpemidler, håndtak, etc.										
Tiltak som iverksettes i samråd med bruker			Hvem skal utføre tiltaket			bestilt /avtalt				
1.			1.			<input type="checkbox"/>				
2.			2.			<input type="checkbox"/>				
3.			3.			<input type="checkbox"/>				
4.			4.			<input type="checkbox"/>				

Revidert 21.06.18

Hjelpetekst og forslag til tiltak

Til bruk ved fallforebyggende hjemmebesøk i etterkant av fallskader eller mistanke om høy fallrisiko.

Gå gjennom fallhistoriene og hvilke konsekvenser disse fallene har hatt. Ta en runde i hjemmet.

Det vesentlige fra samtalen samt de viktigste funnene fra sjekklista beskrives i et eget journalnotat; en hjelpetekst, "13_Fallforebyggende hjemmebesøk", er tilgjengelig for å strukturere lengre notater.

Hva er viktig for brukeren?	Bruk tid på å vinne tillit og forstå hva som er viktig i livet til brukeren.								
Antall fall siste 12 måneder	Særlig er gjentatte fall inne forbundet med høy risiko for nye fall. Angi brukerens oppfatninger av hva som er årsaker til fallene.								
Går med hjelpemiddel	Virker ganghjelpemiddelet å fylle behovet til brukeren? Kontakt fysioterapeut eller hjelpemiddelsentral ved behov for endring.								
Individuell risiko hos bruker			Aktuelle tiltak						
1 a	Behov for opptrening etter skade		Opptrening ved fysioterapeut:						
	Har vansker med å gå inne		- Ev. nærmere kartlegging av styrke og balanse.						
	Har vansker med å reise / sette seg		- Individuell trening hjemme eller på institutt.						
	Ustødig		- Gruppetrening på nivå tilpasset bruker.						
1 b	Er mye svimmel		- Bestille time hos fastlege.						
	Har opplevd besvimelser		- Hjelpemidler som f. eks. håndtak og gangstøtte.						
	Alkohol / rusmisbruk		- Involvere hjemmesykepleie for hjelp med medisiner.						
	Tar medisiner som gir økt fallfare		- Styrke omsorg ved manglende oversikt eller evne til å ta vare på seg selv, ev. nærmere vurdering av kognitiv funksjon.						
	Har dårlig oversikt over medisinene								
1 c	Dårlig syn		- Optiker eller henvisning fra fastlege til øyelege. Obs: Bifokale glass gir dårlig sikt foran føttene ved gange.						
1 d	Vekttap / dårlig ernæring		- Ernæringsfysiolog. - Fastlege for utredning av vekttap eller resept på næringsdrikk. - Ev. utlevering av middager. - Ev. avtale hjelp til handling.						
1 e	Problemer med føtter		- Bedre sko, få hjelp av pårørende eller frivillige til kjøpe. - Fastlege for utredning og behandling av smerter i bena. - Fotterapeut for stell av negler, sår, liktorner, etc.						
1 e	Må ofte på do om natten		- Fastlege for utredning av årsak / medisinstiljustering. - Tilrettelegging for mindre fallfare mellom soverom og toalett. - Flaske / dostol på soverom.						
Sosialt nettverk									
Avklare hva pårørende kan / vil bidra med. Ev. kontakte frivillige lokalt for hjelp / følgetjeneste.									
Risiko i hjemmemiljø									
For høye terskler		Løse tepper		Glatte gulv, bad, dusj		Løse ledninger		Må løpe når telefon / dørklokke ringer	
Rotete eller overmøblert		Ting høyt plassert		Trapper inne		Dårlig belysning		Glatt utenfor døra, behov for snømåking	
Aktuelle tiltak i hjemmet:									
-Elektriker / montør; kontaktes av bruker, pårørende eller frivillige: Mer belysning, feste ledninger, lysbryter ved seng, dørtelefon, bærbar telefon, komfyrværn. -Pårørende, frivillige, snekker: Rydde, ordne terskler, montere håndtak / gelender, feste tepper, antiskli-lister i trapp og dusj/badekar, flytte ned ting som står høyt særlig på kjøkken. Avtale strøing /snømåking.									
Vurdering									
Når eldre faller, skyldes det ofte at flere faktorer er tilstede samtidig, f. eks. svimmelhet + dårlige sko + teppekant + rekke telefon. Let etter flere selv om bruker angir kun én årsak.									
Hjelpemidler:									
-Kontakt ergoterapeut / fysioterapeut / hjemmetjeneste/ hjelpemiddelsentral. Vanlige hjelpemidler: Håndtak, do-forhøyer, ganghjelpemidler, trygghetsalarm, dusjkrakk, mm.									
Tiltak: Bruker må være motivert for tiltakene. Mange nye brukere trenger mer tid til å bestemme seg. Vurder ev. oppfølgingstelefon eller -besøk.			Hvem utfører tiltaket: Noter hvem som skal gjøre tiltaket og om det er bestilt /avtalt. Tilby hjelp til å bestille time hos fastlege.						

Dette journalnotatet bør i samråd med bruker sendes til fastlege samt til andre som er involvert rundt brukeren. Den som utfører hjemmebesøket, er ansvarlig for å avtale hvem som skal utføre tiltakene.

9.2 Intervjuguide

Intervjuguide pasienter som har erfart et fallforebyggende hjemmebesøk

- Hvorfor ønsket du å delta i det fallforebyggende prosjektet i kommunen?
- Kan du beskrive skadehendelsen?
- Kan du si noe om hva du tror var årsak til fallet?
- Fallhistorikk, hva tenker du om fallet?
- Tror du at du kan gjøre noe selv for å unngå å falle?
- Hvordan opplevde du henvendelsen fra bydelen om et fallforebyggende hjemmebesøk?
- Kan du beskrive hvordan du opplevde dette besøket?
- Hvis du tidligere har hatt besøk fra helsepersonell i bydelen mener du dette besøket skilte seg fra tidligere besøk?
- Hadde du noen forventninger til besøket på forhånd?
- Opplevde du at den/ de som var hjemme hos deg var lydhøre i forhold til dine behov og ønsker?
- Hva opplevde du som mest nyttig?
- Fikk besøket noen effekt i livet ditt?
- Ble dere enige om noen tiltak/oppfølging?
- Kan du beskrive tiltakene som ble igangsatt?
- Hva skjedde etter besøket? (hjelpemidler, legemiddelgjennomgang? Etc.)
- Hvem instruerte dette?
- Målet med treningen/ tiltaket?
- Kommer du til å følge opp dette tiltaket videre selv/ hva kommer du til å fortsette med etter oppfølgingen?
- Ble det foreslått noe du opplevde som lite relevant?
- Forslag til hvordan den samtalen kan forbedres?
- Har du snakket med fastlegen om opplevelse av fallrisiko?
- Opplever du endringer i livet ditt som følge av fallet?
- Hvilke tjenester har du fra kommunen?

9.3 Samtykke- og informasjonsskriv



Vil du delta i forskningsprosjektet

”Forebygging av den neste fallskaden- erfaringer fra det fallforebyggende hjemmebesøket”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å forbedre tjenestene for pasienter som har falt og fått skader. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Oslo kommune utvikler en ny tjeneste for personer som er i risiko for å falle. Den nye tjenesten innebærer at skadelegevakten melder fra til bydelen etter et fall slik at bydelen kan ta kontakt med deg og komme på besøk. På dette hjemmebesøket kartlegger dere sammen hvor stor risikoen er for at du vil falle igjen. Målet med samtalen er å komme frem til løsninger som kan forebygge nye fall og skader.

Vi ønsker å undersøke hvordan du som pasient har opplevd hjemmebesøket og kartleggingen som bydelen gjennomførte. Dersom du ønsker å delta, så vil vi komme på besøk og intervju deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masterstudent Jenny Elton ved OsloMet er ansvarlig for prosjektet. Elisabeth Wiken Telenius er veileder og Gro Idland i Helseetaten er samarbeidspartner.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har blitt spurt om å delta i prosjektet ettersom du har mottatt et fallforebyggende hjemmebesøk fra bydelen du bor i. Representanter fra bydelen vil gi deg informasjon om dette prosjektet. Dersom du sier ja til å delta i studien, vil representanter fra bydelen tildele

masterstudenten kontaktinformasjonen din, slik at du vil bli kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at det blir avtalt et intervju. Dette vil foregå hjemme hos deg, eller over telefon. Det vil ta deg omtrent 45 minutter. Intervjuet vil innebære spørsmål som omhandler hjemmebesøket fra bydelen, hvordan du har opplevd dette og om hva som har blitt gjort videre. Det vil bli tatt lydopptak under intervjuet, og lydfilene og notater vil holdes nedlåst.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til lydopptakene og notatene er masterstudenten, veileder og prosjektansvarlig i Helseetaten. Lydfile og notater vil lagres i tjenester for sensitive data (TSD) ved OsloMet, og nøkkelen til dataene vil holdes adskilt og nedlåst.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av oppgaven, da navn, bosted, kjønn og alder vil anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15.05.2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet ved masterstudent: Jenny Elton, epost: jenny.elton@live.com, tlf: 90 80 32 95

- Veileder: Elisabeth Wiken Telenius, epost: elisabeth.w.telenius@aldringoghelse.no, tlf: 99 27 32.
- Personvernombud ved OsloMet: Ingrid S. Jacobsen, epost: personverombud@oslomet.no, tlf: 67 23 55 34.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Wiken Telenius
(Veileder)

Jenny Elton
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Forebygging av den neste fallskaden-erfaringer fra det fallforebyggende hjemmebesøket», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuet.

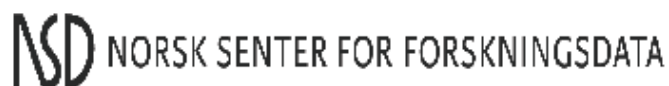
Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.4 NDS-godkjennelse

22.8.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Fallforebyggende tiltak i Oslo kommune- brukerundersøkelse basert på de eldres erfaringer av et fallforebyggende hjemmebesøk.

Referansenummer

245286

Registrert

28.05.2020 av Jenny Elton - s337842@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Elisabeth Wiken Telenius, elisabeth.w.telenius@aldringoghelse.no, tlf: 99273229

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jenny Elton, jenny.elton@live.com, tlf: 90803295

Prosjektperiode

24.08.2020 - 15.05.2021

Status

21.08.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

21.08.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 21.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html