

Ældres opfattelse og håndtering af at falde samt motivation for faldforebyggende tiltag

Dorte Høst

Master of Public Health

MPH 2009:3



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Ældres opfattelse og håndtering af at falde samt motivation for faldforebyggende tiltag				
Författare				
Dorte Høst				
Författarens befattning och adress				
Fysioterapeut På Højden 6 DK, 2900 Hellerup				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
28 augusti 2009			Ina Borup, docent, DrPH	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
53	Dansk	Dansk/Engelsk	1104-5701	978-85721-70-2

Formål: Formålet var at beskrive variationen i ældres opfattelse af at falde, hvordan ældre håndterede fald, samt hvad der påvirkede ældres motivation til at deltage i faldforebyggende tiltag med henblik på at kunne målrette fremtidige indsatser.

Metode: Der blev foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse med 14 ældre mennesker over 65 år som efter et fald henvendte sig på en skadestue på et universitetshospital i Danmark. Fænomenografi blev anvendt som analysemetode.

Resultater: Der blev dannet fem beskrivende kategorier med tilsammen 15 underkategorier. De fem kategorier var: Følelsesmæssig opfattelse af at falde; at falde har konsekvenser; tager hånd om situationen; støtte fra omgivelserne; og motivation og demotivation. Undersøgelsen viste variation i ældres opfattelse af at falde. De ældre accepterede at falde fordi de var blevet ældre. Opfattelsen var, at fald både var flovt og pinligt og havde en forklaring. Nogle ældre oplevede frygten for at falde som dominerende. De ældre opfattede ikke fald som en risikofaktor, der skulle tages hånd om, men håndterede situationen ved at begrænse deres bevægelsesmuligheder eller ved at fravælge aktiviteter. Hvis kravene oversteg de ældres ressourcer, søgte de hjælp fra de pårørende eller den praktiserende læge. De ældre fik støtte, anerkendelse og accept til at foretage valgene af omgivelserne. De ældre blev motiveret af forhold, som autonomi, kompetence og sociale relationer og foretrak aktiviteter, der spredte glæde og nydelse og helst i sociale sammenhænge. De ældre værnedes om deres identitet med at ville være medbestemmende om, hvad de deltog i, men mødte forhold i omgivelserne, som var hæmmende for deres motivation.

Konklusion: Fremtidige faldforebyggende tiltag skal målrettes ældres behov og tage højde for, at der ikke er én måde men mange måder at opfatte fald på, og at ældre i høj grad selv klarer at håndtere fald, men at de valgte strategier, ikke nødvendigvis er de mest hensigtsmæssige. De ældres netværk og den praktiserende læge kan med fordel spille en aktiv rolle i forbindelse med faldforebyggelse. Ved planlægningen af faldforebyggende interventioner skal der tages hensyn til, at ældres motivation påvirkes af, i hvilken omfang programmerne understøtter de ældres behov for autonomi, kompetence og sociale relationer.

Nyckelord
ældre, faldforebyggelse, coping, motivation, fænomenografi



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Older people's perception of and coping with falling, and motivation for fall-prevention initiative				
Author				
Dorte Høst				
Author's position and address				
Physiotherapist På Højden 6 DK, 2900 Hellerup				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
August 28 2009			Ina Borup, Associate professor, DrPH	
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
53	Danish	Danish/English	1104-5701	978-85721-70-2

Aim: This study aimed to describe variations in elderly people's perceptions of falling, and how they coped with falls. To target future initiatives to needs of the elderly, we also sought to determine what motivated them to participate in fall-prevention initiatives.

Method: We collected data using semi-structured interviews with 14 elderly individuals (65 years +) who had contacted the emergency ward at a university hospital in Denmark. We analyzed the data using a phenomenographic approach that focused on describing varying perceptions by the elderly on the phenomenon of "falling."

Results: Five categories and 15 subcategories emerged from the interviews. The five main categories included emotional perceptions of falling; falling has consequences; handling the situation; support from the social network; motivation and demotivation. The study showed that older people's perceptions of falling vary. Individuals accepted falling because they had become older. Falls were embarrassing and could be explained. The fear of falling was the foremost concern of some individuals. The elderly did consider falls a meaningful risk factor, but coped by restricting movements or dropping activities to prevent falls in the future. If demands exceeded resources, they asked their relatives or the GP for help. The elderly gained support, approval, and acceptance from their social network when deciding which coping strategies to use. The elderly were motivated by autonomy, competence, and relatedness and they preferred activities that increased happiness and enjoyment, preferably in a social atmosphere. The elderly protected their identity self-determining their activities, but they often encountered factors in their surroundings that restricted motivation.

Conclusion: Future fall-prevention initiatives must target the needs of the elderly and consider that there are not one but many ways of perceiving falling. Further, the coping strategies that elderly individuals develop are not necessarily convenient. Social networks and the GP can play active roles in encouraging the elderly to participate in fall-prevention initiatives. When planning fall-prevention interventions, one should consider the extent to which such programs support the elderly individual's need for autonomy, competence, and relatedness, because these factors affect motivation.

Key words

elderly, fall prevention, coping, motivation, phenomenography

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv	5
1.3	Ramme for undersøgelsen	10
1.4	Litteraturstudie om ældres opfattelse af at falde	11
2	Problemformulering	13
2.1	Formål.....	13
2.2	Forskningsspørgsmål	14
3	Materiale og metode	14
3.1	Fænomenografi.....	14
3.2	Design af undersøgelsen.....	15
4	Teoretisk referenceramme	19
4.1	Coping og copingstrategier.....	19
4.2	Motivationsteori	21
5	Resultater.....	22
5.1	Følelsesmæssig opfattelse af at falde.....	23
5.2	At falde har konsekvenser	25
5.3	Tager hånd om situationen	27
5.4	Støtte fra omgivelserne.....	29
5.5	Motivation og demotivation	30
6	Diskussion	34
6.1	Resultatdiskussion	34
6.2	Metodediskussion	40
7	Konklusion	42
8	Perspektivering og implikationer for praksis	42
9	Tak.....	44
10	Referencer	45
11	Bilag	52

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype blandt ældre. Hyppigheden af fald er stigende med alder, ligesom konsekvenserne af at falde ofte bliver mere alvorlig med stigende alder. Fald er ikke alene associeret med øget sygelighed og dødelighed, men også med funktionsevnededsættelse og deraf følgende behov for hjælp. Der er således både menneskelige og økonomiske omkostninger forbundet med fald hos ældre (Larsen et al. 2005, Hoidrup et al. 2003).

Faldforebyggende tiltag er effektive overfor alle ældre, og det er dokumenteret, at der kan opnås en betydelig risikoreduktion ved målrettet intervention over for højrisikogrupper under hensyntagen til de bagvedliggende multifaktorielle årsager (Todd & Skelton 2004, Gillespie et al. 2003).

Hos ældre generelt er der evidens for en positiv effekt af screening for medicinske, funktionelle og psykosociale risikofaktorer efterfulgt af en tværfaglig, multifaktoriel individuelt tilpasset intervention omfattende behandling af relevante medicinske problemer, medicinsanering, styrke – og balancetræning, og eventuelt boligændringer (Gillespie et al. 2003). Tilsvarende er det vist hos ældre, der er faldet eller tilhører en risikogruppe for fald, at en vurdering af interne og eksterne risikofaktorer på skadestuen eller ved hjemmebesøg, efterfulgt af en tværfaglig multifaktoriel individuel tilpasset intervention, har medført en reduktion i antallet af ældre, der falder (Gillespie et al. 2003).

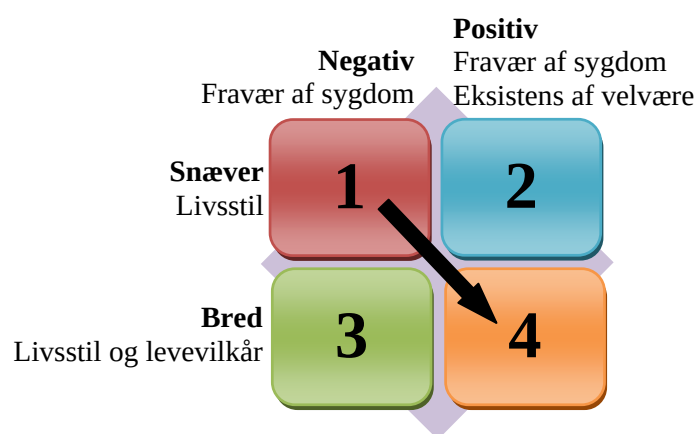
Gillespie et al. (2003) konkluderer i et Cochrane review, at et gennemgående problem ved de eksisterende studier er, at ældre, der anses at tilhøre målgruppen for faldforebyggende programmer, ikke ønsker at deltage. I flere af de inkluderede studier i Cochrane reviewet er det kun 10 – 20 % af de adspurgte, der går ind i projekterne (Gillespie et al. 2003). Årsagerne til at ældre ikke tager imod faldforebyggende tiltag er i litteraturen kun belyst i ringe grad (Yardley et al. 2007).

1.2 Folkesundhedsperspektiv og nordisk perspektiv

I Ottawa-Charter (WHO 1986) er det beskrevet, at sundhedsvæsnet i højere grad skal bevæge sig hen imod sundhedsfremmende arbejde udover ansvaret for den kliniske og sygdomsbehandlende service, hvilket understøttes af den danske regering i folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" (Regeringen 2002a). Sundhed defineres af World Health Organization (WHO) som et fuldstændigt stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære, hvor sundhed ikke kun er fravær af sygdom og svaghed. Tilgangen fremhæver både sociale og personlige ressourcer og fysisk kapacitet (WHO 1986). Sundhedsfremme beskrives af WHO (2005) som en proces, der sætter mennesker i stand til at øge deres kontrol over eget helbred og dets determinanter og dermed forbedre deres sundhed. I Ottawa-Charteret præsenteres en positiv og bred sundhedsforståelsen, hvor sund-

hed ses som en ressource frem for en negativ forståelse af sundhed, hvor sundhed udelukkende defineres som fravær af sygdom (WHO 1986). Af ”Sund hele livet” fremgår det, at sundhedsvæsenet skal være sundhedsfremmende overfor ældre med en aktiv involvering ud fra den ældres forståelse af, hvad der er sundt og skaber velvære. Indsatsen skal sigte mod, at ældre længst muligt opretholder et højt niveau af helbredsmæssig livskvalitet og fysisk funktion, og mod at ældre sikres en tidlig udredning og indsats overfor sundhedsmæssige og sociale problemer (Regeringen 2002a). Lignende mål for folkesundheden findes i både Norge og Sverige (Helse- og Omsorgsdepartementet 2003, Regeringen 2002b).

Sundhedsbegrebet kan ifølge Jensen (2000) anskues ud fra to dimensioner. Den første dimension angår forskellen mellem det *positive* - og det *negative sundhedsbegreb*, mens den anden dimension drejer sig om det *brede* - kontra det *snævre sundhedsbegreb*. I det *negative* sundhedsbegreb defineres sundhed som fravær af sygdom, mens det *positive sundhedsbegreb* omfatter fravær af sygdom og tilstedeværelse af velvære og livskvalitet. I det *snævre sundhedsbegreb* fokuseres på vaner og livsstil, mens det *brede* sundhedsbegreb både involverer livsstil og levevilkår (figur 1). Ved at kombinere de to dimensioner fås fire forskellige sundhedsbegreber, som bliver mere omfattende, jo længere man bevæger sig mod højre og nedad i figuren.



Figur 1: Fire forskellige sundhedsbegreber (Jensen 2000).

Den danske Sundhedsstyrelse udkom i 2006 med en publikation med anbefalinger til implementering af faldforebyggende initiativer på sygehuse, i almen praksis og i kommuner (Sundhedsstyrelsen 2006). Af anbefalingerne fremgår det, at alle ældre over 65 år skal risikovurderes, og at alle, der vurderes at have risiko for fald, skal have udarbejdet en plan for faldudredning og efterfølgende rehabilitering. Endvidere skal rehabiliteringen tilrettelægges, så ældre mennesker oplever kontinuitet og kvalitet i behandlingsforløbet og inddrages som en aktiv part i behandlingen.

Faldforebyggende programmer har været baseret på en forståelse af sundhed som snæver og negativ og praktiseret ved at overføre viden om, hvad professionelle opfatter ved et ”sundt og godt liv”. Det betyder, at programmerne kan virke moraliserende. Denne

interventionsform er i stigende grad udsat for kritik, fordi de sundhedsprofessionelle oplever, at de ældre ikke gør som eksperterne siger (Jensen 2005).

1.2.1 Udviklingen i ældrebefolkningen i de nordiske lande

I Norden er andelen af ældre over 65 år øget markant de seneste årtier, og alle prognoser peger på, at denne øgning fortsætter. Sverige har den højeste andel af ældre over 65 år med i alt 17,3 %, dernæst Åland med 16,7 %, Finland med 16 %, Danmark med 15,3 %, Norge med 14,8 %, Grønland med 13,7 % og Island med 11,7 % (NOMESCO 2006).

Ifølge Kjølner et al. (2007) vil gruppen af ældre over 65 år udgøre 22 % af den danske befolkning i 2025 mod 15 % i 2000 og 9 % i 1950. Stigningen tilskrives markante fald i ældredødeligheden kombineret med et øget antal af 100-årige. Årsagerne til det markante fald i ældredødeligheden er multifaktoriel, men forebyggelsen af infektionssygdomme og hjerte-kar-sygdomme samt mindre fysisk nedslidning vurderes som de vigtigste årsager (Kjølner et al. 2007). Lignende tal forventes i de øvrige nordiske lande (NOMESCO 2006).

Faldulykker er den hyppigste ulykkestype blandt ældre (Sundhedsstyrelsen 2006). Faldrelaterede skader blandt ældre er associeret med øget sygelighed og dødelighed og er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne og plejehjemsanbringelse i denne befolkningsgruppe (Kennedy & Coppard 1987).

1.2.2 Årsager til fald

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2006) og Lamb et al. (2005) kan *fald* defineres som en utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et andet lavere niveau. Fald kan som hovedregel opdeles i:

A. *Snublefald og andre hændelige uheld*

Oplagte (uundgåelige) snublefald hos i øvrigt raske ældre mennesker skal som hovedregel ikke udredes, da årsagen kan tilskrives en ydre faktor. Drejer det sig om *gentagne* tilfælde af snublen, må man dog mistænke bagvedliggende årsag, og udredning foretages.

B. *Umiddelbart uforklarede fald*

Hvis årsagen til faldet ud fra anamnesen ikke kan forklares af ydre faktorer, er der behov for en nærmere udredning af indre faktorer, der kan bidrage til pludseligt balancesvigt, idet mange af disse faktorer kan behandles eller modificeres.

C. *Fald med bevidsthedstab (Synkope)*

Fald med bevidsthedstab bør altid udredes – oftest via hospital.

Risikofaktorer for fald opdeles i modificerbare henholdsvis ikke-modificerbare risikofaktorer. De ikke-modificerbare risikofaktorer er knyttet til køn, alder og psykosociale forhold, for eksempel øges risikoen for fald, hvis den ældre tidligere er faldet, bor alene, er over 80 år, eller er kvinde. De modificerbare risikofaktorer for fald kan opdeles i interne risikofaktorer for eksempel kroniske sygdomme, nedsat muskelstyrke og nedsat balance og reaktionstid, og eksterne risikofaktorer for eksempel ujævne fortove, dårligt fodtøj eller uhensigtsmæssige briller samt brug af visse lægemidler som beroligende medicin eller brug af mange forskellige lægemidler (American Geriatrics Society 2001, Todd & Skelton 2004, Sundhedsstyrelsen 2006).

Risikoen for fald stiger dramatisk, når antallet af risikofaktorer øger (American Geriatrics Society 2001). Hver tredje person over 65 år falder mindst én gang om året, og andelen stiger til 50 % hos ældre over 80 år. Kvinder falder hyppigere end mænd (Larsen et al. 2005). Tidligere fald er en stærk prædiktør for fremtidige fald (O'Loughlin et al. 1993). Der ses sammenhæng mellem frygt for at falde og nedsat aktivitetsniveau, hvilket har betydning for ældres livskvalitet (Arfken et al. 1994, Tinetti 1994, Myers et al. 1996, Vellas et al. 1997, Cumming et al. 2000, Salkeld et al. 2000, Legters 2002). Hos hjemmeboende ældre er prævalensen af frygt for at falde mellem 29-55 % og stiger til 50-65 % hos ældre, der tidligere er faldet (Arfken et al. 1994, Lachman et al. 1998, Little & Gilleard 1995).

1.2.3 Konsekvenser af fald

I Norden registreres fald blandt ældre forskelligt, hvorfor det ikke er enkelt at foretage nøjagtige sammenligninger landene imellem, men tendenserne er de samme i forhold til antal, årsager og konsekvenser (NOMESCO 2006).

Internationale studier viser, at 20-60 % af faldene resulterer i skader, hvoraf 0-15 % får alvorlige behandlingskrævende skader, 2-6 % får frakturer og 0,2-1,5 % får hoftefrakturer. Cirka hver fjerde person, som er faldet, får varige mén med funktionsevnenedsættelse til følge (Sundhedsstyrelsen 2006). Ses på hoftefrakturer alene, viser tallene en markant stigning blandt ældre over 65 år (Tabel 1). Af tabellen ses, at Norge har det højeste antal ældre, der pådrager sig en hoftefraktur. Finland har det laveste antal, men tallene er kraftig stigende jo ældre personerne bliver.

I Danmark kommer hvert år ca. 45.000 ældre over 65 år på skadestuen efter et fald, og af dem har ca. 6.000 pådraget sig en hoftefraktur, som medfører indlæggelse, operation og langvarig genoptræning. Statens Institut for Folkesundhed (2003) har foretaget en fremskrivning af antallet af indlæggelser som følge af ældres faldulykker. Tallene er baseret på antal indlæggelser i 2002 og på udviklingen i befolkningens sammensætning (Tabel 2). Af tabellen ses, at den største stigning forekommer i gruppen over 85 år. To tredjedel af de ældre opnår ikke normal gangfunktion igen, hvor selv mindre skader kan medføre langvarige indlæggelser på grund af forværring af et i forvejen nedsat funktionsniveau (Sundhedsstyrelsen 2006, Kirchhoff et al. 2008).

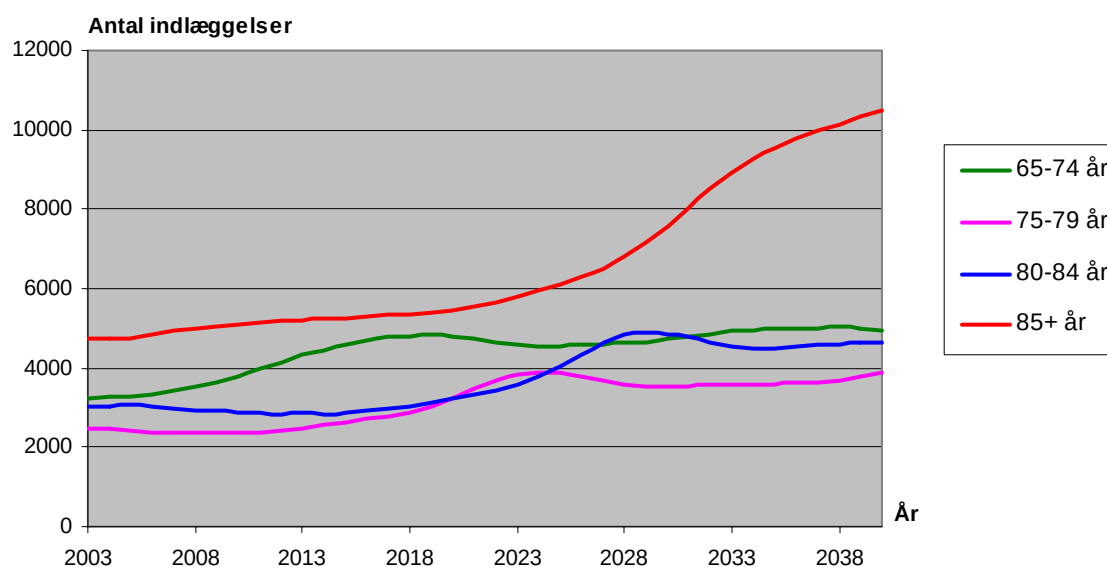
Tabel 1. Antal patienter med hoftefraktur behandlet pr. 100 000 indbyggere, 2006

	Danmark	Færøerne ¹	Finland	Åland ¹	Island	Norge	Sverige
Mænd							
0-64	36	77	46	42	34	44	34
65-69	183	212	165	192	240	230	181
70-74	333	387	230	243	339	417	314
75-79	595	827	485	747	643	738	614
80-84	1279	1271	882	1057	1048	1499	1316
85+	2398	1754	1713	1596	2436	3059	2594
Kvinder							
0-64	35	10	26	33	20	35	28
65-69	303	460	168	162	210	366	244
70-74	589	527	322	520	586	647	541
75-79	1229	1471	675	745	1197	1183	1035
80-84	2033	1610	1368	2022	1884	2463	2005
85+	3843	2996	2658	2968	4241	4587	3847

¹Gennemsnit 2002-2006

Kilde: Helsestatistik for de nordiske lande 2006, ICD-10: S72 (NOMESCO 2006)

Tabel 2. Fremskrivning til år 2040 af indlæggelser efter fald blandt ældre over 65 år (Statens Institut for Folkesundhed 2003).



Kilde: Ulykkesregistret (Statens Institut for Folkesundhed), Landspatientregistret (Sundhedsstyrelsen), Dødsårsagsregistret (Sundhedsstyrelsen) og Danmarks Statistik.

De offentlige udgifter til behandling og pleje af ældre med hoftefraktur er opgjort i et finsk studie (Nurmi et al. 2003), der viser at udgifterne pr. patient efter hoftefraktur beløber sig til 14.410 EUR. I Københavns Kommune estimeres udgifterne pr. person til 50.000 kr. i hospitalsregi og 100.000 kr. i den primære sundhedssektor, så alene i offentlige udgifter vil der være en fortjeneste ved en optimeret indsats både i forhold til at forebygge fald blandt ældre og ved at forhindre komplikationer (Københavns Kommune 2005). Der ses imidlertid store forskelle, alt efter hvilke forudsætninger beregningerne bygger på.

I en opgørelse fra 2001 ses, at 32 % af alle skadestuehenvendelser blandt ældre over 65 år havde pådraget sig en fraktur efter fald. Indlæggelsesfrekvensen ved skadestuebesøgene var 39 %. Af de skadestuehenvendelser som ikke resulterede i indlæggelse, blev 37 % afsluttet uden opfølgning. Endvidere sås, at flere havde pådraget sig mere end en type skade. Hyppigst var sår eller anden bløddelsskade, og af de 32 %, der havde pådraget sig en fraktur, havde 30 % pådraget sig en hoftefraktur (Kirchhoff et al. 2008). En tre måneders opgørelse fra skadestuen på Bispebjerg Hospital viste, at der dagligt var mellem 7 og 8 personer over 65 år, som henvendte sig på grund af fald (ikke publiceret).

Forebyggelse af ældres faldulykker kræver en stor og bred tværfaglig indsats (Todd & Skelton 2004, Sundhedsstyrelsen 2006). I anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen (2006) peges der på, at der bør foretages en systematisk identifikation af ældre faldpatienter, og at der bør indgås klare aftaler for opgave- og ansvarsfordeling, hvilket i dag sker i varierende grad.

Københavns Kommune har de senere år haft stor opmærksomhed på at forebygge fald blandt ældre og mange tiltag er implementeret, men på trods heraf ses mange fald (Rasmussen & Bonde 2006). Hvorfor denne udvikling fortsætter er uvist, men en medvirkende faktor kan være, at ældre ikke opfatter fald som et problem, der bør handles på. Udfordringen er, hvordan ældre inddrages og engageres i at undgå fald og derved bevare et godt liv.

1.3 Ramme for undersøgelsen

1.3.1 Bispebjerg Hospital

Bispebjerg Hospital er et af Region Hovedstadens universitetshospitaler, som varetager både medicinske og kirurgiske funktioner samt akutfunktioner, og er udpeget til WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals. Bispebjerg Hospital akkrediteres af Joint Commission International og lever således op til et internationalt kvalitetsniveau for hospitaler. Hospitalet er senest blevet akkrediteret i april 2008.

På hospitalet behandles årligt ca. 33.000 indlagte patienter, og der udføres cirka 202.000 ambulante besøg. Skadestuen modtager årligt cirka 43.000 besøg. Hospitalet har en

række specialfunktioner blandt andet et forsknings- og udviklingsområde som omhandler forebyggelse og sundhedsfremme.

I begyndelsen af 2004 iværksattes et udviklingsprojekt "Sammenhængende indsats for Kronisk Syge" (SIKS-projektet) som et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder Sundhedscenter Østerbro, og praktiserende læger på Østerbro. Gennem intensivering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde blev der fokuseret på at optimere og udvikle et sammenhængende patientforløb mellem de forskellige sektorer. Arbejdet har koncentreret sig om rehabiliteringsindsatser for fire patientgrupper: mennesker med hjertesygdom, mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), eller mennesker med type 2 diabetes samt ældre med fald- og balanceproblemer.

Med SIKS-projektet blev der skabt mulighed for at intensivere samarbejdet mellem Folkesundhed København og Bispebjerg Hospital ved at igangsætte et projekt "Bedre Balance – forebyggelse af fald", som omhandler systematisk faldforebyggelse og fastholdelse af ældres motivation. Projektet rummer to randomiserede kontrollerede undersøgelser, som handler om systematisk forebyggelse af fald hos ældre mennesker ved hjemmebesøg og effekt af coaching ved forekomsten af fald (www.bedrebalance.dk). Sideløbende med disse projekter er der i skadestuen på Bispebjerg Hospital foretaget en omfattende registrering af alle henvendelser fra ældre med faldepisoder, ligesom denne undersøgelse er endnu et led i at nuancere kendskabet til ældres faldproblematikker.

1.3.2 Kvalitetssikring af fald og forebyggelse

Som led i kvalitetssikringen på Bispebjerg Hospital er der udarbejdet og implementeret en vejledning om fald og forebyggelse (H:S Tværgående vejledning 2007). Vejledningen omfatter alle indlagte patienter over 65 år, som systematisk screenes med henblik på at identificere patienter med forøget risiko for at falde, og hvor der vurderes at være en forøget risiko, skal der foreligge en plan for forebyggelse. De patienter, som efter et fald henvender sig på skadestuen og som sendes hjem efter afsluttet behandling, modtager en pjece med tilbud om tværfaglig faldudredning i hospitalets faldambulatorium og eventuel efterfølgende intervention.

1.4 Litteraturstudie om ældres opfattelse af at falde

1.4.1 Identifikation af litteratur og vurdering af kvalitet

Til dette studie blev der foretaget en systematisk litteraturgennemgang med det formål at få kendskab til ældres opfattelse af at falde, hvordan fald blev håndteret, og hvilke faktorer der kunne påvirke ældres motivation for fald-forebyggende tiltag. Litteraturen blev fundet i databaserne PubMed, Embase, PsycInfo og Cochrane Library. Søgeordene, der blev anvendt, var: Older people, aged [MeSH], falls*, accidental falls

[MeSH], perceptions/views/beliefs/attitudes. Søgeordene blev anvendt separat og i kombination. Der blev inkluderet dansk- og engelsksprogede artikler fra perioden 2000-2008.

Der fremkom i alt 136 artikler, hvoraf 28 umiddelbart syntes relevante på baggrund af titel og nøgleord. Artiklerne omhandlede både ældre, der var faldet og ældre, der ikke var faldet. Artiklerne blev herefter vurderet i forhold til resultaternes troværdighed, og om resultaterne kunne belyse problemstillingen. Efterfølgende blev de rensat for at optræde i flere databaser. Et studie omhandlende ældres holdninger til og opfattelse af faldforebyggelses programmer i seks Europæiske lande – inklusiv Danmark blev ekskluderet (Yardley et al. 2006b), da et af de inkluderede studier (Rosell et al. 2005) omhandlede de danske data til dette studie.

Litteratursøgningen resulterede i fem artikler omhandlede ældres opfattelse af at falde. Undersøgelsesdesignet var både kvantitative og kvalitative, og de anvendte metoder var spørgeskemaer, struktureret interviews, individuelle semi-struktureret interviews og fokusgruppeinterviews. Studierne var gennemført i USA, England, Australien og Danmark (Bilag 1).

De fundne artiklers design er både kvantitative og kvalitative, hvilket styrker litteraturstudiets validitet, men validiteten kunne have været øget med flere inkluderede artikler. Flere af artiklerne har metodiske problemer. Populationen i studierne omfattede ældre, som havde været faldet, men flere af studierne omhandlede ældre, som ikke havde været udsat for en faldepisode, og som blev vurderet som ressourcestærke. Der var rekrutteringsproblemer til to studier, og som følge heraf blev der foretaget ændringer i rekrutteringsmaterialet (Braun 1998, Yardley et al. 2006a, 2007, Hughes et al. 2008). Resultaterne af litteraturstudiet skal derfor ses i dette perspektiv.

1.4.2 Sammenfatning af litteraturstudiet

Fælles for de fundne artikler er, at ældre har opfattelsen af, at alle ældre falder som følge af aldringsprocessen, og at fald er et mindre sundhedsproblem. De ældre forstår vigtigheden af fald, men anser ikke sig selv som tilhørende en risikogruppe (Braun 1998). Skrøbelige ældre mener derimod, at fald kan forebygges, mens det samme ikke er gældende for raske ældre (Hughes et al. 2008). Denne holdning er meget afgørende for, om den enkelte anser sig selv i risiko for at falde, og hvordan faldoplevelsen i øvrigt bliver håndteret (Rosell et al. 2005). Ældre er ikke bange for at falde og ofte bliver faldene ikke karakteriseret som reelle fald (Rosell et al. 2005). Hvilke overvejelser, der ligger bag denne opfattelse, kan litteraturstudiet ikke afdække, men Yardley et al. (2006a) fremhæver, at ældres kontrol over egen adfærd kan have betydning for, hvordan ældre håndterer fald og antyder samtidig, at fald kan opfattes som en trussel for den enkeltes identitet og autonomi.

Budskaberne om faldforebyggelse fremhæves i flere artikler som den vigtigste årsag til, at ældre ikke tager imod aktiviteter, der forebygger fald. De ældre er vidende om, hvor-

dan fald forebygges og vil for eksempel gerne deltage i styrke og balancetræning, hvis det anses som relevant for at holde sig friske og raske. Budskaberne om faldforebyggelse er imidlertid velkendte, men de strategier og budskaber, som anvendes af de sundhedsprofessionelle til forebyggelse af fald, bliver af de ældre opfattet som nedladende, sygeliggørende og velkendte (Yardley et al. 2006a). Budskaberne skal fremme sundhed og uafhængighed frem for sygdom og afhængighed (Hughes et al. 2008, Rosell et al. 2005, Yardley et al. 2006a, 2007). Samtidig fremhæver Yardley et al. (2007), at ældres motivation for at deltage i forebyggende initiativer er afhængig af, om den enkelte ser det som en fordel, tror på det, og om det er passende i forhold til at opretholde social status. Faktorer, som kan stimulere den ældres motivation, er blandt andet, at den ældres egen læge og familie bifalder og opmuntrer til deltagelse, at det er sjovt, og at den ældre kan mærke fysisk fremgang og oplever socialt samvær (Rosell et al. 2005, Yardley et al. 2007).

Når faldforebyggende aktiviteter fremover skal planlægges, tyder dette litteraturstudiet på, at råd og information om faldforebyggelse og de dertil hørende interventioner må ændre karakter til at have fokus på sundhedsfremme, så de værdier og den viden om, hvad der er et godt liv for den enkelte, tillægges betydning.

2 Problemformulering

Fald udgør et folkesundhedsproblem ikke blot for den ældre men også for sundhedsvæsenet såvel som for samfundsøkonomien. Ifølge Gillespie et al. (2003) er faldforebyggelsesprogrammer effektive og i stand til at reducere antallet af fald hos ældre, hvis ældre ville deltage i programmerne. Årsagerne til at ældre ikke deltager er mange, denne problemstilling er kun i ringe grad belyst i litteraturen (Yardley et al. 2007).

Spørgsmålet er, hvorfor nogle ældre ikke tager imod tilbud om faldforebyggende tiltag? Måske opfatter ældre ikke fald som en risikofaktor, der bør ageres på, og måske er der forskel i opfattelsen af, hvad et fald betyder for den enkelte. Drejer det sig f.eks. om uvidenhed, manglende erkendelse af problemet, eller er der andre årsager? Faktorer, der er væsentlige at få afdækket for bedre at kunne målrette fremtidige interventioner og dermed minimere antallet af faldulykker blandt ældre.

2.1 Formål

Formålet med dette studie er derfor at beskrive variationen i ældres opfattelse af at falde, og hvordan ældre håndterer fald samt afdække, hvad der påvirker ældres motivation til at deltage i faldforebyggende tiltag med henblik på kunne målrette fremtidige indsatser.

2.2 Forskningsspørgsmål

- Hvilken opfattelse har ældre, der er faldet, af at falde?
- Hvordan klarer ældre at håndtere fald og forebyggelse af fald?
- Hvad påvirker ældres motivation til at deltage i tiltag, der forebygger fald?

3 Materiale og metode

Den kvalitative forskningsmetode er velegnet, når formålet er at få viden om og forståelse for menneskers livsverden, det vil sige forståelse for menneskers oplevelser, intentioner, handlinger og motiver og af den betydning, forskellige oplevelser har for den enkelte (Schmidt & Dyhr 2003). Med det formål at beskrive variationen i ældres opfattelse af at falde er fænomenografisk metode central som tilgang.

3.1 Fænomenografi

Fænomenografi er en retning inden for uddannelsesforskningen med rødder i fænomnologien. Metoden er induktiv og udviklet i begyndelsen af 1970 af en gruppe forskere ved Pædagogiske Fakultet, Göteborg Universitet, Sverige (Lepp & Ringsberg 2002). Metoden anvendes også indenfor sundhedsområdet, specielt når fokus er på variationerne i menneskers oplevelser og erfaringer med et fænomen (Bernard et al. 1999).

Udgangspunktet for fænomenografien er, at mennesker er forskellige med forskellige erfaringer. Dette fører til forskellige opfattelser af og tanker om dele af den verden, vi lever i (Alexandersson 1994). Ifølge Marton (1981, 1986) skelnes der i den fænomenografiske forskning i måden "at opfatte" på – der skelnes mellem en første og anden ordens perspektiv. Forskning i første ordens perspektiv forklarer fænomener, forskning i anden ordens perspektiv kortlægger, hvordan individer erfarer og begrebsætter forskellige fænomener. Et første ordens perspektiv kan være at beskrive årsagerne til, hvad et fald er, hvad der forårsager det, og hvad der kræves for at undgå det. Et andet ordens perspektiv vil være at beskrive, hvordan ældre, der er faldet, opfatter "det at falde" og hvilke tanker og refleksioner, de gør sig.

Den fænomenografiske forskning tager sit udspring i anden ordens perspektivet og søger netop at kortlægge fænomener og derefter kategorisere disse fænomener ud fra variationen af, hvordan mennesker opfatter dem og tænker om deres virkelighed (Lepp & Ringsberg 2002). Målet med den fænomenografiske forskning er at systematisere og beskrive, hvordan forskellige aspekter af fænomenet opfattes, forstås og viser sig for folk. Spørgsmålene skal afdække variationen i opfattelsen af fænomenet "at falde" og ikke "faldet" i sig selv (Kvale 1997, Alexandersson 1994). Interviewpersonerne skal derfor have en erfaring med emnet (Marton 1981). Undersøgellesgruppen skal ikke være for homogen, da det er variationen, der er central (Alexandersson 1994).

I fænonemografisk forskning er den foretrukne dataindsamlingsmetode semi-strukturerede interviews (Marton & Both 1997). Formålet med interviewet er at få informanten til at fokusere på fænomenet, som det opleves og reflektere over det, som træder frem, for dermed selv at få mulighed for at afgrænse, behandle og definere indholdet (Alexandersson 1994). For at få de rette data, må forskeren stille spørgsmålene så åbne, så det bliver den interviewede selv, der definerer indholdet (Lepp & Ringsberg 2002). Dataindsamlingen er en kreativ proces, hvor alle data er lige vigtige. Der er intet rigtigt eller forkert, det er alene et spørgsmål om, hvordan fænomenet opleves (Alexandersson 1994). Antallet af informanter afhænger af, hvornår data er mættet, men ofte er 15 – 30 interview passende (Lepp & Ringsberg 2002). Det anbefales at udarbejde en tematiseret interviewguide (Lepp & Ringsberg 2002).

I analysen søges efter forskelle og ligheder i beskrivelsen af fænomenet. De mønstre, der tegner sig i opfattelsen, beskrives, og en underliggende struktur kategoriseres. Forskningsmetoden giver mulighed for at indfange anderledes tilgange end de forventede, hvor det er den interviewedes egen mening, som afdækkes og de mangfoldige måder at tænke på, der kommer frem (Alexandersson 1994, Lepp & Ringsberg 2002). Svagheden er, hvordan svarkategorierne "viser sig" i analysen. Det er en oplagt faldgrube, at svarkategorierne blot kommer til at afspejle forskerens egne forudfattede meninger. Metoden er udviklet til at imødegå en sådan forudindtagenhed blandt andet ved at kategorier og subgrupper benævnes med informanternes ord (Sjöström & Dahlgren 2002).

Resultaterne af undersøgelsen underbygges med udvalgte citater. En referenceramme til forståelse og tolkning af citaterne præsenteres, og det angives, hvilket synspunkt et citat belyser. Der skal være balance mellem tekst og citater (Kvale 1997).

3.2 Design af undersøgelsen

3.2.1 Udvalget

Interviewpersonerne blev udvalgt strategisk, for at få problemstillingen belyst ud fra så mange aspekter som muligt (Malterud 2003). Deltagerne blev rekrutteret blandt alle mænd og kvinder over 65 år, som efter et fald havde henvendt sig på skadestuen på Bispebjerg Hospital, og hvor konsekvenserne af faldet ikke krævede indlæggelse. Personer, der ikke kunne læse og forstå dansk, havde kognitive problemer, led af andre fysiske og psykiske lidelser eller boede i plejebolig blev ekskluderet af undersøgelsen.

Jeg har søgt variation i informanternes køn og alder. Udvælgelsen foregik ved, at jeg hver uge gennemgik samtlige skadesjournaler fra den forgangne uge og udvalgte de personer, som opfyldte kriterierne for deltagelse. Derefter kontaktede jeg telefonisk 25 personer, forklarede mit ærinde og bad om tilladelse til et interview. Ti personer afslog at deltage i et interview. I alt deltog 15 ældre i undersøgelsen, men ét interview blev efterfølgende ekskluderet, da den interviewede tydeligt havde kognitive problemer. I tabel 3 ses en karakteristik af de 14 informanter.

Tabel 3. Karakteristik af informanter

N=14	Range	
Mænd / Kvinder	5/9	
Gennemsnitsalder	77	68-87
Samboende / Alene	5/9	
Antal fald = 1	7	
Antal fald > 1	7	
Udendørs / Indendørs fald	10/4	

3.2.2 Semi-struktureret interview

Forud for undersøgelsen havde jeg udarbejdet en interviewguide med spørgsmål over temaerne: Tanke og overvejelser om at falde; håndtering og forebyggelse af fald; og motivation for helbredsfræmmende aktiviteter. Temaerne og de tilhørende spørgsmål var fremkommet på baggrund af egne faglige erfaringer med ældre og deres faldproblematikker og viden indhentet via litteraturstudie.

Interviewene blev gennemført i sommeren 2008 og foregik enten i personernes eget hjem eller på hospitalet. Jeg gennemførte to pilotinterviews for at afprøve og justere både interviewteknik og – guide. Da der ikke blev ændret i interviewguiden efter de to pilotinterviews, er begge interviews blevet inkluderet i den samlede mængde data.

Interviewguiden blev anvendt som tjekliste og kun brugt, hvis informanten ikke spontant kom ind på emner, som var centrale. Under interviewet havde jeg fokus på den enkelte informant, lyttede interesseret og stillede uddybende spørgsmål. Jeg forsøgte under interviewene at holde fokus på opfattelsen af ”at falde” og ikke ”faldet” i sig selv. Interviewene varede mellem 19 - 51 minutter. Efter 11 interviews fremkom der ikke nye oplysninger om emnet. Som tak for hjælpen gav jeg deltagerne en æske chokolade eller en buket blomster.

Interviewene blev optaget på bånd og transskriberet ordret af forskeren og en hjælper. Transskriberingen blev udført på baggrund af fastlagte kriterier for gengivelse af pauser, latter, tonefald, uforståelig tale og overlap i samtale. De transskriberede interviews blev anonymiseret og hvert interview tildelt et nummer. Interviewene blev herefter gennemlyttet igen og sammenlignet med transskriberingerne for at sikre en nøjagtig gengivelse i den skrevne tekst. Denne proces blev gentaget to gange. Det skriftlige datagrundlag udgør 126 siders tekst.

3.2.3 Analyse

Analysen tog udgangspunkt i de transskriberede interviews. De beskrivende kategorier, som dannes ved analysen, er et resultat af den valgte tilgang, og beskrivelserne af kate-

gorierne underbygges med citater fra informanterne. Der ligger altid en tolkning i at identificere kategorier og udvælge citater, men i fænomenografien er hensigten at være tekstnært og gengive det, informanterne har sagt (Bernhard et al. 1999, Sjöström & Dahlgren 2002).

Alexandersson (1994) anbefaler at opdele analysen og fortolkningen af interviewene i fire faser. De fire faser er 1) at blive kendt med sine data og få et helhedsindtryk; 2) at bevidstgøre sig ligheder og forskelle i udsagnene; 3) at kategorisere opfattelsen af fænomenet i beskrivende kategorier og 4) at studere den underliggende struktur i kategori-systemet.

Efter at have læst interviewene igennem flere gange for at blive fortrolig med data og for at få et helhedsindtryk af datamaterialet, blev interviewene gennemgået for at identificere ligheder og forskelle i udsagnene om problemstillingen.

Alle interviews blev herefter lagt ind i databehandlingsprogrammet Nvivo 2.0 for at få et overblik over det samlede datamateriale og for at få hjælp i kodningsarbejdet til at frembringe, samle og manipulere koder (Gibbs 2002). Dernæst blev alle identificerede udsagn kodet. En proces som blev gentaget flere gange for at sikre, at alle relevante udsagn var taget med. Alle udsagn med ens karakteristika blev samlet i nogle foreløbige kategorier. I løbet af denne proces var det tydeligt at se, hvilke udsagn i materialet, der hang sammen, og som dermed kunne samles i foreløbige kategorier. Under hver kategori fremkom der undergrupper, som beskrev variationen i opfattelsen.

Næste trin i analyseprocessen var at gøre kategorierne med tilhørende undergrupper mere entydige. Denne proces var meget tidskrævende og omstændelig, da flere udsagn kunne passe ind i flere kategorier. Malterud (2003) advarer mod dobbelt – og trippel kodning, da dette kan være et tegn på, at koderne ikke er præcise nok. Processen medførte, at enkelte kategorier blev slået sammen og nye undergrupper dannet, og der opstod nye og mere entydige kategorier og undergrupper.

For at sikre, at kategorierne ikke var dannet ud fra egne forudfattede meninger, gennemlæste en kollega interviewene og præsenteres for de dannede kategorier og undergrupper (Fredslund 2003). Resultatet af denne validering medførte ingen ændringer af de fundne kategorier og undergrupper.

Kategorierne blev herefter navngivet og beskrevet og den underliggende struktur studeret. Analysen resulterede i fem kategorier med i alt 15 undergrupper, som beskriver ældres opfattelse af at falde, håndteringen af fald samt motivation for faldforebyggende tiltag. Beskrivelser af informanternes opfattelser er illustreret med udvalgte citater fra interviewene. Citaterne afsluttes med et opdigtet navn repræsenterende hver informant.

Alle identificerede udsagn blev således samlet i kategorier med tilhørende underkategorier. Denne dekontekstualisering førte min opmærksomhed fra det udtrykte i interviewet over til ”pool of meanings discovered in the data”, som udtrykt af Marton (1986). Udsagnene blev således tolket og analyseret både i forhold til det enkelte interview og i forhold til den ”pool of meanings”, de hørte til.

For at sikre overensstemmelse mellem kategorier og underkategorier og citater blev intersubjektiviteten undersøgt af en uvildig medundersøger. Medundersøgeren blev præsenteret for kategorier, underkategorier og citater og blev derefter bedt om at matche dem (Sjöström & Dahlgren 2002, Lepp & Ringsberg 2002). Testen resulterede i, at tre citater blev omplaceret, hvilket svarer til en overensstemmelse på 96 %.

3.2.4 Ethiske overvejelser

Projektet blev godkendt af afdelingsledelsen på ortopædkirurgisk afdeling, Bispebjerg Hospital.

I "Vejledningen om anmeldelse m.v. af et biomedicinsk forskningsprojekt til det videnskabsetiske komitéssystem" anføres, at der til denne type undersøgelse ikke kræves godkendelse, hvilket telefonisk blev bekræftet af De Videnskabsetiske Komiteer for Region Hovedstaden (Den Centrale Videnskabsetiske Komité 2008)

Kvale (1997) beskriver tre etiske retningslinjer i forbindelse med kvalitative interviews: informeret samtykke, fortrolighed og konsekvenser. Efter telefonisk kontakt og mundtlig accept fra informanterne, fik hver deltager tilsendt en skriftlig bekræftelse om formål med undersøgelsen, fortrolighed og anonymitet, og at deltagelsen var frivilligt uden konsekvens for et eventuelt videre behandlingsforløb. Inden interviewet begyndte, blev anonymiteten og frivilligheden understreget, ligesom formalia vedrørende tavshedspligt og håndtering af de bandede interviews blev gennemgået.

Samtlige informanter underskrev en erklæring som dokumentation til hospitalets journal, hvor de gav tilladelse til, at interviewet fandt sted, og at de var blevet informeret om fortrolighed, anonymitet og frivillighed i deltagelsen.

Jeg er opmærksom på, at interview som metode kan åbne for emner, som efterfølgende kræver behov for opsamling. Alle informanter fik derfor tilbud om at kontakte mig, hvis der efterfølgende opstod spørgsmål, som de ønskede at drøfte.

3.2.5 Validitet og reliabilitet

Et grundlæggende krav til data er, at de er gyldige og pålidelige. Det vil sige, at data skal være relevante i forhold til problemstillingen, og at de givne argumenter er fornuftige, velbegrundede, forsvarlige, stærke og overbevisende, samt den tekniske kvalitet af optagelserne er entydige med stor grad af overensstemmelse mellem bånd og transskription (Kvale 1997, Schmidt & Dyhr 2003). I hele forskningsprocessen er disse krav forsøgt efterlevet ved at beskrive og forklare, hvad der er gjort og hvorfor. I interviewguiden benyttede jeg åbne spørgsmål, hvilket gav informanterne mulighed for selv at definere indholdet, og der blev fulgt op på deres svar for at sikre, at disse var forstået

korrekt og uklarheder uddybet for eksempel, ”hvad mener du præcist?”, ”hvorfors er det vigtig for dig?”. Endvidere blev alle interviews transskriberet ordret og kvalitetskontrolleret flere gange ved at læse interviewene samtidig med, at båndene blev aflyttet.

Ifølge Lepp & Ringsberg (2002) handler validitet og reliabilitet i fænomenografiske studier om, hvor objektive de fundne kategorier er, og om de svarer til virkeligheden. Det er en oplagt faldgrube, at svarkategorierne blot kommer til at afspejle forskerens egne forudfattede meninger (Lepp & Ringsberg 2002). Min forforståelse er baseret på en baggrund som fysioterapeut med stor erfaring i at arbejde både praktisk og teoretisk med ældres faldproblematikker. Ydermere er min forforståelse præget af, at jeg har udarbejdet et litteraturstudie om afhandlingsens problemstilling.

For at imødegå, at min faglige baggrund kom til at afspejle undersøgelsens resultater, blev jeg inden studiets start interviewet om min forforståelse. Igennem hele forskningsprocessen har jeg været meget bevidst om min forforståelse og dennes indflydelse på resultater. For yderligere at kvalitetssikre data er kategorier og underkategorier benævnt med ord, som informanterne anvendte. Kategorierne er underbygget med citater fra de ældre, hvilket giver læseren mulighed for at vurdere resultaternes pålidelighed (Lincoln & Guba 1990).

4 Teoretisk referenceramme

Dette afsnit beskriver relevant teori, som kan underbygge det empiriske materiale for at kunne belyse problemstillingen. Teorierne er valgt ud fra problemformuleringen, fra litteratursøgningen og ud fra min forforståelse. Risikoen for at opleve tab eller bekymring om tab i alderdommen er stor men også meget individuel, og med tab følger stress (Lazarus 2006). Konsekvenserne af fald kan påvirke ældres livskvalitet, som yderligere kan vanskeliggøre, hvordan ældre håndterer fald (Salkeld et al. 2000, Legters 2002). Håndtering af stress er et vigtigt kriterium for god aldring, og en mestingsstrategi i denne sammenhæng er coping. Derfor er copingteori ud fra Lazarus & Folkman (1984) anvendelig som teoretisk referenceramme. Herefter redegøres for motivationsbegrebet som beskrevet af Ryan & Deci (2000), da denne teori kan hjælpe med at forklare ældres bevæggrunde for at tage imod og deltage i faldforebyggende tiltag.

4.1 Coping og copingstrategier

Coping defineres som konstant skiftende kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser på at håndtere specifikke ydre og/eller indre krav, der bedømmes som vanskelige, eller til at de vil overstige personens ressourcer (Lazarus & Folkman 1984 oversat af Andersson 2002). Coping er ifølge Lazarus (2006) et begreb om at håndtere stress. Alderdommen beskrives af Lazarus (2006) til på mange måder at være problemfyldt, da ældre mennesker i større grad end andre skal mestre stigende fysiske og psykiske begrænsninger i

dagliglivet, tab og bekymring for tab, som alle kan forårsage stress. Ydermere viser studier, at der er sammenhæng mellem frygten for at falde og dårligt selv vurderet helbred og nedsat livskvalitet, hvilket er en yderligere belastning, som ældre skal håndtere (Legters 2000, Salkeld et al. 2000). Coping og copingstrategier kan derfor være en teoretisk referenceramme til at forstå ældres opfattelse af at falde.

Effektiv coping gør det muligt for ældre at holde stress på et moderat niveau og dermed leve med alderdommens belastninger uden at skabe psykisk eller fysiologisk skade. Hvilken strategi, den enkelte ældre vælger til at håndtere belastningerne, er individuel og afhænger af den ældres egen vurdering og består af en primær og en sekundær vurdering.

I den primære vurdering foretages en bedømmelse af situationen og de krav den stiller som værende overvejende irrelevante, positive eller stressende (Lazarus & Folkman 1984). Vurderer de ældre en faldepisode som truende eller stressende, er der et misforhold mellem de krav, som stilles til de ældre og deres evne til at mestre dem. Her træder sekundærvurdering ind. Sekundærvurdering er en vurdering af, hvad den ældre selv kan gøre for at afklare den stressfyldte situation, og en vurdering af hvilke mestringsmuligheder, som er til stede, samt hvilke forventninger de ældre kan have, og om de tror, de vil kunne gennemføre dem. Strategien, der efterfølgende vælges, afhænger af, hvor i livet de ældre er, social position, livserfaring samt grad af social støtte (Albertsen & Stokkebæk 2002).

Resultatet af en primær og sekundær vurdering resulterer i en copingstrategi, som enten kan være problemfokuseret eller følelsesfokuseret. Den problemfokuseret coping retter sig mod den direkte handling og forsøger at ændre på den. Den følelsesfokuseret coping retter sig mod at ændre de følelser, ældre oplever i situationen, så den bedre kan accepteres. Denne funktion omfatter processer som undgåelse, minimering, distancering, selektiv opmærksomhed og positiv sammenligning (Andersson 2002). Følelsesfokuseret coping løser ikke problemet, men anvendes, når det vurderes, at der intet kan gøres, mens problemfokuseret coping anvendes, når situationen lader sig påvirke. Vigtige problemfokuserede copingstrategier er at søge information, at søge hjælp og at ændre livsstil (Albertsen & Stokkebæk 2002).

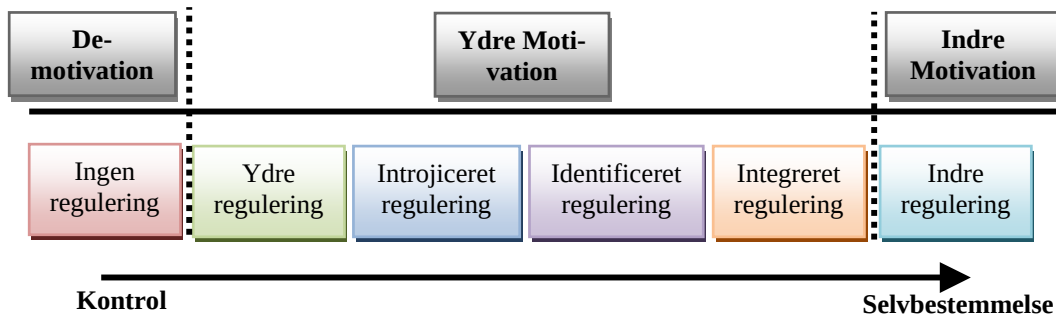
I vanskelige situationer bruges begge copingstrategier, da det både kan være nødvendigt at kontrollere følelser og forandre situationen. Hvilken strategi, der dominerer, afhænger af personlighed og hændelsesforløbet (Lazarus & Folkman 1984). Nogle af de vanskeligste copingproblemer i forbindelse med aldring er mestringsproblemer af eksistentielle følelser (Lazarus 2006).

Valg af copingstrategi har derfor betydning for, hvordan ældre mennesker håndterer udfordringer i relation til fald og disses konsekvenser.

4.2 Motivationsteori

Motivationsteori handler om, hvorfor mennesker gør, som de gør, og hvilke faktorer, der er bestemmende for deres handlinger (Ryan & Deci 2000). Der er forsket meget i menneskers adfærd og handlinger, men der er til stadighed udfordringer specielt i forhold til adfærd i relation til sundhedsrelaterede determinanter (Schroeder 2007). I en undersøgelse om ældres motivation til at begynde på og fastholde træning ses, at der findes mange forskellige interventioner, som kan øge ældres motivation (Phillips et al. 2004). Det er imidlertid individuelt og subjektivt, hvad den enkelte oplever som meningsfuldt. Motivationsteorien "Self-Determination Theory" (SDT) kan være en teoretisk referenceramme til at forstå ældres motivation for at tage imod og deltage i faldforbyggende tiltag (Ryan & Deci 2000).

I motivationsteorien Self-determination theory tages der afsæt i en selv-bestemmelses-model, som tager hensyn til individets erfaring og motivation (Ryan & Deci 2000). Det grundlæggende i denne teori er, at mennesket har nogle basale psykologiske behov i form af autonomi, kompetence og relationer, som personen til enhver tid vil forsøge at få tilgodeset (Ryan & Deci 2000). Autonomi er forbundet med en oplevelse af at kunne handle af egen fri vilje og af at kunne træffe egne frie valg. Kompetence er individets tilbøjelighed til at opnå følelsen af at beherske ens omgivelser og søgen efter udfordringer og kunne beherske dem, mens relationer handler om, at mennesket oplever og definerer sig selv i forhold til andre, og udviklingen er betinget af samspillet med andre (Ryan & Deci 2000). Self-determination theory skelner mellem tre typer af regulering af adfærd: demotivation, ydre motivation og indre motivation. De tre typer varierer i graden af selvbestemmelse (Figur 2).



Figur 2: Self-determination theory (Ryan & Deci 2000)

Demotivation beskrives af Ryan & Deci (2000) som fravær af motivation og opstår af ikke at værdsætte en aktivitet, af ikke at føle sig kompetent til at udføre aktiviteten eller af ikke at tro på, at aktiviteten vil føre til de ønskede resultater. Den ydre motivation referer til at gøre noget, fordi det fører til et bestemt resultat. Den ydre motivation inddeles i fire forskellige dele og varierer i graden af selvbestemmelse. *Ydre regulering* handler om adfærd, som motiveres og reguleres af ydre midler som belønning og re-

striktioner. Ved *introjiceret regulering* begynder individet at internalisere grundene for sine handlinger. Handlingerne er ikke helt selvvalgte, men adopteret efter pres eller overtalelse. *Identificeret regulering* medfører en adfærd, der er selvvalgt. Adfærden betragtes som vigtig og højt vurderet af individet. *Integreret regulering* er en adfærd, hvor aktivitetsgrundlaget er naturligt og i overensstemmelse med individet (Ryan & Deci 2000). Ifølge Ryan & Deci (2000) referer den indre motivation til at gøre noget af lyst, fordi det er interessant.

Kendskabet til, hvad der påvirker ældres motivation, har derfor betydning for, hvordan fremtidige faldforebyggende tiltag bedst promoveres.

5 Resultater

Gennem analysen identificeredes i alt fem beskrivende kategorier om ældres opfattelse af at falde med tilsammen 15 underkategorier. I tabel 4 gives en oversigt over inddelingen i kategorier og underkategorier. Antallet af informanter er påført i kursiv efter hver kategori.

Tabel 4. Oversigt over kategorier og underkategorier

Beskrivende kategorier	Underkategorier
Følelsesmæssig opfattelse af at falde <i>13 (9 kvinder og 4 mænd)</i>	At falde er en følge af at blive gammel At falde er flovt og pinligt At falde har en forklaring
At falde har konsekvenser <i>11 (7 kvinder og 4 mænd)</i>	Frygt for at falde Frygt for følgerne af at falde
Tager hånd om situationen <i>14 (9 kvinder og 5 mænd)</i>	Finder egne strategier Fravælger aktiviteter Bruger viden og tidligere erfaringer
Støtte fra omgivelserne <i>10 (7 kvinder og 3 mænd)</i>	Støtte fra familie og venner Støtte fra professionelle
Motivation og demotivation <i>14 (9 kvinder og 5 mænd)</i>	Glæde ved at være til nytte Sociale relationer Følelse af glæde, god samvittighed og latter Ønsket om at slappe af Barrierer i omgivelserne

Kategorien "følelsesmæssig opfattelse af at falde" beskriver ældres følelsesmæssige opfattelse af at falde og de oplevede ændringer, faldeepisoden havde på de ældres liv. Kategorien "at falde har konsekvenser" beskriver, hvilke konsekvenser faldulykken havde for de ældre, og hvilken betydning dette havde for deres identitet og autonomi. Kategorien "tager hånd om situationen" indeholder en beskrivelse af, hvordan ældre klarede at leve livet efter et fald; mens kategorien "støtte fra omgivelserne" handler om, hvilken betydning omgivelserne havde, når den ældre ikke selv magtede at klare livet efter et fald eller havde behov for praktisk hjælp og gode råd. Kategorien "motivation og demotivation" beskriver ældres opfattelse af, hvad der enten motiverede eller demotiverede ældre til at tage imod og deltage i faldforebyggende tiltag. Den underliggende struktur beskriver de ældres følelsesmæssige opfattelse og praktiske håndtering af at falde samt hvad der kunne påvirke deres motivation til at tage imod faldforebyggende tiltag.

5.1 Følelsesmæssig opfattelse af at falde

Kategorien "følelsesmæssig opfattelse af at falde" indeholder tre underkategorier: At falde er en følge af at blive gammel; at falde er flovt og pinligt; og at falde har en forklaring. Variationen i ældres opfattelse af at falde var stor. På den ene side opfattede de ældre faldeepisoden rationelt og logisk, mens de på den anden side følelsesmæssigt havde svært ved at acceptere den.

5.1.1 At falde er en følge af at blive gammel

Gennem analysen kom det frem, at alle gamle mennesker falder. De ældre havde oplevet deres mødre falde og havde derfor opfattelsen af, at alle gamle mennesker faldt som en helt almindelig og naturlig handling. Opfattelsen blandt de ældre var, at faldet var forårsaget af at kroppen blev ældre, og at de aldersmæssigt blev ældre. En ældre kvinde sagde:

... når folk de bliver gamle, så falder de jo. Det er da meget naturligt. Det har man jo altid gjort (Annie).

Kroppen ændrede sig så meget med alderen, at de ældre kunne have svært ved at kende deres kroppe. Kroppens reaktionsevne var blevet langsommere, og de ældre mistede lettere kontrollen over den. Når de ældre faldt, tog de ikke fra med hænderne på samme måde, som da de var yngre. Ydermere oplevede de ældre, at muskelstyrken i benene var blevet dårligere, og at de derfor ikke løftede benene så højt, når de gik. Faktorer som alle var medvirkende til, at de faldt. De ældre var derfor nødsaget til at opgive aktiviteter, som de tidligere kunne, men ikke magtede længere. Frustrationen over kroppens forfald og over ikke at kunne fortsætte livet som tidligere, betød at de ældre på forhånd afstod fra handlinger, som de ikke selv troede på, de formåede.

Det er at miste kontrol og det har noget med alderdom at gøre, fordi når man er ung, tager man fra, hvis man falder. Så tager man fra med hænderne eller ikke. Men man er fuldstændig uden kontrol, når man er gammel og ens reaktioner er ikke så hurtige mere og sådan... Men det er noget, der kommer med alderen, fordi jeg har været igennem en svær tid med at vende mig til at smutte... det kan jeg ikke mere, og det har gjort mig så frustreret, så nu vil jeg sådan med vilje bare sige, jamen at den bus den kan du ikke nå, så det skal du ikke... Man kan ikke genkende sig selv mere (Hanne).

5.1.2 At falde er flovt og pinligt

Selvom fald fornuftsmæssigt blev accepteret som et alderdomstegn, viste analysen, at de ældre følelsesmæssigt havde svært ved at acceptere at falde. Fald var både flovt og pinligt. En opfattelse, som blev forstærket, hvis andre mennesker overværede faldet, eller hvis de ældre efter en faldulykke skulle plejes af deres pårørende. For at beherske følelserne valgte de ældre enten at lave grin med hændelsen eller at bagatellisere den.

Ja det gør det så, det er sku da skide flovt... altså jeg skynder mig og ser at komme op, og hvad tænker andre mennesker - og altså folk er så søde og rare og kommer og siger: "faldt du?" nej det gjorde jeg ikke, her ligger jeg hver dag ved denne tid, men sådan er folk jo. De er jo så søde, jeg bliver nok lidt flov eller sådan. Hvad skal man sige, ih bare der nu ikke var nogen der så det? (Helle).

Omvendt viste analysen også, at de ældre ændrede levevis, hvis nederlagsfølelsen havde påvirket dem i en sådan grad, at deres værdighed var blevet krænket.

... men altså det sidste fald, jeg har haft her og skal være på rekreation hos min datter og så lægges i seng og tages op af sengen, hvor man før i tiden bare – hallo jeg skal komme efter dig. Så det, jo det har jeg taget, det sidste fald her, det har jeg taget som et stort nederlag. Og så har jeg også sagt til dem, det sker ikke mere (Jens).

5.1.3 At falde har en forklaring

Der var en logisk forklaring på og årsag til, at ældre faldt. Årsagen var forårsaget af en uhensigtsmæssig livsstil eller et hændeligt uheld. En opfattelse der betød, at de ældre undgik at forholde sig til, om den reelle årsag skulle findes hos den ældre selv. Årsagen til faldene blev tilskrevet, at de gik for hurtigt og derfor skulle sætte tempoet ned for at undgå at falde. Sådanne indgroede vaner kunne imidlertid være svære at ændre på, da kropslige udtryk var en del af den enkeltes identitet. Faldepisoder kunne undgås, ved at de tænkte sig bedre om, inden de bevægede sig. De ældre resignerede og accepterede tingenes tilstand, da de mente, at også dette kunne være vanskeligt at ændre på. Analysen viste, at de ældre havde opfattelsen af, at fald, som var forårsaget af for lidt motion eller for meget alkohol, var lettere at ændre på.

Ja øh og så bør jeg tænke mig bedre om og så har jeg for meget fart på (Katrine).

Nej jeg gør ikke nok for mine ben. Og jeg kan mærke det, hvis jeg bliver i sengen bare en dag og tager en sengedag. Jeg kan mærke det på mine ben. Altså, man skal beholde, man skal holde på det man kan, og det er jeg ikke god til. Men altså, det er jeg klar over, og jeg tænker det er din egen skyld (Hanne).

Men der har jeg, jeg faldt derhjemme i lejligheden, da jeg har siddet og set en fodbold-kamp, og der får jeg mig en whisky, og der har jeg fået mig en for meget (Jens).

Analysen viste, at de ældre mente, at fald var forårsaget af svimmelhed, dårligt syn, eller at de ikke løftede benene. Fornuftsmæssig og ved eftertænkning, var de ældre klar over, at de skulle passe på ikke at falde; men faldet kom pludseligt og uden varsel, og kroppen nåede derfor ikke at reagere.

De ældre påtog sig ansvaret for at falde, når forklaringen på faldet kunne føres tilbage til den ældre selv men følte sig både irriteret og magtesløs, når forklaringen var manglende ansvar fra myndighedernes side. Ujævne veje og fortove blev af de ældre opfattet som den største risikofaktor for at falde og betød, at de ældre skulle se ned på fortovet, for at holde øje med, hvor det gik.

Tænkte og tænkte satans også mand. Jeg gjorde bare en dumhed, jeg vidste jo godt, at jeg kunne slå denne her sammen (red: rollator) og det spekulerede jeg overhovedet ikke på. Så var det, at jeg tog, jeg røg ned på det første trin, og så røg den bare, og så røg jeg så med også (Niels).

Nej, det snakker alle om (red: ujævnheder i fortovet), nej vi skal have næsen ned i jorden hele tiden for at se på de fliser (Annelene).

5.2 At falde har konsekvenser

Kategorien ”at falde har konsekvenser” har to underkategorier; frygt for at falde; og frygten for følgerne af at falde. Faldeepisoden havde konsekvenser for ældres identitet og autonomi. Ældres personlige sikkerhed blev påvirket i en sådan grad, at den i yderste konsekvens kunne medføre social isolation. Samtidig var frygten for kongruerende sygdomme såvel som bekymringer for ens nærmeste af betydning for ældres faldoplevelse.

5.2.1 Frygt for at falde

Gennem analysen kom det frem, at ældre efter et fald blev nervøse og bange for at falde igen. De ældres gang blev mere forsigtig, og de gik med mindre skridt. Konsekvensen blev, at de ikke gik så langt af frygt for at falde. Faldeepisoden havde psykisk påvirket

dem i en sådan grad, at frygten for at falde var blevet irrationel. De ældre undlod derfor at gøre ting, som de godt vidste, de kunne men ikke turde.

Ja jeg er bange for at gå, det er jeg ... Ja jeg bliver sådan, ja jeg ved ikke, hvad jeg skal kalde det, jeg bliver jo nervøs... Ja jeg går meget forsigtigt... Ja der er nogen gange, så vil jeg gerne lidt længere ud, så må jeg vende om, for jeg tør ikke, så bare gå lidt hen ad gaden, det er frygteligt (Bente).

Jeg har fået en fuldstændig vanvittig og overdrevet angst for at falde, det vil sige, at jeg kan nogle ting, og jeg ved det heroppe, at det kan du godt, men jeg tør det ikke. Det er psykisk, at jeg passer overpasser på, ikke og det er også lammende, ikke. Jeg kan ikke beskrive - det er virkelig en frygtelig ting for mig at falde (Hanne).

Frygten for at falde var størst lige efter et fald, men blev mindre, som tiden gik. Når de ældre færdedes udendørs oplevede de, at frygten for at falde blev større, fordi risikoen for at snuble var forøget på grund af dårlige vedligeholdte veje og fortove.

Men det er altid værst, du kommer ned på gaden, for du er bange for at snuble... Jamen det er jo klart, nu skal du også tænke på, som vi lige snakkede om, så er det jo, at du skal kigge dig for, hvis du går op på et fortov lige meget hvor (Hans).

5.2.2 Frygten for følgerne af at falde

Analysen viste, at de ældre frygtede for følgerne af at falde. De frygtede for brud på knoglerne, men denne frygt forsvandt imidlertid, når den ældre havde konstateret, at der ikke var sket noget alvorligt. En ældre dame sagde:

Ja for jeg kan mærke, at der ikke er sket noget alvorligt, så er den væk igen (red: frygten), så er det ikke noget jeg spekulerer på (Katrine).

Udover frygten for frakturer, frygtede de kvindelige informanter for frakturer på grund af knogleskørhed. De ældre var klar over, at det var en risikofaktor, som de skulle være opmærksom på.

Det eneste jeg måske kan frygte lidt ved at falde, det er, om jeg skulle have noget knogleskørhed - altså jeg synes det der brak meget nemt (Lene).

Også hensynet til pårørende oplevedes af de ældre at have betydning for, hvilken opfattelse de ældre havde af at falde. De ældre bekymrede sig for, hvordan ægtefællen skulle klare sig, hvis konsekvenserne af faldet ville betyde, at de skulle indlægges på hospitalet.

Ja det var hoften, og hvad er der sket? Er den brækket eller alt sådan noget der og langvarige stråler og hvad med min mand, der skal være derhjemme? (Dorte).

5.3 Tager hånd om situationen

Kategorien ”Tager hånd om situationen” indeholder tre underkategorier: Finder egne strategier; fravælger aktiviteter; og bruger viden og tidligere erfaringer. Analysen viste, at ældre i meget stor udstrækning selv tog hånd om situationen og fandt egne strategier til at undgå fremtidige fald eller ophørte med aktiviteter, som kunne øge risikoen for at falde. Ældre gav udtryk for, at de havde en viden om, hvordan fald skulle forebygges, og hvis denne viden var utilstrækkelig, rådførte de sig med familien, vennerne eller en professionel.

5.3.1 Finder egne strategier

De ældre fandt i stor udstrækning egne strategier til at forebygge fremtidige faldepisoder. For de ældre handlede det om at skulle prioritere mellem at være aktiv og leve som før faldepisoden eller være passiv og undgå at falde. De ældre erkendte, at de havde brug for hjælp og valgte bevidst strategier, som fik hverdagen til at hænge sammen, så de kunne leve som før faldepisoden. De valgte strategier var enten aktive eller passive og rettet mod den ældre selv eller mod omgivelserne. Hvis de ældre ikke selv kunne håndtere hverdagen tilfredsstillende, fik de hjælp fra andre mennesker eller det offentlige sundhedssystem, så de kunne leve som før faldepisoden.

Jeg bruger alle hjælpemidler ved lov, ikke. Jeg får varer og intervarer (red: internet), og jeg får hjælp pengehjælp til at sende vask ud, og den bliver hentet og bragt, og hvad er det tredje - hjemmehjælp (Hanne).

Analysen viste, at de ældre havde en opfattelse af, at hverdagsaktiviteter som rengøring, havearbejde og indkøb var god motion, der holdt dem i gang og kunne forebygge fald. For at kunne klare hverdagen, havde de ældre opfattelsen af, at lettere øvelser som sengegymnastik og øvelser for benene var tilstrækkeligt til at kunne forebygge fald.

Allerede næste dag kunne jeg mærke, at det var blevet bedre, og jeg har ikke sparet mig selv for noget - altså jeg bevæger mig og jeg gør gymnastik og jeg kan gå ud i køkkenet og jeg kan vaske og ordne mig selv og alt sådan noget der (Dorte).

De ældre erkendte, at der kunne komme situationer i deres hverdag, hvor risikoen for at falde var stor, som for eksempel når de gik på glatte underlag eller ujævne fortove. De valgte derfor strategier, som passede til situationen og gav dem tryghed. Støtten kunne enten være fra en anden person, fra en stok eller ved at kigge ned i jorden, når de fik.

Var årsagen til faldulykken forårsaget af alkoholindtag, viste analysen også, at de ældre i større grad valgte helt at undgå alkoholindtagelse eller at nedsætte det. Denne direkte handling betød, at de ældre forventede at kunne undgå fremtidige fald.

Ja, altså for det første, som vi startede med, jeg kan jo godt lide en øl, og jeg kan også godt lide en whisky. Det har jeg sat ned (Jens).

5.3.2 Fravælger aktiviteter

De ældre fravalgte aktiviteter for at undgå at falde. Bevidstheden var stor om ikke at vælge aktiviteter, som gjorde dem bange og nervøse, da deres opfattelse var, at de ville falde. Derfor kravlede de ældre for eksempel ikke op på en stige, da de både blev svimle og følte, at risikoen for at falde ned, var stor.

Der er to af mine venner, hun står oppe på en stol, så faldt hun ned af stolen, men se sådan noget, gør jeg aldrig. For det tør jeg ikke. Jeg bliver svimmel, og jeg kan mærke på mig selv, at selv en stige - højst to trin, så er jeg færdig (Per).

Gennem analysen kom det frem, at de ældre undlod at deltage i træningsaktiviteter, når træningen havde medført, at de blev trætte eller fik smerter i kroppen. De ældre havde derfor opfattelsen af, at fysisk aktivitet ikke var godt for dem, hvorfor de fravalgte dette. Et fravalg, som både familien og den praktiserende læge bakkede op om.

Ja men jeg brugte en gang en og en halv time at gå hjem, for jeg kunne ikke gå på benene. Jeg måtte stå næsten og trække vejret indimellem, og jeg var ikke den eneste, der holdt (red: med træning på et center). Det var der mange der gjorde, og de sagde også, for ydermere så sagde jeg, nej jeg har talt med min læge, og hun siger også, at så skal du holde op (Hans).

Omvendt viste analysen også, at de ældre følte det som en stor sorg, hvis de nødtvungent skulle fravælge aktiviteter, som de tidligere havde sat stor pris på, men som nu medførte en forøget faldrisiko.

Nej det har jeg egentlig ikke tænkt, eller jo indtil jeg faldt, der spillede jeg stadig badminton, og det har jeg gjort hele livet, men det kan ikke lade sig gøre. ..det var en stor - ikke sorg, men jeg var meget ked af det. Jeg har spillet hele livet og havde det både godt og sjovt. Det er jo en god motion, men det kan ikke lade sig gøre (Katrine).

5.3.3 Bruger viden og tidligere erfaringer

Analysen viste, at de ældres viden om fald og faldforebyggelse havde betydning for at undgå at falde. Den viden, som de ældre tidligere havde fået ved at deltage i et kursus om faldforebyggelse havde stor betydning for, hvordan de ældre agerede i forbindelse med et fald eller efterfølgende i håndteringen af faldrisici.

Da jeg lå der, så tænkte jeg på det kursus, jeg havde været på, hvor de fortalte, at hvis man faldt, skulle man blive liggende lidt. Og altså, det var der i baghovedet med det samme. Altså, jeg skulle blive liggende lidt og undersøge om der var sket noget, og da jeg havde ligget lidt, tænkte jeg, at der ikke var sket noget, så jeg vendte mig om på knæ og rejste mig op og kunne (Dorte).

Egne erfaringer med at falde eller erfaringer, som andre havde haft, havde indflydelse på, hvordan de ældre håndterede situationen omkring et fald. De ældre havde gode erfaringer med, at fald kunne forebygges ved at være i bevægelse frem for at sidde stille i en stol.

Man skal bare ikke sidde stille i en stol hele dagen, det duer ikke, nej. For man låser sig fast, det duer ikke, man skal bevæge sig, ja det skal man (Annelene).

Også negative erfaringer oplevede de ældre som nyttig viden i forbindelse med forebyggelse af fald. Negative erfaringer betød, at de ældre for eksempel var meget opmærksomme på underlagets beskaffenhed, når de færdedes udendørs, da de havde erfaret, at ujævne fortove og dårlig vedligeholdte veje var en stor trussel mod at falde.

Ja men alle de damer jeg kender, de siger alle sammen, åh det er de fliser de ligger jo helt grimt - dem falder man over, og det er jo trist, man skal gå med næsen nede i jorden hele tiden og kigge, nå (Annelene).

5.4 Støtte fra omgivelserne

Kategorien "Støtte fra omgivelserne" har to underkategorier "støtte fra familie og venner" og "støtte fra professionelle". Kategorien beskriver, hvordan psykosocial støtte fra omgivelserne var en stor hjælp for de ældre, når de skulle håndtere fald og disses konsekvenser. Støtten kom fra familie og venner såvel som den praktiserende læge og skabte en følelse af tryghed hos de ældre.

5.4.1 Støtte fra familie og venner

Psykosocial støtte fra omgivelserne hjalp de ældre, når de skulle håndtere faldepisoder og disses konsekvenser. Analysen viste, at støtte fra familie og venner var væsentlig, når de ældre skulle forebygge faldulykker. Familie og venners engagement og tilstedeværelse skabte en følelse af tryghed og sikkerhed hos de ældre. Specielt støtten fra ægtefællen havde betydning for, hvordan de ældre håndterede fald og risikoen herfor. Ægtefællen gav de ældre tryghed ved sin tilstedeværelse og ved at overtage mange gøremål, som den ældre ellers tidligere havde udført. Ægtefællen var en god støtte, når ældre skulle færdes udendørs, hvor risikoen for at falde var størst.

Jeg vil så også vende det om og sige, at hvis jeg nu havde været alene, kunne det godt være, jeg havde taget imod det (red: hjælp udefra), hvis jeg følte, at jeg ikke havde nogen at støtte mig op af (Lene).

Det havde betydning for de ældre, at deres børn havde fokus på for eksempel at fjerne ledninger eller løse tæpper, så faldulykker kunne forebygges. Endvidere havde det betydning, at børnene hjalp de ældre med praktiske gøremål så som tøjvask og rengøring

eller med assistance ved trappegang. Familien skabte orden og tryghed omkring ældre og var med til at give den ældre identitet og tilhørsforhold.

Nå, men altså jeg er hæmmet meget, og meget afhængig af mine børn. .. Mine børn er fantastisk til at hjælpe og tage sig af mig. Og jeg forlanger, at de går foran mig på trappen, fordi at hvis jeg skvatter, og jeg tænker ikke på, at hvis jeg falder, så falder de også. Men jeg kan ikke gå ned af den trappe, uden at der er en foran. Det er psykisk og jeg kan ikke (Hanne).

Betydningen af at have et godt netværk var vigtigt i forbindelse med at håndtere fald og disse konsekvenser. Netværket var en kilde til praktisk hjælp, uanset om det drejede sig om en håndsækning eller en aflastning.

Hvis jeg skal have en kasse øl, så ringer jeg efter elektrikerens, som jeg kalder ham. Så komme han med en kasse øl og stiller, så kommer hun med (red: elektrikerens kone) - du mangler nok noget andet som frugt og noget andet, mælk og (Jens).

5.4.2 Støtte fra professionelle

Også støtten fra sundhedspersoner havde betydning for, hvordan de klarede at håndtere fald og forebyggelse heraf. Støtten fra for eksempel hjemmehjælperen blev af de ældre ikke altid opfattet som tilstrækkelig, da de ældre i situationer oplevede at have brug for mere hjælp for at kunne klare hverdagen.

Ja jeg kunne da godt have tænkt mig mere hjælp (red: hjemmehjælp) og sådan noget (Bente).

De ældre fandt, at den praktiserende læge var en god støtte, når de havde brug for viden om fald og faldforebyggende tiltag og i øvrigt havde problemer, der skulle løses. Den praktiserende læge blev derfor opfattet som den person fra sundhedssektoren, der havde størst betydning for den ældre i forbindelse med fald og håndteringen heraf.

Jeg er helt sikker på, at hvis jeg følte, der var problemer, og jeg gik over til vores egen læge, så ville hun med det samme finde en løsning, det har hun altid gjort (Lene).

5.5 Motivation og demotivation

Kategorien består af fem underkategorier: Glæden ved at være til nytte; sociale relationer; følelse af glæde, god samvittighed og latter; ønsket om at slappe af; og barrierer i omgivelserne. Kategorien beskriver forskellige motivationsfaktorer, som enten virkede fremmende eller hæmmende, og som havde betydning for, om de ældre tog imod eller deltog i faldforebyggende tiltag.

5.5.1 Glæde ved at være til nytte

Glæden ved at være til nytte beskrev de ældre som en vigtig motivationsfaktor og vigtig for at holde sig sunde og raske og forebygge fald. De ældre udtrykte glæde ved at passe hus og hjem, selvom de følte, at det kunne være fysisk anstrengende og til tider oversteg deres formåen. Dagens mange gøremål som pasning af hus/lejlighed/sommerhus kunne klares, hvis de fra morgenstunden lavede sengegymnastik eller lagde pauser ind mellem aktiviteterne. Gennem analysen kom det frem, at de ældre accepterede at få smerter, når de skulle ordne hus og have, og at smerten blev accepteret ved at være til nytte. Ydermere var glæden stor over at kunne hjælpe andre mennesker og blev fremhævet som betydningsfuld for deres motivation.

Ja og jeg gør gymnastik i sengen om morgnen, for at få blodet i gang og benløft og sådan noget. Og så har vi en et stort sommerhus oppe ved Ullerup, som også skal passes. ... Jeg vasker selv. Vi har vaskemaskine i kælderen, og vi ordner huset selv. Vi har ingen hjælp, vi støvsuger og ordner det hele (Dorte).

I de syv år, der har jeg holdt mig ved lige ved at pudse vinduer for gamle damer inde i Lillegården, klippet deres hæk, gået lidt i byen for dem. Jo så jeg har ikke siddet deroppe i de syv år, jeg har nydt det (Jens).

5.5.2 Sociale relationer

Samhørighed og sociale relationer påvirkede ældres motivation og havde betydning for, om de deltog i forskellige aktiviteter. Det skabte tryghed og styrkede motivationen, når de ældre havde en aftale om at mødes med en anden person, eller hvis de var en del af en gruppe eller blot mødte én, som de kendte. Denne indre drivkraft betød, at de ældre nød glæden ved og deltagelse i aktiviteterne. Det gav de ældre en indre tryghed at vide, at gruppedeltagerne og vennerne udviste omsorg for hinanden og tog kontakt, hvis det var længe siden, en deltager var mødt op.

Jeg har gået til vandgymnastik, men så holdt vores lærerinde op, og så var der en dame, hun er 96, og hun begyndte at sludre så meget i saunaen, og vi blev så enige om at gå selv. Så vi går selv. Vi mødes hver torsdag i vinterhalvåret og nyder at lave noget gymnastik i vandet (Dorte).

En anden beskrev det således: *Det er alfa og omega for mig, altså jeg ville dø af ked-somhed, hvis jeg ikke havde nogen gode venner, og når jeg er færdig med at se morgen TV... så går jeg derned (red: værtshus), for der er altid nogle der siger hej Åge. Der er nogle, jeg kender. Det er så vidunderligt, det kan jeg godt lide (Åge).*

Udover glæde ved at være sammen med andre ældre, havde de ældre også opfattelsen af at socialt samvær kunne bibringe yderligere glæde og selvtilfredsstillelse, da de ældre udover selve aktiviteten også fik mulighed for at komme på tur og få andre oplevelser

og udfordringer, end de kendte. Ydermere blev de ældre transporteret frem og tilbage og kunne tillige købe deres middagsmad, hvilket var yderligere fordele.

..hun (red: en bekendt) kommer ovre på plejehjemmet to gange om ugen, bliver hentet og bragt, og går med på tur og var med i det, der skete. Og sådan noget kunne jeg egentlig godt tænke mig, så kunne man købe sin middag derovre, og blive hentet og kørt hjem igen bare én dag om ugen. Men det ved jeg ikke, om man kan (Dorte).

Omvendt viste analysen også, at socialt samvær ikke altid blev opfattet som positivt af de ældre. Ældre havde en opfattelse af, at faldforebyggende tiltag var for syge og gamle mennesker, som de ældre ikke ønskede at blive identificeret med. Denne opfattelse var imidlertid en barriere, når de ældre for eksempel skulle deltage i holdtræning sammen med jævnaldrende, eller hvis de fik anbefalet at anvende hoftebeskyttere for at minimere skaderne ved et fald.

5.5.3 Følelse af glæde, god samvittighed og latter

Ældres motivation blev stimuleret, hvis faldforebyggende tiltag var sjove og inspirerende. Sjove og inspirerende aktiviteter gav de ældre kropslig velvære og psykisk velbefindende. En ældre dame sagde:

Jeg gik til yoga, når jeg kom derfra, så følte jeg, at jeg var blevet højere altså virkelig vokset lidt og havde god samvittighed, og i det hele taget haft det dejligt (Hanne).

Medierne - specielt fjernsynet havde en indvirkning på ældres motivation for at deltage i faldforebyggende aktiviteter. Fjernsynet kunne sprede glæde til personer, som ikke normalt fandt glæde ved bevægelse. De ældre identificerede sig med de personer, der havde det sjovt, hvilket var incitament nok til selv at begynde med lignende aktiviteter.

Så har jeg set nogen, der har startet noget for indvandrere, som ikke rører sig meget, det gør de altså ikke, og den måde de går ned i den her lille kreds, og da jeg så det, jeg blev så rørt over det, fordi at det var vel imod deres egen lyst, men nød det, og de grinte meget, og det var meget dejligt, så det er faktisk fjernsynet, det trækker (Hanne).

5.5.4 Ønsket om at slappe af

Ønsket om at slappe af efter et langt arbejdsliv, var for flere ældre afgørende for, om de ville tage imod faldforebyggende tiltag. De ældre fandt det svært at motivere sig selv til for eksempel at cykle på en motionscykel, også selvom cyklen stod i stuen. Det var en bevidst handling ikke at udføre aktiviteter, som de ellers var klar over ville være sundhedsfremmende for dem. De ældre kendte konsekvenserne af ikke at tage imod og deltage i faldforebyggende programmer, men på trods heraf fandt de ingen motivation.

Nej altså nej fordi, jeg vil ikke forlænge mit liv, altså ved at knokle på, og det har jeg sku gjort rigeligt i mit liv. Jeg kan godt lide at slappe af (Per).

Jeg har sgu en cykel stående derhjemme, altså oppe i lejligheden, hvor den står og fylder op. Den gider jeg ikke engang sætte mig på (Jens).

Men jeg er godt klar over, at jeg skulle lave meget mere motion. Jeg er en doven fætter. Jeg elsker for eksempel at sidde i min sofa og se TV, drikke kaffe og hygge mig (Åge).

5.5.5 Barrierer i omgivelserne

Barrierer fra omgivelserne kunne virke hæmmende på ældres motivation til at deltage i faldforebyggende programmer. Faldforebyggende aktiviteter var dyre og en medvirkende faktor til, at ældre ikke tog imod dem. Aktiviteterne skulle være let tilgængelige og tilfredsstillende, hvis de ældre skulle investere tid og penge i dem. Besværlige adgangsforhold og overfyldte svømmehaller var eksempler på barrierer, som fik ældre til at fravælge faldforebyggende tiltag.

For jeg vil helst om morgenen, det har jeg prøvet, og det er helt håbløst. Så det bliver gerne ved middagstid, og der skal man tage sig mere sammen, så bliver dagen så spredt, og men det er lidt for dårligt, at jeg ikke har gjort det, det er det og Råbæk er sådan set det sted, hvor man bedst kan komme til (Katrine).

Faste mødetidspunkter blev af de ældre opfattet som demotiverende for deltagelse i faldforebyggende aktiviteter. Efter et langt arbejdsliv med faste mødetidspunkter viste analysen, at de ældre ønskede at bryde dette mønster. De ældres motivation dalede, hvis de skulle deltage i aktiviteter, der havde faste mødetidspunkter. De ældre ønskede selv at bestemme, hvornår de skulle bruge tiden, og hvad den skulle bruges til.

Da jeg holdt op med det (red: at arbejde), så sagde jeg, der er aldrig nogen, der skal få mig til møde klokken det og det og det (Jens).

Engagerede undervisere blev af de ældre værdsat meget højt og opfattet som vigtig, hvis de ældre fortsat skulle have lyst til og nyde de forskellige aktiviteter, de deltog i. De ældre var glade for den tryghed og det fællesskab, som underviseren kunne skabe. Hvis underviseren holdt op, så havde de ældre ikke lyst til at fortsætte.

Ja jeg har gået 25 år til gymnastik. Og jeg var ked af det, da jeg holdt op, men der var jeg jo så også blevet 80, og så var der en, der ringede til mig, og sagde,... Hun (red: læren) har ikke lyst mere. Og nu gider vi altså ikke komme mere, og så siger jeg, jeg begynder ikke med nogen nye damer. Det gider jeg ikke, og så stoppede jeg (Annelene).

6 Diskussion

Med udgangspunkt i Lazarus & Folkmans (1984) copingteori, motivationsbegrebet beskrevet af Ryan & Deci (2000) og en biomedicinsk forståelsesramme vil jeg i det følgende diskutere undersøgelsens resultater for at få en forståelse for ældres opfattelse og håndtering af at falde. Herefter vil jeg diskutere, hvad der påvirker ældres motivation til at deltage i faldforebyggende tiltag med henblik på kunne målrette fremtidige indsatser. Slutteligt vil jeg diskutere undersøgelsens metodiske tilgang på baggrund af in- og eksklusionskriterier, og om undersøgelsens validitet og reliabilitet samt kriterier for generaliserbarhed opfyldes. I dette kapitel er der taget nye referencer med, hvor det har været aktuelt.

6.1 Resultatdiskussion

Undersøgelsens resultater blev fundet på baggrund af interviews med ældre, som efter et fald havde henvendt sig på skadestuen på Bispebjerg Hospital. Resultaterne viste stor variation i ældres opfattelse af at falde, og der blev på baggrund af de ældres udtalelser beskrevet fem kategorier, som alle fremstiller variationen i ældres opfattelse af at falde, håndtering af fald samt hvilke faktorer, der af de ældre blev opfattet som fremmende eller hæmmende for deres deltagelse i faldforebyggende tiltag.

6.1.1 Følelsesmæssig opfattelse af at falde

Variationen i ældres opfattelse af at falde var stor. På den ene side opfattede de ældre faldeepisoden rationelt og logisk, mens de på den anden side havde svært ved følelsesmæssigt at acceptere den. De ældre havde en opfattelse af, at fald både var flovt og pinligt, hvilket var medvirkende til, at de tog faldeepisoden som et stort nederlag. Samtidig havde de ældre opfattelsen af, at fald var en konsekvens af at blive ældre som følge af kroppens aldring, og fordi de ældre havde en opfattelse af, at gamle mennesker altid har faldet. De ældre havde endvidere opfattelsen af, at fald var forårsaget af svimmelhed, dårligt syn, eller at de ikke løftede benene og derfor lettere faldt over ujævne fortove.

Ved at anskue de ældres opfattelse af at falde ud fra Lazarus & Folkman's (1984) copingteori om primær/sekundær vurdering, ser det ud til, at de ældre anvender en undgående copingstrategi. De ældre accepterede at falde, fordi det har gamle mennesker altid gjort, eller fordi de ældre kunne finde en årsag til, at de var faldet. Når de ældre samtidig havde opfattelsen af, at fald var flovt og pinligt og et stort nederlag for dem, så vurderede de faldeepisoderne som betydningsløse og irrelevante, og skubbede oplevelsen fra sig. En opfattelse som betød, at de ældre valgte en undgående copingstrategi, hvor de ikke forholdt sig til, om fald kunne være et sundhedsproblem, der skulle tages hånd om. Lignende resultater finder Folkman et al. (1987), mens Yardley et al. (2006a) har fun-

det, at ældres kontrol over egen adfærd har betydning for, hvordan de håndterer fald og antyder, at fald kan opfattes som en trussel mod den enkeltes identitet og autonomi.

De ældre har frihed til at vælge, men når valgene påfører dem skader med dårligere livskvalitet til følge, har sundhedsvæsenet en opgave i at hjælpe de ældre frem til en situation, hvor de *kan* vælge selv, herunder vælge til og vælge fra. Når sundhedsprofessionelle skal intervenere i forhold til ældres uhensigtsmæssige copingstrategier, må adfærden forstås som en mestring og ikke som en problemadfærd. Sundhedsprofessionelle skal anerkende, at ældre anvender den form for strategi. Hermed bliver sundhedsforståelsen, som beskrevet af WHO (1986), både positiv og bred (Jensen 2000).

Fald er ikke nødvendigvis en konsekvens af at blive gammel. Risikoen for fald stiger med stigende alder, og hver tredje person over 65 år falder mindst én gang om året (American Geriatrics Society 2001, Todd & Skelton 2004, Larsen et al. 2005). Fald skyldes ofte et samspil mellem flere forskellige faktorer, men et væsentligt element er det aldersrelaterede tab af muskelmasse, som medfører utilstrækkelig muskelstyrke og udholdenhed og bevirker en nedsat evne til at undgå at falde, hvis man snubler eller træder forkert (Sundhedsstyrelsen 2006). Derfor var de ældres egen opfattelse af, at de ikke løftede benene og derfor faldt, helt reelle.

De ældre havde opfattelsen af, at svimmelhed og dårligt syn kunne betyde, at de faldt. Samme resultater rapporterer Larsen et al. (2004). Pothula (2004) har vist, at hovedparten af ældre, der henvender sig på skadestuen efter et uforklaret fald, har symptomer på vestibulær dysfunktion for eksempel svimmelhed eller balanceproblemer. Også nedsat syn er forbundet med en forøget risiko for at falde (Todd & Skelton 2004).

De ældre accepterede at falde, når årsagen kunne relateres til den ældre selv, men hvis årsagen skyldtes ujævne fortove og glatte gulve, var faldet sværere at acceptere. Dette kan forklares med følelsen af kontrol, idet risici, som er forbundet med situationer, den enkelte selv kan kontrollere, ifølge Grandjean et al. (2001) opleves som mere acceptable end de risici, der kontrolleres af andre. Fald som følge af ydre faktorer, for eksempel ujævne fortove og glatte gulve anføres som den hyppigste rapporterede årsag til fald (Masud & Morris 2001)

Ifølge Grandjean et al. (2001) er menneskers risikooplevelse afgørende for, hvordan de reagerer på risikoen og bygger på menneskers egen viden og holdninger. De ældre oplevede ikke faldulykker som et sundhedsproblem, de skulle agere på. De ældres viden om og holdning til fald betød, at de bagatelliserede hændelsen og derfor ikke agerede på, at der eventuelt kunne være en bagvedliggende årsag til faldet. På baggrund af en evidensbaseret biomedicinsk forståelsesramme tyder det på, at den valgte copingstrategi er uhensigtsmæssig. Der er således uoverensstemmelse mellem, hvordan de ældre vurderede faldepisoden, og hvordan den mest hensigtsmæssigt bør vurderes på baggrund af dokumenteret evidensbaseret viden. Det er derfor centralt, at der bygges bro mellem de ældres opfattelse af "det gode liv" og de sundhedsprofessionelles faglige viden for at minimere ældres faldulykker.

6.1.2 At falde har konsekvenser

Et andet delresultat viste, at de ældre, som følge af at være faldet, fik en overdreven frygt for at falde igen. De ældre beskrev frygten som meget forfærdelig og angstfremkaldende og medførte, at de passede ekstra meget på, når de færdedes udendørs og indendørs. De ældre undlod derfor at gøre ting, fordi de frygtede for at falde.

Ifølge Lazarus & Folkman's (1984) copingteori om primær/sekundær vurdering vurderede de ældre faldeepisoden som en trussel mod deres velbefindende. De ældre reagerede med frygt eller panik, fordi de ved tidligere faldeepisoder havde oplevet ubehagelige situationer og langvarige behandlingsforløb. For at få kontrol over situationen valgte nogle ældre en undgående copingstrategi, hvor de undlod at gøre ting, som de godt viste, de kunne men ikke turde, mens andre valgte en problemfokuseret copingstrategi og søgte hjælp fra pårørende og/eller den praktiserende læge. De ældre forholdt sig dermed ikke til, om der kunne være en bagvedliggende årsag til at de faldt med mindre de pårørende eller den praktiserende læge tog hånd om situationen. Ifølge Lazarus & Folkman (1984) er det situationens grad af alvor, der afgør, hvilken copingstrategi der vælges. Yardley et al. (2006a) fremhæver, at ældres kontrol over egen adfærd har betydning for, hvordan ældre håndterer fald og antyder, at fald kan opfattes som en trussel mod den enkeltes identitet og autonomi.

Internationale studier viser, at prævalensen af "frygten for at falde" er mellem 29-55 % og stiger til 50-65 % hos hjemmeboende ældre, der tidligere er faldet, og der ses sammenhæng mellem frygt for at falde, dårligere sundhedstilstand og reduceret livskvalitet (Arfken et al. 1994, Lachman et al. 1998, Tinetti et al. 1994, Liddle & Gillear 1995, Legters 2002, Salkeld et al. 2000). Austin et al. (2007) har vist, at "frygten for at falde" skyldes svækket balance og nedsat mobilitet, og at styrke- og balancetræning skal iværksættes tidligt. Rosell et al. (2005) har anført, at yngre ældre ikke er bange for at falde. En holdning, som ifølge Rosell et al. (2005) er meget afgørende for, om den enkelte anser sig selv for at være i risiko for at falde.

De ældre frygtede for konsekvenserne af det at falde, hvilket ikke er ubegrundet, da internationale studier har vist, at 20-60 % af faldene resulterer i skader, hvoraf 0-15 % får alvorlige behandlingskrævende skader (Sundhedsstyrelsen 2006). Ydermere ses en markant stigning blandt ældre over 65 år, som pådrager sig en hoftefraktur (NOMESCO 2006).

6.1.3 Tager hånd om situationen

Et tredje delresultat viste variation i, hvordan de ældre håndterede faldproblematikkerne. De ældre tog i stor udstrækning selv hånd om situationen og fandt egne strategier til at undgå fremtidige fald eller ophørte helt med aktiviteter, som kunne øge risikoen for fremtidige fald. De ældres viden om fald og faldforebyggelse havde indflydelse på, hvilken strategi de valgte.

De ældre var optaget af, hvordan de kunne takle hverdagen uden fald. I tråd med Lazarus & Folkman's (1984) definition af coping, beskrev de ældre, hvordan de med baggrund i deres viden om fald og faldforebyggelse kontinuerligt forsøgte at tilpasse sig og håndtere udfordringer i hverdagen for at forebygge fald. Havde de ældre følelsen af, at de ikke magtede situationen, valgte de en copingstrategi, som enten medførte, at de begrænsede deres bevægемuligheder, at de undgik aktiviteter, der kunne forårsage fald eller at de ændrede livsstil. Oversteg problemerne de ældre ressourcer, søgte de hjælp fra de pårørende eller fra det offentlige system.

De ældre håndterede faldproblematikkerne på baggrund af, hvad der forårsagede fald og valgte en levevis herefter. Deres viden om fald og faldforebyggelse havde de erhvervet ved at tale med andre i lignende situationer eller ved at tale med en sundhedsprofessionel. Ældres viden om fald og faldforebyggelse er selvsagt meget individuel, men Yardley et al. (2006b) har fundet, at ældre er vidende om, hvordan fald kan forebygges, og at de for eksempel gerne vil deltage i styrke og balancetræning, hvis de anser det som relevant for at holde sig friske og raske.

Når ældre begrænser deres bevægемuligheder eller helt ophører med aktiviteter kan det betyde, at de langsomt mister funktioner og derfor bliver tiltagende inaktiv, med mindre de kompenserer for den manglende aktivitet med at på anden vis at være fysisk aktiv (Avlund 1995). Andre forskningsresultater indikerer, at en fysisk inaktiv livsstil kan være en primær årsag til skrøbelighed hos ældre, da inaktivitet medfører, at muskelstyrken ikke vedligeholdes og risikoen for balanceproblemer, funktionsevnetab og fald øges (DiPietro 1996, Morey et al. 1998, Roubenoff 2000).

De ældre havde opfattelsen af, at hverdagsaktiviteter som rengøring, havearbejde og indkøb var god motion og i de fleste tilfælde tilstrækkelig til at forebygge fald. I nogle situationer havde de ældre erfaret, at sengegymnastik og lette øvelser for benene var godt for kroppen og tilstrækkeligt til at forebygge fald. Denne opfattelse understøttes af Phillips et al. (2004), som finder, at ældre er af den opfattelse, at de er tilstrækkeligt fysisk aktive ved almindelige gøremål. For at vedligeholde sundheden er det dokumenteret, at ældre skal være fysisk aktive mindst 30 minutter med moderat intensitet alle ugens dage, og for at reducere risikoen for fald skal ældre derudover være fysisk aktive med minimum to ugentlige aktiviteter, der forbedrer muskelstyrken og konditionen (Nelson et al. 2007).

Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og fald er ikke entydig, da faldrisikoen er forøget under fysisk aktivitet (Gregg et al. 2000). Gregg et al. (1998) viser, at andelen af fald blandt ældre kvinder er størst blandt de mindst og de mest fysisk aktive, og at fysisk aktivitet nedsætter risikoen for hoftefraktur. Ifølge American Geriatrics Society (2001) er nedsat muskelstyrke en af de vigtigste risikofaktorer for fald. En metaanalyse, hvori indgår muskelstyrkedata fra 13 prospektive studier, viser, at nedsat muskelstyrke i underekstremiteterne er forbundet med en fordobling af risikoen for at falde generelt, mens risikoen for gentagne fald er tredoblet (Moreland et al. 2004).

De ældre forsøgte at forebygge fald ved individuelt tilrettelagt træning for at mindske faldrisikoen. Fysisk aktivitet og træning var imidlertid forbundet med smerter, stivhed

og træthed – forhold der ikke umiddelbart blev forbundet med sundhed og velvære. Det var derfor svært for de ældre at forestille sig, hvordan motion og træning kunne lette dagligdags aktiviteter og øge livskvaliteten. De ældre fravalgte derfor aktiviteterne, hvilket blev støttet af de pårørende og den praktiserende læge. Studier har vist, at muskuloskeletale lidelser og skader er en af de større barrierer for regelmæssig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper (Fontaine & Haaz 2006, Hootman et al. 2002). King et al. (1998) har vist, at oplysning og undervisning om fysisk aktivitet kan reducere eller fjerne unødigt bekymring hos ældre. Schutzer & Graves (2004) har vist, at den praktiserende læge er vigtig i forhold til at motivere ældre til at være fysisk aktiv.

6.1.4 Støtte fra omgivelserne

Et fjerde delresultat viste, at de ældre var i stand til at håndtere de udfordringer og situationer, de mødte på forskellig vis. De ældre fandt egne strategier til at forebygge fald, så længe de daglige begrænsninger var overkommelige og til at håndtere. Når kravene oversteg de ældres ressourcer, søgte de støtte fra forskellige dele af deres netværk, blandt andet ægtefællen, venner og familie eller en sundhedsprofessionel. At søge hjælp var en vigtig problemfokuseret copingstrategi for de ældre, hvilket betød, at de kunne træffe de nødvendige forholdsregler for lettere at kunne klare hverdagen. Ifølge Lazarus & Folkman (1984) kan stressede situationer overgå den enkeltes ressourcer, og hvor normale handlinger ikke virker, kan det være nødvendigt at søge hjælp fra andre.

Ægtefællen var den største støtte for de ældre. Dels var der den instrumentelle støtte med hensyn til at få hverdagen til at hænge sammen, ved at ægtefællen overtog mange gøremål, som den ældre tidligere havde udført. Dels var der den emotionelle støtte, ved at ægtefællen gav tryghed med sin tilstedeværelse og med, at kunne få faldepisoden bearbejdet. Ældre, som bor alene, har ikke samme mulighed for støtte, hvilket kan være et problem. Denne antagelse understøttes af, at samboende ældre har lavere risiko for at falde, end når ældre bor alene (Wickham et al. 1989).

Den praktiserende læge var den person, som gav de ældre bedst støtte og opbakning, når de havde brug for viden om fald og faldforebyggelse, og som de ældre var mest trygge ved. Dette understøttes både af Yardley et al. (2007) og af The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group (2001), som har fundet, at støtte og motivation fra den praktiserende læge er af speciel stor betydning for de ældre.

6.1.5 Motivation og demotivation

Et femte delresultat viste, at de ældre søgte at få tilgodeset deres behov for kompetence, selvbestemmelse og sociale relationer, og at deres motivation blev påvirket af, i hvilket omfang faldforebyggende tiltag tog hensyn til disse behov. Motivationsfaktorerne kunne enten være fremmende eller hæmmende.

Ved at anskue dette delresultat ud fra Ryan & Deci's (2000) selvbestemmelsesteori, fik de ældre opfyldt behovet for kompetence ved at være til nytte enten ved at passe deres hus og hjem, eller ved at kunne hjælpe andre. De ældre fik en følelse af at kunne være effektiv samtidig med, at de følte en tryghed i forhold til at kunne anvende deres kompetencer. Belønningen i form af anerkendelse ved at have udført opgaven betød, at de ældres motivation blev stimuleret yderligere. Ryan & Deci (2000) konkluderer, at behovet for at udvikle kompetencer i form af livskompetencer får mennesker til at søge udfordringer på et passende niveau, så deres færdigheder og kvalifikationer udvikles. Kompetenceudvikling er ifølge Ryan & Deci (2000) væsentlig i forhold til at stimulere den indre og ydre motivation.

Nogle ældre ønskede ikke at deltage i faldforebyggende aktiviteter, men havde et ønske om at slappe af og være selvbestemmende. Disse ældre følte, at de gennem et langt liv havde været styret af faste mødetidspunkter og ønskede nu at bestemme selv, derfor fandt de også aktiviteter med faste tidspunkter demotiverende. Omvendt blev andre ældre motiveret ved at deltage i aktiviteter, som gav dem glæde og positive kropsoplevelser, hvilket gav dem oplevelse af selvbestemmelse. Autonomi er ifølge Ryan & Deci (2000) forbundet med oplevelsen af at kunne handle af egen fri vilje og af at kunne træffe frie valg samt betinget af, at de ældre i situationen har indflydelse og kontrol, samtidig med, at de er involveret i situationen.

Undersøgelsen viste, at samhørighed og sociale relationer påvirkede de ældres motivation og havde betydning for, om de deltog i forskellige aktiviteter. De ældre fik i nogen grad indfriet behovet ved at deltage i aktiviteter, hvor der også deltog andre ældre. Omvendt sås, at nogle ældre var tilbageholdende med at indgå i sociale relationer, fordi de ikke ønskede at blive identificeret med syge og gamle mennesker. Ifølge Ryan & Deci (2000) må samværet ikke blive for tæt, da konsekvensen kan være, at de ældre mister deres autonomi. Gode relationer og tryghed i miljøet er forudsætninger for at motivationen styrkes (Ryan & Deci 2000).

De ældres motivation dalede, når de mødte barrierer i omgivelserne. Det kunne for eksempel være, når adgangsforholdene var besværlige, og når udgifterne ved at deltage oversteg de ældres muligheder. Omvendt kunne engagerede undervisere stimulere de ældres motivation til at deltage i faldforebyggende aktiviteter. Yardley et al. (2007) fremhæver, at ældres motivation for at deltage i faldforebyggende træning afhænger af, om den enkelte ser det som en fordel, tror på det, og om det er passende i relation til at opretholde en social status. Faktorer der kan stimulere ældres motivation er blandt andet at de ældres egen læge og familie bifalder, opmuntrer og støtter op om deltagelse, at aktiviteterne er sjove og at den ældre oplever fysisk fremgang og socialt samvær (Rosell et al. 2005, Yardley et al. 2006b, 2007).

6.2 Metodediskussion

6.2.1 Valg af informanter

Undersøgelsen har søgt at afdække variationen i ældres opfattelse af at falde ved hjælp af en kvalitativ interviewundersøgelse blandt ældre, som efter et fald henvendte sig på skadestuen, Bispebjerg Hospital, men det kunne have været relevant, om undersøgelsen også havde inkluderet ældre, som havde fået en hoftefraktur efter en faldepisode for at få en bredere og nuanceret forståelse af fænomenet at falde.

De ældres gennemsnitsalder var 77 år, fem var samboende, og halvdelen havde kun erfaring med én faldepisode. Ifølge Larsen et al. (2004) øges risikoen for fald, hvis ældre tidligere er faldet, bor alene og er over 80 år, eller er kvinde. Dette kunne indikere, at studiepopulationen havde flere ressourcer og var mindre skrøbelige. I tillæg ses, at ældre på 75 år og derover er mere tilbøjelig til at falde indendørs end ældre under 75 år, idet indendørs fald er forbundet med skrøbelighed (American Geriatric Society 2001). Langt hovedparten af interviewpersonerne i undersøgelsen var faldet udendørs, hvilket kunne antyde, at gruppen var mindre skrøbelige og dermed mere aktive.

Udvælgelsen af informanter blev foretaget strategisk på baggrund af in- og eksklusionskriterier. Det kunne have styrket undersøgelsen at inddrage oplysninger om informanternes socialgruppe, da der ofte ses variation mellem socialgrupper i opfattelsen af at falde (Larsen et al. 2004).

Intentionen var at opnå ligelig fordeling mellem mænd og kvinder for at få den størst mulige variation i ældres opfattelse af at falde, men fem mænd og ni kvinder accepterede at deltage. Östlin et al. (2007) peger på, at kønsperspektivet kan have indflydelse på resultaterne af en undersøgelse, da mænd og kvinder har forskellige sundheds- og sygdoms mønstre. Det kunne derfor have styrket undersøgelsen, om fordelingen af mænd og kvinder havde været mere ens. Alle informanter leverede bidrag til det endelige resultat, men der var enkelte informanter, som i særlig grad bidrog til en forståelse af ældres opfattelse af at falde.

En begrænsning i undersøgelsen er, at det kun er ældre, som havde pådraget sig mindre skader frem for alle ældre, som efter et fald henvendte sig på Bispebjerg Hospital. En yderligere begrænsning ved undersøgelsen er, at 10 personer afslog at deltage i et interview. På grund af konfidentialitet ved jeg ikke, hvorfor de afslog, af dem var fire mænd og seks kvinder, og de var mellem 70-91 år.

6.2.2 Undersøgelsens validitet og reliabilitet

Kvalitative forskningsmetoder er velegnet til at få viden om og forståelse for menneskers oplevelser, intentioner, handlinger og motiver samt til at evaluere sundhedsvæsenets funktioner og interventioner. Denne undersøgelses formål var at få viden om og forståelse for, hvilken opfattelse ældre havde af det at falde, hvordan de håndterede at

falde, samt hvad der påvirkede ældre til at deltage i faldforebyggende tiltag, derfor var den kvalitative metode velegnet (Schmidt & Dyhr 2003). Det semi-strukturerede interview som dataindsamlingsmetode og fænomenografi som analysemetode var velegnet, da det var variationen af de ældres opfattelse af at falde, der var centralt.

Jeg vurderer, at kvaliteten af det indsamlede datamateriale er tilfredsstillende, da de ældre fortalte frit og med egne ord om fænomenet ”at falde”, og hvordan det blev oplevet og forstået, hvilket er intentionen med fænomenografisk metode (Lepp & Ringsberg 2002). Ifølge Lepp & Ringsberg (2002) skal intervieweren have en accepterende attitude og vise interesse for, hvad informanterne fortæller. I interviewprocessen arbejdede jeg løbende med at forbedre interviewteknikken, alligevel kunne jeg have spurgt mere ind til det, de ældre fortalte om. Dette kunne have forbedret kvaliteten af datamaterialet.

Malterud (2003) anbefaler, at forskeren inden studiets start gøre sig sin forforståelse klar, da forskerens erfaringer og faglige perspektiver kan give styrke til studiet, men resultaternes validitet og reliabilitet kan blive reduceret, hvis forskerens forståelsesramme er for tydelig i materialet. For at blive bevidst om min forforståelse, og for at distancere mig fra den under interviewet og under data - og analysebearbejdningen, blev jeg selv interviewet om min forforståelse, inden jeg gik i gang med undersøgelsen. Efterfølgende diskuterede jeg min forforståelse med mine kollegaer. Under interviewene fandt jeg det vanskeligt ikke at rådgive de ældre om fald og faldforebyggende tiltag, men ved at være bevidst om det, lykkedes det bedre. Som uddannet fysioterapeut har jeg gennem mange år arbejdet fagligt og organisatorisk med ældre og deres faldproblematikker. Min erfaring og viden om undersøgelsens emne er derfor stor. Denne baggrund har både været en svaghed og en styrke, men Malteruds (2003) råd om at have et aktivt og bevidst forhold til sin forforståelse blev fulgt.

Svagheden ved den fænomenografiske metode er, hvordan kategorierne ”viser sig” i analysen, og om fænomenografien beskriver virkeligheden, som den opfattes af informanterne (Alexandersson 1994). Ved analysen sker der en dekontekstualisering, hvor udsagnene fjernes fra den sammenhæng, de optræder i og samles i en ”pool of meanings” (Marton 1986). Udsagnene gives derved egen status og kobles fra individets egen opfattelse af virkeligheden og den kompleksitet, det indgår i. Det er en oplagt faldgrube, at kategorierne kommer til at afspejle forskerens egne forudfattede meninger (Alexandersson 1994). Det har jeg forsøgt at tage højde for ved at være bevidst om min forforståelse og ved at drøfte resultaterne med andre. Herved får læseren mulighed for at foretage egne vurderinger. Yderligere testede en medforsker graden af overensstemmelse mellem kategorier, underkategorier og citater for at sikre reliabiliteten. Interrater-reliabiliteten var 96 %, hvilket ifølge Alexandersson (1994) er højt.

6.2.3 Generaliserbarhed

For at kundskaber skal kunne deles med andre, er generaliserbarhed en forudsætning. Resultaterne af fænomenografiske studier lader sig ikke generalisere i samme grad som i kvantitative studier. I kvalitative studier handler det om, i hvilket omfang resultaterne

fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan gælde i andre lignende situationer (Kvale 1997). Fordelen ved at anvende den fænomenografiske tilgang er ifølge Lepp & Ringsberg (2002), at variationerne i de forskelliges opfattelser løftes op over et konkret niveau til et mere abstrakt niveau. Strukturen herfra kan overføres til lignende situationer (Malterud 2003, Lepp & Ringsberg 2002). Sammenholdes undersøgelsens resultater med resultaterne af litteraturstudiet kan undersøgelsens resultater generaliseres til andre ældre, der er faldet, hvis gruppen af informanter er sammenlignelige.

7 Konklusion

Undersøgelsen viste stor variation i de ældres opfattelse af at falde. De ældre accepterede at falde som følge af at være blevet ældre. Samtidig var opfattelsen, at fald både var flovt og pinligt og havde en forklaring. Nogle ældre oplevede frygten for at falde som dominerende. De ældre opfattede imidlertid ikke fald som en risikofaktor, der skulle tages hånd om, men håndterede situationen ved at begrænse deres bevægelsesmuligheder eller ved at fravælge aktiviteter for at forebygge fremtidige fald. Hvis kravene oversteg de ældres ressourcer, søgte de hjælp fra de pårørende eller den praktiserende læge. De ældre fik støtte, anerkendelse og accept til at foretage valgene fra omgivelserne.

Endvidere viste undersøgelsen, at ældre blev motiveret af forhold, som autonomi, kompetence og sociale relationer og foretrak aktiviteter, der spredte glæde og nydelse og helst i sociale sammenhænge. De ældre værnedes om deres selvopfattelse ved at ville være medbestemmende om, hvad de deltog i, men mødte forhold i omgivelserne, som kunne være hæmmende eller fremmende for deres motivation.

Fremtidige faldforebyggende tiltag skal målrettes ældres behov og tage højde for, at der ikke er én måde men mange måder at opfatte fald på. Endvidere skal der tages højde for, at ældre i høj grad selv klarer at håndtere fald, men at de valgte strategier, ikke nødvendigvis er de mest hensigtsmæssige. De ældres netværk og den praktiserende læge kan med fordel spille en aktiv rolle i forbindelse med faldforebyggelse. Ved planlægningen af faldforebyggende interventioner skal der tages hensyn til, at de ældres motivation påvirkes af, i hvilken omfang programmerne understøtter de ældres behov for autonomi, kompetence og sociale relationer.

8 Perspektivering og implikationer for praksis

Denne undersøgelse omfatter raske ældre over 65 år, men det vil være relevant at gennemføre en undersøgelse blandt alle ældre fra forskellige egne af landet for at få en forståelse af, om der er større variation i opfattelsen af at falde, når undersøgelsen breddes ud til at omfatte forskelle i socialgrupper, geografiske forhold og kønsforskelle.

Ældre kan have en opfattelse af, hvad der forårsager fald og derfor vælger en levevis, som afviger fra de anbefalinger, som gives af sundhedsprofessionelle. For at fremme folkesundheden blandt ældre og nedsætte incidensen af faldulykker, må kendskabet til og respekten for ældres egne opfattelser af og erfaring med fald og deres prioriteringer inddrages, ligesom kendskabet til ældres livsomstændigheder, barrierer og muligheder bør inddrages.

I folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" lægges der vægt på, at ældre holder sig sunde og raske langt op i årene (Regeringen 2002a). For at dette skal kunne lykkes, skal der i langt højere grad fokuseres på at styrke ældres handlekompetencer om sundhed og i særdeleshed forebyggelse af faldulykker, og på at øge tilgængeligheden af ældres muligheder for at få viden om fald og faldforebyggelse. Det vil derfor være relevant, at der fokuseres på emnet i medierne for at øge befolkningens og i særdeleshed ældres viden om fald og faldforebyggende tiltag. Tilgængeligheden af faldforebyggende tiltag kan forbedres ved for eksempel åbne rådgivnings tilbud om fald og differentierede faldforebyggende tiltag i sundhedscentre, og ved at sprede budskaberne om fald og forebyggelse for eksempel via klubber, foreninger, apoteker eller møde de ældre der, hvor de færdes.

Faldforebyggende tiltag kan blive promoveret mere effektivt ved at maksimere og fremhæve de mange positive fordele i forhold til sundheden og trivsel/velvære. En personlig invitation fra en sundhedsprofessionel om at deltage i faldforebyggende programmer er vigtigt, og det kan også være til stor hjælp at sørge for hjemmebaserede programmer til dem, som finder det svært at deltage i gruppebaserede faldforebyggende aktiviteter (Yardley et al. 2006b).

Inddragelse af ældre i planlægning af aktiviteter kan give sundhedssystemet et udfordrende modspil, som kan bringe nytænkning ind i måden at arbejde med sygdom og sundhed på. Mødet mellem den ældre og den professionelle skal ses som et møde mellem to eksperter. Den sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i sin faglige ekspertise og den ældre, der lærer og handler på baggrund af ny forståelse af egen situation. Et sådant samarbejde stiller nye krav til den professionelle pædagogiske -, kreative – og kommunikative kompetencer (Thybo & Fredens 1998).

Fald er ikke kun en konsekvens af at blive gammel. Risikofaktorerne for fald er mangeartede og kræver en mangesidet indsats. Almen praksis er den primære kontakt både til borgeren og til sundhedsvæsenet, og denne har med sit kendskab til den ældre en central rolle i at identificere ældre med fald- og balanceproblemer. Undersøgelsen har vist, at den praktiserende læge var en vigtig og central person, som den ældre havde tillid til og var tryk ved. Det er derfor oplagt, at den praktiserende læge udover at identificere ældre med faldrisiko samtidig er proaktiv i forhold til, at ældre bevarer et sundt liv så længe som muligt, så faldulykker begrænses.

Med henblik på fortsat at forbedre indsatsen til ældre, der efter et fald henvender sig på skadestuen på Bispebjerg Hospital, må afdelingens mål være:

- At alle ældre over 65 år, som efter et fald henvender sig på skadestuen, får foretaget en vurdering af risikoen for yderligere fald.
- At alle ældre, der vurderes at have en forøget risiko for fald, får udarbejdet en plan for yderligere faldudredning.
- At de ældre medinddrages i planlægningen af de videre tiltag ud fra den enkeltes personlige værdier, ønsker og behov.

Københavns Kommune og skadestuen på Bispebjerg Hospital kan med fordel styrke det tværsektorielle samarbejde. Københavns Kommune har allerede iværksat mange initiativer til ældre, som dog kun i ringe grad er kendt af de ældre. Eksempler herpå er Livsstilscafeer og Seniorkurser. Initiativer hvis formål er at styrke ældres handlekompetence indenfor sundhedsområdet – særligt med fokus på forebyggelse af faldulykker (Carlsson 2007).

9 Tak

Mange fortjener en meget stor tak i forbindelse med gennemførelsen af denne undersøgelse. Det er vanskelig at fremhæve nogle frem for andre, da alle på hver deres måde har bidraget med støtte og opmuntring.

Den største tak fortjener de mange ældre, som beredvilligt stillede op til interview og dem, som jeg ikke fik interviewet men havde en god snak med. Tak til Direktionen på Bispebjerg Hospital for økonomisk støtte og til min vejleder docent, DrPH Ina Borup, Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap og bi-vejleder lektor, overlæge dr. med. Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital for god, inspirerende og engageret vejledning. Tak til ledelsen på skadestuen, Bispebjerg Hospital for at lade mig gennemføre undersøgelsen. Også en stor tak til mine kollegaer, som beredvilligt og interesseret deltog i diskussionerne af undersøgelsens resultater. I denne sammenhæng fortjener Trine, Anne Marie, Susan og Liv en speciel tak for deres sparring og gode råd. Sidst men ikke mindst også en stor tak til min familie for støtte og opbakning, når det var påkrævet. Uden alles hjælp, var dette studie ikke blevet til noget.

10 Referencer

- Albertsen, K. & Stokkebæk, A. 2002, "Mestring" i *Psykologi 2 – Sundhedpsykologi*, eds. A. Stokkebæk, Nyt Nordisk Forlag, København, pp. 98-107.
- Alexandersson, M. 1994, "Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus" i *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, eds. B. Starrin & P.G. Svensson, Studentlitteratur, Lund, pp. 111-136.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention 2001, "Guideline for the prevention of falls in older persons", *J Am Geriatr Soc*, vol. 49, pp. 664-72.
- Andersson, S.I. 2002, *Sundhedpsykologi – En introduktion*, Akademisk Forlag, København.
- Arfken, C.L., Lach, H.W., Birge, S.J. & Miller, J.P. 1994, "The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community", *Am J Public Health*, vol. 84, pp. 65-70.
- Austin, N., Devine, A., Dick, I., Prince, R. & Bruce, D. 2007, "Fear of Falling in Older Women: A Longitudinal Study of Occurrence, Persistence, and Predictors", *J Am Geriatr Soc*, 55:1598-1603.
- Avlund, K. 2004, *Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process*, Munksgaard Danmark, København.
- Bernard, A., McCosker, H. & Gerber, R. 1999, "Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health", *Qual Health Res*, vol. 9, pp. 212.
- Braun, B.L. 1998, "Knowledge and perception of fall-related risk factors and fall-reduction techniques among community-dwelling elderly individuals", *Phys Ther*, vol. 78, no. 12, pp. 1262-76.
- Carlsson, M. 2007, "Sundhed, livsstil og ældre. Evaluering af "Livsstilscafé og Seniorkursus" for borgere i aldersgruppen 65+ i to lokalområder i København", Danmarks Pædagogiske Universitet og Folkesundhed København. Lokaliseret 15-03-2009 på <http://www.folkesundhed.kk.dk/Udgivelser/~media/folkesundhedkbh/Rapporter/AeldreTrivsel/LivsstilscafeerForAeldreEvalueringsrapport.ashx>).
- Cumming, R.G., Salkeld, G., Thomas, M. & Szonyi, G. 2000, "Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 55, pp. 299-305.

Den Centrale Videnskabsetiske Komité 2008, Vejledning om anmeldelse m.v. af et biomedicinsk forskningsprojekt til det videnskabsetiske komitéssystem. Lokaliseret 10-03-2008 på <http://www.cvk.im.dk/cvk/site.aspx?p=413>

DiPietro, L. 1996, "The epidemiology of physical activity and physical function in older people", *Med Sci Sports Exerc*, 28:596-600.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. & Norvacek, J. 1987, "Age differences in stress and coping processes", *Psychology and Aging*, vol. 2, pp. 171-184.

Fontaine, K.R. & Haaz, S. 2006, "Risk factors for lack of recent exercise in adults with self-reported, professionally diagnosed arthritis", *J Clin Rheumatol*, vol. 12, pp. 66-9.

Fredslund, H. 2003, "Hermeneutisk analyse – forforståelsens analyse" i *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, eds. L. Koch, & S. Vallgård, Munksgaard Danmark, København, pp. 97-107.

Gibbs, G.R. 2002, *Qualitative Data Analysis, Explorations with Nvivo*, Open University Press, Buckingham.

Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G. & Rowe, B.H. 2003, "Interventions for preventing falls in elderly people", *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 4, pp. 1-181.

Grandjean, P., Albertsen, K., Gunnarsen, L.B., Hendriksen, N.B., Hultengren, E., Keiding, L., Søbørg, I., Thomsen, A.S. & Balling, H. 2001, Oplevelse af risici: rapport fra en arbejdsgruppe, Miljø og sundhed 2001, (Supplement 1.), pp. 1-30.

Gregg, E.W., Cauley, J.A., Seeley, D.G., Ensrud, K.E., & Bauer, D.C. 1998, "Physical activity and osteoporotic fracture risk in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group", *Ann Intern Med*, vol. 129, pp. 81-8.

Gregg, E.W., Pereira, M.A. & Caspersen, C.J. 2000, "Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence", *J Am Geriatr Soc*, vol. 48, pp. 883-93.

Helse- og Omsorgsdepartementet 2003, Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken St. meld. 16. Oslo.

Hoidrup, S., Sørensen, T.I., Gronback, M. & Schroll, M. 2003, "Incidence and characteristics of falls leading to hospital treatment: a one-year population surveillance study of the Danish population aged 45 years and over", *Scand J Public Health*, vol. 31, no. 1, pp. 24-30.

Hootman, J.M., Macera, C.A., Ainsworth, B.E., Addy, C.L., Martin, M. & Blair, S.N. 2002, "Epidemiology of musculoskeletal injuries among sedentary and physically active adults", *Med Sci Sports Exerc*, vol. 34, pp. 838-44.

H:S Tværgående vejledning 2007, Fald og faldforebyggelse, vurdering og aktiviteter. Lokaliseret 20-04-2009 på <http://172.17.1.58/Intranet/HS-Retning.nsf/PiV/241CA32E3230ECC6C12573B5004FF948?OpenDocument>

Hughes, K., Beurden, E., Eakin, E., Barnett, L., Patterson, E., Backhouse, J., Jones, S., Hauser, D., Beard, J.R. & Newmann, B. 2008, "Older persons' perception of risk of falling: implications for fall-prevention campaigns", *Am J Public Health*, vol. 98, no. 2, pp. 351-7.

Jensen, B.B. 2005, "Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer?" *Tidsskrift for forskning i Sygdom & Samfund*, vol. 3, pp. 67-87.

Jensen, B.B. 2000, "Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden" i *Læring i Sundhedsvæsenet*, eds. L. Hounsgaard, & J. Juul Eriksen, Gyldendal, København, pp. 191-212.

Kennedy, T.E. & Coppard, L.C. 1987, "The prevention of falls in later life", *Danish Medical Bulletin*, vol. 34, no. 4, pp. 1-24.

King, A.C., Rejeski, W.J. & Buchner, D.M. 1998, "Physical activity interventions targeting older adults: a critical review and recommendations", *Am J Prev Med*, vol. 15, pp. 316-33.

Kirchhoff, M., Bregnbak, M.J., Backe, H., Hendriksen, C. & Obel, K. 2008, "Ældres skadestuehenvendelser efter fald", *Ugeskr læger*, vol. 45, pp. 3667-3670.

Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. 2007, *Folkesundhedsrapport 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kvale, S. 1997, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København, 12. oplag, pp. 1-296.

Københavns Kommune 2005, *Ældreplan fase II – Faldforebyggelse*. Lokaliseret 01-02-2009 på [http://www2.kk.dk/of/dagsorden.nsf/a977bb6bafa3fadcc12567e800475a57/9bfdae2810f2124ec1256fda00497404/\\$FILE/Bilag%202.7.doc](http://www2.kk.dk/of/dagsorden.nsf/a977bb6bafa3fadcc12567e800475a57/9bfdae2810f2124ec1256fda00497404/$FILE/Bilag%202.7.doc)

Lachman, M.E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S. & Peterson, E.W. 1998, "Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE)", *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, vol. 53, pp. 43-50.

Lamb, S.E., Jørstad-Stein, E.C., Hauer, K., Becker, C. & Prevention of Fall Network Europe and Outcome Consensus Group 2005, "Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network Europe consensus", *J Am Geriatr Soc*, vol. 53, no. 9, pp. 1618-22.

- Larsen, E.R., Mosekilde, L. & Foldspang, A. 2005, "Vitamin D and calcium supplementation prevents severe falls in elderly community-dwelling women: a pragmatic population-based 3-year intervention study", *Aging Clin Exp Res*, vol. 17, no. 2, pp. 125-32.
- Larsen, E.R., Mosekilde, L. & Foldspang, A. 2004, "Correlates of falling during 24h among elderly Danish community residents", *Prev Med*, vol. 39, no. 2, pp. 389-98.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984, *Stress, appraisal and coping*, Springer Publ. Co., New York.
- Lazarus, R.S. 2006, *Stress og følelse: en ny syntese*, Akademisk forlag, København.
- Legters, K. 2002, "Fear of falling", *Phys. Ther*, vol. 82, pp. 264-272.
- Lepp, M. & Ringsberg, K.C. 2002, "Phenomenography – a qualitative research approach" in *Qualitative methods in public health research – theoretical foundations and practical examples*, eds. L.R.M. Halberg, Studentlitteratur, Lund.
- Liddle, J. & Gilleard, C. 1995, "The emotional consequences of falls for older people and their families", *Clin Rehabil*, vol. 9, pp. 110-4.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. 1990, *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, Newbury Park, pp. 289-331.
- Malterud, K. 2003, *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. 2. udg., Universitetsforlaget, Oslo, pp. 1-236.
- Marton, F. 1986, "Phenomenography – A Research Approach to Investigating Different Understandings of Reality", *Journal of Thought*, vol. 21, no. 3, pp. 28-49.
- Marton, F. 1981, "Phenomenography: Describing conceptions of the world around us", *Instructional Science*, vol. 10, pp. 177-200.
- Marton, F. & Both, S. 1997, *Learning and awareness*, N. J. Erlbaum Associates, Mahwah.
- Masud, T. & Morris, R.O. 2001, "Epidemiology of falls", *Age Ageing*, vol. 30, no. 4, pp. 3-7.
- Moreland, J.D., Richardson, J.A., Goldsmith, C.H. & Clase, C.M. 2004, "Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and metaanalysis", *J Am Geriatr Soc*, vol. 52, no. 7, pp. 1121-9.
- Morey, M.C., Pieper C.F., Cornoni-Huntley, J. 1998, "Physical fitness & functional limitations in community-dwelling older adults", *Med Sci Sports Exerc*, 30: 715-23.

Myers, A.M., Powell, L.E., Maki, B.E., Holliday, P.J., Brawley, L.R. & Sherk, W. 1996, "Psychological indicators of balance confidence: relationship to actual and perceived abilities", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 51, pp. 37-43.

Nelson, M.E., Rejeski, J.W., Blair S.N., Duncan P.W, Judge J.O., King A.C., Macera C.A., & Castaneda-Sceppa C. 2007, "Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association", *Circulation*, vol. 116, pp. 1094-105.

NOMESCO 2006, Årsrapport 2006, Nordisk Medicinalstatistisk komité, København.

Nurmi, I., Narinen, A., Luthje, P. & Tanninen, S. 2003, "Cost analysis of hip fracture treatment among elderly for the public health services: a 1-year prospective study in 106 consecutive patients", *Arch Orthop Trauma Surg*, vol. 123, pp. 551-554.

O'Loughlin, J.L., Robitaille, Y., Boivin, J.F. & Suissa, S. 1993, "Incidence of risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, pp. 342-354.

Phillips, E.M., Schneider, J.C. & Mercer, G.R. 2004, "Motivation Elders to Initiate and Maintain Exercise", *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 85 no. 7, suppl. 3, pp. 52-7.

Pothula, V.B. 2004, "Falls and vestibular impairment", *Clin Otolaryngol Allied Sci*, vol. 29, no. 2, pp. 179-82.

Rasmussen, L. & Bonde, A. 2006, Evaluering af implementering af faldforebyggelse i Københavns Kommune 2005, Folkesundhed København, Københavns Kommune. Lokaliseret 03-02-2009 på <http://www.folkesundhed.kk.dk/Udgivelser/~media/folkesundhedkbh/Rapporter/AeldreTrivsel/EvalueringAfFaldforebyggelse.ashx>

Regeringen 2002a, Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Regeringen 2002b, Mål for folkhälsan. Regeringens proposition 2002/03:35, Socialdepartementet, Stockholm.

Rosell, A.C., Swane, E. & Beyer, N. 2005, "Attitudes and beliefs influencing whether older Danes accept participation in intervention programs for the prevention of falls", *Ugeskr Laeger*, vol. 167, no. 10, pp. 1156-9.

Roubenoff, R. 2000, "Sarcopenia: a major modifiable cause of frailty in the elderly", *J Nutr Health Aging*, 4:140-2.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. 2000, Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being, *American Psychologist*, vol. 55, no. 1, pp. 68-78.

Salkeld, G., Cameron, I.D., Cumming, R.G., Easter, S., Seymour, J., Kurrle, S.E. & Quine, S. 2000, "Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a trade off study", *BMJ*, vol. 320, no. 7231, pp. 341-6.

Schmidt, L. & Dyhr, L. 2003, "Det kvalitative forskningsinterview" i *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, eds. L. Koch, & S. Vallgård, Munksgaard Danmark, København, pp. 27-52.

Schroeder, S. 2007, "We can do better – Improving the health of the American people", *New England Journal of Medicine*, vol. 357, pp. 1221-1228.

Schutzer, K.A. & Graves, B.S. 2004, "Barriers and motivations to exercise in older adults", *Prev Med*, vol. 39, pp. 1056-61.

Sjöström, B. & Dahlgren, L.O. 2002, "Applying phenomenography in nursing research", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, no. 3, pp. 339-345.

Statens Institut for Folkesundhed 2003. Ældres faldulykker. Ugens tal for folkesundhed. Lokaliseret 04-02-2009 på <http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/%C3%86ldres%20faldulykker.aspx>

Sundhedsstyrelsen 2006, Faldpatienter i den kliniske hverdag, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2008, Fysisk aktivitet og ældre, Sundhedsstyrelsen, København.

The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group 2001, "Effects of Physical Activity Counseling in Primary Care: The Activity Counseling Trial: A Randomized Controlled Trial", *JAMA*, vol. 286, no. 6, pp. 677-687.

Thybo, P. & Fredens, K. 1998, "Den terapeutiske tanke – nye roller i det fysioterapeutiske arbejde", *Danske fysioterapeuter*, vol. 21, pp. 4-10.

Tinetti, M.E., Mendes de Leon, C.F., Doucette, J.T. & Baker, D.I. 1994, "Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders", *J Gerontol*, vol. 49, pp. 140-7.

Todd, C. & Skelton, D. 2004, "What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?", WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Vellas, B.J., Wayne, S.J., Romero, L.J., Baumgartner, R.N. & Garry, P.J. 1997, "Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers", *Age Ageing*, vol. 26, pp. 189-93.

WHO 1986, Ottawa Charter for Health Promotion, WHO Europe, Copenhagen.

WHO 2005, The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, WHO.
Lokaliseret 01-02-2009 på

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Wickham, C., Cooper, C., Margetts, B.M., & Barker, D.J. 1989, "Muscle strength, activity, housing and the risk of falls in elderly people", *Age and ageing*, vol. 18, pp. 47-51.

Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K. & Todd, C. 2006a, "Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study", *Health Educ Res*, vol. 21, no. 4, pp. 508-17.

Yardley, L., Bishop, F.L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G.I., Piot-Ziegler, C., Todd, C.J., Cuttelod, T., Horne, M., Lanta, K. & Holt, A.R. 2006b, "Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries", *Gerontologist*, vol. 46, no. 5, pp. 650-60.

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", *Journal of Gerontology*, vol. 62B, pp. 119-25.

Östlin, P., Eckermann, E., Mishra, U.S., Nkowane, M. & Wallstam, E. 2007, "Gender and health promotion: A multisectoral policy approach", *Health Promotion International*, vol. 21, pp. 25-35.

11 Bilag

Bilag 1. Oversigt over litteraturstudie

Studie	Hughes K et al. (2008) Australien	Rosell AC et al. (2005) Danmark
Formål	Langtidsvirkningen af traditionelle faldforebyggende budskaber	Forståelse for, hvorfor nogle ældre tager imod tilbud om faldforebyggelse, mens andre siger nej.
Metode	Kvantitativt og kvalitativt studie. Struktureret telefoninterview og fokusgruppeinterview	Kvalitativt studie. 12 semistrukturerede interviews
Population	Telefoninterview: Ældre > 60 år n = 1601 som boede i en kommune med et interventionsprogram. Kontrolgruppe(n=1601) fra en anden kommune som ikke havde et interventionsprogram. 73 personer >70 år deltog i fokusgruppeinterview	Ældre > 70 år, der er faldet. 4 informanter havde modtaget faldforebyggende træning, 4 havde afstået at deltage. 4 var ikke blevet tilbudt at deltage i faldforebyggende træning.
Setting	Deltagerne til telefoninterviewene blev rekrutteret fra hver sin kommune. Deltagerne til fokusgruppeinterviewet blev rekrutteret fra kommunernes social og sundhedsforvaltninger.	4 blev rekrutteret via forebyggende hjemmebesøg og 8 via Roskilde Amts projekt "I gang igen efter fald"
Resultater	Ældre fra interventionskommunen accepterede budskaber om faldforebyggelse og mente at fald kunne forebygges; ældre fra kontrolkommunen var af modsat opfattelse. Der sås ingen forskel i forhold til deltagernes selvoplevede faldrisiko. Størstedelen (60 %) anser ikke faldforebyggende budskaber som personlig relevante. Deltagere med en lav selvoplevet faldrisiko, er karakteriseret ved at være mænd, yngre, i et parforhold, har en privat forsikring samt rapporterer bedre sundhed og ingen fald anamnese. Fokusgruppeinterviewene indikerer, at ældre foretrækker budskaber, som understreger sundhed og uafhængighed frem for råd om fald og faldforebyggelse.	Ældres attitude dvs. en samlet vurdering af positive og negative forestillinger om faldforebyggende træning har indflydelse på ældres intention om at deltage i træningen. Ældre, der beskrev faldoplevelse med negative vendinger, tilhørte accept gruppen. Ældre, der afslog tilbuddet, oplever ikke tilsvarende problemer og udtrykker ingen frygt for at falde igen, faldet er ikke et reelt fald. Subjektive normer som socialt pres er af mindre betydning. Egenkontrol har betydning. Træningen gav fysiske forbedringer og socialt samvær.

Studie	Yardley L et al. (2007) England	Yardley L et al. (2006a) England	Braun BL (1998) USA
Formål	Undersøge om der ligger en trusselsvurdering eller copingvurdering bag de ældres motivation for at deltage i styrke og balancetræning.	Ældres erfaringer og opfattelser af anbefalinger til faldforebyggelse med henblik på fremtidig planlægning	At vurdere oplevelsen af fald som et sundhedsproblem, at afdække den enkeltes egen vurdering af faldrelaterede risikofaktorer, og at identificere karakteristika og holdninger associeret med den enkeltes oplevelse af faldrelateret risici.
Metode	Kvantitativt og kvalitativt studie. Spørgeskemaundersøgelse og struktureret interviews.	Kvalitativt studie. Fokusgruppeinterview og individuelle interviews	Kvantitativt studie. Spørgeskemaundersøgelse (n=120).
Population	Ældre > 60 år. 451 besvarede et tilsendt spørgeskema. 107 deltog i et face-to-face struktureret interview.	I alt 66 informanter mellem 61 og 94 år deltog i fokusgruppeinterviews (45) eller individuel interviews (21). 50 % havde ikke været faldet indenfor det seneste år.	Ældre 65 +. 68 deltagere udfyldte et generelt skema og 52 udfyldte et personligt skema om fald.
Setting	Deltagerne, som alle var i risiko for at falde, blev rekrutteret fra kommunale tilbud, klubber mv.	Deltagerne blev rekrutteret fra beskyttede boliger, kirkelige sammenslutninger og ældreklubber.	Deltagerne rekrutteret fra beboermøder i kommunale boliger
Resultater	Intentionen om at deltage i styrke og balancetræning er relateret til copingvurderinger frem for trusselsvurderinger. Elementerne i copingvurderingerne omhandler troen på, at styrke og balancetræning har mange fordele og er associeret til en positiv social identitet. Følelsen af at familien, venner og ens læge bifalder deltagelsen er heller ikke uvæsentligt.	Deltagerne opfatter faldforebyggelse som risiko reduktion, brug af hjælpemidler og nedsat aktivitet. Råd om faldforebyggelse var nyttige, men ikke relevante. Rådene var almene kendte, brugbare for ældre og handicappede og potentielt nedladende og bedrøvelige. Faldforebyggelse afvises på grund af den potentielle trussel til ældres identitet og autonomi. Budskaberne skal fokusere på de positive fordele ved forbedret balance.	10 % er faldet indenfor den seneste måned, mens 86 % anser fald som et moderat sundhedsproblem, der kan forebygges. De fysiske omgivelser er årsag til fald – dog ikke faktorer, der gælder for den enkelte, men for alle andre ældre. Forfatterne konkluderer, at ældre godt ved, at fald kan forebygges og forstår vigtigheden af fald-relateret risiko faktorer, men de anser ikke sig selv som tilhørende denne gruppe.

**För förteckning över DrPH- och MScPH-avhandlingar samt
examensarbeten för MPH vid NHV**

**–
se www.nhv.se**

