

At holde balance

Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker

Marianne Mahler

Doktorgrad afhandling ved Nordic School of Public Health

Göteborg, Sverige

2012

At holde balance

Betingelser for og perspektiver i forhold til
forebyggelse af fald blandt gamle mennesker

C. Marianne Mahler

Nordic School of Public health

Box 121 33

SE – 402 42 Göteborg, Sverige

WWW.NHV.se

ISBN 978-91-86739-42-3

ISSN 0283-1961

Trykkeriet – dit grafiske hus

Bernstorffsgade 17, vær 47

DK- 1592 København V

Resume

Baggrund. Faldulykker blandt gamle mennesker er et folkesundhedsproblem i Danmark, Norden såvel som i den vestlige verden. Forebyggelse af fald har været grebet an i en befolkningsorienteret adfærdsmotiverende og – regulerende modus. Denne faldforebyggelsestankegang er i opbrud.

Formål. At beskrive hvorledes fald, faldhændelser og at miste balance opleves og håndteres af gamle mennesker, der bor i selvstændig bolig. Studiet har ligeledes fokus på at undersøge sammenhænge i den faldforebyggende indsats med udgangspunkt i hvad de, der er faldet, har oplevet. Studiet bidrager til udvikling af sundhedsfremmende og faldforebyggende indsats i forhold til den enkelte og til den samlede indsats.

Metode. Afhandlingen bygger på fire delstudier (I-IV). I de fire studier anvendes fortolkende fænomenologisk filosofisk tilgang og analytisk metode. I et studie (III) sker det i en case study ramme og er suppleret med kritisk diskursanalytisk analyse og fortolkning af dokumenter. I alt blev ni kvinder og fire mænd (75- 94 år) narrativt interviewet om at falde. To social- og sundhedshjælperen blev individuelt interviewet, de deltog også i fokusgruppeinterview sammen med to social- og sundhedsassistent kolleger og en sygeplejerske, der alle kom i hovedpersonernes hjem i relation til den faldforebyggende indsats.

Resultater. For at kunne håndtere det sårbare, skrøbelige og dødens nærhed ved fald udviklede fortællerne forskellige metoder til at klare situationer for at kunne tilpasse egne ressourcer til konteksten og opnå følelser af velvære (I). Frygt eller bekymring for at falde var altid usynligt tilstede og blev håndteret forskelligt. På den ene side blev frygten konkretiseret i en bekymring for at befinde sig i en nedværdigende situation på den anden side var frygten en eksistentiel udfordring og tegn på dødens nærhed (II). Hovedpersonerne forventede personlige relationer, indflydelse og valgmuligheder i samarbejdet med sundhedspersonale om forebyggelse af fald. Løsninger skulle forhandles og balancerede mellem professionel og personlig omsorg (III). De, der var faldet viste ikke stor appetit på mad men spiste for at være i live. Appetitten viste sig i at have indflydelse i sociale relationer både til social- og sundhedspersonalet, til familie og naboer og med udgangspunkt i oplevelse af sociale tilhørsforhold have samfundsmæssig indflydelse.

Konklusion. Forebyggelse af fald må fremover indebære også sundhedsfremmetankegang og tager udgangspunkt i betydninger og kontekst for på denne måde ikke blot at være multifaktoriel, men også multidimensionel med eksistentielt perspektiv.

Nøgleord. Aldring, faldforebyggelse, appetit, sundhedsfremme, fortolkende fænomenologi, social indflydelse, hjemmets betydning.

Abstract

Background. Falls among older persons are a public health problem in Denmark, the Nordic countries and the rest of the Western world. In a population perspective fall-prevention has been characterised by an individual behavioural modification and a regulating mode. This kind of fall-prevention discourse is now breaking up.

Aim. To describe how community-dwelling older adults experience and handle falls, falling and loss of balance. The focus is also on examination of falls as contextual phenomena with the older adults' experiences. This study will contribute to develop health promotion and fall-prevention to individuals and to the fall-prevention as so.

Methodology. This thesis consists of four studies/articles (I-IV). Interpretative phenomenology as philosophical and analytical method was used. In one study (III) case study method was used as a framework, complemented by critical discourse-analytic interpretation of documents. Within the four studies nine women and four men (75-94 years old) were interviewed in narrative in-depth interviews about falling. In article III, five health and social workers and a nurse were interviewed.

Results. In coping with falling accidents, vulnerability, frailty and death imminence the participants developed various methods of managing everyday life at home. They described adaptive resources used to achieve an adequate quality of life and experience a feeling of well-being (I). Fear of falling was always present and was met in different ways. On one hand was worry about ungraceful situations not able to manage on your own; on the other hand was the will to live with the fear. (II). The two protagonists, dependent on home-care developed their own strategies for preventing falls. The health professionals created a supportive network; a platform of continuity where the efforts of the older persons and the staff complemented each other. The staff had no clear approach to addressing issues raised by accidental falls or the prevention of falls (III). Eating and appetite on food were not trivial everyday routines. The participants showed no particular interest in eating but ate to stay alive. Even if they had little appetite for food, the participants showed great appetite for establishing social relationships with family, neighbours and health care staff, as well as appetite for establishing an influence in these relations and in local communities and society.

Conclusion. In the future, fall-prevention must take a health promotion approach and contextualise falling accidents with experiences and meanings as point of reference. Fall-prevention will be not only multifactorial, but also multidimensional and existential.

Keywords. Old age, fall-prevention, health promotion, interpretive phenomenology, social connectedness, appetite.

Afhandlingen bygger på følgende studier:

- I. Mahler, M. & Sarvimäki A. (2010) Indispensable chairs and comforting cushions – Falls and the meaning of falls in six older persons' lives. *Journal of Aging Studies* 24, 88-95.
- II. Mahler, M. & Sarvimäki A. (2011) Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 38-44.
- III. Mahler, M., Svensson T., Sarvimäki A. (2011) The balance of life: Two case studies on falls and fall-prevention in older persons. *Vård I Norden* 102(31), 39-43.
- IV. Mahler, M. & Sarvimäki A. (2012) Appetite and Falls; old age and lived experiences. *International Journal on Qualitative Studies on Health and Well-being* 7, 1-11.

Studierne er trykt med tilladelse fra de berørte tidsskrifter.

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	1
Historisk baggrund.....	
Teoretiske perspektiver.....	
Faldulykker som folkesundhedsproblem	
Genusperspektiver	
Perspektiver i faldforebyggelse	
Forebyggelse af fald – multifaktoriel faldforebyggelse	
Guidelines	
Faldforebyggelsesprogrammer med vægt på menneskers aktivitet og træning	
Frygt for at falde- en metafor	
Identifikation af personer i risiko for at falde	
Et opbrud i den faldforebyggende selvforståelse	
De sundhedsprofessionelles indflydelse i faldforebyggelse	
Sundhedsfremmeperspektiver i forebyggelse af fald	
Refleksion, dialog og deltagelse	
Hverdagsliv	
Liv i balance	
Terminologi og metaforer	
Studiets rationale	
Formål med studiet	
Forskningsspørgsmål	
Metodologi	
Fortolkende fænomenologi	
Om fortællinger	
Folkesundhed og fortællinger	
Livets fortælling	
Forskellige aspekter i narrativitet	
Det kvalitative forskningsinterview	
Dataindsamling	
Udvalg	
Analyse	
Etiske refleksioner	
Resume af de fire delstudier med vægt på resultaterne	
Studie I, Uundværlige stole og bekvemmelige puder – fald og falds betydning i seks gamle menneskers liv	
Studie II, Bekymring og frygt for at falde i et hverdagslivs perspektiv; fortællinger fra livets sidste tid	
Studie III, Livets balance: to case studier om fald og faldforebyggelse blandt ældre mennesker	
Studie IV, Appetit og fald: aldring og levede erfaringer	
Fortolkninger og diskussion	
Balance, ubalance og foranderlighed	

Hjemmets betydning
Velvære på trods af vanskelige omstændigheder

Metodologiske refleksioner
Troværdighed og pålidelighed
Overførbarehed
Begrænsninger

Konklusion
Implikationer for faldforebyggelse
Implikationer for fremtidig forskning i forebyggelse af fald

Litteratur

Bilag 1. Datasikkerheds godkendelse
Bilag 2. Videnskabetisk komite vurdering

Appendix
Delstudier I-IV

NHV rapporter

Indledning

Denne afhandling placerer sig i det gerontologiske felt; gerontologi som multidisciplinær tilgang til aldring og som læren om aldring og ældreliv. Siden 1903 hvor gerontologi blev anerkendt som disciplin har den udviklet sig i forskellige retninger, ofte i modsætning til den medicinsk orienterede geriatri (Johnson, 2005). Denne afhandling retter opmærksomhed mod faldhændelser som de opleves i livet, som de bliver fortalt, og mod den betydning fortællerne tillægger dem. Fortællerne er gamle mennesker; de har fortalt om ubalancer og faldhændelser indvævet i deres livs historie. Fortællerne har selv valgt gerontologisk position. De har fortalt om falds betydning samtidig med, at de har fortalt om deres liv, selvom de faktisk ikke blev bedt om det. Det kan der være mange grunde til, men det har i hvert fald ledet forskeren i retning af en livsløbsstankegang. Den indebærer en forståelse af aldring som komplekse samspil mellem levevilkår, livsbetingelser, mangfoldighed i det erfarede liv, samt de kulturelle, samfundsmæssige omstændigheder og begivenheder der konstituerer den enkeltes virkelighed. Livsløbsperspektiv betyder at aldring ses som kontekstualiseret, placeret i tid og sted. (Settersten, 2003; Settersten, 2009; Thorsen, 2005). Tilgangen hænger godt sammen med forskerens videnskabsteoretiske fundament som historiker, der er videreuddannet som sygeplejerske og i folkesundhedsvidenskab. At anvende livsløbsstankegang var ikke nyt for forskeren, der er blevet bekræftet og fået uddybet kendskabet i løbet af studierne. Studiets hensigt er at holde fokus på gamle kvinder og mænds oplevelse af at falde, og hvilken betydning at falde - at miste balance har haft for deres daglige liv, hvor der ofte optræder andre aktører som den kommunale hjemmepleje. Det er et ønske, at studiet vil kunne bidrage til udvikling af den kommunale sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Historisk baggrund

Ikke desto mindre er både fortællerne, deres omgivelser og forskeren også influeret af andre tilgange til livet som gammel. Kronologisk, biologisk, kulturel/ institutionelle tilgange til aldring gennemsyrrer på forskellige måder stereotyper om gamle og alderdommen. Turner (1996) gør opmærksom på at alderskategorierne opfattes forskelligt i forskellige kulturer og samfund, hvilket gør at aldringens fænomenologi er afhængig af social klasse, kulturel kapital, kønsidentitet og

etnicitet. Jensen (1996) har kaldt sin bog om voksenpsykologi og livsaldre for *Livsbuen*. Titlen referer til en symbolsk vestlig arketypisk figur: det omvendte U, der karakteriserer livsprocessen som helhed. Grundstrukturen udgøres af begyndelsen, fødsel, barndom, ungdom, det opvoksende individ, der når toppen, hvorefter det går nedad bakke med forfald og død. Forfaldstankegangen er en aldringsopfattelse, der har eksisteret siden 1400tallet i den vestlige verden. Den slog stærkt igennem i oplysningstiden i 1800tallet og har siden haft stor indflydelse på de folkelige og videnskabelige opfattelser af at blive gammel. Simone de Beauvoir (1984) beskriver også alderdommen i dette perspektiv i sin gennemgang af aldringens kulturhistorie. Hun beskriver spændingsfeltet mellem forfald og visdom – mest forfald og eksistentiel ensomhed. Beauvoir udtrykker synspunkter, der konstituerer den vestlige diskurs om aldring indtil 1970'erne måske også senere, - om aldring som ensbetydende med en miserabel tilværelse på andres nåde, medynkvækkende og uværdig.

Den gerontologiske forskning har materialiseret sig i forskellige ofte modsatrettede positioner; udgangspunktet har været ønsker om at angive retningen for den gode alderdom. I den tidlige gerontologi var det de videnskabeligt udviklede parametre for gennemsnitsmennesket, der var udgangspunkt for vurdering af normalitet. I 1960'erne begyndte resultater fra tværsnitsundersøgelser at vinde indpas (Kirk, 2002) Med resultater fra disse kom aktivitets- og tilbagetrækningsteorierne, som fik indflydelse ikke blot på krav og forventninger til gamle mennesker, men også på aldringsopfattelser i sundhedsuddannelserne og de vedtagne samfundsmæssige normer. Teorierne blev udviklet på baggrund af de samme Kansas city-studier; de var problemorienterede og essenssøgende men også modsatrettede hvilket indebar, at der kom en spænding mellem de to retninger og en indbyrdes rivalisering om at være den dominerende, den rigtige eller den ”naturlige” (Cuming & Henry, 1961; Katz, 1996; Thornstam, 2005). I tilbagetrækningsteorierne var indlejret en opfattelse af, at det var genetisk bestemt, at gamle mennesker gradvist trak sig fra samfundet som forberedelse til døden. Døden blev via denne teori legitim at tale om, da nogle tabuer blev brudt. Ikke desto mindre var kritikken at begrundelser for samfundsmæssig segregering af gamle blev legitimeret ved hjælp af teorien. Aktivitetsteorierne (Havighurst & Albrecht 1953) insisterede på at livet

skulle fortsætte ind i alderdommen med meningsfulde aktiviteter, og at lediggang ikke aldring som sådan fremskyndede sygdom og forfald. Positionerne eksisterer stadigvæk i flere forskellige variationer, men kritiseres også fra gerontologisk side for at være begrænsede til et individuelt normativt niveau (Katz, 1996).

Thornstam (2005) har aktualiseret perspektiverne om tilbagetrækning i sin teori om gerotranscendens. Både tilbagetræningsteoriene og aktivitetsteoriene havde deres udspring i det positiviske gerontologiske paradigme, hvor det var forskerne, der definerede begreberne og hvor de ældre var forskningsobjekterne. Som modsætning formulerede Thornstam sin teori med fænomenologisk udgangspunkt i ældres egne betydninger. Ifølge teorien vil nogle ældre – ikke alle, blandt andet opleve at fortid, nutid og fremtid eksisterer i samtidig refleksion med mere tid til stille stunder, og de vil opleve en øget bevidsthed om sammenhæng med tidligere og kommende generationer. Jeg opfattelsen vil ændre sig og træde i baggrunden for det fælles og hele livsløbet.

Svækkelse som indikator på en fremskreden alder, når der opstår afstand mellem hvad et menneske formår og de krav og forventninger, som omgivelserne stiller, blev udviklet som model (Verbrugge & Jette, 1993). Modellen byggede på WHOklassifikation: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) og på et sygdoms syn, hvor sygdom blev delfineret som erkendte fysiologiske og biokemiske abnormiteter, der kan beskrives som en medicinsk diagnose. Desuden blev anlagt et socialmedicinsk perspektiv ved at sammenkæde sygdom med funktionsevnebegrænsninger. Modellen fortsatte forfaldsperspektivet i alderdommen samtidig med at den bidrog til at være ramme i udvikling af International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) (ICF, 2003; Avlund, 2004). ICF fokuserer ikke blot funktionsevnebegrænsninger, men også funktionsevne og den enkeltes ressourcer, aktivitet og deltagelse. Svækkelsesmodellen fik desuden et modstykke der var influeret af tidens strømning nemlig teorien om *successful aging* eller vellykket aldring (Rowe & Kahn, 1987; Baltes & Baltes, 1990). Teorien er normativ, den bygger på de generaliserede opfattelser af vellykket, normal eller problemfyldt aldring, men kombinerer til en vis grad disse opfattelser med ældres egne synspunkter på deres tilstand (Kirk, 2002). Kriterierne for vellykket aldring er (i)

velfungerende fysisk og kognitivt, (ii) fri for sygdom og sygdomsrisici, (iii) aktiv engageret i andre mennesker enten i frivilligt eller betalt arbejde (Mortimer et al., 2008). Bowling, (2006) har kritiseret teorien/modellen for *biomedichalization* for ikke at inddrage socioøkonomiske vilkår, uddannelse, livsmuligheder og ældre menneskers egne opfattelser.

Hazan, (1994) har med sin kulturvidenskabelige tilgang desuden stillet sig kritisk til de måder hvorpå gamle menneskers synspunkter tolkes. Han fremhæver, at de foretager en spejling i forhold til den vedtagne normalitet på grund af de samfundsmæssige magtstrukturer og det symbolske metasprog, der direkte og indirekte gør gamle mennesker til objekter, der skal hjælpes. I Hazans optik er modellen om vellykket aldring en metode til social disciplinering, en tankegang som Katz (1996) har videreudviklet og forfulgt. I forlængelse af de konstruktivistiske tankegange som Hazan og Katz er eksponenter for, har Gergen og Gergen (2003) undersøgt hvordan mennesker ældes positivt, de har beskrevet variationer af gode alderdomme med udgangspunkt i færdigheder, muligheder og variationer. De anser den videnskabelige forfalds litteratur som kulturelt konstrueret ud fra domæner som individ og produktivitet. Gergen og Gergen afspejler i deres litteratur hvordan gamle mennesker lykkes i USA.

Forskellighed i levevilkår og livsbetingelser vil sige kønnet aldring i et samfundsperspektiv. Feministiske gerontologer har kritiseret feministisk forskning for at overse alder og den aldrende krop og har opfordret gerontologer og feminister til at bygge bro mellem antisexisme og ageisme og seksuel ulighed med ulighed i alderdommen (Woodward, 1991). Krekula (2006) har yderligere bidraget til opfattelserne af gamle mennesker med intersektionelt perspektiv, hvor det er samspillet mellem køn, klasse, livsbetingelser og kår der danner ramme om selvopfattelse og identiteter. Twigg (2004) havde tidligere gjort opmærksom på, at feministiske gerontologer har været langsomme til at interessere sig for og forske sammen med mennesker i den fjerde alder for på denne måde at bidrage til indsigter i tidspunkter hvor gamle kan være skrøbelige, svage og afhængige af hjælp. Differentiering mellem den tredje og den fjerde alder er en ikke kronologisk men biologisk orientering i livsløbet, der begrundes i kognitive kompetencer af Neugarten (1974) i USA og Lasslett (1989) i England. De understregede det enestående i den

tredje alder som en periode karakteriseret af uafhængighed og ekspansion i muligheder. Den tredje alder er også blevet kaldt "*the ageless self*" inspireret af Kaufmanns (1986) korrektiv overfor negative opfattelser af aldring. Den fjerde alder er derimod kendt som "*the selfless age*", som en slags sort hul (Gilleard & Higgs 2011) – en periode med fysisk og mentalt forfald og afhængighed. Opdeling mellem en tredje og fjerde alder er af flere (Hazan, 1994; Katz, 1996) også blevet kritiseret for at dekontekstualisere aldring og give næring til stigmatisering af gamle mennesker.

Samtlige strømninger har haft direkte eller indirekte indflydelse på deltagerne i dette studie. Dog har interviewpersonerne og forskeren talt sig ind i og positioneret sig inspireret af, at livet leves i dag som en del af tidligere hændelser og begivenheder og påvirket af kår, kulturer og de (kropslige) betingelser, der er til stede i nuet og har været til stede gennem livet.

At falde kan have indflydelse på den biografiske aldring og på personens egen forståelse af at blive gammel. I den offentlige verden falder gamle der falder - ud af det sociale domæne. De bliver kategoriseret som faldtruede, mennesker der er ude af balance, der mangler fysisk kontrol, og er en stor sundhedsøkonomisk byrde. Der er der blevet forsket meget i faldhændelser, udviklet mange retningslinjer og i det følgende - efter en præsentation af afhandlingens teoretiske perspektiver, vil faldulykker som folkesundhedsproblem blive belyst.

Teoretiske perspektiver

Det er nu skitseret at afhandlingen har flere perspektiver. Der er blevet nævnt de gerontologiske perspektiver med vægt på livsløbsperspektiver - på aldring som kontekstuel, kønnet og historisk indlejret med opmærksomhed på heterogenitet i den aldrende befolkning. De gerontologiske perspektiver kan indsnævres til kritisk gerontologi (Holstein & Minkler, 2007), da udgangspunktet for afhandlingen er at give stemme til gamle mennesker, der er afhængige af hjælp og i fare for at blive sygeliggjorte risikopersoner. Livsløbsperspektivet er en yderligere rammesætning af de gerontologiske indfaldsvinkler og i denne sammenhæng linse, hvorigennem de gamle menneskers fortællinger foldes ud.

Folkesundhedsindfaldsvinklerne i afhandlingen er med vægt på de sundhedsfremmende perspektiver, hvor sundhedsfremme og forebyggelse ses som dikotomisk for at fremme tydeliggørelse, men hvor sundhedsfremme og forebyggelse i virkeligheden situationelt komplementerer hinanden. Folkesundhedsforståelsen er indlejret i Ottawachartrets opfattelser (WHO, 1986) hvor det bl.a. er den sundhedsprofessionelles opgave at advokere for betingelser for sundhed, medvirke til lighed i sundhed og hvor mennesker er aktører i deres eget liv.

De metodiske perspektiver i afhandlingen er funderet i en livsverdensforståelse, hvor udgangspunktet er at forstå et fænomen som fald kontekstuel – i en livssammenhæng.

Faldulykker som folkesundhedsproblem

At falde er et kendt og frygtet fænomen blandt kvinder og mænd over 65 år i den vestlige verden. Mange falder og der er både store menneskelige og økonomiske omkostninger forbundet med faldene. På grund af mange fald, der medfører en øget dødelighed er faldulykker frygtet med god grund, da hyppighed og konsekvenser bliver alvorligere med stigende alder (Gillespie et al., 2011; Tinetti, 2003; Tinetti & Kumar, 2010). Fald kan medføre ikke blot brækkede lårben og håndled, nedsat bevægelig og mobilitet, men også afhængighed af hjælp. Selvom det kun er 5 – 10 % af de, der falder, der bliver alvorligt skadede, så indebærer ethvert fald en risiko for skade (Stevens et al., 2009). Omtrent halvdelen af alle faldhændelser blandt ældre sker hjemme (McClure et al., 2005; Faldpatienter, 2006). I de vestlige lande viser talrige studier (HEN, 2004) at en tredjedel af alle over 65 år, der bor hjemme falder en gang i løbet af et år. Efter 80 år øges forekomst til 50 %, alvoren af skader ligeledes og meget tyder på at hyppigheden stiger efter de 90 år (Flemming et al., 2008).

I de nordiske lande registreres faldulykker blandt ældre forskelligt, og der rapporteres dødsårsager som følge af ulykker over 65 år til Nomesco (2010; FHI.no, 2011; FHI.se, 2011), der er helsestatistik i de nordiske lande; umiddelbart ses en stigning i antallet af personer, der falder og en generel stigning i ulykker 2001 – 2008. Det er dog ikke muligt at sammenligne ulykker som følge af fald på grund af forskellighed i dataindsamling. Det er ikke kun i de nordiske lande, men en

international tendens at der er inkonsistens i metoder, i studie-populationer, i definitioner af fald og i forklaringer, når der forskes i faldincidens og effekt af faldforebyggelse (Masud & Morris, 2001). På trods af disse vanskeligheder er der større internationale studier, der giver grund til ovenstående estimationer af faldincidens blandt hjemmeboende ældre er sandsynlige (O'Loughlin et al., 1993; Ciaschini et al., 2009). Samtidig er der også enighed om at størstedelen af faldulykker blandt ældre ikke rapporteres til sundhedsvæsenet (WHO, 2007).

Der har i snart 60 år været opmærksomhed i den vestlige del af verden på faldulykker. I 1960 publicerede Sheldon en artikel, ”*On the natural history of falls in old age*”. I dette pioner arbejde blev faldulykker systematisk klassificeret ud fra sygdomstilstande, der kan prædisponere for at falde. Det har været et arbejde, der er blevet ført videre i en overvejende medicinsk og epidemiologisk forskning, og den forklarende rolle for forebyggelse af fald har været den biomedicinske model, som understreger den afgørende betydning af medicinske og biologiske faktorer (McKee, 1998).

Samtidig er der enighed om i den epidemiologiske forskningsverden at fald og faldulykker er et sundhedsproblem i ældrebefolkningen; dette selvom der er variationer i resultater og procenter alt efter hvilket tidspunkt de kontrollerede undersøgelser er udført i, i hvilke omgivelser: om det er plejehjem- eller hjemmeboende population, og i hvilke metoder der anvendes. En indfaldsvinkel er reduktion af risikofaktorer såsom uopdagede medicinske tilstande, en anden indfaldsvinkel er en fysiologisk tilgang til risici med anbefalinger til fysisk træning/balancetræning (Lightbody et al., 2002; Steadman et al., 2003). De fleste studier tager udgangspunkt i faldforebyggelse fra et sundhedsprofessionelt syn, men der er dog en tredje indfaldsvinkel med opmærksomhed på de psykosociale faktorer, hvor fokus er folks oplevelser af at falde og synspunkter i forhold til faldforebyggelsesprogrammer (McKee, 1998; Walker, 2011). Der er tillige forskel på, hvorledes et fald defineres og om det fremgår hvilken definition af fald, der anvendes (Hauer et al., 2006).

Genusperspektiver

Kvinder lever længere end mænd, kvinder lever længere alene end mænd, kvinder og mænd har ofte haft forskellige muligheder i livet, mænd er ofte længere på sammenlagt på arbejdsmarkedet i de vestlige land til gennemsnitlig højere løn og er derfor bedre økonomisk stillet, når det kommer til pensioner, hvilket er med til at konstituere livet som gammel. Kvinder har desuden flere fysiske krav i hjemmearbejdet og har ofte været hovedansvarlige for familie og hjem. Mænd lever ofte længere med yngre ægtefælle og på denne vis har samfundsmæssige og kulturelle forhold indflydelse på det kønnede aldrende liv (Danielsson & Lindberg, 1996). Med en sundheds/ biologisk indfaldsvinkel kan understreges at kvinder lever længere med flere kroniske tilstande og med mere medicin end mænd. Efter menopausen hvor østrogenniveauet sænkes er kvinder også i større risiko for osteoporose og frakturer (WHO, 2007). Dette kan opfattes som en kendt elendigheds fortælling, hvor kvinder i et folkesundhedsperspektiv er dobbelt udsat med alderen. Dertil kommer at det ofte indenfor denne polariserede opfattelse fremhæves at kvinder er mere relationelle og derfor har ressourcer til at leve videre efter ægtefællens død, ligesom kvinder har været vant til at stå for husholdningen og derfor er godt rustet til at sammensætte mad, så den passer med situationen (Arber et al., 2003; Phillips et al., 2010). Krekula (2007) tager til genmæle mod disse opfattelser og vurdere feltet ud fra et inetsektionelt perspektiv. Her fremstilles den kønnede aldring mere nuanceret med vægt på heterogeniteten blandt kvinder og mænd alt efter livsbetingelser, livsløb og generationstilørsforhold, på denne måde viser Krekula sin videnskabelige interesse for det kontekstuelle køn og interaktioner mellem køn og alder, hvor kvinder ikke ansues som komplementerende til normen, der har været og til en vis grad stadig er maskulin.

kvinder falder også mere end mænd, og meget tyder på der er genusspecifikke karakteristika i forhold til kvinder og mænds risikoopfattelser, opfattelser af at falde og af at forebygge fald (Clemson et al., 1999; Stevens & Sogolow, 2005; Horton 2007). Ekenstam (2005) har i et studie om maskulinitet fremhævet den mandlige rædsel for at falde, der er som en stadig skygge for både individer og gruppe. Indtil videre er det dog et fåtal studier, der har denne opmærksomhed.

Perspektiver i faldforebyggelse

Forebyggelse af fald - multifaktoriel faldforebyggelse

I 1988 slog Tinetti et al. (1988) igennem med en artikel, der slog fast at forfatteren mente at kunne påvise en lineær sammenhæng mellem risikofaktorer og risiko for at falde. Artiklen fulgte Tinetti sammen med andre op på i 1994 i en artikel der viste at det er muligt at forebygge faldulykker i en risikobefolkning. Artiklen viste dog også at et fald ofte har flere årsager og at forebyggelse af faldulykker er kompleks. Tinetti har siden bidraget med flere studier til den faldforebyggende indsats, hvor hun (Tinetti, 2003) understreger alvoren og nødvendigheden af at reducere risikofaktorer. Der understreges igen at fald sjældent kun har en årsag, men dog at forskellige kroniske tilstande som arthritis, depression, dårligt syn, hørelse, fysiske balanceproblemer, nedsat muskelstyrke, og brug af flere end fire medicinske præparater i sig selv kan være årsag til faldulykker. Tinetti peger også på at i tiden efter udskrivelse fra hospital, vil der også være risiko for fald hos de over 65 årige. Ikke desto mindre selvom der er peget på effektive strategier til at forebygge fald konkluderer Tinetti (2008) at en systematisk multifaktoriel faldforebyggelse ikke bliver anvendt. I det sidste studie, der fandt sted som intervention 2001 – 2004 blev evalueret 2004 – 2006 og viste, at for at implementere en faldforebyggende indsats skal både viden om den multifaktorielle indsats og ændringer i klinisk praksis finde sted. Begge dele havde mangler, viste studiet. Tinetti er stadig i 2008 af den opfattelse at der er en lineær kausalitet i den faldforebyggende indsats, som skal beherskes af de sundhedsprofessionelle. Tinetti skriver ikke om inddragelse af de mennesker, der er faldet ej heller om deres livssituation vægtes.

Guidelines

Der har i faldforebyggelsens historie været forslag til forskellige programmer, som sundhedspersonale har anvendt hos ældre mennesker, der bor i selvstændige boliger. Det er karakteristisk, at programmerne er opbygget ud fra at kunne identificere risici begrundet i generaliseret viden fra befolkningsundersøgelser. Cwinkel og Fried (1992) udviklede en sådan retningslinje på baggrund af, at de havde iagttaget en fatalistisk holdning hos sundhedspersonale, der betragtede faldulykker hos ældre mennesker, som uundgåelige og et udslag af aldringsprocessen. Derfor lå det dem på sinde, at udvikle retningslinjer, der kunne

vejlede personale og identificere risikopersoner, der trængte til revidering af medicinindtag, træning af muskelstyrke o. lignende. Det amerikanske geriatriske selskabs anbefalinger (Guideline for Prevention of Falls in Older Persons, 2001) til forebyggelse af fald er inspireret af Tinettis multifaktorielle faldforebyggelse, der nævnes både diverse risikofaktorer og risikosituationer samt anbefalinger til indsats og til balancetræningsprogrammer. Forud for udarbejdelsen var gået gennemgang af den videnskabelige litteratur for at finde de mest almindelige risikofaktorer. Der blev lagt vægt på folks manglende muskelstyrke, tidligere faldepisoder, deres vanskelighed med at gå og holde balancen, på mobilitetshjælpemidler, desuden om målgruppen har nedsat syn, gigtsygdomme, nedsat ADL funktion, depression, kognitiv svækkelse og alder over 80 år. I England er det Royal College of Nursing (NICE, 2005), der i et bredt samarbejde har udgivet lignende retningslinjer for sundhedsprofessionelles forebyggelse af faldulykker hos mennesker over 65 år. I de nævnte retningslinjer er mangelfuld ernæring også en risikofaktor. Det er et område hvor det viser sig, at der sandsynligvis er sammenhæng mellem faldulykker og mangelfuld ernæring (Vellas et al., 1992; Kinney, 2004). Der er påvist sammenhæng mellem hoftebrud efter faldulykker og mangelfuld ernæring, da de ældre mennesker, der er blevet indlagt efter en fraktur var i mangelfuld ernæringstilstand (Lumbers et al., 2001). Skrøbelighed hos ældre mennesker kan ofte være en forbigående situation, der kan ændres; i forhold til mad, ernæring lyst til at spise og appetit er det et udforsket felt (Lang et al., 2009; Peel et al., 2006)

Da der er så omfattende en litteratur, der har fokus på faldforebyggelse kommer der løbende opdateringer af retningslinjer og nye udvikles. I retningslinjerne vægtes de forskellige dele af den multifaktorielle faldforebyggelsestilgang forskelligt. Robertson et al.(2010) har udviklet ganske utvetydige retningslinjer, der er en manual til sundhedspersonalets observationer, tolkning af problemfelt koblet til handlingsmuligheder. De nævnte guidelines og retningslinjer er entydige i årsagsforklaringer. Der er dog noget der tyder på at sundhedsprofessionelles vejledning til de, der falder om forebyggelse af fald hovedsageligt er begrundet i praktiske og personlige synspunkter og ikke i teoretiske og videnskabelig viden om fald og aldring (Mackenzie, 2009; Richard et al., 2007).

Faldforebyggelsesprogrammer med vægt på menneskers aktivitet og træning

Faldforebyggende indsats med aktiviteter og træning har vist sig i flere studier at være effektiv ved både at reducere antallet af mennesker, der identificeredes i risiko for at falde og ved at reducere den månedlige faldrate (Chang et al., 2004). Guidelines og faldforebyggelsesprogrammer er blomstret op med fokus på folks aktivitet og træning (Robitaille et al., 2005). Træningsprogrammer har vist sig effektive, hvorimod modifikationer i nærmiljøet og uddannelsesprogrammer ikke viste den ønskede effekt. Der er i litteraturen kun små variationer i forhold til dette i vurdering af effekter af den multifaktorielle faldforebyggelse viser et næsten samtidigt Cochrane review (Gillespie et al., 2003; Gillespie, 2004). Den systematiske litteraturgennemgang er blevet gentaget flere gange. I 2003 (Gillespie et al.) blev konkluderet på baggrund af de undersøgelser, der var blevet foretaget, at der fandtes videnskabelig dokumentation for interventioner, der kan forventes effektive. Det er (a) individuelt tilrettelagt og instrueret øvelses- og balancetræningsprogram udført i hjemmet og ordineret af sundhedsprofessionel, (b) 15 ugers Tai Chi øvelsesprogram, (c) screening for og ændringer af risikofaktorer i hjemmet hos ældre med faldhistorie, (d) seponering af psykotrop medicin, (e) pacemaker til mennesker, der tidligere er faldet med cardioinhiberet sinus carotis hypersensitivitet, (f) multidisciplinær og multifaktoriel sundheds- og miljømæssigscreening/ intervention i samfund for ældre, og (g) multidisciplinær intervention i ældres boliger. Også i gennemgang af litteraturen om befolkningsbaseret intervention mente McClure et al. (2005) at kunne påvise, at der var konsistens i reduktion af faldskader efter anvendelse af faldforebyggende programmer. Rubenstein (2006) tog i sine studier udgangspunkt i faldulykkes kompleksitet og summerede den bedste multifaktorielle indsats til at være i et samarbejde mellem flere discipliner både i intervention og evaluering, hvor der blev lagt særlig vægt på fysisk træning, medicinske tilstande, inspektion af omgivelserne (i.e. fjernelse af tæpper og dørtrin) og reduktion af farer. Det har i høj grad været omorganisering af hjemmene hos de der var faldet, der har været i fokus. Dette på trods af at ca. halvdelen af de registrerede fald sker i hjem resten udendørs (Nachreiner et al., 2007).

WHO Sund- By- netværket har i Europa arbejdet for at støtte udvikling på dette forebyggelsesfelt (Profane 2008). Flere byer blandt andet Harstad i Norge (Ytterstad, 1996) har på denne baggrund anvendt den multifaktorielle systematik i indsatsen og her mener man at kunne vise positive resultater. WHO Healthy Aging (WHO, 2002) lagde vægt på livsstilsfaktorer, som determinanter. Peel et al. (2006) har fulgt op på det og påviser at stort alkohol indtag, overvægt og rygning har indflydelse på omfanget af skader efter fald.

Frygt for at falde - en metafor

I 1982 (Murphy & Isaacs) introduceredes ” *post – fall syndrome*”, der siden (Tinetti 1994) blev fremført som begrebet frygt for at falde, *Fear of Falling*, *Ptophobia* eller slet og ret *FOF*. Siden har begrebet frygt for at falde i den faldforebyggende litteratur været en metafor for alt, der indebærer menneskelige følelser fra bekymring, at være bange, at være frygt til at være angst. Det kan indvendes mod at anvende ordet frygt, at en naturlig følelse af bekymring i dagligdagen, kan blive dramatiseret. I de undersøgelser, der refereres til, skelnes der ikke mellem det daglige og det ekstraordinære, hvilket gør en forskel i vurdering af problemets omfang, hvis der er et problem. Af Friedman et al. (2002) anses frygt for at falde som et syndrom, der kan forebygges ved identifikation af risikofaktorer; det er i det refererede studie ikke muligt at sige om faldet eller frygten kommer først.

Der kan findes nogle artikler, hvor der refereres til studier, der bryder med denne tilgang og hvor der anvendes oplevelsesorienterede livsverdens tilgange. Archibald (2003) fandt frem til at fire større temaer karakteriserede patienters oplevelse af at brække hoften. Han kaldte det ”*på rejsen*” mellem skaden og det nye liv i hjemmet. De fire temaer var oplevelse af i) inkompetence, ii) ikke at kunne gøre hvad man gerne vil, iii) at være bekymret for at falde, og ii) at være afhængig af andre mennesker og bundet til hjemmet. Dugan et al. (2003) henledte som Archibald (2003) og Gentleman (2001) opmærksomhed på, at det er meget følsomt at fortælle om faldhændelser, da faldet kan true den enkeltes uafhængighed. Ofte er de gamle mennesker faldet flere gange, uden at der er sket noget særligt, og det fortælles ikke videre, da den ældre ikke ønsker at blive stigmatiseret.

Identifikation af personer i risiko for at falde

Til identifikation af det menneske, har brug for faldforebyggende indsats har Morse (1989; 1997) udviklet et skema, der ikke efter hendes mening (Morse, 2006) anvendes nok og ej heller i dets oprindelige udformning, men med ”hjemmelavede” ikke validerede ekstra punkter. Morse var en af de første til at udvikle et systematisk valideret identifikationsskema inspireret af Tinetti, og alligevel bliver der ikke anvendt efter intentionen. Morse mener at faldidentifikation, analyse af årsager til fald og følgende forebyggende indsats er vanskelig og kompleks. Det er også forsøgt at anvende *Care Dependency Scale* til at screene ældre personer for faldrisiko, men den skal yderligere testes (Mertens et al., 2007). Spørgsmålet om det kan lade sig gøre at udvikle et konsistent og akkurat redskab, der kan identificere mennesker med henholdsvis høj og lav risiko for at falde. Oliver (2006) sammenligner søgningen med længslen efter den hellige gral.

Et opbrud i den faldforebyggende selvforståelse

I en metaanalyse med 19 randomiserede eller quasi randomiserede undersøgelser konkluderede forfatterne (Gates et al., 2008) at de multifaktorielle faldforebyggelses programmers virkning har været begrænset, men også at data har været for utilstrækkelige til at evaluere fald og omfanget af skader. Et studie fra Glostrup i Danmark følger denne udvikling (Vind et al., 2009) og påviste, at den multifaktorielle faldforebyggelse ikke forebyggede fremtidige fald. Til gengæld fremhævede forfatterne de studier, der anbefaler at faldforebyggelse fokuseres og individualiseres (Skelton, 2005). Gillespie et al. (2010) begrænsede deres udsagn om faldforebyggelsesprogrammers gennemslagskraft ved at fremhæve kontekstens betydning, samtidig med at der anbefales fysisk træning til reduktion af faldrisici.

På trods af den omfattende internationale forskningsindsats omhandlende den multifaktorielle faldforebyggelse rejste Jansson (2007) nogle kritikpunkter i relation til den: i) efterlysning af definitioner på hvilke grupper, der er sårbare i forhold til fald, ii) omkostningsberegninger til undersøgelserne, iii) manglende konsistens i anbefalinger; Jansson fremhævede et eksempel fra den individorienterede anbefaling om styrke – og balancetræning, samtidig med at styrketræning har vist sig ikke at være det mest effektive for alle, ii) kontekstafhængige forskningsprogrammer med

inddragelse af den praktiske og kulturelle virkelighed. I 2007 konkluderede Campbell et al. at den multifaktorielle faldforebyggelse er effektiv for den enkelte, når den er tilpasset og den enkelte blev instrueret. Så fra at der op til ca. år 2000 har været fuld opbakning til den multifaktorielle faldforebyggelse som redskab til at forebygge fald i befolkningsgrupper, ses der et opbrud, hvor anbefalingerne retter sig mod individer eller er delindsats f.eks. træningsprogrammer til en veldefineret befolkningsgruppe.

Der er ikke skrevet meget om risikoperspektiver i forhold til det at blive gammel. Bornat og Bythway (2010) fremhæver dog, at gamle mennesker lever med mange risici og håndterer mange risici. Dertil kommer at forfatterens forståelse af risiko, hvor de mener, at det er nødvendigt med analyse af den diskursive produktion og den somatiske repræsentation. Det vil sige, at der altid vil være risici i livsløb og at disse risici skal vurderes efter omstændigheder og livssituationer. I faldforebyggelsen bliver risikoperspektiverne udtrykt meget tydeligt (Horton, 2007). Faldforebyggelse er velbeskrevet i den medicinske litteratur og her drejer det sig om en lineær forståelse af risici, risikoreduktion og interventioner i forhold til risici. Det er forskning, der handler om at foretage interventioner i forhold til en gruppe mennesker uden at differentiere køn, socioøkonomiske baggrunde, kulturer og livsomstændigheder. Ikke desto mindre involverer opfattelsen af risici de personlige holdninger, overbevisninger, sociale/ kulturelle værdier og følelser (Lupton, 1999). Bornat og Bythway (2010) peger på at risikoorientering kan bidrage til en stereotyp opfattelse af menneskers sårbarhed i de situationer, hvor de falder.

Den dominerende medicinske diskurs på det faldforebyggende felt har skygget for en sociologisk indfaldsvinkel og for anvendelse af sociologiske metoder (Kingston, 2000). I disse videnskabelige traditioner vil det ikke være identifikation af den enkelte som person, men af komplementerende erkendelser i forhold til at falde for den enkelte og for grupper af mennesker. Det kan kun gøres ved at inddrage de mennesker, der er faldets hovedpersoner. Kingston anvender overgange og foretrukne identiteter som betydningsfulde begreber for forståelse af fænomenet fald blandt ældre. Fald kan i hans optik ansues som uundgåelige eller forebyggelige afhængig af hvordan personen opfatter sig selv og sit liv, og hvilken identitet personen foretrækker. Det er dog ikke et frit valg af identitet. Kingston understreger,

at den medicinske profession har gjort fald blandt ældre til et stigma, et negativt billede af aldring som funktionstab, afhængighed og død. Er fremtidige fald til at undgå, kunne det være en strukturel løsning, hvor personen flytter til en bolig i et plan eller hensigtsmæssig indretning af hjemmet. Det kunne også være, skriver Kingston, at personen havde andre og bedre forslag.

De sundhedsprofessionelles indflydelse i faldforebyggelse

Ballinger and Payne (2000) gør opmærksom på at sundhedspersonale er uddannet til at opspore risici. Sundhedspersonalets opfattelser af faldepisoder var at fald var både forudsigelige og forebyggelige samt at sundhedspersonalet var eksperter, der havde patent på sandheden. De ældre mennesker ville dog gerne være høflige og venlige, så derfor roste de personalet. Borkan et al. (1991) har tidligere været inde på, at lige netop den sundhedsprofessionelle uddannelsestilgang har haft indflydelse, på hvordan gamle mennesker forklarer deres faldepisoder som uundgåelige og et alderstegn. Zedevic et al. (2006) henviser til at der skal fælles forståelser til for at tale om faldepisoder, fælles forståelser mellem personale og de, der er faldet.

Sundhedsfremme perspektiver i forebyggelse af fald

Sundhed er den udstrækning hvor individer eller grupper er i stand til på den ene side at realisere forhåbninger og sikkerhed; og på den anden side at forandre eller håndtere omgivelserne. Sundhed skal forstås som en ressource i hverdagen ikke blot for at overleve. Det er en positiv forståelse, der understreger sociale og personlige ressourcer og fysisk formåen (WHO, 1986). På denne forståelse bygger Ottawa chartret, der flytter sundheds- og folkesundhedsopfattelsen fra den medicinske/ biomedicinske sfære til et rummeligt tværfagligt felt med samfunds-human – og naturvidenskabelige indfaldsvinkler. Der bliver lagt op til at målgrupperne spiller en central rolle for iværksættelse af handling og forandring. Det vil sige, at det praktiske folkesundhedsarbejde får retning med fokus på ressourcer, deltagelse, potentialer, velvære og handlekompetence snarere end på sygdom, mangeltilstande og risici; og arbejdet får en retning hvor levevilkår og dagliglivets erfaringer har betydning for håndtering af livet og af helbred. (MacDonald, 1998;

Eriksson & Lindström, 2008). I det sygdomsforebyggende kan være sundhedsfremme og vice versa. De to begreber kan forstås som polariteter i et kontinuum, hvor de oftest interagerer med hinanden. Der er dog tydelige forskelle i hvilke metoder, der anvendes i arbejdet med begreberne. I sundhedsfremme arbejdes med deltagerorienterede og dialogbaserede processer med henblik på at fremme ejerskab og handlekompetencer. Ifølge forebyggelsestankegangen gøres noget med og ved deltagerne (Jensen, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2005; WHO, 1998).

I den sundhedsfremmende tankegang er der således flere perspektiver (Antonovsky, 1987; Eriksson, 2007) der kunne være relevante for forebyggelse af fald. I det følgende vil der blive peget på refleksion, dialog og deltagelse, hverdagsliv og liv i balance.

Refleksion, dialog og deltagelse

Træning og aktivitet er det, der i 2011/2012 i den vestlige verden ofte bliver tilbudt gamle mennesker, som er faldet. Det er ofte som holdtræning i balance og muskel styrke. Katz (1996; 2000) har sat den samfundsmæssige aktivitetsbølge ind i en teoretisk ramme og kan se sammenhænge i den måde gerontologi og medicin tenderer at disciplinere gamle menneskers liv. Det viser sig at gamle mennesker, der er faldet viser deres ønsker ved ikke at deltage i faldforebyggende programmer. En gruppe borgere over 77 år blev spurgt i et dansk studie (Rosell et al., 2005). De gav udtryk for, at de gerne ville deltage i tilrettelagt træning, hvis de kunne se, at det var nyttigt for deres liv. Sammenlignes holdninger til at deltage i faldforebyggende indsats i Europa, så tegner der sig et tilsvarende billede. Ældre mennesker vil gerne deltage i både styrke- og balancetræning, hvis det er morsomt og respektfuldt, træningen ønskes dog af de fleste individuelt tilrettelagt og ikke i grupper (Yardley et al., 2006). Tilbageholdenhed med at deltage kan være ud fra et ønske om ikke at miste autoritet og autonomi (Evron et al., 2009). Den rådgivning og vejledning som har fundet sted i forbindelse med den faldforebyggende indsats er der mange ældre mennesker, der anser som trivielt og velmenende, mere egnet til andre end dem selv (Yardley et al., 2006). Clemson et al. (1999) noterede sig, at gamle kvinder gerne vil forebygge fald, men de vil selv bestemme, hvordan de vælger at gøre det. Får de ikke valgmuligheder eller bliver inddraget viser det sig, at deltagere i

faldforebyggelsesprogrammer undlader at sige deres mening, hvis de ikke bliver spurgt. De er venligt høflige og udholder strabadserne mens det står på og bliver væk når de kan (Walker, 2011).

Flere forskere (Hawley, 2009; Wallin et al., 2007; Salkeld et al., 2000) er inde på at støtte til den enkeltes selvopfattelse, værdighed og selvtillid er det, der vil medvirke til at hindre at fald. Det indebærer at de, der er faldet oplever at deres selvbestemmelse respekteres og dermed deres mulighed for selvstændige beslutninger. Det stiller anderledes krav til sundhedspersonalets kommunikative kompetencer end tidligere i sundhedsuddannelserne. Det at støtte ældre mennesker, der er faldet (Roe et al., 2008) til at reflektere over, hvad der skete og måske kunne se hvorfor det skete, kan være med til at dæmpe bekymring for at falde, styrke selvtillid og hjælpe rehabiliteringsprocessen i det daglige liv.

Hverdagsliv

I det fragmentariske moderne liv, danner hverdagslivet udgangspunkt og ramme for selvidentitet som sammenhængende fænomen (Giddens, 1991). Hverdagsliv, der er en metafor for det daglige liv, tages for givet og er på den ene side det banale, minutiøse, trivielle, genkendelige eller intime og de individuelle handlemønstre; på den anden side er hverdagsliv en del af de samfundsmæssige og kulturelle kontekster indenfor hvilke mennesker dagligt skaber mening. Hverdagsliv er ikke kun noget i sig selv, men en del af noget større – den overordnede kultur og samfundsstruktur (Hviid Jacobsen & Kristiansen, 2005). Hjem er en hverdagslivsarena, det er rammen om oplevelser, erfaringer og kan opleves som en del af en selv (Leith, 2006). Det er indretning og fornemmelse for hjemmet, der støtter hverdagsrutiner, selvbestemmelse og velbefindende. Selvom det daglige liv holdes sammen af rutiner, vaner og det genkendelige er intet som dagen i går, det er flydende og foranderligt (Bech- Jørgensen, 1994; 2001) og kropsbevægelse er med til at forandre omverdenen – et fald kan være med til at ændre fremtiden. Dagligdagen danner ramme om kontakter til andre. Hverdagsliv er et relationelt begreb, selvom mennesker i det moderne er tilbøjelige til at forstå sig selv som individer. Fald kan betyde brud med det genkendelige ikke blot fordi hjemmet kan have risiko for at blive indrettet efter standard beskrivelser for at undgå

risikosituationer (Simpson et al., 2003), hvis de ikke er taget med på råd. Bailey et al. (2011) viser at de, der er faldet er pragmatiske i forhold til genindretning af hjemmet, hvis de tages med på råd. Faldet som sådan kan skabe ubalance ikke kun kropsligt forstået, men også i forståelse af livet. Faldet kan være en uforudset begivenhed, der bryder med livets vante mønster og kan være dramatiske oplevelser (Becker, 1999). Når de, der faldet bliver spurgt om årsager, så svarer omkring en fjerdedel at det var galt med balancen. Nachreiner et al. (2007) mener at ubalance skyldes manglende muskelstyrke, så de ikke har kraft til at stå fast. At miste balance kan dog have eksistentielle, psykologiske såvel som fysiologiske baggrund (Yardley, 1994).

Liv i balance

Sammenhæng mellem balance og sundhed har Pörn (1993) været eksponent for i Norden. Det er et sundhedssyn, der ikke tager udgangspunkt i sygdom, men i menneskets relation til omgivelserne og til selvet. Der er de tre faktorer, der danner basis for det handlende mennesker. Det er menneskets repertoire, omgivelserne og det enkelte menneskes mål. Hos det sunde menneske er faktorerne i balance fordi personen kan opnå sine afgørende mål gennem handling, baseret på personens repertoire/ kunnen og omgivelserne/ konteksten. Det betyder også at et menneskes sundhed kan styrkes fra de tre forskellige indfaldsvinkler. Nordenfelt (1987) komplementerer Pörns repertoirebegreb i evne til at handle, hvor han skelner mellem to former for handleevne: af første og af anden orden. Handleevne af første orden, er hvad personen har tilegnet sig; at have anden orden handleevne vil sige at have evne til at tilegne sig første ordens handlekompetencer. At være sund er altså ifølge Nordenfelt at have anden ordens handlekompetencer til at opnå betydningsfulde mål. Tengland (2007) peger med inspiration fra både Pörn og Nordenfelt på en alternativ teori om sundhed der består af to dimensioner: Sundhed som evne til at handle og sundhed som balance.

Terminologi og metaforer

Der anvendes i den refererede litteratur forskellige omskrivninger for de personer, der falder og af faldet. Fald har i sig selv en metaforisk mening, da fald relaterer til løvfald og til efterår og at tiden nærmer sig, - og man faldet bort eller

falder væk, hvilket vil sige dør. Den symbolske mening har betydning i hverdagens kommunikation, da den peger i enten en positiv eller negativ retning. Faldet peger i en negativ retning (Kingston, 2000). Metaforerne for fald er orienteringsmetaforer, der betegner op/ ned og en rumlig orientering. Lakoff (1995) og Lakoff og Johnson (2002) nævner eksempler på op/ned metaforer i hverdagens kommunikation: Glad er op, ked af det er ned; sundhed og liv er op, sygdom og død er ned; at have kontrol eller magt er op, at være under kontrol og ude af kontrol er nede. At miste balance anvendes ofte som metafor for at falde, men det at miste balance har vist sig også at være metafor for meget andet end at blive stående oprejst, det kan betyde miste orientering i livet, være usikker på hvilken retning livet skal gå, være på usikker grund. Ricoeur (2003) hævder, at metaforer har en verdensåbnende funktion og hvor den fiktive gendigtning giver meningsoverskud. I studierne er det kommet frem at frygt for at falde anvendes som en metafor. Ligeledes har det vist sig at appetit har en udfoldede betydninger, hvor det ikke blot er appetit på mad, men appetit på livet som det udfolder sig, der er en del af den folkelige forståelse.

Det følgende er eksempler på metaforer fra de refererede studier og daglig tale:

Fallers; en falder, flere faldere

Fall victims, ofre for fald

Falde i agtelse

Fall patients, faldpatienter

Miste kontrol og vise svaghed

Fald, forfald, falde til bunds

Falde om, falde ned, falde bort, falde væk

Fall, fald, løvfald, efterår og død

Studiets rationale

I dette studie vil hver persons retrospektive refleksion blive tematiseret i forhold til faldulykker og faldforebyggelsens forskellige aspekter. Betydninger og meninger med fald og forebyggelse af fald vil være forskellig fra person til person, og samtidig vil de være fortalt ind i en samfundsmæssig kontekst og i de kulturelt eksisterende

værdier. Håndtering af fald for at skabe balance vil afhænge af det enkelte menneskes handleevne, der er bestemt af mål, kunnen, vilkår og muligheder i omgivelserne.

Folkesundhedsindsatsen for at skabe gode betingelser for aldring skal rettes mod både at være respektfuld, livsforlængende og fremmende af velvære. Der skal sikres respekt for integritet, værdighed og sårbarhed i ældrebefolkningen samtidig med at ældre mennesker og grupper involveres og styrkes i forhold til handleevne og muligheder. Der skal tilrettelægges muligheder i samarbejde med gamle kvinder og mænd, der kan sikre rehabilitering og vedligeholdelse af meningsfulde færdigheder. Denne afhandling har en væsentlig betydning da den konkretiserer og giver indirekte anvisninger på hvordan samfund og sundhedsprofessionelle kan indlede samarbejdet. Tillige angives der retninger for praksisnær kompetenceudvikling og træning, så holdninger til gamle mennesker bearbejdes og kan blive bevidste.

Siden det at falde som ældre menneske er et multifaktorielt og multidimensionelt socialt fænomen, der er influeret af både interne og eksterne faktorer vil dette studies sundhedsopfattelse være begrundet i balance mellem den enkeltes mål og ønsker, den enkeltes repertoire/ evne til at kunne og til at handle og den kontekst den enkelte og grupper af gamle mennesker befinder sig i.

Formål med studiet

Studiet har til formål at beskrive hvorledes faldhændelser og at miste balance opleves og håndteres af gamle mennesker, der bor i selvstændig bolig. Studiet har ligeledes fokus på at undersøge sammenhænge i den faldforebyggende indsats med udgangspunkt i hvad de, der er faldet, har oplevet. Studiet skal gerne bidrage til udvikling af sundhedsfremmende og faldforebyggende indsats i forhold til den enkelte og til den samlede indsats.

Forskningsspørgsmål

Hvordan oplever gamle mennesker det at miste balancen og falde? (I).

Hvordan udtrykker gamle mennesker bekymring og frygt for at falde? (II).

Hvordan opfatter og håndterer gamle mennesker, der modtager hjemmepleje og sundhedspersonalet den faldforebyggende indsats? (III).

Gamle, der falder, er ofte i en mangelfuld ernæringstilstand. Hvad betyder appetit for dem? (IV).

Metodologi

Fortolkende fænomenologi

I fortolkende fænomenologi er fokus hvordan fænomener opleves i en sammenhæng med omgivelserne. Eksponent for den fænomenologiske bølge i begyndelsen af 1900 tallet var Husserl (Bengtsson, 1987; Spiegelberg, 1994), og det betød et opgør med den reduktionistiske indstilling til videnskab, opmærksomhed på hverdagsliv og hvad der bliver taget for givet – det oversete, tavse, men betydningsfulde (Schutz, 2005). Livsverdens teorien blev ført videre af flere andre andengenerations fænomenologer deriblandt Merleau Ponty i opgør med den naturvidenskabelige rationalitet og den kartianske dualisme. (Bengtsson, 1993). Husserls livsverdens teori samt intentionalitetsbegreb udvikles videre med udgangspunkt i kroppen (Merleau-Ponty, 2002), hvor kroppen er adgangen til verden, der er situeret i verden og bebor tid og rum. Viden, erkendelse og færdigheder skabes gennem den nærværende krop, der er jeg'et og selvet, subjekt og objekt i en ikke-reducerbar eksistens. Erindring er også forstået kropslig, kroppen er medium i den tidslige og rumlige kommunikation og derfor omdrejningspunkt, når erindringen åbnes. Den kropslige indlejrede viden er beskrevet af Benner (1984, Benne & Wrubel, 1989) i forhold til ekspertsygeplejersken, men er allestedsnærværende. Den hermeneutiske/ tekstfortolkende tradition går langt tilbage i historisk tid, men er blevet udviklet til en magtfuld filosofisk retning af flere, hvor Heidegger (2007) og Ricoeur (2002) har særlig relevans for dette studie. Både i fænomenologien og i hermeneutikken anerkendes, at vi som mennesker erfarer verden og at mening skabes, ligesom åbenhed overfor det valgte fænomen er grundlæggende (Dahlberg et al., 2001; Willig, 2001). Den fortolkende fænomenologi er en fænomenologisk tankegang og metode, hvor det er accepteret at forskeren ikke kan få direkte adgang til interviewpersonens livsverdensforståelser, men må gå fortolkningens omveje for at kunne forklare og forstå. Forståelserne må nødvendigvis implicere forskerens, der vil foretage fortolkninger af deltagernes oplevede erfaringer. Benner (1994) har med inspiration fra Husserl, Heidegger og

Merlau Ponty skabt en fænomenologisk fortolkningsramme for at forstå menneskers verden, og hvor det er forskerens opgave at indgå i kritisk reflektiv dialog mellem de praktiske bekymringer/ praksisser og de levede erfaringer. Faldet som situeret kropsligt fænomen indlejret i en kontekstuel mangfoldighed, er studierne fokus. For at få adgang til livsverdensforståelser anvendes fortællinger.

Om fortællinger

Fortællingen er et eksistentielt fænomen og en måde hvorpå mennesker skaber forståelse, mening og sammenhæng i tilværelsen. Den skaber også sammenhæng mellem det fortalte og fortælleren, mellem fortælleren og tilhøreren, den skaber og formidler mening samt giver mulighed for forklaring, forståelse og handling (Ricoeur 2002). At fortælle er den proces, der tager afsæt i nuet samler fortid, nutid og fremtid (Polkinghorne, 1988). Fortælleren og tilhøreren er involveret i fortælleprocessen (Brockmeier & Harre, 1998). For sundhedspersonale er fortællingen enestående i sin betydning, fordi den kan skabe forståelse for og viden om egen forståelse af et andet menneskes livsopfattelse og giver dermed angive handlemuligheder. Fortælleren fortæller sin historie med udgangspunkt i livsverdenen, i hverdagslivets erfaringer. Det sker i nuet, hvor fortællingen skabes i et samspil med den der fortælles til (Dahlberg et al., 2001). Fortællinger er multivokale og alt efter videnskabsteoretisk indfaldsvinkel og forforståelser kan der uddrages forskellige meninger og strukturer (Brockmeier & Harre, 1998). Udfordringen er ud fra den givne opgave og situation at fremstille det relevante, valgte videnskabsunivers der arbejdes i. I dette studie tages ikke stilling til om fortællingerne er sande eller falske, men om hvilke forståelser fortællerne tillægger det fortalte ligesom der lægges vægt på hvordan fortællinger skrider frem (Bruner, 1999; Ricoeur, 2002). Fortællingerne formidler værdier og holdninger, der i beskrivelse og fortælling bliver almengjort, fortællingen/ fortællinger er således formidler af etik og moral (Kemp, 2001). Fagermoen (2001) fremhæver, at fortællinger i denne genre har mange funktioner: i) at opretholde identitet, ii) at skabe helhed og mening i vore erfaringer med andre og med os selv og; iii) at skabe fællesskabsfølelse, hvor fortællingen har en social og kulturel funktion. For sundhedsforskning skitseres problemfelter, der knytter sig til identitet og

identitetsdannelse/ opretholdelse; erfaringer og refleksioner om problematiske og eksistentielle forhold; afdækning af praksiskundskab.

Folkesundhed og fortællinger

Fortællinger formidler det levede liv, og er på den måde knyttet til at være i verden Heidegger (2007). Fortællinger knytter mennesker sammen, da der skal være en lytter til det fortalte; samtidig udtrykker/ konstruerer fortællinger identiteten, hvad der er værd at leve for og hvilken mening og betydning livet og fænomener i livet tillægges. De store fortællinger som Homers Illiaden og Herodots skæbnetunge beskrivelser af perserkrigene er historiske fortællinger, der har konstitueret historien og menneskers selvforståelse. Husserl beskrev med livsverdensbegrebet forståelsen af fortællingen som udtryk for menneskets forviklethed med historierne og kulturen (Horsdal, 1999; Johansson, 2005). I den vestlige filosofi har der været en dikotomi i opfattelsen af krop og sjæl, det er tydeligt beskrevet af Descartes og oplysningstidens tænkere, hvor den reflekterende sjæl er det autentiske i den fysiske krop. Merleau Ponty introducerede det kropsliggjorte selv og dermed også fortællinger som kroppens fortællinger og fortællingerne som krop og sansning (Merleau Ponty, 2002). At falde har kropslig betydning. Det er ikke kun den kropslige oplevelse af at miste fodfæste, men også de knubs, skrammer og brud faldet kan medføre. Efter faldet skal kroppen så genkendes og genlæres måske med de forhindringer, der kan være opstået og en dagligdag etableres på ny (Frank, 1997).

Hvis folkesundhedsindsatser udelukkende koncentrerer sig om en medicinsk epidemiologisk tilgang til sundhed og ikke inddrager fortællinger mistes lægmands-/ genusperspektivet på hvorledes sundhed og sygdom værdisættes og konstrueres til sammenhængende selvopfattelse. Samtidig bidrager fortællinger til at forskningen beskæftiger sig med andre begreber, som har betydning for den samfundsmæssige forståelse af begreber og fænomener, der har indflydelse på hvorledes mennesker trives (Elsass, 2006). Frank (1997) skriver inspireret af Foucault og Giddens, at det kendetegner professionaliteten i det moderne, at være mere ansvarlig overfor sandheden end overfor individet, sandheden skal forstås på flere niveauer: den medicinske faktuelle viden, det godgørende hospital og det politiske ønske om

velfærd. Derfor er det nødvendigt med fortællinger om sundhedstilstande og sundhedsproblemer for at bidrage med den menneskelige kundskab.

Indenfor medicin, sygepleje og folkesundhedsvidenskab har narrativer eller fortællinger hidtil mest været anvendt til at skabe viden om erfaringer og refleksioner omkring problematiske og eksistentielle forhold. Kleinman (1988) har med sin understregning af betydningen af oplevelsen af lidelse og erfaring med sygdom været banebrydende som inspirationskilde for sundhedspersoners interesse for fortællinger om tilstande, erfaringer og oplevelser. Gennem præsentation af fortællinger viste Kleinman, at patienter ordner erfaringer og oplevelser af sygdom på en måde, så det bliver meningsfyldt for dem selv og for den betydningsfulde anden i et personligt narrativ. Kleinman understreger, at især hos ældre mennesker er det meget udtalt at symptomer og tilstande flettes ind i livets hændelser og handlinger. Uden at kende personens egen opfattelse af sammenhæng og mening vil den medicinske tolkning af symptomer blive forkert. Kleimann mener, at de sundhedsprofessionelle kun ville spejle sig selv og deres viden og ikke kende til den enkeltes kompleksitet og livsverdenstolkning, hvis ikke fortællingen om lidelsen, tilstanden eller fænomenet og begreber danner udgangspunkt.

Hydén (1997) har samlet en oversigt over de efterhånden forskellige tilgange til fortællinger og sygdomsoplevelser. For på trods af modernitetens fragmentering af hverdagslivet, så har narrativer i de sidste ti år været en blomstrende udvikling. Det er en vigtig pointe for folkesundhedsvidenskaben, at hvis ikke borgerens fortælling og oplevelse anvendes som redskab til at styrke indsatsen, så vil udgangspunktet være sundhedspersonalets egne oplevelser, og indsatsen vil være forfejlet.

Livets fortælling

Indenfor humaniora og samfundsvidenskabelig forskning har fortællinger, livshistorier og den narrative metode lange traditioner. I Norden har nogle store projekter i det 20. århundrede taget afsæt i livshistorier ud fra ønsket om, at have udgangspunkt i befolkningens erfaringer og problem opfattelser. Gullestad (1989) har beskrevet en indsats med ” *Skriv dit liv*”. Hun har vist, at moderniteten har medført at forestillinger om det nødvendige, ønskelige gode liv har ændret sig;

vilkårene for at leve livet er ændrede og at være tilfreds har også ændret sig fra tidligere tider. Disse forskelle løftes også frem i Fossland og Thorsens (2010) værk, der er en del af et større samarbejdsprojekt, baseret på nationale studier af livshistorier fra hovedstadsbeboere i alle de fem nordiske lande. Hensigten med livshistorierne var at vise, hvordan alderdommen springer ud af det levede liv og må forstås i lyset af dette. I Danmark har Horsdal (1999; 2000) med sine studerende i 90'erne, hvor man mente at den store fortælling var afgang ved døden, rejst rundt og indsamlet livshistorier. Resultaterne kan ses som en del af bevægelsen med udgivelse af identitetshistorie, med identitetsdannelse, demokratiske forandringsprocesser i velfærdssamfundet og individualisering samt globalisering. I erindringer knyttes episoder og associationer til meningsgivende forløb; svigter denne narrative kompetence, vil verden og den enkelte opleves fragmenteret. Erfaringen er kontekstuel, og Marcel Proust lader erindringen skønlitterært føre sig tilbage til det i oplevelsen af søndag formiddag i Combray og smagen af et lille stykke madeleinekage. Forfatteren reflekterer over indtryk, sansninger, sammenhænge og omgivelser:

Men når intet er tilbage af en svunden tid, når menneskene er døde, når tingene er gået til grunde, er det kun lugten og smagen, de mere skrøbelige og mere luftige, men også mere livskraftige, mere udholdende og trofaste, der endnu i lang tid bliver stående, som sjæle, i ruinerne af alt det andet, og mindes, venter og håber, mens de ufortrødent bærer erindringens mægtige bygningsværk på deres lille, næsten uhåndgribelige dråbe. (Proust, 2003 s.55)

Det lille citat illustrerer Bruners (Bruner, 1999) opfattelse af livshistoriens dobbelte landskab idet den både beskriver resultatet af den intentionelle handling og den emotionelle effekt, hvormed den ”ydre virkelighed” sammenholdes med ”den indre vision”. Horsdal (1999) fremhæver at erindringen konstrueres som en sammensmeltning af adskillige tilbagevendende, beslægtede oplevelser, frem for at erindre de faktiske episoder særskilt. Hun føjer til i overensstemmelse med Bruner, at i det dobbelte landskab, mellem det der er sket og det følelsesmæssige, skabes forklaring, forståelse og mening. Det intentionelle understreges i valg af rækkefølge.

Samtidig er livshistorien på den ene side den formidlede fortælling om livet eller dele af livet som det oplevedes af en person, på den anden side medfortælles den samfundsmæssige kontekst og de eksisterende kulturelle værdier (Polkinghorne, 1988).

Forskellige aspekter i narrativitet

I sygeplejeforskning har den narrative metode været anvendt i en vis udstrækning, i en mistolket udstrækning mener Frid, Öhlen og Bergbom (2000) når det narrative indslag er fortællerens historie, som den fortælles, som en måde at samle empiriske data. Forfatterne mener, at med hjælp fra Ricoeurs kritiske refleksionsteori vil indsatsen kunne udmærke sig ved et videnskabeligt niveau. Synspunktet støttes af indsatsen fra universitetet i Umeå, hvor Nordberg i samarbejde med flere gennem 10 år har arbejdet med at udvikle en fænomenologisk-hermeneutisk metode til at studere livsverdenen (Lindseth & Norberg, 2003). Metoden er en tillempning til Ricoeurs fortolkningsteori. Ricoeur (Kemp, 1979; 1999; Ricoeur, 2002) har løftet en kritisk fortolkende refleksionsteori frem, hvor forståelsen af fortællingen formidles via forklaring, og hvor forklaringen fuldbyrdes via forståelse. I filosofien, der danner baggrund for teorien, anvendes betegnelsen diskurs som begivenhedernes hermeneutik. Det vil sige at Ricoeurs indfaldsvinkel er, at den fortalte fortælling, der er nedskrevet er en efterligning af virkeligheden, og at livets mening og handling alene er indlejret i teksten. I efterligningsteorien eller ”den trefoldige mimesis” er Ricoeur inspireret af Aristoteles (Aristoteles, 1993) poesi og analyse af tragedierne. Med reference til Aristoteles argumenterer Mattingly (1994) at fortællinger, narrativer er efterlignende processer, men ikke enkle efterligninger. Narrativer vil være centreret om højdepunkter, centrale begivenheder, gennem hvis filter erfaringen fortælles. ”*The narrative Plot*” integrer elementer i fortællingen til en helhed og skaber fortællingens forklaringsværdi. I fortællingen kan der være flere plotlines eller røde tråde (Horsdal, 1999; Polkinghorne, 1988). Et andet narrativt aspekt i fortællinger som flere forskere i fortællinger og narrativer beskæftiger sig med, er narrativ identitet. Gennem at fortælle de levede erfaringer skaber fortælleren sin identitet, denne identitet er skrøbelig som fortællingens kompleksitet. Identiteten anskues her på en gang som et uafhængigt og uforanderligt

selv og et opdelt selv, der spejler sig i andre. Således citerer Frid, Öhlen og Bergbom (2000) Ricoeur i dette spørgsmål, med andre ord så bliver individualiteten til i samspil med andre. Den narrative identitet handler således om retrospektivt at kunne identificere og gennem dette skabe sammenhæng og mening i det temporært adskilte i erfaringen. Fortællingen er på én gang personens/ hovedpersonens fortælling og samtidig transcenderer den individuelle fortælling om identiteten det individuelle perspektiv, fordi dets plot er påvirket af de kulturelle fortællinger, og den bliver til ved at udfordre fortolkerens selvforståelse (Horsdal, 1999).

Det kvalitative forskningsinterview

Det kvalitative forskningsinterview adskiller sig fra den dagligdags samtale ved at intervieweren har metodologisk bevidsthed om at stille spørgsmål og fokus på interaktion mellem interviewperson og forsker. Desuden er interviewet karakteriseret ved en magt assymetri idet det er intervieweren/ forskeren, der har taget initiativ til interviewet og som har fastsat tema for denne specielle form for samtale. Interviewperson og forsker er sammen om temaet, der i interviewet tager afsæt i den menneskelige virkelighed med andre ord livsverdenen. Forskeren forventes at registrere og fortolke både hvad der siges og hvordan det siges, udfordringen er at begribe både det faktuelle plan og meningsplan, således at det kan resultere i nuancerede beskrivelser og fortolkninger. Der kan være flertydighed i det sagte, hvilket kan skyldes kommunikationssvigt i interaktionen, flertydighed kan også afspejle virkelige inkonsekvenser eller ambivalens og modsigelser hos interviewpersonen eller afspejle en modsætningsfyldt multivokal verden (Kvale, 2000). Kvale (2000) fremhæver sensitivitet og forskerens evner til at lytte til nuancer, etablere en tillidsfuld og tryk atmosfære i den mellem menneskelige situation interviewet er og samtidig stille sig bevidst naiv og åben overfor nye og uventede fortalte fænomener. Når det kvalitative forskningsinterview er narrativt anlagt har det lighed med etnografisk praksis, der er kendetegnet ved åbenhed og forskerens ønske om at genere detaljerede beretninger frem for eksakte svar (Riessman, 2008).

Det kvalitative forskningsinterview adskiller sig fra den terapeutiske samtale ved at det her er personen, der har henvendt sig til terapeuten med det formål at få

det bedre (Fog, 2001) - at krav om forandring. Fog (2001) gør opmærksom på hvad hun kalder brud i det kvalitative forskningsinterview: der kan opstå i situationer, hvor forskeren lytter opmærksomt og interviewet kan antage en kvasi-terapeutisk karakter. Et brud kan være når interviewpersonen ønsker at forlænge samværet udover den aftalte tid. Fog peger desuden på, at der er visse pointer i forskningsinterviewet, hvor forskeren kan lære af de terapeutiske refleksioner. Forskeren bruger sig selv og sin subjektivitet som instrument i interviewet, men forskerens subjektivitet kan være ugennemlyst og ubearbejdet. Det stiller krav til forskeren om selvransagelse for at kunne skabe grundlag for den metodologisk relevante empati. Ikke desto mindre kan det, at få lejlighed til fortælle sin historie og en interviewers fulde opmærksomhed være helende og styrkende for identitet og integritet.

Dataindsamling

I disse studier er faldet fænomen, der fokuseres og hvor udfordringen for forskeren er at åbne for fortællinger, forklaringer og forståelser som interviewpersonerne kunne give udtryk for. Forskeren forsøgte i situationen at sætte sin forståelse af fald i parentes og åbent lytte til interviewpersonernes beretninger for senere at analysere og fortolke teksten kontekstuel. Forskeren var vel vidende om at fortællingen blev til i et samspil mellem fortæller og tilhører. I interviewene blev interviewpersonerne stillet så få spørgsmål som muligt for ikke at begrænse interviewpersonernes associationer. Åbningsspørgsmålet var: ” *Vil du fortælle mig om dine fald og hvad det har betydet for dig at falde?* ” . Hvis fortællingen gik i stå anvendte forskeren refleksiv dialog med opklarende spørgsmål for at guide til flere fortællinger. Guide til interviewene var antagelsen, at det er forskelligt, hvordan mennesker oplever at falde alt efter køn, kultur og socioøkonomisk baggrund. Ligeledes at den væsentligste kilde til viden om fald som fænomen er fortællinger om faldhændelser i hverdagen og hvad de har af praktisk betydning. Det kan give forskeren mulighed for at finde frem til, hvad der kunne være taget for givet, det er i første omgang er udtalt men som konstituerer det daglige liv (Benner, 1994; Taylor & Bogdan, 1998).

Udvalg

Deltagerne i studierne blev udvalgt henholdsvis fra delvist fra faldregistrerings skemaer og delvist blandt deltagere på faldforebyggelses kursus 2006/ 2007.

I Folkesundhed København (FSK, www.folkesundhed.kk.dk) samledes de faldregistreringsskemaer, som personalet i den kommunale hjemmepleje udfyldte. Alle social- og sundhedshjælpere havde skemaer i tasken, og i mapper i borgerens hjem lå skemaerne også, så de var let tilgængelige. Efter modtageren af hjemmepleje var faldet udfyldte hjælperen skemaet, gav det til sin gruppeleder. Når gruppelederen havde registreret faldet i borgerjournalen blev skemaet givet videre til en sygeplejerske i det respektive distrikt, der fulgte op ved at besøge eller ringe til den borger, der var faldet. Sygeplejersken iværksatte i samarbejde med den, der var faldet, det der skønnedes nødvendigt. Hvis borgeren led akut nød, kontaktede hjælperen sygeplejersken direkte. Herefter blev skemaerne sendt til en sundhedskonsulent i FSK. FSK er en afdeling i den centrale forvaltning, hvor faldhyppighed og årsager til fald blev monitoreret. Ud fra et års skemaer i to lokalområder i København udvalgte forskeren en gruppe kvinder og mænd over 75 år. Aldersgrænsen blev sat pragmatisk ud fra alderssegregeringen i lovgivning om forebyggende hjemmebesøg (Lov om social service, 1998/2011). Det var også kriterium for udvælgelse, at der kom variation i deltagernes socioøkonomiske forhold. Hjemmesygeplejerskerne blev taget med på råd inden de potentielle deltagere blev kontaktet, da mennesker med fremadskridende demenssygdomme og døende blev udelukket fra undersøgelsen. Det endte med at 13 personer, der var faldet ønskede at deltage i narrative interviews, hvor hovedtemaet var oplevelsen af at falde. Det var vanskeligt at få lige mange kvinder og mænd. Dels var der flere kvinder, hvis fald var registrerede på skemaer og dels havde de mænd, hvis fald var registrerede det for dårligt til at kunne blive interviewet. De tre af kvinderne blev rekrutteret fra faldforebyggelseskursus, der var initieret i et lokalområde i samarbejde med FSK (Dahl, 2007). På kurset var der 10 deltagere. De mødtes fem eftermiddage kl. 13 – 15.30. Hver eftermiddag havde sit tema indenfor forebyggelse af fald. Deltagerne på kurset blev opfordret til sammen med to forebyggende medarbejdere fra lokalområdet at reflektere over forebyggelse af fremtidige fald, så det blev relevant i forhold til deres daglige liv. De tre kvinder var udvalgt efter

samme kriterier som de, der er beskrevet ovenfor. De sidste to deltagere havde forskeren tidligere interviewet i forhold til mangelfuld ernæring, de var også faldet flere gange og blev derfor interviewet til delstudie fire. Deltagerne i studierne var alle pensionister, de boede alene og modtog hjemmepleje.

De fem medarbejdere, der deltog i studierne blev interviewet på hjemmeplejekontoret. Medarbejderne blev udvalgt som de, der kendte hovedpersonerne i det tredje studie bedst og kom om ikke dagligt, så hyppigt i deres hjem. To medarbejdere blev interviewet for sig selv i dybdegående interviews på et lyst kontor. Gruppen af medarbejdere blev samlet til et fokusgruppeinterview i en hyggelig frokoststue (Halkier, 2008). De gamle mennesker blev bortset fra en interviewet i deres hjem. Den ene, var en mand, der midlertidigt boede på en rehabiliteringsafdeling for at komme til kræfter og få fat på hverdagen igen efter han var faldet. Alle interviews blev foretaget af forskeren, optaget og transskriberet verbatim.

Analyse

I de fire studier begyndte den analytiske proces med at teksterne blev læst hver for sig flere gange for at danne overblik over indhold. Derefter begyndte der at vise sig temaer, der kunne belyse interviewpersonens oplevelser. I det næste skridt analyseredes ord, sprog, sætninger og der identificeredes temaer og meningsfulde mønstre. Det indebar at sammenholde de enkelte mønstre med helheden i fortællingen. Det var en pendlen mellem tekstnærhed til distance til teksten samtidig med at interviewpersonens opfattelse blev kritisk reflekteret. Til sidst blev temaerne sammenlignet på tværs af transskriptionerne for at identificere ligheder og forskelle i deltagernes oplevelser. Formålet var at finde de betydninger som interviewpersonerne tillagde faldhændelserne eller det specifikke foki i forhold til faldhændelser.

I et af studierne (III) var den analytiske proces i højere grad inspireret af Ricoers fortolkende fænomenologi. Derfor kaldtes den første læsning, den naive læsning. Den efterfulgtes af en strukturanalyse, hvor teksten blev brudt op og sætninger og ordvalg analyseredes (Ricoeur, 2002; Horsdal, 1999). Slutteligt sammenfattedes meningerne på tværs af de identificerede temaer. Til analyse af

fokusgruppeinterviewene blev anvendt både manifest og latent indholdsanalyse (Robson, 2002) for at finde mønstre i det sagte samt ved kodning at identificere betydningsfulde ord. Dette studie blev sat ind i en *case study* ramme (Yin, 2003; Ramian, 2007). Det gav mulighed for systematisk at studere det empiriske grundlag, der blev udgjort af de to hovedpersoner som hver en case med hver sin kreds af personale, flere forskellige datakilder som de tilknyttede observationer og studier af de sundhedsfaglige optegnelser. Case study rammen blev valgt, da den gav plads til at se faldhændelser som komplekse sociale fænomener. At arbejde med casestudy forudsætter at forskeren opstiller hypoteser og beskriver sine forestillinger om hvordan de kan blive bekræftet og afkræftet. Overblik over planlægning og fremdrift i forskningen førtes i en casestudy protokol. Den er karakteriseret ved at være omfattende og indgående beskrive forskerens hypoteser, antagelser og forudsætninger. Der er krav om ifølge Yin (2003) at forskeren skriver alle observationer, beskriver stemninger og følelser i protokollen. Desuden skrives alt hvad der angår forskningen ind i protokollen.

Tabel 1. Oversigt over forskningsspørgsmål, metodiske tilgange og deltagere. Deltagerne er betegnet med kapitaler, da de optræder under forskellige navne i flere af studierne.

Forsknings spørgsmål	Metode	Deltagere
Delstudie I Hvilken betydning har faldhændelser for de ældres liv?	Fortolkende fænomnologi. Narrative dybdeinterviews. Forskningsdagbog med angivelse af observationer og kontekstuelle faktorer.	Fire kvinder og to mænd B, E, G, H, I, M

Delstudie II Bekymring og frygt for at falde	Fortolkende fænomenologi. Narrative dybdeinterviews. Forskningsdagbog med angivelse af observationer og kontekstuelle faktorer.	Fem kvinder D, E, F, H, I
Delstudie III Balance i livet; fald og faldforebyggelse hos ældre mennesker, der modtog hjemmepleje.	Narrativ metode i ramme af case studie Indholdsanalyse til fokusgruppe interview Narrative dybdeinterviews Fokusgruppe Interview Protokol med hypoteser, antagelser, observationer mv. Journalanalyse ad modum kritisk diskursanalyse	To cases En kvinde og en mand C, L To social – og sundhedshjælpere To social – og sundhedsassistent En sygeplejerske
Delstudie IV Appetit og fald	Fortolkende Fænomenologi.	Otte kvinder og fire mænd A, B, C, D, E, F,G, I, J, K,

	Narrative dybdeinterviews. forskningsdagbog med angivelse af observationer og kontekstuelle faktorer.	L, M
--	---	------

Etiske refleksioner

At falde er en sårbar situation for de fleste mennesker og for ældre mennesker kan det være en yderst sårbar situation, da der kan være meget på spil for eksempel uafhængighed og selvbestemmelse for slet ikke at tale om frakturer, hospitalsindlæggelser og død (Bornat & Bytheway, 2010). Derfor var det en udfordring for forskeren i de narrative interviews tydeligt i sprogbrug, mimik og gestik at lægge afstand til stereotype forståelser af fald og faldulykker for ikke at styrke en risikodiskurs, der ville kunne opfattes stigmatiserende.

Deltagerne blev kontaktet telefonisk af forskeren, når de var blevet udvalgt. De blev spurgt om de havde tid og lyst til at deltage i forskningsprojektet. I telefonsamtalen fortalte forskeren lidt om studiet, og det blev understreget at deltagelse var frivillig. At det lykkedes at understrege frivilligheden viste sig ved at to potentielle deltagere ringede afbud dagen før besøget den ene havde glemt hun fik besøg af frisøren, den anden var for træt til at deltage.

Hvis de var interesserede i at deltage, modtog deltagerne et brev, der bekræftede aftale om tidspunkt og sted. Stedet var hjemme hos de fleste deltagere. En ældre mand blev besøgt på rehabiliteringsafdeling.

Da det var sårbare situationer hvor liv og død havde været i spil, fordrede det nænsomhed i opbygning af tillid; dertil kom at fortolkende fænomenologi har hverdagslivets viden som omdrejningspunkt. Forskeren var derfor påpasselig med at bidrage til en behagelig atmosfære ligesom hun gerne hentede kaffe, te og andet der kunne være med til at skabe tryk stemning. Hver deltager fik en lille blomst som tak for deres deltagelse og den ulejlighed et interview kan være. Flere af deltagerne gav udtryk for at det var en lettelse at fortælle om deres tanker i forbindelse med

faldhændelserne. En af deltager gik så vidt, at hun ønskede at fortsætte med at kunne fortælle i en gruppe med mennesker med lignende oplevelser. Holloway & Wheeler (1995) skriver om de forskningsetiske problemstillinger i kvalitativ forskning, de fremhæver flere dilemmaer og blandt andet spændingsfeltet mellem dybdeinterviewet og den terapeutiske samtale. Deltagerne løste selv problemstillingerne i disse studier ved at efterspørge anden hjælp. En kvinde havde oplevet at det gav hende samling på hendes erindringer at fortælle, samt gjorde hende godt at få fortalt de dramatiske detaljer ved et særligt fald, så hun fortsatte i en sorggruppe, hvor hun sammen med andre fik bearbejdet oplevelserne og oplevede et solidarisk fællesskab.

Deltagerne blev lovet fortrolighed og anonymitet. Der var ellers flere, der gerne ville have deres navne nævnt, da de synes det var godt, der kommer fokus på deres oplevelser. Mattingly (2005) har skrevet om de etiske dilemmaer, der kan opstå i kvalitativ forskning, da de forskningsetiske regler er kontekstløse. Mattingly foreslår at lade dydsetikken få større indflydelse på de forskningsetiske regler. To af deltagerne gav samtykke til at deres historier måtte anvendes i anonymiseret form til undervisning af sygeplejestuderende. De blev orienteret om konsekvenserne hvis deres fortællinger blev anvendt til undervisning, at det ville komme de studerende til gode, men at det samtidig ville eksponere deres fortælling og måske også kunne give anledning til refleksioner, som de ikke ville bifalde. De opretholdt deres ønske, og i anonymiseret form kan sygeplejestuderende i deres kliniske undervisning i et andet lokalområde end hvor fortællerne bor, have glæde af livserfaringerne. For en af deltagerne betød fortroligheden dog så meget at hun dagen efter det første interview ringede til forskeren for at sikre sig at sundhedspersonalets leder ikke fik noget at vide om, hvad hun havde fortalt, så personalet ikke fik repressalier. Det blev hun forsikret om.

Det deltagende personale blev som de ældre informeret i studiet, om det frivillige i at deltage, diskretion og fortrolighed. De gav deres samtykke til at deltage i et dybde interview og i et fokusgruppeinterview.

Studiet er godkendt i forvaltningens sikkerhedsafdeling (bilag 1) og følger de etiske retningslinjer for sygepleje forskning i norden (2003). Den videnskabsetiske

komite i Region Hovedstaden er orienteret om studiet, der som interviewstudie falder udenfor hvad den tager stilling til efter dansk lovgivning (bilag 2).

Resume af de fire delstudier med vægt på resultaterne

Studie I, Uundværlige stole og bekvemmelige puder – fald og falds betydning i seks gamle menneskers liv

Studiet bag artiklen fokuserede på de levede erfaringer hos gamle mennesker, der har oplevet at falde. Formålet var at belyse den mening og de betydninger som de ældre mennesker tillagde fald i et hverdagsliv perspektiv. I forskningsspørgsmålene blev spurgt til hvordan ældre mennesker oplever det at miste balancen og falde, og til hvad fald betyder i en hverdagslivs sammenhæng.

Fortolkende fænomenologi blev anvendt som epistemologisk og metodologisk tilgang til livsverdensfortællingerne.

Fortællingerne om at falde rummede både fortællinger om sårbarhed og velbefindende. At falde, at miste fodfæste og ligge på jorden eller gulvet blev ikke kun oplevet og erfaret som ydmygende og nedværdigende; det blev også forbundet med vanskeligheder med at komme op igen. På flere områder var fortællernes kroppe domineret af sygdomme, skrøbeligheder, mangel på appetit på mad, nedsat syn og hørelse. I håndtering af faldhændelser integrerede fortællerne de kropslige tilstandes foranderligheder i dagligdagen og tilpassede livet efter dem. At falde og at mestre at falde i hverdagen viste sig komplekst, derfor måtte det at falde forstås kontekstuel.

Hjemmet dannede rammen om livets som det udfoldede sig. Hjemme var på den ene side det trygge og sikre sted; på den anden side var hjemmet også det sted hvor aktiviteter og de fleste fald blandt deltagerne fandt sted. Hjemmet var successivt blevet ændret for til stadighed at kunne danne ramme om liv i forandring. Selvom fortællerne ikke kom udendørs var bevidsthed om hjemmet som en del af et lokalsamfund stærk. Det samme gjaldt erindringer om steder omkring hjemmet.

For at kunne rejse sig igen efter at være faldet havde kvinderne lært sig at en teknik, der også eksponerede deres skrøbeligheder. For at kunne mestre faldepisoderne i dagligdagen i hjemmet havde kvinderne udstyret sofaer og stole med puder af forskellige slags, der kunne gøre opstigning fra fald mere

bekvemmeligt. De to mænd, der medvirkede i studiet havde valgt at lade deres stole blive hverdagens omdrejningspunkter, så de ikke behøvede at bevæge sig mere end højst nødvendigt.

Fortællingerne om fald var fortællinger om ontologiske perspektiver i liv og død, hvor det at rejse sig blev en metafor for at vende tilbage til livet. For at kunne håndtere det sårbare, det skrøbelige og dødens nærhed ved faldene udviklede fortællerne forskellige metoder til at klare situationerne. Det kunne være ironisk distance, ikke at anerkende fald som fald, og at finde forankringspunkter, der holdt fast i livet samtidig med at døden blev accepteret som en afslutning på livet.

At falde var både en dramatisk og en triviell begivenhed hvor liv og død er til stede. Fortællernes anstrengelser for at finde måder at håndtere faldhændelserne på afhang af deres livsforløb. For hver deltager gjaldt det om at finde egnede individuelle strategier og tilpasse sine ressourcer for at opnå følelser af velbefindende.

Studie II, Bekymring og frygt for at falde i et hverdagsliv perspektiv; fortællinger fra livets sidste tid

Studiet bag denne artikel fokuserede på de levede erfaringer hos gamle mennesker, der har oplevet at falde. Formålet var at belyse den mening og de betydninger som de ældre mennesker tillagde bekymring og frygt for at falde i et hverdagsliv perspektiv. I forskningsspørgsmålene blev spurgt til hvordan fortællerne udtrykker bekymring og frygt for at falde, og til hvad bekymringer for at falde betyder i en hverdagslivs sammenhæng.

Fortolkende fænomenologi blev anvendt som epistemologisk og metodologisk tilgang til livsverdensfortællingerne.

Den tværgående tematiske analyse af de fem kvinders fortællinger resulterede i fem temaer: disciplinering af hverdagslivet; liv med den sårbare krop; afhængighed og uafhængighed i hjemmet; junglen udenfor; jegets kraft og viljestyrke.

At leve med bekymring og frygt for at falde indebar at leve med den udfordring at disciplinere hverdag og krop. Disciplinering blev udtrykt i struktur og daglig planlægning. Desuden blev planlagt hyppighed af mindre måltider, indkøb eller bestilling af varer. På grund af kroppens sårbarhed og foranderlighed, der ofte

blev udtrykt i faldepisoder, var udfordringen at finde måder at håndtere de vanskelige situationer.

For fortællerne, der var bekymrede for at falde, repræsenterede hjemmet en kontinuitet i livet. Erindringer fra det levede liv var associeret med hjemmet, det foranderlige hjem. Hjemmet som sådan havde ændret sig i takt med ændrede livsomstændigheder, der var nu håndtag, håndgreb og ingen dørtrin, men atmosfæren var den kendte. Hjemmet havde de gamle kvinder indrettet, så de kunne gå omkring med støtte af møbler. På den ene side dannede hjemmet rammen om selvstændigheden og på den anden side var det rammen om afhængighed af at modtage praktisk bistand og personlig pleje.

Hjemmet var en modsætning til den ydre verden, der på den ene side var attraktiv at nå frem til og på den anden side en utilregnelig trussel. Sammenhæng med den ydre verden blev skabt via telefonsamtaler, aviser og TV. I det ydre lurede farer i form af fortove med skæve fliser og kantsten en rollator ikke kunne komme op over.

For at kunne håndtere bekymring og frygt for at falde krævedes viljestyrke til at få det bedste ud af en sårbar situation, turde miste kontrol og tilkalde hjælp om nødvendigt.

Frygt for at falde var altid usynligt tilstede samtidigt med at den kunne håndteres på forskellig vis. På den ene side blev frygten konkretiseret i en bekymring for at befinde sig i en nedværdigende, hjælpeløs og ydmygende situation; på den anden side var frygten en eksistentiel udfordring og tegn på dødens nærhed.

Studie III, Livets balance: To case studier om fald og faldforebyggelse blandt ældre mennesker

Studiet bag denne artikel blev gennemført med henblik på at komme til at få viden om gamle menneskers og sundhedsprofessionelles faldforebyggende strategier. Derfor fokuserede studiet på hvordan deltagerne forebyggede faldhændelser i hverdagen. Studiets formål var at få viden om de faldforebyggende strategier, som de anvendes i hverdagen af ældre mennesker og sundhedspersonale. I forskningsspørgsmålene blev spurgt til hvordan mennesker over 75 år, der modtager

hjemmepleje og sundhedspersonaler opfatter og håndterer faldhændelser, og hvordan de forebygger fremtidige fald.

Studiets metodologiske ramme var casestudy metoden, der er en stringent opbygget praksisforskningsmetode. Der var to cases. Hver case bestod af en hovedperson en kvinde og en mand, som datakilder var desuden de sundhedsprofessionelle medarbejdere, der hjalp de to hovedpersoner, desuden indsamledes observationsdata og data fra journaler. Hovedpersonerne og to medarbejdere blev interviewet individuelt, de øvrige medarbejdere blev interviewet i en fokusgruppe, hvor de to tidligere interviewede medarbejdere også deltog.

De to hovedpersoner fortalte om faldhændelser og forebyggelse af fald indvævet i fortællinger om deres liv. På spørgsmålet om at fortælle om faldhændelser og forebyggelse af fremtidige fald, indledte de begge to med at tale om deres ægtefællers død. Den mandlige deltagers hustru var død flere år tilbage, men det havde været et afgørende punkt i hans livs balance og dermed også i hans helbredstilstand og kropslige balance. Det var for ganske nylig, at den kvindelige deltagers ægtefælle var død – hvilket skete dramatisk og ganske pludseligt. Tabet og sorgen fortalte denne hovedperson som en del af livet og hun forsøgte på trods af omstændighederne at samle kræfter. Men der var andre lighedspunkter i de to hovedpersoners mestrings af fald og faldforebyggelse: Ingen af dem var interesserede i at fortælle andre mennesker om deres falduheld. De var begge ganske klar over at deres kropslige ubalance kunne styrkes ved muskeltræning, de greb det forskelligt an, men gjorde en aktiv indsats. De havde begge ønsker om at blive i deres hjemlige omgivelser, der betød meget for dem, selvom de var afhængige af den kommunale hjælp. Deres faldforebyggende strategier var noget forskellige udover at de begge var veloplyste om muligheder og risici. Den mandlige hovedperson lod kroppen bestemme hvornår han skulle spise og drikke. Den kvindelige deltager, der var 20 år ældre end den mandlige arbejdede systematisk på at leve op til kost/ drikke anbefalingerne. De var begge mangelfuldt ernærede og havde tabt sig indenfor det seneste år. Den mandlige deltager indtog mange forskellige præparater i samråd med den praktiserende læge, hvorimod den kvindelige reducerede sit medicinindtag til så lidt som muligt. På trods af visse ligheder i deres livssituation som henholdsvis

enkemand og enke mestrede de således situationen meget forskelligt. De modtog begge hjælp fra den kommunale hjemmepleje.

Det var sparsomt hvad der blev skrevet i journalerne om faldhændelser og faldforebyggelse, og det der stod, var i en medicinsk orientering. I borgernes egne bøger, stod lidt mere. Dog var den kvindelige deltagers dramatiske faldhændelse ikke nævnt. Der viste sig også forskelle i hvorledes social- og sundhedshjælperne, social- og sundhedsassistenterne og sygeplejersken opfattede faldhændelserne og hovedpersonerne. For social- og sundhedshjælperne var det de enkle faldforebyggende tiltag de gav videre såsom ikke at bevæge sig for hurtigt og drikke nok vand, desuden indgik de i forhandlinger med hovedpersonerne om, hvordan dagene kunne gribes hensigtsmæssigt an. De gjorde meget ud af det personlige møde med hovedpersonerne. Den social- og sundhedshjælper, der besøgte den mandlige deltager gjorde alt hvad hun kunne for at opmuntre ham, hvorimod den hjælper der besøgte den kvindelige deltager gerne ville sidde på en køkkenstol, drikke kaffe og fortælle den kvindelige hovedperson om sit liv og sine sorger, hvilket fik den gamle kvinde til at føle sig betydningsfuld. Assisterne syntes, at de havde for travlt til de personlige møder og anså sig som eksperter, der måtte bagatellisere de dagligdags bekymringer. Sygeplejersken svævede over det hele, og en af konklusionerne på studiet var, at det ville gavne faldforebyggelse, hvis sygeplejerskerne ville bidrage med evidensbaseret viden om forebyggelse af fald i et praksislæringsperspektiv til gavn og glæde for både personale og borgere.

Studie IV, Appetit og fald; aldring og levede erfaringer

Studiet bag denne artikel fokuserede på de levede erfaringer hos gamle mennesker, der har oplevet at falde. Formålet var at beskrive hvordan de, der var faldet flere gange i det foregående år fortalte appetit som et hverdagslivs fænomen.

Fortolkende fænomenologi blev anvendt som epistemologisk og metodologisk tilgang til livsverdensfortællingerne.

Interviewpersonerne i studiet var karakteriseret ved deres udsathed, skrøbelighed og manglende appetit på mad, men de var også karakteriseret ved deres appetit på relationer og indflydelse. Deltagerne var optaget af appetit på mad, da de forbandt den med kropslig styrke og at kunne leve. Mange følelser, og en

disciplinering af krop og dagligdag var forbundet med maden, som de fleste faktisk ikke havde lyst til. Deltagerne var godt oplyst om at leve og spise sundt. Sundhedsinformationen blev af flere forbundet med, at det lækre var det forbudte. Hver deltager havde sine længsler og hemmeligheder i forhold til det forbudte. Det kunne være chokolade, kaffe, cognac og øl som var mere attraktivt end den udbragte mad. Andre anså maden for en form for medicin. En tredje variation i opfattelsen af maden var de æstetiske dimensioner.

Deltagerne viste interesse for andre mennesker og for at etablere gode relationer. Nogle sociale relationer blev fortalt som en form for tryghed. Det var de sociale relationer som deltagerne gjorde sig stor umage for at få til hjælperpersonalet. På forskellige måder viste deltagerne opmærksomhed, så medarbejderne kunne føle sig godt tilpas, når de hjalp dem. De gjorde sig store anstrengelser for at huske de forskellige medarbejders navne. Ikke kun de kommunale medarbejdere betød noget for deltagerne, det gjorde familie, venner og naboer også. Deltagernes appetit på relationer til familie og naboer afhang dog af hvordan livet havde formet sig for dem.

Indflydelse på individ, lokalsamfund og samfundsniveau viste deltagerne engagement i. De ønskede at markere sig og have indflydelse i mellem menneskelige relationer, at blive hørt og lyttet til. Flere af deltagerne havde også appetit på at få indflydelse via læserbreve om vilkår i boligkvarteret, desuden var der en tydelig optagethed af at have indflydelse i de større demokratiske sammenhænge. Det kunne give sig udtryk i at lytte til nyheder, se TV og læse avis. Derudover at deltage i møder, hvor deltagere kunne give deres mening til kende eller føle sig med i samfundslivet.

Fortolkninger og diskussion

Balance, ubalance og foranderlighed

De gamle mennesker, der falder, beskriver det ofte selv som *at miste balance* (I, II, III, IV). Det er sådan det føles at falde i en kropslig/ *embodied* forståelse af den kontekstuelle sammenhæng (Katz, 2011). Der er en mangfoldighed af fortællinger om at miste balance. At miste balance fortælles ofte som metafor ikke blot for kropsligt at miste fodfæste, men at miste den i væsentlige dele af livet. Dog kan det

at falde og miste balance være begivenheder, der er foranderlige ligesom de kropslige tegn på aldring kan være foranderlige. Den ene dag falder man, den næste går det meget godt med at holde balancen. En kvindelig fortæller Olga beskrev (I) hvordan hun almindeligvis kunne gå et par trin op af trappestigen for at hente ting og sager i køkkenskabet, men det var ikke altid hun kunne det. Når hendes familie var ude at rejse vidste hun, at hun ville føle sig sårbar overfor at falde. Hun vidste også at nogle dage ville hendes gigtkrogede fingre mere stive end andre, så de ikke ville kunne gribe for sig i håndtaget på skabslågen. Hun sagde, da hun fortalte om et fald: ” *der ramte det mig*”, med en krigsmetafor, som var det et missil der ramte hende. Hun måtte på hospitalet, hun genvandt kræfter og kom tilbage til sin elskede lejlighed, hvor hun havde levet med sin mand i 53 år. De gamle menneskers biografiske fortællinger om at falde kan også perspektiveres i forhold til Pörns sundhedsopfattelse (Pörn, 1993) og perspektiver om sundhed. Det er en triangel hvor målet for den enkelte om at holde balancen med hovedet oppe og benene nede vil afhænge af personens repertoire, - om personen kan/ formår at mestre forventninger til sig selv og forventninger fra omgivelserne. Der er en evig søgen efter homoestase eller balance i denne triangel af repertoire, formåen og kontekst. Det at falde kan således opfattes ikke blot som multifaktorielt, men som multidimensionelt og eksistentielt.

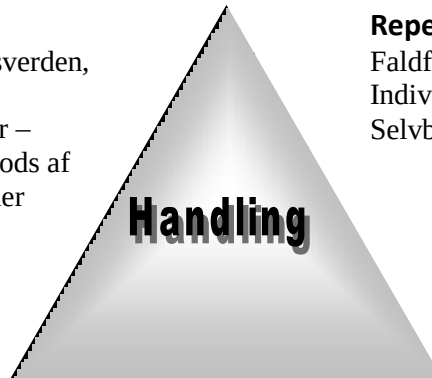
Figur 1. Pörns (1998) sundhedsbalance opfattelse som model appliceret på forebyggelse af fald som multifaktoriel, multidimensionel og eksistentiel.

Mål

Livshistorie, livsplan, livsverden, levevilkår, livsstil.
Eksistentielle perspektiver – oplevelse af velvære på trods af vanskelige omstændigheder

Repertoire

Faldforebyggelse efter eget valg.
Individuelle forebyggelsesstrategier
Selvbestemmelse/ medbestemmelse

**Omgivelser/ miljø**

Det foranderlige Hjem
De kendte steder
Lokalsamfund/ samfund
Den kommunale hjemmepleje
Relationer til familie og netværk

I den udstrakte videnskabelige litteratur om fald, er der også fokus på balance. Her er det den kropslige posturale kontrol, der er i fokus. Det vil sige kontrol for at opnå, bevare eller genoprette en tilstand af balance ved alle fysiske stillinger eller aktiviteter (Pollock, 2000). I denne afhandlings studie er det ikke den objektiviserende opfattelse om at opnå balance som deltagerne udtrykker, de tager udgangspunkt i den levede krop og hverdagens udfordringer (I, II, III, IV). Det vil sige at den subjektive krop er situeret i en given social, historisk og kulturel kontekst (Hoff, 2006). Efter et fald skal kroppen så genlæres og ens egen formåen og omgivelsernes krav og forventninger mestres. Frank, (1997) har udviklet en meta-narrativ typologi om kroppen udfordringer i verden der befinder sig i spændingsfeltet mellem kontrol/ relationer til andre/ begær og kropsrelation. De fire idealtyper er (i) den disciplinerede krop mellem forudsigelighed og foranderlighed (ii) den spejlende krop (iii) den dominerende krop (iiii) og den kommunikative krop. Typologierne danner ramme om menneskers kropslige valg i de ofte modsatrettede processer, som kroppen befinder sig i. De fleste mennesker repræsenterer en blanding af disse forskellige idealer, i nogle livssituationer vil en type blive mere dominerende end en anden. At blive gammel og opleve tab af kropslig kontrol og skrøbeligheder som at

falde generede et kropsligt ønske om at genetablere en balance mellem de kropslige typologier, hvor den disciplinerede krop blev meget tydelig.

Livet var blevet uforudsigeligt karakteriseret af flere kroniske tilstande, nedsat syn og hørelse manglende appetit på mad og nedsat mobilitet (I, II, III, IV). Nye sårbare situationer opstod og for at etablere realistisk balance disciplineredes hverdagen med faste overskuelige strukturer, træning af mobilitet idet omfang kræfterne tillod det, fastholdelse af spisetider samt tilstrækkeligt mad og drikke (I, II, III, IV). Alle disse bestræbelser blev gjort for at undgå fremtidige fald som alle deltagerne frygtede, skulle gentage sig (II). Den disciplinerede krop blev holdt i spænd af den spejlende krop. Kroppens selv skulle fremstå som værdig og ligeværdig. At falde blev oplevet som uværdigt og flovt, og der var meget tavshed om faldeepisoderne. Den tavshed blev dog brudt op i fortællingerne og fortællingernes kontekst, hvor fortællerne anvendte kroppens ydre til at udstråle overskud og værdighed ved at være omhyggelig i tøj - og frisure valg (I, IV). Illona (I) fortalte om hvor ydmygende hun oplevede det var at falde på gaden, hvor hun måtte få hjælp fra forbipasserende, der måtte hive og slide for at få hende op igen samtidig med at de talte om hende, som om hun var en sæk kartofler. Denne situation forsøgte hun at forebygge ved at blive meget god til at manøvrere og kontrollere sin rollator og ved at klæde sig på, så hun signallerede overskud. Illona og de øvrige fortællere fortalte om at bevare værdighed (II, III, IV), der for dem betød at bevare selvrespekt, og respekt for deres integritet i en foranderlig tid og i foranderlige livssituationer.

Værdighed er konstituerende for selvet og med til at bevare livslyst (Moody, 1998). Woolhead et al. (2004) har på baggrund af et større studie i England identificeret hvad gamle mennesker forstå ved værdighed og fandt et mange faceteret koncept: værdighed indebar (i) selvrespekt/ selvagtelse og integritet, (ii) menneskerettigheder (ligeværd og valg). (iii) autonomi / uafhængighed og kontrol. Studiet viste også at respekt for personlig identitet og sårbarhed var afgørende. Det sidste konkluderedes ved at perspektivere respekten i forhold til gamle menneskers møde med social- og sundhedssystemerne. I studie III ses hvordan både hovedpersonerne og social- og sundhedshjælperne er opmærksomme på de følsomme grænser.

De fleste fortællere havde gjort meget ud af den måde de præsenterede sig kropsligt for forskeren i tøjvalg og valg af omgivelser (I, II, III, IV). Olga (I) undskyldte hun ikke havde nået at få bestilt frisør til at komme hjem til hende og ordne hendes hår inden interviewet. Kroppens dominerende (Hoff, 2006) sider kom frem i fortællernes bestræbelser på tydeligt at fremstå med indflydelse i relationer til social- og sundhedspersonale, i relationer i lokalområdet og på samfundsplan. På trods af kroppens skrøbelighed og de gentagne fald accepterede fortællerne ikke at underkaste sig skrøbeligheden, men forsøgte at balancere den ved at række ud over de nære rammer (i) ved at skrive læserbreve for at påvirke uretfærdigheder, (ii) forholde sig til TV – og radioudsendelser og hvis kræfterne slog til (iii) ved at deltage i offentlige møder (II, IV).

At miste, at savne at skulle leve videre med sorg var ikke ukendte tilstande for fortællerne (I, II, III), og sorgens ubalance var en udfordring for balancen – både den mentale og den kropslige. Disse udfordrende livssituationer blev håndteret både pragmatisk – for at få hverdagen til at fortsætte og med stor følsomhed i forhold til den fysiske og psykiske uro, det skabte – hvilket alle deltagerne var klare over kunne resultere i fald. Worthman og Silver (1990) konstaterede, at der ikke er forsket meget i betydninger af sorg og tab i den sidste del af livet. Samtidig konkluderede de på baggrund af deres forskning, at de gamle mennesker, der kommer igennem store sorger kan håndtere sorgen, hvis de socialt/ økonomisk kan klare sig og hvis det lykkes at perspektivere sorgen i forhold til livsløbet. Hoonard (2003) fremhæver at der ikke er samfundsmæssig prestige i at være gammel kvinde, gammel enke indebærer en dobbelt stigmatisering. Samtidig viser konkluderer hun, at kvinderne der har deltaget i hendes studier har vist livsmod og kreativitet på trods af skuffede forventninger til den sidste del af livet efter at have mistet elskede personer. Ikke desto mindre er der epidemiologisk forskning, der viser en overdødelighed i tiden efter at ægtefællen er død og stor risiko for melankoli og depression (Martikainen & Valkonen, 1996; Thompson et al., 1991).

Hjemmets betydning

Hjemme var interviewenes kontekst, der hvor interviewene foregik (I, II, III, IV) undtagen interviewet med Henry (III), der fortalte sin historie siddende i en

lænestol i sit lille værelse på rehabiliteringsafdelingen. For at kompensere for manglen på sine egne omgivelser havde han medbragt forskellige symbolske genstande, der kunne var tråde til hjemmet (III). Hjemmet var ikke udelukkende ramme om hverdagslivet, hjemmet var kropsliggjort og indrettet så det var i en organisk sammenhæng med kroppen og det levede liv. Kroppen er ikke i rummet, den bebor rummet ifølge Merlau- Ponty (2002) den er rummet. Hjemmet gav fortællerne en ontologisk sikkerhed, en sikkerhed Simone de Beauvoir (1984) skrev om som eksistentielt grundlag.

Hjemme havde gradvist ændret sig som livet udfoldede sig. På den ene side repræsenterede hjemmet kontinuitet på den anden side var det i stadig forandring. Ikke blot var der kommet forskellige hjælpemidler som håndtag strategiske steder, men der var også andre forandringer. Flere havde som Dora (II) lukket rum af og indskrænket råderummet i hjemmet. Efter ægtefællens død, Doras tiltagende skrøbelighed og de mange fald havde hun på trods af sønnens ønske fået indrettet sig i et værelse, i hendes tidligere mands ”kontor”. Dora sov på sofaen, havde skrivebordet hvor hun kunne se ud over gaden og et grønt område, og hun havde en lænestol med fjernbetjening til TV og båndoptager til lydbånd.

I sit udkast til en praksisteori har Bourdieu (2005) fremstillet sine studier af det kabylliske hus. Denne tradition har Gullestad ført videre ind i en nordisk kultur med beskrivelserne af hjemmets brugs- og symbolværdier (1992; 2001). Hjemmet er inde i varme og tryghed, ude er det farefulde, det spændende og det udfordrende. Inde og ude adskilles af hoveddøren med ringeklokke, nøglehul og navneskilt. I det kabylliske som i det norske hus er ingen placering tilfældig og der er særlige kønnede betydninger i huset. I de kvindelige fortællinger (I, II, III, IV) var badeværelser og køkkener meget omtalte rum. Fortællerne var alle født i første halvdel af det 19. århundrede og på den måde en del af den moderne social hygiejnes fødsel (Schmidt & Kristensen 1986). I badeværelseshistorierne fortalte de kvindelige medvirkende om det snavsede, om vask af tøj med urin og afføring, og samtidig om bestræbelserne på at klare personlig hygiejne så vidt muligt uden hjælp. Køkkenerne er som badeværelserne knyttet til det feminine i Bourdieus praktiske logik (2005): køkkenet var ikke det første rum, der blev vist frem. Selvom køkkenerne var små var de i brug. Selv Dorothea (IV) der helst ikke bevægede sig meget fortalte, at når hun

var oplagt til det og når social- og sundhedshjælperne var gået, så tog hun fat i køkkenet og tilberedte sine yndlingsretter. Det bedste var hvis hun havde råvarer til at lægge en rullepølse i pres. Hepworth (2000) skriver om det hemmelige liv i hjemmet og hans pointe er, at det er lige netop i hjemmet det er muligt at have de hemmeligheder, der konstituerer selvet.

Soveværelset i fortællernes hjem var det mest intime sted, der var mørkt og ikke tilgængeligt for alle. De, der som Dora (II) sov i stuen havde som hende kamoufleret sengen med tæpper, så sengen fik funktion som sofa. Der var blandt fortællerne en vis social- og uddannelsesmæssig spredning, nogle var første generation i byen – familien var flyttet fra landet i håb om arbejde andre havde boet i generationer samme sted. Eva (IV) boede i en lejlighed som hendes bedsteforældre var flyttet til da de var unge i slutningen af 18.tallet. Byggeriet var nyt og småt på det tidspunkt, siden havde familien fået slået lejligheden sammen med den ved siden af. Nu havde Eva lukket af for andre rum end en lille stue og soveværelse.

Gullestad (2001) har skrevet om køkkenbordene i de moderne norske familier. Der var ikke større køkkener/ samtalekøkkener i fortællernes hjem, men der var et lille hjørne i hvert køkken, hvor man lige kunne sidde og spise på en taburet. Til gengæld var der spiseborde hos de fleste. Helene (IV), der havde appetit på livets æstetiske sider og var antroposofisk inspireret havde indrettet sig med et spisebord, der fyldte det meste af lejligheden. Hun ønskede at samle børn, børnebørn og oldebørn om bordet. Døtrene stod for tilberedning af mad. Karen (IV) der var tidligere kogekone havde som en af de få fravalgt spisebord. Måltider var for hende ikke, hvad de havde været, og hun ønskede ikke at skabe illusioner om andet. Karen indtog sin mad ved fjernsynet eller sofabordet. I øvrigt blev spisebordet brugt til mangt og meget i fortællernes hjem. Hos Ernst (I), Arthur (I), Christine (II) og Gunnar (IV) blev spisebordet brugt til stabler af bleer, aviser o.a. Bordene var artefakter i hjem, der var beboet af mennesker, der skulle have let ved at nå ting og sager. Hjemmet var den historiske kontinuitet og den samtidige tryghed.

Velvære på trods af vanskelige omstændigheder

Foranderlighed, uforudsigelighed og fald kan udfordre planlægning af hverdagen. På denne baggrund udvikledes mestringsstrategier i forhold til personen

selv i sammenhæng med omgivelserne og i forhold til selvopfattelse og selvværd (Pörn 1993). Ældrestereotypierne, der danner ramme for hvordan det er normalt at ældres og hvad der forventes for at være normal var ikke ukendte. Muskelstyrke, træning og aktivitet var felter alle talte sig ind i på forskellige måder (I,II, III, IV). Det blev gjort ved fortællinger om trappetræning, selvtræning med at nå til bageren, eller ved modtage besøg af fysioterapeut (I, II, III). Hensigten med træning af muskelstyrke blev relateret til hverdagsliv og livsløb, og blev foretaget i den udstrækning som kræfterne tillod det. Det kunne også indebære at lade være med at træne på dage med oplevelse af ubalance og sårbarhed (I, II, III). Om de sundhedsprofessionelles råd blev fulgt afhang af hvordan forskningsdeltagerne vurderede situationen. Det var liv med risici der blev konfronteret ud fra ønske om at opnå, at kunne komme ned ad trapperne ud på gaden (II), selv kunne købe ind (III) og kunne markere sin autonomi ved ikke at følge fysioterapeutens forslag (I). Anstrengelserne skulle give mening og være i overensstemmelse med værdier og ønsker for et godt liv. Lord et al. (2011) tilføjer i konklusionen på et studie fra Canada, at det stiller krav til det omgivende samfund til at indrette det offentlige rum, så gamle mennesker kan færdes, hvilket ville være en stor lettelse, da flere var bekymrede for at falde over kantsten og skæve fliser (I II). Bornat og Bytheway (2010) konkluderede, at risici er et grundvilkår og for gamle mennesker handler det om at finde balancen mellem at fastholde/ udvide handlekompetencer mere end at undgå at gøre noget. Den sundhedsprofessionelle indsats vil være at opmuntre og vejlede for at gøre opmærksom på og minimere risici i overensstemmelse med personernes repertoire, mål og omgivelser. Det gjorde social- og sundhedshjælperne (III) ved at forhandle acceptable løsninger.

På trods af flere kroniske tilstande og den samfundsmæssige diskurs hvor gamle ynkes, anses for inaktive og skrøbelige (Cuddy & Fiske, 2004), gav flere af forskningsdeltagerne udtryk for (I, II, III, IV) at de følte sig godt tilpas og havde indrettet sig godt efter egne intentioner. På denne måde at kunne omforme fortællingen som offer for omstændigheder til at kunne fortælle om handlemuligheder er afgørende for livets kvalitet (Polkinghorne, 1996). Clemence et al. (2007) har i et schweizisk studie med deltagelse af mennesker mellem 80 og 84 år vist, at de, der kunne fortælle om de store livsbegivenheder som at miste ægtefælle

og børn som en del af livet og med en efterfølgende optimisme levede længst og udtrykte følelse af velvære. Roberto & McCann (2011) har fundet at der for gamle kvinder en stor kraft i at kunne forstå og fortolke de kropslige udtryk og tegn ind i en hverdags sammenhæng. Det danner udgangspunkt for de valg. Der er ikke en tilsvarende undersøgelse for mænd.

Manglende appetit på mad gjorde at interviewpersonerne spiste for at overleve (IV). Den manglende appetit på mad blev opvejet af appetitten på indflydelse og følelsen af at være socialt forbundet med omgivelserne. Sammenhængskraft og forbundethed var afhængig af repertoire. Den manglende appetit på mad blev balanceret af appetit på indflydelse på sociale relationer og på social sammenhængskraft med lokalsamfund og politiske beslutninger (IV). Det er kompetencer som tidligere er blevet tillagt de yngre ældre altså de, der er i hvad Laslett (1989) kalder den 3. alder, hvor både selvrealisering og aktiviteter er mulige. Det er inden den 4. alder, der indbegrebet af forfald og skrøbelighed i denne terminologi. Higgs et al. (2009) har analyseret teorien ud og fremfører det normative i opdelingen mellem den 3. og den 4. alder som det beskrives i teorien. De når frem til at alderssegregeringen er svarende til succeskriterierne, der er beskrevet i normale aldring/ vellykket aldring (Rowe & Kahn, 1987) hvor det handler om at vise hvor aktiv man kan være som gammel for ikke at være en samfundsmæssig byrde. Katz (2000) har elaboreret dette synspunkt og mener, at kravene til mennesker i den tredje alder kan jævnføres med de krav der stilles til arbejdsløse om at fremvise et vist aktivitetsniveau. Higgs et al. (2009) foreslår terminologien den naturlige aldring, der ikke har aldersgrænse, men som karakteriseres af at mennesker gør det de kan og tilpasser sig kroppens og sindets foranderlighed, så det giver mening i livet.

Ikke at have indflydelse og ikke at have sociale relationer kan føre til social isolation og oplevelse af mistrivsel både fysisk som psykisk. Cornwell & Waite (2009) gør i deres studier opmærksom på at følelsen af social sammenhængskraft er et opmærksomhedspunkt til yderligere forskning, da det sandsynligvis er med til at bestemme både kropslig og mental sundhed. Henry (III) oplevede ikke at have en sammenhæng med det omgivende samfund, som han havde til sin fortid som den blandt andet blev formidlet af social- og sundhedshjælperen, og det gav ham en midlertidig glæde, men ikke vilje til at leve.

Metodologiske refleksioner

Grundlagsprincipper i kvalitativ forskning er systematisk og reflektiv kundskabsudvikling, hvor processen er gennemsigtig og hvor resultaterne kan deles med andre med sigte på at kunne overføres ud over den lokale kontekst. Det er i korte træk de videnskabelige kriterier, der skal være opfyldt, for at forskningen kan anerkendes som troværdig og pålidelig (Malterud, 2005; Schmidt & Dyhr, 2003).

Troværdighed og pålidelighed

Resultaterne i denne afhandling bygger på interviews med mennesker, der har oplevet af falde. Fokus har været på fald som fænomen i en livserdenskonstekst. Når narrativ forskning skal evalueres i forhold til troværdighed er der to niveauer i processen ifølge Riessmann (2008) (i) historien, som forskningsdeltageren fortæller den (ii) i analysen eller den historie som forskeren fortæller. Den historie der bliver fortalt i det narrative interview kan kaldes for situeret sandhed. I denne fortælling kan fortid, nutid og fremtid smelte sammen og tiden bliver fortalt i modsætning til kronologisk. Sandheden i fortællingen er som fortælleren har erfaret den og oplever den i den stund som fortællingen bliver fortalt. Fortællingen vil have mange stemmer og hvad forskeren der noterer og optager på diskette er en del af det. Narrativ forskning kan ikke gøre krav på sandheden ifølge Polkinghorne (1988), hvis der med sandhed menes eksakt overensstemmelse mellem nogle objektive fakta, men forskningen ville kunne sandsynliggøre sammenhænge.

Forskningsdeltageren er en del af den globale diskurs hvilket retfærdiggør den indledende beskrivelse af tendenser i faldforebyggelse; ligesom deltageren er den del af en lokal diskurs som indebærer særlige karakteristika for befolkning i lokalsamfundet og de faldforebyggende muligheder; og deltageren er sin egen erfarede historie, hvor fald og faldforebyggelse får mening i det liv han eller hun lever (Riessmann 2008). Troværdighed betyder, at der skal være gennemsigtighed i hvordan spørgsmål stilles, så de ikke kan opfattes som ledende skriver Kvale (2000); samtidig er det narrative forskningsinterview ofte en samtale hvor forskeren følger de spor som forskningsdeltageren angiver for at få de fyldige historier (Riessman, 2008). Det er en etisk udfordring for forskeren at få indledt samtalen, så de

betydninger fra det praktiske erfarede liv kommer frem. Det kræver opmærksomhed på stemninger, toneleje og atmosfære, så forskningsdeltageren føler sig tilpas. Flere gange i de narrative interviews var der en lille stilhed i indledningen og derefter som en af deltagerne sagde: *”ja, nu kommer det...nu kan jeg huske..”*

I krav til troværdighed og pålidelighed i analysen er der igen to niveauer. Der er den interne og den eksterne. Den interne troværdighed skal etableres i forhold til forskningsdeltageren og forskerens relation med opmærksomhed på interesser og interessemodsætninger. Deltagerne i disse studier gik op i at få forskerens visitkort og flere gjorde brug af det. En deltager (III & IV) ringede dagen efter, hun var kommet i tanke om mere hun gerne ville fortælle mere. Forskeren besøgte hende igen og hun fortalte indtil hun syntes, at det var nok. Leininger (1994) fremhæver i de krav hun opstiller til gyldighed i forskning: troværdighed, bekræftelse, kontekstuel meningsfuldhed, og mætning. Forskningsdeltagerne fik mulighed for at fortælle så meget de havde på hjerte i så lang tid de kunne holde til det. I den narrative samtale benyttede forskeren sig af at bekræfte, hvad der blev fortalt som en måde til at afprøve om der skulle fortælles mere om et tema.

Den historie som forskeren fortæller, skal være i overensstemmelse med forskningens formål forskningssprøgsmaalene (Whitemore et al., 2001). I spændingsfeltet mellem stringens og kreativitet og for at skabe og i overensstemmelse med fortolkende fænomenologi blev data bearbejdet for at finde kernen i oplevelsen af faldhændelser og faldforebyggelse, for at styrke troværdighed er forskningsdeltagernes udsagn citeret (Rolfe, 2006). Den narrative forskning er uendelig og en enkelt fortolkning af fortællingen/ fortællingerne er ikke mulig (Polkinghorne, 1988).

Det er også en mulighed at etablere troværdighed ved data triangulering som det er gjort i III. Her danner case study rammen om forskellige hermeneutiske tilgange til forskningsdeltagernes beretninger om fald og faldforebyggelse. Data var det fortalte og de observationer som forskeren gjorde.

Troværdighed og pålidelighed i denne forskning er også blevet etableret ved gennemsigtighed i forskningen i forhold til vejlederen, undervisere i forskeruddannelsen på NHV og en gruppe af studerende kolleger, der med forskeren har drøftet fremdrift og problematikker.

Overførbarhed

De resultater og detaljerede beskrivelser, der er kommet frem i denne forskning om faldhændelser og faldforebyggelse vil være analytisk generaliserbare (Kvale, 2000). Det vil sige at ikke blot er det tavse blevet verbaliseret, men også at det vil kunne være vejledende for sundhedsprofessionelle i lignende situationer, lignende kulturer hvor aktørerne er gamle kvinder og mænd, der falder.

Begrænsninger

Udvælgelsen af deltagere er sket på baggrund af udfyldte faldregistreringsskemaer og for nogles vedkommen, deltagelse i faldforebyggende kursus. De modtog alle hjælp fra kommunen i form af praktisk bistand og personlig pleje. De kommunale sygeplejersker var med på råd ved udvælgelsen. Det antages at der er mange flere, der falder end de, der modtager kommunal hjælp. En anden måde at udvælge forskningsdeltagere kunne være at henvende sig til de, der henvender sig på skadestuerne. Der er flere kvinder end mænd, der tager i denne forskning. Der er flere overlevende kvinder i aldersgruppen 75 – 95 år, men et mere tydeligt genusperspektiv havde været ønskeligt i forhold til forskellige mestringsstrategier.

Konklusion

Forebyggelse af fald blandt gamle mennesker kan ikke udelukkende være forebyggelse i et adfærdsmotiverende og - regulerende lineært perspektiv. Forebyggelse af fald må – hvis det skal forandre også indebære sundhedsfremmetankegang, og tage udgangspunkt i betydninger og kontekst. Betydninger som er individuelle, skabt gennem et liv og som vil være udgangspunkter for engagement og handlekompetence. På denne måde kan faldforebyggelse transformeres til at blive ikke blot at være multifaktoriel, men også multidimensionel og eksistentiel.

Fortællinger om at falde rummer det sårbare såvel som følelser af velvære, af det frygtede såvel som det trivielle. At falde er både en dramatisk og en triviell begivenhed, i den trivielle begivenhed kan det dramatiske ske hvor liv og død er i

spil. Derfor handlede fortællingerne om at holde balance, miste balance, opleve ubalance; balance, der både er kognitiv og kropslig, mental og fysisk.

Fortællingerne handlede om den foranderlige hverdag, hvor den ene dag ikke lignede den anden for det var uforudsigeligt, hvilken balance der ville være på grund af krop, kontekst og situation. Den eksistentielle sårbarhed kunne forstærkes ved ubalance, men blev integreret i måder at skabe balance. Værdighed, respekt for integritet, identitet og sårbarhed var udgangspunkt for at kunne etablere og vedligeholde balance, så skrøbelighed og sårbarhed kunne integreres i dagligdagens foranderlighed.

Balance blev forsøgt etableret ved at indrette og tilpasse omgivelserne, strukturere hverdag og disciplinere kroppen. Bekymring og frygt for at falde var vedkommende. Følelserne dannede udgangspunkt for hvordan gamle mennesker, der er faldet indretter sig og lever med frygten ikke blot som indskrænkning af hverdagen også, men også som udfordring af personlige grænser og som tilpasning til foranderlighed og uforudsigelighed.

De generationer, der er født i de første årtier af 1900tallet ofte er tynde, når de bliver gamle, de spiser ikke meget og vil kunne betegnes i mangelfuld ernæringstilstand. De falder også. Deres appetit er ikke rettet mod mad i samme udstrækning som mod indflydelse og sociale relationer.

Denne form for faldforebyggelse kræver kompetencer og tid hos det sundhedsfaglige personale til at indgå i dialog med gamle mennesker, der falder. Dialogen vil bidrage til at faldforebyggelse ikke blot forbliver multifaktoriel men også vil være multidimensionel og på et eksistentielt plan. Faldforebyggelse vil dermed blive komplementeret med sundhedsfremmeperspektiv.

Implikationer for faldforebyggelse

Ikke blot kan der være mange årsager til at gamle mennesker, men faldet vil også have flere dimensioner og have eksistentiel betydning for den, der er faldet. Det udfordrer de eksisterende retningslinjer for faldforebyggelse. Kompetenceudvikling for social- og sundhedspersonale, sygeplejersker og terapeuter må fremover indebære træning i at lytte til de gamle menneskers fortæller om at falde med opmærksomhed på foranderlighed og uforudsigelighed i livssituationer. Personalet

må også trænes i sammen den gamle mand/ kvinde at udforske livssituation og hvilke livsbegivenheder, der kan have indflydelse på balancen for at kunne bidrage til at styrke livsmod og handlemuligheder for at undgå fremtidige fald.

Et hjem er ikke blot en samling artefakter, der kan betragtes som byggeklodser. Hjem er en del af det menneske, der bor der. Man kan sige at hjemmet formes som en organisme alt efter beboernes biografi, livssituation, kår og drømme. For at lykkes med faldforebyggelse vil det være en opgave at fornemme hjemmets betydninger inden der stilles forslag om diverse ændringer. Livet er foranderligt og forandringer er en del af gamle menneskers hverdag, men de skal på baggrund af de sundhedsprofessionelle vejledninger kunne bestemme hvordan ændringer skal ske.

Gennem et langt liv er gamle mennesker klar over at der findes risici, det handler ikke om risici som sådan, men om hvilke risici de har intention om at tage for at opnå det ønskede. En udfordring i faldforebyggelse er at den skal være fleksibel og individuelt tilrettelagt, så relevante tiltag har sammenhæng med de mål og kræfter som den, der er faldet kan fortælle om. Det er ikke nok at faldforebyggelsen tilrettelægges i hjemmet, familie og bekendte skal måske inviteres med og den skal tilrettelægges i et lokalsamfundsperspektiv så sammenhænge og muligheder bliver tydelige for borgerne.

Implikationer for fremtidig forskning i forebyggelse af fald

For at udbygge disse forståelser vil det være hensigtsmæssigt i forlængelse af denne afhandling at der kom forskningsfokus på at udvikle forskellige strategier, hvilket kunne komplementere den ensartethed der er skabt i faldforebyggelse i den vestlige verden. Der vil således være brug for at indsamle data, analysere og fortolke i forhold til

Genus, kulturers og levevilkårs indflydelse på mestring af faldhændelse

Sorg, tab og fald – de kønnede aspekter

Kønnede risikopfattelser af at falde

Sammenhæng mellem menneskers ernæringstilstand og faldulykker

Udvikling af sundhedsuddannelsernes grundlag for respektfuld dialog med gamle mennesker om fald og faldforebyggelse for at styrke borgernes engagement, selvbestemmelse og handlekompetence.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Arber, S., Davidson, K., Ginn, J. (2003). Changing Approaches to Gender and Later Life. In Arber, S., Davidson K., Ginn J. Eds. *Gender and Ageing* (pp. 1-14). Maidenhead: Open University Press.
- Archibald, G. (2003). Patients experience of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 385 – 392.
- Aristoteles (1993). *Poetik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Avlund, K. (2004). *Disability in Old Age*. København: Munksgaard.
- Bailey C., Foran T.G., Scanail C.N., Dromey B. (2011). Older adults, falls and technologies for independent living: a life space approach. *Ageing and Society*, 31, 829 – 848.
- Ballinger C., & Payne S. (2000). Falling from Grace into Experts Hands? Alternative Accounts about Falling in Older People. *British Journal of Occupational Therapy*, 63 (12), 573 – 579.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful Aging*. Cambridge: Cambridge University press.
- Beauvoir, S.de (1984). *Alderdommen*. København: Fremad.
- Bech-Jørgensen, B. (1994). Hverdagsliv: upåagtede aktiviteter og kønsmæssige forskelle. *Sociologi*, 1 (5), 4 – 24.
- Bech-Jørgensen, B. (2001). Forskning og hverdagsliv. *Social Kritik*, 73, 11 – 32.
- Becker, G. (1999). *Disrupted lives*. Los Angeles: University of California Press.
- Bengtsson, J. (1987). *Edmund Husserls filosofi*. Göteborgs Universitet, sociologiske institutionen, forskningsrapport 90.
- Bengtsson, J. (1993). *Sammenflätninger*. Göteborg: Daidalos.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The primacy of Caring*. California: Addison- Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1994). *Interpretative phenomenology*. Thousand Oaks : Sage.

- Bornat, J. & Bytheway, B. (2010). Perceptions and Presentations of living with Everyday Risk in Later Life. *British Journal of Social Work*, 40(4), 1118-1134.
- Bourdieu, P. (2005). *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels forlag.
- Borkan J., Quirk M., Sullivan M. (1991). Finding meaning after the fall: injury narratives from elderly hip fracture patients. *Social Science and Medicine*, 33 (8), 947 – 957.
- Bowling, A., & Dieppe, M. (2005). What is successful aging and who should define it? *British Medical Journal* 331, 1548-1551.
- Bowling, A. (2006). Which model of successful aging should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of aging. *Age & Aging*, 35 (6), 607-614.
- Brockmeier, J. & Harre, R. (1998). Narrative problems and promises. In Brockmeier, J. & Carbaugh, D. (Eds.) *Narrative identity: Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bruner, J. (1999). *Mening i handling*. Aarhus: Klim.
- Campbell, J. & Robertson, C. (2007). Rethinking individual and community fall prevention strategies; a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. *Age & Ageing*, 36(6), 656-662.
- Chang, J.T., Morton, S.C., Rubenstein, L.Z., Mojica, W.A., Maglione, M., Suttrop, M.J., Roth, E., Shekelle, P.G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta- analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 328, 1-7.
- Ciaschini, P.M., Straus, S.E., Dolovich, L.R., Goeree, R.A., Leung, K.M., Woods, C.R., Zimmerman, G.M., Majumdar, S.R., Spadafora, S., Fera, L.A. Lee, H.N. (2009). Community-based intervention to optimise falls risk management: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 38 (6) 724 – 730.
- Clemson, L., Cisick, A., Fozzard, C. (1999). Managing risk and exerting control: determining follow through with falls prevention. *Disability and Rehabilitation*, 21(12), 531 – 541.

- Clemence, A., Karmaniola, A., Green, E.G.T., Spini, D. (2007) .Disturbing Life events and wellbeing after 80 years of age: a longitudinal comparison of survivors and deceased over five years. *Aging & Society*, 27, 195-213.
- Cornwell, E.Y., & Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 31-48.
- Cuddy, A.J.C., & Fiske, S.T. (2004). Doddering but dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of Older Persons. In Nelson, T. D. (Ed) *Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older persons* (pp. 3-27). Cambridge: Bradford Book.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Cwinkel, J., & Fried, A.V. (1992). The social epidemiology of falls among community-dwelling elderly: guidelines for prevention. *Disability and Rehabilitation*, 14 (3), 113- 121.
- Dahl, K.K.B. (2007) *Sundhed, livsstil og ældre*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet & Folkesundhed København.
- Dahlberg, K., Drew, N., Nyström, M. (2002). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, M. & Lindberg, G. (1996). Skilnader mellem mäns och kvinnors ohälsa – beständiga eller föränderlige? In Ösolin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G. (Eds.) *Kön och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Dugan, E. (2002 – 2003). Explaining the Lack of communication about Falls and Fear of Falling. *Generations*, 26, 48 – 52.
- Ekenstam, C. (2005). Rädslan att falla. *Nordisk Institut for Kvinne og Kjønnforskning – Magasin*, 1, 5 – 9.
- Elsass, P., & Lauritsen P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning*. København: Hans Reitzels forlag.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis*. Turku: Folkhälsan Research Centre.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2), 190 – 199.

- Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning I Norden (2003). *Vård I Norden* 23, 2-19.
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., Fristrup, T. (2009). Barriers to participation in a hospitalbased falls assessment clinic programme: an interview study with older people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 728 – 735.
- Fagermoen, M.(2001). Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 68 – 80.
- Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen* (2006). København: Sundhedsstyrelsen.
- FHI. No (2011). *Health among the elderly (65 years and over) in Norway – fact sheet*.
- FIH.Se (2011). *Äldres hälsa*. Kunskapsunderlag för folk hälsopolitisk rapport 2010.
- Fleming, J., Matthews, F.E., Brayne, C. (2008). Falls in advanced old age: recalled falls and prospective follow-up of over-90-years-olds in the Cambridge City over 75s cohort study. *British Medical Journal Geriatric*, 17, 8-6.
- Fog, J. (2001). *Med samtalen som redskab*. København: Akademisk Forlag.
- Fossland, T., & Thorsen, K. (2010) *Livshistorier I teori og praksis*. Bergen: Fakbokforlaget.
- Frank, A.W. (1997). *The wounded storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frid I., Öhlén J., Bergbom I. (2000). The use of narratives in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 32, 695-703.
- Friedman, S., Munoz, B., West, K., Rubin, G., Fried, L. (2002). Fear and falling: Which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of American Geriatric Society*, 50, 1329 – 1335.
- Gates, S., Fisher, J.D., Crooke, M.W., Carter, Y.H., Lamb, S.E. (2008) Multifactorial assessment and Targeted Intervention for Preventing Falls and Injuries among Older People in Community and Emergency Care Settings: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 336, 130 – 136.

- Gentleman, B., & Malozemof, W. (2001). Falls and Feelings: descriptions of a psychosocial group nursing intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 35 – 9.
- Gergen, M., & Gergen, K.F. (2003). Positive Aging. In Gubrium, J.F., & Holstein, J.A. (Eds.), *Ways of Aging*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Oxford: Polity Press.
- Gilleard, C., & Higgs P. (2011) Ageing abjection and embodiment in fourth age. *Journal of Aging Studies*, 25, 135 – 142.
- 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*.4: CD 00340.
- Gillespie, L.D. (2004) Preventing falls in elderly people. *British medical Journal*, 328, 653 – 654.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J. Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G. (2011). Interventions for preventing falls in elderly people living in the community (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.*: CD 007146.
- Guideline for Prevention of Falls in Older Persons (2001) *American Geriatrics Society*, 49, 664 – 672.
- Gullestad, M. (1989). *På Norsk grund*. Oslo: Ad Notam.
- Gullestad, M. (1992). *The art of social relations*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Gullestad, M. (2001). *Kitchen-table society*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Roskilde: Forlaget Samfundslitteratur.
- Havinghurst, R.J., & Albrecht R. (1953). *Older people*. New York: Longmans Green.
- Hawley, H. (2009). Older adult's perspective on home exercise after falls rehabilitation: Understanding the importance of promoting healthy, active ageing. *Health Education Journal*, 68, 207 – 218.
- Hauer, K., Lamb, S., Jorstad, E.C., Todd, C., Becker, C. (On behalf of the profane group) Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing*, 35, 5 – 10.

- Hazan, H. (1994). *Old Age – constructions and deconstructions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Klim: Århus.
- HEN, *Healthy Evidence network* (2004). World Health Organization, Europe.
- Hepworth, M. (2000). *Stories of Ageing*. Philadelphia: Open University Press.
- Higgs, P., Leontowitch, M., Stevenson, F., Jones, I.R. (2009). Not just old and sick – the ‘will to health’ in later life. *Ageing & Society*, 29, 687 – 707.
- Hoff, M. (2006). *Som en tyv om natten. Analyser af fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Holloway, I., & Wheeler S. (1995). Ethical Issues in Qualitative Nursing Research. *Nursing Ethics*, 2 (3), 223- 232.
- Holstein, M., & Minkler M. (2007). Critical gerontology: reflections for 21st century. In Bernard, M., & Scarf, T. (Eds.), *Critical perspectives on Ageing Society*. Bristol: The Policy Press.
- Hoonard, D.K. van den (2003) Expectations and experiences of widowhood. In Gubrium, J.F., & Holstein J.A. (Eds.), *Ways of aging*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Horton, K. (2007). Gender and the risk of falling: a sociological approach. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (1), 69-76.
- Horsdal, M. (1999). *Livets fortællinger – en bog om livshistorier og identitet*. København: Borgen.
- Horsdal, M. (2000). *Vilje og vilkår*. København: Borgen.
- Hydén, L-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19, 48-69.
- Hviid Jakobsen, M. & Kristiansen S. (2005) Hverdagssociologiens variationer. In Hviid Jakobsen, M., & Kristiansen, S. (Eds.) *Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede* (pp. 9-41). København: Hans Reitzels Forlag. København.
- ICF, (2003). *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Munksgaard, Sundhedsstyrelsen/ WHO,.
- Jansson, B. (2007). Research on the prevention of fall-injuries still makes prediction for practice difficult. *Age & Ageing*, 36. 351-352.
- Jensen, J.F. (1996). *Livsbuen*. København: Gyldendal.

- Jensen, B.B. (2009). Et sundhedspædagogisk perspektiv på sundhedsfremme og forebyggelse. In Carlsson M., Simovska V., Jensen B.B. (Eds.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme* (pp.11-31). Århus: Århus Universitetsforlag.
- Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Johnson, M.(ed.). (2005) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, D. (2003). *Ricoeur's critical theory*. New York: State University of New York Press.
- Katz, S. (1996). *Disciplining old age*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Katz, S. (2000). Busy bodies: Activity, Aging and Management in Later Life. *Journal of Ageing Studies*, 14 (2), 135 – 152.
- Katz, S. (2011). Hold on! Falling, embodiment, and the materiality of old age. In Casper, M.J., & Palgrave, P.C. (Eds.). *Corpus: An interdisciplinary Reader on Bodies and Knowledge*. UK: MacMillan.
- Kaufman, S. (1986). *The Ageless Self. Sources of Meaning in Late Life*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Kemp, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vinten.
- Kemp, P. (1999). *Tid og fortælling*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kemp, P. (2001). *Praktisk visdom*. København, Forum.
- Kinney, J.M. (2004). Nutritional frailty, sarcopenia and falls in the elderly. *Clinical Nutritional Metabolic Care*, 7(1), 15-20.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.
- Kingston, P. (2000). Falls in Later Life: Status Passage and Preferred Identities as a New Orientation. *Health*, 4, 216 – 233.
- Kirk, H. (2002) Alderskurver og livsløb. In Swane, C., Blaakilde, AL., Amstrup, K. (Eds.) *Gerontologi - livet som gammel*. (pp. 38 - 46). Danmark: Munksgaard.
- Krekula, C. (2006). *Kvinna I ålderskodad värld*. Uppsala: Universitetsstrykkeriet.
- Krekula, C. (2007). The intersection of Age and Gender: Reworking Gender Theory and Social Gerontology. *Current Sociology*, 55, 155- 171.
- Kvale, S. (2000). *InterView*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Lakoff, G. (1995). Metaphor, Morality, and Politics, Or, Why conservatives Have Left Liberals in the Dust. *Social Research*, 62 (2), 177 – 213.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2002). *Hverdagens metaforer*. København: Hans Reitzels forlag.
- Lang, P.O., Michel, J.P., Zekry, D. (2009). Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology*, 55 (5), 539 – 49.
- Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. London: Weidensfield and Nicholson.
- Leininger, M. (1994). Evaluation criteria and qualitative research studies. In Morse, J. (Ed.) *Critical issues in qualitative research methods*. California: Thousand Oaks.
- Leith, K.H. (2006). "Home is where the heart is....or is it?" *Journal of Ageing Studies*, 20, 317 – 333.
- Lightbody E., Watkins, C., Leatherly, M., Sharma, A., Lye, M. (2002). Evaluation of a nurse-led fallsprevention programme versus usual care: a randomized trial. *Age and Ageing*, 31 (3), 203-210.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145 – 153.
- Lord, S., Depres, C., Ramadier, T. (2011). When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental Psychology*, 31, 52-61.
- Lov om social service (2011) <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=135328> - Catched 4. feb. 2011 – LBK nr 81 af 04/02/2011 - Bekendtgørelse af lov om social service - Socialministeriet.
- Lumbers, M., New, S.A., Gibson, S., Murphy, M.C. (2001). Nutritional status in elderly female hip fracture patients: comparison with an age matched home living group attending day centres. *British Journal of Nutrition*, 85, 733 – 740.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Routledge.
- MacDonald, T.H. (1998). *Rethinking Health Promotion*. London: Routledge.
- MacKenzie, L. (2009). Perceptions of health professionals about effective practice in falls prevention. *Disability and Rehabilitation*, 31 (24) 2005 – 2012.

- Malterud, K. (2005). Kvalitative metoder I medicinsk forskning – forudsætninger, muligheder og udfordringer. *Ugeskrift for læger*, 167 (22), 2377 – 79.
- Martikainen, P. & Valkonen, T. (1996). Mortality after the death of a spouse. *American Journal of Public Health*, 86, 1087-93.
- Masud, T., Morris, R.O. (2001). Epidemiology of falls. *Age & Ageing*, 30, 3-7.
- Mattingly, C. (1994). The concept of therapeutic ” emplotment”. *Social Science and Medicine*, 38, 811-22.
- Mattingly, C. (2005). Toward a vulnerable ethics of research practice. *Health*, 9, 453 – 471.
- McKee, K.J. (1998). The body drop: a Framework for understanding Recovery from Falls in Older People. *Journal of the British Society of Gerontology*, 8 (4) 11-12.
- McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E., Hughes, K. (2005). Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review) *The Cochrane Library*, 2, 1- 15.
- Mertens, E., Halfens, R.J.G., Dassen, T. (2007). Using the Care Dependency Scale for fall risk screening. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (6), 594 – 601.
- Merlau – Ponty, M. (2002) *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Moody, H.R. (1998). Why dignity in old age matters. In Disch, R., Dobrof, R.H., Moody, H.R. (Eds.). *Dignity in old Age*. New York: Haworth Press.
- Morse, J.M., Morse, R.M., Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall- prone patient. *Canadian Journal of Ageing*, 8 (4), 366 – 377.
- Morse, J.M. (1997). *Preventing patient falls*. California: Thousand Oaks.
- Morse, J.M. (2006). The safety of safety research: the case of patient fall research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (2), 74 – 88.
- Mortimer, P.M., Ward, L., Winefield, H. (2008). Successful aging by whose definition? Views of older spiritually affiliated women. *Australasian Journal of Aging*, 27 (4), 200 – 204.
- Murphy, J., Isaacs, B. (1982). The post – fall syndrome: A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28, 265 – 270.

- Nachreiner, N., Findorff, M., Wyman, J.F., McCarthy, T.C. (2007) Circumstances and Consequences of Falls in Community-Dwelling Older Women. *Journal of Women's Health*, 16 (10), 1437 – 1446.
- Neugarten, B.L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politics and Social Sciences*, 9, 187 – 198.
- NICE (2005). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. London: Guidelines commissioned by the national Institute for Clinical Excellence.
- Nomesco (2010). *Helsestatistik i de Nordiske lande*. www.nomesco-da.nom-nos.dk
- Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Oliver, D. (2006). Commentary: Assessing the Risk of Falls in Hospitals: Time for a rethink. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (2), 89 – 94.
- O'Loughlin, J., 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*, 137 (3), 342 – 351.
- Peel, N.M., McClure, J.M., Hendrikz, J.K. (2006). Health-protective behaviours and risk of fall-related hip fractures: a population-based case-control study. *Age & Ageing*, 35, 491-497.
- Petersen, A., & Lupton, D. (2000). *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. London: Sage.
- Phillips, J., Ajrouch, K., Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key concepts in Social Gerontology*. London: Sage Publications.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of New York.
- Polkinghorne, D.E. (1996). Transformative Narratives: From Victimic to Agentic Life. *American Journal of Occupational Therapy*, 50 (4), 299- 305.
- Pollock, A.S., Durward, B.R., Rowe, P.J., Paul, J.P. (2000). What is balance? *Clinical Rehabilitation*, 14 (4), 402-6.
- Profane (2008). www.profane.eu.org, 070808
- Proust, M. (2003) *På sporet af den tabte tid. Swanns verden*. Viborg: Gyldendal.
- Pörn, I. (1993). Health and adaptedness. *Theoretical medicine*, 14 (4), 295-303.

- Pörn, I. (1998). Hälsa och värdering. *Finsk tidsskrift*, 10, 576 – 583.
- Ramian, K. (2007). *Case studiet I praksis*. Århus: Academica.
- Ricoeur, P. (2002). *En hermeneutisk brobygger*. In Hermansen, M. & Dahl Rendtorff, J. (Eds.) *En hermeneutisk brobygger*. Århus: Klim.
- Ricoeur, P. (2003). *The rule of the metaphor*. London: Routledge Classics.
- Richards, S., Donovan, S., Victor, C., Ross, F. (2007). Standing secure amidst a falling world? Practitioner understandings of old ageing responses to a case vignette. *Journal of Interprofessional Care*, 21, 335-49.
- Riessman, K. (2008). *Narrative Methods for the human sciences*. California, Sage Publications.
- Roberto, K.A., & McCann B.R. (2011). Everyday health and identity management among older women with chronic health conditions. *Journal of Aging Studies*, 25, 94-100.
- Robertson, K., Logan, P.A., Conroy, S., Dods, V., Gordon, A., Challands, L., Smith, S., Humpage, S., Burn, A. (2010). Thinking falls – taking action: a guide to action for falls prevention. *British Journal of Community Nursing*, 15 (8), 406 – 410.
- Robitaille, Y., Laforest, S., Fournier, M., Gauvin, L., Parisien, M., Corriveau, H., Trickey, F., Damestoy, N. (2005). Moving forward in Fall Prevention: An Intervention to Improve Balance Among Older Adults in Real- World Settings. *American Journal of Public Health*, 95 (11), 2049 – 2056.
- Robson, C. (2002). *Real world research*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Roe, B., Howell, F., Riniotis, K., Beech, R., Crome, P., Nio Ong, B. (2008) Older people's experience on falls: Understanding interpretation and autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (6) 586 – 596.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality in the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (3), 304 – 310.
- Rosell, A.C., Swane, C.E., Beyer, N. (2005). Holdninger og opfattelser, som har indflydelse på, om ældre danskere ønsker at deltage i faldforebyggende træning. *Ugeskrift for læger*, 167, 1156 -1159.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433-440.

- Rubenstein, L. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35 (2), ii37 – ii41.
- 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 time trade off study. *British Medical Journal*, 5, 341 – 346.
- Schmidt, L.-H., & Kristensen, J.E.(1986) *Lys, luft – og renlighed. Den moderne socialhygiejnes fødsel*. København: Akademisk forlag.
- Schmidt, L. & Dyhr, L. (2003). Det kvalitative forskningsinterview. In Koch, L. & Vallgård, S. (Eds.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (pp.27-48). Danmark: Munksgaard.
- Schutz, A. (2005). *Hverdagslivets sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Settersten, R. A.jr. (2003). *Invitation to life Course; Toward new understandings of Later Life*. Amityville: Baywood Publishing Company.
- Settersten, R.A.jr. (2009). It takes two to tango: The (un)easy dance between life-course sociology and life-span psychology. *Advances in Life Course Research*, 14, 74- 81.
- Sheldon, J. (1960). On the natural history of falls in old age. *British Medical Journal*, 2, 1685 – 1690.
- Steadman, J., Donaldson, N., Kaira, L. (2003). A Randomized Controlled Trial of an Enhanced Balance Training Program to Improve Mobility and Reduce Falls in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (6), 847 - 852.
- Simpson, J.M., Darwin, C., Marsh, N. (2003). What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London. *British Journal of Community Nursing*, 8 (4) , 152 – 159.
- Skelton, D., Dinan, S., Cambell, M., Rutherford, O. (2005). Tailored group exercise (Falls Management-Exercise – FaME) reduces falls in community-dwelling older frequent fallers. *Age & Ageing*, 34, 636 – 639.
- Spiegelberg, E. (1994). *The phenomenological Movement*. London: Kluwer Academy.
- Stevens, J.A., Sogolow E.D. (2005). Gender differences for non- fatal unintentional fall related injuries among older adults. *Injury prevention*, 11, 115-119.

- Stevens, J.A., Baldwin, G.T., Ballesteros, M.F., Noonan, R.K., Sleet, D.A. (2009). An older adults falls agenda from a public health perspective. *Clinical Geriatric Medicine*, 26, 767 – 779.
- Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Taylor, S.J., & Bogdan, R. (1998). *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Tengland, P.-A. (2007). A two-dimensional theory of health. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28, 257 – 284.
- Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Gilewski, M.J., Peterson, J. (1991). The effects of late-life spousal bereavement over a 30- month interval. *Psychology and Aging*, 3, 434 - 441.
- Thornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Finland: Norstedts Akademiske Forlag.
- Thorsen, K. (2005). Et livsløbsperspektiv på aldring. *Nordisk Psykologi*, 57 (1), 64-85.
- Tinetti, M.E., Speechley, M., Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 319, 1701-1707.
- Tinetti, M.E., McAway, G., Claus, E.B., Garrett, P., Gottschalk, M., Kock, M.L., Tainor, K. Horwitz, R.T. (1994). A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People living in the Community. *The New England Journal of Medicine*, 94, 821 – 827.
- Tinetti, M.E. (2003). Preventing Falls in Elderly Persons. *The New England Journal of Medicine*, 348 (1), 42- 49.
- Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Murphy, T.E., Acampora, D., Carlin, B.P. Leo- Summers, L., Allore H.G. (2008). Effects of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. *The New England Journal of medicine*, 359 (17), 252 -61.
- Dinette, M.E., & Kumar, C. (2010). The Patient Who Falls. *JAMA*, 20, 208 -266.
- Turner, B. (1996). *The body and Society*. London: Sage Publications.

- Twigg, J. (2004). The body, gender, and age: feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18, 59-73.
- Vellas, B., Baumgarten, R.N., Wayne, S.J., Conceicao, J., Lafont, C., Albareda, J.L. Garry, P. J. (1992) Relationship between malnutrition and falls in the elderly. *Nutrition*, 8 (2), 105-08.
- Verbrugge, L.M., & Jette, A.M. (1993). The Disablement Process. *Social Science and Medicine*, 38 (1), 1-14.
- Vind, A.B., Andersen, H.E., Pedersen, K., Jørgensen, T., Schwarz, P. (2009). An outpatient Multifactorial Falls Prevention Does Not Reduce Falls in High-Risk Elderly Danes. *JAGS*, 57, 971 – 977.
- Walker, W. (2011). The importance of identity in falls prevention. *Nursing older people*, 23 (2), 21 – 26.
- Wallin, M., Talvitie, U., Cattani, M., Karpi, S. (2006). The meanings older people give to their rehabilitation experience. *Ageing and Society*, 27, 147 – 164.
- Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C.L. (2001). Pearls, Pith and Provocation. Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11, 522-537.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. 17 – 21. November. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (1998). *Health Promotion glossary*. Geneva, World Health Organisation.
- WHO (2002). *Healthy Ageing is vital for development*. www.who.int. (14.07.11)
- WHO (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health organisation.
- Willig, C. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Maidenhead: Open University Press Mc Graw Hill.
- Woodward, K. (1991). *Aging and its discontents*. Bloomington: Indiana University Press.
- Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., Tadd, W. (2004). Dignity in older age: what do older people in United Kingdom think? *Age & Ageing*, 33, 165 – 170.
- Wortman, C.B. & Silver, R.C. (1990). Successful mastery of bereavement and widowhood: A life course perspective. In Baltes, P.& Baltes, M. (Eds.) *Successful aging*. Cambridge :Cambridge University Press.

- Yardley, L. (1994). *Vertigo and dizziness*. London: Routledge.
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Todd, C. (2006) Older people's views about advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Education Research*, 21 (4), 508 – 517.
- Yardley, L. Bishop, F.L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., Todd, C., Cuttelod, T., Horne, M., Lanta, K., Rosell, A. H. (2006). Older People's Views on Falls-Prevention Interventions in Six European Countries. *The Gerontologist*, 46, 650 – 660.
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and methods*. London: Sage Publications.
- Ytterstad, B. (1996) The Harstad Injury Prevention Study: Community-based Prevention of Fall-fractures in the Elderly evaluated by means of a Hospital-based-injury Recording-system in Norway. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 50, 551 – 558.
- Zecevic, A.A., Salmoni, A., Speechly, M., Vandervoort, A.A. (2006). Defining a Fall and Reasons for falling: Comparisons Among the Views of Seniors, Health Care Providers, and the Research Literature. *The Gerontologist*.3, 367 – 376.

At holde balancen.**Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker**

Jeg kan bekræfte at It-sikkerhedsfunktionen i Københavns Kommune har godkendt Marianne Mahlers studie til brug for nævnte PHD afhandling.

Forudsætningen er at Persondataloven og Sundhedsloven retningslinjer vedr. anvendelse af personhenførbare oplysninger er overholdt.

Reglerne for databehandling er gældende både i det publicerede materiale (afhandling, artikler mv.) hvor datamaterialet er anonymiseret og i selve behandlingen af det indsamlede materiale der skal behandles fortroligt.

Jakob Joensen/KS

Chef It-sikkerhedsleder
Digitalisering

KØBENHAVNS KOMMUNE
Økonomiforvaltningen
Koncernservice

Ottiliavej 1 Vær. 2. sal
2500 Valby

Mobil +45 2612 0289
Email tp96@ks.kk.dk
EAN 5798009809025

Bilag 2, Videnskabsetisk komite vurdering