

**Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
4. Semester - Speciale
Aalborg Universitet**

Udvikling og implementering af systematisk faldforebyggelse



Gruppe 17gr10303: Natascha Maria Broen Voergaard Frandsen og Nadja Willis

Vejleder: Henrik Bøggild

Afleveret: D. 07.06.2017

Antal tegn: 181.392

Resumé

Titel: Udvikling og implementering af systematisk faldforebyggelse.

Baggrund: Faldskader er en signifikant årsag til morbiditet og mortalitet blandt den ældre befolkning (Stubbs, Brendon, Brefka, Simone, Denkinger, 2015). Dette gælder også i Norge, hvor faldskader er den sjette største bidragende faktor til funktionsnedsættelse (folkehelseinstituttet, 2013).

Larvik Kommune har en demografisk høj andel af personer over 67 år i forhold til andre sammenlignelige kommuner i Norge (Tømte, 2012). Der befinder sig således en stor population i denne kommune, der er i øget risiko for fald, hvilket blandt andet kommer til udtryk i antallet af indlæggelser grundet hoftefraktur (Tømte, 2012).

Formål: At udvikle en systematisk og evidensbaseret tilgang til faldforebyggelse og undersøge hvilke udfordringer der kan opstå i forbindelse med implementering af den udviklede indsats i Larvik kommune.

Metode: Der anvendes en systematisk litteratursøgning til at identificere relevante studier der danner grundlag for udviklingen af den systematiske faldforebyggelse. Til at undersøge hvilke udfordringer der kan opstå ved implementering af den systematiske faldforebyggelse i Larvik kommune, udføres et fokusgruppeinterview med informanter fra Larvik kommune.

Resultat: Der identificeres fem reviews/metaanalyser der danner grundlaget for udvikling af den systematisk faldforebyggelse i form af en individualiseret multifaktoriel indsats. Indsatsen tager udgangspunkt i en screening i eget hjem, foretaget af en ergoterapeut. Der er udviklet en organisatorisk model over hvorledes screeningsprocessen kan foregå. Ligeledes er der udviklet et screeningsredskab der tager højde for relevante risikofaktorer for fald til anvendelse i screeningen for faldrisiko. Af udfordringer for implementering kan blandt andet være en mulig mangel på systematik af og enighed om kommunikation, anvendelse af retningslinjer og tillid mellem ledelse og medarbejdere.

Konklusion: Evidensbaseret systematisk faldforebyggelse, i form af en multifaktoriel intervention, kan tilrettelægges ved hjælp af en indsats, der indebærer at tilbyde alle ældre fra 65 år, en screening af risiko for fald, udført af en ergoterapeut i eget hjem. I Larvik kommune eksisterer på nuværende tidspunkt flere tiltag med faldforebyggende fokus, der med fordel kan inkorporeres i det udviklede tiltag til systematisk faldforebyggelse. Dog kan flere udfordringer opstå i forbindelse med implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune.

Abstract

Title: Development and implementation of systematic fall prevention

Background: Injuries due to fall is a significant cause of morbidity and mortality amongst the older population (Stubbs, Brendon, Brefka, Simone, Denkinger, 2015). This is also the case in Norway, where fall is the sixth largest contributor to disability (folkehelseinstituttet, 2013). In the municipality of Larvik there is a demographically high share of people over the age of 67 compared to other municipalities in Norway (Tømte, 2012). Hence, there is a large population i Larvik, which is at increased risk of fall. This is also seen in the number of hospitalizations due to hip fractures (Tømte, 2012).

Aim: To develop a systematic and evidence based approach to fall prevention and to examine which challenges can arise in regards to implementation of the developed fall prevention in the municipality of Larvik.

Methods: A systematic literature search is conducted to identify relevant studies which form the base for the development of systematic fall prevention. To examine which challenges can arise in regards to implementation of the developed fall prevention in the municipality of Larvik, a focus group interview is conducted, with informants from the municipality of Larvik.

Results: Five reviews/meta analyses are identified and form the base for development of the systematic fall prevention in the shape of an individualised multifactorial approach. The starting of this approach is a screening in the home of the citizen, conducted by an occupational therapist. An organizational model for the screening process has been developed along with a screening tool which take relevant risk factors for fall into account. Challenges that may arise in regards to implementation can amongst others consist of possible lack of systematic and agreement in regards to communication, application of guidelines and trust between management and workers.

Conclusion: Evidencebased systematic fall prevention, as a multifactorial intervention, can be organized with an approach that involves offering a screening for risk of fall to all elders at 65 years and older, conducted in their own homes, by an occupational therapist. In the municipality of Larvik currently exists several treatments that advantageously can be in incorporated into the developed approach to systematic fall prevention. However, several challenges may arise in regards to implementation of systematic fall prevention in the municipality of Larvik.

Læsevejledning

Nærværende projekt er udarbejdet med udgangspunkt i Larvik kommunes ønske om at arbejde evidensbaseret og systematisk med faldforebyggelse. Formålet er blandt andet at nedbringe antallet af hoftefrakturer som følge af fald.

For at imødekomme dette ønske er der identificeret en relevant risikopopulation med særlig risiko for at opleve fald - knyttet til den geografiske kontekst ved hjælp af data udleveret af Larvik Kommune.

Til denne risikopopulation er udviklet rammerne for et systematisk faldforebyggende tiltag på baggrund af en systematisk litteratursøgning. Det faldforebyggende tiltag indeholder et multifaktorielt screeningsredskab til identificering af risikofaktorer for fald med anvisning af relevante henvisninger og handlingstiltag på baggrund heraf. Ligeledes indeholder den systematiske faldforebyggende indsats en model for den organisatoriske proces.

For at opnå effekt af den udviklede forebyggende indsats, den individualiserede multifaktorielle faldforebyggelse, er det undersøgt, hvordan implementering heraf kan foregå i den konkrete setting; Larvik kommune. Dette er undersøgt ved hjælp af et fokusgruppeinterview, der repræsenterer vigtige aktører for implementering i Larvik kommune. Den første del af projektet vil dermed omhandle udvikling af en systematisk faldforebyggende indsats. For at denne indsats ibrugtages hensigtsmæssigt, og dermed skaber en forandring, vil den anden del af projektet omhandle hvorledes den systematiske faldforebyggende indsats kan implementeres i Larvik kommune.

Projektet henvender sig til beslutningstagere på kommunalt niveau. Den udviklede systematiske faldforebyggende indsats kan anvendes på tværs af kommuner, der ønsker at reducere antallet af fald i en population svarende til risikopopulationen i nærværende projekt. Det anbefales, at der undersøges hvordan indsatsen kan implementeres i en konkret organisatorisk kontekst forud for iværksættelse. Til dette formål kan der hentes inspiration fra metoden, som er anvendt i dette projekt. Endvidere henvender projektet sig specifikt til Larvik kommune, idet det anbefales, at Larvik kommune implementerer individualiseret multifaktoriel faldforebyggelse med brug af den udviklede faldforebyggende indsats.

Forfatterne vil gerne udtrykke taknemmelighed for samarbejdet med Mette Dapaan ved Larvik kommune og ligeledes for samarbejdet med vejleder Henrik Bøggild.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	7
2. Problemanalyse	9
2.1 Forebyggelse af fald blandt ældre	9
2.1.1 Årsager til fald blandt ældre.....	11
2.1.2 Konsekvenser forbundet med fald blandt ældre.....	11
2.2 Evidensbaseret arbejde med faldforebyggelse	13
2.3 Faldforebyggelse i Larvik kommune	15
2.3.1 Identificering af risikopopulationen i Larvik kommune.....	15
2.5 Forandring i et implementeringsperspektiv	19
3. Afgrænsning	24
4. Problemformulering	25
5. Metode	26
5.1 Statistisk analyse	26
5.2 Systematisk litteratursøgning	28
5.2.1 Søgestrategi.....	29
5.2.2 Udvælgelse og vurdering af litteratur.....	30
5.3 Fokusgruppeinterview	32
5.3.1 Udvælgelse af informanter.....	33
5.3.2 Moderatorposition.....	34
5.3.3 Indhentning af data fra fokusgruppeinterview og analyse heraf.....	34
6. Analyse og resultater	37
6.1 Resultater af systematisk litteratursøgning	37
6.1.1 Udvikling af den systematiske faldforebyggende indsats.....	40
6.2 Resultater af fokusgruppeinterview	45
6.2.1 Organisation.....	45
6.2.2 Ledelse.....	50
6.2.3 Markarbejdere.....	52
6.2.4 Risikopopulation.....	54
7. Diskussion	59
7.1 Diskussion af resultater	59
7.1.1 Den udviklede systematiske faldforebyggelse.....	59
7.1.2 Udvikling og forandring organisation.....	61

7.1.3	Udvikling og forandring ledelse.....	65
7.1.4	Udvikling og forandring markarbejdere.....	67
7.1.5	Udvikling og forandring risikopopulation	68
7.2	Diskussion af metode	71
7.2.1	Statistisk analyse	71
7.2.2	Systematisk litteratursøgning.....	72
7.2.3	Fokusgruppeinterview.....	74
7.2.4	Samlet vurdering af projektets kvalitet.....	77
8.	Konklusion.....	79
9.	Perspektivering	81
10.	Referencer	82
11.	Bilag	1
11.1	Bilag 1: Kommunikation med Larvik kommune	1
11.2	Bilag 2: SAS Syntax	2
11.3	Bilag 3: SAS Output	6
11.4	Bilag 4: Dokumentation af systematisk litteratursøgning.....	15
11.5	Bilag 5: Interviewguide	18
11.6	Bilag 6: Samtykkeerklæring	22
11.7	Bilag 7: Analyseskema	23
11.8	Bilag 8: Kvalitetsvurdering af artikler.....	53

1. Initierende problem

Faldskader er en signifikant årsag til morbiditet og mortalitet blandt den ældre befolkning (Stubbs, Brefka, & Denkinger, 2015). Faldskader er desuden medvirkende til nedsættelse af funktionsevne og til plejehjemsanbringelse blandt denne befolkningsgruppe (Sundhedsstyrelsen, 2010).

En tredjedel af alle beboere i ældreboliger og på plejehjem falder hvert år, og raten af faldrelaterede skader stiger med alderen. En alvorlig konsekvens som følge af fald kan være fraktur. Omtrent 10 % af alle fald blandt ældre medfører således fraktur med hospitalsindlæggelse til følge (Gillespie et al., 2015).

I flere lande, herunder USA, Australien og Canada, er der udarbejdet kliniske retningslinjer til systematisk arbejde med faldforebyggelse, der bygger på reviews af RCT-studier (Stubbs et al., 2015). Evidensen omhandlende forebyggelse af fald og ligeledes hoftefraktur, er omfangsrig, og findes til dels på højeste trin af evidenshierarkiet. Den samlede evidens peger i retning af, at forebyggelse af fald kan ske via en multifaktoriel individuelt tilpasset intervention, da dette har vist sig at have størst effekt i forhold til at reducere antallet af fald (Gillespie et al., 2015; Stubbs et al., 2015).

I Norge er faldskader den sjette største bidragsfaktor i forhold til funktionsnedsættelse. Dette gør sig især gældende blandt ældre mennesker, da risikoen for fald blandt disse er øget, hvilket medfører øget risiko for hoftefraktur som følge heraf (Folkehelseinstituttet, 2013). I Norge pådrager ca. 9000 personer om året sig en hoftefraktur, hvoraf størstedelen forekommer blandt personer over 67 år. Det anslås, at udgifterne hertil årligt beløber sig til 4,5 milliarder kroner for det norske samfund (Meyer & Søgaard, 2016). Risikoen for pådragelse af fraktur stiger med alderen, dog er incidensen af hoftefrakturer i Norge faldet over de seneste år (Meyer & Søgaard, 2016).

Larvik Kommune har en demografisk høj andel af personer over 67 år i forhold til andre sammenlignelige kommuner i Norge (Tømte, 2012). Der befinder sig således en stor population i denne kommune, der er i øget risiko for fald, hvilket blandt andet kommer til udtryk i antallet af indlæggelser grundet hoftefraktur. Loven om kommunal medfinansiering, der også er gældende i Norge, bevirker, at der er udgifter for kommunen forbundet med hospitalsindlæggelser herunder indlæggelser grundet hoftefraktur. Larvik kommune har et ønske om at nedbringe sundhedsrelaterede udgifter, hvilket kan understøttes af en forandring af arbejdet med faldforebyggelse i retning af systematisk og evidensbaseret arbejde hermed. Dette antages at have den afledte effekt at reducere antallet af hoftefrakturer i kommunen, medførende færre

indlæggelser forbundet hermed, og derved en reducereing af udgifterne forbundet med blandt andet kommunal medfinansiering af indlæggelser grundet hoftefrakturer.

Skader, opstået som følge af fald blandt ældre, udgør et problem for individet såvel som samfundet i både folkesundhedsmæssig og økonomisk forstand.

Det problembaserede arbejde, hvorfra nærværende projekt udspringer, omhandler det uudnyttede potentiale, som litteraturen repræsenterer omhandlende evidensbaseret viden om faldforebyggelse, og som endnu afventer implementering i Larvik kommune i form af systematisk og evidensbaseret arbejde med faldforebyggelse.

2. Problemanalyse

Problemanalysen tager udgangspunkt i det initierende problem. Først analyseres emnet omhandlende forebyggelse af fald blandt ældre, og hvorfor fald har konsekvenser for individ såvel som for samfundet. Dernæst præsenteres indledningsvis identificeret eksisterende evidens på området indenfor faldforebyggelse, hvorefter data fra Larvik kommune omhandlende hoftefraktur analyseres. Slutteligt præsenteres en implementeringsmodel for, hvordan en systematisk faldforebyggende indsats kan implementeres i Larvik kommune.

2.1 Forebyggelse af fald blandt ældre

Fald defineres af World Health Organisation (WHO) som *'Inadvertently coming to rest on the ground, floor or other lower level, excluding intentional change in position to rest in furniture, wall or other objects'*. (World Health Organization, 2007).

Fald er forbundet med sundhedsmæssige negative konsekvenser og er et internationalt kendt problem, idet fald opleves blandt den ældre population i lande verden over (World Health Organization, 2007). Risikoen for fald stiger med alderen (World Health Organization, 2007). Af personer over 65 år vil 28-35 % opleve at falde hvert år. Dette tal stiger til 32-42 % for personer over 70 år. En opgørelse over personskader, registreret i Norsk Pasientregister i 2015, viser, at 69,9 % af registreringer af personskader i aldersgruppen 60-79 år skyldes faldulykker. Dette tal er 84,6 % for aldersgruppen 80+ (Støver & Håndlykken, 2016). I Norge skyldes de fleste personskader hos den ældre befolkning således fald. Larvik kommune har, i forhold til sammenlignelige kommuner i Norge, en høj andel af ældre personer (Tømte, 2012), hvilket gør problematikken omhandlende fald særlig aktuel, da hyppigheden af fald, som beskrevet, er stigende med alderen. Ifølge WHO er prævalensen af fald og skader i forbindelse hermed stigende, grundet øget middellevetid, og det anslås, at denne tendens vil øge, med mindre forebyggende tiltag iværksættes (World Health Organization, 2007).

En forebyggende indsats rettet mod fald, med det formål at reducere antallet af fald, vil reducere antallet af hoftefraktur som følge heraf og andre konsekvenser forbundet med fald (hovedtraume, angst, med mere) (World Health Organization, 2007), hvorfor en faldforebyggende indsats også kan ses som forebyggelse af disse lidelser.

WHO anskuer sygdomsforebyggelse som handlinger, der ofte udspringer af sundhedssektoren og tager hånd om individer og populationer, der er identificeret som værende udsat for risikofaktorer for sygdom - ofte associeret med forskellig risikoadfærd. Ud fra dette perspektiv er primær

sygdomsforebyggelse forebyggelse af sygdoms opståen. Sekundær og tertiær sygdomsforebyggelse søger at bremse sygdomsudvikling eller behandle sygdom hurtigt via tidlig opsporing og reducere tilbagefald ved kroniske sygdomme (World Health Organization Geneva, 1998). I forhold til forebyggelse af fald, som nærværende projekt omhandler, kan det i denne optik anses som værende primær forebyggelse, der søger at hindre, at fald opstår og derved mindske de hermed forbundne konsekvenser.

Arbejdet med forebyggelse kan kategoriseres efter målpopulation (Rose, 2001; Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014), og der kan skelnes mellem højrisiko- og populationsstrategi (Rose, 2001; Vallgård et al., 2014). Med en højrisikostrategi søger man at identificere personer i risiko og tilbyde disse individuelle tiltag, hvorimod man med en populationsstrategi søger at kontrollere forskellige determinanter for sygdoms opståen blandt hele populationen (Rose, 2001). Nærværende projekt omhandler udarbejdelse af en højrisikostrategi rettet mod en identificeret risikopopulation, som vurderes at være i risiko for at opleve fald.

Fordelene ved en højrisikostrategi er, at der udarbejdes et tiltag, der er mere specifikt rettet den pågældende målgruppe for interventionen (Rose, 2001). Dette kan medføre, at interventionen opleves som mere meningsfuld for det enkelte individ, hvilket øger sandsynligheden for efterlevelse (Rose, 2001). Det samme gør sig gældende for den sundhedsprofessionelle, da arbejdet med den specifikke intervention kan opleves som værende meningsfuld i højere grad end arbejdet med interventioner udarbejdet ud fra en populationsstrategi (Rose, 2001). Dette udgør en fordel, når den systematiske faldforebyggelse skal implementeres i Larvik kommune, da interventionen opleves mere meningsfuld hos både borger og sundhedsprofessionel.

Ifølge Rose et al. er højrisikostrategier i højere grad omkostningseffektive end populationsstrategier, da den mest effektive allokering af tid og ressourcer sker ved at placere disse, hvor behovet er mest presserende, og hvor resultaterne hermed vil være større (Rose, 2001). Dette står dog i kontrast til forebyggelsesparadokset, der beskriver, hvorledes en lille risikoændring i hele eller store dele af befolkningen vil forebygge flere sygdomstilfælde end forebyggelse hos en mindre del af befolkningen. Altså at effekten samlet set kan være størst som følge af en populationsstrategi (Vallgård et al., 2014). Dog vurderes det relevant med en højrisikostrategi, anvendt til faldforebyggelse, der henvender sig mod ældre, idet denne population er i markant højere risiko for fald end den yngre del af befolkningen - til forskel fra eksempelvis forebyggelse af rygning hvor risikoen kan fordele sig jævnt blandt befolkningen uanset alder. Uanset strategi har forebyggelse vist sig generelt at være omkostningseffektiv sammenlignet med

behandling (Owen et al., 2011). Det er dermed mere omkostningseffektivt at forebygge sygdom i at opstå, end det er at behandle den efterfølgende. Det er således relevant at allokere ressourcer til arbejdet med systematisk forebyggelse af fald blandt ældre i Larvik kommune.

En af ulemperne beskrevet i forbindelse med anvendelse af højriskostrategi er, at en sådan strategi er midlertidig og blot identificerer de individer, som måtte være i risiko for at opleve fald nu og her, hvorfor tiltaget i princippet skal gentages, idet en ny generation indtager højriskopopulationen (Rose, 2001). Dog kan der ikke ændres på at mennesker ældes, hvorfor denne strategi forsat ansues som værende mest egnet.

Følgende afsnit vil behandle hvilke årsager, der kan være medvirkende til fald blandt ældre, hvilket kan bidrage til forståelse af, hvad et forebyggende tiltag kan være rettet mod.

2.1.1 Årsager til fald blandt ældre

Årsagen til fald er en kompleks sammensætning af risikofaktorer, herunder biologiske, socioøkonomiske, adfærds- og miljømæssige faktorer (World Health Organization, 2007). Af biologiske risikofaktorer kan nævnes alder (McClure et al., 2008; Stubbs et al., 2015; World Health Organization, 2007), køn, kronisk sygdom, herunder osteoporose (McClure et al., 2008; Stubbs et al., 2015; World Health Organization, 2007) og psykisk, kognitiv samt affektiv kapacitet. Køn hænger i særlig grad sammen med osteoporose, da antallet af kvinder, der lider heraf, kendt som ukendt, er højere end antallet hos mænd (Flachs et al., 2015; Schulze & V. Schroeder, 2006).

Af socioøkonomiske faktorer ses blandt andet lav indkomst og uddannelsesniveau samt boligforhold som risikofaktorer for fald. Af adfærdsmæssige risikofaktorer er polyfarmaci, alkoholforbrug og inaktivitet forbundet med øget risiko for fald (Stubbs et al., 2015; World Health Organization, 2007). Miljømæssigt ses hjemlige forhold, som for eksempel glatte gulve og trapper samt løse tæpper og ringe belysning, som værende disponerende for fald (Stubbs et al., 2015; World Health Organization, 2007). Faldforebyggelse er dermed en udfordrende problemstilling og et fortsat nødvendigt område for indsættelse af forebyggende indsatser, for at minimere de tiltagende antal fald og skader forbundet hermed.

2.1.2 Konsekvenser forbundet med fald blandt ældre

En af de mest almindelige konsekvenser, som følge af fald, er hoftefraktur resulterende i hospitalsindlæggelse (Meyer & Søgaard, 2016; World Health Organization, 2007). I Norge vurderes fald at være den sjette største bidragsfaktor til funktionstab blandt ældre

(Folkehelseinstituttet, 2013). Funktionstab som følge af fald kan opstå på baggrund af komplikationer i forbindelse med heling af fraktur, psykiske komplikationer for den ældre og atrofi under indlæggelse (Folkehelseinstituttet, 2013). For individet betyder en hoftefraktur dermed ofte efterfølgende nedsat funktionsevne. Dette kan eventuelt betyde, at den ældre skal have flere hjælpemidler og hjælp fra kommunen i form af hjemmehjælp. Halvdelen af ældre, som forud for en hoftefraktur kan gå uden hjælpemidler, har behov for gangstøttende hjælpemidler efter fraktur. Endvidere vil flere ældre have behov for at flytte på plejehjem efter fraktur idet 6 % af faldpatienter under 75 år og 33 % af faldpatienter over 85 år, der indlægges fra eget hjem, udskrives til plejehjem (Meyer & Søgaard, 2016). Yderligere viser et tysk tværnsitsstudie fra 2012, at hoftefraktur er forbundet med nedsat livskvalitet, idet der ses en statistisk signifikant omvendt sammenhæng mellem helbredsrelateret livskvalitet og antallet af frakturer (Voigt et al., 2012). En hoftefraktur hos den ældre vil dermed nedsætte livskvaliteten hos denne, hvilket kan tænkes at have stor indflydelse på individets hverdagsliv. Et systematisk review viser, at risikoen for mortalitet hos individer, der oplever hoftefraktur, er øget i op til 20 år efterfølgende, dog er risikoen højest i den første tid efter frakturen. Reviewet fastslår ligeledes, at kvinder har dobbelt så høj risiko og mænd tre gange så høj risiko for at dø indenfor 20 år, hvis de oplever fraktur, sammenlignet med den alderssvarende risiko (Abrahamsen, van Staa, Ariely, Olson, & Cooper, 2009). En lignende sammenhæng ses i et norsk kohorte studie, der viser, at risikoen for at dø indenfor et år efter en hoftefraktur stiger jo ældre personen er ved fraktur. Dette med en øget risiko på 7 % for 50-74 årige og 48 % for personer over 85 år (Forsén, Sogaard, Meyer, Edna, & Kopjar, 1999). Det er dermed relevant at arbejde systematisk med faldforebyggelse i Larvik kommune, da der er en stor andel af ældre i kommunen, som er i risiko for fald og dermed for at få hoftefraktur, nedsat funktionsevne eller nedsat livskvalitet og i værste fald at dø som følge heraf.

Hoftefraktur forårsaget af fald er dyrt for samfundet. I Norge vurderes hoftefraktur at koste samfundet 4,5 milliarder kroner per år (Ørstavik, Steingrimsdóttir, Søgaard, & Skogen, 2015). Dette gælder både de regionale omkostninger forbundet med indlæggelsen og de kommunale omkostninger i forbindelse med kommunal medfinansiering, genoptræning og pleje efter udskrivelsen. Kommunal medfinansiering indebærer et økonomisk incitament for kommunen, som har til hensigt at få kommunen til at investere i forebyggelse, hvilket kan reducere omkostninger forbundet med behandling (Møller Pedersen, 2013). Det økonomiske incitament består i, at kommunen delvist finansierer behandlingen af borgere der indlægges på sygehus på baggrund af specifikke diagnoser (Møller Pedersen, 2013).

Fald kan dermed have store omkostninger både for individ og samfund. På grund af den voksende andel af ældre i befolkningen forventes konsekvenserne ikke at blive mindre, hvorfor der er behov for faldforebyggende interventioner. I det følgende præsenteres indledningsvist identificeret evidens på området indenfor faldforebyggende tiltag.

2.2 Evidensbaseret arbejde med faldforebyggelse

Nærværende projekt omhandler faldforebyggelse med reducere af hoftefraktur som en heraf afledt tilsigtet konsekvens. Den videnskabelige litteratur om faldforebyggelse er omfangsrig. Et nyligt opdateret review, om interventioner til forebyggelse af fald blandt ældre, indeholder på nuværende tidspunkt 159 kliniske studier med sammenlagt 79.193 patienter. Af de 159 studier er 51 inkluderet, siden første udgivelse af reviewet i 2009, i den opdaterede udgivelse i år 2015 (Gillespie et al., 2015). Et review af metaanalyser, ligeledes fra 2015, der ligeledes handler om faldforebyggelse blandt ældre, præsenterer resultater fra 16 separate metaanalyser, der hver inkluderer mellem tre og 22 individuelle randomiserede kontrollerede studier og mellem 348 og 27.522 patienter (Stubbs et al., 2015). Faldforebyggelse synes således at være vidt udforsket og beskrevet.

Arbejdet med faldforebyggelse antager mange forskellige former. Kategorisk kan arbejdet inddeles i tre overordnede beskrivelser af indsatsen. Enkeltstående intervention, multikomponent intervention og multifaktoriel intervention. En enkeltstående intervention indeholder, som navnet antyder, kun en enkelt intervention (Gillespie et al., 2015). Herunder er der i litteraturen blandt andet beskrevet **træning** (Cornilion et al., 2002; Lui-Ambrose, Khan, Eng, Lord, & McKay, 2004; McMurdo, Mole, & Paterson, 1997), **D-vitamin supplement** (Anderson, FH., Grant, AM., Avenell, A., Campbell, MK., Cooper, C., Donaldson, 2005; Bischoff-Ferrari, HA.; Dawson-Hughes, B., Platz, A., Orav, EJ., Stahelin, HB., Willet, 2010; Harwood, RH., Sahota, O., Gaynor, K., Masud, T., Hosking, 2004), **optimering af forhold i hjemmet** (Campbell, AJ., Robertson, MC., La Grow, SJ., Kerse, NM., Sanderson, GF., Jacobs, 2005; Cumming, RG., Thomas, M., Szonyi, G., Frampton, G., Salkeld, G., Clemson, 2001; Day, L., Fildes, B., Gordon, I., Fitzharris, M., Flamer, 2002; Lannin, NA., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, CW., Cameron, ID., Barras, 2007; Lin, MR., Wolf, SL., Hwang, HF., Gong, SY., Chen, 2007; Nikolaus, T., Bach, 2003; Pardessus, V., Puisieux, F., Di, P., Gaudefroy, C., Thevenon, A., Dewailly, 2002; Pighills, A., Torgersin, DJ., Sheldon, 2009; Stevens, M., Holman, CD., Bennett, 2001), **ernæring** (Dangour, AD., Albala, C., Aedo, C., Elbourne, D., Grundy, E., Walker, 2007; Gray-Donald, K., Payette, H., Boutier, 1995; McMurdo, Price, Shields, Potter, & Stott, 2009), **patientuddannelse** (Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., Meier-Baumgartner, 2005; Harari, D., Iliffe, S., Kharicha, K., Egger, M., Gillmann, G.,

2008; Huang, HC., Liu, CY., Huang, YT., Kernohan, 2010; Robson, E., Edwards, J., Gallagher, E., Baker, 2003; Ryan, WJ., Spellbring, 1996) **og kirurgi** (Kenny, RA., Richardson, 2001; Parry, SW., Steen, N., Bexton, RS., Tynan, M., Kenny, 2009; Ryan, JW., Kenny, 1999). En multikomponent intervention består af flere interventioner i kombination med hverandre i en samlet ydelse til borgeren. Kombinationen af interventioner i multikomponent interventioner varierer, dog er det kendetegnende for denne type faldforbyggende indsats, at alle patienter modtager en på forhånd kombineret intervention (Gillespie et al., 2015). Den sidste kategori, multifaktoriel intervention, består ligeledes af flere forskellige interventioner, men til forskel fra en multikomponent intervention er denne type ydelse tilpasset borgerens individuelle behov (Gillespie et al., 2015). Multifaktorielle interventioner er altså forskellige, alt efter hvilke indsatsområder der er væsentlige at arbejde med hos den enkelte borger.

Den præsenterede litteratur peger i retning af, at en multifaktoriel intervention har den største effekt i forhold til at forebygge fald (Gillespie et al., 2015; Stubbs et al., 2015). Multifaktorielle interventioner kan signifikant reducere antallet af fald med 10 % til 35 % (Stubbs et al., 2015) og signifikant reducere faldraten blandt ældre (Gillespie et al., 2015). I Larvik kommune er der i 2016 registreret 102 indlæggelser af patienter med hoftefraktur, hvilket vil sige, at der teoretisk set kan forebygges 10-36 hoftefrakturer gennem faldforebyggelse. Idet det må formodes, at antallet af indlæggelser grundet fald er tilsvarende eller højere - idet hoftefrakturer opstår i 10 % af faldulykker, og det antages at der, af de resterende 90 %, forekommer konsekvenser af faldet, der ligeledes kan medføre hospitalsindlæggelse i nogle tilfælde - har det forebyggende arbejde endog endnu større potentiale end de teoretiske 10-36 forebyggede hoftefrakturer. Samlet set fremstår en individuelt tilpasset multifaktoriel intervention, på baggrund af litteraturen, som den mest effektive forebyggende indsats rettet mod fald og dermed mod nedsættelse af antallet af hoftefrakturer samt andre komplikationer forbundet med fald. Med det formål at reducere antallet af fald samt afledte konsekvenser heraf, herunder hoftefrakturer, vil dette være det evidensbaserede udgangspunkt for arbejdet med faldforebyggelse i Larvik kommune. For at identificere det rette udvalg af indsatser til en individualiseret multifaktoriel intervention vil projektet fremadrettet omhandle dette område.

Larvik kommune har på nuværende tidspunkt forskellige tiltag rettet mod faldforebyggelse. Disse, og hvordan de forholder sig til den indledningsvist identificerede litteratur, præsenteres i næste afsnit.

2.3 Faldforebyggelse i Larvik kommune

Larvik kommunes nuværende faldforebyggende indsats består af flere komponenter, der primært udgøres af træning. Træning er også i litteraturen beskrevet som en komponent, der er med til at forebygge fald (Cornilion et al., 2002; Lui-Ambrose et al., 2004; McMurdo et al., 1997). Træningen, der tilbydes i Larvik kommune, er blandt andet gåture og styrke- og balanceøvelser to gange ugentligt. Træningen er gratis for ældre og udsatte (Larvik Kommune, 2017a). Derudover er der daggrupper, som kræver tilmelding, der udbyder balancehold på to niveauer samt træningshold tilpasset KOL-patienter og patienter med tidligere apopleksi (Larvik Kommune, 2017b). Yderligere er det muligt at modtage træning og vejledning fra ergoterapeut og fysioterapeut (Larvik Kommune, 2017b).

Larvik kommunes faldforebyggende indsats kan betegnes som en enkeltstående intervention bestående af træning. Imidlertid fastslår litteraturen, at en multifaktoriel intervention har den største effekt i forhold til at forebygge fald. (Gillespie et al., 2015; Stubbs et al., 2015). Larvik kommune kan således med fordel implementere en systematisk tilgang til faldforebyggelse, der tager udgangspunkt i en individuelt tilpasset multifaktoriel intervention.

2.3.1 Identificering af risikopopulationen i Larvik kommune

Et af målene i Larvik kommunes strategi for 2016-2019 er at reducere antallet af hoftefrakturer med 10 % inden 2018 (Larvik Kommune, 2015). I 2015 var antallet af hoftefrakturer 80-90 tilfælde, se bilag 1. Nærværende projekt vil identificere en relevant risikopopulation, der er i risiko for fald, således at kommunen kan rette et faldforebyggende tiltag mod denne population med den afledte effekt at reducere hoftefrakturer. Identificering af risikopopulation sker med udgangspunkt i litteraturen på området, idet flere studier beskriver, hvordan kvinder over 65 år er i øget risiko for at opleve et fald (Gillespie et al., 2015; Stubbs et al., 2015). Denne befolkningsgruppe vil udgøre risikopopulationen for det tiltag, der udarbejdes i projektet. For at vurdere om denne risikopopulation er anvendelig i den konkrete kontekst, som udgøres af Larvik Kommune, analyseres i det følgende data vedrørende hoftefrakturer i år 2016 her fra. Data er rekvireret fra Larvik kommune, som har indhentet det fra sygehuset i Larvik. I datasættet er der oplysninger om i alt 102 patienter, som har været indlagt med hoftefraktur i 2016. For at øge reliabiliteten af den statistiske analyse, er denne beskrevet i metodeafsnittet. Behandling af data sker ved hjælp af SAS 9.4, se bilag 2 og 3 for syntax og output, til identificering af den relevante risikopopulation i Larvik kommune.

Statistisk analyse af data fra Larvik kommune

Tabel 1: Oversigt over demografiske variable

	Alle	Kvinder	Mænd	Forskel mellem kvinder og mænd angivet ved p-værdi
Hoftefraktur n (%)	102	74 (72,5)	28 (27,5)	<0,0001*
Alder Mean (SD)	79,2 (14,8)	82,6 (9,4)	70,2 (21,7)	<0,0001*
Antal liggedage Mean (SD)	5,6 (4)	5,6 (3,6)	5,2 (4,9)	0,04*
Overliggerdøgn ^a n (%)	85	66	19 (22,4)	
Mean (SD)	(83,3) 1,4 (3,4)	(77,6) 1,4 (3,6)	1,3 (3)	0,93

* Angiver statistisk signifikans

^a Antal døgn en patient er indlagt efter endt behandling

Af tabel 1 fremgår, at der i Larvik Kommune i år 2016 har været i alt 102 patienter indlagt med hoftefraktur. Disse fordeler sig med 74 hoftefrakturer hos kvinder, svarende til 72,5 % af det samlede antal, og 28 hoftefrakturer hos mænd, svarende til 27,5 %. Denne fordeling mellem køn er via en chi-square test fundet at være statistisk signifikant. Gennemsnitsalderen for personer i Larvik kommune, der i 2016 har været indlagt med en hoftefraktur, er 79,2 år. For kvinder er gennemsnitsalderen 82,6 år, og for mænd er den 70,2 år. Kvinder, der i 2016 blev indlagt med en hoftefraktur i Larvik kommune, er ved hjælp af en t-test fundet at være statistisk signifikant ældre end mænd fra samme population. Det gennemsnitlige antal liggedage for både mænd og kvinder er 5,6 dage. Fordelt på køn ses det, at kvinder i gennemsnit er indlagt i 5,6 dage og mænd i 5,2 dage. Også denne forskel er ved hjælp af en t-test fundet at være statistisk signifikant, hvor kvinder er indlagt i længere tid i forhold til mænd. Ud af de i alt 102 indlagte patienter har 85 af disse, svarende til 83,3 %, haft overliggerdøgn. Her fordeler det sig med 66 kvinder ud af de i alt 85 patienter, der har haft overliggerdøgn, svarende til 77,6 %. Blandt mænd har 19 ud af de 85 patienter været indlagt efter endt behandling, svarende til 22,4 %. Forskellen mellem antal overliggerdøgn mellem mænd og kvinder er ikke statistisk signifikant. Til denne beregning er anvendt en wilcoxon analyse. Kvinder har i gennemsnit 1,4 overliggerdøgn og mænd 1,3

overliggerdøgn. Dog ses det at kvinderne udgør 77,6 % af samtlige patienter der har været indlagt efter endt behandling.

Tabel 2: Funktionsevne ved udskrivelse

Udskrives til:	Alle	Kvinder	Mænd
Eget hjem n (%) Mean age (SD)	22 (23,7) 64,5 (21,5)	14 (63,6) 75,1 (12,5)	8 (36,4) 45,9 (21,5)
Aldershjem n (%) Mean age (SD)	71 (76,3) 83,5 (8,7)	54 (76,1) 84,4 (7,7)	17 (23,9) 80,6 (11,2)
Forskel på alder i forhold til udskrivelse til eget hjem eller plejehjem angivet ved p-værdi	<0,0001*		

* Angiver statistik signifikans

Af tabel 2 fremgår hvor mange af de indlagte patienter, der udskrives til henholdsvis eget hjem eller aldershjem/anden somatisk enhed i Larvik kommune. Det antages at udskrivelse til eget hjem indikerer en højere funktionsevne end udskrivelse til aldershjem/anden somatisk enhed. I beregningen indgår 93 records, grundet 9 missing records (9 %). Missing data er således ikke medtaget i analysen. Det fremgår af tabellen, at 22 patienter (23,7 %) med hoftefraktur udskrives til eget hjem mod 71 patienter (76,3 %) med hoftefraktur, der udskrives til aldershjem/anden somatisk enhed. Der er beregnet, ved hjælp af en t-test, at gruppen, der udskrives til plejehjem, er statistisk signifikant ældre end gruppen, der udskrives til eget hjem. Idet funktionsevnen nedsættes med alderen og hoftefraktur ligeledes påvirker funktionsevnen negativt, er det relevant at forebygge fald, og dermed hoftefraktur, tidligt i livet hos risikopopulationen. Af de personer der udskrives til eget hjem udgør kvinder 63,6 %, svarende til 14 patienter, med en gennemsnitsalder på 75,1 år, mod mænds 36,4 %, svarende til 8 patienter, med en gennemsnitsalder på 45,9 år. Til aldershjem udskrives 54 kvinder med gennemsnitsalderen 84,5 år, svarende 76,1 %, hvor der blandt mænd udskrives 17 patienter med gennemsnitsalderen 80,6 år, svarende til 23,9 %, til aldershjem.

Identifikation af risikopopulation i Larvik kommune

Som nævnt indledningsvist var antallet af hoftefrakturer i Larvik kommune i 2015 80-90 frakturer, se bilag 1. Af de udleverede data fremgår det, at antallet i 2016 er på 102 hoftefrakturer. Således

er målsætningen om reducere antallet af hoftefrakturer endnu ikke nået. Derfor er der stadig behov for at nedbringe antallet af hoftefrakturer jævnt før målsætningen for Larvik kommune. Som beskrevet tidligere i problemanalysen kan en multifaktoriel individuelt tilpasset, faldforebyggende indsats nedbringe antallet af fald og dermed antallet af hoftefrakturer.

På baggrund af data identificeres den relevante risikopopulation og sammenlignes med den indledningsvis identificerede litteratur. Resultaterne fra tabel 1 fastslår, at kvinder i højere grad end mænd indlægges med hoftefraktur. Da en fordel ved højrisikostrategi, i forbindelse med forebyggende arbejde, er, at strategien teoretisk set er omkostningseffektiv, såfremt den virker efter hensigten, og da allokering af ressourcer sker i forhold til størrelse af behovet (Rose, 2001), udvælges kvinder som værende primær målpopulation i forestående forebyggelsestiltag. Dog vurderes det at tiltaget vil kunne anvendes til individer uanset køn. Idet gennemsnitsalderen for mænd, der indlægges med hoftefraktur, er 72,2 år mod kvinders gennemsnitsalder på 82,6 år, vurderes det således, at det forebyggende tiltag kan iværksættes tidligere i livet for mænd end for kvinder. At kvinder fra 65 år i højere grad end mænd indlægges med hoftefraktur, og dermed udgør risikopopulationen, fremstår i overensstemmelse med den beskrevne problemstilling, at kvinder i højere grad lider af kendt eller ukendt osteoporose, hvilket øger risiko for fraktur ved fald (Schulze & V. Schroeder, 2006). At risikopopulationen starter ved 65 år, stemmer overens med risikopopulationen som beskrevet i den indledningsvist identificerede litteratur.

Udover at udgøre størstedelen af patienter med en hoftefraktur, er kvinders indlæggelsestid også længere end mænds, ligesom kvinder udgør størstedelen af patienter indlagt med overliggerdøgn, hvilket også forekommer i en længere periode end blandt mændene. Således udvælges kvinder som værende udgangspunkt for risikopopulationen for det forebyggende tiltag.

Af tabel 1 fremgår, at kvinder i gennemsnit er 82,6 år når de indlægges med hoftefraktur. I litteraturen anvendes flere steder alderen 65 år som skæringspunkt for risikopopulationen modtagende faldforebyggende interventioner (Gillespie et al., 2015; Stubbs et al., 2015). Ifølge datasættet fra Larvik kommune er 71 ud af 74 kvinder, indlagt med hoftefraktur, 65 år eller ældre. Det systematiske faldforebyggende tiltag vil derfor målrettes kvinder fra 65 år, som vurderes relevant ud fra den indledningsvist identificerede litteratur og ligeledes stemmer overens med data fra Larvik kommune.

Tabel 2 underbygger grundlaget for at udarbejde et systematisk faldforebyggende tiltag. Det fremgår at udskrivelse til aldershjem/anden somatisk enhed, hvilket antages at angive en ringere

funktionsevne end ved udskrivelse til eget hjem, er markant højere end udskrivelse til eget hjem. Dette gælder både for mænd og kvinder. Som tidligere beskrevet har mellem 6 % og 33 % af faldpatienter, der indlægges fra eget hjem, behov for at blive udskrevet til plejehjem efter endt behandling for fald (Meyer & Søgaard, 2016). Det vides ikke, hvorvidt patienterne i datasættet fra Larvik kommune er bosat i eget hjem eller på aldershjem inden indlæggelse, hvorfor det ikke direkte kan udledes at udskrivelse til aldershjem sker som følge af nedsættelse af funktionsevne grundet hoftefraktur. Dog beskriver litteraturen netop denne sammenhæng, at indlæggelse grundet hoftefraktur kan medføre nedsat funktionsevne (Folkehelseinstituttet, 2013; Voigt et al., 2012) og behov for at flytte på plejehjem (Meyer & Søgaard, 2016). Der er således et uudnyttet potentiale i form af faldforebyggelse, der forebygger fald og følgelig hoftefrakturer samt nedsat funktionsevne, hvilket muligvis kan reducere antallet af personer der får behov for at flytte på plejehjem.

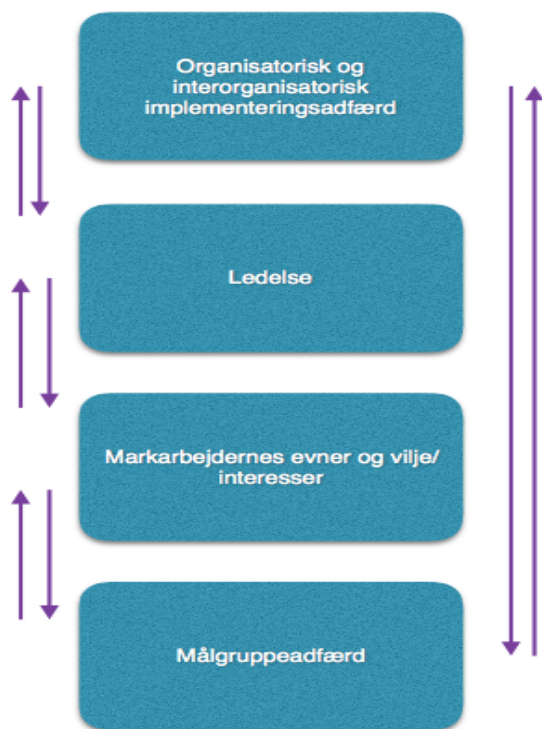
I det følgende afsnit introduceres implementeringen af en systematisk faldforebyggende indsats rettet mod den identificerede risikopopulation. Implementeringen, og således forandringen, vil tage udgangspunkt i de individer, der arbejder med faldforebyggelse. Målgruppen for implementeringsstrategien udgøres således af sundhedsprofessionelle, der arbejder med faldforebyggelse på forskellige niveauer.

2.5 Forandring i et implementeringsperspektiv

Når nye sundhedsfaglige tiltag skal iværksættes, kan det ske via retningslinjer udstukket af ledelsen i en organisation. Retningslinjernes formål er at hjælpe den sundhedsprofessionelle med at træffe valg i forhold til den enkelte borger. I dag findes der retningslinjer på de fleste sundhedsfaglige områder, som skal støtte den sundhedsprofessionelle og slutteligt give borgeren den bedste behandling (Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008). Dog viser flere studier, at retningslinjer ofte ikke efterleves (Bauer, 2002; Grol et al., 1998), og at de sundhedsprofessionelle efter nogen tid vil handle, som de gjorde før retningslinjerne blev implementeret på grund af vaner, og hvad der opleves som den mest tilgængelige løsning (Francke et al., 2008). Implementering af et tiltag i offentlig regi sker dermed ikke per automatik. Det kræver en undersøgelse af hvorledes tiltaget kan indføres i det praktiske såvel som i det organisatoriske arbejde (Winter & Nielsen, 2008). Et review af multifaktorielle faldforebyggende interventioner anbefaler i tråd hermed, at det undersøges, hvordan en sådan indsats kan tilpasses en specifik kontekst med henblik på bedst mulig implementering (Chase, Mann, Wasek, & Arbesman, 2012). Ved at fokusere på optimal implementering af systematisk faldforebyggelse kan omkostningseffektiviteten ligeledes øges, hvilket er ønskværdigt grundet knappe ressourcer (Drummond, Michael, Sculpher, Mark, Claxton, Stoddart, Greg, & Torrance, George, 2015). Knappe ressourcer i et offentligt system betyder, at

der ikke er uendelige midler på sundhedsområdet, hvorfor det er nødvendigt at prioritere hvor ressourcerne skal anvendes (Møller Pedersen, 2013). Det er derfor vigtigt at have fokus på implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune, for at sikre at denne lykkes og medfører en forandring i arbejdsgangen.

For at optimere implementeringen af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune kan der tages udgangspunkt i en model, der fremstiller de væsentlige dele af implementeringsprocessen samt deres indbyrdes forhold. Søren Winters integrerede implementeringsmodel er udviklet til implementering af offentlig politik (Winter & Nielsen, 2008), og er således anvendelig i forhold til implementering af multifaktoriel faldforebyggelse i Larvik kommune. En sådan indsats kræver samarbejde på tværs af sektorer såvel som professioner, hvilket den integrerede implementeringsmodel tager højde for. Dog påpeger et tysk review fra 2017, at en standard implementeringsmodel altid skal tilpasses den specifikke kontekst, hvori en implementering skal foregå (Pfadenhauer et al., 2017). Hvorledes implementeringen af en systematisk faldforebyggende indsats kan udføres i den specifikke kontekst, som Larvik kommune udgør, vil derfor blive belyst ved hjælp af et fokusgruppeinterview med udgangspunkt i den integrerede implementeringsmodel. Den integrerede implementeringsmodel bidrager til identificering af de faktorer, der kunne tænkes at påvirke implementeringen. Den integrerede implementeringsmodel er en bred model, der favner hele implementeringsprocessen fra udarbejdelse af tiltaget/retningslinjerne til resultaterne af det endelige tiltag (Winter & Nielsen, 2008). Projektets fokus fordrer, at der lægges vægt på den del af modellen, der omhandler selve implementeringsprocessen, se figur 1. Modellen vil i nærværende projekt blive anvendt som en forenklet repræsentation af hvordan virkeligheden forholder sig.



Figur 1: Implementeringsproces

Implementeringsprocessen beskrives som kompleks, da der er mange aktører med egne interesser, som skal blive enige (Winter & Nielsen, 2008). Implementeringsprocessen indeholder fire forskellige grupper af aktører; Organisationen, Ledelsen, Markarbejderne og Målgruppen.

Nærværende projekt søger at identificere styrker og udfordringer forbundet med de enkelte aktører, for at anvende denne viden til at skabe de bedste betingelser for implementering af den systematiske faldforebyggende indsats i Larvik kommune.

Organisatorisk set medvirker flere aktører i implementeringsprocessen. Disse kan have forskellige interesser, både fælles og modsatrettede, hvilket kan besværliggøre implementeringen (Winter & Nielsen, 2008). Dette vil tænkeligt gøre sig gældende for implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune som organisatorisk kontekst, da den faldforebyggende indsats er en individualiseret multifaktoriel intervention og inddrager alle fire aktører. Projektet vil omhandle identificering af de forskellige aktørers styrker og udfordringer i forhold til implementering af indsatsen.

Ledelsen kan som aktør påvirke både medarbejderne og organisationen, hvorfor den har en vigtig rolle i implementeringsprocessen (Winter & Nielsen, 2008). Der er ikke fastsat en bestemt type af ledelse, der er mest gavnlig for en implementeringsproces, dog opstiller Søren Winter fire punkter

som kan optimere implementeringsprocessen (Winter & Nielsen, 2008): Ledelsen skal 1) ansætte medarbejdere som denne har tillid til 2) tydeliggøre rammer der arbejdes indenfor og strategi der arbejdes efter 3) skabe incitamenter for medarbejderen til at udføre det ønskede arbejde og 4) løbende forsøge at holdningskorrigere medarbejderne i retning af ledelsens holdning (Winter & Nielsen, 2008). Det andet punkt understøttes af et hollandsk review fra 2008, hvori det påpeges, at faktorer som påvirker succesfuld implementering blandt andet er, at retningslinjerne er lette at forstå, og at medarbejderen skal kende til dem. Studiet påpeger ligeledes, at ledelsen har evne til positivt at influere på implementeringen, ved selv at varetage en positiv og støttende holdning overfor den nye strategi (Francke et al., 2008). For at øge sandsynligheden for at implementeringen af den systematiske faldforebyggelse i Larvik kommune sker hensigtsmæssigt, skal strategien og rammerne for faldforebyggelse altså være tydelige, lette at finde, og det skal være klart for medarbejderen, at ledelsen har en positiv holdning i forhold til systematisk faldforebyggelse. Ledelsen har dermed rig mulighed for at influere implementeringsprocessen.

Markarbejderne udgøres i Larvik kommune af de sundhedsprofessionelle medarbejdere ansat i kommunen. I det nævnte hollandske review påpeges det, at medarbejdere ikke altid vil følge nye retningslinjer, dette for eksempel hvis de ikke er enige i, hvad de foreskriver. Ligeledes kan der være strukturelle barrierer for efterlevelse af retningslinjer, såsom manglende ressourcer (Francke et al., 2008). Markarbejderne har en afgørende rolle i forhold til, hvorvidt et nyt tiltag implementeres hensigtsmæssigt (Winter & Nielsen, 2008). For at øge sandsynligheden for at dette sker, skal strukturelle som individuelle barriere identificeres og håndteres med strategierne, der besiddes af ledelsen som beskrevet ovenfor (Winter & Nielsen, 2008). Ligeledes påpeges det i reviewet, at retningslinjer, der er udarbejdet af samme fagprofessionelle, som tiltaget er angivende overfor, har større succesrate (Francke et al., 2008). Nærværende projekt vil omhandle udvikling af en systematisk faldforebyggende indsats rettet mod risikopopulationen. Formålet er at udvikle rammerne for denne og lader det fagspecifikke indhold af disse delelementer - i form af retningslinjer i den multifaktorielle indsats som for eksempel træning - være op til de pågældende faggrupper. Dernæst vil det blive undersøgt, hvorledes implementering af samme kan foregå i Larvik kommune.

Målgruppen udgør den fjerde aktør. Formålet med den systematiske faldforebyggelse er at påvirke individer i samfundet mod en mere hensigtsmæssig adfærd, således at man forebygger fald og dermed konsekvenser forbundet hermed. Målgruppen, der her udgøres af den identificerede risikopopulation, har ligeledes egne interesser, og jo større adfærdsændringer en strategi kræver af målgruppen/risikopopulationen, desto større udfordringer vil implementeringen have (Winter &

Nielsen, 2008). Borgerne har ret til at få hjælp eksempelvis i form af faldforebyggende tiltag. Med denne ret følger en forventet pligt for borgeren til at følge op på den tilbudte hjælp, og dermed opnå en mere hensigtsmæssig adfærd (Winter & Nielsen, 2008). Hvis en borger i Larvik kommune henvises til træning, har borgeren også en, fra kommunens side, forventet pligt til at møde op. Der er altså forventninger til borgeren fra samfundets side. Dog har borgeren via sin autonomi ret til at sige fra, hvorfor denne har direkte indflydelse på effekten af den systematiske faldforebyggelse i Larvik kommune. I reviewet fra Holland påpeges især modvilje og komorbiditet som faktorer, der påvirker implementering negativt (Francke et al., 2008). For at mindske eventuel modvilje og dermed optimere forholdene for implementering af indsatsen, må borgeren motiveres til at handle i den ønskede retning (Winter & Nielsen, 2008). Fremadrettet i projektet vil denne aktør, målgruppen, blive benævnt som risikopopulationen.

For at implementeringen kan lykkes og føre til det bedst mulige resultat af den systematiske faldforebyggelse, er det nødvendigt at vurdere den pågældende kontekst hvori den skal implementeres (Pfadenhauer et al., 2017). For at kunne tilpasse implementeringsmodellen til konteksten, det vil sige Larvik kommune, og skabe den nødvendige forandring, må de organisatoriske forhold omkring den systematiske faldforebyggelse udarbejdes i samarbejde med Larvik kommune. Dette tages der højde for, idet dele af projektets metodiske arbejde omhandler netop dette.

3. Afgrænsning

Projektet beskæftiger sig med det uudnyttede potentiale, som er præsenteret i det initierende problem, nemlig at der på trods af veldokumenteret viden omkring faldforebyggelse fortsat afventer udvikling og implementering af et systematisk arbejde med faldforebyggelse i Larvik kommune.

For at arbejde systematisk med faldforebyggelse og dermed nedbringe incidensen af hoftefrakturer, udvikles der i projektet en systematisk faldforebyggende indsats. Denne systematiske faldforebyggende indsats vil være en multifaktoriel intervention, der er tilpasset individet, da litteraturen beskriver at en sådan indsats vil være mest effektiv i forhold til at forebygge fald og dermed hoftefrakturer.

Den systematiske faldforebyggende indsats vil være primær forebyggelse i forhold til fald, og en deraf afledt tilsigtet konsekvens vil være reducere af antallet af hoftefrakturer. Dette vil ligeledes være en højrisikostrategi, da indsatsen vil målrettes mod kvinder fra 65 år, som udgør risikopopulationen.

Det vil i projektet blive undersøgt, hvorledes implementering af den udviklede indsats kan foregå for at skabe den nødvendige forandring, der kræves, i forhold til at optimere arbejdet med systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune. Til dette formål arbejdes der i projektet med Søren Winters integrerede implementeringsmodel til identificering af områder for forandring blandt aktører, der arbejder med faldforebyggelse. En individualiseret multifaktoriel faldforebyggende indsats kan nedbringe antallet af fald blandt risikopopulationen og dermed hoftefrakturer, forudsat kontekstuel implementering af denne.

Afgrænsningen af problemet leder således videre til problemformuleringen, som præsenteres i næste afsnit.

4. Problemformulering

Hvordan kan arbejdet med faldforebyggelse udvikles og implementeres, således at dette bliver evidensbaseret og systematisk?

Forskningsspørgsmål 1

Hvorledes kan evidens bidrage til udvikling af systematisk faldforebyggelse i form af en multifaktoriel intervention?

Forskningsspørgsmål 2

Hvilke udfordringer kan opstå, og hvorledes kan de imødekommes i forbindelse med implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune?

5. Metode

I de følgende afsnit beskrives metoden, der er anvendt i den statistiske analyse i problemanalysen, og efterfølgende beskrives de anvendte metoder til besvarelse af forskningsspørgsmål 1 og 2. Problemformuleringen og forskningsspørgsmålene er styrende for valg af metode (Launsø, Olsen, & Rieper, 2015). Til at besvare forskningsspørgsmål 1 udføres en systematisk litteratursøgning, og til besvarelse af forskningsspørgsmål 2 gennemføres et fokusgruppeinterview.

5.1 Statistisk analyse

For at øge reliabiliteten af identificering af næverende projekts risikopopulation, beskrives her de statistiske analyser anvendt i problemanalysen.

Som nævnt er formålet med den statiske analyse at fremanalysere risikopopulationen i Larvik kommune. Data er indhentet gennem praksiskontakt i Larvik kommune, som har rekvireret data fra sygehuset i Larvik. Dataindsamlingen er udført således, at Larvik sygehus registrerer diverse oplysninger, såsom diagnosekoder på de indlagte patienter. På denne måde er det muligt at registrere de patienter, som har været indlagt med hoftefraktur. Det er ukendt for forfatterne, hvorledes data er indsamlet, hvorvidt det er via spørgeskema eller klinisk vurdering. Forfatterne fremsendte, på opfordring af Larvik kommune, ønske om diverse relevante variable, hvoraf kun et udvalg var tilgængelige. Forfatterne ønskede blandt andet informationer om patienter indlagt med fald og ikke kun hoftefraktur, da der kan være flere konsekvenser der fører til sygehusindlæggelse i forbindelse med fald. Blandt andre var denne variabel ikke tilgængelig. Datasættet indeholder informationer om køn, alder, indlæggelsesdage, overliggerdøgn (døgn som patienten er indlagt efter endt behandling) og udskrivelsessted (eget hjem/plejehjem/anden somatisk enhed). Variablerne er dermed både på ratio-interval skala og på nominal skala. Datasættet indeholder 102 records svarende til 102 patienter, som har pådraget sig hoftefraktur i 2016 i Larvik kommune. Patienterne i datasættet er anonymiseret. Datasættet er modtaget som en Excel fil, som indhentes til SAS 9.4, hvori oparbejdning af data sker og analyserne udføres.

Oparbejdning af data

Forud for de statistiske analyser er data oparbejdet, således de kan anvendes i analyserne, se bilag 2 for syntax. Der er lavet et nyt datasæt, sådan at det oprindelige datasæt ikke overskrives.

Det ønskes at se forskellen på mænd og kvinder, hvorfor disse rekodes således mænd kodes med 1 og kvinder kodes med 0, se desuden tabel 3.

Tabel 3: Rekodning af køn

Variabel	Kode
Køn	Mand = 1 Kvinde = 0

Variablen omhandlende udskrivningssted dikotomiseres således, at "vanlig bosted" kodes til 1 og "annet somatisk enhet ved egen helsinstitusjon" kodes 0 og "Sykehjem/aldershjem" kodes til 0, se tabel 4. Denne variabel dikotomiseres, da det ønskes undersøgt, om patienterne oplever nedsat funktionsevne efter hoftefraktur. Det antages, at udskrivning til plejehjem og anden helseinstitution er ensbetydende med nedsat funktionsevne, hvorimod udskrivelse til eget hjem er ensbetydende med et mindre tab af funktionsevne.

Tabel 4: Dikotomisering af udskrivelsessted

Variabel	Kode
Bolig	Vanlig bosted = 1 Annet somatisk enhet ved egen helsinstitusjon = 0 Sykehjem/aldershjem = 0

De resterende variable der anvendes i analyserne er på ratio-interval skala, hvorfor disse ikke ændres.

Analyse af data

Forud for analyserne undersøges det, hvorledes variablene på ratio-interval skala er normalfordelte ud fra et histogram, se bilag 2 for syntax, da dette har betydning for valg af statistisk analyse.

I den første del af analysen er det ønsket at se på, hvordan forskellige variable fordeler sig mellem mænd og kvinder. Det ønskes først undersøgt, om der er forskel på antallet af hoftefrakturer mellem mænd og kvinder ved at opstille disse i en krydstabel og udregne chi-square værdien, for at undersøge om forskellen er statistisk signifikant. Statistisk signifikans angiver, at det er usandsynligt, at det fremkomne resultat er opstået på baggrund af tilfældigheder (Juul, 2015). Resultaterne af alle analyserne er præsenteret i problemanalysen. For at udregne forskel i alder og antal liggedage for mænd og kvinder, og om der er statistisk signifikant forskel herpå, udføres en uparret t-test, da de kontinuerte variable her er normalfordelte. Normalt anvendes en z-test ved sammenligning af middelværdier, men ved få observationer er en z-test uanvendelig, hvorfor der

anvendes en t-test (Juul, 2015). I gruppen med mænd er der få observationer, hvorfor t-test udføres.

For at undersøge hvorvidt der er statistisk signifikant forskel på mænd og kvinder i forhold til overliggerdøgn, udføres en Wilcoxon non-parametrisk test, da data her ikke er normalfordelt. Ved Wilcoxon non-parametrisk test rangeres målingerne og medianmålingerne sammenlignes til forskel fra t-testen hvor middelværdierne sammenlignes (Juul, 2015).

For at undersøge hvorvidt funktionsniveauet påvirkes af en hoftefraktur, anvendes variablen "bolig", idet det antages at udskrivelsessted angiver funktionsniveau. Her undersøges hvorledes køn og alder fordeler sig i forhold til udskrivelsessted.

Dernæst ønskes det at undersøge, hvorledes funktionsniveauet påvirkes af alder ved pådragelse af en hoftefraktur, antaget at udskrivelsessted angiver funktionsniveau. Derfor er det undersøgt, ved hjælp af en uparret t-test, om der er statistisk signifikant forskel på alderen imellem grupperne "udskrivelse til eget hjem" og "plejehjem/anden somatisk enhed".

For at besvare problemformuleringen er der opstillet to forskningsspørgsmål, som skal besvares ved hjælp af nedstående metoder.

5.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning har til hensigt at besvare forskningsspørgsmål 1:

Hvorledes kan evidens bidrage til udvikling af systematisk faldforebyggelse i form af en multifaktoriel intervention?

I afsnittet beskrives valg af databaser og begrundelsen herfor samt opbygningen af den systematiske litteratursøgning. Yderligere beskrives udvælgelsesprocessen. Se bilag 4 for dokumentation af den systematiske litteratursøgning.

Databaser

Der udvælges relevante databaser til den systematiske litteratursøgning på baggrund af forskningsspørgsmål 1. De udvalgte databaser vurderes at indeholde relevante studier til besvarelse af forskningsspørgsmål 1. De udvalgte databaser er Cochrane og PubMed. Cochrane er udvalgt, da denne søgedatabase indeholder studier af høj metodologisk kvalitet herunder

reviews samt metaanalyser (Juul, 2015). PubMed er valgt, da denne database indeholder 27 millioner peer-reviewed biomedicinske studier (PubMed, 2017), og den vurderes derfor at indeholde relevante studier i forhold til forskningsspørgsmål 1.

5.2.1 Søgestrategi

Der er indledningsvist i projektet udført indledende søgninger og efterfølgende en systematisk søgning, der har til hensigt at besvare forskningsspørgsmål 1.

Indledende søgninger

Indledningsvist i projektet er der søgt videnskabelig litteratur på forskellig vis, hvor der ligeledes er anvendt adskillige databaser såsom PubMed, Pedro, Cochrane og Sociological Abstract. Desuden er der anvendt kædesøgninger for at identificere relevant litteratur, ligesom der er læst grå litteratur. Formålet med de indledende søgninger har været at afdække viden indenfor problemfeltet, afdække videnshuller og i sidste ende udforme problemformuleringen samt forskningsspørgsmålene.

Systematisk søgning

Ud fra forskningsspørgsmål 1 udledes de meningsbærende enheder, som udgør de respektive facetter i søgningen. Der opstilles fire facetter, som er følgende; ældre, forebyggelse, fald og multifaktoriel intervention. Det er overvejet at tilføje en femte facet dækkende begrebet evidens, dog vurderes det, idet der afsøges søgedatabaser indeholdende videnskabelig litteratur, at begrebet evidens er forudsættende for den identificerede litteratur. Facetterne ses i tabel 5.

Tabel 5: Facetter

Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
Ældre	Forebyggelse	Fald	Multifaktoriel intervention

De anvendte databaser er opbygget med forskellige Thesauri. Facetterne tilpasses hver enkelt database, idet de relevante kontrollerede emneord vælges ved hver søgning i den respektive database. I tabel 6 og 7 ses de udvalgte kontrollerede emneord i hver enkelt database.

Tabel 6: Kontrollerede emneord i Cochrane

Ældre	Forebyggelse	Fald	Multifaktoriel intervention
Aged [Mesh] OR	Accident prevention [Mesh]	Accidental falls [Mesh] OR	Multifactorial OR

Aged, 80 or over [Mesh]	OR Primary prevention [Mesh] OR Public Health [Mesh]	Accidental falls/prevention and control (subheading) [Mesh]	Multi strategy OR Individual*
-------------------------	---	---	-------------------------------------

Tabel 7: Kontrollerede emneord i PubMed

Ældre	Forebyggelse	Fald	Multifaktoriel intervention
Aged [Mesh] OR Aged, 80 or over [Mesh]	Accident prevention [Mesh] OR Primary prevention [Mesh] OR Public Health [Mesh]	Accidental falls [Mesh] OR Accidental falls/prevention and control (subheading) [Mesh]	Multifactorial OR Multi strategy OR Individual*

Ordene der søges på i databaserne oversættes til engelsk, og de mest dækkende og relevante emneord udvælges i forhold til, om de er sufficient dækkende i relation til forskningsspørgsmål 1. Der søges på forskellige mulige emneord, og der læses beskrivelsen heraf, hvor dette er muligt. Desuden vurderes det, hvor emneordene placerer sig i det pågældende Thesaurus hierarki, og om dette er adækvat, eller om andet emneord er mere passende. Der er søgt udelukkende på MeSH termer i de første tre facetter, for at øge relevansen af recall såvel som reducere støj i søgningen. Den fjerde facet er i begge databaser kun opbygget af fritekst, da ingen kontrollerede emneord var passende til at beskrive begrebet multifaktoriel intervention. Multifactorial og Multi strategy er inkluderet for at sikre, at de identificerede studier omhandler flere indsatser rettet mod faldforebyggelse. Individual er anvendt, idet multifaktoriel intervention fordrer individualiseret tilpasning af anvendte interventioner. Dette ord er suppleret med trunkering, idet der findes talrige endelser på ordstammen. Da Thesaurus databaserne er opbygget ud fra samme underliggende MeSH database, er MeSH termerne ens i søgningerne. Søgningerne er foretaget d. 15.03.2017, litteratur udgivet efter denne dato er ikke medtaget i projektet.

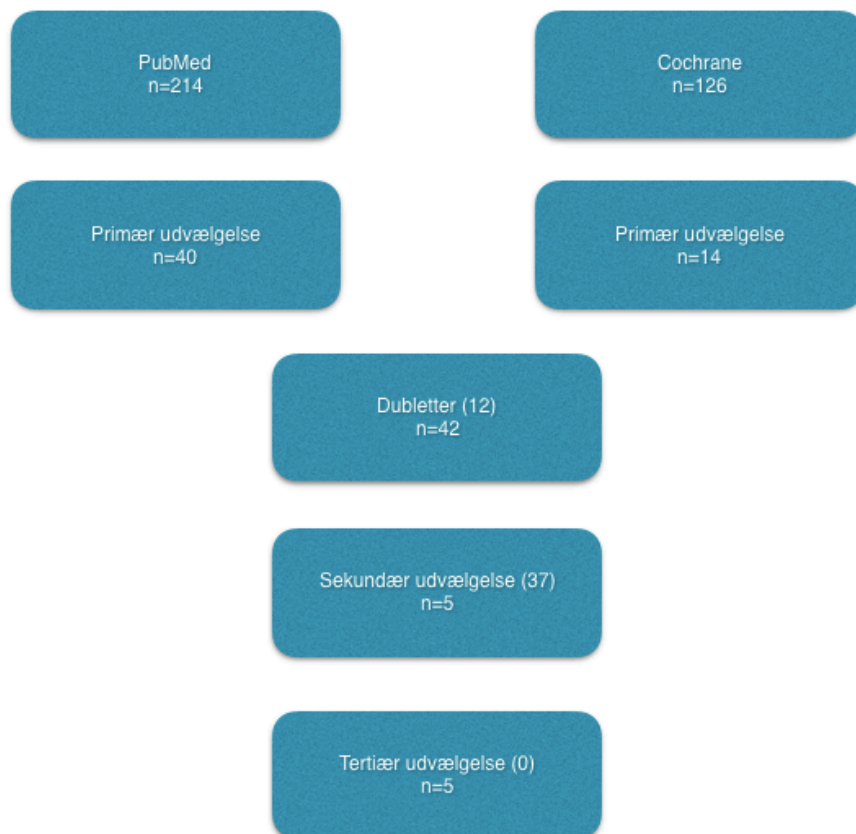
5.2.2 Udvalgelse og vurdering af litteratur

Relevante studier udvælges på baggrund af på forhånd opstillede in- og eksklusionskriterier. De opstillede kriterier er udvalgt på baggrund af forskningsspørgsmål 1. Formålet med in- og eksklusionskriterierne er at identificere studier, der har relevans for projektet. In- og eksklusionskriterierne fremgår af tabel 8.

Tabel 8: In- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Mere end én type intervention - Engelsk sprog - Review / metaanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> - Indeholder kun én type intervention - Ingen beskrivelse af metode - Monofagligt - Multipel sklerose - Parkinsons - Demens - Anden neurologisk sygdom

Studierne gennemgår en primær, sekundær og tertiær udvælgelse. Den primære udvælgelse består af en vurdering af titel og abstract. Den sekundære udvælgelse består af en gennemlæsning af studierne. Disse to udvælgelsestrin udføres for at sikre studierne relevans. Den tertiære udvælgelse består af en kvalitetsvurdering af studierne. For at kvalitetsvurdere studierne anvendes relevante tjeklister. Da alle inkluderede studier er reviews/metaanalyse, grundet ovenstående inklusionskriterier, anvendes tjeklisten PRISMA til alle identificerede studier (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009). Vurderingen af kvaliteten beror på en subjektiv vurdering guidet af tjeklisterne, idet studierne kategoriseres som værende af høj, middel eller lav kvalitet. For at gøre udvælgelsesprocessen i den systematiske litteratursøgning transparent, visualiseres processen i et flowchart, hvilket fremgår af figur 2.



Figur 2: Flowchart

På baggrund af resultaterne fra litteratursøgningen udarbejdes en systematisk faldforebyggende indsats, indeholdende et screeningsredskab, der skal være med til at vurdere, hvorvidt den enkelte borger er faldtruet og en model for den organisatoriske proces. Den udarbejdede systematiske faldforebyggende indsats vil senere blive præsenteret for en fokusgruppe bestående af informanter fra Larvik kommune. Dette uddybes i næste afsnit.

5.3 Fokusgruppeinterview

Til at indsamle data til besvarelse af forskningsspørgsmål 2;

Hvilke udfordringer kan opstå, og hvorledes kan de imødekommes i forbindelse med implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune?

anvendes fokusgruppeinterview som dataindsamlingsmetode. I det følgende vil det blive beskrevet, hvorledes fokusgruppeinterview anvendes i den specifikke kontekst det fordres, til besvarelse af forskningsspørgsmål 2.

5.3.1 Udvælgelse af informanter

Fokusgruppen består af fem informanter; fire kommunale mellemledere indenfor forskellige sundhedsområder; 1) sygeplejerske og mellemleder for hjemmetjenesten og hjemmesygeplejen, 2) tidligere ergoterapeut, nu mellemleder for ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjælpemidler, 3) plejehjemsleder, 4) leder på dagtilbud og rehabiliteringscenter og en 5) kommuneoverlæge. Informant 1 og 2 repræsenterer derved både markarbejder og ledelse. Sammensætning af informanter er analytisk selektiv, idet den afspejler flere aktører, der er væsentlige for implementering af en ny arbejdsform. Dette afspejler den integrerede implementeringsmodel, som beskrevet i problemanalysen. Yderligere er informanterne sammensat idet det ønskes at skabe en interaktion der afspejler tværfaglighed samt fagligt samarbejde, som forventes at være en del af informanternes daglige arbejde. Dette skal fremme forandringsspektivet, idet det ønskes at producere data, der kan anvendes pragmatisk, altså være med til at belyse forudsætninger for implementeringsprocessen, som informanterne tænkes at kunne opleve i deres arbejdsliv. Udvælgelsen af deltagere er således sket med henblik på bedst mulig at kunne anvende den datamængde, der produceres i et implementeringsperspektiv.

Sammensætning af fokusgruppen bærer både præg af homogenitet såvel som heterogenitet. Homogenitet i form af at deltagerne alle arbejder indenfor sundhedssektoren og specifikt med ældre - herunder også faldrelaterede problematikker. Således forventes det, at der i gruppen er ligheder i de respektive informanternes forståelse af den omhandlede problematik. Homogenitet kan medføre, at der i gruppen undgås konflikter, der ellers kan virke begrænsende for produktionen af relevante data (Halkier, 2015). Heterogenitet opnås idet de respektive deltagere i fokusgruppen netop har forskellige faglige baggrunde. Nogle arbejder primært med administrative opgaver, andre er i daglig kontakt med borgerne. Nogle er beslutningstagere og ledere, andre arbejder ud fra ledelsesmæssige bestemmelser. Dette afspejler den integrerede implementeringsmodel, der beskriver hvorledes flere aktører er afgørende for implementering. Heterogeniteten skal bidrage til at skabe en interaktion, hvori forskellige meninger og holdninger kommer til udtryk samt at belyse forskellige perspektiver på det omhandlede fokus (Halkier, 2015); arbejdet med faldforebyggelse blandt ældre, både fagligt såvel som organisatorisk.

Indhentning af informanter til deltagelse i fokusgruppen sker med hjælp fra praksiskontakt. Fokusgruppeinterviewet udføres i informanternes vante rammer i Larvik, Norge.

5.3.2 Moderatorposition

Ved udførelse af et fokusgruppeinterview anvendes en moderator, som skal være styrende for fokusgruppeinterviewets forløb (Halkier, 2015). Moderatoren arbejder ud fra en på forhånd udarbejdet interviewguide, se bilag 5. En Interviewguide har til formål at støtte moderatoren og hjælpe denne til at facilitere til produktion af tilstrækkelig og relevante data (Launsø et al., 2015). Moderatoren vil indlede fokusgruppeinterviewet med en briefing, der blandt andet indeholder samtykkeerklæring, se bilag 6. Briefingen skal bidrage til at skabe et åbent miljø, hvori deltagerne kan tale frit såvel som sætte rammerne for selve fokusgruppeinterviewet. Da fokusgruppeinterviewet foregår i Larvik kommune, er det undersøgt, hvorvidt der er andre forhold, der gør sig gældende for en samtykkeerklæring under norske forhold i forhold til danske forhold, således den anvendte samtykkeerklæring stemmer overens med de norske rammer på området. Disse stemmer overens med de danske, hvorfor de danske og norske standarder er efterfulgt.

Fokusgruppeinterviewet vil starte med brede og ikke-styrende spørgsmål for at sikre, at deltagerne får mulighed for at komme med deres uforbeholdne perspektiver. Derefter bliver styringen mere stram, hvor fokus er på indholdet af det sagte. Moderatorens position for dette fokusgruppeinterview vil efter de brede ikke-styrende spørgsmål være stram, idet denne position egner sig bedst, når data anskues som værende indholdet i samtalen (Halkier, 2015). Dette medfører, at moderatoren er relativt styrende i sin tilgang til fokusgruppeinterviewet og stiller mere præcise spørgsmål frem for meget åbne og ikke-styrende spørgsmål (Halkier, 2015). Denne tilgang er anvendelig i projektet, idet der forud for fokusgruppeinterviewet foreligger en bred viden om den sygdomsspecifikke problematik, og fordi fokusgruppeinterviewet bygges op inspireret af Søren Winters integrerede implementeringsmodel. Fokusgruppeinterviewet afsluttes med en debriefing, således at interviewet afsluttes på en hensigtsmæssig måde, hvor der blandt andet udtrykkes taknemmelighed overfor deltagerne.

5.3.3 Indhentning af data fra fokusgruppeinterview og analyse heraf

Som nævnt er det indholdet i samtalen, der udgør data for nærværende fokusgruppeinterview. Interaktionen mellem informanterne spiller en afgørende rolle i selve produktionen af data, idet indholdet i samtalen skabes herigennem. Idet implementeringsprocessen er kompleks (Winter & Nielsen, 2008), bidrager interaktionen i fokusgruppeinterviewet til at afdække denne kompleksitet, da informanterne får mulighed for en yderligere forståelse for de andre aktører igennem interaktionen under interviewet. Således skabes data af interaktionen, idet data udgøres af indholdet i det sagte. Dette gøres ud fra et pragmatisk synspunkt, idet forskningsspørgsmålet er

styrende for hvilken data der bedst egner sig til besvarelse heraf (Morgan, 2010). Altså anvendes de, af interaktionen skabte, data - frem for interaktionen som data.

Det sagte transskriberes verbatim umiddelbart efter endt fokusgruppeinterview i samarbejde mellem begge forfattere for at øge reliabiliteten og dermed troværdigheden af resultaterne. Informanterne taler norsk, hvorfor der transskriberes med norsk ordstilling dog med dansk stavning. Transskribering er i sig selv en oversættende proces, idet der oversættes fra talesprog til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2009). I projektet er transskriberingen yderligere oversættende, da der transskriberes fra norsk talesprog til dansk/norsk skriftsprog.

Som nævnt er der forud for udførelsen af fokusgruppeinterviewet udarbejdet en interviewguide. Denne er udarbejdet med det formål at skabe data, der kan besvare forskningsspørgsmål 2. Endvidere er den inspireret af Søren Winters implementeringsmodel som beskrevet i afsnit 2.5. Interviewguiden indleder med en præsentation af den systematiske faldforebyggende indsats, som er udarbejdet på baggrund af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning. Herefter stilles der spørgsmål til indsatsen samt implementeringen heraf. Der er udarbejdet interviewspørgsmål omhandlende alle fire aktører; organisation, ledelse, markarbejdere og risikopopulationen. Alle aktørerne har en væsentlig rolle i forhold til implementering, hvorfor der spørges ind til disse. Risikopopulationen er ikke repræsenteret i fokusgruppeinterviewet, hvorfor denne aktør søges afdækket ved hjælp af især markarbejderne, som har daglig kontakt med denne population. Et eksempel på et interviewspørgsmål hertil er *"Hvordan tror I at det ville blive taget imod af borgerne?"* Ligeledes stilles der opfølgende spørgsmål såsom *"Hvorfor? Har I erfaring med det fra tidligere?"*. I forhold til ledelsen beskriver Søren Winter, at denne skal have tillid til sine medarbejdere og holdningskorrigerer disse. Der er ikke udarbejdet interviewspørgsmål omhandlende disse områder grundet etiske overvejelser i forhold til, at der både vil være ledelse og markarbejder til stede under fokusgruppeinterviewet, som kan opleve det ubehageligt at udtale sig om tillid og holdningskorrektur. Aktøren organisation kommer til udtryk i alle spørgsmålene, uanset om de er rettet mod ledelse, markarbejdere eller risikopopulationen, da sammensætningen af fokusgruppen afspejler organisationen og dermed organisationens forskellige aktører med fælles og modsatrettede interesser.

Implementeringsmodellen videreføres i analysen af den producerede data, idet der udføres meningskodning i kategorier tilsvarende den anvendte model. Meningskodning indeles efter de fire aktører, der har indflydelse på implementeringsprocessen. Den yderligere analyse vil bestå af meningskondensering og meningsfortolkning inspireret af Kvale et. al (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ved meningskondensering sammenfattes lange udsagn til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen af det sagte fremhæves. Ved meningsfortolkning fortolkes der på det sagte, og der frembringes meninger, der ikke direkte siges (Kvale & Brinkmann, 2009). Analysen udføres ved hjælp af et analyseskema, se bilag 7. Analysen af det fokusgruppeinterviewproducerede data vil således ske ved hjælp af meningskodning, meningskondensering og meningsfortolkning, som beskrevet af Kvale et al..

6. Analyse og resultater

I følgende afsnit præsenteres resultaterne fremkommet til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1 og 2 med henholdsvis en systematisk litteratursøgning og et fokusgruppeinterview.

6.1 Resultater af systematisk litteratursøgning

I dette afsnit præsenteres resultatet fra den systematiske litteratursøgning, i alt fem reviews. Slutteligt samles resultaterne fra søgningen og resulterer i en systematisk faldforebyggende indsats, som skal vurdere hvorvidt, og i forhold til hvilke risikofaktorer, den enkelte borger er faldtruet.

Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older adults (2012).

Af Carla A. Chase, Kathryn Mann, Sarah Wasek og Marian Arbesman.

Reviewet indeholder 33 videnskabelige artikler, hvoraf ni omhandler individualiserede multifaktorielle indsatser. Der er ikke angivet stikprøvestørrelse i reviewet. Den metodiske kvalitet vurderes at være middel, se bilag 8.

Reviewet finder 31 % til 36 % reduktion i antallet af fald i studier, der intervenserer med ergoterapi, fysioterapi og sygepleje. Dette i form af diagnosticerende hjemmebesøg, inkluderende optimering af sikkerhed i hjem og omgivelser og træning i at bruge hjælpemidler, balance- og styrketræning samt træning i at bruge gangredskaber, screening af syn og håndtering af medicin. Desuden er der fundet en reduktion i antallet af fald og i risikoen for at falde ved en indsats med ergoterapeutisk hjemmebesøg med henblik på sikkerhed i hjemmet og vurdering af medicin samt at give relevante henvisninger til yderligere behandling. Yderligere findes der signifikant reduktion af angst for at falde ved multifaktoriel intervention, indeholdende balance- og styrketræning, optimering af sikkerhed i hjemmet og vurdering af medicin og blodtryk udført af både ergo- og fysioterapeuter og sygeplejersker. Et studie finder, at gruppebaseret træning reducerer antallet af fald, og at reduktionen øges ved at kombinere træningen med både vurdering af syn samt sikkerhed i hjemmet. Slutteligt findes det, at compliance er øget ved interventioner udført af relevante fagprofessionelle i forhold til de respektive interventioner.

Reviewet konkluderer, at der er stærk evidens for at ergoterapeuter spiller en vigtig rolle i det faldforebyggende arbejde, og at ovenstående interventioner - i kombination med hverandre og i form af individualiserede multifaktorielle interventioner - reducerer antallet af fald blandt ældre.

Effectiveness and Implementation Aspects of Interventions for Preventing Falls in Elderly People in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review of RCTs (2011).

Af Jacques C. Neyens, Jolanda C. van Haastregt, Be´atrice P. Dijcks, Mark Martens, Wim J. van den Heuvel, Luc P. de Witte og Jos M. Schols.

Reviewet indeholder 20 videnskabelige artikler, hvoraf fire omhandler individualiserede multifaktorielle indsatser. Der er ikke angivet stikprøvestørrelse i reviewet. Den metodiske kvalitet vurderes at være god, se bilag 8.

Reviewet finder statistisk signifikante resultater i de fire artikler omhandlende multifaktorielle indsatser. De statistisk signifikante resultater er en reduktion i fald-raten på 27 % til 49 %, reduktion i andelen af nye fald hos ældre, der tidligere er faldet, på 19 % og en reduktion på 77 % af ældre, der pådrager sig en hoftefraktur grundet fald. Multifaktorielle indsatser, der havde statistisk signifikante resultater, indeholdt omfattende systematisk individualiseret screening med specifikke anbefalinger vedrørende sikkerhed i hjemmet og tværfaglige indsatser, der tilpasses den konkrete organisatoriske kontekst og den specifikke risikopopulation, balance- og styrketræning samt anvendelse af hoftebeskytter og en overordnet evaluering af risikofaktorer for fald med relevante specifikke og generelle interventioner hertil.

Reviewet konkluderer, at det er mest sandsynligt, at multifaktorielle indsatser bidrager med ønskelige effekter. Desuden understreges vigtigheden af at undersøge forudsætningerne for implementering, og at tilpasse en multifaktoriel indsats mod faldforebyggelse til den konkrete kontekst.

Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials (2004).

Af John T Chang, Sally C Morton, Laurence Z Rubenstein, Walter A Mojica, Margaret Maglione, Marika J Suttrop, Elizabeth A Roth og Paul G Shekelle.

Reviewet indeholder 40 videnskabelige studier, hvoraf 13 studier er af multifaktorielle interventioner. Der er ikke angivet stikprøvestørrelse. Kvaliteten vurderes til at være høj med få mangler, se bilag 8.

Resultatet fra reviewet viser, at en multifaktoriel intervention er den mest effektive forebyggelsesmetode i forhold til fald og med et statistisk signifikant resultat i forhold til risikoen for at falde på RR 0,82 (KI 0,72 ; 0,94) og den månedlige rate for at falde på RR 0,63 (KI 0,49 ; 0,83). De multifaktorielle interventioner bestod af medicingennemgang, test af syn, miljømæssige faktorer (lys, tæpper med mere), blodtryk, træning (balance og gang), Activities of Daily Life (ADL), Instrumental Activities og Daily Life (IADL) samt kognitiv evaluering.

Reviewet konkluderer, at faldforebyggende indsatser - særligt multifaktorielle interventioner - er effektive i forhold til at reducere risikoen for fald og den månedlige faldrate. Træning alene viser ligeledes en effekt.

Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs (2008).

Af Ellen Costello og Joan E. Edelstein.

Reviewet indeholder 12 studier af multifaktorielle interventioner med i alt 4251 personer i stikprøven. Kvaliteten vurderes til at være høj med få mangler, se bilag 8.

Resultatet fra reviewet viser, at multifaktorielle interventioner i forhold til fald er de mest effektive hos ældre over 60 år i eget hjem. Reviewet præsenterer ikke et samlet resultat men blot resultaterne fra de enkelte studier hver især. Det fremhæves i reviewet, at en multifaktoriel intervention som minimum skal indeholde medicingennemgang, test af syn og relevant henvisning i forbindelse hermed, hjemmebesøg med vurdering og eventuelt modificering af hjemmet i forhold til faldfare, kost og træning. Desuden skal en risikovurdering suppleres med relevante henvisninger til eksempelvis læge eller anden sundhedsprofessionel. Endvidere fremhæver reviewet, at en vurdering af risikofaktorer i hjemmet af en ergoterapeut eller fysioterapeut kan give yderligere effekt. Træning alene har også en positiv effekt i forhold til faldforebyggelse, denne skal indeholde styrke, balance og udholdenhed, og varigheden af træningen skal som minimum være 12 uger.

Primary Care–Relevant Interventions to Prevent Falling in Older Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force (2010)

Af Yvonne L. Michael, Evelyn P. Whitlock, Jennifer S. Lin, Rongwei Fu, Elizabeth A. O'Connor og Rachel Gold.

Reviewet indeholder 61 studier, hvoraf 19 studier er af multifaktorielle interventioner med i alt 7099 deltagere i stikprøven. Kvaliteten vurderes at være høj med få mangler, se bilag 8.

Resultatet af reviewet angiver en RR i forhold til fald på 0,89 (KI 0,76 ; 1,03), og er derfor ikke et statistisk signifikant resultat. Det fremhæves, at resultatet er sensitivt for nye studier, hvorfor U.S. Preventive Services Task Force ikke officielt anbefaler multifaktoriel intervention i forhold til fald men blot træning og D-vitamin supplement. De multifaktorielle studier i reviewet indeholder medicingennemgang, test af syn, vurdering af hjemmemiljø og træning af gang og balance.

Reviewet konkluderer, at der er en tendens til at kliniske interventioner som D-vitamin supplement, træning og omfattende multifaktorielle interventioner kan reducere fald og er sikre at anvende blandt ældre.

Opsummering af resultaterne fra de fem reviews

Resultaterne fra de fem reviews viser, at individualiserede multifaktorielle indsatser kan reducere fald. Nogle har statistisk signifikante resultater, mens andre resultater er usikre. De multifaktorielle indsatser har forskelligt indhold, men fælles for dem er, at de alle indeholder elementer, som går på tværs af faggrupper. En multifaktoriel intervention kan indeholde test af syn, medicingennemgang, blodtrykkontrol, kost (D-vitamin), ADL, IADL, kognitiv vurdering, træning og vurdering af risikofaktorer i hjemmet. Disse er elementer, som skal varetages af forskellige faggrupper, hvorfor tværfagligt samarbejde og relevante henvisninger udgør en stor del af den multifaktorielle indsats, som skal forebygge fald. Desuden fremhæver flere reviews vigtigheden af et hjemmebesøg af en ergoterapeut hos den potentielt faldtruede borger med henblik på at reducere fald.

6.1.1 Udvikling af den systematiske faldforebyggende indsats

Ud fra de ovenstående resultater udarbejdes den faldforebyggende indsats, som skal vurdere, hvorvidt, og i forhold til hvilke risikofaktorer, den enkelte borger er faldtruet. Den systematiske faldforebyggende indsats vil ligeledes benævnes som et systematisk faldforebyggende tiltag. Den udviklede systematiske faldforebyggende indsats indeholder både en model for den organisatoriske proces og et screeningsredskab, som skal anvendes til at screene for risikofaktorer for fald hos den potentielt faldtruede borger. Denne indsats er tiltænkt risikopopulationen, som i problemanalysen er fundet at være kvinder på 65 år og ældre men kan dog anvendes uanset køn, hvorfor det fremadrettet vil blive behandlet som et tiltag rettet mod ældre over 65 år. Der er til dette formål udarbejdet en model over den organisatoriske proces, hvori den systematiske faldforebyggelse forløber, ligesom der er udviklet et konkret screeningsredskab til brug ved første møde med borgeren. Dette er udviklet på baggrund af den identificerede litteratur.

Den systematiske faldforebyggelse tager udgangspunkt i et hjemmebesøg hos borgeren i dennes bolig, uanset om det måtte være eget hjem eller plejehjem. Praktisk set kan dette ske ved, at borgeren modtager et brev, hvori der oplyses et tidspunkt for, hvornår hjemmebesøget finder sted. På denne måde skal borgeren aktivt selv aflyse hjemmebesøget, hvis ikke denne ønsker dette eller vurderer sig selv, som værende uden risiko for fald. Hjemmebesøget foretages af en ergoterapeut, da dette er fundet at øge efterlevelse blandt faldtruede patienter (Chase, Mann, Wasek, & Arbesman, 2012). Den eller de ergoterapeuter, der står for screeningen i hjemmet har på forhånd modtaget uddannelse i, hvorledes det udviklede screeningsredskab skal anvendes, og hvilke handlingsmuligheder, det angiver. Nedenstående model, figur 3, er en forenklet fremstilling af hvorledes den overordnede organisatoriske proces, hvori den faldforebyggende indsats forløber, ser ud. Det udviklede screeningsredskab, som ses af figur 4, anvendes i modellens første trin ved ergoterapeutens møde med borgeren i eget hjem. Ved dette møde vurderes ved hjælp af screeningsredskabet relevante henvisninger, der gives på baggrund af identificerede risikofaktorer. Hermed bliver det muligt at individualisere den systematiske faldforebyggelse i forhold til multiple faktorer, som har vist sig at have størst effekt i forhold til reducere antallet af fald (Chang et al., 2004; Chase et al., 2012; Costello & Edelstein, 2008; Neyens et al., 2011). Dette kan være henvisning til speciallæge, ergoterapeut, sygeplejerske og/eller fysioterapeut, på baggrund af de af screeningsredskabet fremgående risikofaktorer for fald. Der er endvidere mulighed for at ergoterapeut, sygeplejerske og/eller fysioterapeut vurderer, at yderligere henvisning til privat praktiserende læge er relevant. Det er muligt for en faldtruet borger at forblive i processen, så længe dette vurderes nødvendigt og relevant, ligesom det er muligt at afslutte forebyggelsesindsatsen, når der vurderes at være tilstrækkelig lav faldrisiko hos borgeren.



Figur 3: Model over den organisatoriske proces i forbindelse med systematisk faldforebyggelse

Der er ligeledes udviklet et konkret screeningsredskab, se figur 4, til anvendelse af ergoterapeuten ved første møde i borgerens hjem. Redskabet angiver relevante henvisninger ved behov, idet en risikofaktor identificeres. Den udviklede indsats skal ses som et forslag til, hvorledes en sundhedssektor kan arbejde systematisk med faldforebyggelse. Områderne angivet under screeningsområder er identificeret ud fra den identificerede litteratur i den systematiske søgning. Den faldforebyggende indsats kan med fordel tilpasses den konkrete organisatoriske kontekst, hvori den måtte ønskes implementeret. Tilpasning til en organisatorisk kontekst øger sandsynligheden for, at indsatsen implementeres bedst muligt og tillader, at organisatoriske forhold tilpasses, så det er hensigtsmæssigt for de fagprofessionelle, der skal arbejde hermed (Pfadenhauer et al., 2017). Yderligere er det ønskeligt, at de fagprofessionelle selv udarbejder specifikke og konkrete undersøgelser og behandlinger til brug ved de enkelte screeningsområder.

Såfremt konkrete undersøgelser og behandlinger udarbejdes af respektive faggrupper, kan det øge de fagprofessionelles motivation for at udføre det forestående arbejde (Francke et al., 2008).

Screeningsområde	Resultat	Henvi sning (sæt kryds)
Home Hazard Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Ergoterapeut ____
ADL Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Ergoterapeut ____
IADL Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Ergoterapeut ____
Blodtryk Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Sygeplejerske ____
Medicin Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Sygeplejerske ____
Kost Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Sygeplejerske ____
Gangfunktion Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Fysioterapeut ____
Balance Specifikke test/US	Henvi sning relevant hvis:	*Fysioterapeut ____

	Henvisning relevant hvis:	
Styrke Specifikke test/US	Henvisning relevant hvis:	*Fysioterapeut ____
Syn Specifikke test/US	Henvisning relevant hvis:	Øjenlæge ____
Kognition Specifikke test/US	Henvisning relevant hvis:	Egen læge ____

*Kan, hvis dette vurderes nødvendigt, henvises til læge

Figur 4: Screeningsredskab til systematisk faldforebyggelse

Som det fremgår af screeningsredskabet i figur 4, skal der, ud for hvert risikoområde, angives et resultat. Dette resultat er fremkommet ved en relevant test. Hvilken test der anvendes, og hvilke resultater der er udslagsgivende for en henvisning, specificeres af den pågældende faggruppe. Eksempelvis er det en fysioterapeutisk arbejdsopgave at udvælge hvilken test, der anvendes til screening af gangfunktion, og hvilket resultat heraf, der identificerer dette område som værende en potentiel faldrisiko for borgeren. Således angiver dette, om der skal gives en henvisning til en fysioterapeut med henblik på forbedring af gangfunktion.

Der kræves videre arbejde i forhold til at uddybe alle relevante tests og behandlinger. Dette er ikke indeholdt i nærværende projekt, da der lægges op til, at arbejdet hermed udføres af specifikke faggrupper. Blandt andet udvælgelse af specifikke tests til anvendelse af vurdering af risikofaktorer for fald. Endvidere er arbejdet - der skal udføres af den/de fagpersoner, der henvises til – noget, der bør udvikles i den konkrete kontekst og organisation af samme faggruppe. Såfremt der allerede eksisterer relevante faldforebyggende tiltag, for eksempel nuværende træningsgrupper, bliver det således muligt at inkorporere disse i ovenstående organisatoriske model blot i en systemiseret udgave. Det er dog vigtigt, at der er udarbejdet retningslinjer for alle faggrupper og ligeledes for de tests og behandlinger, der skal anvendes, således at alle som arbejder med den faldforebyggende indsats kender til retningslinjerne, ved hvor de er og kan handle trygt indenfor

disse rammer. Let tilgængelige og handlingsanvisende retningslinjer kan optimere implementeringsprocessen (Francke et al., 2008; Winter & Nielsen, 2008).

På baggrund af ovenstående resultater og inspiration fra Søren Winters implementeringsmodel er der udført et fokusgruppeinterview i Larvik kommune med henblik på optimal implementering af den systematiske faldforebyggende indsats. Resultaterne heraf præsenteres i næste afsnit.

6.2 Resultater af fokusgruppeinterview

I følgende afsnit præsenteres resultatet og analysen af fokusgruppeinterviewet, som er fremkommet på baggrund af analyseskemaet, se bilag 7. Resultaterne diskuteres videre i det efterfølgende diskussionsafsnit. Analysen er inddelt ud fra Søren Winters integrerede implementeringsmodel og er således opdelt ud fra de fire aktører; organisation, ledelse, markarbejder og risikopopulation. Informanterne i fokusgruppen er generelt positivt indstillede overfor den systematiske faldforebyggende indsats og kan se mulighederne forbundet hermed. I følgende resultatafsnit, og den efterfølgende diskussion heraf, tages der udgangspunkt i de udfordringer, som informanterne vurderer kan blive relevante i forbindelse med implementering af den systematiske faldforebyggende indsats.

6.2.1 Organisation

Fokusgruppen bliver indledningsvist spurgt ind til deres erfaringer med faldforebyggelse i Larvik kommune, hvorefter der spørges til det udviklede tiltag til systematisk faldforebyggelse og hvilke udfordringer, de kan se i forbindelse med implementering heraf i Larvik kommune. Et tema, der nævnes af flere informanter, er eksisterende mangel på systematik og vedholdenhed omkring nye tiltag. Dette nævnes både som en udfordring nu og i forbindelse med en eventuel fremtidig implementering af en systematisk faldforebyggende indsats. Blandt andet udtales:

“ Vi bruger ikke kortlægningssystemer idag. Det er nok desværre lidt sådan, at man sætter igang tiltag efter fald, når man bare får lidt fokus på det. Og at man derfor har det lidt oppe i afdelingen, og så forsvinder det lidt, når andre tiltag tager fokus. Der er mange tiltag som skal tilrettelægges og tiltag som skal iværksættes så... Ting der er pålagt at kortlægge jævnligt, så det kan være... Men det burde jo være en del af det, for vi har jo ernæringscreening og det kan jo være en faldrisiko og vi har jo lægemiddelgennemgang og der kan jo også være bivirkninger og mediciner og diagnoser der det hænger jo egentlig sammen. Så vi har fokus på faldforebyggelse men det er ikke helt sat i system..”

Citatet kan fortolkes som, at der i Larvik kommune arbejdes med mange tiltag, der er relevante i forbindelse med faldforebyggelse, men at de ikke er sat i system målrettet herimod. Desuden kan det analyseres som, at andre tiltag tager fokus fra arbejdet med faldforebyggelse. Såfremt dette er tilfældet, kan det potentielt udgøre en barriere for fremtidig implementering af systematisk arbejde med faldforebyggelse. I så fald kunne det være fordelagtigt med øget fokus på den systematiske faldforebyggende indsats herunder fastholdelse af arbejdet hermed. Det er derfor en mulighed, at implementering af den udviklede indsats kan have fordel af, at der rettes et øget fokus på arbejdet med systematisk faldforebyggelse. Desuden er vedholdenhed af nye arbejdsmæssige rutiner også væsentlige for at fastholde implementeringen (Winter & Nielsen, 2008). Fastholdelse af nye arbejdsmæssige rutiner, og brug af nye redskaber hertil, kan muligvis vise sig at være en udfordring i Larvik kommune idet der udtales:

“Det handler jo lidt om, hvad der ligger trygt i kulturen og trygt for ledere, og hvad som er fokus i virksomheden. Men det er påfaldende at egentlig en enkelt tjekliste ikke lader sig gennemføre. Men i virksomheden hjemmetjenesten nu så ligger der en del af tjekpunkterne, som der er foretaget vurdering af mulighed for fald. Men jeg tror ikke at selve tjeklisten ligger i det rum, som er vores kvalitetssystem. Og det... Det må vi gøre.”

Citatet kan fortolkes som, hvorledes kulturen på arbejdspladsen kan bremse implementering af nye tiltag, og at netop dette kan være med til, at nye tiltag ikke lader sig gennemføre. I så fald er det nødvendigt at være opmærksom på de nødvendige kulturændringer der kræves, for at implementering af systematisk faldforebyggelse kan lade sig gøre. Ifølge Søren Winters implementeringsmodel er det ledernes opgave at tydeliggøre rammerne, der arbejdes indenfor (Winter & Nielsen, 2008). Hvis lederne, som citatet ovenfor kan antyde, falder tilbage i trygge/vante rutiner, er det tænkeligt at rammerne for nye tiltag ikke fremstår tydeligt for markarbejderne, som derfor får svært ved at rette sig herefter. At det kan være svært for markarbejderne at vide, hvad rammerne for deres arbejde består af, udtrykkes yderligere af følgende udsagn:

”Men så tror jeg, at I er danskere, jeg ved ikke om det er specielt norsk, men i Norge der er en vældig tradition på, at alle gør som de vil selv, der er vældig meget, vi er ikke ligesom. Så jeg hørte det spørgsmål, da tænkte jeg at det er sådan helt uhørt at sende noget på mail om en ny måde at arbejde på, vi er jo ikke sådan.”

Blandt informanterne er der uenighed om, hvorvidt dette gør sig gældende for Norge som helhed eller er særegen for Larvik kommune:

"(...) jeg er delvis enig med dig, men så er jeg ulike, jeg ser enorm store forskelle, og jeg kommer fra en anden kommune, og der er alt min hovederfaring fra, og der ser jeg at ting gøres på en helt anden måde, og der er mange flere krav til at følge linjer, der er meget mere krav til struktur osv., så jeg oplever, at det er et særfænomen, og der er arven fra en flad struktur (...) jeg oplever også, at der er meget mindre klare linjer og struktur her end det, jeg har været vant til. Og information sendes ud i det vide og det brede, vældig bredt, imens hvor jeg kommer fra, så er der meget mere strengt, hvordan informationslinjerne skal gå, de skal følge linje, så jeg tror det er vældig ulige fra kommune til kommune."

Ovenstående citat kan fortolkes som, at strukturen i Larvik kommune opleves som anderledes end i andre kommuner. Der er muligvis både en forståelse af, at i hele Norge gøres tingene på en anderledes måde end i Danmark, og at "alle gør som de selv vil", ligesom der kan være en forståelse af, at dette er særegent for Larvik kommune. Der tilkendegives i løbet af fokusgruppeinterviewet flere tilslutninger til en lavere grad af struktur i Larvik kommune, idet det blandt andet udtales:

"Så jeg får bare sige, at de har med sig faldforebyggelse hele tiden, men de har ikke sat det i system."

"For jeg tror at vældig meget af det her, det gør vi allerede i dag, jeg tror det handler mest om systematisering af 'fra her til her'. Så jeg tror det handler om at se på, hvordan vi får systematiseret dette på en god måde, sådan at vi får de henvisninger til de ulige steder, fordi der er en risiko."

Det kan fortolkes som, at der i Larvik kommune kunne eksistere mere strukturering vedrørende arbejdet med faldforebyggelse, idet der blandt informanterne synes at eksistere en generel oplevelse af, at "alle gør som de selv vil" i Larvik kommune, hvorfor arbejdet hermed ikke forekommer i systematiseret form. Der er blandt informanterne ikke enighed om, hvorvidt dette er gældende for hele Norge eller er særegent for Larvik kommune.

De fleste informanter i fokusgruppen, dog ikke alle, ser det som en udfordring, at ergoterapeuten står for det første trin i arbejdet med faldforebyggelsen, jævnfør det udviklede tiltag. Af denne grund har informanterne flere alternative forslag til, hvad der skal være udslagsgivende for iværksættelse af det faldforebyggende tiltag for den enkelte borger. Flere informanter peger på lægen som værende første led i faldforebyggelsen blandt andet ved dette citat:

"(...) og jeg tænker, der er mange ting ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker kan gøre, men jeg har stor respekt for det medicinske blik som lægen har, som udelukker, det ser vi jo både risikovurdering for ernæring for fald, at med lægens blik og hvad de har, med underliggende faktorer som ligger bag, så er det også en utrolig værdifuld information."

Dog afviser den tilstedeværende læge dette som en mulighed, blandt andet fordi det vil være en større økonomisk byrde for samfundet men også på grund af kompetencer, som ikke er lægefaglige, men som derimod besiddes af ergoterapeuter og fysioterapeuter, hvilket er fortolket ud fra følgende citater udtalt af lægen:

"Det er bare tilbage til det med om det er lægen eller hvad som skal først, for det... Jeg tænker også samfundsøkonomi, med det som i tænker som generel faldforebyggelse eller faldudredning, men der er ikke noget som hedder det. For det er et spørgsmål hvori ligger det samfundsøkonomiske element, og jeg tænker at så er tilbage til lægen en anelse meget, for det er et stort antal patienter og det er noget vi tilnærmer os, altså læger, når lægeprofessionen tilnærmer sig en problemstilling så... Fordi der er så kort tid og der er så stængt, så mister man måske personen, som man ville da have været ekstra opmærksom på. Så jeg, i en samfundsøkonomi, idealistisk ja fantastisk, men det er ikke realistisk. Så hvad er realistisk og hvordan får man udnyttet de ressourcer som er nødvendige og trænges, på bedst mulig måde?"

"Og en læge har i hvert fald ikke den forudsætning for grundlaget, i udgangspunktet, grundlaget for forståelse af alle testene som bliver udført, men jeg blev jo kendt med lidt af hvert. Sådan i forhold til strategier og helt konkrete tiltag som blev gjort med hensyn til træning. Elementer til lægen, det er klart at de må kortlægge hvorvidt der foreligger en somatik der, som jo er en lægelig gennemgang som er en vigtig del af faldforebyggende tiltag. For der er meget overmedicinering, fejlmedicinering. Men nu er ikke jeg ude i en fast lægepraksis så hvordan det ville lade sig gennemføre, det er

jeg usikker på. Fordi det handler ikke om fravær af vilje fra fast lægen, men de er jo overlæsset med arbejde og er det realistisk?"

"Nej jeg kender hvad du mener, men hvis man tænker på den måde... Fordi at, hvis det havde været sådan så ville tilnærmelsen måske være en standardiseret undersøgelse. Hvis der foreligger information, altså kortlagt information på borgeren, så vil en fysio ergo, igen med reference fra mit tidligere samarbejde, det var i hvert fald min tilnærmning dengang jeg undersøgte, fordi der kunne være elementer som man afdækker i forbindelse med undersøgelsen som ergo og fysioterapeuten gør som jeg da ikke ville have tænkt på eller ikke fået frem ved en ordinær undersøgelse og så gør det jo det at min tilnærmelse i undersøgelsesøjemed er anderledes. Man kommer længere end med at foreligge en information på forhånd."

Det kan fortolkes således, at lægen mener at have et ansvar i forhold til den faldforebyggende indsats men ikke besidder de samme kompetencer, som andre relevante faggrupper, og derfor ikke mener det er realistisk, at lægen skal være det først led i den faldforebyggende indsats. Desuden kan det fortolkes som, at lægen ikke mener det er omkostningseffektivt, hvis en læge er det første led i den faldforebyggende indsats. På grund af knappe ressourcer i det offentlige system skal der tages højde for omkostningerne og effektiviteten i forbindelse med den faldforebyggende indsats. Ressourcer må allokeres til de/det område, hvor disse har mest mulig effekt (Møller Pedersen, 2013). Flere af informanterne påpeger netop omkostningseffektivitet som værende relevant at tage højde for. Dette understreger vigtigheden af, at den systematiske faldforebyggende indsats skal tilrettelægges og implementeres optimalt, da indsatsen da også vil være mest mulig omkostningseffektiv. En del af at sikre omkostningseffektivitet er at undersøge, hvad der er udslagsgivende for screening og hvilken faggruppe og organisatoriske enhed, der skal være det første led i den faldforebyggende indsats. Hvis lægen skal være det første led i indsatsen mistes det primære aspekt af faldforebyggelsen, hvis det kun er patienter, der opsøger lægen med en fald-problematik, der henvises til faldforebyggelse, idet det ikke er muligt at forebygge en faldproblematik, der allerede eksisterer. Der synes at være manglende enighed blandt informanterne om, hvad der skal igangsætte en faldforebyggende indsats, og der opnås ikke enighed omkring dette i diskussionen i fokusgruppen.

Samlet set analyseres det ud fra ovenstående citater, at der til dels - jævnfør Søren Winters implementeringsmodel - mangler den nødvendige organisatoriske struktur udstykket af ledelsen, som skal bidrage til klare arbejdsgange. For at kunne implementere systematisk arbejde med

faldforebyggelse, anbefales det, at der i Larvik kommune oprettes en tydeligere organisatorisk struktur således, at medarbejderne ved hvilke rammer, der er for deres arbejde. Dette især når det gælder den systematiske faldforebyggelse, da mange relevante tiltag allerede udføres, dog med mulighed for forøget struktur og/eller systematik. Den organisatoriske struktur skal understøtte fastholdelse af nye tiltag for at den systematiske faldforebyggelse kan implementeres optimalt. Ledelsens rolle i forbindelse med opretholdelse af organisatorisk struktur uddybes i diskussionsafsnittet. Desuden ses det ud fra ovenstående, at der er uenighed om hvilken faggruppe/organisatoriske enhed, og hvilken eventuelle sundhedsmæssige problematik, der skal være udslagsgivende for, at den systematiske faldforebyggende indsats iværksættes. Dog er alle enige om, at indsatsen kun skal gennemføres, såfremt den er omkostningseffektiv for kommunen. Dette diskuteres yderligere i diskussionsafsnittet.

6.2.2 Ledelse

Ifølge Søren Winters implementeringsmodel er det nødvendigt, at ledelsen har tillid til medarbejderne for at nye tiltag kan implementeres (Winter & Nielsen, 2008). Under fokusgruppeinterviewet udtaler lederen for hjemmepleje og hjemmesygepleje i en kommentar til, at det i det udviklede tiltag er en sygeplejerske, der skal henvises til, hvis der ønskes en gennemgang af en potentiel faldtruet borgers medicin:

”Jeg tror ikke I må overvurdere sygeplejerskens kompetence på medicin, for den har jeg set periodevis er meget begrænset for mange.”

Citatet kan fortolkes som, at lederen muligvis ikke har den nødvendige tillid til sine medarbejders kompetencer. Hvis der eksisterer manglende tillid fra ledere til medarbejdere, kan dette udgøre en udfordring for implementering af nye tiltag (Winter & Nielsen, 2008). Såfremt manglende tillid er en eksisterende problematik, kan det muligvis være en del af grunden til, at informanterne ser det som en udfordring at en ergoterapeut står for det første møde med borgeren i det faldforebyggende tiltag, da der muligvis ikke er tillid til ergoterapeutens kompetencer. Dette kan i så fald udgøre en udfordring for implementering af det udviklede systematiske tiltag rettet mod faldforebyggelse. Manglende tillid fra lederens side til egen faggruppes faglige kompetencer er en generel tendens, idet flere informanter vurderer og udtaler, at specifikke faggrupper mangler de nødvendige og tilstrækkelige kompetencer. Dette gælder som nævnt tillid til sygeplejerskernes kompetencer, men også ergoterapeuters, fysioterapeuters og lægers faglige kompetencer. En udfordring for Larvik kommune i forhold til implementering af systematisk faldforebyggelse kan dermed være at få opbygget ledelsesmæssig tillid til medarbejderne.

Udover at have tillid til markarbejdere, er det ledelsens opgave at skabe tydelige rammer for arbejdet, incitament for markarbejderne og holdningskorrektion af samme i ønskede retning (Winter & Nielsen, 2008). I Larvik kommune er der tilgængelige retningslinjer for markarbejderne. Dog vides det ikke, hvorvidt disse efterleves, da der tidligere er beskrevet, hvordan en arbejdstjekliste ikke anvendes efter hensigten. Fra ledelsens side er der opmærksomhed rettet mod viderebringelse af nødvendig information, ligesom ledelsen anerkender deres ansvar for denne viderebringelse, hvilket kan udledes af følgende citat:

"I det hele taget så skal det, der kan komme ting til mig som faglig ansvarlig i virksomheden, som jeg må sprede som alle får."

Dog synes der at være forskellige forståelser af hvordan information bedst videregives og hvordan nye tiltag kommunikerer ud:

"(...) Jo nogle gange så bliver det jo mail, så igen det er jo lidt personafhængig om man tænker at ting går ud (...)."

" (...) det er sådan helt uhørt at sende noget på mail om en ny måde at arbejde på, vi er jo ikke sådan."

Det kan fortolkes som, at der ikke er klare retningslinjer og/eller enighed om, hvordan informationer omkring nye tiltag skal/kan formidles til kolleger og medarbejdere. Hvis der eksisterer uklarhed omkring formidling af information, kan det udgøre en barriere for implementering af nye tiltag såsom systematisk faldforebyggelse, idet informationer kan gå tabt eller at retningsangivende informationer ikke efterleves. Hvorvidt rammerne for det sundhedsfaglige arbejde og den ledelsesmæssige struktur er velforankret i Larvik kommune, kan der være usikkerhed omkring, hvilket følgende citat kan udtrykke:

"Vi er nok vældig sådan, at vi må have alle med før vi bestemmer noget, og så er der vældig ulike for det er jo det vores kommune sikkert typisk, for vi laver jo egne systemer, det er helt sandt altså, det er måske lidt det vi skal blive endnu flinkere til, altså vi har et forbedringspotentiale."

Citatet kan fortolkes som, at ledelsen muligvis kan styrke den nødvendige retningsangivende rolle, idet det fra ledelsens side vurderes at alle må være med, før der træffes en beslutning. Dermed udvaskes ledelsens rolle som beslutningstager, der skal skabe rammer for markarbejderne (Winter & Nielsen, 2008). Citatet kan ligeledes fortolkes som et udtryk for anvendelse af egne systemer på bekostning af systematik som svarer til tidligere analyse omkring mulighed for forbedring af systematik.

Samlet set udgør ledelsen i Larvik kommune, som aktør i implementeringsprocessen, både en styrke og en udfordring. Implementeringen kan være udfordret af eventuel manglende ledelsesmæssig tillid til markarbejdere og mangel på klare rammer for arbejdet. En implementeringsmæssig styrke hos ledelsen er, at der er formidling af information om end uenighed om, hvordan dette skal foregå. Ligeledes er der tilgængelige retningslinjer, som markarbejderne kan orientere sig i. Hvorvidt de tilgængelige retningslinjer anvendes, eller markarbejderne, jævnfør tidligere citater, arbejder ud fra "egne systemer" og "gør som de selv vil", vides dog ikke men består som relevant område for fremtidig udredning. For at understøtte implementering af den systematiske faldforebyggelse, anbefales det at arbejde fagligt reflekterende med udgangspunkt i retningslinjer.

6.2.3 Markarbejdere

Et vigtigt element i implementeringen af det udviklede tiltag rettet mod systematisk faldforebyggelse, er muligheden for tværfagligt samarbejde og anvendelse af de forskellige professioners komplementære kompetencer, da den udviklede indsats fordrer dette. Det tværfaglige samarbejde i Larvik kommune synes fagligt at være stærkt, hvilket der er bred enighed om blandt informanterne:

"Det er vældig nyttigt"

Alle: "Ja"

"og nødvendigt, vi er gode til forskellige ting."

"(...) i udgangspunktet så blev der ansat ergo, fysio og sygeplejerske, sygeplejersken har sluttet, så nu er det bare ergo/fysio, men de har et vældig tæt samarbejde med hjemmetjenesten, hvor vi ser at vi kan blive endnu bedre, for det som har været tilbagemelding nu at man gør en fælles kortlægning af brugerne i forhold til at kortlægge brugerens funktionsniveau og sætter mål i den kortlægning og har nu set at sygeplejersken kommer ind og så gør man lidt mere sådan medicinsk vurdering,

men vi ser det sygeplejerske perspektiv og får det mere ind i rehabiliteringstankegangen, fordi det trænger vi.(...) det er nyttigt, det er vældig godt, vi sidder på ulige kompetencer og det må vi udnytte bedst muligt.”

Ud fra ovenstående citater kan det fortolkes, at der er respekt for faggrupperne på tværs af professioner, og at der ligeledes er interesse i at lære af hinandens faglige kompetencer og i at arbejde sammen, således at det bedste resultat opnås i forhold til borgeren. Dette er en styrke i forhold til implementering, da implementering af den faldforebyggende indsats kræver tværfagligt samarbejde. Samarbejde på tværs af professioner og sektorer er nødvendigt for implementering af den udviklede indsats.

Det tværfaglige samarbejde kan dog være strukturelt udfordret i form af manglende ressourcer såsom tid, fysiske rammer og dokumentation, som følgende udsagn kan fortolkes som:

”Udfordringen der er jo som altid, er jo at få mødepladser og få tid og få samling af folket til mødepladserne, så det ser jeg som en udfordring og få det standardiseret.”

”På ergo/fysio altså alle dem som arbejder i kommunen så har vi fælles dokumentationssystem, men vi har, vores dokumentationssystem er udfordret på den måde som gør at tværfagligt samarbejde ikke er let. Om det handler om hvordan programmet er leveret fra leverandøren eller om det handler om hvordan vi har valgt at sætte dette op internt i Larvik, det ved jeg ikke. (...) og tværfaglighed og det mener jeg er en ganske stor risiko, fordi du bruger vældig meget tid på at finde ud af denne dokumentation og det er vanskeligt at finde og navigere i systemet.”

Det stærke tværfaglige samarbejde udgør en faglig styrke i Larvik kommune, dog kan der drages fordel af at se på de strukturelle rammer omkring dette, herunder mødesteder, tid og dokumentation. Netop mangel på nødvendige strukturelle ressourcer kan være en barriere for implementering af nye tiltag (Winter & Nielsen, 2008). I forhold til et dokumentationssystem skal dette gøre det tværfaglige samarbejde lettere. Det anbefales derfor at Larvik kommune undersøger, hvorledes dokumentationssystemet kan optimeres i forhold til kommunikation på tværs af faggrupper. Forfatterne af projektet har ikke adgang til dokumentationssystemet i Larvik kommune, hvorfor dette ikke behandles yderligere i projektet.

Som nævnt vides det ikke, om markarbejderne følger de tilgængelige retningslinjer, hvilket ifølge Søren Winter kan være på grund af markarbejdernes uenighed i, hvad retningslinjerne foreskriver, eller at markarbejderne vender tilbage til tidligere vante arbejdsgange, hvilket i så fald vil medføre en barriere for implementering af et nyt tiltag (Winter & Nielsen, 2008). For at lette implementeringen af nye arbejdsgange i Larvik kommune, anbefales det at anvende de i forvejen eksisterende tiltag, der har et faldforebyggende fokus - blot i en systematisk udgave rettet specifikt mod faldforebyggelse. Dette kan eventuelt udføres organisatorisk i henhold til den udviklede systematiske faldforebyggende indsats.

Samlet set har Larvik kommune en implementeringsmæssig fordel at drage nytte af i form af en stærk medvilje for tværfagligt samarbejde, dog udfordret af strukturelle forhold. Markarbejdernes adherence til retningslinjer og nye tiltag skal fastholdes via ledelsesmæssigt udformede incitamentter herfor.

6.2.4 Risikopopulation

Formålet med den udviklede systematiske faldforebyggelse er at forebygge fald blandt risikopopulationen. Implementering af indsatsen påvirkes af risikopopulationens adfærd i forhold hertil (Winter & Nielsen, 2008).

Ibrugtagen af en borgers egne ressourcer i forbindelse med faldforebyggelse vurderes af informanterne at være en kompetence, som særligt ergoterapeuter besidder, som følgende citater kan vise:

“(...) sådan uddannelsen er lavet i Norge nu, så har en ergoterapeut meget mere fokus på patientens ressourcer.”

”Jeg tænker, at så længe man ikke har sygeplejerske som ikke er godt placeret i at tænke på patientens egne ressourcer, med fare for egen faggruppe, men det tænker jeg, jeg mener der er forskel, jeg tænker en ergoterapeut vil tænke anderledes på det.”

Ifølge informanterne er ergoterapeutens evne til identificering og anvendelse af borgerens egne ressourcer en vigtig faktor at medtænke. Denne evne er relevant, idet det er fremanalyseret, at sygeliggørelse er en potentiel utilsigtet konsekvens i forbindelse med det udviklede tiltag. Dette bliver italesat på følgende måder:

“Det er interessant, hvorvidt det er man bliver mere passiv når der kommer en hjem til dig og sagde du har dårlig balance ligesom og så etablerer en sandhed for sig selv ‘Jeg har så dårlig balance så jeg er nødt til at’. Er det kontrært, er det mod sig hensigt”

”(...) så mulighed for at opsøge fordi de selv ved hvilke faresignaler de har og så tænker jeg lidt på det i siger med mammografi, så er lidt mere skabsbelagt fordi det er forbundet med stor usikkerhed og også tanker om at du begynder at blive gammel, og det er det der er ligesom tabubelagt. Så det er ikke greit for 65 årige, så det er nok lidt vanskeligt at gribe ind på og det er der jeg tror også... Ergoterapeuterne, tabu og skamfølelsen bliver kortlagt på det. Som jeg tror jeg kan være en udfordring.”

Ud fra citaterne kan det fortolkes, at en faldforebyggende indsats, der igangsættes når borgeren er 65 år, kan lede til sygeliggørelse af borgeren. Idet det kan fortolkes som, at ergoterapeutens særlige faglige kompetencer anerkendes indenfor dette problemfelt, da denne faggruppe især har fokus på borgerens egne ressourcer, vurderes ergoterapeuten at være en stærk ressource i forhold til at imødekomme denne problematik i forbindelse med at være bevidst omkring, og søge at undgå, sygeliggørelse af borgeren.

Informanterne i fokusgruppen italesætter også muligheden for at opnå en faldforebyggende effekt via folkeoplysning. Dog kommenterer lægen dette med følgende udsagn:

“Ja, så er det måske et forebyggende tiltag, men det er igen også med friskhedselement og selvansvars-gøring. Det er en lang proces og det er ikke alle, det er ikke en hel population, som har ressourcegrundlaget til at tage ind informationer og processere det til handling. De forstår ikke konsekvensen af at være patient, men det er interessant, hvis nogen tror at man er egentlig ganske godt fit.”

Dette citat kan fortolkes som, at lægen vurderer, at folkeoplysning kan medføre en utilsigtet konsekvens i form af øget social ulighed i sundhed, idet ikke alle har samme forudsætninger for at tage vare på egen sundhed på baggrund af oplysninger. Manglende evne hertil kan hænge sammen med en lav social position, hvormed den sociale ulighed i sundhed er i risiko for at øges idet forebyggelse bygger på folkeoplysning (Diderichsen & Andersen, 2011; Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014).

En udfordring for implementering af det udviklede tiltag kan være manglende relevans for risikopopulationen eller manglende vilje i forhold til at modtage indsatsen (Winter & Nielsen, 2008). Relevansen for alle ældre over 65 år kan være udfordret, idet denne aldersgruppe er differentieret på funktionsniveau. Dette kommer til udtryk i fokusgruppeinterviewet og påpeges af flere informanter ved blandt andet følgende udsagn:

”Det om man vælger det som en måde at screene eller om man vælger andre måder også, når man er 65 det er muligt at andre kommuner har ulige opstarts niveau. Det er klart det er en måde at træffe alle på. Men det er klart at vi har 75 årige som løber maraton og det er klart at det er noget som gør det vanskeligt. Der er mange som kvier sig eller tænker ‘Nej det er ikke mig’, eller, så man må jo bare tænke det igennem og se på de ulige forudsætninger.”

Endvidere kan der være manglende motivation for deltagelse, hvilket informanterne forudser som et potentielt problem:

”Og jeg tager altid min mor som eksempel. Hun bliver 81. Havde hun fået besøg på døren for fem år siden så havde hun jo ikke synes noget specielt om det, jeg tror ikke hun alene om det.”

Manglende motivation fra risikopopulationens side vil selvsagt udgøre en barriere for implementering af systematisk faldforebyggelse. I så fald stiller dette krav til markarbejderne omkring borgerkontakt og skabelse af motivation for deltagelse hos borgeren, såfremt en faldforebyggende indsats er relevant for den givne borger. Den teoretiske og faglige tilgang til arbejdet med at øge motivationen kan, i tråd med udarbejdelse af de underliggende retningslinjer, udarbejdes af de enkelte fagprofessioner, da deres respektive viden herom og tilgangen hertil kan bære præg af den til grund liggende sundhedsfaglige uddannelse. Til at imødekomme en eventuelt manglende motivation har en af informanterne et løsningsforslag:

”Hvis indgangsporten er en ergoterapeut, og det ligger på samme niveau som mammografi-indkaldning, så tænker jeg at det har mere værdi at en fast læge, ved et besøg hos fast lægen, initierer en ergoterapeut, for jeg tænker patienter som udgangspunkt ikke vælger at gå til fast lægen, de vil... Jeg antager, eller, der er jo forskning som viser, at de er meget lidt modtagelig for tjenester faktisk. Altså i et

helsetjeneste perspektiv, så patienter som i udgangspunktet opsøger fastlægen er mere modtagelige for tjenester. Men når de ikke går til fast lægen så er de mindre modtagelige for tjenester og tilbud som staten og samfundet kan give.”

Dette citat kan fortolkes som, at den pågældende informant ikke vurderer at ergoterapeuten skal have det første møde med den potentielt faldtruede borger. Af citatet fremgår, at informanten vurderer, at borgere, som selv opsøger læge, er mere tilbøjelig til at følge lægens råd. Ifølge Søren Winter har borgeren ret til behandling, og hermed følger en forventet pligt til at følge op på denne behandling (Winter & Nielsen, 2008). Idet borgeren selv opsøger læge, er det muligt at borgeren er motiveret til at opfylde denne forventede pligt, hvilket vil have en effekt i forhold til resultatet af implementeringen. Hvis borgeren, der tilbydes den udviklede faldforebyggende indsats, er motiveret til at opfylde den forventede pligt, vil det have en positiv effekt på implementering og dermed også på effekten af indsatsen i form af reducere af fald. På den anden side kan det være problematisk at lade lægen være første led i den faldforebyggende indsats, som tidligere beskrevet. Dette både i forhold til det samfundsøkonomiske aspekt, og at lægen ikke besidder de samme faglige kompetencer i forbindelse med faldrisiko som en fysioterapeut eller ergoterapeut. Desuden kan det have den utilsigtede konsekvens, at de mest ressourcerstærke borgere i højere grad vil opsøge læge, hvis de oplever en faldproblematik, da borgere med højere social position i større grad opsøger sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tiltag, hvilket i så fald kan være med til at øge den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen & Andersen, 2011). Da der desuden er egenbetaling ved egen læge i Norge, fremstår denne potentielle problematik endnu mere relevant, da økonomiske ressourcer således bliver en barriere for de ressourcetsvage borgere. Opsummerende vil lægen som det første led i den faldforebyggende indsats formentlig have den utilsigtede konsekvens, at borgeren, som modtager indsatsen, vil være motiveret til at opfylde den forventede pligt i form af deltagelse i det faldforebyggende tiltag, og dette vil være positivt i forhold til både implementering og den endelige effekt. Dog kan der potentielt opstå en utilsigtede konsekvens, i form af øget social ulighed i sundhed.

Samlet set kan der i forhold til risikopopulationen opstå en utilsigtet konsekvens i form af sygeliggørelse af borgerne, idet de muligvis oplever sig selv som værende faldtruede idet indsatsen tilbydes, uden at borgeren nødvendigvis er det. Dette kan eventuelt søges imødekommet i form af facilitering af borgerens egne ressourcer ved hjælp af ergoterapeutens faglige kompetence til at opnå netop dette. Folkeoplysning som primær udgangspunkt for en faldforebyggende indsats kan, som tidligere beskrevet, tænkes at have øget social ulighed i sundhed som utilsigtet konsekvens, hvorfor denne tilgang alene ikke anbefales. Borgerens

relevans for modtagelse af/deltagelse i et systematisk faldforebyggende tiltag må sikres for at positivt påvirke både borgerens motivation og omkostningseffektiviteten af indsatsen. For at influere på motivationen hos den relevante risikopopulation, er det væsentligt for markarbejderne at have fokus herpå.

Udfordringer og styrker for implementering, jævnfør de fire aktører, vil blive behandlet yderligere i resultatdiskussionen og opsummeret i den endelige konklusion.

7. Diskussion

Diskussionen er opdelt således, at resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og fokusgruppeinterviewet diskuteres først, hvorefter metoden diskuteres i forhold til reliabilitet, validitet og generaliserbarhed, og derefter gives der en samlet vurdering af projektets kvalitet.

7.1 Diskussion af resultater

I følgende afsnit diskuteres resultaterne fremkommet af den systematiske litteratursøgning og fokusgruppeinterviewet.

7.1.1 Den udviklede systematiske faldforebyggelse

Den systematiske faldforebyggende indsats er udviklet på baggrund af den identificerede litteratur. Den identificerede litteratur har ikke været anvendelig i forhold til at beskrive, med hvilket interval screeningen af risiko for fald skal foregå. Risikoen for fald stiger med alderen (World Health Organization, 2007), hvorfor det er nødvendigt at screene den ældre borger i takt hermed. To scenarier bør overvejes i denne forbindelse; den ældre borger har mulighed for at vælge tilbuddet om en faldforebyggende indsats fra. I så fald må tilbuddet gives igen på et senere tidspunkt. Ligeledes kan den ældre borger vurderes ikke at være i risiko for fald på det tidspunkt screeningen finder sted. Dog kan denne risiko opstå over tid, hvorfor det også her er nødvendigt at tilbyde screening for faldrisiko igen på et senere tidspunkt. For at identificere et relevant interval, der både har økonomisk samt forebyggelsesmæssig relevans, er det nødvendigt at udføre yderligere forskning. Dette kunne ske ved hjælp af afdækning af eksisterende litteratur i form af et systematisk litteraturstudie med specifikt fokus herpå, da dette ikke har været primær fokus for den systematiske søgning udarbejdet til at kunne besvare forskningsspørgsmål 1. Yderligere kan det tilføjes, at den anlagte højrisikostrategi medfører, at der hvert år indtræder en ny risikopopulation som strategien må inkludere (Rose, 2001).

Borgeren, der modtager tilbud om systematisk faldforebyggelse, skal have mulighed for at fravælge deltagelse heri. Dette på baggrund af informanternes udtalelser og analyse af samme, der når frem til, at relevansen af indsatsen må være til stede for den enkelte borger. Fravælgelse af den systematiske faldforebyggelse kan ske ved hjælp af selvvurderet risiko for fald. For at identificere den mest valide metode til dette formål, er det ligeledes nødvendigt at afdække, hvorvidt et eksisterende valideret instrument kan anvendes til dette formål eller, hvorvidt et instrument må udvikles med tilhørende pilottestning, validering med mere. Det må medtages i overvejelserne herom, at et selvvurderet spørgeskema bidrager med visse validitetsmæssige udfordringer (Juul, 2015). Det kan blandt andet være en udfordring at udarbejde spørgsmål, som

forstås på samme måde både blandt de, der udfylder det, og blandt de, der har udarbejdet det (Olsen, 2006). Dette kan medføre, at der ikke undersøges det tilsigtede (Olsen, 2006). Ligeledes kan det være en udfordring at vurdere subjektive mål (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering, 2007) som eksempelvis kvaliteten af balance eller frygt for at falde.

Den udviklede faldforebyggende indsats, bestående af den organisatoriske model og screeningsredskabet, bygger udelukkende på eksisterende litteratur. Dermed er indsatsen udviklet uden hensyntagen til den specifikke kontekst, hvori den skal indgå. Dette selvom det er beskrevet, hvordan og hvorfor det er af implementeringsmæssig værdi at tilpasse en indsats i den givne kontekst, hvori den skal foregå. Der kunne på et tidligere tidspunkt inddrages specifik information omkring konteksten, for at tilpasse tiltaget førend, det var udarbejdet i sin færdige form. Eksempelvis via fokusgruppeinterview udelukkende omhandlende udvikling og videreudvikling af den faldforebyggende indsats, altså på et tidligere tidspunkt i processen end ved implementering af en færdigudviklet indsats, således at det udviklede tiltag, på samme vis som implementering, ville være tilpasset den konkrete kontekst her udgjort af Larvik kommune. Det kan tænkes, at dette kunne bidrage til bedre betingelser for implementering senere hen. I det den udviklede faldforebyggende indsats bygger på eksisterende litteratur, som ikke er kontekstafhængig, kan det dog åbne op for muligheden for, at den kan anvendes i tilpasset form i andre kontekster end Larvik kommune, hvilket vurderes at være en fordel såfremt behov for systematiske faldforebyggelse forekommer andet steds.

Der er ikke identificeret et screeningsredskab til at identificere faldrisiko tilsvarende det, der er udviklet i nærværende projekt. Der er dog ikke udført en specifik søgning herpå, hvorfor det ikke kan udelukkes, at et sådant eksisterer. Såfremt et sådant eksisterer og er valideret, kunne det med fordel have været anvendt som udgangspunkt for videreudvikling i nærværende projekt. Anvendte ressourcer til udvikling af screeningsredskabet kunne, i så fald, have været allokeret til andre områder af projektet.

Den identificerede risikopopulation for tiltaget, kvinder fra 65 år, bygger på eksisterende litteratur og er overensstemmende med risikopopulationen, der er identificeret i Larvik kommune ved hjælp af data vedrørende indlæggelse med hoftefraktur. At det i højere grad er kvinder over 65 år, i forhold til mænd over 65 år, der indlægges med hoftefraktur, kan skyldes osteoporose, da kvinder i højere grad end mænd lider heraf og derfor er i højere risiko for at opleve en fraktur ved fald (Flachs et al., 2015; Schulze & V. Schroeder, 2006). Det er dermed ikke muligt at udlede, på baggrund af litteratur eller data, hvorvidt der er flere kvinder end mænd der falder, blot at der er

flere kvinder end mænd der oplever hoftefraktur som konsekvens af et fald. Dette ligger til grund for, at den systematiske faldforebyggelse anbefales tilbudt til både mænd og kvinder fra 65 år, da det er ønskeligt at forebygge et fald uanset om dette leder til hoftefraktur eller ej. Dette da der, som beskrevet i problemanalysen, er andre konsekvenser af fald end hoftefraktur.

Der er i udviklingen af den systematiske faldforebyggelse taget højde for litteraturen, der peger på, at retningslinjer for det sundhedsfaglige arbejde efterleves i højere grad, såfremt disse er udarbejdet af fagpersonale inden for samme profession. Således er det muligt for fagprofessionelle selv at udvikle retningslinjer i forhold til anvendelse af specifikke test i screeningsprocessen og specifikke forebyggende tiltag rettet mod nedsættelse af risiko for fald. Det kan dog tænkes, at dette opleves som en stor arbejdsbyrde for Larvik kommune og de pågældende fagprofessionelle, hvorfor implementeringen af, og det videre arbejde med den systematiske faldforebyggelse, kan begrænses heraf. Det er ikke et færdigt produkt, klar til at tage i brug, men kræver en videreudvikling af de enkelte trin i processen, hvilket kan tænkes at opleves både som en fordel og en udfordring. En fordel, da det er beskrevet, hvorledes retningslinjer følges i højere grad, såfremt de udvikles af relevant fagperson, og da det giver mulighed for at anvende de i forvejen eksisterende tiltag i den systematiske faldforebyggelse som tænkeligt kan lette implementeringsprocessen. En udfordring, fordi det kræver tid og ressourcer at videreudvikle indsatsen, hvilke skal frigives til nævnte formål.

7.1.2 Udvikling og forandring organisation

For at opretholde en systematisk tilgang til arbejdet med faldforebyggelse er der, som beskrevet, udviklet et screeningsredskab der tager udgangspunkt i, at alle borgere fra 65 år modtager tilbud om besøg af ergoterapeut i eget hjem som første trin i den faldforebyggende proces. I fokusgruppeinterviewet stillede informanterne sig kritisk overfor denne indgangsvinkel. I stedet blev anmodning om rollator, tryghedsalarm, besøg ved lægen vedrørende fald, pårørende og hjemmeplejen diskuteret som mulige igangsættende enheder for screeningen. Det er relevante overvejelser, idet det fra forfatterens side anerkendes, at ikke alle borgere fra 65 år har brug for en faldforebyggende indsats. Dog er formålet med det udviklede redskab at opspore faldtruede borgere forud for det første fald, dermed betegnende indsatsen som primær forebyggelse. Det vurderes også, at mange forskellige enheder til igangsætning af screeningsprocessen vil begrænse systematikken og ligeledes en del af det potentiale, som den primære forebyggelse indeholder. Som beskrevet i problemanalysen, sker fald som konsekvens af flere indbyrdes forbundne og komplekse årsager (World Health Organization, 2007). For at vurdere risikofaktorer i forhold til alle disse årsager og deres indbyrdes forhold, og således systematisere arbejdet med

faldforebyggelse, vurderes det ikke tilstrækkeligt, at lade eksempelvis pårørende og/eller anmodning om rollator være første led i forhold til igangsætning af screeningsprocessen. Det vurderes fortsat, at et tilbud om besøg i eget hjem af ergoterapeut med henblik på screening af risikofaktorer for fald, systematisk leveret til alle borgere fra 65 år, i større grad vil reducere antallet af fald - både første fald og gentagne fald. Dette set i lyset af, at litteraturen identificerer hjemmebesøg, udført af en ergoterapeut, som effektivt i forhold til at reducere antallet af fald (Chang et al., 2004; Chase et al., 2012; Costello & Edelstein, 2008). Dog er det vigtigt, at der eksisterer motivation hos de sundhedsprofessionelle, herunder både ledelse og medarbejdere, som skal implementere og arbejde med den systematiske faldforebyggelse (Winter & Nielsen, 2008). Hvis motivationen herfor mindskes, idet det ikke opleves som relevant at tilbyde alle borgere fra 65 år det udviklende tiltag, kan det være relevant at nærmere afgrænse risikopopulationen. Til dette formål kan der tages udgangspunkt i informanternes forslag i fokusgruppeinterviewet om, at blandt andet en anmodning om rollator kan udløse et tilbud om screening af faldrisiko. I så fald er det muligt at både systematikken og det primære forebyggende aspekt, træder i baggrunden til fordel for egentlig behandling, da det må formodes at en borger befinder sig senere på tidslinjen fra ikke-faldtruet til egentlig fald. Det vides ikke, hvorvidt øget motivation blandt de sundhedsprofessionelle vil være til stede ved en nærmere afgrænset risikopopulation, og at denne øgede motivation kan opveje for en lavere grad af systematik og behandling på bekostning af forebyggelse, men det er en mulighed.

Det udviklede screeningsredskab til systematisk faldforebyggelse vil for organisatoriske forhold betyde, at der i arbejdet med faldforebyggelse skal ske visse forandringer, blandt andet omhandlende henvisningsprocedurer. Dette gælder også i Larvik kommune, fordi det på baggrund af resultater fra fokusgruppeinterviewet blandt andet er fremanalyseret, at strukturen i Larvik kommune med fordel kan systematiseres, således at rammerne for medarbejderne fremgår tydeligere. En organisatorisk forandring, der tydeliggør de strukturelle forhold for arbejdet med systematisk faldforebyggelse, er således relevant i denne kontekst. Et konkret underbyggende tiltag af en sådan forandring kan være udbredelsen af anvendelse af retningslinjer. Dette er yderligere relevant i Larvik kommune, da det ligeledes er fremanalyseret, at der ikke er sikkerhed for, hvorvidt retningslinjer anvendes. Anvendelse af retningslinjer kan tænkeligt lette arbejdsgangen såvel som implementeringsprocessen. En organisations struktur er forbundet med og afhængig af organisationens kultur (Jacobsen & Thorsvik, 2014), hvorfor der til dette formål kan anvendes teoretisk viden vedrørende kulturelle forhold i organisatorisk forstand til at oprette en stærkere organisatorisk kultur. Der er ikke udført en konkret analyse af de kulturelle forhold i Larvik kommune, hvorfor denne anbefaling beror på forfatterens fortolkning af et udsnit af den egentlige

organisatoriske kultur i Larvik kommune, analyseret på baggrund af data produceret af informanterne i fokusgruppeinterviewet. En stærk kultur kan bidrage til styring i retning af frivillig meningskorrektion i overensstemmelse med den formelle struktur, som er et udtryk for blandt andet ledelsens mål og strategier for organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dermed vil en styrkelse af kulturen i Larvik kommune kunne bidrage til en stærkere formel struktur og systematisering af denne. Endvidere kan en stærk organisatorisk kultur bidrage til forbedring af tillid i organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Netop mangel på tillid er fremanalyseret som en mulig barriere for implementering af det udviklede screeningsredskab til systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune. En stærk kultur kan medføre øget tillid mellem ansatte i forskellige enheder og mellem ledere og medarbejdere, da en stærk kultur bidrager til ensretning af normer og værdier, ligesom det giver ledelsen mulighed for at holdningskorrigere medarbejderne i retning af organisationens holdning (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette er fordelagtigt, da det udviklede redskab fordrer tværfagligt samarbejde, hvor stærk tillid mellem professionerne er ønskværdigt. Implementeringen forbedres ligeledes også ved en stærk kultur (Winter & Nielsen, 2008). Endvidere kan et stærkt tillidsforhold minimere behovet for administrative opgaver i form af kontrol, hvilket vil medføre lavere ressourcetræk hertil (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Besparelse af ressourcer kan medføre, at disse bliver frigjort til anvendelighed for de strukturelle forhold, der skal understøtte det tværfaglige samarbejde, herunder tid, mødepladser og dokumentation, ligesom det kan være medvirkende til at øge omkostningseffektiviteten. Strukturelle forhold omgivende tværfagligt samarbejde er i fokusgruppeinterviewet identificeret som en udfordring for netop dette samarbejde og udgør dermed en barriere for implementering af det udviklede systematiske faldforebyggende tiltag. Hvis der dog opstår en stærk kulturel retning, som ikke følger ledelsen, en subkultur, kan det have den modsatte effekt i form af øget mistillid fra ledelsens side til medarbejdere og modsat (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Det bliver en ledelsesmæssig opgave at søge at styrke kulturen i ønskede retning for at undgå en u hensigtsmæssig subkultur, hvilket udgør en udfordring for ledelsen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Der synes at være flere fordele at drage af at arbejde på en styrkelse af kulturen internt i den organisation som Larvik kommune udgør, såfremt det kulturelle indblik, fremkommet i fokusgruppeinterviewet, repræsenterer den generelle kultur i Larvik kommune. Styrkelse af den organisatoriske kultur udgør dog også en udfordrende arbejdsopgave, som stiller store krav til ledelsen.

Organisationskultur, til forskel fra -struktur, er ikke fysisk manifesteret eksempelvis ved hjælp af målsætninger og ansættelseskontrakter med videre (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Det er derfor ikke muligt at definere en specifik organisationskultur, hvorfor en ændring af samme kan være

svær at gennemføre (Jacobsen & Thorsvik, 2014). En ændring af organisationskulturen kan ske over tid ved hjælp af ændring af den enkelte medarbejders normer og værdier og på denne vis holdningskorrigerer medarbejderen i retning af ledelsens holdning, hvilket er en tidskrævende proces, der indebærer en udformning af tilsvarende normer og værdier blandt medarbejderne og organisationen. Således er arbejdet med at ændre og styrke en organisationskultur både kompleks og langsigtet. Dette kan betyde, at implementeringen af det udviklede tiltag til systematisk faldforebyggelse kan blive en lang proces, da en kulturændring er en omfattende og langvarig opgave. For at arbejde med en potentiel kulturændring, uden at udskyde en eventuel implementering af det udviklede faldforebyggende tiltag, kan det overvejes, hvorvidt disse to elementer bedst kan udføres samtidig. På den anden side kan det overvejes, om fokus på kulturændring først og dernæst implementering af det udviklede tiltag, i sidste ende er bedre givet ud. Såfremt kulturen i Larvik kommune består som nuværende, vides det ikke om dette kan udgøre udfordringer for implementering af den udviklede indsats, og om indsatsen i så fald lykkes med at opnå en faldforebyggende effekt.

Lykkes det at ændre kulturen i ønskede retning, vil dette medføre frigivelse af ressourcer, blandt andet grundet mindre behov for dokumentation, hvorfor denne proces kan medføre omkostningseffektivitet (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Flere af informanterne påpeger vigtigheden af, at det nye faldforebyggende tiltag skal være omkostningseffektivt. Der vil være omkostninger forbundet med opstarten af screeningsprocessen i form af ansættelse og oplæring af nye ergoterapeuter, som skal varetage denne nye funktion. Herudover vil der primært være tale om omstruktureringer og effektivisering i resten af organisationen, som der vil være minimale monetære omkostninger forbundet med. Larvik kommune har på nuværende tidspunkt flere tilbud i forhold til faldforebyggelse, som i systematiseret form kan anvendes i det udviklede tiltag. Idet det primære formål med den systematiske faldforebyggelse er at forebygge at fald opstår, og dermed forebygge blandt andet hoftefraktur, vil Larvik kommune opnå en besparelse blandt andet i form af nedsat kommunal medfinansiering af patienter indlagt med følger af fald og frigjorte pladser på plejehjem. Dette på baggrund af forpligtelse i form af kommunal medfinansiering, når deres borgere indlægges (Ørstavik et al., 2015), og at flere ældre, efter oplevet hoftefraktur, har behov for at flytte på plejehjem (Meyer & Søgaard, 2016). Omkostningseffektiviteten af forebyggelse frem for behandling understøttes ligeledes af flere kilder, som påpeger, at forebyggelse er omkostningseffektiv sammenlignet med behandling (Cohen, Neumann, & Weinstein, 2008; Owen et al., 2011). De indledningsvise ressourcer forbundet med indsatsen, skal ledelsen være villige til at anvende i udsigten til at den systematiske faldforebyggelse i sidste ende vil være omkostningseffektiv ved optimal implementering og fastholdelse af indsatsen. Såfremt

optimal implementering ikke opnås, er det muligt at omkostningerne, forbundet med den udviklede indsats, overstiger de positive effekter heraf, hvorfor omkostningseffektivitet da ikke med sikkerhed opnås. I forbindelse med implementering, og dermed forandringen, skal det vurderes om indsatsen har den tilsigtede effekt (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering, 2007). Det er relevant at anvende et specifikt parameter for måling af effekten af indsatsen efter implementering heraf (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering, 2007). Således bliver det muligt at vurdere effekten af indsatsen og undersøge, om denne står mål med de hermed forbundne omkostninger. Til dette formål anvendes i eksisterende litteratur antal fald samt faldrate (Chang et al., 2004; Chase et al., 2012; Michael et al., 2010; Neyens et al., 2011). Det vurderes relevant at anvende disse to overordnede effektmål fremadrettet. En afledt effekt heraf, vil ligeledes være en reducere af antallet af hoftefrakturer. Dertil kommer borgernes såvel som de sundhedsprofessionelles tilfredshed med indsatsen.

7.1.3 Udvikling og forandring ledelse

Ledelsen udgør en betydningsfuld rolle i en beslutnings- og implementeringsproces (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Winter & Nielsen, 2008). De beslutninger ledelsen vedtager sender et tydeligt signal til hele organisationen herunder markarbejderne (Francke et al., 2008; Jacobsen & Thorsvik, 2014). For at implementere den udviklede indsats til systematisk faldforebyggelse optimalt i Larvik kommune, har ledelsen dermed en afgørende rolle. Som det fremgår af fokusgruppeinterviewet, oplever flere informanter, at andre arbejdsområder end faldforebyggelse prioriteres i Larvik kommune. Såfremt faldforebyggelse ikke i tilstrækkelig grad prioriteres, vil det være en fordel, at ledelsen prioriterer det nye tiltag i form af systematisk faldforebyggelse, både hvad angår tid og ressourcer. Såfremt ledelsen indvilliger i at påtage sig de nødvendige omkostninger i forbindelse med opstart af et nyt tiltag – såsom administrative opgaver der skal understøtte, at det implementeres og udføres tilstrækkeligt - vil det da sende et tydeligt signal til markarbejderne omkring prioriteringen af systematisk arbejde med faldforebyggelse. Larvik kommunes officielle strategi omhandler blandt andet nedbringelse af antallet af hoftefrakturer (Larvik Kommune, 2015). Af denne årsag kan det udviklede tiltag anses som attraktivt i forhold til at opnå dette mål, da individualiseret multifaktoriel intervention har størst effekt i forhold til at nedbringe antal fald (Chang et al., 2004; Chase et al., 2012; Costello & Edelstein, 2008; Neyens et al., 2011). Såfremt ledelsen i Larvik kommune finder det faldforebyggende tiltag fordelagtigt, vil ledelsen kunne påvirke markarbejderne i samme ønskede retning. Søren Winter beskriver, at ledelsen kan forbedre forholdene for implementering ved at forsøge at holdningskorrigere markarbejderne i retning af ledelsens holdning med henblik på at varetage implementering af nye tiltag bedst muligt (Winter & Nielsen, 2008). Hvis ledelsen vurderer, at det udviklede tiltag er attraktivt, vil dette påvirke

markarbejderne i retning af samme holdning. Informanterne i fokusgruppen udviser visse forbehold i forhold til den udviklede indsats, hvilket kan udgøre en implementeringsmæssig udfordring i forhold til manglende ledelsesmæssig opbakning til den faldforebyggende indsats. Hvis den ledelsesmæssige opbakning ikke er til stede, og faldforebyggelse ikke opnår en tilstrækkelig prioritering, vil markarbejderne ligeledes nedprioritere arbejdet hermed, hvilket yderligere vil begrænse implementeringen af tiltaget. Andre tiltag end faldforebyggelse kræver tid og ressourcer i Larvik kommune, hvorfor det kan være en udfordring at identificere områder, der må prioriteres/nedprioriteres til fordel for andre. Det er muligt, at relevante ledere i Larvik kommune vurderer, at andre sundhedsmæssige arbejdsopgaver må prioriteres fremfor faldforebyggelse.

Som det er fremanalyseret på baggrund af resultater fra fokusgruppeinterviewet, opleves der manglende tillid fra ledelsen til de faglige kompetencer blandt markarbejderne. Som allerede nævnt vil en forstærkning af den organisatoriske kultur bidrage til øget tillid fra ledelsens side til markarbejderne (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Det er derfor relevant at udforske muligheder for at forstærke kulturen i forhold til at forbedre de implementeringsmæssige forhold, når nye tiltag, såsom systematisk faldforebyggelse, skal iværksættes. En mulighed kunne være at forstærke de rammer, som markarbejderne arbejder indenfor. Tydelige rammer kan bidrage til at skabe tillid fra ledelsen til markarbejderne og vished omkring det arbejde, der skal udføres af sidstnævnte (Francke et al., 2008; Jacobsen & Thorsvik, 2014; Winter & Nielsen, 2008). Skabelse af tydelige og trygge rammer kan blandt andet ske via retningslinjer (Francke et al., 2008). Af fokusgruppeinterviewet fremgår det, at der eksisterer uenighed i forhold til, hvordan kommunikation skal foregå blandt andet omkring indførelse af nye retningslinjer. En systematisering af kommunikationsvejene i Larvik kommune kan muligvis være en bidragende faktor til øget anvendelse af retningslinjer blandt markarbejderne. Dette kan tænkes at øge markarbejdernes adgang til nye informationer. Ud over, hvordan det kommunikeres ud, kan det systematiske arbejde med retningslinjer i Larvik kommune potentielt være udfordret af, at såvel ledelsen som markarbejdere gør som de *“plejer at gøre”*, som det beskrives af en informant under fokusgruppeinterviewet. Hvis ledere og markarbejdere udelukkende handler efter egen vilje, uden hensyntagen til de arbejdsmæssige rammer, kan det medføre manglende efterfølgelse af retningslinjerne (Francke et al., 2008). Efterlevelse af retningslinjer er i særdeleshed en udfordring for implementering af nye tiltag (Francke et al., 2008; Winter & Nielsen, 2008). Hvis der er manglende vilje til at efterfølge retningslinjer, kan der være et forestående arbejde for Larvik kommune i forhold til at skabe en kultur, hvor retningslinjer ibrugtages og fastholdes. Ledelsens rolle i forhold til skabelse af en sådan kultur er i særdeleshed vigtig af de nævnte årsager; skabelse af rammerne for det arbejde der skal udføres samt meningskorrigerende af

markarbejderne. Dog er det vigtigt at have fokus på balancen mellem tillid til markarbejderne og den nødvendige rammesætning for samme. Rammesætningen skal skabe tryghed i det arbejde der udføres (Francke et al., 2008; Winter & Nielsen, 2008), uden at fratage markarbejderen evnen til kritisk og faglig refleksion. Tillid skal øge faglig ansvar samt motivation hos markarbejderen uden at ledelsen mister indblik i det udførte arbejde (Jacobsen & Thorsvik, 2014). At skabe balancen mellem efterlevelse af retningslinjer og faglig ansvarliggørelse består som en organisatorisk udfordring.

7.1.4 Udvikling og forandring markarbejdere

Det udviklede screeningsredskab til systematisk faldforebyggelse fordrer ibrugtagen af forskellige faggruppers kompetencer. Det er dermed nødvendigt at arbejde tværfagligt. Der er i Larvik kommune en positiv forståelse af samarbejde på tværs af professioner, ligesom der på nuværende tidspunkt bliver draget nytte af at kunne supplere hinanden fagligt. Dog synes det tværfaglige samarbejde, på baggrund af informanternes udtalelser, udfordret af mangel på strukturelle ressourcer, herunder tid og fysiske rammer. Der er indledningsvist i resultatdiskussionen beskrevet, hvorledes øget tillid fra ledelsens side kan frigive ressourcer, hvilket i givet fald kunne allokere til strukturelle forhold omgivende det tværfaglige samarbejde - for således at optimere betingelserne herfor. Optimering af disse betingelser vurderes at virke styrkende i forhold til implementering af det udviklede tiltag. Søren Winter beskriver, hvorledes netop strukturelle forhold må være hensigtsmæssige for at understøtte implementering af nye tiltag (Winter & Nielsen, 2008).

I fokusgruppeinterviewet er fremanalyseret, at markarbejderne handler efter, hvad der føles trygt og ikke altid følger retningslinjer, men i stedet gør, hvad de selv føler rigtigt. Manglende efterlevelse af retningslinjer beskrives som værende en barriere for implementering af nye tiltag (Francke et al., 2008; Winter & Nielsen, 2008). Det er således vigtigt, at der bliver skabt struktur og systematik omkring anvendelsen af retningslinjer blandt markarbejderne, ligesom kommunikationen af samme skal struktureres og systematiseres. Dette skal skabe bedre forhold for implementeringsprocessen af det udviklede tiltag. Desuden skal det skabe de nødvendige rammer for markarbejderne i forhold til udførelsen af deres arbejde, hvilket vil bidrage til at øge tilliden fra ledelsens side til markarbejderne, der har kendskab til retningslinjerne og således er vidende omkring arbejdet der udføres. Ligeledes skal dette skabe tryghed for markarbejderne, så den tryghed, der tidligere har medført handling består, blot med handling på baggrund af retningslinjer til følge. Dette set i lyset af, at det er fremanalyseret på baggrund af resultater fra fokusgruppeinterviewet, at medarbejdere i Larvik kommune handler efter hvad der føles trygt. På

den anden side kan markarbejdernes selvstændighed være en styrke i forhold til bevarelse af faglig refleksion og ansvarstagen, og denne evne er vigtig at bevare, når nye tiltag skal implementeres for at beholde faglig kvalitet i det udførte arbejde. Der skal således skabes nødvendige rammer for arbejdet, der skal udføres og som samtidig faciliterer selvstændig faglig refleksion. Endnu engang fremstår ledelsen som et område for forandring, da ledelsen, som netop beskrevet, udgør en vigtig faktor i forhold til at skabe de optimale betingelser for markarbejderne. På baggrund af disse betingelser skabes rammer, der tænkeligt opfordrer til engagement hos markarbejderne, som ligeledes er en vigtig aktør i forbindelse med opnåelse af optimal implementering af den systematiske faldforebyggelse.

7.1.5 Udvikling og forandring risikopopulation

Risikopopulationen for det udviklede tiltag har ligeledes en afgørende rolle for, hvorvidt implementeringen sker som ønsket (Winter & Nielsen, 2008). Det er derfor afgørende, at screeningsredskabet fremstår relevant og kan motivere de borgere, der har gavn heraf. Hvis ikke dette er tilfældet, vil motivationen for at udføre den forventningsmæssige pligt, jævnfør Søren Winter, ikke være til stede (Winter & Nielsen, 2008). Der er blandt informanterne differentierede holdninger til, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at tilbyde tiltaget til alle borgere fra 65 år. Dette med betragtninger vedrørende netop relevans og motivation. Som det omtales i fokusgruppeinterviewet, er der stor forskel på funktionsniveauet blandt ældre i Norge, hvorfor ikke alle fra 65 år har behov for et faldforebyggende tiltag. Borgere, for hvem tiltaget ikke har relevans, skal på baggrund af informanternes betragtninger have mulighed for ikke at deltage i en faldforebyggende indsats. Til grund for skæringspunktet på 65 år ligger den identificerede litteratur samt teoretiske overvejelser: Den identificerede litteratur i projektet peger på 65 år som et relevant alderstrin for påbegyndelse af en faldforebyggende indsats (Chang et al., 2004; Chase et al., 2012; Costello & Edelstein, 2008; Michael et al., 2010; Neyens et al., 2011). Da der ønskes at arbejde med primær forebyggelse, herunder forebyggelse af det første fald, vurderes det ligeledes, på en teoretisk baggrund, at 65 år er en passende aldersgrænse. Forebyggelsen kan da ellers få karakter af sekundær/tertiær forebyggelse, hvilket ikke er udgangspunktet for og formålet med den udviklede indsats. For nogle borgere fra 65 år vil dette yderligere betyde, at indsatsen får en sundhedsfremmende karakter og bidrager til øget sundhed i kombination med forebyggelse af fald. Sundhedsfremmende tiltag kan ansues som en proces, hvori det søges at opnå ønskværdige tilstande i forhold til forebyggelse, og hvor det søges at undgå uønskværdige tilstande (Sundhedsstyrelsen, 2005). Dette vurderes at kunne få en positiv utilsigtet konsekvens, der kan gavne den samlede sundhed blandt risikopopulationen.

For de borgere fra 65 år, hvor funktionsniveauet er højt og en faldforebyggende indsats ikke er relevant, kan det være en mulighed at tilføje alternativet at fravælge tilbuddet herom. Derfor er der, på baggrund af fremanalyserede resultater og ud fra data skabt af fokusgruppeinterviewet, valgt at tilføje muligheden for at fravælge tilbuddet om at få en ergoterapeut ud i eget hjem. Dette kunne eventuelt foregå ved hjælp af et vedlagt skema i brevet, hvori borgeren kan vurdere egne risikofaktorer for fald. Såfremt disse vurderes at angive en tilstrækkelig lav risiko for fald, kan det da være en mulighed for borgeren at tage kontakt til kommunen med henblik på fravalg af besøg af en ergoterapeut og efterfølgende faldforebyggende indsats. Således foretages vurderingen i første omgang af borgeren selv og dernæst i samråd med den kommunale kontakt, hvilket tænkes at kunne foregå telefonisk, idet borgeren tager kontakt til kommunen med henblik på at fravælge tilbuddet. Muligheden for at fravælge tilbuddet om screening forefindes også i andre screeningstilbud, herunder tilbud om mammografi (Sundhedsstyrelsen & Komiteen for Sundhedsoplysning, 2013), hvorfor det vurderes, at mulighed for fravælgelse af screening kan tilføjes. Der er ikke identificeret litteratur, der understøtter denne mulighed for at fravælge tilbuddet om en faldforebyggende indsats. Muligheden er inkluderet i et forsøg på tilpasning til den konkrete kontekst værende Larvik kommune, idet der i fokusgruppeinterviewet er udtrykt behov herfor. Hvordan denne mulighed påvirker effekten vides dog ikke, men en potentiel utilsigtet konsekvens heraf kan være nedsat reduktion af antal fald og hoftefrakturer, såfremt tilbuddet fravælges af borgere, der reelt er faldtruede. Der kan med fordel udføres et pilotstudie af den udviklede faldforebyggende indsats, der blandt andet kan sammenligne effekten af indsatsen på baggrund af, hvorvidt muligheden for fravælgelse af screening for faldforebyggelse er til stede eller ej. Borgeren vil efterfølgende fravælgelse forblive i risikopopulationen for fald og modtage tilbuddet om en faldforebyggende indsats igen på et senere tidspunkt. Ud fra en betragtning vedrørende respekt for borgerens ret til autonomi vil retten til fravælgelse af tilbuddet være hensigtsmæssig. På den anden side kan det anskues i et paternalistisk perspektiv, hvori det er for borgerens eget bedste at modtage screeningen for faldrisiko, hvorfor der kan argumenteres for, at retten til at fravælge tilbuddet ikke skal være til stede. Retten til at fravælge tilbuddet om faldforebyggelse udgør en risiko for en øgning af social ulighed i sundhed, såfremt borgere med lavere social status i højere grad fravælger tilbuddet end borgere med højere social status. Lavere social status medfører i højere grad fravalg af visse sundhedsydelse, herunder sygdomsforebyggende tiltag, hvilket øger den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen & Andersen, 2011). Til trods for forskellige etiske perspektiver vedrørende mulighed for fravælgelse af tilbuddet om screening for risikofaktorer for fald, vurderes det, at denne mulighed for fravælgelse må være til stede, såfremt indsatsen implementeres i Larvik kommune. Denne vurdering er foretaget for at tilpasse indsatsen til den konkrete kontekst, hvori den tænkes implementeret.

Komorbiditet er udpeget som faktor der kan begrænse implementeringen negativt (Francke et al., 2008). Dette kan muligt udgøre en udfordring for implementering af det udviklede tiltag til systematisk faldforebyggelse, idet risikopopulationen udgøres af ældre fra 65 år. Af denne population lever mellem 40 % og 66 % med flere kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2014). Dog er det, ikke mindst netop på grund heraf, fortsat vigtigt at udvikle og tilbyde sygdomsforebyggende tiltag til denne population, dette for at undgå at de ældre skal leve med endnu flere sygdomme.

En potentiel utilsigtet konsekvens af den systematiske faldforebyggelse kan være stigmatisering af risikopopulationen. Stigmatisering af risikopopulationen udgør således et potentielt problem af etisk karakter. Risikopopulationen, ældre fra 65 år, bliver i nogle sammenhænge omtalt som ældrebyrden, da der med denne population følger mange omkostninger for samfundet og sundhedssystemet især (Sundhedsstyrelsen, 1999). Denne retorik stigmatiserer i forvejen risikopopulationen, og der eksisterer en opfattelse af, at denne gruppe er relativt dyrere for samfundet end andre grupper (Sundhedsstyrelsen, 1999). Det er muligt, at et nyt tiltag rettet mod denne population, øger den verserende diskurs herom og således stigmatiserer samme. Modsat er det, ligeledes af etiske årsager, at der netop udarbejdes tiltag og allokeres ressourcer til denne population, da populationen har behov for forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Ved fravær af sådanne tiltag vil risikopopulationen blot udgøre en endnu større omkostning for samfundet, ligesom det enkelte individ vil være dårligere stillet i forhold til sundhed. Sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tiltag til ældre fra 65 år kan dermed ikke undværes, til trods for potentiel stigmatisering og yderligere omkostninger forbundet med netop denne population, da tiltag til ældre er nødvendige både for samfundet såvel som for individet.

For borgere, hvor tiltaget er relevant, men hvor manglende motivation stadig er en faktor, bliver det en opgave for markarbejderne at anvende deres faglige kompetencer til at skabe den nødvendige motivation hos disse borgere. Dette blandt andet da manglende motivation hos risikopopulationen er en barriere for implementering (Winter & Nielsen, 2008). Her er ergoterapeuten identificeret i fokusgruppeinterviewet som værende en kompetent fagperson i forhold til at anvende borgerens egne ressourcer i forhold til at deltage i sundhedsfremmende tiltag, som på den vis søger at minimere eventuel passivisering og sygeliggørelse ved at lægge vægt på borgerens egne kompetencer. Desuden er der i den systematiske litteratursøgning fundet, at ergoterapeuter øger patienternes efterlevelse i forbindelse med faldforebyggende tiltag (Chase et al., 2012; Costello & Edelstein, 2008). Det vurderes derfor stadig relevant at lade ergoterapeuten varetage første trin i

screeningsprocessen for at undgå sygeliggørelse samt passivisering, og samtidig søge at øge borgerens motivation for at indgå i den faldforebyggende indsats. Yderligere vurderes det, at sygeliggørelse til dels kan mindskes ved netop at lade første møde i forbindelse med den faldforebyggende indsats foregå i borgerens eget hjem. Således sker mødet udenfor kliniske rammer. Ville første møde foregå i kliniske rammer, er det muligt at borgeren i højere grad oplever egen rolle som værende en patient, end ved at lade mødet foregå i borgerens eget hjem.

7.2 Diskussion af metode

I følgende afsnit diskuteres indledningsvis fravalg af design og statistisk analyse, hvorefter de anvendte metoder i projektet diskuteres. Metoderne diskuteres i den rækkefølge, som de optræder i projektet. Først diskuteres den systematiske litteratursøgning og herefter fokusgruppeinterviewet. Slutteligt udføres en sammenfatning i forhold til projektets kvalitet.

Fravalg af design

Et forskningsdesign er en overordnet måde til tilrettelæggelse af en given undersøgelse (Launsø et al., 2015). Nærværende projekt synes dog ikke at passe ind i et sæt overordnede rammer, hvorfor det er fravalgt at arbejde indenfor et givent design. Dette har tilladt forskningsspørgsmålene at være styrende for de anvendte metoder uden skelnen til, hvilke metoder der traditionelt hører til respektive designs. Dog har det ikke været uden overvejelser, at dette valg er truffet. At anvende et design kan medvirke til opretholdelse af stringens i en undersøgelse (Launsø et al., 2015), hvorfor det er forsøgt at holde særligt fokus på at bevare stringens til trods for fravalg af design. Forfatterne vurderer, at valget har været givtigt, idet de anvendte metoder er relevante for forskningsspørgsmålene, dog kan det have været på bekostning af metodologisk stringens.

7.2.1 Statistisk analyse

Datasættet indeholder informationer om patienter indlagt med hoftefraktur. At der i data kun er patienter indlagt med hoftefraktur kan potentielt give anledning til selektionsbias, såfremt data analyseres som var det patienter indlagt grundet fald, hvilket ikke er tilfældet. Desuden kan hoftefraktur opstå på anden vis end ved fald, dog formodes det at de fleste patienter i datasættet har pådraget sig hoftefraktur grundet fald, da de fleste i datasættet har en høj alder. Dette grundet at risiko for hoftefraktur på grund af fald er stigende med høj alder (World Health Organization, 2007). At hoftefraktur kan opstå på anden vis end ved fald kan være med til at forklare, hvorfor mændene i datasættet oplever hoftefraktur tidligere i livet end kvinderne, fordi mændene eventuelt kan have pådraget sig en hoftefraktur af anden årsag end fald. At mænd oplever hoftefraktur tidligere i livet kan være på grund af, at mænd i højere grad end kvinder er udsat for ulykker, der

kan medføre fraktur (Støver & Håndlykken, 2016). Den identificerede risikopopulation for faldrisiko er kvinder fra 65 år. Populationen er identificeret på baggrund af den identificerede litteratur og data omhandlende hoftefraktur. Det er muligt, at osteoporose er medvirkende til, at flere kvinder end mænd oplever en hoftefraktur, hvorfor fordelingen af hoftefraktur blandt køn ikke nødvendigvis modsvarer fordelingen af fald blandt køn.

Som det fremgår af afsnit 2.3.1 Identificering af risikopopulationen i Larvik kommune, er der missing i analysen omhandlende udskrivningssted. Missing data svarer til 9 % og formodes ikke at være dobbeltskæv. Ved dobbeltskævhed relaterer missing sig både til outcome og eksponering og kan føre til selektionsbias, hvis andelen af missing er af en anseelig størrelse (Juul, 2015). Af denne årsag vurderes missing data i analysen ikke at have betydning i forhold til selektionsbias.

7.2.2 Systematisk litteratursøgning

I den systematiske litteratursøgning er det valgt at søge i databaserne Cochrane og PubMed. Hvis der var blevet søgt i andre/flere databaser, kan det ikke udelukkes, at dette kunne have bidraget med flere reviews og metaanalyser omhandlende multifaktoriel faldforebyggelse hos ældre. I så fald kunne dette have en indflydelse på projektets resultater og dermed eventuelt ændre nogle aspekter af den udviklede systematiske faldforebyggende indsats. Eftersom der dog er identificeret nyere litteratur i form af opdaterede reviews indeholdende mange studier, vurderes det ikke at have indflydelse på projektets endelige resultat. I søgningen er der udelukkende søgt på kontrollerede emneord i de første tre facetter, dette for at få så præcis en søgning som muligt og med mindst muligt støj. Det er muligt, at søgningerne havde bidraget med flere relevante studier, hvis disse var kombineret med fritekstsøgninger. Ud over at fritekstsøgninger muligvis kunne have bidraget med flere relevante studier, kunne de ligeledes have identificeret studier, som endnu ikke er indekseret under kontrollerede emneord. Dog er der søgt i databaser som hyppigt indekserer, hvorfor det ikke vurderes at fritekstsøgninger i de første tre facetter ville have den store indflydelse på resultaterne. Den sidste facet er udelukkende opbygget af synonyme fritekstord. Det havde været fordelagtigt, hvis det havde været muligt at identificere et passende kontrolleret emneord for den sidste facet, for på denne måde yderligere at minimere støj i søgningerne, dog var dette ikke muligt.

Det vurderes, at reproducerbarheden af den systematiske litteratursøgning er høj, da søgningerne er dokumenteret i bilag 4, således at det er muligt at gentage søgningerne. Udvælgelsen af relevante studier bygger på en subjektiv udvælgelse ud fra de opstillede in- og eksklusionskriterier, hvilket kan være en udfordring i forhold til reproducerbarheden. Dette er forsøgt imødekommet ved at opstille tydelige in- og eksklusionskriterier, således det vil være muligt at foretage udvælgelsen

af studier på samme måde som forfatterne. Et af de opstillede inklusionskriterier er, at studierne skal være review/metaanalyse, dette for at identificere litteratur, der befinder sig højt i evidenshierarkiet. Det kan dog være, at nye studier, som ikke er inkluderet i et review/metaanalyse på det tidspunkt hvor søgningerne er udført, kunne have bidraget med andre resultater, som kunne have fået indflydelse på projektets resultat. Det er fravalgt at søge efter enkelte studier, da den samlede mængde af evidens på området for faldforebyggelse er af en betragtelig størrelse, hvorfor reviews og metaanalyser, der samler flere studier, er udvalgt som fokus for den systematiske søgning. Ligeledes er det ikke undersøgt, om der er enkelte studier i de identificerede reviews, som går igen på tværs af disse. Hvis dette er tilfældet, kan det give anledning til dobbeltpublikation, hvor personerne, der er med i studierne, er med i det samlede resultat flere gange (Juul, 2015).

For at vurdere de identificerede studiers metodologiske kvalitet, anvendes tjeklisten PRISMA (Moher et al., 2009). Tjeklisten fungerer som en hjælp i forhold til vurderingen af kvaliteten af de respektive studier, i henhold til at medtage alle relevante områder af studiets metodologi. Vurderingen er subjektiv, hvorfor dette kan have indflydelse på den endelige vurdering af kvaliteten af studierne. Dette er søgt imødekommet ved, at begge forfattere uafhængigt har vurderet studiernes kvalitet. Dog er alle identificerede studier reviews/metaanalyser, hvorfor de klassificeres som værende af høj evidens (Juul, 2015). Dog kendes ikke den metodologiske kvalitet af de underliggende studier, hvorfor dette kan give anledning til usikkerhed omkring de enkelte reviews resultater og dermed projektets samlede resultat. Dette kunne yderligere have været behandlet ved at undersøge, hvorvidt de enkelte reviews vurderer de inkluderede studier ud fra samme kvalitetskriterier.

Resultaterne i de enkelte reviews er overvejende statistisk signifikante, hvilket kan være et resultat af publikationsbias. Publikationsbias er en skævvridning, hvor studier med statistisk signifikante resultater i højere grad publiceres end studier med et ikke statistisk signifikant resultat (Juul, 2015). Tre ud af de fem reviews angiver statistisk signifikante resultater, hvorfor der her kan være risiko for publikationsbias. Et af de identificerede studier påpeger dog, at det kan være svært at lave et pooled estimat på tværs af de enkelte studier i forhold til multifaktoriel intervention, da interventionerne ofte indeholder forskellige elementer (Costello & Edelstein, 2008), hvilket kan være med til at forklare de forskellige resultater i de enkelte reviews. Yderligere beskriver et af de identificerede review, at deres resultatet er sensitivt i forhold til nye studier, som kan ændre resultatet fra ikke statistisk signifikant til statistisk signifikant (Michael et al., 2010), hvilket ligeledes kunne gøre sig gældende i de andre reviews, som ikke har udført sensitivitsanalyser. Det må

derfor konkluderes, at resultaterne fra de enkelte reviews kan være usikre og ligeledes være udsat for publikationsbias, hvilket har betydning for projektets validitet, da gyldigheden af resultatet muligvis kan påvirkes af publikationsbias. Endvidere kan den potentielle usikkerhed forbundet med de enkelte reviews medføre upræcise resultater, hvilket kan svække reliabiliteten af den identificerede litteratur, som projektet anvender, hvorfor det også kan have betydning for reliabiliteten af nærværende projekt.

7.2.3 Fokusgruppeinterview

Metoden er valgt, da den vurderes egnet til produktion af data, der kan besvare forskningsspørgsmål 2. En af styrkerne ved fokusgruppeinterview som metode er, at det er data-producerende på gruppeniveau (Halkier, 2015), hvilket muliggør dataproduktion skabt af en gruppe, der afspejler aktørerne i Søren Winters integrerede implementeringsmodel, der anvendes som udgangspunkt for implementering.

En anden væsentlig styrke ved denne metode i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmål 2 er den kontekstuelle setting, hvori metoden anvendes. Som beskrevet er det vigtigt at tilpasse den udviklede systematiske faldforebyggelse til den specifikke organisatoriske kontekst, da dette vil forbedre vilkårene for implementering. Udførelsen af fokusgruppeinterviewet tillader dette, da informanterne er en del af denne kontekst og besidder viden herom, som fremkommer under fokusgruppens forløb til anvendelse i projektet. Den udviklede systematiske faldforebyggelse er ikke kontekstafhængig og kan overføres til andre kommunale sammenhænge, hvorimod implementeringsdelen specifikt er målrettet mod Larvik kommune og dermed ikke er direkte overførbart til andre kontekster.

En svaghed ved fokusgruppeinterview som metode, sammenlignet med individuelt interview, kan være, at det er nødvendigt at begrænse antallet af spørgsmål der stilles, og at der ikke opnås tilsvarende dybde i interviewet (Launsø et al., 2015). Dette har for nærværende projekt betydet, at der er prioriteret i hvilke emner, der ønskes viden om, til fordel for implementering af den udviklede indsats. Ved at anvende en alternativ tilgang, eksempelvis individuel interview, havde det været en mulighed at opnå en dybere forståelse af, hvordan det udviklede tiltag opfattes samtidig med at bidrage med viden omkring implementering heraf. Dog bidrager fokusgruppen som metode med muligheden for at producere viden om kompleksiteterne i sociale praksisser, som kan være svære at få frem i individuelle interview (Halkier, 2015). Da den sociale praksis er det, der ønskes viden produceret om, blandt andet i form af tværfagligt samarbejde, omhandlende implementering og iværksættelse af nye tiltag, fremstår fokusgruppeinterview som en passende metodisk tilgang.

Yderligere muliggør fokusgruppeinterviewet belysning af den organisatoriske aktør, som er en del af Søren Winters implementeringsmodel, netop grundet sammensætningen af informanter med forskellige organisatoriske positioner.

Søren Winters integrerede implementeringsmodel

I forhold til implementering er der taget udgangspunkt i Søren Winters integrerede implementeringsmodel. Denne er valgt, da den omhandler implementering af ny politik i offentlige organisationer. For projektet har den fungeret som et begrebsligt udgangspunkt og været afgørende for, hvilke områder der er relevante at undersøge nærmere i forbindelse med fokusgruppeinterviewet, ligesom den har dannet udgangspunkt for den efterfølgende analyse af data, i form af identificering af meningskategorier. Modellen bidrager ikke med et perspektiv på organisationskultur, ligesom den ikke beskriver hvilke kulturelle udfordringer, der kan være i forbindelse med implementering af nye tiltag i en offentlig organisation. Der findes flere modeller og teorier der beskriver arbejdet med implementering af nye tiltag, og det kunne muligvis have ændret på karakteren af spørgsmålene i fokusgruppeinterviewet og følgelig analysen og resultatet heraf, såfremt en anden model eller teori havde været anvendt. Dog er det søgt at belyse organisationskulturelle forhold, afgørende for implementering, ved at inddrage teori, der behandler dette emne, i resultatdiskussionen.

I projektet anvendes en del af den større implementeringsmodel, jævnfør Søren Winter, der er vurderet at være tilstrækkelig til det ønskede formål. De andre områder af modellen omhandler udvikling af det tiltag, der skal implementeres og efterfølgende evaluering heraf. Udvikling af den systematiske faldforebyggende indsats er sket på baggrund af en systematisk litteratursøgning, og evaluering kan først ske idet implementering igangsættes. På denne baggrund er det valgt at bruge den del af modellen, der specifikt omhandler implementering, for at kunne rette fokus herpå. Modellen i sin helhed kan bidrage til fremtidig evaluering samt videreudvikling af indsatsen.

Moderatorposition og interviewguide

Det kan være svært at styre et fokusgruppeinterview (Launsø et al., 2015). Derfor er der under fokusgruppeinterviewet anvendt to moderatorer, der samarbejder om at styre interviewet og at få belyst ønskede emner. Dette vurderes at have understøttet produktionen af relevante data til anvendelse i projektet. Der er på forhånd udarbejdet en interviewguide, der virker som et hjælpende redskab, ligeledes til produktion af relevante data. Interviewguiden er udarbejdet således, at væsentlige aspekter af Søren Winters implementeringsmodel er inkluderet til belysning. Med udgangspunkt i en alternativ model og/eller teori til implementering, kan det tænkes at andre spørgsmål ville være udarbejdet til fokusgruppeinterviewet, hvilket da ville have ændret karakteren

af resultaterne heraf. Som beskrevet ovenfor indeholder modellen ikke et organisationskulturelt aspekt, hvorfor der i interviewguiden ikke er udarbejdet spørgsmål direkte omhandlende dette. Dette område kunne potentielt blive belyst ved anvendelse af en alternativ model/teori.

Informanter

Informanterne er sammensat for at skabe en gruppe, der afspejler aktørerne, og som påvirker implementeringsprocessen. Dog er risikopopulationen ikke repræsenteret i fokusgruppens sammensætning, hvorfor yderligere belysning af patientperspektivet, i forhold til den systematiske faldforebyggelse, er relevant. En anden væsentlig aktør er også underrepræsenteret, idet informanterne, der repræsenterer markarbejderne og tidligere har arbejdet som sygeplejerske og ergoterapeut, nuværende besidder stillinger som ledere og dermed ikke bidrager udelukkende med markarbejdernes perspektiv, men også med ledernes. Således er lederen som aktør primært repræsenteret i fokusgruppens sammensætning, idet de resterende informanter i fokusgruppen også repræsenterer ledelsen som aktør. Dog kan det faktum, at alle informanter besidder sammenlignelige stillinger, og dermed delvist repræsenterer samme aktør, have åbnet op for muligheden for at tale åbent om andre aktører, der ikke har været til stede, uden tanke på hvorledes udsagn vil blive modtaget af disse. Dog er det muligt, at en alternativ sammensætning af informanter ville ændre resultaterne af fokusgruppeinterviewet, navnligt såfremt alle fire aktører havde været ligeligt repræsenteret.

I afrapportering af resultaterne af fokusgruppeinterviewet er det valgt ikke at angive, hvilken informant der udtaler de enkelte citater. Dette på baggrund af en betragtning om, at de til dels afspejler samme aktør, nemlig ledelsen. Det er muligt, at transparensen af fokusgruppeinterviewet ville øges ved at angive respektive informanter i forbindelse med specifikke udtalelser, omend det vurderes at fortolkningen heraf havde været identisk - på baggrund af informanternes aktørmæssige repræsentation. Dog fremgår de enkelte informanternes udtalelser af bilag 7, i anonymiseret form, hvorfor det vurderes at transparensen bevares.

Transskribering

Transskribering er en fortolkende proces, idet talesprog oversættes til skriftsprog (Kvale & Brinkmann, 2009). I nærværende projekt får denne proces et ekstra fortolkende lag, idet informanterne i fokusgruppeinterviewet taler norsk og forfatterne er dansksprogede. Interviewet er transskriberet ordret, dog med dansk stavemåde. Muligheden for sproglige nuancer, der går tabt i oversættelsen mellem sprog, kan ikke udelukkes (Temple, 1997). Projektets to forfattere har uafhængigt af hinanden transskriberet datamaterialet. Ved uenighed om specifikke udsagn har forfatterne diskuteret dette og opnået enighed om, hvad der siges og dermed fremgår af det

transskriberede materiale. Forfatteres uafhængige tilgang til transskription øger reliabiliteten heraf (Kvale & Brinkmann, 2009). Dog kan den samlede reliabilitet være svækket af, at der oversættes fra norsk til dansk.

Analyse

En styrke ved fokusgruppeinterview er, at det er den sociale interaktion, som er kilden til data (Halkier, 2015). Med dette for øje er interaktionen i fokusgruppeinterviewet anvendt som middel til at producere mere komplekse data frem for at udgøre data i sig selv. At lade indholdet af det sagte, frem for interaktionen, være genstand for analysen er tilrådeligt, såfremt forskningsspørgsmålet fordrer dette (Morgan, 2010). Dette vurderes at være tilfældet i forhold til forskningsspørgsmål 2, da det, der ønskes produceret viden om, er informanternes meninger og holdninger, fremfor interaktionen mellem disse, hvorfor denne analysemetode er anvendt. Det er muligt, at en anden analysemetode havde ændret de samlede resultater.

Søren Winters integrerede implementeringsmodel har været udgangspunkt for meningskategoriseringen som del af analysen. Ved anvendelse af en alternativ model eller teori er det muligt, at meningskategoriseringen havde bidraget med andre perspektiver på implementering til anvendelse af besvarelse af forskningsspørgsmål 2. Dette da meningskategoriseringen og dermed kondensering og fortolkning eventuelt havde taget en anden form og dermed muligvis et andet resultat.

7.2.4 Samlet vurdering af projektets kvalitet

Projektets samlede kvalitet vurderes ud fra begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed. Begreberne anvendes i forhold til den systematiske litteratursøgning i et kvantitativt perspektiv, som beskrevet af Svend Juul (Juul, 2015). I forhold til fokusgruppeinterview anvendes begreberne kvalitativt, som beskrevet af Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet i forhold til den systematiske litteratursøgning beskriver muligheden for at udføre det samme studie og få de samme resultater. Med hensyn til fokusgruppeinterviewet beskriver reliabiliteten transparens, altså gennemsigtighed, af, hvorledes de endelige resultater er opnået. Validitet i forhold til den systematiske litteratursøgning beskriver, hvorvidt det, der ønskes undersøgt, stemmer overens med det faktisk undersøgte og beskriver således gyldigheden af resultaterne. I forhold til fokusgruppeinterviewet beskriver validitet ligeledes gyldighed, her med hensyn til om forfatterne er tro mod informanternes udsagn i analysen og fortolkningen heraf. Generaliserbarhed i forhold til den systematiske litteratursøgning beskriver, hvorvidt resultatet kan overføres til en anden kontekst. Generaliserbarhed i forhold til fokusgruppeinterviewet beskriver genkendeligheden af det endelige resultat, både hos informanterne og andre relevante personer, som for nærværende

projekt udgøres af ansatte i Larvik kommune. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed vurderes ud fra en subjektiv skala, høj, middel og lav. Der gives en samlet vurdering af de tre begreber på baggrund af begge af projektets anvendte metoder ligesom det uddybes, hvad der ligger til grund for vurderingen.

Reliabiliteten af projektet vurderes at være høj. Dette er vurderet ud fra en betragtning af, at det vil være muligt at genskabe resultaterne af den systematiske litteratursøgning. Yderligere er det muligt at følge vejen fra metode til resultat for fokusgruppeinterviewet.

Validiteten af projektets resultater vurderes at være af middel karakter. Dette grunder blandt andet i den mulige usikkerhed forbundet med resultaterne fra de enkelte reviews/metaanalyse. Yderligere er der det faktum, at informanterne ikke har valideret det transskriberede og/eller analyserede samt fortolkede materiale, som for eksempel kunne være foregået ved at fremsende denne del af projektet til informanterne forud for afrapportering. Endvidere kan validiteten svækkes af, at materialet er oversat fra norsk til dansk.

Generaliserbarheden af den udviklede systematiske faldforebyggelse, som er udviklet på baggrund af resultatet af den systematiske litteratursøgning, vurderes at være høj, idet den udviklede faldforebyggende indsats kan anvendes og tilpasses andre kontekster. I forhold til resultatet af fokusgruppeinterviewet er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at udtale sig om generaliserbarheden heraf, idet informanter og andre relevante personer fra Larvik kommune endnu ikke har læst projektet. Med en anden tidshorisont havde det været relevant at lade informanter og andre relevante personer fra Larvik kommune læse den forandringsmæssige del af projektet med henblik på at vurdere generaliserbarheden heraf. Det er forsøgt at beskrive konteksten for forandring, som udgøres af Larvik kommune, således at det bliver muligt at vurdere hvorvidt resultaterne heraf, kan overføres til en anden kontekst.

8. Konklusion

Arbejdet med evidensbaseret systematisk faldforebyggelse, i form af en multifaktoriel intervention, kan tilrettelægges ved hjælp af en indsats, der indebærer at tilbyde den komplette risikopopulation, ældre fra 65 år, en screening af risiko for fald, udført af en ergoterapeut i eget hjem. Til dette formål er der i nærværende projekt udarbejdet en sådan indsats, som indeholder en organisatorisk model for indsatsens forløb såvel som et screeningsredskab, der identificerer risikofaktorer for fald. Indsatsens fordrer samarbejde på tværs af professioner såvel som organisatoriske områder.

Tilbuddet om indsatsen kan suppleres med eventuel mulighed for at fravælge tilbuddet på baggrund af borgerens egen vurdering af faldrisiko og en vurdering i fællesskab med en fagperson, såfremt dette er relevant i en specifik kontekst. Til dette formål kan anvendes et spørgeskema til selv vurderet faldrisiko. Såfremt tilbuddet når ud til en given borger, vil første trin i modellen over den organisatoriske proces være et hjemmebesøg hos borgeren foretaget af en ergoterapeut. Ved dette møde anvendes det udviklede screeningsredskab. Såfremt screening identificerer faldrisici, foretager ergoterapeuten relevante henvisninger til ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske og/eller speciallæge på baggrund af udførte test til vurdering af faldrisiko og med henblik på forebyggende tiltag rettet mod disse risici. En del af screeningen er en Home Hazard vurdering, og hvis det er relevant, kan der rettes tiltag herimod under første besøg. Derudover indeholder screeningen vurdering af ADL, IADL, blodtryk, medicingennemgang, kost, gangfunktion, balance, styrke, syn og kognition. Behandlende ergoterapeut, fysioterapeut og/eller sygeplejerske har endvidere mulighed for at henvise borgeren til egen læge.

Hvad de, i screeningen anvendte tests og eventuelle efterfølgende forebyggende behandlinger, skal indeholde, består som en arbejdsopgave, der må udføres i den specifikke kontekst, hvori den systematiske faldforebyggelse tages i brug. Hvorvidt den specifikke kontekst udgøres af en enkelt kommune eller et tværkommunalt samarbejde, må være op til den/de kommunale beslutningstagere, der ønsker at arbejde med den udviklede systematiske faldforebyggende indsats. Dette tillader, at det udviklede tiltag kan anvendes på tværs af kontekster, ligesom det tillader inkorporering af igangværende tiltag med et faldforebyggende fokus.

Det udviklede tiltag er kontekstuafhængig og må ved implementering tilpasses den specifikke kontekst, hvori den ønskes taget i brug for at opnå den nødvendige forandring. Undersøgelse af, hvorledes indsatsen kan implementeres i en specifik kontekst, er undersøgt med Larvik kommune som udgangspunkt herfor.

I Larvik kommune eksisterer på nuværende tidspunkt flere tiltag med faldforebyggende fokus, der med fordel kan inkorporeres i det udviklede tiltag til systematisk faldforebyggelse. Dog kan flere udfordringer opstå i forbindelse med implementering af systematisk faldforebyggelse i Larvik kommune. Disse udfordringer er placeret i en organisatorisk kontekst, jævnfør Søren Winters implementeringsmodel, og tilfalder således organisation, ledelse, markarbejder og/eller risikopopulation. I Larvik kommune kan implementeringen af systematisk faldforebyggelse udfordres af risikopopulationens differentierede funktionsniveau, hvilket medfører, at ikke alle borgere fra 65 år i Larvik kommune er relevante modtagere af et faldforebyggende tiltag. Dette kan eventuelt imødekommes af den beskrevne mulighed for fravælgelse af tilbuddet om screening for faldrisiko. Yderligere tiltag, der kan iværksættes for at forbedre betingelserne for implementering af den systematiske faldforebyggelse i Larvik kommune, er arbejdet med at styrke den organisatoriske struktur og kultur. Dette kan medføre forbedring af kommunikation vedrørende implementering af nye tiltag, anvendelse af retningslinjer og fastholdelse af arbejde med nye tiltag. Desuden kan det medføre en styrkelse af kulturen med øget tillid fra ledelsen side til markarbejderne som følge heraf. Balancen mellem øget struktur, blandt andet vedrørende anvendelse af retningslinjer og øget tillid til markarbejderne, skal skabe optimale arbejdsbetingelser for markarbejderne i form af trygge rammer for det arbejde, der skal udføres såvel som opfordre til at anvende kritisk faglig refleksion.

En styrkelse af kulturen kan også frigive ressourcer til anvendelse i retning af forbedring af de strukturelle forhold omgivende det tværfaglige samarbejde. Det faglige udbytte af det tværfaglige samarbejde i Larvik kommune er en styrke for implementering af det udviklede tiltag. Arbejdet med at styrke den organisatoriske struktur og kultur er først og fremmest en ledelsesmæssig opgave. Ledelsen må prioritere arbejdet med den systematiske faldforebyggelse, ligesom der må prioriteres økonomisk opbakning heraf, således at der skabes de nødvendige rammer for arbejdet med den systematiske faldforebyggelse.

Imødekommelse af en eventuelt udfordring for implementering i form af manglende motivation hos risikopopulationen, kan ske ved hjælp af anvendelse af ergoterapeutiske kompetencer. Dette i form af facilitering af anvendelse af borgerens egne ressourcer, hvilket kan medføre minimering af risikoen for sygeliggørelse og passivering af den enkelte borger. Sygeliggørelse kan ellers opstå som en utilsigtet konsekvens som følge af den systematiske faldforebyggelse, ligesom også stigmatisering af risikopopulationen udgør en potentiel utilsigtet konsekvens.

På baggrund af en vurdering af den metodiske kvalitet af nærværende projekt, må ovenstående konklusion tages med forbehold for validitets- samt generaliserbarhedsmæssige mangler.

9. Perspektivering

Som nævnt i problemanalysen er fald blandt ældre et internationalt kendt problem (World Health Organization, 2007). Årsagen til fald er yderst komplekst, hvori der indgår forskellige risikofaktorer (World Health Organization, 2007), hvorfor en faldforebyggende indsats ligeledes er kompleks at udvikle, hvis den skal afdække alle risikofaktorer. For at forebygge fald må en faldforebyggende indsats være systematisk og indeholde flere komponenter. Der er i nærværende projekt udarbejdet en systematisk tilgang til faldforebyggelse, hvori der tages højde for disse komponenter. Denne udviklede systematiske tilgang til faldforebyggelse er universel, idet risikofaktorerne for fald blandt ældre opstår på tværs af lande og kan således tages i brug i et verdensomspændende perspektiv.

Det udviklede tiltag er fordelagtigt i kraft af sin anvendelse på tværs af kontekster, idet den kan tilpasses en specifik organisatorisk kontekst. Den skaber rammerne for systematisk faldforebyggelse og tillader arbejdet inden for disse at foregå optimalt i forhold til den specifikke konteksts betingelser. Således kan det udviklede tiltag tages i brug med anvendelse af igangværende tiltag indenfor de udviklede rammer, som udgøres af den udviklede model over den organisatoriske proces. Ligeledes er det udviklede screeningsredskab til identificering af risikofaktorer anvendelig på tværs af kontekster.

Det anbefales, at der udføres fremtidig forskning i forlængelse af den udviklede systematiske faldforebyggelse. Dette både i forhold til kontekstuel tilpasning til nye organisatoriske forhold, såvel som kontekst-uafhængig forskning med henblik på at identificere det optimale interval for udførsel af screeningen for faldrisici. Ligeledes anbefales det, at der ved implementering af den udviklede systematiske faldforebyggelse løbende evalueres og tilpasses den givne kontekst.

10. Referencer

- Abrahamsen, B., van Staa, T., Ariely, R., Olson, M., & Cooper, C. (2009). Excess mortality following hip fracture: a systematic epidemiological review. *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 20(10), 1633–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19421703>
- Anderson, FH., Grant, AM., Avenell, A., Campbell, MK., Cooper, C., Donaldson, C. (2005). The RECORD trial: an evaluation of calcium and/or vitamin D in the secondary prevention of osteoporotic fractures. *Bone*, 36, 122–3.
- Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry*, 10, 138–153.
- Bischoff-Ferrari, HA., Dawson-Hughes, B., Platz, A., Orav, EJ., Stahelin, HB., Willet, W. (2010). Effect of highdosage cholecalciferol and extended physiotherapy on complications after hip fracture: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 170(9), 813–20.
- Campbell, AJ., Robertson, MC., La Grow, SJ., Kerse, NM., Sanderson, GF., Jacobs, R. (2005). Randomized controlled trial of prevention of falls in people aged > or = 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ*, 331.
- Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., ... Shekelle, P. G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7441), 680. <http://doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680>
- Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 66(3), 284–291. <http://doi.org/10.5014/ajot.2012.005017>
- Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? *The New England Journal of Medicine*, 358(7), 661–663.
- Cornilion, E., Blanchon, M., Ramboatsisetraina, P., Braize, C., Beauchet, O., & Dubost, V. (2002). Effectiveness of falls prevention strategies for elderly subjects who live in the community with performance assessment of physical activities (before-after). *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*, 45(9), 493–504.
- Costello, E., & Edelstein, J. E. (2008). Update on falls prevention for community-dwelling older adults: review of single and multifactorial intervention programs. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(8), 1135–1152.

- Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Frampton, G., Salkeld, G., Clemson, L. (2001). Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 641–8.
- Dangour, A.D., Albalá, C., Aedo, C., Elbourne, D., Grundy, E., Walker, D. (2007). A factorial-design cluster randomised controlled trial investigating the cost-effectiveness of a nutrition supplement and an exercise programme on pneumonia incidence, walking capacity and body mass index in older people living in Santiago, Chile: the CEN. *Nutrition Journal*, 6.
- Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., Meier-Baumgartner, H. (2005). No Active health promotion in old age: Methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Journal of Public Health*, 13(3), 122–7.
- Day, L., Fildes, B., Gordon, I., Fitzharris, M., Flamer, H. (2002). Randomized factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ*, 325, 128–31.
- Diderichsen, F., & Andersen, I. (2011). *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København.
- Drummond, Michael, F., Sculpher, Mark, J., Claxton, K., Stoddart, Greg, L., & Torrance, George, W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4. edition). Oxford University Press.
- Flachs, E. M., Eriksen, L., Koch, M. B., Ryd, J. T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., & Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme*. København S.
- Folkhelseinstituttet. (2013). *Sygdomsbyrde i Norge 1990-2013: Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD 2013)*. Oslo.
- Forsén, L., Sogaard, A. J., Meyer, H. E., Edna, T., & Kopjar, B. (1999). Survival after hip fracture: short- and long-term excess mortality according to age and gender. *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 10(1), 73–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10501783>
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 38. <http://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
- Gillespie, L., Robertson, M., Gillespie, W., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., & Lamb, S. (2015). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Gray-Donald, K., Payette, H., Boutier, V. (1995). Randomized clinical trial of nutritional supplementation shows little effect on functional status among free-living frail elderly. *Journal*

of Nutrition, 125(12), 2965–71.

- Grol, R., Dalhuilsen, J., Thomas, S., Veld, C., Rutten, G., & Mookink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, (317), 858–861.
- Halkier, B. (2015). Fokusgrupper. In D. Steiness (Ed.), *Kvalitative metoder* (2., pp. 137–152). Hans Reitzels Forlag.
- Harari, D., Iliffe, S., Kharicha, K., Egger, M., Gillmann, G., von R.-K. W. (2008). Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age and Ageing*, 37(5), 565–71.
- Harwood, R.H., Sahota, O., Gaynor, K., Masud, T., Hosking, D. (2004). A randomised, controlled comparison of different calcium and vitamin D supplementation regimens in elderly women after hip fracture: The Nottingham Neck of Femur (NoNOF) study. *Age and Ageing*, 33(1), 45–51.
- Huang, H.C., Liu, C.Y., Huang, Y.T., Kernohan, W. (2010). Community-based interventions to reduce falls among older adults in Taiwan - long time follow-up randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7–8), 959–68.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer en indføring i organisation og ledelse* (3. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. (2015). *Epidemiologi og evidens* (2. udgave). København: Munksgaard.
- Kenny, R.A., Richardson, D. (2001). Carotid sinus syndrome and falls in older adults. *American Journal of Geriatric Cardiology*, 10(2), 97–9.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview : introduktion til et håndværk*. (S. Kvale, Ed.) (2. udg.). Kbh. : Hans Reitzel.
- Lannin, N.A., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, C.W., Cameron, I.D., Barras, S. (2007). No Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Services Research*, 7(42).
- Larvik Kommune. (2015). *Strategidokument 2016-2019. Kommunestyrets vedtak*. Larvik.
- Larvik Kommune. (2017a). Frisklivssentralen. Retrieved February 23, 2017, from www.larvik.kommune.no/frisklivssentralen
- Larvik Kommune. (2017b). Larvik kommune. Retrieved March 20, 2017, from <http://www.larvik.kommune.no/>
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2015). *Forskning om og med mennesker Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. (A.-M. Erdal & C. H. K. Zakrisson, Eds.) (6.). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Lin, M.R., Wolf, S.L., Hwang, H.F., Gong, S.Y., Chen, C. (2007). A randomized controlled trial of fall

- prevention programs and quality of life in older fallers. *Journal of the American Geriatric Society*, 55(4), 499–506.
- Lui-Ambrose, T., Khan, K., Eng, J., Lord, S., & McKay, H. (2004). Balance confidence improves with resistance or agility training: Increase is not correlated with objective changes in fall risk and physical abilities. *Gerontology*, 50(6), 373–82.
- McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E., Hughes, K., & This. (2008). Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review). *The Cochrane Library*, (1), 1–3. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD004441.pub2>. Copyright
- McMurdo, M., Mole, P., & Paterson, C. (1997). Controlled trial of weight bearing exercise in older women in relation to bone density and falls. *BMJ*, 314.
- McMurdo, M., Price, R., Shields, M., Potter, J., & Stott, D. (2009). Should oral nutrition supplementation be given to undernourished older people upon hospital discharge? A controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 57(12), 2239–45.
- Meyer, H., & Sjøgaard, A. J. (2016). Beinskjørhet og brudd.
- Michael, Y. L., Whitlock, E. P., Lin, J. S., Fu, R., O'Connor, E. A., & Gold, R. (2010). Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 153(12), 815–825. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00008>
- Moher, D. M., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Retrieved May 18, 2017, from <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the Role of Interaction in Analyzing and Reporting Focus Groups. *Qualitative Health Research*, 20(5), 718–722.
- Møller Pedersen, K. (2013). *Sundhedsøkonomi*. (M. Toft & A. S. Steens, Eds.) (1.). København: Munksgaard.
- Neyens, J. C., van Haastregt, J. C., Dijcks, B. P., Martens, M., van den Heuvel, W. J., de Witte, L. P., & Schols, J. M. (2011). Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 410–425. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.07.018>
- Nikolaus, T., Bach, M. (2003). Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): Results from the randomized falls-HIT trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(3), 300–5.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*.

- Owen, L., Morgan, A., Fischer, A., Ellis, S., Hoy, A., & Kelly, M. P. (2011). The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health, 34*, 37–45.
- Pardessus, V., Puisieux, F., Di, P., Gaudefroy, C., Thevenon, A., Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: A randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*(4), 247–52.
- Parry, SW., Steen, N., Bexton, RS., Tynan, M., Kenny, R. (2009). Pacing in elderly recurrent fallers with carotid sinus hypersensitivity: a randomised, double-blinded, placebo controlled crossover trial. *Heart, 95*(5), 405–9.
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., ... Rehfues, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science, 12*(1), 21. <http://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Pighills, A., Torgersin, DJ., Sheldon, T. (2009). Reducing home hazards to prevent falls in older people. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*(12), 1332–5.
- PubMed. (2017). PubMed. Retrieved March 1, 2017, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Robson, E., Edwards, J., Gallagher, E., Baker, D. (2003). Steady as you go (SAYGO): A falls-prevention program for seniors living in the community. *Canadian Journal of Aging, 22*(2), 207–16.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology, 30*, 427–432.
- Ryan, JW., Kenny, R. (1999). SAFE SPACE 2: Synscope and falls in the elderly - Pacing and carotid sinus evaluation - A randomized controlled trial of cardiac pacing in older patients with falls and carotid sinus hypersensitivity. *Europace, 1*(1), 69–72.
- Ryan, WJ., Spellbring, A. (1996). Implementing strategies to decrease risk of falls in older women. *Journal of Gerontological Nursing, 22*(12), 25–31.
- Schulze, S., & V. Schroeder, T. (2006). *Basisbog i sygdomslære* (1. udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Stevens, M., Holman, CD., Bennett, N. (2001). Preventing falls in older people: Impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. *Journal of the American Geriatric Society, 49*(11), 1442–7.
- Stubbs, B., Brefka, S., & Denking, M. (2015). What Works to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults? Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy, 95*(8), 1095–1102.
- Støver, M., & Håndlykken, E. (2016). *Personskadedata 2015. Norsk pasientregister*. Oslo.
- Sundhedsstyrelsen. (1999). *Tidsskrift om forebyggelse*. København K.

- Sundhedsstyrelsen. (2005). *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). Forebyggelse af fald blandt ældre. Retrieved February 28, 2017, from <https://www.sst.dk/da/aeldre/sundhed/forebyggelse-af-fald>
- Sundhedsstyrelsen. (2014). Danskernes sundhed, tal fra den nationale sundhedsprofil. Retrieved May 29, 2017, from <http://www.danskernessundhed.dk/baggrund>
- Sundhedsstyrelsen, & Komiteen for Sundhedsoplysning. (2013). *Mammografi Screening for brystkræft*. København.
- Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering. (2007). *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. (H. (red. . Kristensen, F.B. & Sigmund, Ed.)*Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering* (2. udgave). København S: Sundhedsstyrelsen, december 2007.
- Temple, B. (1997). Watch your tongue: Issues in translation and cross-cultural research. *Sociology*, 31(3), 607–618.
- Tømte, A. (2012). *Kunnskapsgrunnlaget <Mestring i alle livets faser> Handlingsplan for framtidens helse- og omsorgstjenester. Larvik kommune 2014-2020*.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). København : Munksgaard.
- Voigt, K., Taché, S., Hofer, M., Straßberger, C., Riemenschneider, H., Peschel, P., ... Bergmann, A. (2012). Health related quality of life in male patients with osteoporosis: results of a cross sectional study. *The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 15(4), 220–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22943388>
- Winter, S. C., & Nielsen, V. L. (2008). *Implementering af politik* (1. edition). Århus: Academica.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Switzerland.
- Ørstavik, R. E., Steingrimsdóttir, Ó. A., Søgaard, A. J., & Skogen, J. C. (2015). Muskel- og skjelettsykdommer og -plager.