

# Fear of falling hos ældre



En kvalitativ undersøgelse af hvilke faktorer der har betydning for fear of falling hos ældre med tidligere fald samt hvordan det påvirker deres liv

## Fear of falling hos ældre

En kvalitativ undersøgelse af hvilke faktorer der har betydning for fear of falling hos ældre med tidligere fald samt hvordan det påvirker deres liv.

### Forfattere:

Christina Fog Larsen fn14s219

Trine Grønbek Hamborg fn14s213

### Vejleder:

Sanel Teljigovic

Januar 2018, modul 14

Bachelorprojekt Fysioterapeutuddannelsen

Professionshøjskolen Absalon, Campus Næstved

Denne opgave er udarbejdet af studerende ved Professionshøjskolen Absalon, Campus Næstved, som et led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side, og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.

Ordoptælling	
Statistik:	
Sider	39
Ord	13.026
Tegn (uden mellemrum)	70.667
Tegn (med mellemrum)	83.524
Afsnit	286
Linjer	1.435

”Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jf. lov om ophavsret af 23/10/2014.”

## Abstrakt

### Baggrund

På verdensplan er fald et stort folkesundhedsproblem, og et fald hos ældre kan have mange konsekvenser både fysisk og psykisk. Et fald øger risikoen for yderligere fald. Oplevelsen vil ofte føre til fear of falling (FOF), hvilket 85% af ældre hjemmeboende oplever. Ældre med FOF kan komme ind i en ond spiral med tab af autonomi, isolation samt dårligere fysisk tilstand, som kan føre til yderligere fald. Tidligere forskning har haft fokus på fysiske faktorer ved udredning af faldrisiko. Men det tyder imidlertid på, at psykologiske faktorer bør tillægges større vægt. Fald er et stigende problem qua en tilvækst i antallet af ældre, og forebyggelsesindsatserne peger i mange retningerne.

### Formål

Vi ønsker at undersøge FOF hos ældre med tidligere fald. Formålet er at få afdækket og uddybet hvilke faktorer, der er afgørende for FOF samt, hvordan de ældre oplever, at det påvirker deres liv.

### Metode og materiale

Der er foretaget individuelle semistrukturerede interview med fem kvinder i alderen 64-91 år, der er tilknyttet en kommunal genoptræningsenhed. Deltagerne er udvalgt formålsbestemt ud fra det overordnede kriterium FOF. Materialet er analyseret ud fra Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering.

### Resultater

I analysen opstod fire kodegrupper: fald, aktiviteter, uafhængighed og kommunikation, herunder ti subgrupper.

### Konklusion

Fundene i dette bachelorprojekt er vigtige faktorer, der bør tages højde for ved FOF i faldforebyggelse og fremtidige studier.

Mange faktorer har betydning for FOF. Selve oplevelsen, skaderne, det uforudsete aspekt, individuelle ydre og indre faktorer, ikke erkendt fysisk begrænsning, inaktivitet samt konsekvenserne, hvor deltagerne frygter afhængighed af andre, yderligere skader og hjælpeløshed. FOF påvirker aktivitets- og deltagelsesniveau, hvorved deltagerne oplever forringet livskvalitet. Alle beskriver, at den fysiske træning ikke hjælper på FOF. Deltagerne benytter forskellige mestringsstrategier for at forblive selvhjulpne. Det er forskelligt, hvor meget deltagerne vælger at tale om FOF. Kun én oplever at have talt med en sundhedsprofessionel om frygten. Vi vurderer, at den største frygt ved fald er at miste selvstændigheden. Det er derfor vigtigt med øget fokus på mestring af FOF i kombination med fysisk træning til ældre.

### Nøgleord

Kvalitativt studie, fear of falling, FOF, ældre, faktorer, livskvalitet, mestring

# Abstract

## Background

Globally fall is a major public health problem and a fall has many consequences both physically and psychologically for the elderly. A fall increases the risk for further falls. The experience often leads to fear of falling (FOF), which 85% of elderly living at home experience.

Elderly with FOF enter a vicious spiral with loss of autonomy, isolation and poor physical condition which leads to further falls. Previous research has been focusing on the physical factors in reviewing fall risk. But there are indications that psychological factors should be emphasized. Fall is an increasing problem due to a rising number of elderly.

## Purpose

The purpose of this study was to investigate FOF in elderly with a history of fall. We wanted to uncover and clarify which factors are decisive for FOF and how it affects their lives.

## Methods and materials

Individual semi-structured interviews were conducted with five women aged 64-91, who were related to a municipal rehabilitation center. The participants were selected purposively from the primary criterion FOF. The material was analyzed after Kirsti Malterud's systematic text condensation.

## Results

The analysis resulted in four code groups: fall, activities, independence and communication, including ten sub groups.

## Conclusion

The findings in this project are important factors, which should be considered with FOF in fall prevention and future research. Many factors are of importance to fear. The actual experience, injuries, the unexpected aspect, individual external and internal factors, unrecognized physical limitation,

inactivity and the consequences, as the participants fear dependence on others, further injuries and helplessness.

FOF affects the activity and participation level whereby the participants experience a reduced quality of life. All describe that the physical training doesn't reduce FOF. They use different coping strategies to stay independent. It varies how much they choose to talk about FOF. Only one participant experiences having talked to a health professional about it.

We conclude that the biggest fear concerning fall is losing autonomy. Thus, it's important with increased focus on coping with FOF in combination with physical training.

### Keywords

Qualitative study, fear of falling, FOF, elderly, factors, quality of life, coping

## Forord

I forbindelse med udarbejdelsen af dette bachelorprojekt, vil vi gerne rette en stor tak til de fem deltagere, der havde lyst til at dele deres oplevelser, meninger og holdninger med os og havde valgt at afsætte tid til interview samt åbne deres hjem for os. Deres hjælp har gjort det muligt for os at opnå viden på et felt, vi mener, der bør være mere fokus på i fysioterapi.

Samtidig vil vi gerne takke både den geriatriske afdeling på et sygehus i Region Sjælland og den specialeansvarlige fysioterapeut for at vise interesse for projektet og forsøg på rekruttering af deltagere. Og træningsenheden Sundhed og Træning i Slagelse Kommune – særligt Lykke Østergaard og Christina Kornberg Pedersen for rekruttering af de endelige deltagere samt engagement og sparring.

## Ansvarsfordeling

- 1.0 Introduktion
- 1.1 Problembaggrund (Fælles)
- 1.2 Formål (Fælles)
- 1.3 Problemformulering (Fælles)
- 1.4 Forskningsspørgsmål (Fælles)
- 1.5 Begrebsafklaring (Fælles)
- 1.6 Forforståelse (Fælles)
- 2.0 Teori
- 2.1 Fysiologiske forandringer i forbindelse med aldring (Christina)
- 2.2 Fear of falling (Christina)
- 2.3 International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF) (Trine)
- 2.4 Lazarus' mestringsteori (Christina)
- 3.0 Metode
- 3.1 Design (Fælles)
- 3.2 Videnskabsteoretisk afsnit (Christina)
  - 3.2.1 Fænomenologi (Christina)
  - 3.2.2 Hermeneutik (Christina)
- 3.3 Litteratursøgning (Fælles)
- 3.4 Metodiske overvejelser (Trine)
- 3.5 Projektafgrænsning (Trine)
- 3.6 Materiale (Trine)
  - 3.6.1 Udvælgelse af deltagere (Trine)
  - 3.6.2 Præsentation af deltagere (Trine)
- 3.7 Dataindsamling (Trine)
- 3.8 Databearbejdning (Trine)
  - 3.8.1 Transskription (Trine)
  - 3.8.2 Analyse (Trine)
- 3.9 Etik (Christina)
- 4.0 Resultater (Fælles)
- 5.0 Diskussion (Fælles)
- 6.0 Konklusion (Fælles)
- 7.0 Perspektivering (Fælles)



## Indhold

1.0	Introduktion.....	1
1.1	Problembaggrund .....	1
1.2	Formål.....	2
1.3	Problemformulering .....	2
1.4	Forskningsspørgsmål .....	3
1.5	Begrebsafklaring.....	3
1.6	Forforståelse .....	4
2.0	Teori .....	5
2.1	Fysiologiske forandringer i forbindelse med aldring .....	5
2.2	Fear of falling .....	5
2.3	International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF) .....	6
2.4	Lazarus' mestringsteori.....	7
3.0	Metode .....	8
3.1	Design.....	8
3.2	Videnskabsteoretisk afsnit .....	8
3.2.1	Fænomenologi .....	9
3.2.2	Hermeneutik.....	9
3.3	Litteratursøgning .....	10
3.4	Metodiske overvejelser .....	12
3.5	Projektafgrænsning.....	12
3.6	Materiale .....	12
3.6.1	Udvælgelse af deltagere .....	13
3.6.2	Præsentation af deltagere .....	13
3.7	Dataindsamling .....	14
3.8	Databearbejdning .....	15
3.8.1	Transskription.....	15
3.8.2	Analyse .....	16
3.9	Etik.....	18
4.0	Resultater .....	19
4.1	Fald.....	19
4.1.1	Oplevelser i forbindelse med fald .....	19
4.1.2	Frygt for yderligere fald og konsekvenserne .....	20
4.1.3	Påvirkning: Indre faktorer og ydre faktorer .....	21
4.2	Aktiviteter .....	22

4.2.1 Ændring i aktiviteter .....	22
4.2.2 Træning .....	23
4.3 Uafhængighed .....	24
4.3.1 Opfattelse af egen formåen.....	24
4.3.2 Påvirket livskvalitet.....	24
4.3.3 Mestring af forandringer .....	25
4.4 Kommunikation .....	26
4.4.1 At tale om frygten for at falde .....	26
4.4.2 Ønsker til information eller ændringer/tiltag .....	27
5.0 Diskussion .....	27
5.1 Diskussion af resultater .....	28
5.1.1 Diskussion af de vigtigste fund.....	29
5.2 Diskussion af metode .....	32
5.2.1 Databasevalg og litteratursøgning .....	33
5.2.2 Interviewguide .....	33
5.2.3 Udvælgelse af deltagere .....	34
5.2.4 Dataindsamling .....	34
5.2.5 Databearbejdning.....	36
6.0 Konklusion .....	37
7.0 Perspektivering.....	38
8.0 Referenceliste .....	40
9.0 Bilag .....	45

## 1.0 Introduktion

### 1.1 Problembaggrund

Et fald hos ældre kan have mange konsekvenser både fysisk og psykisk. Fear of falling (FOF) er en psykologisk faktor, der ofte ses i forbindelse med fald hos ældre og er et område, vi mener, fortjener mere fokus. Dette bachelorprojekt er udarbejdet ud fra et ønske om at opnå mere viden om begrebet, ved at afdække hvilke faktorer, der er af afgørende betydning for frygten hos ældre samt, hvordan det påvirker deres liv.

På verdensplan er fald et stort folkesundhedsproblem. Der sker årligt ca. 424.000 fatale fald, og det er dermed den næsthøypigste årsag til ikke-forventet dødsfald (1). Dødeligheden er generelt højest hos ældre over 60 år og af de fald, der ikke ender med dødsfald, er mange stadig så alvorlige, at de kræver hjælp fra sundhedsvæsenet, hvilket har store samfundsøkonomiske konsekvenser globalt set (1). Fx er der stor risiko for, at ældre vil have brug for hjælp i form af pleje eller er nødsaget til at skulle fraflytte eget hjem efter et fald (1). Ca. 40.000 ældre på 65 år eller derover indlægges efter fald hvert år i Danmark, og ca. 75% af alle skadestue-kontakter med ældre er faldulykker ((2) s. 13-18). Når ældre først har været faldet en gang, er der høj risiko for, at de gør det igen ((2) s. 13-18).

Fald opstår som følge af en række forskellige risikofaktorer, ofte i kombination med hinanden. I følge WHO er der fire overordnede kategorier: biologiske, adfærdsmæssige, omgivelsesmæssige og socioøkonomiske faktorer. Eksempelvis biologiske: alder, køn og race, adfærdsmæssige: indtag af medicin og alkohol, inaktivitet og dårligt fodtøj, omgivelsesmæssige: dårlig belysning, løse tæpper og ujævnt/glat underlag, socioøkonomiske: lav indkomst, lavt uddannelsesniveaue og mangel på social interaktion ((3) s. 4-6).

Udover disse faktorer ses det også, at psykologiske faktorer spiller en rolle. Ældre, der har oplevet at falde, vil ofte have en frygt for at falde igen. Et studie af Filiatrault et al. nævner, at op til 85% af ældre hjemmeboende oplever frygten (4). Den kan indeholde forskellige komponenter såsom tab af værdighed, uafhængighed samt smerte ((5) s. 7). Dette kan hos nogle ældre føre til en social forlegenhed og årsag til, at de indretter deres hverdag på en måde, hvor de bl.a. ikke taler om deres situation ((5) s. 7).

Flere undersøgelser peger på, at ældre med FOF kommer ind i en ond spiral med tab af autonomi, isolation samt dårligere fysisk tilstand, som kan udløse yderligere fald (6,7). Bl.a. skriver et studie af Merrill et al., at FOF kan føre til begrænsning af aktiviteter og deltagelse i ADL rutiner, hvilket kan medføre en nedgang i den fysiske tilstand (6). Merrill et al. nævner, at psykologiske faktorer bør tillægges større vægt og at interventioner i faldforebyggelse bør have fokus på, at øge balance confidence og self-efficacy. Det har vist sig at være relateret til lavere niveau af FOF og bedre funktionelle resultater (6). I forskningen af FOF er der generelt få studier, der beskæftiger sig med psykologiske faktorer som primære effektmål ((8) s. 27).

Forfatterens opfattelse er, at der i øjeblikket er en erkendelse af, at fald er et stigende problem qua en tilvækst i antallet af ældre, og forebyggelsesindsatserne peger i mange retningerne. Hvorfor det i vores øjne er et vigtigt delområde at bidrage med viden til for at kunne sætte ind med den rette intervention. Vi finder få kvalitative studier omhandlende FOF. De fleste studier er kvantitative og benytter sig af måleværktøjer som fx Falls Efficacy Scale (FES) og The Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC) for at afdække FOF (6,7). FOF er en psykologisk faktor af betydning for fald hos ældre, og derfor har vi valgt at bevæge os over i humanvidenskaben og udarbejde et kvalitativt studie, hvor ældre med FOF, igennem interview uddyber frygten i forskellige kontekster.

## 1.2 Formål

Vi ønsker at opnå ny indsigt i et begreb, der allerede eksisterer. Begrebet er FOF hos ældre med tidligere fald. Formålet med interviewene er at få afdækket og uddybet hvilke faktorer, der er afgørende for FOF. Hvad er det, der udløser frygten, og hvordan oplever ældre, at det påvirker deres liv, samt hvordan mestrer de frygten. Vi sigter efter at opnå viden, der kan inddrages i faldforebyggelse og i sidste ende føre til en reduktion i antallet af fald hos ældre.

## 1.3 Problemformulering

Hvilke faktorer har betydning for fear of falling hos ældre med tidligere fald, og hvordan påvirker det deres liv?

## 1.4 Forskningsspørgsmål

- Hvilken betydning udtrykker ældre at fear of falling har på krops- og aktivitetsniveau?
- Hvilken betydning udtrykker ældre at fear of falling har på deltagelsesniveau?
- Hvilken betydning udtrykker ældre at fear of falling har på livskvalitet og troen på sig selv?

## 1.5 Begrebsafklaring

### *Faktorer*

Medbestemmende årsag eller omstændighed (9). I projektet defineres faktorer som ovenstående.

### *Ældre*

Der er ingen klar definition på, hvornår man er ældre. Men ses fx inddelt i tre kategorier: yngre ældre 60-74 år, ældre >75 år og gamle >85 år ((10) s. 15). I projektet defineres ældre som hjemmeboende personer over 60 år.

### *Fald*

En utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på gulvet, jorden eller et andet lavere niveau (1). I projektet defineres fald som ovenstående.

### *Fear of falling*

Frygten for at falde er en varig bekymring omkring fald, der fører til individuel undgåelse af aktiviteter, som normalt vil kunne udføres (11). I projektet defineres fear of falling som ovenstående og uddybes i teori afsnit.

### *Livskvalitet*

Det enkelte menneskes opfattelse af egen position i livet i sammenhæng med den kultur og værdier de lever i sat i relation til deres mål, forventninger og bekymringer (12). I projektet defineres livskvalitet som den helbredsrelateret livskvalitet, der inddrager områder, der vedrører fysiske, mentale, sociale og funktionsmæssige forhold (13).

## 1.6 Forforståelse

Når et kvalitativt studie udarbejdes, er det vigtigt at bevidstgøre og synliggøre egen forforståelse. Forforståelsen bygger på den viden og teoretiske antagelser, forfatterne har med ved start af projektet. Det er bl.a. denne, der danner grundlag for temaerne i interviewguiden. Det er vigtigt, at være forforståelsen bevidst igennem hele processen for, at den ikke reproduceres ((14) s. 40-41).

På studiet har vi tilegnet os viden omkring de fysiologiske forandringer, som kroppen påvirkes af ved aldring. Vi har fået kendskab til forskellige patientgrupper i risiko for fald både i undervisningen og i klinisk undervisning. Vi har dog ikke beskæftiget os meget med geriatriske patienter, hvilket kan være en fordel ift. ikke at komme til at præge projekt i en bestemt retning. Interessen for denne gruppe er opstået i forbindelse med en videnskabelig læringsaktivitet.

En forforståelse er, at ældre frygter at falde, fordi de enten har været faldet før eller indset at deres funktionsniveau er ændret.

Vi forestiller os, at ældre hjemmeboende, som udgangspunkt har en vis styrke - såvel fysisk som psykisk - for at kunne håndtere en dagligdag helt eller delvist selvstændigt i eget hjem. De har mange vaner og har måske brug for hjælp til at lære at gøre tingene på en mere hensigtsmæssig måde. Samtidigt forestiller vi os, at nogle ældre benytter sig af forskellige strategier til fortsat at kunne udføre funktioner, så de undgår at skulle tale med nogen om frygten. Emnet kan være tabubelagt, og de ønsker ikke at være til besvær.

En anden forforståelse er, at FOF påvirker de ældres funktionsniveau i negativ retning og, at det kan resultere i et nedsat aktivitets- og deltagelsesniveau ift. ICF. De ældre bliver pga. tidligere fald bange for, at det skal ske igen og undgår derfor aktiviteter, hvor de føler sig usikre. Det fører til mindre aktivitet og deres funktionsniveau bliver nedsat, hvilket kan resultere i yderligere FOF.

Vi ved, at fald hos ældre er påvirket af aldring i form af indre og ydre faktorer, og alle disse kan i princippet give næring til FOF. Derfor forventer vi, at nogle af de faktorer de ældre i interviewene vil nævne, er nedsat syn, dårlig balance, uopmærksomhed, hurtighed, dårlig belysning samt ujævne underlag.

## 2.0 Teori

I dette afsnit præsenteres teori relevant for problemformuleringen. Dele af denne er udvalgt inden databearbejdningen, hvor andre først er valgt efter analysen ud fra relevans ift. de temaer, der er opstået. Teorien består af en præsentation af begrebet FOF, fysiologiske forandringer i forbindelse med aldring, den bio-psyko-sociale model ICF samt Lazarus' mestringsteori.

### 2.1 Fysiologiske forandringer i forbindelse med aldring

Ældre oplever et fald i kondition og muskelstyrke grundet aldringsprocessen. Det kan medføre nedsat aktivitetsniveau og funktionstab, som kan gøre, at ADL-aktiviteter bliver mere krævende. Sansorganer bliver ligeledes berørt, hvilket kan påvirke ældre på kropsniveau, da de får sværere ved at opretholde postural kontrol, og risikoen for at falde stiger. Tre faktorer kan have indflydelse på postural kontrol: bevægelsesopgaven, omgivelserne og individets forudsætninger (15). Fx kan ældres balance blive påvirket af store menneskemængder eller larm. Det kan dog også være pga. ændrede forudsætninger som nedsat muskelstyrke. Forskning viser, at muskelstyrken falder med ca. 1,5% årligt efter 60-65 årsalderen (15). Alle disse faktorer kan være medvirkende til, at der opstår FOF hos ældre, da det påvirker på både krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau. Der findes både ydre og indre risikofaktorer for fald. Nogle af de mest væsentlige indre faktorer hos ældre er nedsat muskelstyrke, eksplosiv kraft, dårlig balance, koordination og syn samt depression, kognitiv dysfunktion og co-morbiditeter (15). Der er ligeledes en række ydre faktorer med betydning for FOF. Disse er medicin, alkohol, dehydrering, blodmangel/blodtryksfald, ernæring samt fysiske og sociale omgivelser. Ældre vil også opleve funktionsbegrænsninger som fx problemer med madlavning, husholdning eller personlig hygiejne, hvilket ellers normalvis klares af ligestillede. Dette er konsekvenser af aldersforandringer, som kan have stor indflydelse på individets selvværd, uafhængighed i hverdagen, livskvalitet samt deltagelsesniveau (16).

### 2.2 Fear of falling

FOF dukkede for første gang op i litteraturen i 1982 som konceptet "ptophobia", en fobisk reaktion på at stå eller gå pga. bekymringer for at falde (7). FOF blev i lang tid antaget for kun at være et resultat af psykiske

traumer efter fald, hvilket blev kaldt "Post-fall" syndromet og først nævnt af Murphy og Isaacs i 1982. De bemærkede, at flere personer efter fald fik gangproblemer, dårlig balance og mistede deres værdighed. FOF blev identificeret som et af de vigtigste symptomer inden for dette syndrom. Siden da er det blevet kendt som et specifikt helbredsproblem for ældre (17). FOF kan beskrives som en psykisk barriere for at deltage i fysisk aktivitet og fører samtidigt til risiko for yderligere fald. Dette kan medføre risikofaktorer som nedsat mobilitet og livskvalitet samt begrænsning af aktiviteter. Dette kan igen føre til deconditionering, muskelatrofi og dårligere balance (7). Da der er uenighed om definitionen af FOF, bliver det i forskning svært at sammenligne studier, da disse måler på forskellige parametre. Fx spænder FOF fra at være bekymring til dyb frygt og til at dække over fall-efficacy (7,18). Forskningen ville lettes med en mere ensartet definition af FOF. Det kan medvirke til at indfange mere signifikante svar i forskningsundersøgelser (7). Ift. projektet er det relevant at få afdækket, hvordan de ældre opfatter eller definerer ordet frygt. Et studie af Filiatrault et al. viser, at det ikke kun er ældre med tidligere fald som frygter at falde. Op til 50% af de rapporterede personer med FOF, er endnu ikke faldet (4). Det kan derfor tænkes, at FOF er en naturlig følge af aldring. En af de indledende undersøgelser, der undersøgte prævalensen af FOF blandt ældre fandt, at FOF rangerer højest på listen over de mest almindelige typer af frygt hos ældre (4).

### 2.3 International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF)

ICF er både en klassifikation og en helhedsmodel (Bilag 1), der er hyppigt brugt i fysioterapi, da den beskæftiger sig med fagets kerneområde og ligeledes anvendes som referencemodel tværfagligt. ICF-modellen hører til kategorien bio-psyko-social model, hvilket betyder, at den søger svar i biologiske, psykologiske og sociale systemer i et samspil, og derved beskæftiger sig med multifaktoriel kausalitet. Modeller i denne kategori inddrager personlige faktorer og omgivelsesfaktorer, dvs. faktorer der ikke kan vejes eller måles og som i ICF betegnes kontekstuelle (19). ICF vurderer funktionsevne ud fra de tre komponenter: 'Kroppens funktion og anatomi', 'Aktivitet' og 'Deltagelse' samt de kontekstuelle faktorer (20).



FOF er en psykologisk faktor, der kan påvirke alle tre komponenter og det samme vil aldrig. Derfor findes ICF anvendelig som forståelsesramme i projektet. Ud fra ICF er det muligt at foretage en struktureret vurdering af deltagernes funktionsevne, helbred og hverdag under påvirkning af FOF. Derudover er de personlige faktorer væsentlige at få afdækket, da de er betydningsfulde ift. deltagernes evne til at mestre egne udfordringer (20). I det problemformuleringen besvares ud fra et humanistisk videnskabssyn, er det naturligt at anvende en bio-psyko-social model. Under det humanistiske menneskesyn findes bl.a. det holistiske. I sundhedsvæsenet opfattes det holistiske menneskesyn, hvor individet ses som et hele, at ligge bag modellen (21).

## 2.4 Lazarus' mestringsteori

Richard Lazarus og Susan Folkman har udviklet en stressmestringsmodel; Transaktionsmodellen (Bilag 2). Det er en forandringsstrategi, der præsenterer et bud på en forståelsesramme for menneskelig adfærd i forbindelse med forandringer (19). Når ældre frygter at falde, kan de benytte forskellige mestringsstrategier til at bearbejde eller acceptere frygten. Lazarus beskriver det som en primær og en sekundær vurdering. Først vurderes, hvor farlig eller truende en situation er, og om den er irrelevant, eller skadelig. Derefter vurderes, hvad der kan gøres, og hvilke konsekvenser det kan få. Vurderingen kan være bevidst eller ubevidst, da den er subjektiv og påvirkes af individets tidligere erfaringer, sociale og kulturelle baggrund. Mestring defineres af Lazarus og Folkman som; "kognitive og adfærdsmæssige tiltag for at håndtere indre eller ydre krav, som overstiger personens ressourcer" ((22) s. 149). En mestringsproces kan ikke defineres som enten god eller dårlig, da det afhænger af den proces individet befinder sig i ((22) s. 147-150). I processen kan anvendes problemfokuseret og emotionsfokuseret mestring, som ofte benyttes på skift. Problemfokuseret mestring handler om at løse problemet, fx at være rettet mod omgivelserne ved at ændre på ressourcer, livsstil eller reducere ydre årsager til stress. Det kan dog også rettes mod en selv ved at ændre på fx ambitionsniveauet eller søge ny information og viden. Dette kan være en god hjælp i en stress- eller krisesituation, da det kan være angstreducerende

og måske endda øge følelsen af kontrol. Ligeledes er det at søge hjælp en problemfokuseret mestring (23).

Emotionsfokuseret mestring handler om at ændre på følelsesmæssige reaktioner. Det kan fx være at undgå information, situationer eller have selektiv opmærksomhed. Det er vigtigt, at individet revurderer situationen for at blive klogere på, hvilken mestringstrategi der er den mest hensigtsmæssige i situationen ((22) s. 147-150). Ældre med FOF kan ubevidst benytte forsvarsmekanismer for at udholde frygten, men de kan også forsøge at ændre på dens betydning ved at ændre deres følelsesmæssige måde at forholde sig til situationen på (23). Den ældre kan også forsøge at aflede sig selv ved at holde fokus på mere positive ting eller nyvurdere sit liv og genskabe livskvalitet på et nyt grundlag. Det kan både være at acceptere ting, de ikke længere kan, eller tænke alternative løsninger. At opsøge emotionel støtte kan også være en god mestringsstrategi, da det at tale med andre og give udtryk for sine følelser, kan medvirke til fornyet styrke og nyt syn på situationen (23).

### 3.0 Metode

I dette afsnit redegøres først for de videnskabsteoretiske overvejelser, litteratursøgning og efterfølgende overvejelser omkring metodik samt beskrivelse af materiale, dataindsamling og -analyse.

#### 3.1 Design

Dette projekt er designet som et kvalitativt interviewstudie, der har til formål at undersøge subjektive oplevelser og meninger omkring FOF. Det består af fem dybdegående semistrukturerede interview med ældre, der tidligere er faldet.

#### 3.2 Videnskabsteoretisk afsnit

I dette projekt besvares problemformuleringen ud fra den humanistiske tankegang, for at dykke ned i den enkelte ældres FOF. I humanvidenskab betragtes det enkelte menneske som et bevidst subjekt med tanker og følelser, der tager udgangspunkt i den verden, som det er en del af. Ontologien defineres ved, at der findes flere virkeligheder, og at viden ikke

kan generaliseres ((24) s. 52-55). Der arbejdes i projektet ud fra den forstående forskningstype, for at nå frem til en forståelse af ældres oplevelser med og fortolkninger af begrebet FOF ((24) s. 92-94). Beskrivelser og tolkninger går altid hånd i hånd, men det er muligt at lægge mere vægt på én af delene. På den ene side kan forskerens forforståelse og teoretiske ramme være afgørende for resultaterne. På den anden side kan det være svært at beskrive deltagerens udtalelser korrekt, fordi egne forståelser og forforståelser som forsker bringes med ind i forskningsprocessen. De ekspliciteres og reflekteres gennem hele processen ((24) s. 58-59). Som forsker er det ikke muligt at være helt usynlig i sit materiale. Det handler om at være opmærksom på, hvad der skal lægges til side for at kunne gengive deltagerens informationer på en loyal måde ((14) s. 38-39). I projektet benyttes både det hermeneutiske og fænomenologiske paradigme. Fænomenologien bruges i beskrivelsen af deltagerens oplevelser af FOF og hermeneutikken ift. fortolkning af deltagerens oplevelser og beskrivelser.

### 3.2.1 Fænomenologi

Det fænomenologiske paradigme kendetegnes ved, at den menneskelige bevidsthed altid er intentionel. Dvs. at vores bevidsthed er rettet imod noget. (25). Et fænomen beskrives ud fra den betydning, det har for vores bevidsthed. I det fænomenologiske paradigme sættes egen forforståelse i parentes for at opfatte fænomenet, som det virkelig er, uden at antage noget (25). Ligeledes bruges beskrivelsesreglen, hvor fænomenet ikke skal forklares, men kun beskrives. Det handler om at få deltageren til at beskrive konkrete oplevelser, følelser og sansninger. Den tredje regel er ligeværdighedsreglen, hvor data skal tale for sig selv, uden at forskeren udvælger og tillægger noget særlig betydning (25).

### 3.2.2 Hermeneutik

Det hermeneutiske paradigme kendetegnes ved betydningen eller meningen af et fænomen. Målet er at tolke den menneskelige erfaring indenfor en ramme, hvor der hele tiden skiftes mellem at være forstående og forklarende (26). For at opnå en dybere forståelse i projektet skal faserne forforståelse, forståelse og efterforståelse gennemgås ((24) s. 64). Fortolkningsprincippet i

hermeneutikken kaldes for den hermeneutiske cirkel, og den bygger på forståelsen af det enkelte ud fra den helhed, som det indgår i. I cirklen bevæger man sig hele tiden mellem at forstå og forklare, for at komme tilbage med en ny og dybere forståelse for fænomenet ((24) s. 62)(26).

### 3.3 Litteratursøgning

Formålet med litteratursøgningen var at opnå baggrundsviden omkring psykologiske faktorer i faldforebyggelse og mere specifikt FOF for at danne fundamentet for projektet. Litteratursøgningen blev udført i perioden sep.-dec. 2017. Indledningsvis blev der søgt gennem kaskadesøgning, hvor målet var at få identificeret de rette søgeord. Derudover at finde relevant litteratur, der kunne lede os videre til andre relevante artikler bl.a. via referencelister. Der blev søgt på de videnskabelige databaser PubMed og Scopus for at identificere relevante videnskabelige artikler for projektet. Disse søgninger (Bilag 3 og 4) blev struktureret ud fra en søgematrix (Tabel 1), opbygget fra akronymet PPO (problem, population og outcome).

P: Problem	P: Population	O: Outcome
Fear of falling Fear Psychological factors Anxiety fear	Aged Older adults Community-dwelling older people Elderly	Falls Fall Fall risk Fall predictors

*Tabel 1: Søgematrix ud fra akronymet PPO*

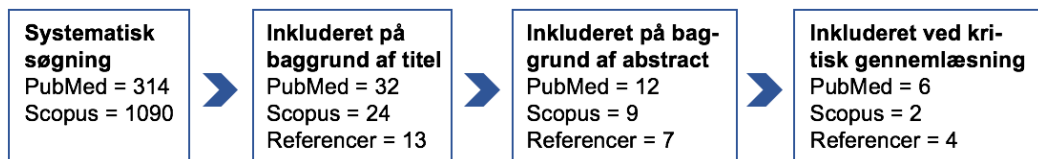
De to søgninger, var som følger:

**Scopus:**

((TITLE-ABS-KEY (fear AND of AND falling\*)) OR (TITLE-ABS-KEY (fear\*)) OR (TITLE-ABS-KEY (psychological AND factors\*))) AND ((TITLE-ABS-KEY (aged\*)) OR (TITLE-ABS-KEY (elderly\*))) AND ((TITLE-ABS-KEY (falls\*)) OR (TITLE-ABS-KEY (fall AND risk\*)) OR (TITLE-ABS-KEY (fall AND predictors\*))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010-2018) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "United States", "United Kingdom", "Australia", "Canada", "Netherlands", "Germany", "France", "Sweden", "Spain", "Switzerland", "Italy", "Belgium", "Portugal", "Norway", "Finland", "Ireland", "Denmark", "Poland", "Austria))). I alt 1090 artikler.

### PubMed:

Search ((((((Psychological factors) OR anxiety fear) OR fear of falling) OR fear of fall)) AND (((older adults) OR elderly) OR community-dwelling older people)) AND ((falls risk) OR falls) Sort by: Relevance Filters: published in the last 10 years; Humans; English; Field: Title/Abstract  
I alt 314 artikler.



Figur 1: Flowchart over litteraturudvælgelse

Alle sygdomsspecifikke titler blev ekskluderet og idet Scopus søgningen gav mange hits, blev der sorteret med relevans. Efter de første fire sider var artiklerne ikke længere relevante for projektet, og der blev læst titler på de første 80 artikler.

Flowchartet (Figur 1) viser, hvordan der blev sorteret efter titler, abstract og til sidst gennemlæst 28 artikler. 12 artikler blev inkluderet efter konsensus mellem forfatterne (Bilag 5). De blev benyttet i baggrund, teori og til at afdække emner til interviewguiden, for at opnå en dybere forståelse af, hvilke faktorer, der har den største betydning for ældre med FOF. Artiklerne blev vurderet ud fra CASP tjeklisterne til de respektive studier, for at placere dem på evidenshierarkiet, samt forholde os kritisk til kvaliteten. Af søgningerne fremkom få kvalitative studier og derfor blev en supplerende søgning udført ud fra søgeordene 'qualitative studies' og 'fear of falling'. Resultatet var 74 artikler, hvoraf to var relevante, den ene en dublet fra den originale søgning. Samlet viser studierne, at der er et videnshul i forskningen omkring FOF. Der findes sparsom evidens omkring inddragelse af psykologiske faktorer i faldforebyggelse og endnu mindre, der beskæftiger sig med patienternes perspektiv på begrebet FOF. Hvorfor vi finder det relevant at afdække denne del.

### 3.4 Metodiske overvejelser

For at have det overordnede overblik over projektet, er benyttet et Gantt-kort udarbejdet i fællesskab som tidsmæssigt styringsværktøj (Bilag 6). Da projektet er et kvalitativt studie, er målet med dette afsnit at tydeliggøre vejen gennem projektet fra problemformulering til konklusion (27).

### 3.5 Projektafgrænsning

Ved projektstart blev foretaget en afklaring af formål. Projektets sigte var at afdække hvilke faktorer, der er afgørende for FOF hos ældre med tidligere fald. Dette foregik gennem individuelle interview, omhandlende de ældres livsverden. Den erhvervede viden er, de ældres subjektive fortællinger om, hvad frygten betyder for dem i forskellige kontekst. Problemformuleringen fungerede som projektets overordnede problemstilling, der var styrende for den samlede undersøgelsesdel samt hvert enkelt interview. Denne var opdelt i tre forskningsspørgsmål for at opnå relevant viden, til at kunne besvare problemformuleringen. Udover litteratursøgningerne blev der læst relevant litteratur for at opnå viden om teorier og analysemetoder i forbindelse med interviewundersøgelse, for at kunne træffe de rette valg ud fra formålet med projektet ((28) s. 158).

### 3.6 Materiale

En interviewguide blev udarbejdet til brug ved interviewene, hvorefter et pilotinterview fandt sted for at teste denne samt rollen som interviewer. Dette gav mulighed for at tilrette spørgsmålene, inden de egentlige interview. Baggrunden for interviewguiden var forforståelsen og litteratursøgningen. Interviewguiden var bygget op i tre dele ud fra forskningsspørgsmålene med tilhørende interview- og støttespørgsmål. Formålet med denne var at have noget at støtte sig til i det semistrukturerede interview som uerfarne interviewere. Uden at det dog var nødvendigt at stille spørgsmålene i en bestemt rækkefølge, men mere præsentere dem, som det faldt naturligt. Den havde ligeledes til formål at stramme op på interviewet, så de væsentlige emner blev nået inden for tidsrammen (29). Forud for pilotinterviewet blev interviewguiden valideret hos vejleder og ekstern specialeansvarlig fysioterapeut. Hensigten var at få kontrolleret spørgerammen for at styrke troværdigheden i projektet (30).

### 3.6.1 Udvælgelse af deltagere

Der blev benyttet en strategisk og formålsbestemt udvalgsstrategi i rekrutteringen af deltagere til projektet. Dvs. at de blev udvalgt ud fra relevans for undersøgelsen, dog med indbygget pragmatisme ift. hvad der var praktisk muligt inden for projektets tidsramme og træningsenhedens patientliste ((14) s. 56-57). For at kunne besvare problemformuleringen var det et kriterium, at deltagerne skulle have FOF. Derudover var følgende krav opstillet: over 60 år, hjemmeboende, faldhistorik, helt eller delvist selvhjulpen, dansktalende, ingen demens eller andre kognitive problematikker samt så vidt muligt ingen sygdomme, som i væsentlig grad påvirker det fysiske funktionsniveau, da det antages at have betydning for interviewet. I første omgang blev et samarbejde med en geriatrisk afdeling på et sygehus i Region Sjælland etableret. Det viste sig dog vanskeligt at finde deltagere, der faldt ind under vores krav. Derfor blev der gennem vejleder skabt kontakt til en fysioterapeut på en kommunal træningsenhed i Region Sjælland. Hun formidlede kontakten til de borgere, der fungerede som interviewdeltagere og stod for den indledende information. Disse var således ikke nogle, som forfatterne på forhånd var kendt med eller kunne præge på nogen måde. Valget af ældre med tidligere fald, blev truffet ud fra en formodning om, at de allerede var i kontakt med sundhedsvæsenet. Dermed var der en viden om deres fald og problematikker i den forbindelse. Forfatterne vurderede, at det ville være sværere at identificere ældre, der endnu ikke var faldet, men frygtede det.

### 3.6.2 Præsentation af deltagere

Projektet består af fem interview samt et pilotinterview. Da pilotinterviewet ikke er medtaget i analysen, er det følgende en beskrivelse af de fem interviewdeltagere, kvinder i alderen 64-91 år. Vi har af hensyn til anonymiseringen valgt at tildele deltagerne vilkårlige navne; Lis, Eva, Mie, Ane og Iris. Deltagerne præsenteres i Tabel 2.

Deltager	Lis	Eva	Mie	Ane	Iris
Køn	kvinde	kvinde	kvinde	kvinde	kvinde
Alder	91 år	64 år	64 år	77 år	86 år
Erhverv	Pensionist	Førtids-pensionist	Arbejder ikke og modtager ikke ydelser	Pensionist	Pensionist
Status	Enke. Bor alene	Skilt. Bor alene	Bor med sin kæreste	Bor med sin mand	Enke. Bor alene
Fald	Flere fald	Flere fald	Flere fald	Flere fald	Flere fald
Frakturer	Hoftefraktur	Hoftefraktur Håndledsfraktur			Hoftefraktur
Hjælpemidler	Nødkald, rollator, badestol	Krykker, badestol	El-scooter, krykker, badestol	Nødkald, kørestol, talerstol, badestol	Nødkald, rollator, Vela stol, badestol
Hjælp	Hjemmehjælp samt familie	Familie	Familie	Hjemmehjælp samt familie	Hjemmehjælp samt familie

*Tabel 2: Beskrivelse af deltagerne*

### 3.7 Dataindsamling

Valget af den kvalitative metode begrundes med, at det undersøgte ikke kunne måles eller vejes, men i stedet skulle skabe indsigt i ældres oplevelser med FOF. Det blev opnået ved at arbejde kvalitativt. Valget af det semistrukturerede interview skete ud fra, at det gav mulighed for at styre hvilke temaer, der skulle berøres. Samtidig var der plads til at uddybe svarene og nye temaer, der kunne opstå i interviewet. Det er en interviewform med åbenhed i spørgsmålene, hvor deltageren kan tale forholdsvis frit ud fra temaerne relateret til problemformuleringen (29). Det blev overvejet, hvorvidt et fokusgruppeinterview kunne være egnet til projektet, men emnet blev vurderet følsomt og svært at tale om blandt andre. Derfor blev det individuelle interview foretrukket. Ved ikke at udføre fokusgruppeinterview mistes dog dynamikken og de tanker, der sættes i gang hos den enkelte ((31) s. 38). Begge forfattere var til stede under alle interview, og den samme person udførte interviewene. Formålet var sikring af kvalitet samt, at interviewene og spørgeteknikken var sammenlignelige. Kompetencen hos interviewerens blev større med tiden, hvor situationen blev kendt, og det blev nemmere at følge op på relevante temaer ((28) s. 91).



Interviewene blev udført over tre dage i forlængelse af hinanden. Alle interview blev optaget efter samtykke fra deltageren og udført med brug af mobiltelefoner. De blev indledt med en briefing til deltageren om det formelle herunder rettigheder, formål og roller. Som supplement til interviewet var indledningsvis valgt et mindmap, hvor deltageren fik mulighed for frit at associere. Formålet var at få del i deltagerens umiddelbare tanker uden påvirkning af forfatterens forforståelse. For at få indblik i deltagernes fysiske formåen blev de præsenteret for en skala fra 1-10, hvor de skulle placere sig selv. 10 var højest og et udtryk for fuld fysisk kapacitet uden begrænsninger. Herefter blev der stillet spørgsmål ud fra interviewguiden (Bilag 7) af interviewer. Den assisterende interviewer havde fokus på, at alle væsentlige spørgsmål i interviewguiden blev stillet samt kom med uddybende spørgsmål ved behov. Eventuelle temaer fra mindmappet blev inddraget i interviewet, hvis det åbnede op for nye vinkler. Afslutningsvis blev udført en debriefing, med mulighed for at tilføje yderligere eller stille spørgsmål. Fire ud af fem interview blev foretaget i eget hjem, og det sidste på træningsenheden forud for træning, dog i et aflukket lokale. De varede mellem 41 og 55 min. Valget af sted, blev foretaget af deltagerne. Udførelse af interview i eget hjem kan have den fordel, at det er trygge rammer og at det derved kan være nemmere at fortælle om følsomme emner (32). Efter hvert interview blev umiddelbare tanker sammenfattet. Bl.a. indtryk af deltageren, de vigtigste punkter for denne samt egen rolle som interviewer med det formål i analysefasen at kunne sammenholde disse data med tolkninger (32).

## 3.8 Databearbejdning

### 3.8.1 Transskription

Transskription blev benyttet for at danne det bedste grundlag for udførelse af en fyldestgørende analyse. Det gav som uerfarne interviewere overblik over data og havde den fordel, at det ikke var nødvendigt under interviewet at skulle tage stilling til, hvad der var mest væsentligt (32). Inden interviewene blev en transskriptionsguide (Bilag 8) udarbejdet, for at opnå en ensartet transskription uagtet hvem der udførte den, og interviewene blev på den måde gjort direkte sammenlignelige sprogmæssigt til analyse. Hvert interview er transskriberet af én forfatter og er efterfølgende gennemgået af

den anden i dagene lige efter interviewene. (32). På den måde kom den samtidig til at fungere som en del af analysen. Der var mulighed for at gennemgå interviewet i hukommelsen og hæfte sig ved stemninger samt de ting, der blev sagt mellem linjerne ((28) s. 239) ((14) s. 76).

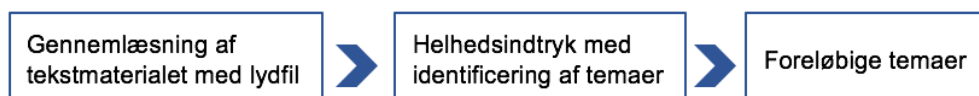
### 3.8.2 Analyse

I analysemetoden blev benyttet en induktiv tilgang. Hensigten var at lade empirien tale og herigennem forsøge at udlede et mønster ((28) s. 259). Samtidig blev der arbejdet datastyret, hvilket betyder, at der findes enheder, der danner grundlag for en inddeling i kategorier, sådan at meningsindholdet kommer tydeligt frem ((24) s. 173-174). På denne måde forsøgte forfatterne at undgå at reproducere forforståelsen, hvilket kan være sværere, hvis der arbejdes teoristyret.

For at opnå en rød tråd i analysen blev en allerede eksisterende analyse-procedure benyttet, da det gav rum til at fokusere på indholdsdelen ((14) s. 95). I analysen blev de fem interview inddraget og tog afsæt i Malteruds systematiske tekstkondensering, inspireret af Giorgi ((14) s. 96).

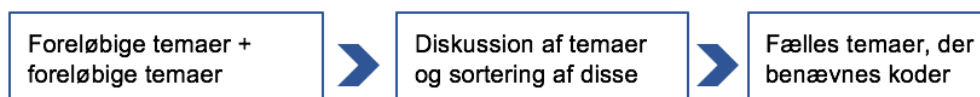
Analysemetoden blev anvendt, da den gav mulighed for at være åben over for nye temaer ved at sætte forforståelsen i parentes. Derudover er det en tværgående analyse, som er velegnet til projektet, da de fem deltageres udsagn skulle forenes. Analysemetodens fire trin er: *Helhedsindtryk, Identificering af meningsbærende enheder, Kondensering – fra kode til mening samt Sammenfatning af betydningen.*

*Trin 1: Helhedsindtrykket.* Tekstmaterialet blev læst og lyttet igennem, og der blev set efter mulige temaer omkring problemstillingen. Dette trin blev foretaget af forfatterne hver især, og der var fokus på at arbejde med forforståelsen i parentes ((14) s. 98). I transskriptionerne blev identificeret temaer, der blev markeret med forskellige farver, og efterfølgende tildelt en beskrivende overskrift (Figur 2).



Figur 2: Fra gennemlæsning til temaer

Med udgangspunkt i transskriptionerne blev de foreløbige temaer fra hver forfatter diskuteret og sorteret og til sidst samlet til fem fælles tværgående temaer. I det efterfølgende betegnes disse som kodegrupper med tilhørende subgrupper og er anvendt i analysens andet trin (Figur 3).



Figur 3: Fra individuelle foreløbige temaer til fælles kodegrupper

Oversigt over kode- og subgrupper:

- 1: **Fald**. Subgrupper: Følelser i forbindelse med fald, Frygt for yderligere fald, Skader i forbindelse med fald, Påvirkning: Indre faktorer og ydre faktorer, Oplevelse med fald
- 2: **Aktiviteter**. Subgrupper: Begrænsning i aktiviteter pga. frygt, Ændring i aktiviteter, Træning
- 3: **Sikkerhed**. Subgrupper: Hjælpemidler, Hjælp, Ændringer i hjemmet
- 4: **Uafhængighed**. Subgrupper: Opfattelse af egen formåen, Påvirket livskvalitet, Indblanden fra udefrakommende, Værdighed og autonomi, Mestring af forandringer
- 5: **Kommunikation**. Subgrupper: At tale om frygten for at falde, Ønsker til information eller ændringer/tiltag

*Trin 2: Identificering af meningsbærende enheder.* Meningsbærende enheder blev identificeret og udsagn trukket ud af interviewet, hvilket betegnes som en dekontekstualisering. Dette blev systematiseret i en matrix (Bilag 9), hvor kode- og subgrupper blev opstillet. Denne proces betegnes som kodning af data ud fra en tematisk og kodestyret gruppering. Efter identificeringen blev fem subgrupper slået sammen med eksisterende subgrupper, da der viste sig et overlap mellem flere grupper, det gjaldt; *Skader i forbindelse med fald, Oplevelse med fald, Begrænsning i aktiviteter pga. frygt, Ændringer i hjemmet samt Indblanden fra udefrakommende.* Den endelig oversigt over kode- og subgrupper præsenteres indledningsvis i 'Resultater' ((14) s. 100).

*Trin 3: Kondensering – fra kode til mening.* Ud fra de kodegrupper, der blev defineret i trin to, og de meningsbærende enheder der blev identificeret på dette trin, blev skabt kunstige citater (Bilag 10) til hver subgruppe. Citaterne genfortalte og sammenfattede indholdet af deltagernes udsagn. Dvs. en kondensering af alle udsagn i ét. På dette trin blev det tydeligt, at kodegruppen *'Sikkerhed'* ikke var relevant i analysen, når den blev holdt op imod problemformuleringen. Noget indhold blev flyttet til anden kodegruppe og andet blev inddraget i præsentationen af deltagerne ((14) s. 104).

*Trin 4: Sammenfatning af betydningen.* Her blev der set på indholdet af kondensaterne – de kunstige citater fra hver subgruppe – og om de var fyldestgørende for indholdet af interviewene. Ud fra disse blev udarbejdet den analytiske tekst for hver kodegruppe med subgrupper, som præsenteres i afsnittet 'resultater'. De underbygges med ægte citater, der ved behov er rettet til skriftsprog af hensyn til forståelsen. Afslutningsvis blev resultaterne rekontekstualiseret. For at sikre nærheden og sammenhængen til deltagernes virkelighed. På dette trin blev subgruppen *'Værdighed og autonomi'* ekskluderet, da det blev tydeligt, at den ikke var relevant i analysen holdt op imod problemformuleringen. ((14) s. 107).

### 3.9 Etik

Under udarbejdelsen af projektet, har der været etiske overvejelser omkring informeret samtykke, anonymisering og datahåndtering. Der er taget udgangspunkt i de etiske retningslinjer for fysioterapeuter og Helsinki-deklarationen ((33) s. 152-155) (34).

Der blev udformet informationsbrev og samtykkeerklæring (Bilag 11 og 12) inden, den ansvarlige fysioterapeut kontaktede de mulige deltagere. De, der samtykkede omkring deltagelse, aftalte enten med fysioterapeuten eller forfatterne tid og sted for interviewet. De havde mulighed for at vælge stedet for interviewet. Både i informationsbrev og samtykkeerklæring fremgik det tydeligt, at deltagerne til enhver tid havde mulighed for at trække sig fra projektet, og at det på ingen måde ville påvirke deres nuværende eller videre behandlingsforløb. Dette blev gentaget lige inden interviewets start, for at sikre, at deltagerne ikke havde ændret mening. Interviewene blev afsluttet med, at de var velkomne til at kontakte os, hvis de havde spørgsmål eller

yderligere tilføjelser. Samtidigt spurgte vi også om lov til at kontakte dem, hvis fx en uddybelse af et svar blev nødvendig. Dette var bl.a. for at kunne samle op, hvis deltageren var blevet berørt under interviewet. Af samme årsag havde vi udarbejdet nogle retningslinjer for, hvordan vi taklede forskellige etiske situationer (Bilag 13). I forbindelse med interviewet blev der ikke gjort brug af observation, da vi ikke havde bedt om tilladelse til dette i samtykkeerklæringen. Derfor tolkes der ikke på dette i analysen. Efter interviewet blev lydfilerne krypteret og under transskriptionen blev deltagerne anonymiseret. Efter endt projekt slettes alle filer og personfølsomme papir makuleres.

## 4.0 Resultater

Dette afsnit indeholder en sammenfatning og præsentation af resultaterne fra analysen. Analysen er gennemført med afsæt i Malteruds systematiske tekstkondensering. Resultatet af analysen indeholder fire kodegrupper med tilhørende subgrupper, som listet i Tabel 3.

Kodegruppe	1. Fald	2. Aktiviteter	3. Uafhængighed	4. Kommunikation
<b>Subgrupper</b>	Oplevelser i forbindelse med fald Frygt for yderligere fald og konsekvenserne Påvirkning: Indre faktorer og ydre faktorer	Ændring i aktiviteter Træning	Opfattelse af egen formåen Påvirket livskvalitet Mestring af forandringer	At tale om frygten for at falde Ønsker til information eller ændringer/tiltag

*Tabel 3: Oversigt over kode- og subgrupper*

### 4.1 Fald

#### 4.1.1 Oplevelser i forbindelse med fald

I analysen bliver det tydeligt, at deltagerne generelt sætter mange følelser på deres oplevelser med fald. Kun én af deltagerne har lidt svært ved at tale om følelserne. Dette tolkes bl.a. ud fra brug af flere pauser, når spørgsmålene går i den retning. Deltagerne beskriver, hvor uhyggeligt et fald er, samt hvor væmmeligt det er at komme alvorligt til skade. Det påvirker

dem tydeligvis, og de har ikke lagt det bag sig. Flere har haft alvorlige frakturer, hvor enten arm eller ben var deformet, og det har været en chokerende oplevelse.

*“(...) den mest uhyggelige lyd (...). Jeg blev simpelthen så forskrækket og blodet det rendte jo. (...) så bliver man altså bange. Den hule lyd der (...) Jeg kan høre det endnu”.* (Ane 106-111)

Overvejende udtrykker deltagerne, at de ikke når at reagere i situationen, da faldet opstår pludseligt. Følelsen af ikke at have kontrol over situationen opfattes som ubehagelig, og det påvirker ligeledes ikke selv at være i stand til at komme op fra gulvet, hvilket kan give dem en bevidsthed om tab af selvstændighed. For nogle af deltagerne kan chokket muligvis have været så stort, at de faktisk ikke er i stand til at forklare, præcis hvad der skete. Dem, der er i stand til det, fortæller, hvordan de pludselig mister balancen og derfor ikke er forberedte. Det uforudsete aspekt er en faktor af betydning for frygten for, at det sker igen.

*“(...) man får jo et chok, når man ligger der ikk’, og kommer til at kigge op, og opdager at du slet ikke kan rejse dig”.* (Eva 127-128)

Tidligere fald er en faktor, der påvirker deltagerne i en grad, hvor de dagligt frygter at falde, og forbindes af flere med stor nervøsitet. Nogle af dem føler, at deres opmærksomhed hele tiden er rettet på det, og derfor er de konstant på vagt. Andre forsøger at undgå at tænke på det, hvilket kan tolkes som en måde, hvorpå de undertrykker oplevelserne automatisk og ubevidst – en forsvarsmekanisme ifølge Lazarus' mestringsteorier (23).

*“Jeg skal hele tiden tænke mig om, (...) jeg er bange for at falde, virkelig bange for at falde”.* (Mie 185-186)

#### 4.1.2 Frygt for yderligere fald og konsekvenserne

Deltagernes oplevelser med fald påvirker dem og har direkte sammenhæng med deres frygt for yderligere fald, hvilket er noget, de alle udtrykker stor bekymring omkring. Én af de ting, de nævner, er bl.a. frygten for at komme alvorligt til skade i form af fx frakturer, hvilket for tre deltagere har været en følge af tidligere fald. Afhængig af omfanget kan en skade også have betydning for, om de er i stand til at klare sig selv eller bliver afhængige af

andre. I et studie af Høst et al. fremgår det, at fald for nogle ældre kan føre til en overdrevet frygt for at falde igen. De beskriver denne frygt som angstprovokerende, og kan afholde de ældre fra at gøre ting for ikke at falde igen. For nogle har det været en ubehagelig oplevelse, der har resulteret i langvarig behandling (35). Derudover frygter deltagerne også at komme til at ligge længe alene efter et fald med en skade. Her tænkes både med hensyn til smerte og særligt hjælpeløshed.

*“Altså at tænke, bare tanken om at skulle ligge der (...), hvis man nu slog sig så meget at man ikke kunne komme op ikk’, det kan give mig helt mareridt, altså ligge så mange timer ikk’”.* (Mie 412-414)

Alle deltagerne benytter sig af støtte, når de går såvel inde som ude, på nær Eva der kun har gjort brug af krykker i forbindelse med hoftefrakturen for nylig. Nogle af deltagerne anvender overvejende møbelstøtte indendørs, og en enkelt kommer hovedsageligt omkring rullende på en Vela stol. De tør ikke længere gå uden støtte pga. FOF. Bl.a. frygter de at falde over noget eller pludselig at blive svimmel. Deltagerne er særligt bange for fald, imens de er alene, for som beskrevet ovenfor frygter de bl.a. at komme til at ligge lang tid med en evt. skade. For Ane er frygten især stor de steder, hvor hun tidligere har haft oplevelser med fald. Her oplever hun stor nervøsitet og kan genkalde sig oplevelserne i en sådan grad, at hendes stemme skælver, når hun fortæller om det.

#### 4.1.3 Påvirkning: Indre faktorer og ydre faktorer

Analysen viser, at alle deltagernes helbredstilstand indeholder indre faktorer, som ud fra teori om bl.a. aldring kan være medvirkende til fald og påvirke frygten for dette. Der er imidlertid kun få deltagere, der selv kobler de to ting sammen og tillægger det betydning. Nogle af de faktorer der nævnes er; osteoporose, nervesygdomme, kræft, diabetes, nedsat balance samt nedsat muskelstyrke.

*“Det er jo fordi, at jeg har osteoporose ikk’ (...) de siger, at man skal passe på og helt undgå at falde (...) så det spørger jo også”.*

(Mie 188-189)

Den manglende opfattelse af sammenhæng hos deltagerne kan tolkes som mangel på viden, men samtidig kan information om fx osteoporose alt efter personens ressourcer påvirke FOF yderligere og være medvirkende til begrænsning af aktiviteter.

Nogle af de ydre faktorer, som deltagerne beskriver - og der også nævnes i teorien - er høje trin, løse tæpper, mørke, blæsevejr og glatte eller bløde underlag. Som i ovenstående er det kun i begrænset omfang, at deltagerne kobler deres FOF sammen med de ydre faktorer. For Mies vedkommende er FOF større, da hendes balance er påvirket af medicin, hvilket gør hende svimmel. Ligeledes er blæst en ydre faktor for Iris, som har stor betydning for hendes færden udendørs. Hun udtrykker manglende sikkerhed på benene til at kunne modstå kraftige vindstød. Eva er meget opmærksom på katten som en ydre faktor, da hun opfatter den som værende årsag til hendes fald. Nogle af deltagerne fortæller desuden, hvordan de af sundhedspersonale eller pårørende bliver bedt om at drikke og spise mere. Dette tolker vi som opmærksomhed på dehydrering og ernæring, hvilket kan have stor indflydelse på funktionsevnen, herunder balance.

Analysen af kodegruppen 'Fald' viser, at der er mange faktorer af betydning for FOF. Selve oplevelsen i tidligere fald fylder meget hos deltagerne, og ligeledes skaderne de har pådraget sig. Deltagerne beskriver, at det uforudsete aspekt i at faldene opstår pludseligt forstærker frygten. Det samme gør konsekvenserne af et eventuelt fald, da de frygter afhængighed af andre, yderligere skader og at ligge hjælpeløse alene. Der er også helt konkrete ydre og indre faktorer for den enkelte, der har betydning. Der er således kun få faktorer, som gør sig gældende hos alle deltagerne. Disse er co-morbiditeter samt nedsat muskelstyrke og balance.

## 4.2. Aktiviteter

### 4.2.1 Ændring i aktiviteter

Analysen viser, at flere af deltagerne kompenserer i gangmønster ved at gøre brug af støtte til møbler, dørkarme samt vægge og derved er begrænset i frit at kunne bevæge sig rundt. De har ligeledes ændret på ADL-aktiviteter som fx madlavning, personlig hygiejne og rengøring. Ændringerne



består primært af udførelse af de daglige opgaver siddende for at skabe sikkerhed og nogle nævner ligeledes, hvordan de tager flere pauser end tidligere. Ingen af deltagerne kan pt. selv stå for tøjvask, og der er også andre aktiviteter, de ikke udfører eller får hjælp til. Set ift. ICF-modellen er de bl.a. pga. FOF betydeligt begrænset på aktivitetsniveau, da de ikke mestrer det de tidligere kunne og derfor oplever en ændret hverdag.

En problemfokuseret mestring, alle deltagerne benytter, er brug af hjælp fra pårørende. I følge et studie af Høst et al. er opsøgning af hjælp en vigtig problemfokuseret strategi. Det gør det muligt for de ældre, at træffe de nødvendige forholdsregler for at klare hverdagen og undgå yderligere fald (35).

#### 4.2.2 Træning

Alle deltagerne har været i træningsforløb, hvor nogle af dem beskriver, hvordan de har fået mere styrke, men ingen af dem oplever mere tryghed ift. ikke at falde. Det har ikke ændret på deres følelse af frygt. Eva nævner dog, at hun kun har været der to gange, og det måske er årsagen til den manglende betydning for hendes frygt. Mie har stor FOF, fordi hun let bliver svimmel, og som hun siger, hjælper den træning hun får, jo ikke på det.

*“Nej, det jeg synes ikke, det har givet mig mere tryghed, men jeg føler, at jeg har fået lidt mere, altså styrke i mine ben”. (Mie 262-263)*

Ifølge Sundhedsstyrelsens publikation “Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde” er der ikke enighed omkring effekten af interventioner på FOF. Halvdelen af studierne viser en effekt i form af reduktion af frygt, hvorimod de øvrige viser ingen effekt ((8) s. 28).

Analysen af kodegruppen ‘Aktiviteter’ viser, at deltagerne pga. FOF er begyndt at ændre deres aktiviteter ved fx brug af møbelstøtte, når de skal omkring, sætter sig ned eller tager flere pauser for at kunne klare aktiviteten sikkert. Alle deltagerne beskriver, at den fysiske træning ikke hjælper på FOF.

## 4.3 Uafhængighed

### 4.3.1 Opfattelse af egen formåen

Det er generelt svært for deltagerne at vurdere egen fysisk formåen, hvor vi tolker at nogle vurderer sig selv højere end de burde – og andre omvendt – ud fra hvad de fortæller i interviewet. Der ses en sammenhæng mellem deres sindstilstand og vurdering af sig selv. Fx vurderer Iris, at hun ligger på 10 på skalaen 1-10, da det er gået rigtig godt på det sidste, dog er hun gående med rollator på kortere distancer og kan ikke gå på trapper. Hun fremstår som livsglad og positiv. I den anden ende af skalaen er Mie, der vurderer sig selv til 1, på trods af et funktionsniveau, hvor hun kan gå med krykker og klarer forskellige ting selv. Hun fortæller flere gange, hvordan hun oplever sin livskvalitet meget forringet, og det går hende på.

Enkelte deltagere har svært ved at indse, at der er ting de ikke længere er i stand til, hvorfor de kommer ud i farlige situationer. Hvorimod andre er mere bevidste om hvad, de ikke kan eller tør og derfor undgår disse aktiviteter. Opfattelse af egen formåen kan være en faktor af betydning for FOF. Når den ældre ikke er opmærksom på eller har erkendt sine fysiske begrænsninger, kan det føre til farlige situationer, og det kan udløse yderligere fald. Idet deltagerne har beskrevet, hvordan de tidligere fald har været en ubehagelig oplevelse, kan den manglende erkendelse af egen formåen i sidste ende føre til større FOF. En anden faktor kan være, når deltagerne begynder at undgå aktiviteter, dermed bliver de mere inaktive og deres funktionsniveau falder grundet den naturlige aldring. Dette kan gøre dem udsatte ift. yderligere fald og medvirke til større FOF.

### 4.3.2 Påvirket livskvalitet

Alle deltagerne har altid været meget aktive, og det påvirker dem psykisk at være mere stillesiddende. Der er flere årsager til den ændrede adfærd. Først og fremmest er de påvirket af tidligere fald og frygten for yderligere fald, men samtidig har flere af deltagerne medvirkende faktorer fx co-morbiditeter. Disse påvirker også livskvaliteten, og det er derfor svært at skelne mellem, hvornår det er sygdom eller frygt, der er mest fremtrædende. Ligeså har den naturlige aldringsproces indflydelse på, hvad de er i stand til. Hos nogle er der en accept af de ændrede forhold, og for andre kan det være noget

sværere at affinde sig med. Accepten tolker vi som en nyvurdering af livet, hvor den ældre forsøger at genskabe livskvalitet på nyt grundlag.

*“Ja frygten påvirker mig meget jo, ikk’. At man ikke kan gå ud, jeg har ikke været ude hos børnene længe (...)”.* (Lis 230-231)

Forandringen fra et aktivt liv med deltagelse i mange aktiviteter til at leve en mere begrænset tilværelse, påvirker deltagerne i en grad, hvor de er ramt betydeligt på deltagelsesniveau, jvf. ICF-modellen.

Selvhjulpethed er altafgørende for samtlige deltagere. Derfor er det også en skræmmende tanke, hvad et yderligere fald kan medføre af skader, og det forstærker FOF. Iris fortæller, hvordan hun frygter at ende siddende i en stol og ingenting kunne selv. Samlet set er deltagerne bange for afhængighed af andre. Frygten kan på den måde være en trussel mod at forblive selvhjulpethed og kan påvirke livskvaliteten yderligere, som for nogle allerede er forringet.

*“Det betyder alt at være selvhjulpethed, det gør det da, jeg har jo aldrig været afhængig af nogen, jeg har altid været, sådan en supermand faktisk, der kunne det hele selv (...). Det påvirker mig meget det gør det, ... som jeg sagde til dig, man bliver [rømmer sig] altså ens livskvalitet, den bliver jo så forringet”.* (Mie 365-370)

En af deltagerne er meget påvirket af sin datters frygt, og derfor fortæller hun fx ikke familien om farlige situationer eller fald. Det begrænser hende også i de ting, hun gør, da hun har fået forbud af datteren mod fx at gå i kælderens. Hun ønsker ikke, at påføre datteren yderligere bekymring, da hun har rigeligt at se til. Hun beskriver datterens frygt som større end sin egen, hvilket kan være en måde, hvorpå hun undgår at tale om egne følelser. Det forekommer hende svært at tale om dette generelt. Datteren tager desuden beslutninger på hendes vegne, det kan tolkes som en trussel mod autonomi og igen være en årsag til ikke at fortælle familien alt.

#### 4.3.3 Mestring af forandringer

Selvhjulpethed og at forblive i stand til at kunne klare sig selv fremadrettet er vigtigt for deltagerne. Derfor har de forskellige måder, hvorpå de mestrer de forandringer, der opstår i deres liv fx i forbindelse med FOF.

Iris beskriver, hvordan hun har fået samlet læge, øjenlæge og fodlæge i ét center, og det har gjort det muligt for hende sikkert at gå til disse ting selv. Det er et udtryk for problemfokuseret mestring, hvor hun forholder sig til sine problematikker og finder en løsning. Lis har en stærk vilje, og hun mestrer derfor situationer på en måde, hvor hun undertrykker risikoen for at falde. Hun bruger automatisk og ubevidst forsvarsmekanismer, hvilket kan være u hensigtsmæssig, da hun på den måde ikke er opmærksom på de farlige situationer, hun kan komme i. For at undgå fald tænker flere af deltagerne over at skulle passe på sig selv. Mie er irriteret over, at hun har det i tankerne hele tiden, hvorimod Iris har valgt at nyvurdere og acceptere sin situation og derfor ikke spekulerer så meget på det. Risikoen for flere fald kan bl.a. mestres ved at ændre på indretningen i hjemmet, særligt Eva har fokus på dette. Det kan tolkes som en måde, hvorpå hun reducerer ydre årsager til FOF.

*“Så har jeg købt nogle skridsikre måtter til badeværelset, for det skråner også lidt, hvis man skulle glide, så står man fast, når der er, de der skridsikre måtter”. (Eva 524-526)*

Analysen af kodegruppen ‘Uafhængighed’ viser, at ikke erkendt fysisk begrænsning kan føre til yderligere fald og modsat kan undgåelse af aktiviteter fører til inaktivitet og derved nedsat aktivitetsniveau. Begge er faktorer der har betydning for FOF. Deltagernes livskvalitet bliver påvirket af den begrænsning de oplever på deltagelsesniveau, både pga. FOF men også co-morbiditeter. Det er forskelligt, hvordan deltagerne mestrer disse begrænsninger, men fælles for dem er vigtigheden af at forblive selvhjulpne, og frygten opfattes som en trussel mod dette.

## 4.4 Kommunikation

### 4.4.1 At tale om frygten for at falde

Alle deltagernes familier kender til deres FOF, men flere af deltagerne har ikke brug for at uddybe deres frygt nærmere over for dem. Nogle vil ikke belejre familien, hvorimod andre undlader at tale om det af hensyn til dem selv. Det kan dog også være en mestring at sætte ord på følelserne og dele det med andre. Ane har talt en del med sin mand om det, idet hun stadig har en frygt for at færdes de steder, hvor hun har været faldet. Iris derimod har

ikke behov for at tale om FOF, da hun ikke mener, det kan ændre på noget. Mie er den eneste, der beskriver, at have talt om sin frygt med en fysioterapeut. Derudover er der enighed blandt de øvrige om, at de ikke oplever at være blevet spurgt ind til det. Lis fortæller, hvordan de på træningsenheden godt vidste det, men ikke som sådan nævnte det. Der er heller ingen af deltagerne, der selv har åbnet op for at tale om frygten. Dette kan der være mange grunde til, fx at de ikke vil være til besvær eller har svært ved at tale om følelser.

#### 4.4.2 Ønsker til information eller ændringer/tiltag

Kun to af deltagerne har konkrete ønsker til vejledning eller ændringer fra sundhedsvæsenets side ift. FOF. Mie ønsker nogle redskaber til at bearbejde sin frygt, for hun føler et behov for at få den på afstand. Ane udtrykker ønske om bedre opfølgning på de tidligere fald og frygten. Hun har en følelse af, at der kun har været fokus på hendes fysiske skader.

*“De har bare spurgt, nå jamen, hvad er der sket og sådan noget ikke, og så har jeg jo fortalt hvad der var sket. At jeg var faldet i badeværelset, og jeg var faldet deroppe i lægecenteret, men der er ikke nogle, der sådan har taget hånd om det”. (Ane 351-353)*

Analysen af kodegruppen ‘Kommunikation’ viser, at de fleste af deltagerne familier godt er klar over deres FOF, men det er forskelligt, hvor meget deltagerne vælger at tale om det. Kun en af deltagerne oplever at have talt med en sundhedsprofessionel om frygten, en anden ønsker, at der bliver taget mere hånd om dette, og en enkelt ønsker redskaber til at bearbejde frygten for at reducere denne i hverdagen.

## 5.0 Diskussion

Dette afsnit indeholder først en kort opsummering af resultater og dernæst diskussion af resultater samt metode, med det formål at forholde sig kritisk til projektet og dets fund.

## 5.1 Diskussion af resultater

I det følgende diskuteres projektets resultater med teori og relevante studier. Selve oplevelsen i tidligere fald fylder meget og ligeledes skaderne. Det forstærker frygten, at faldene opstår pludseligt. Det samme gør konsekvenserne, hvor frygten går på afhængighed af andre, yderligere skader og at ligge hjælpeløs alene. Ligeledes har ydre og indre faktorer betydning for den enkelte.

Pga. frygten er deltagerne begyndt at ændre deres aktiviteter og samtidig beskriver de, at den fysiske træning ikke hjælper på FOF. Fysisk begrænsning påvirker deltagerens livskvalitet ikke kun pga. frygten, men også co-morbiditeter. Deltagerne mestrer disse begrænsninger forskelligt, da alle har et ønske om at forblive selvhjulpne. Generelt taler deltagerne ikke meget om FOF, men når de gør, er det mest med tætte relationer. Kun én har talt med en sundhedsprofessionel. De følgende resultater bakkes op af litteraturen: 'Frakturer er en vigtig faktor, da alvorlige skader har sammenhæng med FOF', 'primær faktor for FOF er tidligere fald', 'FOF indeholder faktorer som tab af uafhængighed og frygt for fysisk tilbagegang pga. alder', 'FOF aftager ikke ved fysisk træning', 'graden af FOF er svær at afdække', 'tab af selvstændighed og identitet' og 'brug af mestringsstrategier'. Ift. eksisterende litteratur på området, er følgende nye fund: 'Frygten opleves større, de steder hvor fald tidligere er sket', 'pårørendes frygt kan opleves større end egen frygt' samt 'oplevelse af manglende italesættelse af FOF fra sundhedsprofessionelle'.

I det følgende vil vi reflektere over vores forforståelse. Med udgangspunkt i resultaterne af analysen er det vores opfattelse, at de fleste af deltagerne har et fornuftigt billede af egen fysiske formåen og opdager, når der er ting, de ikke længere kan. En forforståelse var, at de ikke var opmærksomme på dette. De fleste vurderer deres formåen lavere end, hvad de fortæller, de kan udføre af aktiviteter. Deltagerne er generelt rimelig begrænsede på funktionsniveau ift. vores forforståelse. Dette kan der være flere årsager til ud over FOF. For nogle den normale aldring og andre pga. co-morbiditeter. Disse faktorer spiller ind ift. den negative spiral deltagerne oplever, så det er ikke entydigt, at det blot er FOF, der påvirker dette. Ift. at ændre aktiviteter, mestrer de hverdagen bedre end forventet ved at benytte forskellige

strategier. Ændringerne er dog ikke foretaget, fordi frygten er tabu for dem, som vi ellers havde antaget. Deltagerne undgår aktiviteter, hvor de føler sig usikre, men forsøger at holde sig aktive. Ingen af deltagerne nævner faktorer som nedsat syn, uopmærksomhed og hurtighed, samt få nævner dårlig balance som årsag til deres frygt. Den dårlige balance er en uundgåelig aldersforandring, og for os synes det naturligt at koble sammen med FOF. Det kan derfor undre, at det ikke bliver tillagt større betydning hos deltagerne. Ud fra resultaterne er det tydeligt, at livskvalitet har stor betydning for deltagerne. Dette har vi ikke haft fokus på i forforståelsen, da vi ikke var bevidste om betydningen ved opstart af projektet.

### 5.1.1 Diskussion af de vigtigste fund

Oplevelser med tidligere fald er en vigtig faktor i forhold til frygten for yderligere fald. For deltagerne i projektet er FOF større hos nogle. Dog er der ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem skadernes størrelse eller tidsperioden efter sidste fald og, hvor stor FOF er nu. Fx har Mie ikke haft frakturer, men vi vurderer hendes frygt til at være større end Evas. Hun har været faldet for nyligt og pådrog sig flere frakturer. Tre har pådraget sig frakturer og nævner, at FOF bliver forværret af dette. Frakturer må derfor betragtes som en vigtig faktor i FOF. Det nævnes også i et studie af Lee et al., at der er en sammenhæng mellem ældre, der har haft alvorlige skader med behov for lægehjælp og FOF (36). Vi har i projektet beskæftiget os med ældre, der tidligere har været faldet, og Scheffer et al. konkluderer ligeledes, at den primære faktor for FOF er at have haft mindst ét tidligere fald (17). Det nævnes dog flere steder i litteraturen, at FOF ikke kun findes hos ældre med tidligere fald. Dette kan hænge sammen med det aspekt, som alle deltagerne nævner, nemlig ønsket om at forblive selvhjulpne og være uafhængig af andre. Et studie af Scheffer et al. beskriver, at FOF indbefatter flere faktorer herunder frygt for tab af uafhængighed, frygt for smerte og lidelse. Men også frygt for, at faldet er et tegn på fysisk tilbagegang pga. aldring, der minder den ældre om, at dette kun bliver værre over tid (17). Dette er faktorer, som vi vurderer kan have lige stor betydning, om man har haft tidligere fald eller ej. Truslen mod selvhjulpne vurderer vi som værende den vigtigste faktor, ift. FOF hos deltagerne i projektet, hvorimod smerte ikke er deres største bekymring.

I litteraturen er der ikke enighed om, hvor meget frygten aftager med tiden efter et fald. Et studie af Lee et al. mener, at frygten er langvarig efter et fald (36). Hvorimod et studie af Vind et al. påpeger, at frygten aftager (37). Vi har ikke spurgt deltagerne præcist ind til, om deres frygt er aftaget. Dog har de fortalt om, hvor længe siden det er, at de er faldet. Ud fra dette er det vores vurdering, at frygten ikke bliver mindre med tiden, men graden af frygt mere er afhængig af den enkeltes ressourcer og skader i tidligere fald.

Deltagerne nævner ikke nogen sammenhæng mellem frygten og de indre faktorer, men vi vurderer, at der er sammenhæng mellem frygten og fx co-morbiditeter samt aldring. Den manglende sammenhæng kan skyldes, at de ikke har fået information omkring dette gennem sundhedsprofessionelle.

Hvis deltagerne oplever, at de ikke har talt omkring frygten, giver det mening, at de heller ikke har fået denne viden. Ligeledes har vi heller ikke spurgt direkte ind til, om de havde overvejet sammenhængen. Hvis deltagerne selv havde søgt disse informationer, ville det have været en mestringsstrategi for at mindske frygten, som ifølge Lazarus er en problemfokuseret mestring (23). Denne information kunne med fordel have været givet af sundhedsprofessionelle. Det er vigtigt, ikke kun af hensyn til frygten, at der er opmærksomhed på, hvordan aldring og co-morbiditeter påvirker på krops- og aktivitetsniveau.

I deltagerens kommune findes der ikke et decideret faldforebyggelsesprogram, hvilket vi tænker kunne være hensigtsmæssigt, for at komme omkring de mange faktorer - herunder FOF. Deltageren beskriver en fysisk forbedring af træningen, men ingen effekt på FOF. Det bakkes op af et studie af Freiburger et al. der konkluderer, at FOF ikke bliver mindre af, at forbedre den fysiske funktionsevne (38).

Et studie af Li et al. er dog af en anden opfattelse: De mener, at interventioner til ældre med FOF bør fokusere på at øge den fysiske formåen og mobilitet, og der herigennem opnås højere self-efficacy, som vil nedsætte FOF (39). Derudover beskrives i de nye kliniske retningslinjer, der udkommer primo 2018, følgende: Balancetræning kan forøge livskvaliteten hos ældre, samt nedsætte FOF, hvilket over tid kan modvirke social isolation og inaktivitet, der regnes som risikofaktorer for fald i sig selv ((40) s. 11).



Dog vurderes kvaliteten af evidensen bag resultaterne som værende lav pga. alvorlig risiko for bias. Vores vurdering er, at fysisk træning ikke kan stå alene, men bør kombineres med information om faktorer af betydning for fald herunder FOF. Dette bør evt. suppleres med kognitiv adfærdsterapi og hele interventionen skal være målrettet den enkelte.

Når vi spørger ind til deltagernes definition af FOF er det svært for dem at beskrive indledningsvis, og i mindmappet får vi kun få tanker om frygten. Ligesom smerte vurderes frygten svær at graduere, da den er afhængig af den enkelte deltager og hendes ressourcer. Nogle af deltagerne beskriver til start stor FOF, men senere kommer den nærmere til udtryk som en bekymring. Grunden til dette kan dog også være mestringsproblemer. De har valgt ikke at spekulere dagligt på deres frygt eller forsøger at bagatellisere denne: Fx siger Iris (linje 532), "falder jeg, så falder jeg". Vi oplever, at deltagerne, der har en dybere FOF, beskriver dette med mange følelser og levende fortællinger omkring deres tidligere fald. Afdækningen af størrelsen af frygten og dens betydning kan være svær for de sundhedsprofessionelle med udgangspunkt i ovenstående. Et studie af Greenberg et al. nævner, at der i øjeblikket er en diskussion i litteraturen om, begrebet "frygt for at falde" måske bedre kan betegnes som "bekymring for at falde." Dette for at give større følsomhed og derved opnå mere signifikante svar i forskningsstudier (7). Deltagerne i projektet har ikke en opfattelse af, at de er blevet spurgt ind til FOF. Sammenholdt med hvor svært, vi oplever, det er konkret at afdække graden af frygt, kunne det være hensigtsmæssigt at benytte et måleredskab, som fx kunne være Falls Efficacy Scale (FES). Det har netop til formål at identificere patienter med FOF og samtidig afdække, hvilke aktiviteter den fysioterapeutiske intervention skal fokusere på (41). Vi ser det anvendeligt, da det er hurtigt at udføre og giver fysioterapeuterne et klart billede af, hvor omfattende frygten er.

Deltagerne forholder sig forskelligt til FOF. Ift. ICF-modellen bliver dette afdækket i de personlige faktorer, som forholder sig til den ældres ressourcer med hensyn til at håndtere udfordringer i dagligdagen eller den aktuelle situation. At mestre situationer er ifølge Lazarus betinget af, hvordan man subjektivt vurderer situationen (23). I projektet har det betydning for deltagernes mestringsproblemer, i hvor høj grad de opfatter FOF. Det kan

være en trussel for deres dagligdag og udførelse af aktiviteter samt, hvordan kontrollen over situationen opleves (23). Det er vores vurdering, at nogle af deltagerne dog også er påvirket af andre faktorer i deres evne til at mestre situationen. Fx de to deltagere, der har sygdomme, som påvirker deres funktionsniveau yderligere i negativ retning, samt af den normale aldring de alle oplever.

For alle deltagere er det af afgørende betydning at være selvhjulpne fremadrettet. Det påfører dem ekstra stress ift. mestring af FOF. De bekymrer sig alle over, at ende med afhængighed af andre og dette kan bevirke, at frygten bliver forstærket, samt påvirke livskvaliteten. Dette bakkes op af et studie af Scheffer et al. der konkluderer, at tabet af funktionel uafhængighed og identitet begge knyttes til FOF (17).

I forbindelse med mestring af frygten, er det også relevant at se på deltagernes mestringsforventning også kaldet self-efficacy (42). Dvs. den måde hvorpå de føler, de kan håndtere en ændring. Nogle af deltagerne har en forventning om bestemte aktiviteter ikke kan udføres uden, resultatet vil blive et fald og derfor undgår de disse. Dette ses ofte som en anvendt strategi hos ældre med lav self-efficacy, der har FOF, og kan være et skridt i mod et lavere funktionsniveau og bidrage til den negative spiral. I et studie af Landers et al. nævnes, at ældre med lav self-efficacy er mere tilbøjelige til at ændre deres adfærd for at undgå aktiviteter og situationer, der kan forårsage fald. De tror, at et fald ellers vil være uundgåeligt (6).

## 5.2 Diskussion af metode

I det følgende diskuteres den interne validitet i den rækkefølge, som elementerne bliver præsenteret i metodeafsnittet. Hensigten er at forholde sig kritisk til egen metode for at kunne vurdere gyldigheden af projektet.

Forforståelsen er beskrevet indledningsvis og er synliggjort gennem projektet. Dette for at sikre refleksiviteten, som er et udtryk for, at forfatterne er bevidst om egen rolle på alle trin i forskningsprocessen (32).

For at sikre transparens og dermed øge pålideligheden i projektet, er der udført en detaljeret beskrivelse af de valg, der er truffet. Herunder udvælgelsen af deltagere og dataindsamling samt dokumenteret transskriberingsmetode. Det styrker intersubjektiviteten at læseren har

mulighed for at følge alle trin igennem projektet og foretage en selvstændig vurdering af gyldigheden.

### 5.2.1 Databasevalg og litteratursøgning

Ved opstart af projektet er der søgt litteratur omkring FOF i PubMed og Scopus. PubMed er valgt grundet, at det er den database, vi har benyttet tidligere på studiet. Qua vores erfaring med denne kan vi opnå gode søgninger. Scopus er valgt ud fra, at den beskæftiger sig mere med humanvidenskab og kvalitative studier. Vi er bevidste om, at der findes en del andre databaser, og relevante artikler kan være overset ved kun at benytte de to. Vi mener, at de artikler vi har fundet afdækker området og støtter op om resultaterne og, søgningerne derfor har været tilstrækkelige på de to databaser. Det er ikke alt udvalgt litteratur, der indgår direkte i projektet, men det har været med til danne baggrundsviden og har hjulpet til afgrænsning af emnet. Søgningen er forsøgt styrket ved at anvende kaskadesøgning indledningsvis og videre søgning i referencer til relevante studier. Dette for at undgå, at forforståelsen kommer til at styre processen, og fund af resultater ved søgningen. Herigennem er søgeordene til den systematiske søgning også dannet.

### 5.2.2 Interviewguide

Interviewguiden er udarbejdet for at opnå støtte i interviewsituationen, som uerfarne interviewere. Selv med denne var det indimellem svært at få deltageres dybe beskrivelser af deres oplevelser uden, at de kom til at skifte emne. Hvis deltagerne modtog interviewspørgsmålene på forhånd, kunne det have givet mere præcise svar. Men det havde måske resulteret i, at de diskuterede spørgsmålene med andre, hvilket kunne påvirke deres svar. Vi ønskede spontane og reflekterende svar, hvilket vi opnåede. Den interne validitet er styrket med peer examination forud for interviewene ved, at eksterne fagpersoner har gennemgået og forholdt sig kritisk til interviewguiden. Et pilotinterview er udført for afprøvning af interviewguiden, rollen som interviewer, samt for at blive kendt med spørgsmålene. Dette for at sikre kvaliteten i de efterfølgende interview. Erfaringen fra dette er, at alderen spiller en stor rolle. Det kom til udtryk ved, at deltageren ikke var selvhjulpent længere og derfor ikke udførte aktiviteter selvstændigt. Hun

havde derfor svært ved at svare relevant, men fandt dog spørgsmålene forståelige.

### 5.2.3 Udvælgelse af deltagere

Da der ikke fremkom deltagere på den geriatriske afdeling, der levede op til de opstillede krav, blev det vurderet urealistisk at opnå resultater. Derfor blev en kommunal genoptræningsenhed i stedet kontaktet, ud fra tanken om, at deltagerne ville være yngre og mere selvhjulpne, og dermed i stand til at afdække problemformuleringen. Det viste sig hensigtsmæssigt, da deltagerne, vi rekrutterede gennem træningsenheden, var i stand til at reflektere over begrebet FOF, hvordan det påvirkede dem og kunne svare fyldestgørende. På trods af dette var kriteriet om deltagerne ikke må have sygdomme, som i væsentlig grad påvirker det fysiske funktionsniveau, stadig svært at overholde. Derfor endte det med to deltagere med alvorlige sygdomme, som påvirker dem i nogen grad. Ligeledes kan det påvirke projektet, at deltagerne kun er kvinder, da resultaterne muligvis ville være anderledes med deltagelse af mænd, da der kan være kønsmæssige faktorer der spiller ind. Et studie af Scheffer et al. nævner, at der er sammenhæng mellem stigende alder og FOF samt, at forekomsten er størst hos kvinder (17).

Deltagerne blev spurgt om de ville medvirke af en fysioterapeut, der vurderede dem relevante for projektet. Det er ikke sikkert, at de selv havde haft overskud til at melde sig og det styrker troværdigheden, at de ikke selv aktivt har meldt sig. Da variationen i deltagergruppen er stor, har det indflydelse på datamætningen, som ikke er opnået til fulde med de fem interview. Det kan skyldes, at deltagerne var sværere at rekruttere end beregnet og det vurderes hensigtsmæssigt at have udført yderligere to interview, hvis tidsrammen havde været anderledes. Men ifølge Brinkmann er færre interview, der er grundigt analyseret at foretrække frem for mange, der kun er overfladisk behandlet ((31) s. 84).

### 5.2.4 Dataindsamling

Det semistrukturerede individuelle interview er anvendeligt for at undersøge FOF, da deltagerne var reflekterende og fik fortalt om egne oplevelser med fald og FOF. Dog fungerede mindmappet ikke helt efter hensigten, da

deltagerne havde svært ved at associere og derfor ikke fik skrevet meget ned. Det åbnede derfor ikke op for nye vinkler. Under alle interview var begge forfattere tilstede, hvilket vurderes som en fordel, da begge har oplevet situationen. Det bliver nemmere at tolke på nuancer i analysen, og det styrker troværdigheden. Det kan dog påvirke magtsymmetrien, da vi var to sundhedsprofessionelle over for en deltager. I et forsøg på at præge denne var det deltagernes beslutning, hvor interviewet skulle foregå. Fire deltagere valgte eget hjem. Det er vores opfattelse, at de følte sig trygge ved situationen på trods af, at det er et følsomt emne at berøre.

Etik spiller en væsentlig rolle i interviewforskning, da det er komplekst at skulle udforske menneskers liv. I projektet har vi taget flere forholdsregler, for at sikre at processen er foregået etisk korrekt og har løbende reflekteret over disse. Bl.a. ved at benytte samtykkeerklæring, informationsbrev samt overvejet de etiske dilemmaer, der kunne opstå. Derudover har vi via briefing og debriefing haft for øje, at deltagerne har forstået projektets formål samt frivillighedsprincippet. Alle deltagerne har udtalt, at det har været en god oplevelse, hvorfor vi vurderer at nytten af projektet er tydelig, og at ingen har lidt skade.

Der blev benyttet forskertrianglering ved, at hvert interview blev transskriberet af en forfatter og derefter gennemlæst af den anden, for at sikre overensstemmelse mellem lydoptagelsen og transskriptionen. Dette mindsker fejl og misforståelser og er derfor med til at styrke pålideligheden. Det var en fordel, at det var den samme interviewer i alle interview, da der er opnået en større erfaring, hvilket giver større overblik, mere åbne spørgsmål og en positiv oplevelse for deltagerne. På den anden side var der blevet skabt en anden viden, hvis forfatterne havde skiftes til at interviewe. Vi vurderer dog, at erfaring er det vigtigste ift. at opnå viden om FOF.

Indledningsvis gjorde vi det klart for deltagerne, at der ikke var rigtige eller forkerte svar. Dette for at de ikke svarede det, de forventede, vi gerne ville høre. Ligeledes informerede vi om formålet med lydoptagning, så det ikke kom til at påvirke deltagerne i at tale frit. Under alle interviewene har der været opmærksomhed på spørgeteknik samt undgåelse af ledende spørgsmål. Dette lykkedes dog ikke til fulde, da nogle af deltagerne havde lidt svært ved at holde sig til emnet. For at styrke den interne validitet kunne vi have fået deltagerne til at læse og godkende deres udtalelser for at

verificere indholdet. I stedet blev der brugt dialogisk validering, hvor det fortalte blev verificeret under interviewet ved, at der blev spurgt ind til om udtalelserne var rigtigt forstået. Dette styrker intersubjektiviteten mellem deltager og interviewer, men også senere mellem læser og forfatter ((14) s. 182-183).

Det havde været hensigtsmæssigt, der havde været tid i mellem interviewene, til refleksion over hvilke spørgsmål, der åbnede op eller lukkede for deltagernes udsagn. Dette kan være af betydning for de efterfølgende interview ift. kvaliteten. Der var planlagt en periode på fire uger til at udføre interview. Men pga. manglende deltagere, der opfyldte kriterierne, blev alle fem interview gennemført på tre dage i forlængelse af hinanden. Det er derfor en svaghed i studiet, at der ikke har været tid til løbende at transskribere og evaluere rollen som interviewer og heraf udføre ændringer, ved nogle punkter i interviewguiden.

#### 5.2.5 Databearbejdning

Tilstedeværelsen ved interviewene gjorde det lettere at transskribere korrekt, da situationen kunne genkaldes i erindringen. Det havde samtidigt den fordel, at transskriptionen blev en del af analysen. Fx blev det synligt, hvor stor en del af interviewet, der ikke havde relevans for problemformuleringen ((14) s. 78). Da valget er en dybdegående analyse, er det vigtigt at transskriptionen er ordret. Derfor er der i den udarbejdede transskriptionsguide også valgt at inddrage alle pauser, latter og andre udbrud, samt når deltagerne lægger særlig vægt på ord. Det giver et bedre billede af stemninger (43).

Den systematiske tekstkondensering vurderes anvendelig til at analysere de indhentede data og gjorde det muligt at sammenfatte informationen fra de fem deltagere. Med strukturen i tekstkondenseringen var det muligt at sætte forforståelsen i parentes i de trin af analysen, hvor det er hensigtsmæssigt. Fx trin et, hvor det var vigtigt at være åben for nye temaer for, at forforståelsen ikke blev reproduceret. Ved dekontekstualiseringen er der risiko for at miste den oprindelige sammenhæng. Derfor blev transskriptionerne gennemlæst for at sikre, at citaterne ikke var blevet sat i en ny kontekst. I bearbejdningen af data har vi forholdt os kritisk, uden at lægge for

meget vægt på det som flere deltagere nævnte, fremfor det en enkelt nævnte. Dette for at sikre nuancer i resultaterne ((28) s. 318-322). I analysen og bearbejdning af data er der flere gange ændret i både kode- og subgrupper. Det er sket i takt med, at vi i den hermeneutiske cirkel har bevæget os frem og tilbage mellem faserne forforståelse, forståelse og efterforståelse. På den måde har vi opnået dybere forståelse for fænomenet FOF. Samtidigt er en kodegruppe, også blevet ekskluderet, da den vurderes ikke at have relevans. Således er analysebearbejdningen blevet højnet af, at vi har brugt den hermeneutiske cirkel. Der er ikke helt klare skel mellem de endelige kode- og subgrupper grundet, at der i projektet arbejdes med det hele menneske, og det kan være svært at adskille delene fra hinanden.

I modsætning til kvantitativ forskning, er det ikke i kvalitativ forskning muligt at reproducere et resultat, da interviewforløb og spørgsmål aldrig vil blive helt det samme ((28) s. 318). Det er ikke muligt at gentage analysen, ej heller at generalisere resultaterne. Den indsigt der opnås i FOF er afhængig af tid og kontekst. Dvs. den viden vi har erhvervet igennem interviewene først og fremmest gælder for lige det felt, der er udforsket, og det samme gør sig gældende for resultaterne, da tolkningen er forskerbetinget. Interviewene giver dog en dybtgående viden om det enkelte unikke felt. Herigennem opnås en forståelse omkring FOF, som der vil kunne drages nytte af i lignende situationer med andre ældre med FOF, da deres livsverden vil ligne deltagernes.

I kraft af transparensen i projektet er det muligt at lade sig inspirere af dette projekt til udførelse af et lignende studie i en tilsvarende eller anden sammenhæng (44).

## 6.0 Konklusion

Ud fra projektets resultater kan vi konkludere, at der for ældre med tidligere fald er mange faktorer, som har betydning for deres frygt. Mest afgørende er deres oplevelser fra tidligere, da de frygter, at det sker igen eller udfaldet bliver værre. De frygter konsekvenser som fx afhængighed af andre, yderligere skader eller hjælpeløsheden ved at ligge alene. De ydre og indre faktorer har ligeledes en betydning for FOF fx co-morbiditeter, og opleves at være afhængige af den enkelte. Frygten har gjort, at deltagerne er påvirket

på aktivitetsniveau, og de udtrykker alle, at livskvalitet bliver påvirket af de begrænsninger de oplever på deltagelsesniveau, dog ikke kun pga. FOF. Deltagerne benytter forskellige strategier for at mestre FOF med det fælles mål, at forblive selvhjulpen. Ønsket om at forblive selvhjulpen er både omdrejningspunkt for frygten, men også for den måde de mestrer situationer. Hvorfor vi vurderer, at den største frygt ved fald er at miste selvstændigheden.

Vi kan yderligere konkludere, at deltagerne ikke bliver mere trygge af den træning de får, og det er vigtigt, at der til ældre med FOF kommer et øget fokus på mestring af FOF i kombination med fysisk træning, for at bryde den onde spiral. Ved at styrke troen på egen formåen og deres forventning til at kunne mestre frygten i forskellige kontekst, kan det medvirke til at opretholde selvstændighed og livskvalitet.

## 7.0 Perspektivering

Projektets resultater og konklusion åbner op for muligheder til videre forskning. Projektet har taget udgangspunkt i ældre med tidligere fald, for hvem de afgørende faktorer for FOF er tidligere fald samt tab af selvstændighed. Ud fra disse resultater finder vi det interessant at undersøge hvilke faktorer, der er afgørende for ældre, der ikke tidligere har været faldet men frygter det. De udgør en stor gruppe, som fremadrettet vil være i risiko for at falde og dermed en samfundsøkonomisk byrde. Ligeledes omhandler projektet deltagerperspektivet, hvor vi får indblik i den enkeltes livsverden. Yderligere forskning kan tage udgangspunkt i de oplevelser fysioterapeuter i faldforebyggelse har omkring ældre med FOF. Ved at benytte triangulering, kan deres indgangsvinkel bidrage med nye svar til problemstillingen og medvirke til viden om begrebet ((14) 195). Målet er netop at arbejde evidensbaseret i fysioterapeutisk praksis for at yde den bedste behandling til patienterne ((45) s. 18).

Vi finder begrænset litteratur med psykologiske faktorer som primære effektmål, hvorfor det fortsat er vores overbevisning, at forskning bør have fokus på dette. Hvilket også anbefales i et studie af Landers et al., der konkluderer, at psykologiske faktorer er bedre til at forudsige fald end de fysiske. En kombination af kognitiv adfærdsterapi og fysisk træning til ældre med FOF kan nedsætte risikoen for fald og øge livskvaliteten. Udvikling af



interventionsstrategier for at forhindre fremtidige fald, som følge af psykologiske faktorer som FOF, bør være i fokus (6). Det bakkes op af Filiatrault et al., der ligeledes nævner, at kognitiv adfærdsterapi har en positiv effekt. Det hjælper de ældre med at udvikle et realistisk billede af risikoen for fald og FOF, samt at bruge de rette strategier til at mestre FOF og den naturlige aldring (4).

Idet livskvaliteten hos deltagerne i projektet er påvirket ville det være relevant i fremtidig forskning at sammenholde FOF og den påvirkede livskvalitet. Flere studier nævner, at der er en sammenhæng mellem FOF og egen opfattelse af helbred. Ligeledes mellem FOF og i hvor høj grad livskvaliteten er påvirket (11,17,37). Det er vores oplevelse, at påvirket livskvalitet er en faktor for FOF, og det er derfor vigtigt at arbejde med at øge denne samt egen opfattelse af helbred for at kunne reducere FOF.

Ud fra et fysisk træningsperspektiv ville det være interessant at undersøge andre interventionsformer, da vores resultater indikerer, at den konventionelle træning ikke reducerer FOF. Et studie af Bertera et al. påpeger, at Tai chi kan reducere FOF (46). Ligeledes fremgår det i de nye kliniske retningslinjer der udkommer primo 2018, at "konceptuelle bevægelsesformer" kan have den fordel, at det nedsætter FOF, hvilket kan have betydning for den ældres aktivitetsniveau, modvirker funktionstab og opretholder livskvaliteten. Effekten betegnes dog som lille og kvaliteten af evidensen vurderes lav (40). Ud fra samme perspektiv er det også relevant med målrettet forskning omkring den konventionelle trænings effekt på FOF, da der i den eksisterende litteratur er uenighed.

Da FOF ikke er fuldt afdækket, er der behov for yderligere forskning, som fx kan tage udgangspunkt i nogle af ovenstående perspektiver.

## 8.0 Referenceliste

1. WHO | Falls. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 6]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
2. Sundhedsstyrelsen. FALDPATIENTER I DEN KLINISKE HVERDAG – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 2]. Available from: <http://www.sst.dk/~media/1E493E28DB284605A110EEAF1EAE0503.ashx>
3. WHO Global report on falls Prevention in older Age. 2007 [cited 2017 Apr 6]; Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)
4. Filiatrault J, Desrosiers J. Coping strategies used by seniors going through the normal aging process: does fear of falling matter? *Gerontology* [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 1];57(3):228–36. Available from: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000314529>
5. Center for kliniske retningslinjer, Pia Sehested CR. Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 6]. Available from: [http://www.cfkr.dk/images/file/Faldforebyggelse\\_retningslinje\\_final\\_270212.pdf](http://www.cfkr.dk/images/file/Faldforebyggelse_retningslinje_final_270212.pdf)
6. Balance Confidence and Fear of Falling Avoidance Behavior Are Most Predictive...: EBSCOhost [Internet]. [cited 2017 Aug 28]. Available from: <http://web.b.ebscohost.com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=827e6006-fd24-4a1d-95a9-e8e919650b71%40sessionmgr104>
7. Greenberg SA. Analysis of Measurement Tools of Fear of Falling for High-Risk, Community- Dwelling Older Adults. *Clin Nurs Res* [Internet]. [cited 2018 Jan 3];21(211):113–30. Available from: <http://cnr.sagepub.com>
8. Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde [Internet]. Vol. 12, Medicinsk teknologivurdering – puljeprojekter. 2012 [cited 2017 Sep 6]. Available from: <http://www.sst.dk/~media/95FAEDEA026D4000BEA1FD22EA3F6DA1.ashx>

9. Faktor | Gyldendal - Den Store Danske [Internet]. [cited 2018 Jan 3]. Available from:  
[http://denstoredanske.dk/Sprog,\\_religion\\_og\\_filosofi/Sprog/Fremmedord/f-fk/faktor](http://denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Sprog/Fremmedord/f-fk/faktor)
10. Ergoterapi og fysioterapi til ældre. Kbh.: Munksgaard; 2012. 344 sider, illustreret. (Ergo/fys Munksgaard Danmark).
11. Hughes CC, Kneebone II, Jones F, Brady B. A theoretical and empirical review of psychological factors associated with falls-related psychological concerns in community-dwelling older people. *Int Psychogeriatrics C Int Psychogeriatr Assoc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 3];27(7):1071–87. Available from: <https://search-proquest-com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:12048/docview/1689886982/fulltextPDF/1FA4F6E7CAF04FC0PQ/1?accountid=151161>
12. WHOQOL WHOQOL WHOQOL WHOQOL PROGRAMME ON MENTAL HEALTH. [cited 2018 Jan 3]; Available from:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
13. Brødbæk KB og AM. Test og måling i fysioterapi. In: *Basisbog i fysioterapi*. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010. p. 13 sider, illustreret (nogle i farver).
14. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 238 sider, illustreret.
15. Jacobsen LJ og CP. Faldforebyggelse. In: *Ergoterapi og fysioterapi til ældre*. Kbh.: Munksgaard; 2012. p. 18 sider, illustreret. (Ergo/fys Munksgaard Danmark).
16. Avlund CJN og K. Normal aldring og aldring med sygdom. In: *Ergoterapi og fysioterapi til ældre*. Kbh.: Munksgaard; 2012. p. 10 sider, illustreret. (Ergo/fys Munksgaard Danmark).
17. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hoof T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Sep 6];37(1):19–24. Available from:  
<https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afm169>
18. Payette M-C, Bélanger C, Léveillé V, Grenier S. Fall-Related

- Psychological Concerns and Anxiety among Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. Courvoisier DS, editor. PLoS One [Internet]. 2016 Apr 4 [cited 2017 Aug 31];11(4):e0152848. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27043139>
19. Scheibel A. Sygdom og sundhed. In: Basisbog i fysioterapi. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010. p. 15 sider, illustreret (nogle i farver).
  20. Fogstrup KHL og IH. Ergoterapeuters og fysioterapeuters arbejdsopgaver, roller, redskaber og metoder på ældreområdet. In: Ergoterapi og fysioterapi til ældre. Kbh.: Munksgaard; 2012. p. 24 sider, illustreret. (Ergo/fys Munksgaard Danmark).
  21. Lisby H. Bevægelse i et filosofisk perspektiv. In: Bevægelse : en grundbog. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 12 sider, illustreret. (Fysio/Munksgaard Danmark).
  22. Renolen Å. Psykologi - for sundhedsprofessionelle. Kbh.: Gad; 2011. 261 sider, illustreret.
  23. Stokkebæk KA og A. Mestring. In: Psykologi Bind 2 Sundhedspsykologi. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2002. p. 14 sider. (Lærebog for sygeplejestuderende).
  24. Thisted f. 1952 J. Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010. 236 sider, illustreret.
  25. Bo Jacobsen LT og SB. Fænomenologi. In: Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. p. 23 sider.
  26. Öhlén FF og J. Fænomenologi og hermeneutik. In: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. Kbh.: Munksgaard; 2014. p. 27 sider, illustreret i farver.
  27. Jensen EH. Diskursanalyse. In: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. Kbh.: Munksgaard; 2014. p. 21 sider, illustreret i farver.
  28. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 440 sider.
  29. Danielson E. Kvalitativt forskningsinterview. In: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. Kbh.: Munksgaard; 2014. p. 13 sider, illustreret i farver.

30. Henricson M. Diskussion. In: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. Kbh.: Munksgaard; 2014. p. 9 sider, illustreret i farver.
31. Brinkmann S. Det kvalitative interview. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. 224 sider.
32. Ulla Christensen AN og LS. Det kvalitative forskningsinterview. In: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4th ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. p. 29 sider, illustreret.
33. Birkler J. Etik i sundhedsvæsenet. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2006. 181 sider, illustreret.
34. The world medical association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 10]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
35. Høst D, Hendriksen C, Borup I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. Scand J Public Health [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 3];39:742–8. Available from: <http://journals.sagepub.com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:2048/doi/pdf/10.1177/1403494811421639>
36. Lee F, Mackenzie L, James C. Perceptions of older people living in the community about their fear of falling. Disabil Rehabil [Internet]. 2008 Jan 7 [cited 2018 Jan 3];30(23):1803–11. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280701669508>
37. Vind AB, Andersen HE, Pedersen KD, Joergensen T, Schwarz P. Effect of a program of multifactorial fall prevention on health-related quality of life, functional ability, fear of falling and psychological well-being. A randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 3];22:249–54. Available from: [https://link-springer-com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:12048/content/pdf/10.1007%2F978-1-4020-9332-4\\_10.pdf](https://link-springer-com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:12048/content/pdf/10.1007%2F978-1-4020-9332-4_10.pdf)
38. Freiburger E, Häberle L, Spirduso WW, Rixt Zijlstra GA. Long-Term Effects of Three Multicomponent Exercise Interventions on Physical Performance and Fall-Related Psychological Outcomes in

- Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2017 Sep 6];60(3):437–46. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2011.03859.x>
39. Li F, Mcauley E, Fisher KJ, Harmer P, Chaumeton N, Wilson NL. Self-Efficacy as a Mediator Between Fear of Falling and Functional Ability in the Elderly. *J Aging Health* [Internet]. 2002 [cited 2018 Jan 3];14(4):452–66. Available from: <http://journals.sagepub.com.ez-ucs.statsbiblioteket.dk:2048/doi/pdf/10.1177/089826402237178>
  40. Sundhedsstyrelsen. Guideline National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre. [cited 2018 Jan 3]; Available from: <https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/0e1e8752-54f9-4f4c-b735-9132083abd08/HØRINGSVERSION NKR for forebyggelse af fald hos ældre.pdf>
  41. Falls Efficacy Scale-International (FES-I) [Internet]. [cited 2018 Jan 3]. Available from: <https://fysio.dk/fafo/maleredskaber/falls-efficacy-scale-international-fes-i>
  42. Bjørnlund IB. Sundhedsfremme og forebyggelse. In: *Basisbog i fysioterapi*. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2010. p. 22 sider, illustreret (nogle i farver).
  43. Wibeck V. Fokusgrupper. In: *Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination*. Kbh.: Munksgaard; 2014. p. 24 sider, illustreret i farver.
  44. Brinkmann LT og S. Kvalitet i kvalitative studier. In: *Kvalitative metoder : en grundbog*. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. p. 11 sider.
  45. Herbert R. *Evidensbaseret praksis*. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2008. 311 sider, illustreret.
  46. Bertera EM, Bertera RL. Fear of falling and activity avoidance in a national sample of older adults in the United States. *Health Soc Work* [Internet]. 2008 Feb [cited 2018 Jan 3];33(1):54–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326450>