

Veronica Eng  
Marthe Kari Furuseth  
Annette Hammersnes

## Fallforebygging

"Hvilke sykepleiefaglige tilnæringsmetoder kan bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende?"

Bacheloroppgave i Sykepleie, deltid.

Veileder: Inger Balke

Mai 2019



Veronica Eng  
Marthe Kari Furuseth  
Annette Hammersnes

## Fallforebygging

"Hvilke sykepleiefaglige tilnæringsmetoder kan bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende?"

Bacheloroppgave i Sykepleie, deltid.  
Veileder: Inger Balke  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	<b>Fallforebygging.</b>	<b>Dato:</b>	<b>15.05.19</b>
<i>Hvilke sykepleiefaglige tilnæringsmetoder kan bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende?</i>			
<b>Deltakere:</b>	Veronica Eng, Marthe - Kari Furuseth og Annette Hammersnes.		
<b>Veileder:</b>	Inger Balke.		
<b>Stikkord/ nøkkelord:</b>	Accidental falls, Preventive Interventions, Home Care Service og Risk factors.		
<b>Antall sider/ord:</b> 36/10428	<b>Antall vedlegg:</b>	<b>0</b>	
<p><b>Bakgrunn:</b> Fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Fallskader var i 2013 rangert som nummer seks på listen over sykdommer og skader som ga størst helsetap i Norge (Olsen et al., 2017). Fall kan føre til at omsorgsbehovet øker og det kan gi en stor samfunnsøkonomisk belastning. Fokuset på fall og fallforebygging bør økes hos ansatte i hjemmesykepleien (Solbakken og Bondas, 2015).</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke grep sykepleieren kan ta for å forebygge fall hos eldre hjemmeboende.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie som benytter vitenskapelige forskningsartikler og faglitteratur. Ulike databaser ble benyttet for å finne relevant forskning. Artikkene ble analysert, kritisk vurdert og sammenlignet opp mot hverandre og relevant teori, for best mulig å besvare problemstillingen.</p> <p><b>Resultat:</b> Basert på resultatene i de ulike studiene som er brukt i oppgaven kom vi frem til fem ulike hovedtema; Tilnærming og kommunikasjon. Sykepleie og brukermedvirkning. Behov for kompetanseheving hos sykepleiere?. Tverrfaglig- og pårørendesamarbeid, og teknologiske løsninger.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon kan bidra til å forebygge fall hos hjemmeboende eldre. Fokus på relasjonsbygging mellom brukeren og sykepleieren bør vektlegges. Ved å bli kjent med brukerens ønsker og behov, kan sykepleieren lettere gi god tilpasset informasjon, undervisning og veiledning. Føler brukeren tilhørighet til informasjonen, kan brukeren inspireres til å ta virkningsfulle valg, både bevisste og ubevisste. Metoder sykepleieren kan anvende i fallforebyggende arbeid er, å sørge for at brukeren aktivt medvirker, at sykepleieren innehar gode kommunikative ferdigheter og øker kompetansen. Tverrfaglig samarbeid og teknologi er også aktuelle metoder.</p>			

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	<b>Fall prevention.</b>	<b>Date:</b>	<b>15.05.19</b>
<i>Which nursing approaches can contribute to prevent falls among elderly living at home?</i>			
<b>Participants/</b>	Veronica Eng, Marthe-Kari Furusetth og Annette Hammersnes.		
<b>Supervisor</b>	Inger Balke.		
<b>Keywords</b>	Accidental falls, Preventive Interventions, Home Care Service and Risk factors.		
<b>Number of pages/words:</b> 36/10428		<b>Number of appendix:</b>	<b>0</b>
<p><b>Background:</b> Accidental falls are the most common type of accidents among the elderly. Injuries due to falling, were ranked as number six on the list of diseases and injuries that gave the most health loss in Norway in 2013 (Olsen et al., 2017). Accidental falls can lead to increased need for care assistance and can result in a large socio-economic burden. The focus on fall and fall prevention should be increased among nurses in home care services (Solbakken and Bondas, 2015).</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this study is to find good methods that nurses can use to prevent falls among elderly living at home.</p> <p><b>Method:</b> The thesis is a literature review that uses scientific research articles and academic literature. Various databases were used to find relevant research articles. The articles were analyzed and critically evaluated. They were also compared with each other and theory, in order to best answer the question.</p> <p><b>Results:</b> Based on the results of the various studies used in this thesis, we came up with five different main themes; Patient approach and communication. Nursing and patient involvement. Need for nursing skill enhancement?. Interdisciplinary- and dependents cooperation, and technology - the path to a good fall preventive measure?</p> <p><b>Conclusion:</b> The nurse's teaching and guidance function can help prevent falls among elderly living at home. Focus on building a good relationship between the patient and the nurse, should be emphasized. Then the nurse can more easily provide customized- information, instruction and guidance. If the patient feels affiliation to the information, the patient can be inspired to make effective choices, both conscious and unconscious. Methods nurse's can use in fall- preventive work is, to ensure that the patient actively participates, that the nurse holds good communicative skills, and increases their competence. Interdisciplinary collaboration and technology are also relevant methods.</p>			

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	s. 4
1.1 Introduksjon til valgt tema.....	s. 4
1.2 Problemstilling.....	s. 4
1.3 Sykepleiefaglig relevans.....	s. 4
2.0 Bakgrunn.....	s. 5
2.1 Relevant teori.....	s. 6
2.1.1 Virginia Henderson.....	s. 6
2.1.2 Yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper.....	s. 7
2.1.3 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.....	s. 8
2.1.4 Kommunikasjon.....	s. 8
2.1.5 Brukermedvirkning .....	s. 9
3.0 Metode.....	s. 9
3.1 Litteraturstudie som metode.....	s. 9
3.2 Søkestrategi.....	s. 10
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	s. 10
3.4 Kritisk vurdering.....	s. 10
3.5 Søkedokumentasjon.....	s. 11
3.6 Analyse.....	s. 12
4.0 Resultat.....	s. 13
4.1 Presentasjon av valgte artikler.....	s. 13
4.2 Sammenfatning av resultater.....	s. 19
4.2.1 Fall; årsaker, tiltak og konsekvenser.....	s. 19
4.2.2 Brukerens tanker og erfaringer.....	s. 19
4.2.3 Fallforebygging basert på erfaringer fra helsepersonell.....	s. 20
4.2.4 Teknologiske løsninger som fallforebyggende tiltak.....	s. 21
5.0 Drøfting.....	s. 21
5.1 Tilnærming og kommunikasjon.....	s. 21
5.2 Sykepleie og brukermedvirkning.....	s. 24
5.3 Behov for kompetanseheving hos sykepleiere?.....	s. 26
5.4 Tverrfaglig- og pårørendesamarbeid.....	s. 27
5.5 Teknologi, veien videre til et godt fallforebyggende tiltak?.....	s. 29
5.6 Forskningsetiske overveielser.....	s. 31
6.0 Konklusjon.....	s. 32
7.0 Referanseliste.....	s. 33

## **1.0 Innledning.**

### **1.1 Introduksjons til valgt tema.**

Skader etter fall anses som det tiende største helseproblemet på verdensbasis, disse varierer fra lettere skader til dødsfall (Helbostad, 2014). Redusert livskvalitet og lidelse kan være konsekvenser etter fall. Engstelse og bekymringer over nye fall, kan bli en konsekvens som kan føre til begrensninger i hverdagen (Olsen et al., 2017). Fra en samfunnsøkonomisk side kan man se at fall, særlig hos eldre er en hyppig årsak til innleggelser på kirurgisk-ortopediske avdelinger. Mange kan bli avhengig av langvarig bistand, noe som kan føre til større etterspørsel av kommunale helsetjenester (Olsen et al., 2017).

Oppgavens fokus rettes mot fallforebygging hos brukere av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleie er en viktig del av helsetjenestene i Norge, stadig flere mottar tjenesten (Fjørtoft, 2016). Sykepleie i hjemmet innebærer at man i samarbeid med brukeren og eventuelle pårørende, forsøker å finne forsvarlige og kreative løsninger på utfordringer i hverdagen (Fjørtoft, 2016). Hensikten med oppgaven er å belyse hva sykepleiere i hjemmesykepleien kan gjøre for å forebygge fall hos eldre. Det ses på mulige metoder som kan bidra til å redusere risikoen for fall hos brukere.

### **1.2 Problemstilling**

*Hvilke sykepleiefaglige tilnæringsmetoder kan bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende?*

### **1.3 Sykepleiefaglig relevans**

Fallforebyggende arbeid kan ses på som en av sykepleierens ansvarsområder. Sykepleieren har i følge de yrkesetiske retningslinjene, ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016). En måte å forebygge fall på, kan være å bruke sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. I følge Tveiten (2008) kan sykepleierens pedagogiske funksjoner innebære å gi veiledning, undervisning, råd og informasjon til brukere og eventuelle pårørende. En sykepleiers veiledende oppgave kan være å tilrettelegge for brukeren, slik at den kan lære, og oppdage fallforebyggende tiltak. En slik metode kan styrke brukerens opplevelse av mestring (Tveiten, 2008). Undervisning er en planlagt pedagogisk virksomhet, hvor sykepleieren formidler kunnskap til bruker eller



pårørende (Tveiten, 2008). Sykepleieren skal inkludere brukerens ressurser, og la dem medvirke i arbeidet og beslutninger som tas. Brukerperspektivet er sentralt i utformingen av helsetilbudet. Sykepleieren må tilstrebe at brukerens styrke og ressurser ivaretas for å fremme helse (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016). Sykepleie- utførelsen er regulert i lovverk, det legges føringer for hvilke krav som stilles til utøvelsen av yrket, for eksempel helsepersonelloven. Formålet til Helsepersonelloven (2001) er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene som gis til brukere og pasienter. Den skal også bidra til å skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

## **2.0 Bakgrunn**

Eldre med økt falltendens kan føle på en utrygghet ved å bo hjemme. De kan ofte ha flere og sammensatte helseutfordringer. Tilsyn og oppfølging fra hjemmesykepleien kan være nødvendig for å føle økt trygghet i hjemmet (Fjørtoft, 2016). Hjemmesykepleie handler om å arbeide med mennesker og dekke deres behov i hverdagen for å øke forutsetningen til å bli boende hjemme lengst mulig (Fjørtoft, 2016). Sykepleieren må se den enkeltes situasjon. Hva som kan bidra til en best mulig hverdag med opplevelse av trygghet i eget hjem (Fjørtoft, 2016). Mange eldre kan erfare at de får noe redusert funksjonsnivå med årene som kan påvirke hverdagsaktivitetene. Nedsatt syn og hørsel, økt tretthet, redusert matlyst, endringer i kognisjon, balanse og fysisk funksjon, kan være eksempler på funksjoner som endres (Vik, 2015). Fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Fallskader var i 2013 rangert som nummer seks på listen over sykdommer og skader som ga mest helsetap i Norge. Fallskader kan føre til lidelse og redusert livskvalitet. Skadene kan variere fra blåmerker til brudd, og i ytterste konsekvens død (Olsen et al., 2017). Av de 440 eldre som var registrert i en studie utført av Solbakken og Bondas (2015), ble det i en periode på tre måneder registrert 101 fall, fordelt på 72 eldre. I kun 35 av tilfellene hadde sykepleieren beskrevet mulige tiltak for å unngå, eller følge opp hendelsene. Studien viser at helsepersonell i hjemmesykepleien kan ha akseptert fall som en del av utfordringene de står ovenfor i tjenesten. Likevel mente de at fokuset på fall og fallforebygging burde økes hos ansatte i hjemmesykepleien. Fall kan føre til at pleiebehov øker og det kan gi en stor samfunnsøkonomisk belastning (Solbakken og Bondas, 2015). I helse og omsorgstjenesten finnes det flere faglige, juridiske og politiske dokumenter som legger føringer for fallforebygging. Helsedirektoratet (2013) har gitt ut en rapport om fallforebygging i kommunene. Formålet er å gi kunnskaper, erfaringer og anbefalinger om fallforebygging til eldre. Rapporten inneholder også risikofaktorer for fall

hos eldre, fallforebyggende tiltak og eksempler på kommunale fallforebyggende prosjekter, med tiltak og erfaringer (Helsedirektoratet, 2013).

I flere av tilfellene i studien foretatt av Solbakken og Bondas (2015), var det usikkert hva som førte til fall. Det ble registrert at svimmelhet, glatt underlag og økt snubletendens hyppige årsaker. Sykdommer som ikke er medikament relatert, alkohol og medikamenter var også årsaker til fall. Konsekvensene av fall kunne variere fra ingen skade til alvorlige skader. Omfanget av fallhendelser hos brukere av hjemmesykepleie og brukere med trykksalvarmer er stort (Solbakken og Bondas, 2015). Helsedirektoratets avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, satser på å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak. En av innsatsområdene har fokus på fallforebyggende arbeid i institusjon (Helsedirektoratet, 2019). Flere av tiltakene kan være overførbare til hjemmesykepleien. Tiltakspakken i pasientsikkerhetsprogrammet inneholder risikovurderinger som; legemiddelgjennomgang, tilsyn ved behov, pasient og pårørende informasjon likeledes å opprettholde aktivitet og trening (Helsedirektoratet, 2015). Mange eldre har sammensatte utfordringer som kan kreve tverrfaglig samarbeid for best mulig kartlegging av sine behov (Vik, 2015). Under tverrfaglig samarbeid jobber flere yrkesgrupper sammen mot et felles mål. Det er viktig at alle parter er med og tar beslutninger, fordeler oppgaver og arbeider sammen med brukeren om en felles forståelse (Fjørtoft, 2016). Det er påvist at for brukere som mottar helsehjelp av tverrfagligteam, er hyppigheten av innleggelse i sykehjem redusert, og helsetilstanden bedret (Birkeland og Flovik, 2014).

## **2.1 RELEVANT TEORI**

### **2.1.1 Virginia Henderson**

Henderson definerer sykepleierens særegne funksjon, som å hjelpe personer, syke eller friske, i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse. Det må gjennomføres med hensikt i at brukeren skal gjenvinne uavhengighet så raskt som mulig (Henderson, 1997). Henderson (1997) hevder at en del av sykepleierens rolle er å heve brukerens forståelse, og med det, fremme helse. Noen generelle metoder for sykepleie nevnes, eksempelvis å tolke og samtidig forsøke å forstå brukers situasjon, ved å være ydmyk og lydhør. Man bør systematisk og grundig observere situasjonen og bruke empati. Sykepleieren skal gi hjelp og omsorg som fremmer helse og mestring. I følge Henderson (1997) må sykepleieren være oppfinnsom i tiltak som skal settes i gang og de må ta utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. For øvrig trekker hun frem at sykepleiere ikke alltid innehar kompetansen som er nødvendig for å

organisere tiltak, basert på brukerens særskilte behov. Da kan det være nødvendig med tverrfaglig samarbeid. I blant mangler brukeren motivasjon til å fremme egen helse, selv om de har kunnskaper om hvordan. Sykepleieren bør i denne sammenheng fokusere på å motivere brukeren til å gjennomføre de ulike tiltakene. Henderson (1997) hevder at mange brukere har mangelfull kunnskap om hvordan de skal forebygge eller fremme helsen. Sykepleieren må tilpasse hjelpen individuelt, slik at brukeren får det den har behov for. Det kan dreie seg om å informere, veilede og undervise, slik at de selv kan lære hvordan de på best mulig måte kan forebygge sykdom og fremme helsen (Henderson, 1997).

### **2.1.2 Yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper.**

Yrkesetiske retningslinjer er skrevne regler som kan angi retning for hvilke valg og behandling man gir som sykepleier. De viser ikke nødvendigvis direkte hva som kan være det riktige valget i et dilemma (Molven, 2015). Drivkraften bak sykepleierens handlinger skal være å benytte kunnskap til å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom (Sneltvedt, 2016). I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren blant annet ha ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleieren skal ivareta den enkelte brukerens behov for helhetlig omsorg. De sier også at sykepleieren skal fremme brukerens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser. Primært ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Faglig kunnskap og erfaring vil øke sykepleiernes forståelse, men vil ikke kunne tydes på bare en måte. Når man arbeider med mennesker vil man oppleve etiske utfordringer. Sykepleiere skal jobbe etter de fire etiske prinsipper, blant disse er velgjøringsprinsippet som dreier seg om å gjøre godt mot andre. Utfordringen kan være å finne ut av hva brukerne opplever som godt for seg, da dette kan være individuelt. Et annet prinsipp er autonomiprinsippet, som dreier seg om å respektere brukerens beslutning. Noe som kan være en utfordring der sykepleieren ikke opplever at brukeren tar valg som er for eget beste (Brinchmann, 2016).

### **2.1.3 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon.**

Kommunikasjon er hovedformen i veiledning (Tveiten, 2008). Gjennom samtaler og via kommunikasjons- og veiledningsmetoder, legger sykepleieren til rette for brukeren.

Opplevelsen av mestring kan styrkes ved at brukeren oppdager, lærer, ser hva som er relevant for seg, og hvilke begrensninger de har. En viktig del av veiledningen er bevisstgjøring.

Veiledning legger til rette for brukermedvirkning, fokuset ligger på brukerens kompetanse. En veileder skal hjelpe brukeren til å finne svaret, ikke gi svaret. Opplevelse av mestring kan skapes ved at brukeren finner svaret selv (Tveiten, 2008). Hensikten med veiledning er at opplevelsen av mestring skal styrkes, gjennom læring- og oppdagelse. Det gjelder også undervisning. Ofte kan det være hensiktsmessig og nødvendig å kombinere undervisning med veiledning. Det er viktig at brukeren deltar aktivt i undervisningssituasjonen, kunnskapen de mottar vil da kunne bli mer meningsfull. Opplever brukeren kunnskapen som betydningsfull, vil dette engasjere mer (Tveiten, 2008).

### **2.1.4 Kommunikasjon.**

For å undervise, veilede og sette inn tiltak som er tilpasset den enkelte, er sykepleieren avhengig av gode kommunikative egenskaper. Kommunikasjon er en sentral del i sykepleieprosessen (Eide og Eide, 2017). For å kunne planlegge og iverksette tiltak tilpasset brukeren, er det viktig at man forstår hva som formidles, både verbalt og nonverbalt.

Sykepleieren avhenger da av evner som å observere og fortolke observasjonen. Det må kunne trekkes rimelige beslutninger og settes i verk tiltak basert på observasjon, kunnskap og erfaring. Sykepleieren må ha evne til å justere tiltak om nødvendig, for å møte brukerens behov på en bedre måte. Man må også ha evnen til å oppfatte hva som bør sies og når det bør sies (Eide og Eide, 2017). En viktig kommunikativ oppgave er å hjelpe brukerne til å mestre situasjonen sin bedre (Eide og Eide, 2017). Mestringsbegrepet kan brukes som en betegnelse på hvordan brukeren forholder seg til belastninger, endringer og opprettholdelse av egen helse. Ved å gi ny kunnskap gjennom informasjon kan sykepleieren medvirke til at brukeren opprettholder helsen. Motivasjon er viktig for at brukeren skal kunne mestre. Ifølge Eide og Eide (2017) handler det å motivere andre i stor grad om kommunikasjon. Via god kommunikasjon kan sykepleieren oppfatte hva som er viktig for den enkelte, utvikle gode tiltak sammen med brukerne og motivere dem til å nå sine mål. Selvbestemmelse, tilknytning, følelse av kompetanse og mestring, kan bidra til å motivere brukerne. Når sykepleieren møter disse behovene på en god måte, kan det styrke brukerens indre motivasjon til å gjøre endringer og ta grep som kan virke forebyggende (Eide og Eide, 2017).

### **2.1.5 Brukermedvirkning.**

Brukermedvirkning defineres som at “de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet” (Holter og Grov, 2016, s.33). Brukeren bør ses på som ekspert i eget liv. De må bli hørt og respektert. Brukeren bør i større grad oppleve sykepleieren som samarbeidspartner, og bør aktivt medvirke i utformingen av helsetjenestetilbudet (Holter og Grov, 2016). Det å motta hjemmesykepleie kan for noen virke inngripende på privatlivet. Det er i hjemmet vårt vi har frihet til å gjøre det vi ønsker og vil. Sykepleieren har et stort ansvar for å tilpasse tjenesten ut i fra den enkeltes ressurser, ønsker og behov (Birkeland og Flovik, 2014). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999), har brukerne rett til å medvirke i utformingen av sitt eget helse- og omsorgstjenestetilbud. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Brukeren har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen som gis. I følge Fjørtoft (2016), er et av hovedmålene for brukermedvirkning at den enkelte skal kunne oppleve mestring i eget liv.

## **3.0 METODE:**

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

En litteraturstudie er en omfattende studie, med tolkning av litteratur som relateres til et bestemt tema. Hensikten med en litteraturstudie er å søke svar på en problemstilling. Det gjøres ved en systematisk tilnærming, gjennom søk og analysering av relevant litteratur (Aveyard, 2014). Grundige søk og analyser av litteraturen kan lede til ny innsikt. Det er bare mulig når litteraturen er nøye gjennomgått, og alle relevante funn er satt i sammenheng (Aveyard, 2014). De vitenskapelige publikasjonene som brukes i oppgaven er både kvalitative og kvantitative (Støren, 2013). Den kvantitative metodens fordel, er at den gir data i målbare enheter. Den kan for eksempel gi svar i gjennomsnitt eller prosent av hvor mange som faller i løpet av et år (Dalland, 2012). Den kvalitative metoden tar på en annen side for seg meninger og opplevelser som ikke kan føres i tall eller måles. Noe av det som kjennetegner en kvalitativ metode er at den går i dybden og gir mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland, 2012). I følge Dalland (2012), bidrar begge metodene til å øke forståelsen av samfunnet man lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Dette kan for eksempel være samhandling mellom sykepleier og bruker, og andre yrkesgrupper.

### 3.2 Søkestrategi.

I oppstarten ble Google scholar benyttet for å få ideer på søkeord, for å se om det eksisterer nyere forskning på valgt tema. Medline Ovid og SweMed+ er brukt som databaser for å søke etter relevante artikler. For å sikre at artiklene er fagfellevurdert, ble registeret over vitenskapelige publiseringskanaler benyttet som verktøy. Terminologi basen (MeSH) har vært et verktøy for å oversette og finne gode søkeord i databasene. De utvalgte artiklene er nøye gjennomgått og kritisk vurdert. Samtlige artikler er fagfellevurdert nivå 1. De blir fremstilt i egen matrise.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>● Artikkel publisert etter 2009.</li><li>● Omhandler fall/fallforebygging.</li><li>● Relevant for kommunal helse- og omsorgstjeneste.</li><li>● Internasjonal kunnskap med relevans.</li><li>● Publisert på norsk, andre skandinaviske språk eller engelsk.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Publisert før 2009.</li><li>● Publisert på andre språk enn nevnt i inklusjonskriteriene.</li><li>● Artikler fra land som ikke kan sammenliknes med Norsk helse og omsorgstjeneste.</li><li>● Prosjekter gjennomført i sykehus.</li></ul>

### 3.4 Kritisk vurdering.

En kritisk vurdering av valgte vitenskapelige artikler er nødvendig for å vurdere gyldigheten av resultatet i artikkelen. Kritisk vurdering vil ikke si at forskningsarbeidet bak en rapport, eller faglig kvalitet på en bok skal dømmes. Kritikken skal ses i forhold til hva kildene skal belyse. Altså hvorvidt kildene kan benyttes til å beskrive valgt problemstilling (Dalland, 2012). For å gjøre en kritisk vurdering av forskningsartiklene, ble det benyttet noen kriterier som hjelpemiddel for å definere publikasjonens troverdighet. Følgende ble brukt:

Har artikkelen IMRAD- struktur?

Har artikkelen en klart formulert problemstilling?

Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Er resultatet tydelig presentert? (Helsebiblioteket, 2016). Det ble tatt i betraktning at problemstillingene i utvalgte artikler hadde relevans, gyldighet og holdbarhet, og hvilken målgruppe artiklene var rettet mot (Dalland, 2012). Engelskspråklige artikler som er benyttet i oppgaven, er oversatt til norsk. Har arbeidet nøye med oversettingen, på tross av dette ser vi at det kan ha oppstått misforståelser.

### 3.5 Søkedokumentasjon.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel nr.
1: Risk factors 2: Preventive interventions 3: Older people	Medline Ovid	1 2 3 1 AND 2 AND 3	655850 3193 19116 12	Nr. 1
1: Accidental falls 2: Risk 3: Activity	SweMed+	1 2 3 1 AND 2 AND 3	223 7855 2623 10	Nr. 2
1: Accidental falls 2: Psychological	SweMed +	1 2 1 AND 2	223 3344 4	Nr. 3
1: Accidental falls 2: Home care service 3: Accident prevention	Medline Ovid	1 2 3 1 AND 2 AND 3	19881 26458 66166 36	Nr. 4
1: Home care service 2: Accidental falls 3: Risk Management	Medline Ovid	1 2 3 1 AND 2 AND 3	26458 19881 259653 6	Nr. 5
1: Fall - prevention	SweMed+	1	46	Nr. 6

### **3.6 Analyse.**

Forsberg og Wengström (2013), definerer en analyse som å dele opp i mindre deler. Når man analyserer en vitenskapelig studie, bør man dele opp og sette sammen studien på nytt. Når man systematisk har gjennomgått studien, kan man sette opp hovedkategorier etter relevans for litteraturstudiet. Resultatene fra hver studie analyseres og vurderes om de er relevante for litteraturstudien (Forsberg og Wengström, 2013).

Ifølge Polit og Beck (2012) skal man lese, sammenfatte og gjennomgå studier kritisk i en analyse. Fant flere artikler vi så som relevante i forhold til problemstillingen. I oppstarten av analysen, ble teksten lest av hver enkelt. Dette var for å få oversikt og et innblikk i om artiklene var relevante for vår oppgave. Deretter ble det diskutert hva vi hadde oppfattet at artiklene omhandlet. Artiklene vi var enige om var mest relevante for vår problemstilling ble valgt ut. For å se grundigere på innholdet, ble de delt inn i temaer, disse ble diskutert og tolket (Forsberg og Wengström, 2013). Gjennom analysen av artiklene er det grundig gjennomgått om studiene oppfyller inklusjonskriteriene. Sjekkliste har blitt benyttet for å sikre at alle punktene som er nevnt i den kritiske vurderingen er oppfylt. Artiklene har blitt grundig gjennomgått hver for seg, men også satt opp mot hverandre. Avslutningsvis i analysen ble momenter ansett som relevant sammenfattet. Det er undersøkt nøye om artiklene har likhetstrekk som kan styrke resultatene.



## 4.0 RESULTAT

### 4.1 Presentasjon av valgte artikler

Nr. 1: Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in on swedish county.	
<b>Referanse</b>	Witt, S., Englander, E., Kumlien, C. og Axelsson, M. (2018) Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in on swedish county, <i>International journal of older people Nursing</i> , 13:e12209. doi: <a href="https://doi.org/10.1111/opn.12209">https://doi.org/10.1111/opn.12209</a>
<b>Land</b>	Sverige
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å beregne utbredelsen av risikoen for fall blant eldre som mottar kommunale helsetjenester. Det ble også undersøkt sammenhengen mellom fall risikofaktorer og forebyggende sykepleieintervensjoner.
<b>Metode</b>	En kvantitativ tverrsnittstudie, der data som inneholdt risikovurderinger basert på Downton Fall Risk Index (DFRI), og planlagte tiltak fra den kommunale helsetjenesten ble samlet inn fra det svenske kvalitetsregisteret Senior Alert. Data ble analysert ved hjelp av beskrivende og analytisk statistikk. Studien ble foretatt i en kommune i Sverige.
<b>Resultat og diskusjon</b>	I utvalget av 5 427 eldre var risikoen for fall 79%. Det var forskjell i prevalens mellom ulike typer kommunale helsetjenester, kjønn og alder. Det vanligste forebyggende tiltaket var tilpasninger i miljøet, og tiltaket med minst fokus var informasjon og undervisning om fall. Fysisk aktivitet som tiltak var planlagt blant 13,2% av deltakerne. Cirka 27% av de eldre hadde ingen planlagte tiltak, til tross for at de hadde risiko for å falle. Planlagte tiltak samsvarte ikke alltid med risikofaktorene. Et eksempel viser at kun 35,4% av de med økt fallrisiko på grunn av medisiner, har fått farmasøytiske vurderinger som et forebyggende tiltak.
<b>Konklusjon</b>	Fall er vanlig blant eldre mennesker, og de forebyggende tiltakene er ikke tilstrekkelig etter dagens bevis. Det innebærer at en systematisk innføring av retningslinjer for fallforebygging er nødvendig i kommunal omsorg.

**Nr. 2: “Å falle, det kan jo hende alle”.**

<b>Referanse</b>	Balteskard, B. og Clancy, A. (2018) Å falle, det kan jo hende alle, <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 02 (8), s. 122-135. doi: 10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04
<b>Land</b>	Norge.
<b>Hensikt</b>	Få kjennskap til hjemmeboende eldres egne tanker og opplevelser rundt fallhendelser, og i hvilken grad dette påvirker dagliglivet deres.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer med hjemmeboende eldre utført i 2013-2014. Deltakerne i intervjuene var åtte hjemmeboende (fire kvinner og fire menn) fra 74 - 87 år. Ingen hadde kommunale helsetjenester da intervjuene ble gjennomført. Intervjuene var åpne uten en fastsatt intervjuguide. Materialet ble i etterkant gjennomgått og analysert ut fra et spørsmål; “Hva forteller personene om?”.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Tre tema kom frem under tolkningen av intervjumaterialet; Å være menneske er å være utsatt, gammel og alene, og å savne det som var. Disse temaene diskuteres i lys av filosofen K.E. Løgstrup sin tenkning om oppstand mot tiden. Denne tenkningen tar utgangspunkt i et grunnleggende trekk ved vår tilværelse, at vi er sårbare og avhengig av hverandre. Oppstand mot tiden er et fenomen som handler om å kunne leve og engasjere seg i hverdagen tross høy alder. Den angir en motstand mot å kun ha fokus på risiko og skade tenkning. Studien viser at det kan være mange tap i alderdommen. Eksempelvis tap av venner, ektefelle, hjemmet og helsen. Etter man blir pensjonist har man ikke jobben sin å gå til. Det kan føre til at mange eldre får lavere selvbilde og føler de mister noe av identiteten sin. Det å være alene i alderdommen kan i følge Balteskard og Clancy (2018) innebære vantrivsel, isolasjon, engstelse for uønskede hendelser, nedsatt matlyst og vakkende identitetsfølelse.
<b>Konklusjon</b>	Deltakerne i studien ønsket fokus på hvordan de kunne fortsette å være aktivt tilstede i virksomheter de satte pris på, i stedet for fokus på forebygging av risikosituasjoner. Kommunale aktivitetssentre trekkes frem som eksempel på en viktig møteplass. Hverdagen til eldre bør preges av sosialt samvær, muligheter for fysisk aktivitet og gi rom for at tankene preges av annet enn sykdom og plager.

**Nr. 3:** Fear of falling from a daily life perspective ; narratives from later life

<b>Referanse</b>	Mahler, M. og Sarvimäki, A. (2012). Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life, <i>Scandinavian journal of Caring Sciences</i> ; 26, s.38-44. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00901.x
<b>Land</b>	Danmark
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å belyse opplevelsene og betydningen av frykten for å falle i dagliglivet hos eldre hjemmeboende.
<b>Metode</b>	Metoden som ble brukt var en kvalitativ studie inspirert av tolkende fenomenologi. I et fortellende intervju fortalte fem kvinner over 80 år om deres frykt for å falle i hverdagen.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Den samlede tematiske analysen resulterer i fem temaer; Disiplinere dagliglivet. Å bo i en sårbar kropp. Avhengighet og uavhengighet i hjemmet. Utsiden av hjemmet og styrken av viljen og egoet. De eldre kvinnene fortalte om utfordringene ved å håndtere grunnleggende behov, og det å opprettholde det sosiale livet med en bakenforliggende frykt for å falle. Kvinnene måtte organisere seg på forskjellige måter for å ikke miste kontrollen. Å leve med frykten for å falle, vil for mange si å leve med utfordringen om å miste kontrollen på ulike områder. Dette kan gjelde utfordringer med å ivareta grunnleggende behov. Man kan bli avhengig av hjelp fra andre, noe som kan oppleves skamfullt.
<b>Konklusjon</b>	Helsepersonell bør øke fokuset på å ta hensyn til frykten, og betydningen av fall for eldre. Fokuset bør ikke rettes mot begrensningene hos brukeren.

**Nr. 4: Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway.**

<b>Referanse</b>	Berland, A., Gundersen, D. og Bentsen, S.B. (2012) Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway, <i>Nursing &amp; Health sciences</i> 14: s. 452 - 457. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x
<b>Land</b>	Norge.
<b>Hensikt</b>	Utforske fall og fallforebygging basert på erfaringer fra pleiepersonell i hjemmesykepleien.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie. 20 ansatte med ulik fagbakgrunn i hjemmesykepleien deltok i gruppeintervju, temaet var pasientsikkerhet og fall. Sammensetningen av deltakerne er fra to kommuner, kvinner og menn, ingen ledere, ulik ansiennitet og alderssprik mellom 23 - 56 år.
<b>Resultat og diskusjon</b>	<p>Valgt å presentere tre av fire identifiserte temaer fra studien.</p> <p><i>Pasientsikkerhet ble ikke sett på som primær forebygging:</i> Fokus på sikkerhet var varierende i det daglige arbeidet hos de ansatte. Det var spesielt tilstede hos ansatte etter at bekymringsverdige miljøfaktorer ble identifisert. Fokuset på fallforebygging økte etter en ulykke.</p> <p><i>Manglende undersøkelser av årsaker til fall:</i> Etter et fall ble det lagt stor vekt på skadene, ikke årsaker eller metoder for forebygging.</p> <p><i>Pasientautonomi opp mot pasientsikkerhet:</i> Ansatte samarbeidet med brukeren og pårørende om ulike fallforebyggende tiltak. Brukeren ville ikke alltid følge foreslåtte tiltak. Det var ikke lett å forklare risiko for brukere, som ikke forstod eller ønsket å følge anbefalinger.</p>
<b>Konklusjon</b>	Studien fant at ansatte i hjemmesykepleien følte at helsepersonell var mer opptatt av behandling av fall, enn fallforebygging. Helsepersonell fokuserte sjelden på fall før de skjedde. Brukerens autonomi ble plassert foran pasientsikkerheten.

**Nr. 5:** Technology innovations for better fall risk management in home care.

<b>Referanse</b>	Koru, G., Alhuwail, D., Jademi, O., Uchidiuno, U. og Rosati, R.J. (2018) Technology innovations for better fall risk management in home care. <i>Journal of gerontological nursing; Thorofare</i> , 44 (7) , s. 15-20. doi: 10.3928/00989134-20180412-01
<b>Land</b>	Studie fra Midt - Atlanterhavsregionen, USA.
<b>Hensikt</b>	Se på muligheter for å øke kvaliteten innenfor fallforebygging hos hjemmeboende, ved hjelp av teknologiske innovasjoner.
<b>Metode</b>	En detaljert kvalitativ analyse av fall og episoder som nesten førte til fall. Hendelsene ble registrert elektronisk fra et helsesektornettverk bestående av sykehus, legepraksis og rehabiliteringssentre. Totalt meldte legene inn 347 rapporter mellom 2010 og 2014. Rapportene inneholdt pasientdemografi, fallforebyggende tiltak, hendelser etter fallene og en beskrivelse av episoden. Dataene ble sortert og plassert i en konseptuell indeks, styrt av tidligere etablerte forbedringsområder i hjemmetjenester.
<b>Resultat og diskusjon</b>	Studien viste at omtrent halvparten av deltakerne var klar over egen fallrisiko, men falt som følge av at de ikke fulgte rådene de fikk, og ikke innførte anbefalte tiltak. Seks store temaer ble identifisert i indeksen. Temaene handler om manglende fallrisiko kartlegging. Mangler i opplæring og informasjon om bruk av hjelpemidler. For lite tilsyn av pasienter med høy risiko for fall. Manglende forståelse og engasjement hos pasienten om egen situasjon. Manglende kommunikasjon mellom helseinstanser og språk utfordringer der hjelperen og brukeren har ulikt morsmål. Resultatene viser til utfordringene og mulighetene til å forbedre fall risikostyring i hjemmet, sammen med en innsikt i hvordan teknologiske løsninger kan bidra.
<b>Konklusjon</b>	De kommer frem til at fokuset også bør rettes mot mobilisering av eldre, ikke kun et rent fokus på fallforebygging. Informasjonsteknologiske løsninger ble foreslått som løsning på de ulike utfordringene og mulighetene som kom frem i studien, for å positivt påvirke fallforebygging hos hjemmeboende. Det konkluderes med at fremtidige studier bør teste disse løsningene.

**Nr. 6: Treningsteknologi - en del av et fremtidig fallforebyggende tilbud**

<b>Referanse</b>	Brox, E., Røberg, L., Brønlund, M. og Kummervold, P. E. (2018) Treningsteknologi - en del av et fremtidig fallforebyggende tilbud. <i>Fysioterapeuten</i> . 9 (18), s. 56-61. Tilgjengelig i fra: <a href="https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-18/56/">https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-18/56/</a> (Hentet: 22.02.19)
<b>Land</b>	Norge
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å se om enkel teknologi kan gi større motivasjon for egentrening i hjemmet, forebygge fall og potensielt ha en samfunnsøkonomisk nytteverdi.
<b>Metode</b>	Det blir brukt både kvalitativt og kvantitativ metode i studien. 15 deltakere ble valgt ut, og nøye fulgt opp av en fysioterapeut under hele studien. Funnene i studien er basert på observasjoner av fysioterapeuter. Øvelser ble utarbeidet, hver øvelse lagt inn i et skjema hvor de ble vurdert av deltakerne.
<b>Resultat og diskusjon</b>	To typer teknologi ble utprøvd, Falltek og GameUP. Falltek inneholdt et utvalg filmer basert på treningsøvelser anbefalt av Helsedirektoratet. GameUP var et kamerabasert treningsspill som viste hvordan øvelser skulle utføres og registrerte om øvelsene ble utført korrekt. Begge typene utfordrer balansen og koordinasjonen, og har varierende vanskelighetsgrad. Teknologien har forsøkt å ta hensyn til at syn, hørsel og finmotorikk svekkes med alder. Instruksjonene er i form av både lyd og tekst. De fleste som testet Falltek hjemme var fornøyde og brukte fortsatt applikasjonen ofte. Falltek ble foretrukket fremfor ark med øvelser. Observasjoner fra fysioterapeutene viste at tempoet ble for høyt for noen deltakere, og noen øvelser ble for krevende. Noen slet med smerter og det ble for mange repetisjoner. Andre ønsket større utvalg i øvelser. Falltek er en enkel teknologi som tar liten plass i hjemmet. En endelig versjon bør vurderes individuelt til hver bruker, slik at den kan tilpasses. GameUP viste seg å bli for ressurskrevende da det krevde mye instruksjon under bruk.
<b>Konklusjon</b>	Studien konkluderer med at en applikasjon som er tilpasset bruker og kan brukes hjemme, vil kunne tenkes å være fallforebyggende. Teknologien må være intuitiv for at eldre skal mestre å administrere den. Den kan også gi en samfunnsøkonomisk nytteverdi.

## **4.2 Sammenfatning av resultater.**

I denne studien presenteres seks ulike artikler. Resultatene fra disse viser til fire ulike temaer som anses som relevante. De presenteres nedenfor sett fra et objektivt syn.

### **4.2.1 Fall; årsaker, tiltak og konsekvenser.**

I studien til Witt et al. (2018), var det blant 788 deltakere i hjemmesykepleien, registrert 539 personer med fallrisiko. Studien viser til ulike sykepleietiltak som direkte kan forebygge fall. Styrke, utholdenhet og balansetrening sto høyt på listen. I følge studien til Witt et al. (2018), var trening, mobilisering, medikamentgjennomgang og tilrettelegging av miljøet, blant de mest brukte og planlagte tiltakene. Undervisning og informasjon ble sjeldent brukt. Berland et al. (2012), skriver at brukerne ikke alltid fulgte råd som ble gitt for å forebygge fall. Disse tiltakene baserte seg mye på miljøforandringer i hjemmet. Studien til Witt et al. (2018), viste at hos omtrent en fjerdedel av eldre med økt fallrisiko, var det ikke satt i gang forebyggende tiltak. Studien påpeker at det kan være et problem om eldre ikke får undervisning og informasjon om fallrisiko. Dette da valg som tas, kan bero på kunnskapen den enkelte innehar. Eldre foretrekker informasjon om hvordan de kan ivareta seg selv, det kan i følge denne studien være essensielt å sikre at eldre får informasjon som er enkel å forstå. Det kommer også frem at det ikke alltid blir brukt forskningsbasert praksis når det kommer til å planlegge tiltak for å forebygge fall (Witt et al., 2018). Når informasjon om mulig fallrisiko integreres i hverdagen, er muligheten for at helsepersonell klarer å identifisere brukere i risikozonen tidligere og mer effektivt (Koru et al., 2018). Koru et al. (2018) antyder i sin studie at god informasjon til brukere og eventuelle pårørende, kanskje er den største muligheten for å oppnå best resultater innen fallforebygging.

### **4.2.2 Brukerens tanker og erfaringer.**

Balteskard og Clancy (2018) har samlet hjemmeboende Eldres tanker og erfaringer rundt fall. De opplevde en viss uvilje i forhold til å snakke om temaene fall og fallhendelser. Deltakerne var innforstått med at de kunne være utsatt for en risiko for fall, men de ønsket ikke fremstå som personer med fallrisiko. Mahler og Sarvimäki (2012) fokuserer i sin studie på eldre som opplever frykt for å falle. Frykten var en del av hverdagen, som de eldre etter beste evne forsøkte å mestre. Motivasjonen i å kunne mestre hverdagen selv om de var utsatt, ga deltakerne håp og glede. Studien til Balteskard og Clancy (2018) viser til ønsket om å fremstå

som aktive og selvstendige individer som var opptatt av flere ting enn å beskytte seg mot farer. *“Ensidig fokus mot fall og skade kan gi eldre personer et skrøpeligheitsstigma”* (Balteskard og Clancy, 2018). Gjennom studien til Balteskard og Clancy (2018) ble det vektlagt å ha fokus på hva deltakerne ville snakke om og det å være lydhør og oppmerksom. Verdigheten og det å bevare integriteten var overordnet.

Det å bo alene betyr i følge Balteskard og Clancy (2018) at uønskede hendelser som fall, ulykker og akutt sykdom, kan oppstå, uten at det blir oppdaget av andre med en gang. Dette bekreftes i Mahler og Sarvimäki (2012). Deltakerne i studien til Mahler og Sarvimäki (2012) beskriver frykten for at de skal falle og bli funnet på en måte som kan oppleves uverdig. Frykten for å falle kan i seg selv føre til isolasjon. Balteskard og Clancy (2018) skriver at ensomhet kan føre til at man opplever mistriivsel, svekket appetitt og redusert allmenntilstand. Dette er faktorer som kan gi økt fallrisiko. Studien viste at deltakerne hadde strategier for å redusere risikoen for fall, og hvordan de kunne oppsøke hjelp. I studien til Mahler og Sarvimäki (2012), sier deltakerne at de måtte planlegge dagen godt. Struktur i hverdagen var viktig. Det ga følelsen av mestring og kontroll, på tross av at de var avhengig av hjelp til deler av hverdagsaktivitetene. På en annen side mener Balteskard og Clancy (2018) at alderdommen kan innebære endringer i dagliglivet. Noen eldre tvinges til en hverdag de ikke helt kjenner igjen. Fokuset på en sviktende helse og økt risiko kan i følge Balteskard og Clancy (2018) virke identitets truende. Flere forsøkte å unngå dette ved å prøve å leve livet som tidligere. I studien til Mahler og Sarvimäki (2012), viste det seg at det å motta hjemmesykepleie kan gjøre det vanskelig å opprettholde autonomien. De følte at de måtte etablere et godt forhold til de som ga hjelpen, for å kunne uttrykke sine ønsker og behov.

#### **4.2.3 Fallforebygging basert på erfaringer fra helsepersonell.**

Det fremgår i artikkelen til Berland et al., (2012) at ansatte i hjemmesykepleien ofte satte brukerens autonomi foran pasientsikkerheten. Det påpekes at ikke alle brukere fulgte rådene som gitt relatert til fallforebygging. Det kunne for eksempel innebære miljøforandringer i hjemmet som å flytte sengen fra andre etasje ned til første, for å unngå trapper. Begrunnelsen var ifølge de ansatte, at brukerne ønsket at møblene skulle være plassert som tidligere, og at de ikke ønsket å vise behovet for omsorgshjelp. Studien viste at de ansatte i hjemmesykepleien mente behandling av skader etter fall var i større fokus enn forebygging. I tillegg mente de at fokuset sjeldent var på fall før de skjedde. Det kom først når det ble identifisert miljøfaktorer som gav grunn til bekymring for fall.



#### **4.2.4 Teknologiske løsninger som fallforebyggende tiltak.**

Koru et al. (2018) har sett på potensielle informasjonsteknologiske løsninger som kan være nyttige ved fallforebygging. Løsninger der kartleggingsverktøy for vurdering av fallrisiko legges tilgjengelig i et elektronisk dokumentasjonsverktøy. I den forbindelse foreslås det en pasientportal. Der kan helsepersonell legge inn informasjon om fallrisiko for å øke bevisstheten rundt brukeren og pårørende. De foreslår også at brukeren og eventuelle pårørende, kan rapportere fall og nesten fall direkte til helsepersonell via en teknologisk løsning. De kan også søke råd og informasjon om fallforebyggende tiltak. Brox et al. (2018) har gjort en studie om lignende løsninger. Falltek er en teknologisk løsning som kan brukes på smarttelefoner og nettbrett. Treningsøvelser anbefalt av Helsedirektoratet i forbindelse med fallforebygging, er filmet og lagt tilgjengelig med instruksjoner (Brox et al., 2018). De fleste deltakerne i studien var motiverte for å bruke løsningen over tid. Begrunnelsen var at musikken var inspirerende, og det var enkelt å vite hvor lenge man skulle holde på. Det understrekes i konklusjonen i begge studiene, at det må forskes mer på disse foreslåtte løsningene (Koru et al., 2018 og Brox et al., 2018).

### **5.0 DRØFTING**

Ut fra resultatene i de vitenskapelige artiklene og valgt faglitteratur, kom vi frem til fem hovedpunkter vi anser som viktige for sykepleiere i det fallforebyggende arbeidet.

#### **5.1 Tilnærming og kommunikasjon.**

Balteskard og Clancy (2018) har i sin studie intervjuet eldre hjemmeboende. En av fellesnevnerne i intervjuene er at de eldre vet de er i en risikogruppe for økt falltendens, men de ikke ønsker et stort fokus på risikoen. Flere eldre rapporterer også at forebyggende råd og fokus på risiko kan gi angst, noe som igjen fører til at de unngår situasjoner som kan føre til fall (Mahler og Sarvimäki, 2012). Henderson (1997) hevder at brukere ofte har mangelfull kunnskap om hvordan de skal forebygge, eller fremme helsen. Ifølge Mahler og Sarvimäki (2012), ønsker eldre seg informasjon om hvordan de best mulig kan ivareta seg selv. Det vises i studien til Witt et al. (2018), at det kan være essensielt å sikre at eldre får informasjon som er enkel å forstå. Er informasjonen for komplisert og omfattende kan det føre til feiltolkninger, og skape utfordringer i tilnærmingen til brukeren. Dette kan bekrefte verdien av å bli kjent med den enkelte brukeren og vedkommende sin situasjon. Åpenbart er det viktig

at informasjonen tilpasses ut fra den enkeltes behov og forutsetninger, og gjøres forståelig. Lykkes sykepleieren med dette kan det tenkes at bevisstheten rundt fallforebygging øker. Det kan være lettere for brukeren å ta til seg informasjon man føler tilhørighet til. Sykepleieren må bevisstgjøre brukeren om egen fallrisiko, men samtidig respektere den enkeltes ønsker. Henderson (1997) trekker frem noen generelle metoder for sykepleie i sin teori. Der kommer det frem at det er viktig å tolke og samtidig prøve å forstå brukerens situasjon, ved å være ydmyk og lydhør. En av deltakerne i studien til Mahler og Sarvimäki (2012) sier: “siden ingen spurte, er de ikke interessert?”. Ved at sykepleieren spør brukeren om; “hva er viktig for deg?”, og observerer hva brukeren formidler, kan brukeren oppleve at den blir sett. Derimot vil det det motsatte kunne skape mistillit og utrygghet i forholdet mellom brukeren og sykepleieren. Opplevs det en gjensidig tillit og respekt, vil det bli enklere for sykepleieren å kartlegge brukerens behov og ønsker.

Alderdommen innebærer i større eller mindre grad endringer i dagliglivet. Noen eldre tvinges inn i et liv hvor de ikke helt kjenner seg igjen. Situasjonen rundt brukeren bør i følge Henderson (1997) systematisk og grundig observeres. Samtidig sier studien til Balteskard og Clancy (2018) at økt fokus på en sviktende helse og økt fallrisiko, for noen kan virke identitets truende. På en annen side kan det være betryggende, de føler seg ivaretatt når de kjenner på en sviktende helse. Sykepleieren må da klare å fange opp brukerens tanker og følelser rundt økt fallrisiko. “Jeg tør ikke gå på gaten, jeg er livredd for å falle” er et utsagn fra en deltaker i studien til Mahler og Sarvimäki (2012). Sykepleieren kan ved å bruke kommunikative ferdigheter som verktøy, lettere skape tillit hos brukeren og dermed klare å få kjennskap til brukerens innerste tanker, og opplevelser knyttet til fallrisiko. Ifølge Eide og Eide (2017), er det å bli kjent med brukeren, like nødvendig som å utføre prosedyrer og utøve fysisk sykepleie. Det forutsetter at sykepleieren innehar visse egenskaper og ferdigheter for å danne en god relasjon. Dette bekreftes av Eide og Eide (2017) som skriver at kommunikasjon er en av de viktigste redskapene en sykepleier har. Sykepleierens bevissthet rundt sine holdninger, ser vi også som viktig i prosessen der man blir kjent med brukeren. Sykepleierens holdninger og evnen til å kommunisere kan skape etiske utfordringer i arbeidet. Man kan lett styre brukeren i retning av hva man selv oppfatter som viktig, og ikke hva brukeren mener er viktig for seg. God tid kan være en avgjørende faktor for å kunne tilpasse kommunikasjonen til den enkelte. Stress, uventede hendelser, ressurser og økonomi kan skape utfordringer tilnærmingen til brukeren (Fjørtoft, 2016).

I møte med brukeren bør sykepleieren blant annet være aktivt lyttende og observere brukerens nonverbale språk. Motsetninger mellom kroppsspråk og verbalt budskap, kan bety at brukeren ikke får formidlet sine ønsker og behov. Konsekvensen av dette er at sykepleieren misoppfatter, og feil tiltak kan bli satt i gang. Bekreftende kommunikasjon kan brukes for å sikre at sykepleieren har oppfattet riktig (Eide og Eide, 2017). Det kan stilles konkrete spørsmål ut i fra oppfattet budskap. Spørsmål som; "Har jeg forstått deg riktig når jeg har oppfattet at du mener..?". Ved å benytte disse metodene, og ta seg tid til å bli kjent med brukerens ønsker og behov, kan det bli lettere å tilpasse informasjonen. Hensikten bør være å øke brukerens bevissthet rundt fallforebygging, uten å ha et konkret fokus på risikoer.

I studien til Witt et al. (2018), viste det seg at undervisning og informasjon sjeldent ble prioritert. Studien understreker at det kan være et problem om de eldre ikke får undervisning og informasjon om fallrisiko. Valg som blir tatt, kan bero på kunnskapen den enkelte innehar (Witt et al., 2018). Dette bekreftes i studien til Mahler og Sarvimäki (2012), der deltakerne forteller at informasjon de fikk om fallforebygging, påvirket valgene de tok. I denne sammenhengen kan det være hensiktsmessig at sykepleieren benytter sin undervisende og veiledende funksjon for å skape en felles forståelse med brukeren om situasjonen. Tveiten (2008) skriver om viktigheten av å skape trygge rammer og tillit mellom brukeren og sykepleieren. Når brukeren må våge seg ut i en ukjent prosess, som både er kognitiv og emosjonell, er det viktig at brukeren føler seg trygg under veiledning. Gjennom en prosess med samtaler og bruk av veiledningsmetoder, kan sykepleieren legge til rette for brukeren. Den kan oppdage og lære hva som er aktuelt for seg, og hva som er sine begrensninger (Tveiten, 2008). Brukeren kan oppleve mestring, ved at den finner svarene selv, istedenfor at det skapes en frykt. Opplever brukeren at veiledningen og undervisningen fra sykepleieren er relevant for seg, kan dette engasjere brukeren og samarbeidet flyter lettere. Her ser vi igjen at det stilles krav til sykepleierens kommunikative ferdigheter. Sykepleieren bør kunne bruke kommunikasjon tilpasset brukerens interesser og bakgrunn, for å gjøre veiledningen og undervisningen engasjerende for brukeren. Det kan tenkes at kompetanseheving blant sykepleiere kan bidra til å styrke denne rollen. For å styrke sykepleiernes evne til å undervise og veilede bør de inneha god kompetanse om kommunikasjon og ulike tilnæringsmetoder. Profesjonell kommunikasjon benyttes av sykepleieren i møte med brukeren. Formålet med denne kommunikasjonen er å fremme helse og forebygge sykdom. Den bør fra sykepleierens side preges av å være hjelpende og faglig velbegrunnet. (Eide og Eide, 2017). Innehar sykepleierne gode og oppdaterte kunnskaper om fallforebygging og kommunikasjon, kan de

tilpasse veiledning og informasjon og øke brukerens bevissthet. Sykepleieren kan da bidra til å forebygge sykdom og fremme helse slik Henderson (1997) beskriver.

For å bevisstgjøre eldre hjemmeboende om fallforebygging, kan det være nødvendig å foreslå konkrete tiltak. Det kan være utfordrende å veilede eldre hjemmeboende til å fjerne fallfeller. Eksempelvis gulvtepper og sette inn dørterskel eliminatorer. Det å anbefale brukere med soverom i andre etasje til så sette en sykeseng i stua for å unngå trapper kan være et godt fallforebyggende tiltak. På en annen side krever det å gjøre endringer i noens hjem at sykepleieren er ydmyk, og informerer brukeren godt. Dette for å unngå at brukeren opplever tiltaket som en inngripen i privatlivet. Sykepleieren må respektere brukerens ønsker, men de bør veiledes slik at de får styrket egeninnsikt og økt forståelse for risikoer. Da kan de ta valg som er best for seg. Ved å sikre at brukeren har forstått veiledningen, kan sykepleieren bidra til at brukeren blir motivert til å gjøre endringer som kan virke fallforebyggende.

Sykepleierens syn og holdninger kan være avgjørende for et godt samarbeid og for at brukeren forstår sitt eget beste. Hvis sykepleierens syn og holdninger virker negativt på brukeren, kan man risikere at man ikke blir hørt, og dermed kan brukeren ta beslutninger som ikke er heldig for seg. Berland et al. (2012) henviser til en tidligere studie om en eldre brukeres syn på fallforebygging. Den viser at samarbeid mellom sykepleieren og brukeren er viktig for å identifisere passende tiltak, som de eldre er villig til å gjennomføre. Kontinuitet i sykepleien anses som viktig for å kunne bli godt kjent med brukeren og dens behov. Dette kan bli en utfordring i hjemmesykepleien, da det ofte er flere ansatte brukeren må forholde seg til. Vi ser det som en god løsning at tjenesten bør struktureres slik at brukeren får færrest mulig å forholde seg til. Primærgrupper kan være en god løsning. Det forutsetter et godt samarbeid og god kommunikasjon med og rundt brukeren, mellom ansatte.

## **5.2 Sykepleie og brukervedvirkning.**

I studien til Berland et al. (2012) kommer det frem at helsepersonell ofte satte brukerens autonomi foran pasientsikkerheten. Det kan bli et faglig og etisk dilemma når brukeren tar beslutninger selv, uten å følge sykepleierens råd. Brukeren har nødvendigvis ikke alltid god nok innsikt og kunnskap om egen situasjon, og kan derfor ta beslutninger som er uheldige for seg. Dette kan resultere i at sykepleieren står med valget om å forsømme eller gjøre et overgrep for å kunne gjøre det beste for brukeren (Fjørtoft, 2016).

Kommunehelsetjenesteloven (2011) sikrer brukere retten til en tilgjengelig og tilrettelagt tjeneste. For å best mulig legge til rette for gode tjenester, er brukervedvirkning svært viktig.

Det vil si at brukeren ses på som ekspert i eget liv, de må bli sett og føle seg hørt (Holter og Grov, 2016). Ved at brukeren aktivt medvirker i utformingen av sitt tjenestetilbud, kan det unngås situasjoner der sykepleieren står med valget om å forsømme eller gjøre et overgrep. Sett fra en annen side er sykepleierne “ekspertene” på fallforebyggende arbeid og de naturlige aldersforandringene hos eldre, som kan føre til økt falltendens. Vi ser det da som svært hensiktsmessig at brukeren og sykepleieren klarer å skape et godt samarbeid med gjensidig tillit. Sykepleiernes rolle vil være å tilpasse informasjonen og veilede brukeren til å kunne ta avgjørelser som er gode for seg. Dette beskrives også i de yrkesetiske retningslinjene. Sykepleieren skal fremme brukernes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved at de gir tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikrer seg om at brukeren har forstått budskapet (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette er også i tråd med Hendersons teori om at sykepleieren skal tilpasse bistand og informasjon, slik at brukeren får det den har behov for. Vi viser igjen til Berland et al. (2012) som skriver at samarbeid mellom sykepleiere og brukere er viktig for å identifisere passende fallforebyggende tiltak, som brukerne er villige til å gjennomføre. Birkeland og Flovik (2014) bekrefter dette i likhet med teorien til Henderson (1997), da de begge hevder at sykepleieren har et stort ansvar for å tilpasse tjenesten etter den enkeltes ressurser.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikrer brukerne retten til å medvirke i utformingen av sitt eget helse- og omsorgstjenestetilbud. Brukermedvirkningen skal ifølge loven tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Et av hovedmålene for brukermedvirkning er at den enkelte skal kunne oppleve mestring i eget liv (Fjørtoft, 2016). Deltakerne i studien til Mahler og Sarvimäki (2012) opplevde mestring når de ble veiledet til hvordan de fortsatt kunne utføre enkelt aktiviteter med noen justeringer. Brukerens opplevelse av mestring kan styrkes ytterligere, ved at brukeren finner svarene selv via veiledning. Her ser vi også at det stilles krav til sykepleierens kommunikative ferdigheter. Kommunikasjonen bør tilpasses brukerens interesser og bakgrunn, for å gjøre veiledningen og undervisningen engasjerende. Det er vesentlig at sykepleieren blir kjent med brukeren, noe som kan være en utfordring i hjemmesykepleien, med tanke på tidspress, stress, og at de har flere ansatte å forholde seg til.

Enkelte brukere i artiklene til Balteskard og Clancy (2018) og Mahler og Sarvimäki (2012) uttrykker at de ikke ønsker å bli sett på som personer som står i risiko for å falle. Derfor er det viktig å implementere tiltak på en slik måte at dette respekteres, og brukeren ikke føler seg satt i bås. Økt fokus på positive tiltak som mulige aktiviteter, ut fra brukerens ønsker og behov, kan redusere risikoen for at brukeren unngår fysisk aktivitet og trekker seg sosialt

tilbake (Mahler og Sarvimäki, 2012). På en annen side kan man ikke sikkert si at økt fokus på aktivitet kan virke fallforebyggende. Man vet likevel at fokus på brukermedvirkning og opplevelse av mestring, kan virke helsefremmende og forebyggende (Reitan, 2010).

I artikkelen til Balteskard og Clancy (2018) uttrykker flere av de eldre at risikoen for fall medfører uønskede forandringer i dagliglivet. Brukerne føler de mister noe av identiteten sin ved å ikke kunne bruke klær de tidligere har vært vant til. Eksempelvis ved å bytte ut trange skjørt og pensko med bukse og stødige joggesko for å forebygge fall. Studien til Berland et al. (2012) understreker at uønskede forandringer kan føre til identitetstap, som kunne føre til at brukerne ikke fulgte sykepleierens råd om fallforebyggende tiltak. Brukerne følte at miljøforandringer i hjemmet kunne vise at de var avhengig av omsorgshjelp, noe de ikke ønsket skulle være synlig for andre. Dermed ble ikke råd om endringer tatt i betraktning. Fjørtoft (2016) skriver om stemning og atmosfære i hjemmet. Hvor viktig det er for brukeren at de føler seg hjemme i eget hjem. Følelsen av å være hjemme beror på rommene, tingene og menneskene rundt. Sykepleieren kan bidra til at denne hjemmefølelsen vedvarer eller krenkes (Fjørtoft, 2016). Et eksempel kan være en sykeseng i stua. Sykepleieren bør øke bevisstheten til brukeren om hvorfor den bør ta slike valg. Samtidig kan de komme med forslag på hvordan hjemmefølelsen kan opprettholdes. Hjemmefølelsen kan bevares ved at sengen pyntes eller dekkes til på dagtid, ut fra brukerens ønske. Sykepleieren kan vinkle fokuset positivt, med at endringene skal gi økt selvstendighet hos brukeren. Ved å veilede og støtte, kan sykepleieren bidra til at brukeren tar valg som kan virke forebyggende, samtidig som brukermedvirkningen og autonomien ivaretas. På en annen side må sykepleieren være bevisst på at man lett kan forme brukeren. Konsekvensen kan være at brukeren utfører tiltak sykepleieren mener er best, og ikke hva brukeren mener er best for seg.

### **5.3 Behov for kompetanseheving hos sykepleiere?**

Henderson (1997), hevder at en del av sykepleierens rolle er å heve brukerens forståelse. For å kunne styrke forståelsen, ser vi det som viktig at sykepleieren innehar gode kunnskaper, og holder seg oppdatert innen nyere forskning. I studien til Witt et al. (2018) og i Helsedirektoratets (2013) rapport om fallforebygging i kommunen, ser man at det finnes mye kunnskap om fallrisiko, og om hva som kan forebygge fall. Likevel faller et stort antall eldre. Dette gjelder også de som mottar tjenester fra hjemmesykepleien og eldre man vet er i en fallrisiko gruppe. Fall kan gi store konsekvenser for brukeren og i tillegg samfunnsøkonomiske utfordringer. På bakgrunn av dette kan det være behov for økt fokus og

kompetanseheving blant ledere og sykepleiere i hjemmesykepleien. Dette bekreftes i studien foretatt av Solbakken og Bondas (2015). En måte å gjøre dette på, kan være å innføre rutiner med utgangspunkt i pasientsikkerhetsprogrammet. Rapport om fallforebyggende arbeid i kommunen, samt nyere forskning kan benyttes som fagstoff i for eksempel internundervisning og kollegaveiledning.

Fallforebyggende tiltak blir ofte startet først etter at brukeren allerede har hatt et fall (Berland et al., 2012). Witt et al. (2018) sin studie viser også at det i flere tilfeller ikke blir satt i gang forebyggende tiltak hos brukere med fallrisiko. Mener at dette også underbygger et mulig behov for en kompetanseheving rundt fallforebygging. Man kan ikke med sikkerhet si at kompetanseheving vil kunne være nyttig i arbeidet med fallforebygging. Det er likevel nærliggende å tro at det kan ha en positiv effekt. Får sykepleierne økt kompetanse innenfor de typiske årsakene til fall, kan de gi brukeren god og oppdatert informasjon ut i fra behovet. Dette kan dreie seg om kunnskaper om medisiner, ernæring, fallfeller, sykdom og diagnoser, som alle kan være en årsak til at brukeren har økt risiko for fall. Ved at sykepleieren øker kompetansen, kan de settes i stand til å utarbeide informasjon og tiltak som er individuelt tilpasset. De kan for eksempel gi nyttig informasjon om medikamenter brukeren benytter, som kan gi risiko for fall. Ved å øke bevisstheten på denne måten, kan kunnskapen føre til at brukeren tar bevisste og ubevisste valg som kan virke forebyggende. Viktigheten av å holde seg oppdatert og øke sine kunnskaper beskrives av de yrkesetiske retningslinjene som drivkraften bak sykepleierens handlinger. De skal bruke sine kunnskaper til å fremme helse og unngå skade (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Hvis kunnskapene hos sykepleieren er mangelfulle, kan det føre til at de handlingene som utføres, ikke har en helsefremmende og forebyggende effekt. Økt bevisstgjøring hos sykepleieren om bruk av kommunikasjon og kunnskap i møte med brukeren, kan i seg selv øke kvaliteten på samarbeidet.

#### **5.4 Tverrfaglig- og pårørendesamarbeid.**

Tverrfaglig samarbeid kan også være en måte å øke sykepleiernes kompetanse på. Gjennom samarbeidet kan man få ideer og inspirasjon på hvordan man møter brukere, og på hvordan man kan øke deres kunnskaper. Når man samarbeider kan man lære av hverandres erfaring, om hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Brox et al., (2018) har i sin studie forsket på en treningsapplikasjon for eldre hjemmeboende, utviklet av fysioterapeuter. Ved at sykepleiere samarbeider med fysioterapeuten om innføring av denne løsningen, vil innholdet kunne spisses og tilpasses den enkeltes behov. Samarbeid med andre profesjoner er svært

nyttig for å øke kvaliteten på tjenestene som leveres, da det brukes ulik bakgrunn og kompetanse under utviklingen (Vik, 2015). Henderson (1997) sier tverrfaglig samarbeid er spesielt viktig der sykepleierens kompetanse ikke er tilstrekkelig, og der det er behov for tilpasset og sammensatt hjelp. Tverrfaglig samarbeid kan i følge Fjørtoft (2016) være avgjørende for kvaliteten på tjenesten som blir gitt. Et slikt samarbeid handler om nyskapning og synergi like mye som enighet og kommunikasjon. Det er viktig å komme frem til riktig omsorgsnivå for brukeren, sørge for god koordinering av tjenesten og tilse at det blir utvekslet erfaringer og kunnskaper (Fjørtoft, 2016). I tverrfagligteam bør det kun være de fagpersonene det er behov for, slik at brukeren har færrest mulig å forholde seg til. Da det kan oppleves forvirrende og krevende for brukeren å ha mange å forholde seg til. Det kan føre til at brukeren mister motivasjonen for videre samarbeid. Fagpersonen som kjenner, og er i mest kontakt med brukeren, bør ha hovedansvaret. Det kan ofte dreie seg om en sykepleier i hjemmesykepleien. God dokumentasjon og kommunikasjon er avgjørende for et godt tverrfaglig samarbeid. Hvis samarbeidet ikke fungerer optimalt, kan kvaliteten på tjenesten ut mot brukeren reduseres (Heyn, 2016).

Pårørende kan også være en god ressurs i det å bli kjent med brukerens interesser og behov. Et godt samarbeid med pårørende er også en del av sykepleiernes oppgaver. Ved at pårørende inkluderes i diskusjoner der brukeren har gitt samtykke, kan igangsatte tiltak bli mer effektive. Sykepleieren må da være bevisst på å ikke utgi annen informasjon om brukeren enn hva den har gitt tillatelse til. Man må også være oppmerksom på at tiltakene lett kan baseres på hva pårørende mener er viktig for brukeren, og ikke hva den selv mener er viktig for seg. En styrke i pårørendesamarbeid er at de kan fungere som en motivasjonsfaktor for brukeren. Eldre har ofte sammensatte problemer, og når flere øyne ser kan det være enklere å kartlegge og igangsette tiltak som er skreddersydd for hver enkelt bruker (Vik, 2015). Ved å samarbeide med pårørende og øke deres kompetanse rundt brukeren, kan det bidra til tidligere observasjoner av bekymringsverdige situasjoner. Samarbeidet med pårørende kan også være en ressurs i det å styrke brukeren til å håndtere sin situasjon, og øke sin bevissthet rundt fallforebyggende tiltak. Dette bekreftes av Bøckmann og Kjellevold (2015). Det å gi god, oppdatert og tilpasset informasjon til pårørende, har en stor betydning i det å kunne gi støtte, ivareta interesser og bidra til at brukeren lettere kan håndtere sin situasjon (Bøckmann og Kjellevold, 2015).



## 5.5 Teknologi - veien videre til et godt fallforebyggende tiltak?

Samfunnet er i stadig utvikling. Helseprofesjonene opplever endringer i betingelsene for sitt virke. Disse endringene henger blant annet sammen med politisk, økonomisk og teknologisk utvikling. Ny kunnskap og teknologi gir stadig nye muligheter i behandlingstilbudet (Lian, 2007). Ifølge Kjøllesdal (2010), vil sykepleierne og brukerne møte en virkelighet preget av teknologi og beslutninger, basert på teknologiske verdier. Slike verdier kan være: effektivitet, produktivitet, og utnyttelse av ressurser. Fremtidige brukere av hjemmesykepleien vil være omgitt av ulik teknologi. De vil inneha en kompetanse i møte med helsetjenesten som forrige generasjons brukere ikke har. Til tross for dette vil brukerne, også i fremtiden, være sårbare i møte med sykdom og behandling (Kjøllesdal, 2010).

Velferdsteknologi er en løsning som ofte brukes for å ivareta pasientsikkerheten og kan bidra til at eldre kan bo hjemme lengre (Heggestad, 2016). Nye løsninger bør følge utviklingen, samtidig som det tas hensyn til brukeren og dens behov. Man ser også noen etiske utfordringer ved bruk av teknologi. Enkelte kan føle man blir kontrollert eller at teknologien invaderer privatlivet. Teknologiske løsninger kan aldri erstatte relasjonen mellom sykepleieren og brukeren. På en annen side kan teknologiske løsninger styrke relasjonen ved at den brukes på riktig måte (Heggestad, 2016). Koru et al. (2018) har sett på mulighetene ved bruke informasjonsteknologiske (IT) løsninger, for å redusere fallrisikoen hos brukere av hjemmesykepleie. Studien viser at IT- løsninger har potensiale til å forbedre organisatorisk ytelse og kvaliteten på tjenestene. De har sett på løsninger der sykepleieren kan ha ulike verktøy tilgjengelig på smarttelefon når de er ute hos brukeren, dette kan være ulike kartleggingsskjemaer og sjekklister. Bruk av teknologi kan lette og forenkle hverdagen for sykepleiere og brukere. Det kan skape et godt samarbeid med brukeren, da sykepleieren har tilgjengelig hjelpemidler som kan gjøre at veiledningen foregår enklere og mer kvalitetssikkert. Det kan på en annen side føre til etiske dilemmaer, som fremmedgjøring av brukeren. Noe som kan skje om sykepleieren hovedsakelig fokuserer på teknologien i stedet for på den enkelte (Kjøllesdal, 2010). Koru et al. (2018) foreslår også å integrere forebyggende informasjon lett tilgjengelig på smarttelefon. Dette for å identifisere brukere med økt fallrisiko tidligere og mer effektivt. Sykepleieren kan da ha siste oppdaterte forskning om fallforebygging lett tilgjengelig. Noe som krever en kontinuerlig oppdatering av informasjonen, for å ha nyeste forskning tilgjengelig. Det kan være hensiktsmessig at det utvikles en lignende løsning rettet mot brukeren. Brox et al. (2018), har sett nærmere på en løsning som eldre kan ha tilgjengelig hjemmefra. Den har som fokus å gjøre det enklere for

brukeren å være fysisk aktiv, da den alltid er tilgjengelig med tilpassede treningstiltak. Dette er en fersk utvikling som fortsatt krever en del forskning. Ser at en slik løsning er i tråd med at Henderson (1997) hevder sykepleieren må være oppfinnsom i igangsettelse av tiltak, men med utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. Løsningen kan videreutvikles til å inneholde informasjon tilpasset brukeren. Det kan for eksempel være informasjon om hvilke medisiner som kan skape økt fallrisiko og enkle tips til hvordan hjemmet kan tilpasses for å unngå fallfeller. Når sykepleieren har kartlagt hvilke behov brukeren har i forbindelse med fallforebygging, legges informasjon tilgjengelig for brukeren og eventuelle pårørende. Kjenner brukeren seg igjen i innholdet kan den føle tilhørighet til informasjonen og lettere ta det til seg. Motivasjonen kan øke med bedre innsikt i egen situasjon og det kan bli enklere å følge opp tiltakene. Løsningen kan skape noe merarbeid for sykepleieren som skal tilrettelegge informasjonen. Samtidig kan man sammenligne denne informasjonen som en mer utfyllende pleieplan/tiltaksplan som allerede utarbeides i dag. Denne løsningen kan oppfylle kravene, retningslinjene og lovene som sykepleieren må forholde seg til, i forhold til forebyggende og helsefremmende arbeid.

Balteskard og Clancy (2018) fant i sin studie at eldre ikke ønsker direkte fokus på fallrisikoen, de ønsket å være aktivt tilstede i virksomheter de trivdes i. Lett tilgjengelig kunnskap i hjemmet via for eksempel smarttelefon, kan gi brukere følelsen av kontroll over forandringene i dagliglivet og lettere kan tilpasse seg på egenhånd. Det tas stadig i bruk nye teknologiske løsninger, allikevel ser man at mange av dagens eldre har liten erfaring med teknologi. Denne løsningen kan bli utfordrende å innføre hos brukere uten teknologisk kunnskap eller interesse. Det kan også bli en kostnad for staten og kommunene å starte slike prosjekter, men på sikt kan det spare ressursbruk i hjemmesykepleien. Hvis antall fall reduseres, kan det føre til færre innleggelser ved kirurgisk-ortopedisk avdeling. Noe som igjen kan redusere behovet for økt bistand fra hjemmesykepleien, da dette behovet ofte øker etter fall.

## 5.6 Forskningsetiske overveielser.

Ved gjennomføring av både fagutvikling og forskning stilles det krav om etisk og juridisk forsvarlighet i gjennomføringen. Den etiske forsvarligheten i forskningen er regulert på overordnet og internasjonalt nivå av Helsinkideklarasjonen (Bjørk og Solhaug, 2008).

Bakgrunnen for denne deklarasjonen var økt interesse for medisinsk etikk i 1960 årene. Den inneholder krav til vitenskapelig fremgangsmåte og kvalifikasjonene til de som utfører. Det legges særlig vekt på hensynet til at forsøkspersonenes helse og integritet skal gå foran hensynet til forskning og samfunnet (Dalland, 2012).

I den kvalitative studien la vi vekt på anonymisering og hvordan de innhentet data. Studien til Witt et al. (2018), er godkjent av Lund universitetets forskningsetiske komite, basert på Helsinkideklarasjonens prinsipper. I de kvalitative studiene har vi lagt vekt på hvorvidt deltakerne frivillig deltok i undersøkelsen, og at de under studien hadde mulighet til å trekke seg når de måtte ønske. Alle de kvalitative studiene oppfylte disse kravene, bortsett fra studien til Brox et al. (2018). Her var det ikke beskrevet om deltakerne hadde mulighet til å trekke seg. Vi valgte likevel å bruke den da den var anonymisert og deltakerne hadde et godt samarbeid med fysioterapeuten under hele studien. I artiklene som er benyttet i denne oppgaven har vi også forsøkt å finne ut av om bakgrunnen til forfatteren er relevant til å forske på det aktuelle temaet.

## 6.0 KONKLUSJON

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon kan bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende. Kommunikative ferdigheter, sørge for at brukeren aktivt medvirker, kompetanseheving, tverrfaglig samarbeid og nytenkning er metoder som bør vektlegges. Det bør fokuseres på en tilnærming som skaper en god relasjon, basert på trygghet og tillit. Kontinuitet i hjemmesykepleien, kan gi sykepleieren anledning til å bli godt kjent med brukeren og dens behov. Sykepleieren bør ha gode kommunikative ferdigheter. En ferdighet som utvikles over tid. Noe som kan bidra til at brukeren aktivt medvirker og får en god opplevelse, selv om det blir gjort endringer og inngripen i brukerens hverdag.

Kompetanseheving hos sykepleierne bør vektlegges sammen med et generelt fokus på fallforebygging. Det tverrfaglige samarbeidet bør systematiseres. Det må være en lav terskel for å innhente annen kompetanse der brukeren har behov for det. Med disse metodene tatt i betraktning kan sykepleierens undervisende og veiledende rolle styrkes. Sykepleieren blir oppmerksom på å tilpasse informasjonen, undervisningen og veiledningen til den enkelte brukeren og eventuelt pårørende. Føler brukeren tilknytning til det som formidles, kan de lettere ta til seg informasjonen og gjøre egne fallforebyggende valg, både bevisste og ubevisste. Det er behov for at sykepleieren øker kunnskapene om fallforebyggende arbeid, og vektlegger dette i en travel hverdag. Sykepleiere må holde seg oppdatert på nyere forskning om fallforebygging. Tverrfaglig samarbeid vil styrke kvaliteten på tiltak som foreslås når ulike profesjoner arbeider mot samme mål. De kan lære av hverandre og på den måten fremme fallforebyggende arbeid. Samarbeid med pårørende kan gi brukeren motivasjon til å håndtere sin situasjon. De kjenner brukeren godt og kan være en god støtte og ressurs i implementeringen av ny kunnskap, noe som kan oppleves trygt. Teknologiske løsninger kan være et godt verktøy for både sykepleiere og brukere. Løsningene kan fungere som et motivasjonsverktøy og en kommunikasjonsplattform mellom brukeren og sykepleieren. Det kan også være et inspirerende, oppdatert og lett tilgjengelig hjelpemiddel når det gjelder kunnskap og ideer i forebyggende arbeid. Brukerens forutsetninger og behov må vektlegges i utviklingen av teknologiske løsninger. Fremtidens hjemmesykepleie vil være omgitt av ulik teknologi, og brukerne vil inneha en kompetanse i møte med helsetjenesten, som tidligere generasjoner ikke hadde. Alt tatt i betraktning så vil brukerne fortsatt være sårbare i møte med sykdom og behandling, også i fremtiden. De teknologiske løsningene vil ikke erstatte sykepleieres tilstedeværelse, observasjoner og vurderinger.

## 7.0 REFERANSELISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care*. 3.utg. Glasgow: Bell and Bain Ltd.

Balteskard, B. og Clancy, A. (2018) Å falle, det kan jo hende alle, *Nordisk sygeplejeforskning*, 02 (8), s. 122-135. doi: 10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04

Berland, A., Gundersen, D. og Bentsen, S.B. (2012) Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway, *Nursing & Health sciences* 14: s. 452 - 457. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Brinchmann, B.S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-97.

Brox, E., Røberg, L., Brønlund, M. og Kummervold, P. E. (2018) Treningsteknologi - en del av et fremtidig fallforebyggende tilbud. *Fysioterapeuten*. 9 (18), s.56-61. Tilgjengelig fra: <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-18/56/> (Hentet: 22.02.19)

Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2015) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten en klinisk og juridisk innføring*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie*. 3.utg. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Heggestad, A.K.T (2016) Verdighet som fenomen i sykepleien, i Heggestad, A.K.T. og Knutstad, U. *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2*. S. 23 - 37. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helbostad, J. (2014) Bevegelse og aktivitet, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie*. S. 340-359. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>  
(Hentet: 20.03.2019)

Helsedirektoratet (2013) *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger*. (IS - 2114). Oslo. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/98/Fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger-IS-2114.pdf> (Hentet 22.02.2019).

Helsedirektoratet (2015) *Forebygging av fall i helseinstitusjoner*. Tilgjengelig fra:

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner> (Hentet 22.02.2019)

Helsedirektoratet (2019) *Om I trygge hender 24-7*. Tilgjengelig fra:

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>  
(Hentet: 28.03.2019).

Helsepersonelloven (2001) Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 11.05.19).

Henderson, V. (1997) *Basic Principles of Nursing Care*. 2.utg. United States of America: International Council of Nurses.

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363 - 398..

Holter, I.M. og Grov, E.K. (2016) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 27 - 36.

Kjøllesdal, A. (2010) Er teknologisk kompetanse omsorg?, *Sykepleien*, 8, s. 76-77. doi: 10.4220/sykepleiens.2010.0068

Kommunehelsetjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven> (Hentet: 03.05.19)

Koru, G., Alhuwail, D., Jademi, O., Uchidiuno, U. og Rosati, R.J. (2018) Technology innovations for better fall risk management in home care. *Journal of gerontological nursing; Thorofare*, 44 (7) , s. 15-20. doi: 10.3928/00989134-20180412-01

Lian, O.S. (2007) *Når helse blir en vare*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Mahler, M. og Sarvimäki, A. (2012) Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scandinavian journal of Caring Sciences*; 26, s. 38-44. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00901.x

Molven, O. (2015) *Helse og Jus*. 8.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://docs.google.com/document/d/186xFDUtm3BrEf3KSvvsbFjqOYkNO1tessLS3waNhk/edit#heading=h.q5wvr8a7pqce> (Hentet: 21.03.2019).

Olsen, R.M, Ness, T.M og Devik S.A. (2017) Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene, *Senter for omsorgsforskning*, oppsummering nr. 6. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2452445/Fall%20og%20pasientsikkerhet.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet: 05.03.2019)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven.*

Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

[63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)

(Hentet: 10.04.19)

Polit, D. F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Reitan, A.M. (2010) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie.* 3.utg. Oslo: Akribe AS, s 74-107.

Rotegård, A.K., Solhaug, M. og Grov, E.K. (2016) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 27 - 36.

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien.* 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97-113.

Solbakken, R. og Bondas, T. (2015) Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter, *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 11(1) s. 165-179. doi: 10.7557/14.3487

Støren, I. (2013) *Bare søk!* 2.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vik, T. (2015) *Mens vi venter på eldrebølgen.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Witt, S., Englander, E., Kumlien, C. og Axelsson, M. (2018) Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in a swedish county, *International journal of older people Nursing*, 13:e12209. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12209>



