



# **Borta bra, men hemma bäst**

En teoretisk studie om förebyggande av fall i hemmet bland äldre

Victoria Söderström

Theresia Ågren

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



## EXAMENSARBETE

Författare: Victoria Söderström och Theresia Ågren

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: **BORTA BRA MEN HEMMA BÄST** – En teoretisk studie om förebyggande av fall i hemmet bland äldre

---

Datum	Sidantal	Bilagor
September 2011	32	1

---

### Sammanfattning

Syftet med respondenternas examensarbete är att med hjälp av tidigare forskning redovisa vad orsaken till otrygghet i hemmet bland äldre är samt hur man förebygger fall i hemmet.

Metoden som används i arbetet är kvalitativ innehållsanalys. Arbetet är en teoretisk studie med 17 vetenskapligt granskade artiklar och evidensbaserade litterära källor såsom artiklar.

Vårdvetenskapliga utgångspunkter som respondenterna har använt är begreppet Trygghet enligt Eriksson (1994) och enligt Segersten (1994) samt enligt Härkönen-Helle (1992).

De slutsatser respondenterna kom fram till var att förebyggande vård har stor betydelse för fallpreventionen. Resultatet visade även att motion har stor påverkan på förebyggande av fall. Motionen har även en positiv inverkan på den psykiska och fysiska hälsan. Det framkom även att många äldre utsätts för polyfarmaci och detta kan orsaka fall och bör undvikas. Orsaken till otrygghet i hemmet visade sig vara bristfällig självkänsla och självständighet samt brist på sociala kontakter.

---

Språk: Svenska    Nyckelord: Fallprevention, trygghet, äldre

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Victoria Söderström and Theresia Ågren

Degree Programme: Health care

Specialization: Nursing

Supervisors: Ann-Louise Glasberg

Title: **THERE'S NO PLACE LIKE HOME** – A theoretical study about fall prevention for elderly in their homes.

---

Date	Number of pages	Appendices
September 2011	32	1

---

### **Summary**

The purpose of this thesis is to do a theoretical qualitative study on fall accidents among in their homes. The study is done to gain more knowledge about the subject fall prevention and about the factors that have an influence on the of apprehension elderly about feeling safe in their own homes. The study aims to answer these following questions: What is the cause for feeling unsafe at home when you're old? And how can we prevent fall accidents among elderly people still living at home?

The method that is used in the thesis was a qualitative analysis of content. The thesis is a theoretical study with 17 scientifically checked articles and other reliable literary sources. The theoretical framework used is the concept of Safety by Eriksson (1994).

The results showed a great significance of prevention care when it comes to fall prevention. Exercise has a big influence on prevention of falls and it also improves the mental health of the elderly. Polypharmacy is a factor that can cause falls for elderly so this is something that should be avoided.

The results also showed that preventive house calls had a good effect on the prevention care of falls. The reason for feeling unsafe at home in regard of elderly showed signs on faulty self-esteem, independence and a faulty social network.

---

Language: Swedish

Key words: Fallprevention, safety, elderly

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Victoria Söderström ja Theresia Ågren  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoito, Vaasa  
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö  
Ohjaajat: Ann-Lousie Glasberg

Nimike: KOTONA ON AINA PARAS – teoreettinen tutkimus siitä miten  
ennaltaehkäistä mahdolliset kaatumiset kotona.

---

Päivämäärä	Sivumäärä	Liitteet
Syyskuu 2011	32	1

---

### Tiivistelmä

Vastaajien tutkielman tarkoitus on aikaisempia tutkimuksia käyttämällä raportoida syy vanhusten epävarmaan oloon kotona ja lisäksi miten ennaltaehkäistä mahdolliset kaatumiset kotona. Työn lähestymistapa on kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Työ on teoreettinen tutkimus 17 tieteellisestä tarkistetusta artikkelista ja näyttöön perustuvista kirjallisista lähteistä. Hoitotieteelliset perusteet mitkä vastaajat ovat käyttäneet on käsite Truullisuus Erikssonin (1994) ja Segerstenin (1994) ja Härkönen-Hellen (1992) mukaan.

Johtopäätökset mihin vastaajat ovat tulleet ovat ennaltaehkäisevän hoidon suuri merkitys kaatumisen preventoimiseksi. Tulokset näyttivät myös liikunnan suuren vaikutuksen kaatumisen ennaltaehkäisyssä. Liikunnalla on myös positiivinen vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Tuli myös ilmi että mät vanhukset altistuvat polyfarmacialle, tämä voi johtaa kaatumiseen ja siten tätä pitää välttää. Syy turvattomuuden tunteeseen kotona osoittautui johtuvan puutteellisesta itsetunnosta, itsenäisyydestä ja sociaallisten yhteyksien puutteesta.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Putouksen ehkäiseminen, turvallisuus, vanhempi

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
2	Syfte och frågeställningar .....	3
3	Teoretiska utgångspunkter .....	3
3.1	Trygghet .....	3
4	Teoretisk bakgrund .....	5
4.1	Falltendens hos äldre .....	6
4.2	Prevention av fall .....	8
4.3	Medicinering som påverkar falltendensen hos äldre .....	11
4.4	Den äldres välbefinnande .....	12
5	Metod .....	14
5.1	Litteraturstudie .....	14
5.2	Kvalitativ innehållsanalys .....	15
5.3	Undersökningens praktiska genomförande .....	17
6	Resultatredovisning .....	18
6.1	Inre faktorer .....	18
6.1.1	Attityd .....	18
6.1.2	Psykiska välmåendet .....	19
6.2	Yttre faktorer .....	19
6.2.1	Polyfarmaci .....	19
6.2.2	Motion .....	20
6.2.3	Interventioner .....	21
6.3	Faktorer hos den äldre .....	23
6.3.1	Kön .....	24
6.3.2	Ålder .....	24
7	Tolkning .....	24
8	Kritisk granskning .....	28
8.1	Kvaliteter hos framställningarna i sin helhet .....	28

8.2	Kvaliteter hos resultaten .....	29
8.3	Validitetskriterier.....	30
9	Diskussion .....	30
	Källförteckning.....	33

Bilagor

# 1 Inledning

Vår befolkning blir bara äldre och denna åldersgrupp är den största i vårt samhälle. De är de människor som behöver mest stöd och hjälp i vardagen. Vårdplatserna som finns räcker inte till alla våra äldre och därför har man på senaste tiden börjat sträva att de äldre skall få bo hemma så länge som bara är möjligt. Detta är en idealisk sak att sträva efter att hemma känns alltid bäst och tryggast men det är en stor utmaning för social- och hälsovården. Vårdresurserna, såsom personal och ekonomi, är otillräckliga jämfört med det stora vårdbehovet. De äldre som bor hemma så länge som möjligt är inte alltid det tryggaste alternativet och därför görs detta arbete för att sträva till en så trygg miljö som möjligt för våra äldre. WHO (2011) förklarar att i princip i alla länder är proportionen av människor som blivit äldre än 60 år den mest växande populationsgrupp än någon annan grupp. Detta resultat har uppkommit p.g.a. längre förväntad levnadstid.

Enligt World Health Organization (2010) är fall den andra ledande orsaken till olyckor som leder till skador och död runt omkring i världen. Varje år uppskattar man att 424 000 personer dör på grund av ett fall av vilka över 80 procent sker i låg- och medelinkomstländer. WHO påstår även att vuxna över 65 år är den åldersgrupp som mest råkar ut för fallolyckor. Varje år sker över 37,5 miljoner fallolyckor som är så pass allvarliga att de behöver medicinsk vård. De anser att förebyggande av fall genom utbildning, träning, upprätthålla en säker miljö och prioritera fallrelaterad forskning är en sak av hög prioritet.

Forskning- och utvecklingsenheten på Yrkeshögskolan Novia samt Kristinestads stad är respondenternas beställare och projektets namn är "Trygghet i hemmet - dygnet runt" och de vill genom sitt projekt sträva till trygghet i hemmet bland äldre. Forskningen kommer att fokusera på äldre i staden Kristinestad eftersom stora delar av våra samarbetspartners finns där. Styrelsegruppen i projektet vill att vi i vårt arbete skall informera om fallolyckor i hemmet bland äldre och hur man kan förebygga dessa. De vill även att respondenterna skall producera en produkt som är en broschyr som innehåller korta och enkla fakta om fallprevention som är riktad till de äldre som ännu bor hemma.

Examensarbetet utförs som en litteraturstudie och respondenterna använder sig av analysmetoden kvalitativ innehållsanalys. Respondenterna använder sig av källor såsom böcker till de teoretiska utgångspunkterna samt aktuell forskning till analys av ämnet i fråga.

Trygghet är en av utgångspunkterna för att människan skall känna välbefinnande och därför är detta begrepp grunden för respondenternas arbete. Begreppet trygghet beskrivs av Härkönen-Helle (1992, s 88) som en av människans viktigaste grundbehov. Tryggheten är indelad i olika dimensioner såsom yttre omständigheter och inre trygghetsfaktorer. Även Eriksson (1986, 22) delar in begreppet trygghet i två olika grupper; yttre och inre trygghet.

Respondenterna kommer i detta arbete behandla även ämnen som har en betydelse för de äldres möjlighet att bo hemma. Dessa ämnen är falltendens hos äldre, prevention av fall, medicinering som påverkar falltendensen hos äldre, vården samt psykiskt välmående.



## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna forskning är att trygga de äldres situation i deras egna hem, oberoende av livsförändringar som är naturliga vid högre ålder samt förebygga ohälsa. Respondenterna vill trygga de äldre i hemmet samt förebygga ohälsa genom att förebygga fall och minska falltendensen hos den äldre.

Frågorna respondenterna vill få svar på genom examensarbetet är:

Vad är orsaken till otrygghet i hemmet hos äldre?

Hur förebygger man fall i hemmet bland äldre?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna för detta examensarbete har valts utgående från dess syfte och problemprecisering. Vårdteoretikernas Katie Eriksson och Kerstin Segersten syn på begreppet trygghet kommer nu att behandlas.

### 3.1 Trygghet

Begreppet trygghet enligt Eriksson (1986, s. 22) kan delas in i två olika grupper: yttre samt inre trygghet. Den yttre tryggheten innebär en trygg omgivning som inte innehåller direkta faror. Med den inre tryggheten menas att människan har en känsla av lugn, säkerhet, fred, självmedvetenhet och förtröstan. Motpolen till trygghet är otrygghet om man ser det som ett kontinuum. Man kan uppnå inre trygghet genom att uppleva positiva saker i livet och dessa upplevelser grundar sig på människans tillit till andra medmänniskor. Under livets lopp går människan igenom många olika kriser, och positiva lösningar av dessa kriser leder till ökad trygghet hos individen. Den yttre tryggheten påverkas av den omringande miljö människan befinner sig i. En av de viktigaste faktorerna i den yttre tryggheten är relationen till andra människor. Till yttre trygghet räknas även materiella villkor, miljö och känslan av att ha kontroll över saker och ting.

En ledande tanke inom vården har alltid varit trygghet. En kapacitet som är tillfälligt nedsatt, oberoende vilken del av människans hälsa den påverkat, betyder en kris för människan. Förmågan att kunna hantera denna kris, denna tillfälliga svacka i hälsan, leder till ökad mognad hos människan och en känsla av trygghet uppstår. För att kunna lösa dessa situationer behöver människan stöd av omvärlden och medmänniskorna. Att stödja det friska hos personen kan ge personen energi till att lösa sin kris och genom detta uppnå mognad. Eftersom man stöder det friska hos personen uppnår den en känsla av välbefinnande och självmedvetenhet samt egenvärde som i sig behövs för att känna trygghet. (Eriksson 1986, s. 23).

Vård som skall upplevas som trygg för patienten skall respektera hennes revir och intimitet. Varje människa har ett slags revirstinkt och detta avskiljer för sin egen del ett område som är personligt, både fysiskt och mentalt. Dessa revir bär patienterna alltid med sig och bör respekteras så inte patienten skall känna sig ofredad. Om avskildheten inte tas i beaktande skadas tryggheten hos patienten. För att uppnå en trygg vård skall patientens intimitet respekteras vilket betyder att man måste ta i beaktande patientens behov av avskildhet. Det fysiska reviret kan innebära olika områden som t.ex. patientens egna hem, sommarvilla, bil och båt. Reviret är individuellt och alltid specifikt för just den individen, därför borde också patientens yttre revir beaktas när han befinner sig på sjukhus. (Eriksson 1986, s. 23).

Begreppet trygghet kan beskrivas enligt Segersten (1994, s. 19) i fyra olika kategorier enligt de ord som används för att beskriva känslan: 1. de som beskriver det som en allmän känsla av välbefinnande, 2. de som känner en tilltro till det egna jaget, 3. de som känner tilltro till tillvaron i allmänhet och 4. de som känner att de inte utsätts för något hot eller faror. Trygghet innebär en säkerhet för individen om god livskvalitet (Segersten, 1994, s.30). Det framgår tydligt att tryggheten även gäller livskvalitet hos de närmaste, hos nära och kära. Om ens anhöriga har det bra, uppnås trygghet. I samband med hälsan betonas livskvalitet såsom att förbli självständig och må psykiskt bra. (Segersten, 1994, s.37-38)

Människan har en otrolig kämparkraft för att överleva. Detta kräver att man som människa snabbt reagerar på signaler om möjlig fara. I detta signalsystem kan känslan om trygghet samt otrygghet ingå. När otrygghet upplevs riktar människorna energin mot att vara vaksamma, försiktiga och beredda på försvar. Trygghet däremot upplevs som en njutning och belöning så energin riktas även i dessa riktningar. (Segersten, 1994, s.19-20).

Begreppen grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet är något Segersten (1994, s. 22) nämner. Enligt henne är människans grundtrygghet ett väldigt populärt ämne inom den psykologiska litteraturen. En koppling sker ofta mellan begreppet och identitet, jagstyrka och egenvärde. Grundtrygghet eller brist på sådan bildas väldigt tidigt i livet, i väldigt ung ålder. Detta påverkar om människan kommer att känna en grundtrygghet eller en grundotrygghet genom livet. Situationsrelaterad trygghet kan förklaras som en koppling till de faktiska förhållanden som gäller för individen, vilken situation hon befinner sig i och hur hon upplever dessa. Grundtryggheten som är knuten till identiteten hos individen och den situationsrelaterade tryggheten samexisterar för att skapa individens känsla, upplevelse av trygghet. Den uppgör en odelbar helhet och om denna rubbas uppstår otrygghet hos individen.

Även Härkönen-Helle (1992, s. 88) beskriver begreppet trygghet som en av människans viktigaste grundbehov. Om man som människa skall kunna förverkliga sig själv och kunna uppleva närhet måste hon kunna känna trygghet. Även Härkönen-Helle påpekar att tryggheten är indelad i olika dimensioner; yttre omständigheter och inre trygghetsfaktorer.

## **4 Teoretisk bakgrund**

Detta kapitel innehåller den kunskap som läsaren behöver för att förstå innebörden av detta examensarbete och innehållet. Här nedan beskrivs olika orsaker som kan leda till högre risk för fallbenägenhet hos äldre. Dessutom beskrivs medicineringen hos äldre som kan påverka deras falltendens. Vidare behandlas även den psykiska hälsan och det mentala välmåendet hos de äldre samt varför den sociala biten även är viktig i dessa sammanhang.

Sist beskrivs den allmänna och mest vanliga vården som utförs till äldre som råkat ut för fallolyckor. Det är även viktigt att ha kunskapen om de vanligaste hjälpmedlen i dessa situationer så även detta kommer att behandlas nedan. Teoretiska bakgrunden kommer även att innehålla bakgrundsfakta från ett allmänt perspektiv om falltendensen hos äldre.

#### **4.1 Falltendens hos äldre**

Benägenheten för fall ökar med stigande ålder. Enligt en studie som gjorts i Sverige faller 40 % av befolkningen som fyllt 80 år utan någon specifik anledning. Studien påvisar även att äldre som är inaktiva faller mer än de som är aktiva. Alla fall orsakar självklart inte fysiska skador men andra problem som rädsla för att falla igen och tilltron till sig själv kan uppstå. Detta kan i sig leda till att man inte vågar röra på sig så mycket. Detta kan sedan leda till funktionsnedsättning och så har en ond cirkel bildats. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 156).

Behovet av hjälp för att klara vardagen och även vård för sina sjukdomar uppkommer i ålder 70-80 år. Ännu vid 65-79 år kan de flesta finländarna klara av att sköta sina dagliga rutiner själva. Det de behöver hjälp med är det som finns utanför huset, så som att ta sig till butiken och rensa blomrabatten. Forskarna har påvisat att i 75 års ålder börjar antalet skador öka. Redan vid 85 år har de flesta svårt att röra sig. (Kettunen m.fl. 2005, s. 227).

Det är många äldre som bor hemma som drabbas av frakturer och hamnar en längre tid på sjukhuset eller inte kommer sig tillbaka hem p.g.a. benbrott som har orsakats vid fall hemma. Sjukdom, depression samt sömnmedel ökar risken, men även balansen blir sämre på äldre dagar. En vanlig åkomma är att den äldre lider av yrsel. En orsak till det kan vara åldersförändringar, biverkan på mediciner, men även undernäring. I en rapport från ett räddningsverk i Sverige, sägs att fallolyckor som medför sjukhusvård har ökat med nio procent de senaste åren. I trafiken dör det färre personer än det dör äldre p.g.a. fallolyckor (Osteoporos, u.å.).

Konsekvenserna efter ett fall kan vara mycket större hos äldre än hos yngre personer eftersom de är mera känsliga för skador och frakturer. Tio till tjugo procent av de som faller får någon slags skada, 2 % av de som faller drabbas av en höftfraktur. Många äldre avlider i något samband med höftfrakturs operationer. Fall är den olycka som drabbar äldre mest. Efter att den äldre har första gången fallit så är det 60 % av de personer som faller inom ett år igen. Detta är orsaker till varför förebyggande av fall, fallprevention är så viktigt. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 156).

Med stigande ålder försämras även den posturala kontrollen. Eftersom man som äldre har försämrade kompensationsmekanismer för att upprätthålla balansen ökar risken för fall. De styrda reflexerna från de basala ganglierna som hjälper till vid återvinnande av balansen vid en plötslig rörelse, t.ex. förskjutelse av kroppens tungdpunkt, minskar. Detta leder även till ökad falltendens. De äldres gångmönster förändras även från yngre ålder på det viset att stegen blir kortare och gången i sig mera oregelbunden. Om den äldre drabbas av neurologiska problem kan även detta påverka deras fysiska funktionsförmåga. Något som även ökar med åldern är svajtendensen och detta kan bero på inflödet av korrigerande mekanismer för att upprätthålla kontrollen minskar. Svajtendensen ökar även efter intag av mediciner såsom lugnande och sömngivande. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 157).

Uppkomsten av fall hos äldre beror på omgivningen, den äldres aktivitet och individuella riskfaktorer. Individuella riskfaktorer innebär bl.a. kognitiva, motoriska och sensoriska funktionsnedsättningar och vissa medicinska behandlingar. Men största orsaken till fall är ändå ålder och tidigare fall. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 157). Friska och aktiva äldre faller oftare utomhus än inomhus i omgivningsrelaterade situationer såsom halka, mörker och dåligt underlag. Äldre med funktionsnedsättningar faller oftare inomhus och orsaken riktas mera till brister i de individuella förutsättningarna än omgivningen. Inga bevis i dagens läge har kunnat påvisa att den primära anledningen till fall skulle vara omgivningen. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 160).

Nyberg (2006) har skrivit i en artikel att fysisk träning förbättrar muskelstyrkan och balans hos äldre. Artikeln påvisar även att träning bland äldre minskar hjälpbehovet hos de äldre.

Dessa faktorer minskar riskerna för fallolyckor hos äldre. Tidigare hade man en inställning att de äldre som utövade fysisk träning inte hade så stor betydelse på deras livsförhållanden, men Nybergs (2006) artikel påvisar att fysisk träning påverkar de äldre på flere olika positiva sätt bl.a. förebyggande av fall.

En annan artikel av Rydwick (2008) förklarar effekten av träning och fysisk aktivitet hos äldre. Syftet med själva artikeln är att bevisa att hjälpbehovet bland äldre minskar när de levt ett fysiskt aktivt liv. Träning är i hög grad effektivt hos äldre för att behålla självständigheten och förebygga fall.

## 4.2 Prevention av fall

Den fysiska aktiviteten är viktig genom hela livet, man bör upprätthålla en god kondition, eftersom man bygger upp en stark muskel- och benbyggnad. Det är viktigt att man redan som barn har fått in vanan för att motionera och hålla sin kropp i trim, eftersom det återspeglar hälsan till vuxna år. Flera av våra folksjukdomar grundläggs redan som ung (Svantesson m.fl. 2007, s. 9).

Vardagen har en stor betydelse för vår hälsa, hur man tar sig från punkt a till b, tar man bil eller cyklar man, tar man hissen eller trapporna. Det har en stor betydelse på vår totala energiomsättning vad man väljer att sysselsätta sin kropp med. Forskning har påvisat att 30 minuters måttlig fysisk aktivitet om dagen gör gott åt hälsan, t.ex. en rask promenad (Svantesson m.fl. 2007, s. 10). För den äldre generationen räcker det med en promenad på låg eller måttlig fysiskt aktiv nivå för att bibehålla sin kondition (Svantesson m.fl. 2007, s. 27). Träningen eller den fysiska aktiviteten är individuell för alla, en ung atletisk man klarar av mera än en 75-årig man, så man måste själv veta vad som fungerar för ens egen kropp. Man måste komma ihåg att träning har ingen åldersgräns (Svantesson m.fl. 2007, s. 12). En bra träningsform för alla åldrar är stavgång, man rör ordentligt på armarna. Vilket leder till att man får upp pulsen och hjärtat börjar jobba snabbare och man får upp "flåset". Detta leder till att kroppen arbetar och även hela kroppen, stavarna är ett bra stöd för äldre eller de som har sämre med balansen. När man åldras spelar en "aktiv livsstil" en stor roll

för att man skall kunna bibehålla sin fysiska prestationsförmåga (Svantesson m.fl. 2007, s. 26-27).

När man blir äldre går det även då att träna upp muskelstyrkan, men resultaten är individuella, man skall successivt öka på belastningen och inte börja för tungt. Procentuellt ökar muskelstyrkan lika mycket vid äldre som yngre ålder om man tränar regelbundet (Svantesson m.fl. 2007, s. 45).

När man nämner träning hos äldre är även vardagssysslor en viktig träning, så som att gå i trappor, sätta sig på stolar, knyta skor med mera. Detta leder till att man upprätthåller förmågan att klara sig själv (Svantesson m.fl. 2007, s. 46). När man belastar skelettet genom träning stimuleras blodcirkulationen. För att förhindra fallolyckor är det viktigt att träna och upprätthålla sin balans (Osteoporos, u.å.).

Med åren blir man allt mer styv i leder, så det är viktigt att bevara och förbättra ledernas rörlighet. En bra motionsform är vattengymnastik, eftersom vattnet ger motstånd och ens kropp är lättare i vattnet än på land så det är lättare att utöva rörelser (Kettunen m.fl. 2005, 265). En studie som Rydwick (2008) har utfört visar att träning har positiv effekt på muskelstyrka och förflyttningsförmåga oavsett om man lider av någon funktionsnedsättning och oberoende av boendeform. Detta påvisar att ett fysisk aktivt liv kan förlänga levnadstiden och minska hjälpbehovet bland äldre.

Som vårdare är det viktigt att stöda de äldre till att de skall ta hand om sig själva. Man skall motivera den äldre till att sköta om sig själv, men man måste även vara positiv och aktivera den äldre till att fortsätta med hobbyer och motion. Man skall se den äldre ur ett helhetsperspektiv, man skall fundera över vad som behövs för en äldre att må bra både psykiskt och fysiskt. I det ingår även den sociala kontakten med familj och vänner, men även att de skall fortsätta i den förening de har varit aktiva i som yngre (Kettunen m.fl. 2005, s. 259).

Haglund (2010) beskriver förebyggande och behandling av skörhet/bräcklighet hos äldre (eng. Frailty) – som han beskriver är ett hyperangeläget område. Forskningen påvisar att regelbunden träning är viktigt för förebyggande och behandling av sarkopeni och frailty. Detta gäller särskilt styrketräning för äldre. Frailty förbrukar en mycket stor del av sjukvårdsresurserna i samhället och med stigande medelålder kommer detta att öka i snabb takt. Förebyggande och behandling av tillståndet är därför mycket angeläget på många sätt. Frailty kan förebyggas genom t.ex. fysisk aktivitet.

Hjärn-gymnastiken hos äldre är en viktig del att upprätthålla. Minnet sviker även för de som inte har drabbats av sjukdomen demens. Målet med hjärn-gymnastiken är att bibehålla ens reaktionsförmåga och minnet. Enligt hjärnfysiologiska studier kan människan träna hjärn-gymnastiken genom att korsa mittlinjen, exempel är att man ska föra höger hand på vänster knä (Kettunen m.fl. 2005, s. 265).

Grundlinjer för att förebygga fall som publicerats i Nursing older people påpekar att motion och minskande av medicinering är av högsta prioritet om man vill förebygga fall. Man bör även träna balansen, gåendet och styrka. Detta kan man göra genom t.ex. Tai Chi. Lågt blodtryck kan vara en allvarlig faktor i det hela och det finns starka anledningar till att försöka höja det. Man bör även hålla koll på hjärtrytmen och pulsen hos personer med hög falltendens. (Snow, 2011, s. 5).

Som anhörig eller vårdpersonal skall man undersöka den äldres hem orsakerna som kan leda till fall och även informera den äldre om riskerna i hemmet. Exempel på risker är: Hala golv, mattor, mattkanter, trösklar samt olika sladdar som kan ligga på golvet. Detta kan man åtgärda enkelt genom att den äldre sitter vid påklädning, telefonen skall finnas intill sängen så att man inte behöver ha brottomt att svara, använda sig av ordentliga skor och inga tofflor och att utomhus använda sig av skor med halkskydd (Osteoporos, u.å.). Hjälpmedel så som handtag på hala eller besvärliga utrymmen så som badrum och trappor ger en bättre stöd och trygghet. Man bör även kontrollera att det finns låga trösklar så man kan ta sig över med en rullator samt att man inte snubblar (Kettunen m.fl. 2005, s. 267). För en person som behöver mera hjälp finns det olika hjälpmedel till olika aktiviteter,



exempel som många äldre använder sig av vid dålig balans att rullatorer eller käppar som stöd i vardagen (Kettunen m.fl. 2005, s. 244).

### **4.3 Medicinering som påverkar falltendensen hos äldre**

Långverkande bensodiazepiner är väldigt effektiva som ångestdämpande mediciner. Dessa preparat sätts i facket som mindre lämpliga för äldre. Kortverkande bensodiazepiner bör väljas framför långverkande. Bensodiazepiner har väldigt lång halveringstid och detta gör att det finns risk för kumulation för de äldre på grund av att de inte kan göra sig av med medicinerna från sin kropp lika bra som tidigare i livet. Förutom biverkningar såsom dagtrötthet och kognitiva störningar ökar behandling av dessa preparat deras falltendens. De andra biverkningarna kan även öka risken för fallolyckor. (Rundgren, Dehlin, 2004, s. 43).

Man bör alltid gå igenom den äldres medicinering noggrant för att utesluta läkemedelsinducerad falltendens om ett fall uppstått eller omgivningen upplever det som en stor risk för att den äldre skall falla. En studie i Rundgrens och Dehlins (2004, s.159) bok om äldresjukvård påvisar att ända upp till 10 % av de äldre som faller gör det p.g.a. biverkningar av läkemedel. Psykofarma har starkt visat att de bidrar till ökad falltendens.

Fastbom (2006, s.49) skriver att även opioder påverkar den äldres falltendens. Biverkningar såsom dåsighet och trötthet uppkommer efter behandling med opioder och kan även göra de äldre förvirrade. Alla dessa komponenter ökar risken för fallolyckor. Hypotoni kan även förorsaka fall. Både neuroleptika och antidepressiva läkemedel kan göra så den äldre drabbas av hypotoni. (Fastbom, 2006, s. 59).

#### 4.4 Den äldres välbefinnande

Människan påverkas av miljön runtomkring sig. Både fysiskt men även den psykiska hälsan är viktigt för att människan skall må bra och känna välbefinnande. För att människan skall kunna känna välbehag och njuta av livet är det viktigt att utveckla både fysiska och psykiska egenskaper (Kettunen m.fl. 2005, s. 15). Människan får livskriser under hela sitt liv som sätter grund för hur man mår, som äldre vuxen är man pensionär, skuldfri och de flesta är mor- och farföräldrar. Det känns som att man vill ha mycket tid med sina barnbarn, men kroppsligt orkar man inte så mycket som man själv vill. (Cullberg, 2006, s. 104). Vardagen för en nybliven pensionär är inte så lätt, det är en stor omställning i vardagen. Man har inte ett arbete att gå till längre och man får inte den vardagliga sociala kontakten med sina arbetskamrater. Som nybliven pensionär så kan det till en början kännas svårt att hitta den ”nya vardagen” som pensionär, man skall koka sin egen mat och få tiden att gå, förut var man i jobbet, man måste hitta nya sysselsättningar som pensionär. Eftersom det sociala, psykiska och fysiska är viktigt för att man skall må bra kan detta avstanna och ändras efter ens pension. Man bör även då upprätthålla funktionerna, så att inte ens välmående börjar svikta till det sämre (Kettunen m.fl. 2005, s. 90).

När man tar upp om åldrandet och funktionsförmåga kommer det upp ett citat ”*Människan är så ung som hon känner sig*”(Kettunen 2005), detta betyder att människan behöver inte vara gammal, fast åldern är hög. Man blir aldrig för gammal för att utvecklas. Inom vårdvetenskapen är hälsan en mångdimensionell helhet, en process som ständigt förändras. Man kan inte som tjuugoåring elitidrotta och tro att man kommer att vara en frisk människa, man måste utveckla och upprätthålla sin hälsa under hela sitt liv. I detta ingår: egenvård, omsorg om sig själv, livets mening, vardagsliv samt välbefinnande (Kettunen m.fl. 2005, s. 226).

En människas funktionsförmåga spjälks upp i *fysiskt, psykiskt och socialt områden*. Om något av dessa områden inte är bra hos en individ så brukar även de andra två svikta till det sämre. Exempel på detta är, människan med ett brutet ben är inte endast fysisk svag, man kan inte röra sig normalt p.g.a. all smärta och även otympligt att röra på sig. Detta leder till att man drar sig för att socialisera sig med sina grannar under denna tid och man börjar må

psykiskt dåligt på grund av att man inte har den möjligheten att göra sina vardagliga sysslor (Kettunen m.fl. 2005, s. 20).

Den så kallade *fysiska miljön*, ingår både den naturliga och den byggda miljön. Den naturliga miljön betyder allt naturliga som finns i miljön runt oss, träd, blommor, vatten o.s.v. Den byggda miljön är vad människan har byggt, detta är t.ex. trafik, vilket sammanfattar bilar och trafikljus, men även byggnader hör till den byggda miljön. (Kettunen m.fl. 2005, s. 15).

Den *psykosociala miljön* är viktig för att människor ska kunna fungera och leva gott. Eftersom vi är ett flockdjur och trivs att socialisera sig med andra människor. I den psykosociala miljön hör de människor som finns runt oss, dessa är då familjemedlemmar, arbetskamrater och vänner, det som även hör hit är ens kultur och språket. Människan har behov att få diskutera och socialisera sig med andra individer. Människans jaguppfattning får sin grund genom interaktion med andra människor. När man socialiserar så får man reda på hur man fungerar, man vet vilken mat och klädstil man tycker om, men även får man uppfattning om sina egna känslor och ens värderingar, hur man reagerar känslomässigt i olika situationer (Kettunen m.fl. 2005, s. 15-16).

För att man skall kunna upprätthålla sin hälsa vid alla tre kategorierna är det viktigt med motivation samt ett socialt nätverk, om det är sämre med motivation från sig själv är det bra att ha någon annan som kan motivera och uppmuntra att fortsätta (Kettunen m.fl. 2005, s. 46). Den psykiska hälsan är viktig för att människan skall orka motivera sig själv, för att citera Sigmund Freud "*Psykisk hälsa är förmåga att arbeta och älska*" (Kettunen m.fl. 2005, s. 63).

## 5 Metod

Vi har använt oss av litteraturstudie samt innehållsanalys i vårt arbete. I detta kapitel kommer vi att ta upp om vad det innebär att använda sig av dessa studier samt hur man går tillväga.

### 5.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie betyder att man gör en insamling av information, som även kallas data, från vetenskapliga artiklar och avhandlingar. Det är viktigt att materialet man väljer att använda motsvarar ens syfte och frågeställningar och att det ger ett svar på dessa. Litteraturstudien innebär en systematisk sökning, även kallad datainsamling, och en systematisk granskning/analys görs. Sen skall man även utföra en kvalitetsbedömning av data relaterat till studiens syfte. (Werntoft, 2011).

Under en forskningsprocess är det viktigt att man sammanställer de fakta som redan finns om just det ämnet man skall skriva om. Man bör även kontrollera vilka sökmeter som har använts förut inom ämnet. För att få ett resultat och nytta med sin studie bör man ha frågeställningar, frågor som man vill ha svar på grund av denna forskning. För att få ett tillförlitligt svar så bör man kritiskt granska sina källor. I slutet av sin forskning bör det jämföra resultaten med varandra, det skall vara trovärdigt samt vara relevant så att läsaren samt forskaren själv skall kunna använda forskningen i praktiken. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 173-174).

Första kravet som bör finnas med i en litteraturstudie är frågeställningen, detta bör vara en klar och tydlig fråga som förknippas med ens område man studerar, det område man skall forska i. Innan studien påbörjas bör man ha ett klart syfte. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 174-187). Man bör ställa upp en teori, vad man tror det kommer att påvisa i sin studie, detta innebär att man vill uppnå med sin forskning, vad man vill komma fram till med sin forskning, är ens teori sann. (Rosing, 2002, s. 36).

När litteraturer söks till forskning är det viktigt att man tar upp om ett brett område, inom vården kan man ta ur många synvinklar, den anhöriges, patientens, vårdpersonalen men även olika kulturer kan tas upp. Hur det upplevs i olika sammanhang, man bör ha bra artiklar och andra källor för att få ett brett kunskapsområde. När man söker en tillförlitlig källa är det bra att söka via olika databaser, där är de flesta kritiskt granskade. Och för att få mest möjliga träffar är det viktigt med ett bra sökord. När man har funnit artiklar är det att sammanfatta deras syfte och metod med forskningen. Detta är det grundläggande i ens egen forskning, där man sedan jämför alla källor med varandra. Sedan sammanställer man resultaten till en text. Där skall det framkomma skillnader samt likheter med de olika forskningarna och om det sedan överrensstämmer med ens egna källor. Sammanfattningen av artiklarna skall avslutas med svaret på ens frågor och syfte med forskningen. Syftet med en litterär studie är att få mera kunskap om ämnet, som man kan förnya genom att komplettera med nya studier med gamla. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 174-187).

## **5.2 Kvalitativ innehållsanalys**

En kvalitativ innehållsanalys är en metod som koncentrerar sig på att tolka innehållet i texter och den används främst inom beteendevetenskap, vårdvetenskap samt humanvetenskap. En kvalitativ innehållsanalys kan tolkas på olika nivåer och den är applicerbar på olika sorts texter. Detta gör den användbar inom många olika forskningsområden. Olika texter som kan tolkas är exempelvis bandade ut printade intervjuer, observationsprotokoll, dagböcker samt journaler. Ansatsen från det metodologiska synsättet kan vara deduktiv eller induktiv. Med en deduktiv ansats menas analys utifrån en på förhand färdig mall, teori eller modell. Ett exempel på detta kan vara en granskning av omvårdnadsdokumentation med utgångspunkt från omvårdnadsprocessens olika steg. Den induktiva ansatsens innebörd är en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors egna upplevelser hur det t.ex. är att leva med en kronisk sjukdom. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 159-160). Varje vetenskaplig metod har olika begrepp som hör till deras egna metod. För innehållsanalysen är dessa etablerade begrepp analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 162).

Om man jämför kvalitativ innehållsanalys med motsatsen kvantitativ innehållsanalys metod så innebär kvantitativ tradition att man strävar till den "objektiva sanningen" så långt som bara möjligt när kvalitativa igen uppfattar sanningen som finns i betraktarens ögon som det relevanta. Detta innebär att omvärlden uppfattas som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv. En kvalitativ innehållsanalys innebär att en text, som är föremålet för analysen, skall ses i sitt sammanhang och detta innebär att tolkningen av intervjupersonernas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Detta ger en slutsats om att en text får mening genom läsaren och att en text inte har en färdig mening utan att flera tolkningar är möjliga och kan vara lika giltiga fast det finns en möjlighet att de är olika. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 160). Med kvalitativ innehållsanalys växlar man mellan att studera sitt objekt på nära håll och på distans. Detta leder i sin tur till att forskaren blir mera en medskapare i forskningsprocessen än vad hon eller han skulle vara i en kvantitativ process. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 161).

Det relevanta i kvalitativa innehållsanalys är att beskriva variationer genom att känna igen skillnader och likheter i texter. Dessa skillnader uttrycks på olika sätt på olika nivåer i både kategorier och teman. Kontext har betydelse vid skapandet av teman och kategorier. En aspekt av kontext är det sammanhang i vilken studien genomförs. För att kunna tolka texter behövs kunskap om det sammanhang studien är utförd i, som ett exempel deltagarnas levnadsförhållanden i studien. Delar av textens innehåll måste även förstås utifrån den text som kommer före och efter. Detta betyder att delar av texten inte hur som helst kan plockas bort från sin omgivning. Man ser inte en text som autonom och fri från sitt sammanhang. (Granskär, Höglund-Nielsen, 2008, s. 162).

Fördelar med kvalitativ innehållsanalys kan vara en förankring i datamaterialet och analysen. En annan fördel är att datamaterialet är rikhaltigt och detaljerat. Det positiva med kvalitativ innehållsanalys är även att det finns tolerans för tvetydigheter och motsägelser, att de finns möjligheter till alternativa förklaringar. Om man sedan ser på motsatsen, nackdelarna, data kan vara mindre representativa. Tolkningen kan ske för nära forskarens egen uppfattning, dens egna "jag". En annan negativ aspekt kan vara risken för att

innehållet lyfts ur sin kontext. Förklaringen till det hela kan bli allt för förenklad. (Denscombe, 2009, s. 400).

### **5.3 Undersökningens praktiska genomförande**

Denna litteraturstudie är ett beställningsarbete från forskning och utvecklingsenheten på yrkeshögskolan Novia med 17 vetenskapligt granskade forskningar. Respondenterna har sökt via sökmotorer som EBSCO, CINAHL, Springerlink, Cochrane, Swemed+ och Medic. Respondenterna har använt sig av sökorden på engelska "elder", "prevention", "home", "fall", "fallprevention", "prevention of fall" samt sökorden på svenska "äldre", "prevention", "prevention av fall" och "fallolyckor". Begränsningar som användes var fulltext samt från året 2006 och framåt. Det har funnits gott om artiklar men relevansen har inte alltid varit den bästa. Därför har respondenterna noggrant valt ut sina artiklar genom att hitta sådana som kan bilda en röd tråd genom hela arbetet. Antalet träffar vid sökorden har varierat massor beroende på vilken sökmotor respondenten använt sig av. Cochrane samt Swemed+ och Medic har gett få träffar på sökorden "prevention av/of fall" och "fallprevention" men dock väldigt användbara medan sökmotorerna EBSCO, CINAHL och Springerlink gett otaliga träffar med de flesta sökord men artiklarna var inte alltid relevanta eller trovärdiga. Respondenterna har valt artiklarna efter kvalitet och trovärdighet. Respondenterna har strävat till att använda sig av så ny forskning som möjligt. När respondenterna sedan hittat relevanta och pålitliga artiklar har de studerats noga och sedan införts i tabellen som gjorts på alla de vetenskapliga artiklar som använts i arbetet. (Se bilaga 1.)

## 6 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisar respondenterna vad artiklarna resulterat i. Resultatet kommer att redovisas i tre olika kategorier som är inre faktorer, yttre faktorer och faktorer hos den äldre. Under dessa kategorier finns underrubriker som är viktiga att lyfta upp. Under inre faktorer finns attityd och det psykiska välmåendet. Kategorin yttre faktorer spjälks upp i polyfarmaci, motion och interventioner. Interventioner delas sedan in i ytterligare grupper som är förebyggande hembesök, sysselsättningsterapi samt hjälpmedel. Den sistnämnda kategorin faktorer hos den äldre delas in i kön och ålder.

### 6.1 Inre faktorer

Respondenterna har under kategorin inre faktorer delat in rubriken i två grupper som är de viktigaste ämnena som hör till inre faktorer. Ord av stor betydelse är av **svärtad stil** för att pointera deras betydelse.

#### 6.1.1 Attityd

I en studie gjord av Hughes, Van Beurden, Earkin, Barnett, Patterson, Backhouse, Jones, Hauser, Dip, Beard och Newman (2008) undersökte man de äldres **attityd** mot fallolyckor och det visade sig att personer som upplevt fall samt de som inte varit med om en fallolycka hade samma attityd gentemot fall. Skillnaden som ändå uppstod var att de som fallit tidigare var mycket mer försiktiga än de som inte fallit. Den psykiska aspekten är med andra ord lika hos båda grupperna, de upplever inte **rädsla** för fall men det påvisades att **tryggheten** var svagare. De som hade en privatförsäkring kände sig tryggare än de som inte hade det och majoriteten som kände sig mest otrygga var kvinnor jämfört med män. Studien om de äldres attityd till fallolyckor skriver Hughes m.fl. (2008) att äldre personer inte känner rädsla för fall. De som upplevt fall har samma attityd som de som inte fallit. De äldre som har privatförsäkring känner sig tryggast av alla de som deltagit i studien.



### 6.1.2 Psykiska välmåendet

Det visar sig att de förebyggande hembesöken har en väldigt god inverkan på de äldres **psykiska hälsa** och detta ledde till minskad dödlighet. Studien påvisar även att dess inverkan påverkar även den fysiska hälsan positivt hos de äldre. Fagerström, Wikblad och Nilsson (2009) vill i sin studie som handlar om förebyggande hembesök få fram att det även har en positiv inverkan på de äldres psykiska välmående. De pointerar även att alla aspekter av ett förebyggande hembesök har en inverkan såsom de individuella målen hos de äldre som kan uppnås t.ex. **upprätthålla självständighet** och **trygghet**.

I en studie gjord av Sjösten, Vaapio och Kivelä (2007) som handlar om den psykiska hälsan har någon inverkan på att de äldre faller. Det framkommer att i de allra flesta fall har den psykiska hälsan ingen inverkan på falltendensen hos den äldre.

## 6.2 Yttre faktorer

Respondenterna har under kategorin yttre faktorer delat in rubriken i tre grupper som är de viktigaste ämnena som hör till de yttre faktorerna. En av dessa kategorier delas sedan in i mindre grupperingar. Ord av stor betydelse är av **svärtad stil** för att påpeka deras betydelse.

### 6.2.1 Polyfarmaci

I en forskning av Sirkin (2008) påvisas det att vid **polyfarmaci** är risken större för att man drabbas för en fallolycka. Man vill genom studien se om det finns något sammanhang mellan läkemedelsbehandlad hypertoni och falltendens. Eftersom 70 procent av befolkningen som är över 65 år lider av hypertoni och en tredjedel av dessa faller varje år vill man se om det finns något samband. Patienter som behandlas för hypertoni har ofta flere mediciner som de använder samtidigt. Mediciner kan ha en stor påverkan på vårt balanssinne. Sirkin (2008) menar att man bör alltid göra en individuell läkemedelsbehandlingsplan till patienter beroende på deras sjukdomshistoria.

Fonad (2008) anser i sin studie att Minskning av förskrivning av bland annat sömntabletter kan reducera antalet fallolyckor inom äldreården. Fonad (2008) fann i sin studie att 29 procent av fallolyckorna på sjukhemmen kunde förklaras med användningen av sömnmedel innehållande benzodiazepiner. Samband mellan fallrelaterade frakturer och användning av sömnmedel innehållande benzodiazepiner visades också. Även för mildare typer av lugnande läkemedel och vissa neuroleptika (antipsykotiska preparat) fanns ett samband med fallolyckor och frakturer. Det konstateras även i studien att fysiska begränsningsområden ger tydligt mätbara resultat, men att det är viktigt att de inte används så att de inskränker patienternas frihet eller i sig själva orsakar andra typer av skador.

Syftet med forskningen som Gillespie m.fl. (2008) gjorde ville de påvisa om motion förebygger fallolyckor och om vitamin D har någon inverkan på ens hälsa vid fall. En av tio fall leder till frakturer och en av fem behöver medicinsk hjälp. Resultatet vid forskningen påvisar att motion minskar risken för fall men inte för så kallade riskfall. Äldre som använt sig av **vitamin D**, har lägre risk för fraktur vid fall.

Fonad (2008) anser att man idag kan förskriva läkemedel på rutin men om man i stället arbetade mer förebyggande och restriktivt avseende med lugnande läkemedel, speciellt benzodiazepiner, skulle antalet fallolyckor och risken att falla minska avsevärt. Många gånger används även fysiska begränsningsåtgärder, så som rullstolar, sänggrindar och säkerhetsbälten, för att förhindra fallolyckor.

### 6.2.2 Motion

Enligt Howe, Rochester, Jackson, Banks och Blair (2007), påstår att **fysisk träning** förbättrar balansen hos äldre. Studien påvisade hos de som ökade på sin träning så förbättrade sin balans, dock kundes det inte påvisa att det var innehållande effekt på resultaten.

Träning för människan gör gott för själen, anser Fagerström och Lindgren och Chatarine (2011). Där de i sin studie informerade äldre om motiverande faktorer för att de skall bli intresserad av att ta hand om sin kropp och börja **motionera** och delta i träningsgrupper. De blev informerade om hur man förebygger fall genom träning. Detta leder till att även personalen fick mer kunskap om hur man skall stimulera de äldre. Resultatet med studien påvisade positivt, de äldre kände sig mera självständig, förbättrad fysisk balans och att kunna självständigt gå och upprätthåller deras funktioner. Hindren för undersökningen var brist på motivationen att röra på sig, dålig erfarenhet av motion kan vara en av orsakerna.

I en studie som Day m.fl. (2002) undersökte man äldre personer som bodde hemma hur stor effekt motion har för hälsan. De fick medverka i en **gruppmotion** där de blev informerade om faror som finns i hemmet, detta förbättrade deras livssituation. Man ville även förbättra den äldres insikt om risker i hemmet. Resultatet med studien påvisade att **balansen** blivit bättre med motionen, de andra faktorerna hade inte någon stor inverkan på falltendens, men kopplad med motion minskade fallolyckorna.

Träningens effekt hos äldre med funktionshinder har Carlsson m.fl. (2010) gjort en forskning om. Åldersgruppen är 65-99 år med funktionshinder som bor på någon vårdinrättning. Samband med deras träning fick de en proteinberikad drink, studiens syfte var att påvisa ifall det hade någon inverkan på personens hälsa och muskelmassa. Uppföljning gjordes efter tre månaders träning. Proteindrinken hade ingen inverkan på personernas muskelmassa och hälsa.

### 6.2.3 Interventioner

En studie gjord av Gillespie, Gillespie, Robertson, Lamb, Cumming och Rowe (2003) vill bedöma effekterna av interventioner som är gjorda för att minska antalet fall hos äldre människor som lever i samhället på egen hand eller på en institution samt sjukhus. Studien visar insatser som kommer att vara till nytta för detta ändamål är multidisciplinär, multifaktoriell hälsa, miljörelaterade riskfaktorer som genomgår screening samt åtgärdsprogram i samhället. Interventioner för att förhindra fall som sannolikt kommer att

vara effektiva är nu tillgängliga, dock är det mindre känt om deras effektivitet för att förebygga fallskador är relevanta eller ej.

McClure, Turner, Peel, Spinks, Eakin och Hughes (2008) har gjort en studie angående fallrelaterade skador bland äldre personer. Studien säger att reducering fallskador bland äldre kan utföras genom att bedöma effektiviteten av befolkningsbaserade interventioner, definierat som samordnat inom hela gemenskapen; multi-strategi, initiativt. I det stora hela under studiens gång kommer McClure, Turner, Peel, Spinks, Eakin och Hughes (2008) fram till att populationsbaserade interventioner förebygger fall hos äldre. Studien sammanfattar även att fallrelaterade skador är de vanligaste och mest allvarliga medicinska skador som äldre råkar ut för.

Kerzman (2004) har utfört en studie som koncentrerar sig på att försöka lindra och bidra till att färre fallolyckor sker vid anstalter hos äldre personer. Ett av resultaten som Kerzman (2004) kom fram till var att man bör informera och utbilda personalen bättre angående fallolyckor. Man kom även fram till att de allra flesta fallolyckor sker på morgonen, förmiddagen på dygnet. Fallolyckorna har även ökat sedan 1998 och patienterna blir mer och mer äldre. Personalen igen har minskat och har inte kunskapen som behövs inom området fallprevention.

En studie av Fagerström, Wikblad och Nilsson (2009) baserar sig på hur man uppnår trygghet hemma hos äldre och minskar dödligheten. Fagerström vill även få fram de goda hälsoeffekterna ett **förebyggande hembesök** kan ha och vill även få fram resultatet från ett hälsoresurs perspektiv. De fann att förebyggande hembesök som gjordes under forskningstiden gjorde att de äldre fann större trygghet och dödligheten minskade.

En studie av Sahlen, Löfgren, Hellner och Lindholm (2008) behandlar ämnet förebyggande hembesök hos äldre och att dessa är kosteffektiva. De vill få fram att om man börjar satsa på förebyggande hembesök så kan man dra ner sjukhuskostnaderna drastiskt när det gäller vår äldre population som är en av de största patientgrupperna på sjukhus som är en helt

naturlig sak. Under undersökningens gång minskade dödligheten drastiskt och man kunde t.o.m. få fram siffror, dvs. förhindrade dödsfall var räknade elva av 196. Sahlen, Löfgren, Hellner och Lindholm (2008) ville kontrollera de äldres hälsa genom att utföra dessa förebyggande hembesöken och det i sig minskade dödsfallen.

I en studie av Bleijlevens, Hendriks, Van Haastregt, Crebolder och Van Eijk (2010) visade det sig att **sysselsättningsterapins** roll på fallprevention inte är betydlig. Man ville undersöka om sysselsättningsterapin hade någon möjlighet att bidra till ett tvärvetenskapligt fallpreventionsprogram som skall minska fall och funktionsnedgång hos äldre. Man uppnådde inte önskade resultat men man fullgjorde ändå 65 procent av rekommendationerna man kom fram till angående service och hjälpmedel. Man föreslog att man kan försöka förbättra sysselsättningsterapins roll genom att effektivisera programmet. Man kom även fram till att man bör stödja deltagarna mer på även det individuella planet med deras önskade mål.

I en studie av Salminen, Vahlberg, Salonoja, Aamio och Kivelä (2009) om effekten baserad på ett multifaktoriellt fallpreventionsprogram för att förebygga fall kommer det fram att det multifaktoriella fallpreventionsprogrammet hjälper personer som har större risk att falla. Av de personer som deltog i studien som tidigare hade fallit hade procenten för risken för att falla på nytt gått ner med hjälp av **hjälpmedel**. Hjälpmedel visade sig även ha en positiv påverkan på de äldre som led av depressiva symptom. Studien gjordes på äldre i Åbo som hade fyllt 65 år eller äldre och de utförde t.ex. ett minimentaltest.

### 6.3 Faktorer hos den äldre

Respondenterna har under kategorin faktorer hos den äldre delat in rubriken i två grupper som är de viktigaste ämnena som hör till faktorer hos den äldre. Ord av stor betydelse är av **svärtad stil** för att pointera deras betydelse.

### 6.3.1 Kön

Studien som Hughes m.fl. (2008) utfört, påvisar att det finns en skillnad mellan **män och kvinnor**, skillnaden som kom fram i studien var att männen kände sig tryggare än kvinnorna. Risker visar sig vara större hos kvinnor än män för både depression och fallolyckor. (Sjösten, Vaapio & Kivelä, 2007).

### 6.3.2 Ålder

Under en fyraårs period studerade Elliott, Painter och Hudson (2009) personer i åldrarna 50-90 år som bor på egen hand i området Eastern North Carolina och syftet var att få fram hur vanligt det är med fallolyckor hos dessa människor. Det påvisas att högre **ålder** och ensamboende ökar risken för fallolyckor i hemmet. Under studiens gång skedde 934 fallolyckor. Varav 338 stycken av fallolyckorna skedde till de personer som bodde på egen hand under olyckans gång. Resterande fall skedde till personer som bodde på något hem eller med anhörig. Vid stigande ålder ökar depressionsrisken och falltendensen men studien som Sjösten, Vaapio och Kivelä (2007) har gjort påvisar inget samband mellan dessa två faktorer.

## 7 Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att sammanfatta och tolka resultatet som framkommit under arbetets gång. Respondenterna gör detta genom att jämföra den teoretiska bakgrunden med de vetenskapliga artiklarna. Respondenterna använder sig av resultatet som framkommit under respondenternas analys.

Under kategorin **yttre faktorer** finns en underkategori som heter *förebyggande hembesök*. Under denna kategori har respondenterna funnit att förebyggande hembesök förebygger fall och ger känslan av trygghet hos den äldre. Trygghet har Eriksson (1986) delat in i yttre och inre trygghet. Den yttre tryggheten påverkas av relationen till andra människor, materiella villkor, miljö och känslan av att ha kontroll över saker och ting. Detta kan

jämföras med Hughes m.fl. (2008) som påstår att äldre personer känner sig tryggare när de har en privat försäkring än äldre personer som inte har en privat försäkring. Den privata försäkringen kan kopplas ihop med materiella villkor och inneha känslan av att ha kontroll. Studien av Fagerström och Wikblad och Nilsson (2009) anser att de äldre känner sig tryggare med förebyggande hembesök och detta kan kopplas ihop med Erikssons (1986) teori om att den yttre tryggheten påverkas av relationen till andra människor. Förebyggande hembesök kan drastiskt dra ner på sjukhuskostnaderna eftersom vår äldre generation i samhället är en av de största patientgrupperna i sjukhusmiljö. Genom förebyggande hembesök minskar man fallriskerna i hemmet bland äldre genom att informera om riskerna. Riskerna kan vara hala golv, mattkanter och trösklar med mera (Sahlen, Löfgren, Hellner och Lindholm, 2008). Elliott, Painter och Hudson (2009) har i sin studie kommit fram till att man minskar dödligheten bland äldre i hemmet med förebyggande hembesök. Det påvisas även att ensamboende ökar falltendensen bland äldre. Ju högre ålder ökar risken för fallolyckor, detta kan förebyggas genom att upprätthålla balansen som man kan göra genom hjärngymnastik samt olika motionsformer (Kettunen m.fl., 2005).

Kategorin **inre faktorer** har som underkategori *attityd*. Segersten (1994) anser att identiteten påverkar människans grundtrygghet. Människan har ett signalsystem som signalerar om trygghet och otrygghet. Om otrygghet upplevs riktar människorna energin mot att bli vaksamma, försiktiga och rädda. Däremot om personen upplever trygghet så uppnås en njutning och belöning istället. Enligt Hughes m.fl. (2008) är de äldres attityd gentemot fall neutral, de känner inte rädsla inför fall. De som varit med om en fallolycka har samma attityd som de som inte har hamnat ut för en fallolycka. Härkönen-Helle (1992) beskriver att en av människans viktigaste grundbehov är att känna sig trygg. För att kunna känna sig trygg krävs det att man skall kunna förverkliga sig själv och den vetenskapliga studien som är gjord av Fagerström och Wikblad och Nilsson (2009) visar att de äldre kan upprätthålla självständighet bättre när de upplever trygghet.

Underkategorin *interventioner* finns under kategoriseringen **yttre faktorer**. Under denna rubrik finns det evidens på att kunskap behövs både för de äldre och personalen när det kommer till fallprevention. För att minska på fallolyckorna bör de äldre få information om

hur man upprätthåller konditionen eftersom motion har en positiv inverkan på att förebygga fall. En annan grupp som bör informeras är vårdpersonalen som är i kontakt med de äldre (Kerzman, 2004).

**Yttre faktorer**-kategoriseringen finns underrubriken *motion*. Svantesson m.fl. (2007) har bevisat att vardagsmotion för äldre är av hög prioritet. Ibland förstår kanske inte äldre innebörden av vardagsmotion och detta är en sak som man borde lyfta bättre fram.

*Sysselsättningsterapi* har underkategoriserats vid kategorin **yttre faktorer**. En aktiv livsstil bland de äldre förebygger falltendensen. Vardagssysslor är en viktig del av förebyggandet av fallolyckor. Detta kan bero på att ansvaret ligger hos den äldre som bör upprätthålla en aktiv livsstil (Svantesson m.fl., 2007). Dock har det visats sig att sysselsättningsterapins roll i det hela inte har någon större betydelse (Bleijlevens, Hendriks, Van Haastregt, Crebolder och Van Eijk, 2010).

**Yttre faktorer**-kategorin behandlar i en grundkategori ämnet *hjälpmedel*. Förebyggande av att falla är även aktuellt och Salminen, Vahlberg, Salonoja, Aamio och Kivelä (2009) påvisar att hjälpmedel förebygger detta. Hjälpmedel kan även ha en positiv inverkan på de äldre som lidit eller lider av depressiva symptom. Hjälpmedel kan t.ex. vara handtag vid besvärliga utrymmen, lägre trösklar och ordentliga skor (Kettunen m.fl., 2005).

En annan underkategori är *Polyfarmaci*. Polyfarmaci bland äldre har stor inverkan på deras falltendens. Tio procent av de äldre som faller beror på biverkningar av läkemedel (Rundgren och Dehlin, 2004). En av de vanligaste läkemedel som påverkar balansen hos äldre är Benzodiazepiner. Många fallolyckor kan förklaras med att den äldre använt sömnmedicin som är en Benzodiazepin. Frakturer som uppstått efter fall kan kopplas ihop med behandlingen med sömnmediciner som innehåller benzodiazepiner (Fonad, 2008). Polyfarmaci ökar risken för att råka ut för en fallolycka. De personer som lider av hypertoni är ofta mångmedicinerade och i Sirkins (2008) studie har man kommit fram till att samband finns. Eftersom 70 procent av de personer som fyllt 65 år lider av hypertoni, varav en tredjedel av dessa någon gång råkat ut för fall. En annan studie av Gillespie m.fl. (2008) påvisar att användning av vitamin D kan minska risken för frakturer.



**Inre faktorer** har en underkategori som är det *psykiska välmåendet*. Människan är ett flockdjur, hon behöver den sociala kontakten för att må psykiskt bra. (Kettunen m.fl, 2005). Det psykiska välmåendet påverkar inte falltendensen men Sjösten, Vaapio och Kivelä (2007) har gjort en studie för att jämföra om falltendensen ökar bland äldre när depressionsrisken ökar. För fakta säger att vid stigande ålder ökar både depressionsrisken samt falltendensen dock finns inget resultat som påvisar att dessa har ett samband. Trygghet har en positiv inverkan på det psykiska välmåendet. Som respondenterna även nämnt tidigare i arbetet så har förebyggande hembesök en positiv inverkan på att känna känslan av trygghet och detta leder då till god psykisk hälsa hos den äldre. Man skall även koncentrera sig på de individuella målen hos de äldre såsom att upprätthålla självständighet och trygghet under de förebyggande hembesöken (Fagerström, Wikblad och Nilsson, 2009). Detta håller Kettunen m.fl. (2005) med om och de vill att egenvård och omsorg om sig själv skall ingå i de äldres vardag för att man skall må psykiskt bra. Jaguppfattningen får sin grund genom interaktion med andra människor. Människan har i sin natur ett stort behov av att socialisera och diskutera med andra människor, de äldre utbyter erfarenheter angående fallolyckor, falltendenser, påverkas deras förhållningssätt till fall. Detta påverkar även attityden gentemot om man varit med om ett fall eller inte – de som redan fallit upplever större otrygghet, dock inte rädsla, inför nya fall (Hughes m.fl, 2008).

Respondenterna har även behandlat ämnet *interventioner* som är en underkategori till **yttre faktorer**. Respondenterna har kommit fram till genom flera studier att man bör koncentrera sig på förebyggande åtgärder när det gäller fallolyckor hos äldre. Haglund (2010) har studerat begreppet skörhet/bräcklighet (eng. Frailty) och det påvisar att det förbrukas en mycket stor del av sjukvårdsresurserna i samhället till vården efter fallolyckor hos äldre. Han påpekar även att "Frailty" kan förebyggas genom fysisk aktivitet. McClure m.fl. (2008) har kommit fram till i sin studie att populationsbaserade interventioner förebygger fall hos äldre. En av tio fall leder till frakturer och en av fem behöver medicinsk hjälp (Gillespie m.fl., 2008). Detta betyder i det stora hela att förebyggande vården är av största betydelse när det kommer till åtgärder.

Kategorin **yttre faktorer** har en underkategori som behandlar *motion*. Detta ämne följer med i hela arbetets gång och respondenterna har kommit fram till att motion är en av de viktigaste sakerna när det gäller fallprevention. I de allra flesta studier påvisas det att motion bland äldre är både psykiskt och fysiskt positivt för den äldres hälsa. I flera studier visar det även att gruppmotion har en positiv inverkan på den sociala biten i den äldres liv. I Days m.fl. (2002) studie visar resultaten efter att de äldre fick medverka i en motionsgrupp som de även fick information om risker i hemmet som kan leda till fall förebyggde olyckor. De äldre fick även bättre insikt i riskerna som kan finnas i det egna hemmet. I flera av alla studier påvisas det hur viktigt det är att de äldre själva har kunskapen om motionen och förmågan att ta hand om sig själv. Ett av resultaten från Fagerström, Lindgren och Chatarines (2011) studie är att desto mer de äldre vet om deras hälsa och egenvård, huvudsakligen motionen, känner sig de sig mer självständiga och detta leder till att de upprätthåller deras egenskaper och funktioner.

## 8 Kritisk granskning

I detta kapitel har respondenterna kritiskt granskat studien och ser hur tillförlitligt arbetet är. Respondenterna har använt sig av Larssons (1994) kriterier. För att underlätta läsandet har respondenterna valt att dela in det i tre rubriker: *Kvaliteter hos framställningarna i sin helhet*, *Kvaliteter i resultaten* och *Validitetskriterier*.

### 8.1 Kvaliteter hos framställningarna i sin helhet

För att förstå innebörden i fakta bör man ha tillgång till helheten för att få en inblick om vad man läser. Innan man förstår sig på innebörden har man alltid en tolkning om vad det betyder. Under tolkningsprocessen ändras vår förståelse ständigt av innebörden. Som forskaren bör man göra tolkningen tydlig för läsaren, man bör kritisk granska sina källor att de är godkända. Man bör avgränsa fakta till det som är mest relevant för forskningen. Det som ger utgångspunkten man bör ta upp är ens frågeställningar och syfte, det man skriver bör ge svar på de frågor man har och att man får fram ens syfte i arbetet. (Larsson, 1994, s. 165).

Respondenternas syfte och frågeställningar är att få svar på vad trygghet innebär för de äldre i hemmen. När fakta söktes hade respondenterna syfte och frågeställningarna till grund för bra material som söktes men respondenterna har även kontrollerat att källorna är tillförlitliga och att de inte är föråldrade. I arbetet kan man tillägga ens egna tolkningar och erfarenheter så att läsaren har en möjlighet att förstå forskarens tolkningar och har en förförståelse i grunden från ens egna upplevelser. (Larsson, 1994, s. 165-167). Respondenterna har diskuterat sina tolkningar och erfarenheter om området. Och försökt att se med nya ögon vid insamling av källor. Reflekterat resultaten med ens källor och sätter det till praktik.

## **8.2 Kvaliteter hos resultaten**

Vid kvalitativa studier innebär att formulera om fakta som redan finns och ge en ny innebörd i kunskapen om ämnet. Man bör ta stor fasta på hur fakta beskrivs, man skall formulera om till någon ny mening och sammankoppla med andra källor som framkommit i respondentens arbete. I ens sammanfattning skall texten vara klar och tydligt, skall ge en klar innebörd så att de som inte är insatta i ämnet förstår vad respondenterna försöker att förklara med sin studie. I analysen skall svaren på ens frågor och syfte framkomma, resultaten i tolkningen skall vara tydliga och skall framgå i en helhet i arbetet. Man skall göra tolkningar ur olika synvinklar och vara neutral till alla resultat man möter på i sin tolkning. Resultaten bör ha en enkel och klar struktur. (Larsson, 1994, s. 172-175).

Respondenterna har sett ur olika synvinklar när fakta söktes till arbetet. Man sökte efter källor som man kunde sammankoppla med varandra, hur många källor som påvisar likadana svar. I tolkningen har respondenterna sökt efter svaren på frågeställningarna som fanns. Och förklarade så att andra som inte är insatta i ämnet skall förstå resultaten.

### 8.3 Validitetskriterier

Ens arbete bör klara ett kriterie som Larsson (1994) anser sig kalla *diskurskriteriet*. Detta betyder att man bör intyga läsaren om att arbetet är pålitligt. Klarar sig arbetet mot alla argument och påståenden, är arbetet pålitligt. Respondenten bör kontrollera källor ifall de är tillförlitliga och jämföra med andra källor påstår likadant. I kvalitativ metod kan man utveckla sådant som redan upptäckts eller så upptäcker man något nytt inom området som man forskat kring. Man kan analysera och beskriva resultaten på ett nytt sätt och ge ny kunskap åt de intresserade, de upptäcker nytt inom området och vill utveckla en idé. Men man kan även utveckla sådant som har känts oförståelig till något som känns klart för läsaren. (Larsson, 1994, s. 178-182).

Ämnet som respondenterna har valt i arbetet är ett väl forskat ämne och finns bra med fakta. Och även fler källor som påstår likadant, men har utvecklat det på flera olika sätt. I arbetet har respondenterna tagit fakta som redan finns och utvecklat till en ny sammanfattning, som kan ge en ny innebörd. Respondenterna hoppas att studien kommer till användning hos de äldre som bor hemma, men även att kunskapen når till de anhöriga och de som vårdar våra äldre.

## 9 Diskussion

Detta examensarbete är en vetenskaplig, teoretisk studie som baserad på vetenskapligt godkända forskningar och andra pålitliga och uppdaterade källor. Arbetet i sig är ett beställningsarbete från Yrkeshögskolan Novias Forskning- och utvecklingsenhet samt projektbeställaren Kristinestad och projektets namn lyder ”Trygghet i hemmet – dygnet runt”. Syftet med arbetet har grundat sig på trygghet i hemmet bland äldre och respondenternas fokus har legat på förebyggande av fall. Respondenterna har utgått från Erikssons (1994) begrepp Trygghet och detta har följt med genom arbetet som en röd tråd. En av människans grundbehov är att känna trygghet och självkänedom och detta har respondenterna beaktat genom arbetets gång.

Ett intressant resultat som respondenterna har kommit fram till under arbetets gång är vikten av motion för att förebygga fallolyckor bland äldre. En bidragande faktor för att äldre skall ha större motivation för att motionera är att få in den sociala biten i motionen såsom exempelvis grupp-gymnastik. Respondenterna har kommit fram till att då påverkas både den psykiska samt fysiska hälsan positivt hos den äldre.

Det har framkommit att den psykiska hälsan har en liten roll i det hela men det är viktigt att komma ihåg att när man har uppnått en högre ålder har man samma behov av sociala kontakter som i yngre ålder. Jaguppfattningen och attityder byggs upp av sociala kontakter och den äldre har möjlighet att upprätthålla sin självsäkerhet genom att ha sociala kontakter.

Ett återkommande problem angående fallolyckor är polyfarmacin som många forskare har nämnt i sina studier. I många fall har det visats att den äldre som är utsatt för polyfarmaci har en större risk för att falla p.g.a. olika biverkningar av läkemedlen som används. Även i detta sammanhang framkommer det att patienten i fråga behandlas individuellt och inte medicineras på rutin. Förebyggande tankesätt är A och O.

Ur respondenternas frågeställning ”utgående från den äldres synvinkel, vad är orsaken till otrygghet i hemmet?” har respondenterna kommit fram till att de äldre kan uppleva trygghet genom att upprätthålla sina egna resurser, fortsättningsvis få känna sig självständiga och ha ett socialt nätverk. Denna kategori passar in i den inre tryggheten som Erikssons (1994) tolkar det i sin förklaring av begreppet trygghet.

Den andra frågeställningen ”hur man förebygger fall i hemmet bland äldre?” har respondenterna hittat att förebyggande hembesök har väldigt stor betydelse. Denna kategori passar väldigt bra in i den yttre tryggheten i Erikssons (1994) tolkning av begreppet trygghet. Även den yttre miljön påverkar säkerheten; saker som mattkanter samt hala golv kan vara en riskfaktor för fallolyckor i hemmet. Respondenterna har kommit fram till att information bör nå ut till de äldre angående riskfaktorer och förebyggande

åtgärder angående fall. Respondenterna hoppas att broschyren som producerats kommer att underlätta att informationen når ut till de äldre i deras egna hem.

Respondenterna är överraskade över hur liten betydelse den psykiska hälsan påverkar de äldres trygghet relaterat till fallolyckor. De är dock väldigt glada över att det framkommit hur viktigt det är med motion och träning på äldre dagar. Det framkommer många gånger att vardagsmotionen behövs för att upprätthålla en god hälsa. Det är lätt att när man blir äldre glömmer bort att ta hand om sig själv och upprätthålla en hälsosam livsstil för att må bra och detta resultat är respondenterna väldigt nöjda över.

Respondenterna hoppas att arbetet har uppfyllt de önskningar beställaren har haft och att arbetet kommer till användning. Respondenterna anser att man bör forska vidare angående den psykiska aspekten; kan det ändå finnas någon sorts koppling mellan falltendensen bland äldre och deras psykiska välmående? Det känns som det är en gråzon som ännu har mycket att leverera.

## Källförteckning

Bleijlevens, Michel H.C, Hendriks, Marike R.C., Van Haastregt, Jolanda C.M., Crebolder, Harry J.M.F & Van Eijk, Jacques TH.M. (2010). Lessons learned from a multidisciplinary fall-prevention programme: The occupational-therapy element. *Scandinavian Journal of occupational therapy*. Vol. 17, No. 4 , Pages 319-325.

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/11038120903419038> (Hämtad den 1.9.2011).

Carlsson, M., Littbrand, H., Gustafson, Y., Lundin-Olsson, J., Lindelof, N. & Rosendahl, E. (2010). Effects of high-intensity exercise and protein supplement on muscle mass in ADL dependent older people with and without malnutrition – a randomized controlled trial. *The Journal of nutrition, Health & Aging*, Volume 15, Number 7.

<http://www.springerlink.com/content/l40676j5p176304x/fulltext.pdf> (Hämtad 1.9.11).

Cullberg, J., (2006). *Kris och utveckling*. Finland: WS Bookwell.

Day, L, Fildes, B, Gordon, I, Fitzharris, M, Flamer, H & Lord, S. (2002). *Randomised factorial trials of falls prevention among older people living in their own homes*.

<http://www.bmj.com/content/325/7356/128.abstract> (Hämtad 8.9.2011)

Denscombe, Martyn. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur: Lund.

Elliott, S., Painter, J., Hudson, S. (2009). *Living Alone and Fall Risk Factors in Community-Dwelling Middle Age and Older Adults*. Springer Science+Business Media, J Community Health.

<http://www.springerlink.com/content/l5370263pp048272/fulltext.pdf> (Hämtad 1.9.11)

Eriksson, K., Byfält, H., Leijonqvist, G-B., Nyberg, K & Uuspää, B. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm:Nordstedts förlag.

Fagerström, Lisbet, Lindgren, Gudrun Chatarine. (2011). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian journal of occupational therapy*. June 2011, Vol. 18, No. 2 , Pages 153-160.

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/11038128.2010.487113> (Hämtad den 1.9.2011)

Fagerström, L. Wikblad, A. & Nilsson, J. (2009). *An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality*. EBSCO

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8e5e26a9-6cac-4e41-8231-63b5dbdf9073%40sessionmgr4&vid=7&hid=13> (Hämtad 13.9.2011)

Fonad, Edit. (2008). *Older people´s safety and security in community care for the elderly : Focusing on fall risk and fall*. Karolinska institutet.

<http://publications.ki.se/jspui/handle/10616/39950> (Hämtad den 1 september 2011).



Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Ungern: Studentlitteratur.

Gillespie, Lesley., Robertson, Clare., Gillespie, William., Lamb, Sarah., Gates, Simon, Cumming, Robert & Rowe, Brian. (2008). *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. The Cochrane Library 2010, Issue 10.

[http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD007146/pdf\\_abstract\\_fs.html](http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD007146/pdf_abstract_fs.html) (Hämtad 30.7.11)

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG & Rowe BH. (2003). *Interventions for preventing falls in elderly people*.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583918> (Hämtad den 8.9.2011).

Haglund, Olle. (2010). *Förebyggande och behandling av skörhet/bräcklighet hos äldre (eng. frailty) – ett hyperangeläget område!*

[http://medicinskaccess.se/images/arkiv/7\\_2010/olle\\_haglund.pdf](http://medicinskaccess.se/images/arkiv/7_2010/olle_haglund.pdf) (Hämtad den 1 september.)

Howe, TE., Rochester, L., Jackson, A., Banks, PMH. & Blair, VA. (2007). *Exercise for improving balance in older people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963.pub2

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD004963/frame.html> (Hämtad den 4.9.2011).

Hughes, K., Van Beurden, E., Earkin, E.G., Barnett, L.M., Patterson, E., Backhouse, J., Jones, S., Hauser, D., Dip, A., Beard, J.P. & Newman, B. (2008). *Older persons' perception of a risk of falling: Implications for fall-prevention campaigns*. EBSCO database.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e3ca33be-c7bc-488e-be8c-9bbc59694406%40sessionmgr11&vid=6&hid=14> (Hämtad den 4.9.2011).

Härkönen-Helle, Leena. (1992). *När döden knackar på porten*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.

Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J (2005). *Modern rehabilitering- En resurs*. Tammerfors; Utbildningstyrelsen;

Ketzman, Hanna. (2004). *Characteristics of falls in hospitalized patients*.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0cb31b42-5b6a-4c7e-8e68-4353b81ed802%40sessionmgr4&vid=1&hid=17> (Hämtad 30.7.11).

McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E & Hughes, K. (2008). *Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people*. The Cochrane library.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004441.pub2/abstract> (Hämtad 8.9.2011).

Nyberg, Lars. (2006). *Fysisk träning förbättrar balans och muskelstyrka hos äldre*. Fysioterapi. Nr 2.

[http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbas\\_sjukgym/Documents/Forskning\\_pagar/Fys\\_nr\\_2-2006.pdf](http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbas_sjukgym/Documents/Forskning_pagar/Fys_nr_2-2006.pdf) (Hämtad den 12.4.2011)

Rosing, H. (2002). *Vetenskapens logiska grunder*. Lovisa: Schildts.

Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Rydwik, Elisabeth. (2008). Fysioterapi. *Fysisk aktivitet och träningseffekter hos äldre*. Nr 8.

[http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbas\\_sjukgym/Documents/Forskning\\_pagar/Fys\\_nr\\_8\\_2008.pdf](http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbas_sjukgym/Documents/Forskning_pagar/Fys_nr_8_2008.pdf) (Hämtad den 4.4.2011)

Sahlen, K-G., Löfgren, C., Hellner, B.M. & Lindholm, L. (2008). *Preventive home visits to older people are cost-effective*.

<http://sjp.sagepub.com/content/36/3/265> (Hämtad 8.9.2011)

Salminen, M.J., Vahlberg, T.J., Salonoja, M.T., Aarnio, P.T.T. & Kivelä, S.L. (2009). *Effect of a risk-based multifactorial fall prevention program on the incidence of falls*. EBSCO Database.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b626e62e-e5ea-460a-bde7-e2300542e391%40sessionmgr112&vid=9&hid=125> (Hämtad den 3.9.2011).

Segersten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.

Sirkin, Amy J. (2008). *Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls*.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=74f651a8-5b26-486a-8c4f-9e6eb695ec08%40sessionmgr14&vid=1&hid=17> (hämtad 30.7.11).

Sjösten, N., Vaapio, S. & Kivelä, S.L. (2007) *The effect of fall prevention trials on depressive symptoms and fear of falling among the aged: A systematic review*. EBSCO.

<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-5-20.pdf> (Hämtad 8.9.2011)

Starrin, B. & Svensson, P.G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Svantesson, U., Cider, Å., Johndottir, I H., Stener-Victorin, E. & Willén, C. (2007). *Effekter av fysisk träning – vid olika sjukdomstillstånd*. Malmö: Elanders Berlings.

<http://www.osteoporos.org/fallskador.htm> Hämtat 3.4.11

<http://www.osteoporos.org/skelett.htm> Hämtat 3.4.11

Snow, Tamsin. (2011). *NMC should have vetting powers, claims charity-report proposes that extended powers would negate need for second vetting and bring scheme*. Nursing older people. Volym 23, nr 1.

World Health Organization. (2010). *Falls*. Media center.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/index.html> (Hämtat 27.9.2011)

World Health Organization. (2011). *Ageing*. Health topics.

<http://www.who.int/topics/ageing/en/> (Hämtad 30.9.2011)

Werntoft, Elisabeth. (2011). *Olika arbetens omfattning*. Lunds universitet – Medicinska fakulteten.

[http://portal.omv.lu.se/Portal/student/info\\_praktisk/ uppsats\\_anvis/litteraturstudiers\\_ utformning\\_samt\\_referensteknik/ uppsats\\_omfattning](http://portal.omv.lu.se/Portal/student/info_praktisk/ uppsats_anvis/litteraturstudiers_utformning_samt_referensteknik/ uppsats_omfattning) (Hämtad den 30.9.2011).

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Sammanfattning
<p><i>Effect of a risk-based multifactorial fall prevention program on the incidence of falls.</i> M. J. Salminen, T. J. Vahlberg, M. T. Salonoja, P. T. T. Aarnio, S-L. Kivelä, (2009).</p>	<p>Syftet med studien är att påvisa ifall de multifaktoriella fallpreventionhjälper personer som har större risk att falla.</p>	<p>Slumpmässigt utvalda personer.</p>	<p>De som hade fallit förut hade procent risken att falla pånytt gått ner med hjälp av hjälpmedel. Även de med depressiva symtom.</p>	<p>Studien är gjord i Åbo, Finland. Med hjälp av personer 65 år och äldre svarade på ett Mini mental test, där det påvisade fallrisken. Tog ut personer som drabbas mest av fallolyckor.</p>
<p><i>Older persons' perception of a risk of falling: Implications for fall-prevention campaigns.</i> K. Hughes, E. van Beurden, E. G. Earkin, L. M. Barnett, E. Patterson, J. Backhouse, S. Jones, D. Hauser, A. Dip, J. R. Beard, B. Newman, (2008).</p>	<p>Undersökte äldre personers attityd mot fallolyckor.</p>	<p>Telefonintervjuer</p>	<p>Personer som upplevt fall eller de som ite har upplevt hade likadan attityd. Men skillnaden var att de som hade upplevt fall var mer försiktiga.</p>	<p>Äldre personer känner inte rädsla till fall. De som ha privat försäkring känd sig tryggast i studien. Jämfört kvinnor och män var det männen som känd sig tryggast.</p>
<p><i>Exercise for improving balance in older people.</i> Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PMH, Blair VA, (2007).</p>	<p>Syftet är att hitta de bästa bevisen för att fysisk träning förbättrar balansen hos äldre.</p>	<p>We included randomised controlled trials and quasi-randomised trials. Efterkontrollgrupper.</p>	<p>Förbättringar av balansen visades hos de äldre som ökade sin träning. Dock kunde inte studien påvisa att de var ihållande.</p>	<p>Fysisk träning verkar ha en stor positiv inverkan på balans egenskapen hos äldre. Bristfällande bevis på att det påverkar balansen även på långsikt.</p>

<p><i>Hypertensive management in the elderly patient at risk for falls.</i> Amy J. Sirkin, (2008).</p>	<p>70% av personer över 65 år lider av hypertoni . En tredjedel av dessa faller varje år. Syftet är att få svaret på varför.</p>	<p>Meta-analys</p>	<p>Patienter som lider av hypertoni och har många olika mediciner löper större risk att falla.</p>	<p>Vid mångmedicinering är risken större för att man faller. Medicinerna har en stor del till ens balanssinne. Man bör göra en individuell behandling till patienter från grunden till deras sjukdomshistoria.</p>
<p><i>Characteristics of falls in hospitalized patients</i> Hanna Kerzman, (2004).</p>	<p>Syftet med forskningen är att lindra och bidra till färre fallolyckor vid anstalter, utanför deras rum.</p>	<p>Retrospektiv studie, från Israel år 2000.</p>	<p>De flesta fallen händer på morgonskiftet. Personalen bör informeras bättre om fallolyckor.</p>	<p>Fallen på anstalter har blivit mera sedan 1998, patienterna har blivit äldre och personalen är färre och kanske inte har kunskapen.</p>
<p><i>Interventions for preventing falls in older people living in the community.</i> Lesley Gillespie, Clare Robertson, William Gillespie, Sarah Lamb, Simon Gates, Robert Cumming, Brian Rowe, (2008).</p>	<p>Motion för äldre förebygger risken för fallolyckor. Säkerheten o hemmet, D- vitamin och annat som inverkar.</p>	<p>Datainsamling och analyser.</p>	<p>Motion vid äldre år minskar procent risken för fall. Men inte risken för så kallade riskfall.</p>	<p>Vid högre ålder blir det allt vanligare med fallolyckor. Och en av tio fallen leder till frakturer och en av fem fall bör ha medicinsk hjälp. Detta leder till att äldre blir rädd att röra på sig. För äldre är det bra att upprätthålla balansen och flexibiliteten. Även vitamin D har en inverkan som förebygger olika skador.</p>

<p><i>Lessons learned from a multidisciplinary fall-prevention programme: The occupational-therapy element.</i> Michel H.C. Bleijlevens, Marike R.C, Hendriks, Jolanda C.M, Van Haastregt, Harry FJ.M, Crebolder&amp; Jacques TH.M. Van Eijk (2010).</p> <p><i>Effects of high-intensity exercise and protein supplement on muscle mass in ADL dependent older people with and without malnutrition – a randomized controlled trial</i> M. Carlsson, H. Littbrand, Y. Gustafson, L. Lundin-Olsson, N. Lindelof, E.Rosendahl, (2010).</p>	<p>Att förstå sysselsättningsterapins möjligheter till ett tvärvetenskapligt fallpreventionsprogram som skall minska fall och funktionell nedgång hos äldre.</p> <p>Träningens effekt på äldre i åldern 65-99 år med funktionshinder och bor på vårdinrättningar. Samband med träningen får de proteinberikad drink.</p>	<p>Beskrivnings-och forskningsstudie. Randomiserade, kontrollerade experiment. 166 deltagare, 2 sysselsättningsterapeuter.</p> <p>Settings and study design</p>	<p>Resultatet påvisar att experimenten ej påvisade önskade resultat. Sysselsättningsprogram met resulterade i 457 rekommendationer; 65% av rekommendationerna angående service och hjälpmedel genomfördes ändå.</p> <p>Efter 3 månaders uppföljningen fanns det inga skillnader på muskelmassan eller motion på de som hörde till placebogruppen eller de som hade fått proteindrinken.</p>	<p>För att förbättra sysselsättningsterapins program föreslås mer snabba och mer effektiva åtgärder. Det rekommenderas även att deltagarna bör få söttre stöd för att uppnå de önskade målen.</p> <p>Studien är gjord på slumpmässigt valt ut personer i åldern 65-99 år med funktionshinder. Man vill se resultat ifall proteindrinken har något resultat på personernas hälsa och muskelmassa. 177 personer deltog. Halva gruppen fick placebo och resten fick proteindrink tillsammans med träningen.</p>
--	--	---	---	--



<p><i>Older people´s safety and security in community care for the elderly : Focusing on fall risk and fall.</i> Fonad, Edit, (2008).</p>	<p>Minska förskrivning av bland annat sömntabletter kan reducera antalet fallolyckor inom äldrevården</p>	<p>2 kvalitativa studier och 2 studier med kvantitativ design ingår i doktorsavhandlingen.</p>	<p>Forskarna fann att 29 procent av fallolyckorna på sjukhemmen kunde förklaras med användning av sömnmedel innehållande benzodiazepiner. Samband mellan frakturer (efter fall) och användning av sömnmedel innehållande benzodiazepiner visades också. Även för mildare typer av lugnande läkemedel och vissa neuroleptika (antipsykotiska preparat) fanns ett samband med fallolyckor och frakturer. Det konstateras även i studien att fysiska begränsningsområden ger tydligt mätbara resultat, men att det är viktigt att de inte används så att de inskränker patienternas frihet eller i sig själva orsakar andra typer av skador.</p>	<p>Idag kan mycket av förskrivning av läkemedel ske på rutin men om man i stället arbetade mer förebyggande och restriktivt avseende med lugnande läkemedel, speciellt benzodiazepiner, skulle antalet fallolyckor och risken att falla minska avsevärt. Många gånger används även fysiska begränsningsåtgärder, så som rullstolar, sänggrindar och säkerhetsbälten, för att förhindra fallolyckor.</p>
---	---	--	---	---

<p><i>Living Alone and Fall Risk Factors in Community-Dwelling Middle Age and Older Adults.</i> S. Elliott, J. Painter, S. Hudson, (2009).</p>	<p>I en fyra års period studerade man personer i åldrarna 50-90 år som bor i Eastern North Carolina. Hur vanligt det är med fallolyckor i hemmet.</p>	<p>Samlad data från 666 stycken personer i den rätta åldern. De svarade på frågeformulär och deltog i diskussioner.</p>	<p>Studien påvisar att högre ålder och ensamboende ökar risken för fallolyckor i hemmet.</p>	<p>Under de fyra åren som studie höll på var det 934 stycken fallolyckor som skett. 338 stycken av personerna bodde ensam vid olyckan och resten bodde på ett hem eller med någon anhörig. Man delade i personerna i grupper beroende på ålder, kön, hjälpmedel m.m.</p>
<p><i>Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls.</i> Fagerström, Lisbet, Lindgren, Gudrun Chatarine. (2011).</p>	<p>Att beskriva motiverande faktorer för äldre att motionera och delta i gruppträning i samhället samt hinder för äldre vuxna att motionera. Detta syftar till att förebygga fall och därmed få kunskap om hur vårdpersonal kan stimulera följsamhet.</p>	<p>Metod: Individuella, semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Motiverande faktorer till rekommenderad motion påvisar fortsatt självständighet, bibehåller nuvarande hälsa och förbättring av fysisk balans och egenskapen att kunna gå. Hinder för detta var sämre hälsa, brist på motivation, dåliga erfarenheter av tidigare motionsverksamhet och miljöfaktorer.</p>	<p>Motion i grupp för äldre bidrar med många positiva egenskaper som både förstärker och upprätthåller deras funktioner.</p>
<p><i>Interventions for preventing falls in elderly people.</i> Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH, (2003).</p>	<p>Att bedöma effekterna av interventioner som är gjorda för att minska antalet fall hos äldre människor som lever i samhället, eller på en institution eller sjukhus.</p>	<p>Randomiserade studier av interventioner</p>	<p>Insatser som kommer att vara till nytta: Multidisciplinär, multifaktoriell, hälsa / miljö riskfaktor screening / åtgärdsprogram i samhället för äldre människor.</p>	<p>Interventioner för att förhindra fall som sannolikt kommer att vara effektiva är nu tillgängliga, dock är det mindre känt om deras effektivitet för att förebygga fallskador är relevanta eller ej.</p>

<p><i>Randomised factorial trials of falls prevention among older people living in their own homes.</i> Day, L, Fildes, B, Gordon, I, Fitzharris, M, Flamer, H, Lord, S., (2002).</p>	<p>För att testa effektiviteten av, och utforska interaktionen mellan tre interventioner (grupp motion, förbättring av synen och förstå innebörden av faror i hemmet) för att förebygga fall hos äldre personer.</p>	<p>En randomiserad kontrollerad undersökning med en helhets faktoriell design.</p>	<p>Motionen i sig själv påvisade effekt medan de två andra interventionerna inte visade synlig effekt på egen hand för att förebygga fall hos äldre. Dock påvisades att en kombination av alla tre tillsammans hade bästa möjliga effekt.</p>	<p>Gruppmotion visar att de har de bästa resultaten och att det även förbättrar de äldres balans. Fall minskas även när man inkluderar de två andra interventionerna.</p>
<p><i>Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people.</i> McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., Eakin, E., Hughes, K. (2008).</p>	<p>Att reducera fallskador bland äldre genom att bedöma effektiviteten av befolkningsbaserade interventioner, definierat som samordnat inom hela gemenskapen; multi-strategi, initiativt.</p>	<p>Studierna var individuellt screenade för inkluderande av två refererade författare. Inkluderade studier var de som rapporterade förändringar i medicinskt behandlade fallskador bland äldre efter genomförandet av en kontrollerad populationsbaserad intervention.</p>	<p>I det stora hela påvisas att populationsbaserade interventioner förebygger fallolyckor hos äldre.</p>	<p>Fallrelaterade skador är de vanligaste och allvarligaste medicinska skadorna bland äldre.</p>
<p><i>Preventive home visits to older people are cost-effective.</i> K-G. Sahlen, C. Löfgren, B. M. Hellner, L. Lindholm, (2008).</p>	<p>En fyra års studie, där man gör förebyggande hembesök hos äldre för att dra ner på sjukhuskostnaderna.</p>	<p>Data insamling, kontrollgrupp</p>	<p>Dödligheten minskade under undersökningens gång, förhindrade dödsfall var räknade till 11 av 196.</p>	<p>Studien ville kontrollera äldres hälsa genom att gå ett förebyggande hembesök, detta ledde till minskad dödsfall i hemmen.</p>

<p><i>The effect of fall prevention trials on depressive symptoms and fear of falling among the aged: A systematic review.</i> N. Sjösten, S. Vaapio, S.-L. Kivelä, (2007). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality – L. Fagerström, A. Wikblad, J. Nilsson, 2009</p>	<p>Har den psykiska hälsan någon inverkan på att äldre faller?</p> <p>Hur man kan uppnå trygghet och minska dödligheten hos äldre som bor hemma. Upptäcka de goda hälsoeffekterna ett förebyggande hembesök kan ha samt undersöka saken från ett hälsoresurs perspektiv.</p>	<p>Stutemaiskt genomgång av flera studier.</p> <p>Systematisk, litteratursökning samt Kritisk analys</p>	<p>I de flesta studierna framkom det att de psykiska hälsan inte inverkade på falltendensen.</p> <p>Förebyggande hembesök hade positiv inverkan på den äldres hälsa; både psykiskt och fysiskt. Dödligheten minskade även.</p>	<p>Vid stigande ålder ökar depression och fallolyckor, flera kvinnor än män. Studien påvisar att det inte finns något samband mellan dessa faktorer.</p> <p>I studien vill få med alla aspekter av ett förebyggande hembesök såsom de individuella målen hos de äldre som kan uppnås t.ex. upprätthålla självständighet och trygghet.</p>
--	--	--	--	---