

Egenomsorg som selvteknologi i multifaltoriel faldforebyggelse

et feltstudie med diskursanalyse

Evron, Lotte

DOI (link to publication from Publisher):
[10.5278/vbn.phd.hum.00002](https://doi.org/10.5278/vbn.phd.hum.00002)

Publication date:
2015

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Evron, L. (2015). *Egenomsorg som selvteknologi i multifaltoriel faldforebyggelse: et feltstudie med diskursanalyse*. Aalborg Universitetsforlag. <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.hum.00002>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

EGENOMSORG SOM SELVTEKNOLOGI I MULTIFAKTORIEL FALDFOREBYGGELSE

ET FELTSTUDIE MED DISKURSANALYSE

**AF
LOTTE EVRON**

PH.D. AFHANDLING 2014



AALBORG UNIVERSITET

EGENOMSORG SOM SELVTEKNOLOGI I MULTIFAKTORIEL FALDFOREBYGGELSE

ET FELTSTUDIE MED DISKURSANALYSE

af
Lotte Evron



Ph.d.-afhandling indleveret December 2014

Ph.d. indleveret: December 1, 2014

Ph.d. vejleder: Prof. LENE TANGGAARD,
Aalborg University

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor ANNE CLANCY, Universitetet i Tromsø
Lektor REGNER BIKELUND, Syddansk Universitet
Prof. KRISTIAN LARSEN, Aalborg Universitet

Ph.d. serie: Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet

ISSN: 2246-123X

ISBN: 978-87-7112-196-4

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Lotte Evron

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2014



Lotte Evron er adjunkt på Professionshøjskolen Metropol, Institut for Sygepleje, hvor hun underviser i kommunikation og mødet med den kroniske syge borger i eget hjem. Hun er uddannet sygeplejerske og cand. mag. i pædagogik fra Københavns Universitet. Lotte har skrevet flere videnskabelige og faglige artikler. Hun holder foredrag og blogger om faldforebyggelse og sygepleje på: Faldnørd (privat blog) og Mellem Teori og Praksis (blog hos Dansk Sygeplejeråd).

The greatest glory in living lies not, in never falling, but in rising every time you fall.

Nelson Mandela

ENGLISH SUMMARY

The aim of this study is to examine self-care as a technology of governance in a particular multifactorial falls prevention (MFP) program to gain knowledge on how MFP is practiced, administered and governed. Methods are field study with discourse analysis and Michel Foucault's concept 'technology of the self' (TS) is used as analysis tool. The thesis is that self-care as 'TS' in MFP establishes new roles for both patients and health professionals, which have implications for the way MFP is governed and can be governed.

The field study includes participant-observation (220 hours), interviews (31) and documents in the period 2006-2008. Participant-observation took place in a fall-clinic and its' context, where patients and health-professionals were followed through a MFP-program. Semistructured-interviews were conducted with patients (25) and administrators (6). Texts were analyzed using discourse-analysis principles (Articles 4-5) and thematic analysis (Article 1-3). Results are summarized in five articles, which demonstrate, that self-care in MFP is power practices directed at patients and health-professionals. Power-practices in the MFP-program operate through self-techniques such as mechanisms of surveillance, asceticism, confession and persuasion of the intention helping seniors to a healthier and longer life of independence. A new 'motivated patient-role' and 'health-professional motivator-role' were created and through refusal, dropout and camuphlage these roles put limitations for how MFP was governed and could be governed. Obedience and motivation were fundamental values that could not be questioned. The study can be used to gain a deeper understanding about consequences of self-care as a technology of governance in clinical practices.

DANSK RESUME

Formålet med denne undersøgelse er at studere egenomsorg som styringsteknologi i et bestemt multifaktorielt faldforebyggelsesprogram for at få viden om, hvordan multifaktorielt faldforebyggelse (MF) administreres, praktiseres og forvaltes. Feltstudie med diskursanalyse er anvendt som metode og Michel Foucaults selvteknologibegreb er anvendt som analyseredskab. Tesen er, at egenomsorg som selvteknologi i MF etablerer nye roller for både patienter og sundhedspersonelle, der har konsekvenser for den måde MF administreres, praktiseres og forvaltes på. Feltstudiet inkluderer deltagerobservation (220 timer), interviews (31) og dokumenter i perioden 2006-2008. Deltagerobservation foregik i en faldklinik og dens kontekst, hvor patienter og sundhedsprofessionelle blev fulgt gennem et MF-program. Semistrukturerede-interviews foregik med patienter (25) og administratorer (6). Tekst blev analyseret ud fra diskursanalytiske principper (artikel 4-5) og tematisk analyse (artikel 1-3). Resultater er sammenfattet i fem artikler, der finder, at egenomsorg i MF er magtudøvelse, der både er rettet mod patienter og sundhedsprofessionelle. Magtudøvelsen fungerer gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer med den hensigt at hjælpe ældre borgere til et sundere og længere liv i uafhængighed. En ny motiveret patientrolle og en sundhedsprofessionel motivatorrolle blev fremanalyseret, og gennem fravalg, frafald og kamuflage satte disse roller grænser for, hvordan faldforebyggelse blev forvaltet og kunne forvaltes på. Lydighed og motivation blev fundet som grundlæggende værdier, der ikke kunne stilles spørgsmålstejn ved. Undersøgelsen kan anvendes som et bagtæppe til at få større indblik i konsekvenserne af egenomsorgsprincippet som styringsteknologi i klinisk praksis.

TAK

Jeg vil gerne takke en række mennesker, der har bidraget til denne undersøgelse og støttet mit arbejde. Min største tak går til forskerskolen Centered Communication and Informatics (HCCI), Aalborg Universitetet for at åbne sine døre og gøre denne afhandling mulig. Tak til min vejleder Lene Tanggaard for konstruktive feedback og for opbakning til projektet.

Tak til alle deltagere i faldforebyggelsesprojektet for at dele jeres tanker og liv med mig for en kort periode. Tak til sundhedspersonalet på faldklinikken for at dele jeres arbejdsliv med mig og lade mig stille en masse spørgsmål samt være ”fluen på væggen” i klinikken og på møder og til begivenheder i en periode. Tak til Jesper Sylvest og Laila Nielsen for at invitere mig til at gå i gang med dette ph.d.-projekt. En særlig tak til mine kære veninder Anita Ulrich og Catharina Damgaard for personlig støtte gennem årene. I har begge været mig en uvurderlig støtte. Tak for jeres venskab, det er dejligt at kende modige og kloge kvinder som jer. Til Anita en särskilt tack för akademiskt stöd och uppmuntran. Med ditt personliga val, har du visat till gränserna för det omöjliga kan flyttas.

Sidst, men ikke mindst vil jeg gerne takke min kære familie Daniel, Shaked, Tenna og Gabriel, der har været med mig i hele perioden og fulgt mine glæder og sorger i processen. Tak for grineflip, madservice, kørsel og nattesnak. I er fantastiske. Tak til min kære søster Dorte Klingelhöfer, som sprang til, da der var mest brug for det og bistod med korrekturlæsning og opmuntring.

Dette ph.d.-projekt blev finansiel støttet af Frederiksberg Hospital, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Helsefonden og Lundbeckfonden.

FORORD

Ph.d.-projektet bygger på datamateriale fra et omfattende treårig feltstudie på faldklinikken på Frederiksberg Hospital (FH), som følges i perioden januar 2006-december 2008. Det var en del af et prestigefyldt tværsektorielt faldforebyggelsesprojekt udført i samarbejde med FH, Center for Forskning og Udvikling på Ældreområdet og Frederiksberg Kommune. Projektet hed *Projekt Faldforebyggelse Frederiksberg*, og vedrørte optimering af indsatsen overfor *“faldtruede ældre borgere i kommunen”* (Projektprotokol, 2005). Målet med det samlede projekt var *“at reducere faldhyppigheden af såvel alvorlige menneskelige som økonomiske konsekvenser af fald i kommunen”* (ibid.). Vi var tre projekttilknyttede forskere: to læger og en sygeplejerske (undertegnede).

Min tilknytning til projektet gik gennem ledelsen i Rehabiliterende klinik på hospitalet, som i foråret 2005 opfordrede mig til at skrive en ph.d.-afhandling om et geriatrisk faldforebyggelsesprojekt mellem hospital og primær sektor. Jeg var dengang ansat som udviklingskonsulent og faglig leder af patientsikkerhedsorganisationen, hvor forebyggelse af utilsigtede hændelser, herunder fald, var et indsatsområde.

Som forberedelse inden projektstart fik jeg en projektstilling i geriatrien, hvor jeg fik mulighed for at følge den tidlige etableringsfase af faldklinikken. Jeg var med til at evaluere et screeningsredskab i det geriatriske team, talte med patienter, der var faldet, talte med personale, der arbejdede med faldforebyggelse på hospitalet og i kommunen, besøgte faldklinikker i København og Odense, afprøvede måleinstrumenter og redskaber relateret til faldforebyggelse på egen krop, deltog i undervisning om den ældre medicinske patient samt medvirkede til workshops og deltog i geriatriske konferencer. Tilsammen gav arbejdet i projektstillingen mig et førstehåndsindtryk af det felt, jeg begav mig ind i.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indledning	5
1.1 Problemformulering og formål	6
1.2 Forskningsspørgsmål	6
1.3 Læsevejledning	10
1.4 Begrebsafklaring	10
1.4.1 Fald	10
1.4.2 Multifaktoriel faldforebyggelse	11
1.4.3 Selvteknologi	11
1.4.4 Egenomsorg	12
1.4.5 Styringspraksis	12
1.5 Sundhedspolitisk baggrund	12
1.5.1 Egenomsorg som styringsredskab	12
1.5.2 Implementering af multifaktoriel faldforebyggelse	14
1.6 En introduktion til fald og faldforebyggelsesfeltet	17
1.7 Faldforebyggelse – skiftende diskurser	20
2. Teori	25
2.1 Videnskabsteoretiske præmisser	25
2.2 Diskursanalyse som afsæt	26
2.2.1 Subjektpositioner	27
2.3 Selvteknologi beskrevet via Panoptikon	27
2.4 Det relationelle magtbegreb	28
2.5 Magtformer	30
2.6 Modstandsformer og magtmarkører	31
2.7 Egenomsorg	31
2.7.1 Selvundersøgelse som selvteknik	32
2.8 Governmentalitet og omsorgsprincippet	34
3. Metodologi	35
3.1 Feltstudie med diskursanalyse	35
3.2 Dokumenter	39

3.3	Interview og deltagerobservation.....	42
3.3.1	Tematisering	42
3.3.2	Design	43
3.3.3	Interviewsituationen.....	44
3.3.4	Transskription	45
3.3.5	Analyse	46
3.3.5.1	Tematisk analyse.....	47
3.3.5.2	Diskursanalyse	48
3.4	Etiske overvejelser.....	51
3.5	Metodologiske overvejelser.....	52
3.5.1	Troværdighed, transparans og gyldighed.....	52
3.5.2	Feltrollen	56
4.	Faldklinikken og det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram.....	59
4.1	Fysisk placering og udtryk.....	61
4.2	Faldforebyggelsespraksis.....	62
5.	Resultater og diskussion.....	67
5.1	Resume af de fem delstudier.....	67
5.1.1	Delstudie 1	67
5.1.2	Delstudie 2	68
5.1.3	Delstudie 3	69
5.1.4	Delstudie 4	70
5.1.5	Delstudie 5	70
5.2	Forskningsspørgsmål 1	71
5.2.1	Faldforebyggelsespraksisser som selvteknikker	71
5.2.2	Overvågningsmekanismer	73
5.2.3	Askesemekanismer	74
5.2.4	Bekendelsesmekanismer	75
5.2.5	Overtalelsesmekanismer	76
5.3	Forskningsspørgsmål 2	78
5.3.1	Den samarbejdsvillige faldpatient	78
5.3.2	Den motiverede egenomsorgsdragende patient	80
5.4	Forskningsspørgsmål 3.....	80

5.4.1	Nye ekspertfunktioner og tværsektorielt samarbejde	81
5.4.2	Brud på styring	81
5.4.2.1	Fravalg af deltagelse som modstandsform	82
5.4.2.2	Manglende fremmøde som modstandsform	82
5.4.2.3	Kamuflage som modstandsform	82
5.4.2.4	Dropout som modstandsform	83
5.4.3	Den opadgående bevægelse i fald	83
5.5	Perspektivering	84
5.5.1	Ansaret for livslang træning	86
5.6	Konklusion	87
Referenceliste		89
Appendix		97
Bilag 1. Artikel 1		97
Bilag 2. Artikel 2		107
Bilag 3. Artikel 3		117
Bilag 4. Artikel 4		123
Bilag 5. Artikel 5		139
Bilag 6. Deltageroversigt til kvalitative forskningsinterviews		141
Bilag 7. Interviewguide til nøgleinformanter		143
Bilag 8. Interviewguide borgere		145
Bilag 9. Deltagerinformation		147
Bilag 10. Information til borgeren		149
Bilag 11. Samtykkeerklæring		151
Bilag 12. Videnskabetisk komité		153
Bilag 13. Medforfattererklæring		155

1. INDLEDNING

”Når sundhedsvæsenet opfordrer til og understøtter borgerne i at udøve god egenomsorg, er der tale om en form for styring eller opdragelse, fordi man stiller sig op og definerer, hvad der er rigtigt og forkert. Derved gør man sig klogere end andre. Egenomsorg har således et styrings- eller magtaspekt indlejret, idet sundhedsvæsenets forebyggelsesindsatser overordnet set handler om at få borgerne til selv at vælge at leve sundere – eller at styre dem til at styre sig selv. Det er vigtigt at være bevidst om dette styringsaspekt. Sundhedsvæsenet må erkende egenomsorgsbegrebets moralske og værdiladede karakter ved eksplicit at lægge kortene på bordet og vedkende sig, at vi vælger at definere god egenomsorg sådan her, fordi vi har en viden om, at det er det rigtige at gøre i forhold til sundhed.” (Sundhedsstyrelsen, 2006b:18).

Med dette citat tydeliggør Sundhedsstyrelsen et nyt syn på forebyggelse og behandling i sundhedsvæsenet gennem egenomsorgsbegrebet. Denne tilgang indebærer en ny moraliserende orientering, som begrundes med en neoliberalistisk sundhedspolitik (Scocozza, 2009; Rose, 2007; Petersen & Lupton, 1996). En sundhedspolitik som får forebyggelse og sundhedsfremme til at flyde sammen i det danske sundhedsvæsen (Vallgård, 2009). Et kendetegn ved det moraliserende sundhedsbegreb er, at sundhed alene forbindes med adfærd og livstil. En konsekvens er, at sygdom forstås som et resultat af dårlig adfærd/livstil og individets egen skyld og ansvar (Petersen & Lupton, 1996). Et andet kendetegn er, at det er staten, der via eksperter udpeger, hvad der er rigtig og forkert at gøre i forhold til sundhed, og definerer det sunde og dermed det gode liv for alle (Schmidt & Kristensen, 2004). Forebyggelse handler i den optik derfor ikke længere primært om at forebygge sygdom, men om at vedligeholde sundhedskompetencer og på den måde spare sundhedsvæsenet for væsentlige økonomiske ressourcer. Den individualiserende tilgang til sundhed med vægten på personligt ansvar gennem egenomsorgsprincippet kommer første gang tydeligt til udtryk i Regeringens Folkesundhedsprogram i 2002 (Scorozza, 2009:57-ff).

På den internationale sundhedspolitiske dagsorden portrætteres fald i alderdommen som et globalt problem relateret til den voksende ældrebefolkning og som en væsentlig økonomisk byrde for det statslige budget (WHO; 2002 & 2007). Dette illustreres via optegnelser over befolkningspyramider og –fremskrivelser. Fx estimeres det, at der i 2025 vil være over 1,2 billioner mennesker i verden over 60 år, og at denne andel vil stige til 2 billioner i 2050 (WHO, 2002:6-ff). I Danmark kommer dette perspektiv til udtryk i myndighedernes faldforebyggelsesmateriale, hvor der deltageret gøres opmærksom på, hvor mange ældre over 65 år der bor i Danmark samtidig med, at disse tal sammenholdes med indlæggelser efter fald. Fx estimeres det, at antallet af indlæggelser efter et fald hos mennesker over 65 år vil stige fra ca. 10.000 til ca. 30.000 årligt i perioden 2005-2040 (Sundhedsstyrelsen,

2006a:18). Tilsvarende beskrives det detaljeret, hvor meget disse fald koster samfundet i materiale, operation, behandling og pleje. Fx nævnes det, at fald i ældrebefolkningen i alt koster det danske samfund ca. 2 mia. kr. om året, og at et hoftebrud i gennemsnit koster samfundet 202.000 kr., hvoraf 60% af udgifterne er hospitalsudgifter, og resten er kommunale udgifter til plejehjem, hjemmepleje m.v. (Sund By Netværk, 2010:7-ff). Gennemførelse af et multifaktoriel faldforebyggelsesprogram koster i gennemsnit samfundet 10.600 kr. per person (Sundhedsstyrelsen, 2012a:8).

I optakten til Kommunalreformen i 2007, hvor forebyggelsen blev lagt ud til kommunerne, kom der i Danmark øget fokus på forebyggelse af fald i alderdommen. I Regeringens Folkesundhedsprogram (Ministeriet for Sundhed, 2002) og Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt (Sundhedstyren, 2004) beskrives fald i alderdommen som en ud af otte¹ udvalgte folkesygdomme, der helt eller delvis kan forebygges ved hjælp af egenomsorgsprincippet (Ministeriet for Sundhed, 2002:3; Sundhedstyren, 2004:2; Sundhedstyren, 2006a:10-ff). Parallelt med den sundhedspolitiske dagsorden peger den geriatriske forskning på, at multifaktoriel faldforebyggelse er en effektiv måde at forebygge fald i alderdommen på (Gillespie et al, 2009; Tinetti et al, 1994; Close et al, 1999). Adskillige vestlige regeringer, inklusiv den danske, satser derfor på udbredelse af multifaktoriel faldforebyggelse i sundhedsvæsenet for at reducere fald og faldskader i ældrebefolkningen, men også for at reducere udgifter til behandling, sundhedsydelser og institutionalisering (NICE, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2012a).

1.1 PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL

Med udgangspunkt i ovenstående problematisering af fald i alderdommen som et samfundsproblem, der kan løses ved hjælp af egenomsorgsprincippet i multifaktorielt faldforebyggelse, er undersøgelsens formål at studere egenomsorg som styringsteknologi i et bestemt multifaktorielt faldforebyggelsesprogram. I undersøgelsen anvendes Foucaults selvteknologibegreb til at analysere empiriske data med. Tesen er, at egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse etablerer nye roller for både patienter og sundhedspersonelle, som har konsekvenser for den måde, der praktiseres og kan praktiseres faldforebyggelse på i domænet.

1.2 FORSKNINGSSPØRGSMÅL

¹ Kronisk obstruktiv lungesygdom, hjertesygdomme, type 2 diabetes, knogleskørhed og faldforebyggelse, muskel og skeletlidelser, overfølsomheds sygdomme, psykiske lidelser og kræftsygdomme (Ministeriet for Sundhed, 2002:3; Sundhedstyren, 2004).

1. *Hvordan fungerer egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse?*
2. *Hvordan konstrueres subjektet gennem egenomsorg som selvteknologi?*
3. *Hvordan kommer konsekvenserne af egenomsorg som selvteknologi til udtryk i multifaktoriel faldforebyggelse?*

I afhandlingen undersøges disse spørgsmål gennem et feltstudie med diskursanalyse af styringspraksisser på en faldklinik, der opererer med multifaktoriel faldforebyggelse. Interessen er rettet mod at undersøge, hvordan diskurser viser sig gennem disse styringspraksisser, og hvordan denne type faldforebyggelse praktiseres, administreres og forvaltes i et bestemt faldforebyggelsesprogram. Formålet ved at anvende feltstudiet som overordnet metode er at få indblik i konkrete sociale processer og styringspraksisser i et bestemt multifaktoriel faldforebyggelsesprogram. Når diskursanalyse er valgt som metode i forbindelse med feltstudiet, er det ud fra undersøgelsens optagethed af bestemte styringspraksisser i multifaktoriel faldforebyggelse. Det empiriske materiale består af et feltstudiet, som inkluderer deltagerobservation, samtale og dokumenter i perioden 2006-2008. Der blev foretaget deltagerobservation af de sociale processer i faldklinikken og dens kontekst (220 timer), hvor patienter og sundhedsprofessionelle blev fulgt gennem faldforebyggelsesprogrammet, og sundhedsprofessionelle og ledere blev fulgt gennem møder og konferencer. Derudover blev der foretaget 31 interviews med patienter (25) i deres eget hjem og med administratorer (6) på deres kontor. Sundhedspolitiske dokumenter blev indhentet fra Ministeriet for Sundheds og Sundhedsstyrelsens hjemmesider.

I den diskursanalytiske tilgang, som anvendes til at undersøge problemstillingen med, er teori og metode kædet sammen. I afhandlingens ramme arbejdes der med egenomsorg som selvteknologi, hvor Michel Foucaults selvteknologibegreb anvendes som analyseredskab. Begrebet egenomsorg forstås som at tage medansvar for egen sundhed og bygger på Sundhedsstyrelsens definition af begrebet (Sundhedsstyren, 2006b). Begrebet selvteknologi bygger på Foucaults begreb 'care of the self' og 'Technologies of the self' (Foucault, 1988 & 2004). Styringspraksis forstås som en magtform, der både omhandler statens styring af individerne og selvets styring af sig selv. Et væsentligt karakteristika ved styringspraksisser er, at de producerer bestemte subjektpositioner for de subjekter, som er til stede i feltet. Med andre ord konstitueres selvet og subjektiviteten i de forskellige styringspraksisser. Desuden anvendes der et bredt udsnit af både kvalitativ og kvantitativ gerontologisk faldforebyggelseslitteratur for at få et detaljeret overblik over de forskellige tanker og opfattelser, der eksisterer inden for faldforebyggelsesfeltet. Der blev foretaget tematisk analyse og diskursanalyse af tekster. I alt består afhandlingen af fem delstudier i form af artikler, som hver især relaterer til et af forskningsspørgsmålene og som tilsammen belyser afhandlingens forskningsspørgsmål fra forskellige perspektiver.

Artikel 1: *'Oprettelse af en ny faldklinik – modstridende holdninger og konkurrence mellem sektorerne påvirker udfaldet'* undersøger de sociale processer i faldklinikken gennem deltagerobservation og interviews med administratorer. I delstudiet blev der spurgt om, hvordan faldforebyggelse praktiseres i faldklinikken og dens kontekst, samt hvordan fald, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise i relation til faldforebyggelse opfattes? Der blev foretaget tematisk analyse og undersøgelsen viste, at de sociale praksisser i faldklinikken konstruerede fald som en sygdom, men der var andre konkurrerende opfattelser af fald i feltet. Artiklens fund relaterede primært til forskningsspørgsmål 3 vedrørende konsekvenser af egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse og omfattede konsekvenser som: spredning af nye faldforebyggelsestilbud til primærsektor, oprettelse af screeningsprogrammer, nye ekspertfunktioner som faldkoordinatorer og faldkonsulenter samt stigende konkurrence mellem sektorer vedrørende fastholdelse af patienter med faldproblematikker i egen sektor. Konkurrenceelementet blev koblet til et økonomisk incitament. I styringsperspektivet blev resultaterne efterfølgende relateret til selvteknikker med indbyggede overvågningsmekanismer.

Artikel 2: *'Barrierer for deltagelse i en hospitalsbaseret faldklinik faldforebyggelsesprogram: et interviewstudie af ældre mennesker'* undersøger ældre patienter/borgeres holdninger og opfattelse til faldforebyggelse, herunder succes og fiaskooplevelser/erfaringer. Formålet var at få ny viden om barrierer for deltagelse i et hospitalsbaseret multifaktoriel faldforebyggelsesprogram. Studiet bestod af 20 semistrukturerede interviews med ældre patienter/borgere. I forskningsspørgsmålet blev der spurgt om, hvordan fald, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise i relation til faldforebyggelse blev opfattet? Der blev foretaget tematisk analyse, hvor analysen var rettet mod identifikation af barrierer mod faldforebyggelse. Artiklens fund relaterede primært til spørgsmål 3 vedrørende konsekvenser af egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Barrierer for deltagelse var relateret til administration, tid, kommunikation, holdninger til faldforebyggelse og forventede fremtidige udgifter. I relation til styringsperspektivet omfatter dette mere konkret: bekymring for sundhedsvæsenets styring af eget liv, skjult agenda i faldforebyggelsestilbuddet, tab af selvstændighed, frygt for at blive fanget i sundhedssystemet, modstand mod at blive sygeliggjort samt efterfølgende udgifter til træning. I styringsperspektivet blev resultaterne efterfølgende relateret til modstand mod subjektivering og overtalelsesmekanismer i forbindelse med patientrollen.

Artikel 3: *'At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling'* undersøger opfattelser af faldforebyggelse efter et alvorligt fald, og blev gennemført for at få mere viden om faldforebyggelsesstrategier efter alvorlige fald, hvor dødsprospektivet var involveret, og personen afslog deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet. Studiet bestod af et enkelt interview på 70 min. Spørgsmål der blev spurgt om var, hvordan fald og faldforebyggelse opfattes? Der blev foretaget tematisk analyse, hvor analysen var rettet mod faldforebyggelsesstrategier. Analysen relaterede til spørgsmål 2, om hvordan

subjektet konstrueres gennem egenomsorg som selvteknologi? Resultatet blev fremstillet som et digt. I undersøgelsen blev den åndelige dimension og den aldrendes krops forfald belyst. Analysen pegede på selvudvikling som faldforebyggelsesteknik. I styringsperspektivet blev selvudvikling relateret til interviewpersonens lyst til selvanalyse gennem bekendelsesmekanismer. Resultaterne blev også relateret til modstand mod at blive subjektiveret som faldpatient og påtage sig patientrollen efter et fald.

Artikel 4: *'Faldtypologier som forståelse af faldforebyggelse i alderdommen'* stiller skarpt på fald som et hverdagsproblem og præsenterer gennem en metaforisk inspireret diskursanalyse seks faldtypologier i alderdommen. Formålet var at få mere viden om ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse. Undersøgelsen bestod af semistrukturerede interviews med 25 ældre mennesker. Det blev foretaget diskursanalyse og seks faldtypologier blev fremanalyseret. Analysen relaterede til spørgsmål 2 om, hvordan subjektet konstrueres gennem egenomsorg som selvteknologi? Resultaterne peger på, at faldforebyggelse kan forstås som et forhold, hvor ældre personer konstruerer sig selv og konstrueres som: atleter, skuespillere, rationalister, rebeller, patienter og engle. Faldforebyggelsesteknikkerne forstås som måder at drage omsorg for sig selv på i alderdommen. I styringsperspektivet blev patientroller og modstand mod at blive subjektiveret som patient diskuteret.

Artikel 5: *'Medicinsk overvågning og aktiv aldringsdiskurser i faldforebyggelse'* undersøger egenomsorg som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Formålet var at undersøge, hvordan egenomsorg kom til udtryk i et multifaktorielt faldforebyggelsesprogram. Studiet var et 100 timers feltstudie med deltagerobservation, samtale og dokumenter og fokuserede på de sociale processer i programmet. Artiklen relaterer til forskningsspørgsmål 1 om, hvordan egenomsorg som selvteknologi fungerer i multifaktoriel faldforebyggelse? Medicinsk overvågnings- og aktiv aldringsdiskurser blev fremanalyseret som konkurrerende diskurser i programmet og konstruerede fald i alderdommen som en (kronisk) livsstilssygdom. Dominerende patientroller var: den 'samarbejdsvillige/ikke-samarbejdsvillige faldpatient' og 'motiveret/umotiveret egenomsorgsdragende patient'. Overvågnings-, overtalelses-, bekendelses-, og askemekanismer blev fremanalyseret som egenomsorg i multifaktoriel faldforebyggelse. I et styringsperspektiv blev motivation fremanalyseret som et dobbeltrettet subjektivt in/eksklusionskriterium, der dels gav ret til behandling for patienterne, og dels sikrede de sundhedsprofessionelles deres jobansættelse.

Sammenfattet finder afhandlingen, at multifaktoriel faldforebyggelse med egenomsorgsprincippet er magtudøvelse, der både er rettet mod patienter og sundhedsprofessionelle. I programmet fungerer magtudøvelsen gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer. Et andet væsentligt fund er et dobbeltrettet subjektivt motivationskriterium, der skaber nye in/eksklusionskriterier for patienter og sundhedsprofessionelle i programmet. Egenomsorgsdiskursen skaber en motiveret patientrolle og en

motivatorrolle for sundhedsprofessionelle. Konsekvenser af egenomsorgsprincippet i multifaktoriel faldforebyggelse blev fremanalyseret som øget overvågning af ældrebefolkningen i kommunen, fremkomst af nye ekspertfunktioner, mere ensartethed af faldforebyggelsesindsatser på tværs af sektorgrænser, relativt stort frafald og fravalg af deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet.

1.3 LÆSEVEJLEDNING.

I kapitel 1 præsenteres problemformuleringen, forskningsspørgsmålene efterfulgt af en kort begrebsafklaring og en introduktion til det sundhedspolitiske felt vedrørende faldforebyggelse og egenomsorg. Derefter følger en introduktion til faldforebyggelsesfeltet.

I kapitel 2 præsenteres teorien samt de videnskabsteoretiske tanker, der ligger til grund for den diskursanalytiske metode, som der tages afsæt i til at undersøge problemformuleringen med.

I kapitel 3 præsenteres metodologien omhandlende det empiriske feltstudie på en faldklinik med deltagerobservation, interviews og dokumenter, efterfulgt af metodologiske overvejelser og rammesætning.

I kapitel 4 præsenteres faldklinikken med billeder, diagrammer og feltnoteudskrifter, således at læseren bedre kan forstå analysen.

I kapitel 5 præsenteres de samlede resultater, diskussion samt perspektivering. Delstudierne i form af fem artikler vedlægges i afhandlingen som appendix (bilag 1-5).

I appendix findes bilag over deltageroversigt, interviewguides, deltagerinformation, samtykkeerklæring, dokument fra Videnskabsetisk komite samt medforfattererklæringer.

1.4 BEGREBSAFKLARING

1.4.1 FALD

Begrebet fald defineres som:

''en utilsigtet hændelse², der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et andet niveau'' (Lamb et al, 2005).

² Dette må ikke forveksles med den bestemte betydning, ''utilsigtet hændelse'' i dag har fået i sundhedsvæsenet, og som specifikt relaterer til forebyggelige begivenheder i sundhedsvæsenet, der opstår under behandling, rehabilitering, undersøgelse eller pleje, og som ikke skyldes patientens sygdom.

Faldbegreb bygger på en konsensusdefinition udarbejdet af det europæiske netværk af forskere og kliniske faldforebyggelseseksperter: ProFaNe (Prevention of Falls Network Europe) i 2005. Definitionen anvendes på tværs af sektorgrænser i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen, 2006a; Sund By Netværk, 2010).

1.4.2 MULTIFAKTORIEL FALDFOREBYGGELSE

Begrebet multifaktoriel faldforebyggelse er en oversættelse af det engelske 'multifactorial falls prevention', og defineres i afhandlingen med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger som:

”en screening for medicinske, funktionelle og psykosociale risikofaktorer efterfulgt af en tværfaglig, multifaktoriel individuelt tilpasset intervention omfattende fx behandling af relevante medicinske problemer, medicinoptimering, træning, der indeholder styrke- og balancetræning og evt. Boligændringer.” (Sundhedsstyrelsen, 2006a:73).

Begrebet indbefatter ligeledes, at der foretages minimum to forskellige tiltag (Sehested et al, 2012). I sundhedspolitisk og sundhedsvidenskabelig litteratur oversættes multifaktoriel faldforebyggelse nogle gange til 'multifaktoriel faldudredning' og nogle gange til 'multifaktoriel faldforebyggelse' (Sundhedsstyrelsen, 2012a) samt til 'multifaktoriel intervention' (Sehested et al, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2006a). Multifaktoriel faldforebyggelse beskrives i den tidlige faldforebyggelseslitteratur som 'multifaktorielle interventioner' (Tinetti et al, 1994) eller som 'multifactorial approach' (Close et al, 1999), men kategoriseres samlet under multifaktoriel faldforebyggelse i den nye litteratur (Gillespie et al, 2012).

1.4.3 SELVTEKNOLOGI

Begrebet selvteknologi bygger på Foucaults begrebet 'care of the self' og 'Technologies of the self' (Foucault, 1988 & 2004), og defineres i afhandlingen som:

”...en række operationer, som individer ved egne midler eller hjælp fra andre kan udføre på egen krop og sjæl, tanker, adfærd og væremåde for at transformere sig selv med henblik på at opnå et bestemt mål som lykke, renhed, visdom, perfektion eller udødelighed”. (Foucault, 1988:17).

Hos Foucault bruges begrebet selvteknologi som udtryk for en styringsteknologi, der former subjektet gennem selvdannelse. Det vil sige at styringsteknologi kan forstås som en magtform, hvor menneskelig adfærd styres i en bestemt retning gennem det enkelte menneskes selvstyring. Begrebet vil blive udfoldet i teori afsnittet.

1.4.4 EGENOMSORG

Begrebet egenomsorg tager afsæt i sundhedsvæsenets definition som:

”At udøve egenomsorg betyder, at det enkelte individ tager bedst muligt vare på sig selv. I forhold til sundhed kan det fx være at deltage aktivt i egen behandling, søge viden, administrere medicin, måle blodsukker, være opmærksom på symptomer, have sunde livsstilsvaner, indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle eller bearbejde destruktive følelser, der fx kan opstå som følge af at være kronisk syg. Egenomsorg handler således om at inddrage patienter i behandlingen og få dem til at tage medansvar for deres sundhed”. (Sundhedsstyrelsen, 2006b:5)

Ud fra Sundhedsstyrelsens forståelse af egenomsorg som det at tage medansvar for egen sundhed analyseres egenomsorg som et udtryk for en specifik selvteknologi i afhandlingen.

1.4.5 STYRINGSPRAKSIS

Begrebet styringspraksis forstås som en bestemt form for magtudøvelse, der tager afsæt i Foucaults tænkning om ’governmentalitet’ (Foucault, 2002) og som direkte oversat betyder: at styre, at regere, at regulere, at råde, at reformere. Foucaults governmentalitetsbegreb spiller på ’governmental rationality’ og ’mentality’ og henviser derved både til ’fornuftig’ styring af mennesker på regeringsniveau og selvets styring af sig selv på individ niveau (Otto, 2009:5). I denne afhandling forstås styringspraksis overordnet som en magtform, der står mellem dominansmagt og strategimagtformen. Mere konkret forstås det som en magtform mellem dominansteknologier og selvteknologi, hvor magtudøvelsen retter sig mod at styre mennesker så de opfører sig på en anden måde. Styringspraksis omhandler derved både statens styring af individerne og selvets styring af sig selv.

1.5 SUNDHEDSPOLITISK BAGGRUND

I dette afsnit præsenteres den sundhedspolitiske baggrund for egenomsorgsprincippet som styringsredskab i multifaktoriel faldforebyggelse. Først indkredses det politiske fokus på faldforebyggelse. Dernæst udfoldes egenomsorgsbegrebet, som det anvendes i sundhedspolitiske dokumenter i sundhedsvæsenet og præsenterer den aktive patientrolle som et bagtæppe for afhandlingens forskningsspørgsmål.

1.5.1 EGENOMSORG SOM STYRINGSREDSKAB

I forbindelse med implementering af Regeringens Folkesundhedsprogram fra 2002 i sundhedsvæsenet udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2004 et folkesygdomsprojekt med ni delprojekter rettet mod otte udvalgte folkesundhedssygdomme. ”Projekt

Egenomsorg” udgjorde den teoretiske ramme for otte folkesygdomme, hvoraf knogleskørhed og faldforebyggelse var en af dem (Sundhedsstyrelsen, 2004). De ni delprojekter rettede sig enkeltvis mod en eller flere folkesygdomme og omhandlede tidlig opsporing, rehabilitering, tværgående indsatser inden for sundhedsvæsenet, patientuddannelse samt håndtering af risikofaktorer (Ibid.). Folkesygdomsprojektets kan ses som en forløber til Kommunalreformen, der trådte i kraft i 2007, og de overordnede mål var at: *”udvikle og styrke den systematiske forebyggelse af de otte folkesygdomme”* og *”medvirke til at forebyggelse systematisk integreres i sundhedsvæsenets behandlingsindsats”* (Sundhedsstyrelsen, 2004:2). Egenomsorgsprincippet blev præsenteret som en metode til helt eller delvis at forebygge og/eller begrænse de otte folkesygdomme i det danske samfund (Sundhedsstyrelsen, 2004:2; Ministeriet for Sundhed, 2002:3). Delprojektet ”Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre” (Sundhedsstyrelsen, 2004:10) resulterede i en national faldforebyggelsespolitik (Sundhedsstyrelsen, 2006a). I den beskrives multifaktoriel faldforebyggelse som en evidensbaseret måde at forebygge fald i alderdommen på.

Egenomsorgsprojektet (Sundhedsstyrelsen, 2005a & 2006b) udgør den teoretiske ramme for de otte kroniske folkesygdomme og sigter mod inddragelse af patienten som en aktiv medspiller i forbindelse med sundhedsvæsenets håndtering af kronisk sygdom. Med det får sundhedspersonalet tildelt nye opgaver omhandlende uddannelse af patienterne til udøvelse af den nødvendige egenomsorg med henblik på *”forhindring af tilbagefald og genindlæggelser”* og for at *”forbedre livskvalitet hos patienterne”* (Sundhedsstyrelsen, 2006b:8). Det nye er, at patienterne *”inddrages som en aktiv part i behandlingen”* gennem den patientrettede forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2006a:11). Med det skabes en ny aktiv patientrolle, der primært er rettet mod at spare samfundet for økonomiske udgifter til behandling af kronisk sygdom samt hjælpe sundhedsvæsenet i at nå nogle bestemte behandlingsmål:

”Egenomsorg handler i et behandlerperspektiv om at opnå nogle mål, der typisk handler om behandling. Set ud fra et patientperspektiv kan øget livskvalitet være et mål.” (Sundhedsstyrelsen, 2006b:7).

Egenomsorgsbegrebet knyttes til behandlingsmål, som defineres af sundhedsvæsenet og som italesættes som eventuel øget livskvalitet for patienterne. Brugen af egenomsorgsbegrebet beskrives, på forsiden af materialet, som *et ”særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme”* (Sundhedsstyrelsen, 2006b). Begrebet kobles til evidens og økonomi gennem The Chronic Care Model³ (CCM) (Sundhedsstyrelsen, 2005c) samt den amerikanske sygeplejeteoretiker Dorothea Orems egenomsorgsmodel, hvor behandlerperspektivet står centralt

³CCM er en model, der omfatter samfund, sundhedsvæsenet og patientens aktive indsats for at sikre det mest optimale forløb for de kroniske sygdomme. Den bygger på evidens og anvendes i Canada, Holland, England, Australien mm.

(Sundhedsstyrelsen, 2005a). I forbindelse med implementering af CCM og dermed det specifikke egenomsorgsbegreb i det danske sundhedsvæsen anvendes ord som: "økonomisk incitament", "bæredygtige kommuner og regioner", og "kommunal medfinansiering" (ibid.). I egenomsorgsbegrebet står ideen om, hvad der er sandt og falsk meget skarpt, hvor den rigtige viden om sundhed relateres til det medicinske sundhedsregime:

"Når sundhedsvæsenet opfordrer til og understøtter borgerne i at udøve god egenomsorg, er der tale om en form for styring eller opdragelse, fordi man stiller sig op og definerer, hvad der er rigtigt og forkert. Derved gør man sig klogere end andre. Egenomsorg har således et styrings- eller magtaspekt indlejret, idet sundhedsvæsenets forebyggelsesindsatser overordnet set handler om at få borgerne til selv at vælge at leve sundere – eller at styre dem til at styre sig selv. Det er vigtigt at være bevidst om dette styringsaspekt. Sundhedsvæsenet må erkende egenomsorgsbegrebets moralske og værdiladede karakter ved eksplicit at lægge kortene på bordet og vedkende sig, at vi vælger at definere god egenomsorg sådan her, fordi vi har en viden om, at det er det rigtige at gøre i forhold til sundhed." (Sundhedsstyrelsen, 2006b:18).

Med det slår Sundhedsstyrelsen fast, at sundhedsvæsenet både har den rigtige viden om, hvad der er sundt for hver enkel borger og for alle borgere i Danmark, og gør derved styring af borgernes sundhed, gennem egenomsorgsbegrebet, legitim. Den rigtige måde at leve sundt på defineres som: "*Et aktivt liv med daglig fysisk aktivitet, varieret og næringsrig kost, begrænset alkoholforbrug og ingen rygning*" (Sundhedsstyrelsen, 2006a:96). Gennem egenomsorgsbegrebet, knyttes kost, rygning, alkohol og motion til multifaktoriel faldforebyggelse, som derved italesætter fald i alderdommen som en livsstilssygdom. Kroniske sygdomme, der i første omgang blev italesat som et økonomisk samfundsproblem, transformeres nu til et individuelt sundhedsproblem, der handler om at kunne drage omsorg for sig selv på den rigtige måde. Gennem Regeringens Folkesundhedsprogram (Ministeriet for Sundhed, 2002), Folkesygdomsprojektet (Sundhedsstyrelsen, 2004) og senere den nationale faldforebyggelsespolitik (Sundhedsstyrelsen, 2006a) konstrueres fald i alderdommen som en kronisk livsstilssygdom, der kan forebygges ved at opdrage borgerne til at drage omsorg for sig selv på den rigtige måde (Sundhedsstyrelsen, 2004, 2005a, 2005c; 2006b).

1.5.2 IMPLEMENTERING AF MULTIFAKTORIEL FALDFOREBYGGELSE

Da *Projekt Faldforebyggelse Frederiksberg* startede i 2006 var multifaktoriel faldforebyggelse ikke et almindeligt tilbud til ældre borgere, der var faldet. Der var ca. tre hospitaler i Danmark, der havde etableret faldklinikker/faldenheder og der blev der arbejdet systematisk med multifaktoriel faldforebyggelse. Indtil starten af det ny årtusinde var faldforebyggelse noget, der foregik i de enkelte kommuner og

på enkelte geriatrike afdelinger/ambulatorier. Det var kommunerne og afdelingerne/ambulatorierne selv, der formulerede deres måde at faldforebygge på. Fra 2004 ændrede dette billede sig ved, at Sundhedsstyrelsen begyndte at udarbejdede en faldforebyggelsespolitik (Sundhedsstyrelsen, 2006a). Faldpolitikken var færdig i 2006 og den anbefalede, at der i sundhedsvæsenet blev arbejdet med multifaktoriel faldudredning og intervention (faldforebyggelse) på tværs af sektorgrænser:

”Anbefalingerne er henvendt til sygehusejere, sygehusledelser, på landets sygehuse samt afdelingsledelser og sundhedspersonale på skadestuer og afdelinger, der modtager og behandler patienter, som indlægges efter fald. Desuden er dele af anbefalingerne henvendt til almen praksis, der behandler faldpatienter henvist fra sygehuse. Endelig er dele af anbefalingerne henvendt til kommunerne, der har til opgave omkring patientrettet forebyggelse.” (Sundhedsstyrelsen, 2006a:10).

Den systematiske faldforebyggelsesindsats var dels rettet mod en generel forbedring af sundheden i ældrebefolkningen som fx *“lavere sygelighed og dødelighed samt færre med funktionstab”* dels mod en økonomisk *“samfundsmæssig gevinst”* (Ibid.:13). Formålet var derfor dels at spare penge dels *“at forebygge fald og dermed knoglebrud og andre faldrelaterede skader blandt ældre”* rettet mod *“65+årige, der henvender sig til skadestue efter fald eller indlægges efter fald.”* (Ibid.:10). Indsatsen er først og fremmest rettet mod systematisk screening af alle borgere over 65 år, der er faldet, og i forbindelse med deres fald kommet i kontakt med sundhedsvæsenet. Fald bliver portrætteret som farlige og bekostelige:

”Forebyggelse af fald hos ældre vil medføre færre skadestuekontakter og færre sengedage ved indlæggelser efter knoglebrud samt færre plejehjemsanbringelser og genoptræningsforløb efter alvorlige skader og brud.” (Ibid.).

”Selv om andelen af fald, der resulterer i brud er lille, er det absolutte antal ældre, der pådrager sig frakturer højt, hvilket stiller store krav til det behandelende sundhedsvæsen. Af de opståede knoglebrud er cirka 1% hoftebrud, mens årsager til et hoftebrud omvendt er relateret til et fald i over 95% af tilfældene. Hoftebrud medfører ofte langvarige hospitalsophold, og i endnu længere tid nedsat funktionsevne. Således vil omkring halvdelen af dem, der ved et fald pådrager sig en hoftefraktur, aldrig komme til at gå som før faldet, og 20% vil dø inden for 6 måneder.” (Ibid.:16).

I den multifaktorielle faldforebyggelsesindsats bliver fald i alderdommen primært associeret til aldersrelateret muskelmassetab, der nu kobles til en inaktiv livsstil i alderdommen og kronisk sygdom:

”Fald skyldes ofte et samspil af flere forskellige faktorer. Et væsentligt element er det aldersrelaterede tab af muskelmasse, som medfører utilstrækkelig muskelstyrke og udholdenhed og bevirker en nedsat evne til at undgå at falde, hvis man snubler eller træder forkert. En stillesiddende livsstil og tilstedeværelse af kronisk sygdom – som jo også er hyppigere med stigende alder – forstærker yderligere tabet af muskelmasse, og det neuromuskulære samspil forringes.” (Sundhedsstyrelsen, 2006a:20).

Ud over screening inkluderede den multifaktorielle indsats faldudredning på basalt og/eller specialiseret niveau samt patientrettet forebyggelse. Den patientrettede forebyggelse er rettet mod *“langvarigt syge”* og beskrives som en *“blanding af sekundær og tertiær forebyggelse, hvor fokus er på de forebyggelsesbehov, der eksisterer hos personer, der allerede er syge.”* (Sundhedsstyrelsen, 2005b:7). Først beskrives den multifaktorielle faldforebyggelsesindsats som patientrettet forebyggelse, senere kategoriseres den som *rehabilitering* på følgende måde:

”Rehabilitering anbefales at bestå af multifaktorielt tilpasset interventioner, som kan omfatte en kombination af behandling af relevante medicinske problemer, medicinoptimering, fysisk træning (balance-, styrke-, gangtræning), vitamintilskud, brug af hoftebeskyttere og boligændringer. Træning er hjørnестenen i enhver form for rehabilitering af faldpatienter. (...) og patienten må inddrages som en aktiv part i behandlingen.” (Sundhedsstyrelsen, 2006a:11).

Målet bliver nu at foretage en fælles forebyggelsesindsats på tværs af sektorgrænser rettet mod en bestemt form for træning og med inddragelse af patienten. Med træning som hjørnестenen ændres faldforebyggelse til primært at omhandle bestemte former for træning med henblik på adfærdsændringer relateret til stillesiddende livsstil.

Gennem ovenstående indkredsning af egenomsorg som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse identificeres reguleringsobjektet som træning. De handlende subjekter er patienter/borgere og sundhedspersonalet i faldforebyggelsesprogrammet. Handleformerne er aktiviteter som at motivere, overtale, rådgive, overvåge, opmuntre, vurdere, måle og registre. Dominerende sandhedsformer er, at fald er et alvorligt sundhedsproblem og ikke en normal del af alderdommen. At fald i alderdommen er et udtryk for inaktiv livsstil. At fald i alderdommen kan forebygges ved hjælp af sundhedseksperter, som skal opdrage patienten til at være aktiv på den rigtige måde gennem et multifaktorielt faldforebyggelsesprogram. Det betyder, at sundhedspersonalet på tværs af sektorgrænser skal overbevise patienter og borgere om, at det ikke er normalt at falde i alderdommen. At fald er et alvorligt sundhedsproblem, der kan gøres noget ved. Og at de har brug for sundhedseksperter samt deltagelse i et multifaktorielt faldforebyggelsesprogram for at lære at forebygge fald på den rigtige måde. I programmet skal sundhedspersonalet overtale patienterne/borgerne i at deltage i

træningsdelen og gennem træningen motivere dem til at fortsætte med livslang træning efter endt program. I det perspektiv kommer multifaktoriel faldforebyggelse til at handle om vedligeholdelse af sundhedskompetencer. På den måde bliver personalets egen motivation til at motivere patienterne/borgerne til: at acceptere programmet, deltage aktivt i det og efterfølgende se nødvendigheden i at fortsætte med livslang træning en væsentlig magtfaktor.

Ud fra ovenstående indledende analyse af sundhedspolitiske dokumenter, der omhandler multifaktoriel faldforebyggelse, er den sundhedspolitiske styring rettet mod borgere og patienter over 65 år, der er faldet eller i risiko for at falde samt det sundhedsfaglige personale, som arbejder med faldforebyggelse. Målet er at forme den ældre del af befolkningen over 65 år, som er faldet og lære disse mennesker at drage omsorg for sig selv på en særlig måde, der forebygger fremtidige fald i alderdommen. Samtidig er målet også at forme de sundhedsprofessionelle, således at de motiverer ældre mennesker til at se på fald med systemets øjne og efterfølgende får lyst til at deltage i multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer.

I Danmark oprettedes det første multifaktorielle faldforebyggelsesprogram i 2003 på en såkaldt faldenhed på Bispebjerg Hospital. I forbindelse med Kommunalreformen og placering af rehabilitering i kommunalt regi oprettedes der i 2005 en statsfinansieret pulje på 100 mil. kr. rettet mod 'den ældre medicinske patient' på tværs af sektorgrænser. Størstedelen af midlerne gik til oprettelse af syv nye faldklinikker (Aagård, 2007), hvorved multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer blev indført på næsten alle geriatriske afdelinger. Dette feltstudie foregår på Frederiksberg Hospitals Faldklinik, som var en af de syv klinikker, der modtog statsstøtte. Den geriatriske afdeling modtog i første omgang ca. 7,5 millioner kr. til oprettelse af faldklinikken, senere modtog faldklinikken flere midler i millionkategorien fra andre statspuljer, indtil den ultimo 2008 primo 2009 overgik til drift.

1.6 EN INTRODUKTION TIL FALD OG FALDFOREBYGGELSESFELTET

I dette afsnit indkredses først fald og faldforebyggelse fra hverdagsproblem til sundhedsproblem. Dernæst præsenteres multifaktoriel faldforebyggelse som behandlingsstrategi.

I dagligdagssprog henviser et fald til en hverdagsbegivenhed som en nedadgående uhindret bevægelse, som skyldes tyngdekraften. Det forbindes ofte med klodsethed eller et skub, og relateres til en aftagen, nedgang eller tilbagegang (Politikens Nudansk Ordbog, 2010). I hverdagssproget peger faldbetydninger (på dansk og engelsk) metaforisk og symbolsk i negativ retning (Mahler, 2012; Katz, 2011; Martin, 1999). Dette ses bl.a. gennem betydninger som at: 'stå for fald', 'falde bort', 'falde væk', 'falde i staver', 'falde i tanker', 'falde lidt hen', 'falde i unåde',

'falde i søvn', og gennem begreber som 'forfald', 'løvfald' og 'Syndefaldet'. Men der findes også mere positive faldbetydninger som fx at 'falde for en person'. På dansk (og engelsk⁴) henviser fald tilsammen til nederlag, uopmærksomhed, hjælpeløshed, nedgang i social status, tab af kontrol, degenerering, forelskelse, det ubevidste, irrationelle og død. Endvidere opfattes fald i alderdommen som et tegn på svækkelse og overgang til alderdom (Mahler, 2012; Katz, 2011; Kingston, 2000; Martin, 1999).

Parallelt med hverdagsforståelser beskrives fald som et sundhedsproblem. Faldulykker skildres som et af de alvorligste og mest udbredte sundhedsproblemer hos ældre (OECD, 2006). Hver tredje borger over 65 år og hver anden borger over 80 år falder mindst en gang om året (Lord et al, 2007). Hvert femte fald kræver lægehjælp og hvert tiende fald resulterer i et brud, samtidig udgør hvert eneste fald en risiko for fraktur eller andet alvorligt traume (Gillespie et al, 2009). Fald medfører betydelige menneskelige omkostninger, som øget morbiditet og mortalitet samt tab af færdigheder. Social isolation og angst for det næste fald kan medføre store begrænsninger i den ældre borgers hverdag (Lord et al, 2007). Der er i alt identificeret over 400 risikofaktorer for fald, de mest almindelige, som der kan gøres noget ved, er: nedsat muskelstyrke, gangproblemer, nedsat balance, brug af ganghjælpemidler, nedsat syn, artrose, begrænsninger i udførsel af daglige aktivitet, depression og kognitiv dysfunktion (Lord et al, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2006a). Køn, tidligere fald og kronologisk høj alder nævnes som nogle af de risikofaktorer, der ikke kan gøres noget ved (Sundhedsstyrelsen, 2006a:60-61).

I faldforebyggelseslitteraturen benyttes bestemte falddefinitioner, som dog kan variere fra undersøgelse til undersøgelse, fx fandt en gruppe forskere i 2006 mere end 30 forskellige falddefinitioner i lærebøger, forskningsartikler og kliniske retningslinjer (Zecevic et al, 2006). I den sundhedspolitiske litteratur italesættes fald som faldulykker (accidental falls) og opdeles i skadevoldende og ikke-skadevoldende kategorier. I den sundhedsvidenskabelige litteratur relateres fald til indre omstændigheder som kropslig forfald, dårligt helbred (via livsstil), uopdagede sygdomme og kroniske sygdomstilstande som osteoporose (Ministeriet for Sundhed, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2006a). Tilsammen beskrives fald som en utilsigtet hændelse dels associeret med ydre omstændigheder (miljø) og dels med indre omstændigheder (akut eller kronisk sygdom, kropslig forfald samt dårlig livsstil).

I Danmark behandles årligt ca. 41.000 ældre over 65 år efter fald på skadestuerne på landets sygehuse, hvoraf ca. 13.000 indlægges; 1350 ældre dør årligt som følge af et fald; og ca. 10.000 ældre pådrager sig årligt et hoftebrud, hvoraf 95 % af dem sker i forbindelse med et fald (Ibid.). Tidligere opgørelser viser, at ca. en tredjedel af ældre mennesker med hoftebrud dør inden for det første år efter bruddet

⁴ På engelsk henviser 'falling in love' fx også til det at forelske sig.

og at mange ikke genvinder det funktionsniveau, de havde før indlæggelsen: 10 % af indlagte ældre patienter med et hoftebrud udskrives til plejehjem (Ibid.). I faldforebyggelseslitteraturen fremstilles fald tilsammen både som en farlig ulykke, man kan dø af, og som en kronisk lidelse/sygdom/tilstand man kan forebygge og leve med (Gillespie et al. 2013; AGS/BGS, 2010; OECD, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2006a). Ydermere anser nogle geriatrikere fald og skrøbelighedsfrakturer som en 'alderdomsepidemi', der kan bremses med systematisk forebyggelsesindsatser mod svækkelse i alderdommen (Oliver, 2009:S7).

Den medicinske litteratur viser desuden, at antallet af fald og skader kan reduceres med multifaktoriel faldudredning og behandling (Tinetti et al, 1994; Close et al; 1999; Gillespie et al, 2009). Således skønnes det at være muligt at forebygge to ud af tre fald i ældrebefolkningen med målrettet multifaktoriel intervention (Tinetti et al, 1994). I litteraturen er der imidlertid opstået en uenighed om effekten af multifaktoriel faldforebyggelse (Gillespie et al, 2012; Gates et al, 2008). Nogle forskere peger fx på, at strategien kun kan reducere antallet af risici-faktorer, men ikke antallet af fald, mens andre forklarer den mangelfulde effekt ud fra problemer med målgruppen og programmets udførsel (Gillespie et al, 2012; Tinetti, 2008). Uenighederne bunder blandt andet i, at der ikke er en klar afgrænsning af målgruppen, og at mange af effektundersøgelserne er udført forskelligt og kan ikke sammenlignes.

Et andet problem er, at der i de forskellige målgrupper foregår en markant frasortering og et efterfølgende relativt stort frafald. I en randomiseret kontrolleret undersøgelse af effekten af multifaktoriel faldforebyggelse på Glostrup Hospitals Faldklinik (Sundhedsstyrelsen, 2012a) afviste⁵ 65% af de egnede patienter at deltage i det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram. Afvisning af deltagelse i faldforebyggelsesprogrammer er et globalt fænomen. I Holland, Storbritannien, Australien og USA afviser mellem 80%-50% af de egnede deltagere i multifaktorielle faldforebyggelsestilbud at deltage i sådanne programmer (ibid.:29). I faldforebyggelseslitteraturen italesættes frafald og fravalg som et alvorligt problem (Hill et al, 2011; McMahon et al, 2011; Dickinson, 2011; Bunn, 2008). Fravalget af deltager i multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer er ofte så markant, at deltagerne i undersøgelsen ikke kan betragtes som repræsentative for hele populationen og derved sættes der spørgsmålstegn ved effekten af multifaktoriel faldforebyggelse som strategi. En engelsk undersøgelse af multifaktoriel faldforebyggelsesprogrammer på 297 faldklinikker viste, at der tilsyneladende ikke var den forventede faldforebyggende effekt, hvilket blev begrundet med, at der ikke blev arbejdet systematisk og ensartet med metoden (Gates et al, 2008). I den danske undersøgelse fra Glostrup Hospital blev halvdelen af målgruppen ekskluderet ud fra medicinske objektive selektionskriterier, mens mere end halvdelen af de egnede patienter ikke ønskede at deltage. Til trods for at

⁵ Patienterne var rekrutteret via skadestuen.

flere og flere randomiserede kontrollerede undersøgelser stiller spørgsmålstegn ved den faldforebyggende virkning i multifaktorielle faldforebyggelse finder det sidste Cochrane review alligevel styrke nok i resultaterne til at konkludere, at det fysiske træningselement i disse programmer har en faldforebyggende virkning (Gillespie et al, 2012). I litteraturen er der således ikke enighed om strategiens faldforebyggende virkning, men ligesom i Cochrane reviewet anbefaler man i Danmark alligevel at fortsætte med multifaktorielle faldforebyggelse i sekundær sektor (Sundhedsstyrelsen, 2012a:9). Samtidig anbefales det, at der anvendes flere midler på at sikre kvalitet i behandlingen på de allerede eksisterende faldklinikker, hvor denne behandlingsstrategi foregår (ibid.). Rapporten anbefaler konkret, at der produceres mere viden om patienter i faldklinikker, frafald før fremmøde, compliance i forhold til fremmøde og patientoplevelser for at styrke denne kvalitet (Ibid.). Denne afhandling bidrager med ny viden på disse områder, om end denne viden er produceret på en anden måde end, der lægges op til i rapporten, hvor man peger på audit og epidemiologiske undersøgelser, som mulige undersøgelsesmetoder.

1.7 FALDFOREBYGGELSE – SKIFTENDE DISKURSER

Her præsenteres et kort overblik over skiftende diskurser i faldforebyggelsesdomænet for at give læseren et indblik i feltet og dermed bedre forstå de forskellige diskurser, der senere præsenteres og trækkes på i domænet.

Faldforebyggelse i alderdommen har gennem de sidste 30 år fået en mere og mere fremtrædende plads på den internationale sundhedspolitiske dagsorden (WHO, 2002 & 2007; American Geriatrics Society, 2001 & 2010; NICE, 2004 & 2013). Før 1960'erne var der ikke fokus på, at fald i alderdommen kunne forebygges. Den ældre person, som faldt, blev rejst op igen uden yderligere undersøgelse af omstændighederne for faldet. Sundhedsvæsenets syn på alderdommen byggede på et opfattelse af kroppen i forfald, hvor ældre mennesker blev betragtet som svækkede, inaktive, og afhængige personer (Mahler, 2012; Kirk, 1995). I svækkelsesdiskursen handlede faldforebyggelse om at gøre hjemmet så sikkert som muligt, idet hverken alderdom eller svækkelse blev betragtet som forebyggelig. Faldforebyggelse var fokuseret på ændring af hjemmemiljøet som fjernelse af dørtrin, løse gulvtæpper og opsætning af håndtag på badeværelset mm. I lægevidenskaben var der fokus på håndtering af brud og skader på hospitalsniveau (Sheldon, 1960).

Sidst i 80'erne blev fald anerkendt som sygdomsrelateret med medicinsk konsensusdefinition og et forslag om udarbejdelse af falddiagnose (Kellogg, 1987). Op gennem 1990'erne blev fald og faldforebyggelse for alvor italesat som et medicinsk problem i den geriatriske litteratur. Skiftet fra at forstå fald i alderdommen som en svækkelsestilstand til at opfatte fald som et medicinsk problem er også identificeret af andre faldforebyggelsesforskere. Ifølge sygeplejersken og gerontologen Paul Kingston hænger skiftet i holdningen til

faldforebyggelse i 80-90'erne sammen med, at den biomedicinske model vinder frem efter, at fald indskrives som en af de fem giganter⁶ i geriatrien (Isaacs et al, 1972). Og fordi den finanspolitiske krise tvinger sundhedsvæsenet til at fokusere på evidens og effektivisering (Kingston, 2000:217). I 1992 får faldulykker i sammenhænge med bestemte ydre omstændigheder 20 forskellige diagnosekoder som spænder fra W00-W19 i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (WHO, 2010). Koderne vedrører skader og er ikke relateret til alder. To skelsættende faldforebyggelsesprojekter (Tinetti et al, 1994; Close et al, 1999) viste med hver deres fokus, at fald i alderdommen kunne behandles og faldforebygges med multifaktoriel faldforebyggelse. Fokus var på identifikation af risikofaktorer og interventioner rettet mod disse risikofaktorer. Dette bevirkede, at der blev oprettet multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer i mange geriatriske miljøer i den vestlige verden, og at antallet af forskningsartikler om fald og faldforebyggelse steg markant (Tinetti, 2008). Den ældre person, som faldt, blev nu set som en syg og skrøbelig person, der kunne behandles og sandsynligvis helbredes af geriatriske eksperter. I lægevidenskaben var der fokus på håndtering af risici for brud og faldskader i sekundær og primær sektor.

Fra midten af 00'erne og frem knyttes fald og faldforebyggelse til folkesundhedsvidenskab om sund aldring. I 2004 får fald en diagnosekode R29.6⁷, som relateres til 'alder og andre uklare helbredsproblemer' (WHO ICD-10, 2010). Dermed associeres fald i alderdommen officielt til sygdom og helbredsproblemer. Faldforebyggelse italesættes som et spørgsmål ansvarlighed relateret til sundhed og fysisk aktivitet i alderdommen (Chodzko-Zajko & Schwingel, 2012; WHO, 2002). Cochrane reviews inkluderer flere og flere undersøgelser, der tester effekt af sundhedsadfærd (Gillespie et al, 2012, 2011, 2009 & 2003). Den ældre borger bliver set som en aktiv, ansvarlig vidende person. Den ældre person, som falder, bliver derimod set som en inaktiv og uansvarlig person, der må vejledes og støttes af sundhedsprofessionelle til at forebygge fald. Faldforebyggelse problematiseres som et spørgsmål om at være ansvarlig og motiveret til fysisk (mental og social) aktivitet i alderdommen (WHO, 2002 & 2007). I lægevidenskaben er der fokus på fald i alderdommen som et samfundsøkonomisk problem og håndtering af ældrebefolkningens sundhedstilstand. Den ændrede opfattelse af fald og faldforebyggelse i 00'erne kan ses som en konsekvens af generelle ændringer i folkesundhedsdomænet, hvor vægten i højere grad lægges på individets ansvar på egen sundhed (Sconozza, 2009).

Det stigende fokus i faldforebyggelse samt skiftet til inddragelse af patienten kommer til udtryk i Danmark gennem den sundhedsfaglige litteratur, der udgives

⁶ Instabilitet (fald), infektion, iatrogenitet, inkontinens og intellektuelle og mentale problemer.

⁷ R29.6: Tendency to fall, not elsewhere classified: Tendency to fall because of old age or other unclear health problems (WHO: ICD-10).

om emnet. Figur 1 illustrerer en tidslinje med det stigende sundhedspolitiske fokus på faldforebyggelse. Tidslinjen viser, at der ikke sker noget væsentligt på området i Danmark fra 1987, hvor fald blev italesat som diagnose og indtil 2002, hvor Ældre Forum udgiver en pjece, der sætter faldforebyggelse på den politiske dagsorden og. Pjecen har titlen: 'Fald som trussel mod ældres liv og førighed'. Multifaktoriel faldforebyggelse indgår i 2002 som indsatsområde⁸ i Regeringens Folkesundhedsprogram (Ministeriet for Sundhed, 2002). I 2003 åbner den første faldenhed, der arbejder med multifaktoriel faldforebyggelse. I 2004 sætter Sundhedsstyrelsen, som tidligere beskrevet, faldforebyggelse på dagsorden med Folkesygdomsprojektet, samme år ratificerer WHO fald som diagnose og Ministeriet for Sundhed allokerer 100 mil. Kr. til den ældre medicinske patient. I 2005 oprettes nye faldforebyggelsesekspertfunktioner. I 2006 udgiver Sundhedsstyrelsen en national faldpolitik og syv nye faldklinikker åbner, heriblandt Frederiksberg Hospitals Faldklinik. I 2007 implementeres den ny Strukturreform, hvor rehabilitering flyttes fra hospital til kommunalt regi. I 2009 udpeger Regeringen med Forebyggelseskommissionens rapport 30 indsatsområder for forebyggelse, hvoraf faldforebyggelse i alderdommen indgår under fysisk aktivitet. I 2010 udgiver Sund By Netværk en faldpolitik målrettet kommunalt regi, ligesom der opstår nye egenomsorgsdragende måder at forebygge fald på fx gennem telefonisk coaching. I 2012 kommer de første nationale kliniske retningslinjer målrettet sekundær sektor. I 2012 og 2013 udgiver Sundhedsstyrelsen rådgivende materiale om fysisk aktivitet til sundhedspersonale således, de kan arbejde målrettet med faldforebyggelse sammen med ældre borgere i hverdagen. I 2014 udgiver Tryk Fonden sammen med Selskab for Dansk Patientsikkerhed 'Faldpakken', der er målrettet faldforebyggelse på sygehuse.

⁸ I dette dokument beskrives faldforebyggelse samlet som: samtaler om forebyggende livsstilsændringer, D-vitamin tilskud, brug af hoftebeskyttere, medicinske behandling, gøre borgerne bevidste om at sikkerhed starter med en selv, ikke tage chancer med defekt udstyr i hjemmet, faldsikring af hjemmet, gennemgå institutioner og det lokale trafiksystem for risici, sikre faldforebyggelse som en del af de forebyggende hjemmebesøg, ulykkesregistrering, arbejde med kampagner om forbrugersikkerhed, køre efter reglerne i trafikken, sanktioner ved spritkørsel, informere om færdselslovovertrædelser, styrke trafikkontrollen, skærpe sanktioner ved spritkørsel, udføre systematisk ulykkesbekæmpelse på vejnettet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2002;24-25 + 41-42).

Tidslinje med sundhedspolitiske nedslag i relation til faldforebyggelse i Danmark


1987	Konsensus falddefinition (Kellogg International Work Group, 1987).
2002	Publikation: <i>Fald som trusel mod ældres liv og førelighed</i> (ÆldreForum, 2002).
Sep 2002	Regeringens folkesundhedsprogram: <i>Sund hele livet</i> (2002).
2003	Første faldklinik åbnes på Bispebjerg Hospital.
Nov 2004:	Sundhedsstyrelsens folkesygdomsprojekt (Sundhedsstyrelsen, 2004). <i>Projekt faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud bland ældre.</i> Fald som diagnosekode R29.6 i ICD-10 ¹ .
Dec 2004:	Indenrigs- og Sundhedsministeriet uddeler Geriatripulje på 100 mil. kr.. Fondsbevillingerne går primært til faldforebyggelse (Aagård, 2006).
Maj 2005:	Nye faldekspertfunktioner fx: Faldkoordinator, Frederiksberg Hospital. Faldkonsulent, Frederiksberg Kommune. Ny konsensus falddefinition udviklet af forskere og klinikere (Lamb et al, 2005).
Jan 2006:	Etablering af tværsektorielle faldscreeningsprogrammer på Frederiksberg: a) Systematisk faldscreening i forebyggende hjemmebesøg og skadestue. b) Fokuseret faldscreening i hjemmeplejen, akut modertager afdeling og hos egen læge.
Aug. 2006:	Udgivelse af <i>Faldpatienten i den kliniske hverdag</i> (Sundhedsstyrelsen, 2006a).
Jan 2007:	Implementering af Strukturreform: Genoptræning/rehabilitering flyttes til kommunen. Faldforebyggelseshandleplaner.
2009	Regeringens Forebyggelsespakke (Ministeriet for Sundhed, 2009). <i>Forebyggelseskommisionen</i> m. 30 tiltag til forebyggelse - inkl. Faldforebyggelse.
2010	National faldforebyggelsespolitik for primær sektor (Sund By Netværk, 2010).
Juni 2010	Coaching som ny faldforebyggelsesstrategi, København (Bedre Balance, 2010).
Jan 2012	Kliniske retningslinjer for faldforebyggelse i sekund. sektor (Sehested et al, 2012).
2012	Forebyggelsespakken. <i>Fysisk aktivitet</i> . (Sundhedsstyrelsen, 2012).
2013	<i>Anbefalinger til ældre borgere. Til brug for medarbejdere med borgerkontakt og deres ledere</i> . (Sundhedsstyrelsen, 2013).
2014	Faldpakken. I Sikre Hænder. (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014).

¹ R29.6: Tendency to fall, not elsewhere classified: Tendency to fall because of old age or other unclear health problems (WHO: ICD-10).

Figur 1. Tidslinje over væsentlige sundhedspolitiske faldforebyggelsesindsatser i Danmark listet efter et styringsperspektiv.

2. TEORI

Indledningsvis redegøres der for nogle vigtige videnskabsteoretiske tanker og begreber, der ligger til grund for den diskursanalytiske metode, som der tages afsæt i for at undersøge problemformuleringen. Derefter forklares selvteknologibegrebet gennem Panoptikonmetaforen efterfulgt af det relationelle magtbegreb og styringsteknologier.

2.1 VIDENSKABSTEORETISKE PRÆMISSER

Diskursanalyse bygger på et videnskabsteoretisk socialkonstruktivistisk grundlag, derfor er det en forudsætning at acceptere de grundlæggende ontologiske og epistemologiske betingelser i denne tilgang, når man anvender den som metode i empiriske undersøgelser (Jørgensen & Phillips, 1999:13). Sociologen Vivian Burr (1995:2ff gengivet i Jørgensen & Phillips 1999:13ff) sammenfatter disse betingelser til følgende fire generelle nøglepræmisser: 1) *Kritisk indstilling overfor selvfølgelig viden*, som betyder, at vores viden om verden ikke umiddelbart kan tages for objektiv sandhed, der ligger et sted 'derude', men ses som et produkt af vores måder at kategorisere verden på. 2) *Historisk og kulturelt specifikt*, hvilket vil sige, at den måde vi forstår og repræsenterer verden på, er historisk og kulturel specifik og kontingent. Vores forestillingsverden og identiteter kunne derfor have været anderledes, hvis vi havde levet i et andet samfund på et andet historisk tidspunkt. 3) *Sammenhæng mellem viden og sociale processer*, som henviser til, at viden skabes i sociale interaktioner, hvor der både dannes fælles sandheder, men også kæmpes om, hvad der er sandt og falsk. 4) *Sammenhæng mellem viden og social handling*, hvilket betyder, at forskellige sociale verdensbilleder fører til forskellige sociale handlinger. Det gælder dermed, at nogle former for handlinger bliver naturlige, mens andre utænkelige i det bestemte verdensbillede. Den sociale konstruktion af viden og sandhed har dermed konkrete sociale konsekvenser.

I den socialkonstruktivistiske teori ligger der således en erkendelse af, at virkeligheden konstrueres og erkendes gennem sproget og er til forhandling (Guba & Lincoln, 1994). Hermed forstås og behandles talen som en social praksis med skabende kraft. Udsagn betragtes derfor som begivenheder, der har indvirkning på den virkelighed, hvori udsagnet er skabt. For eksempel fortæller ord som: faldklinikker, faldscreening, faldpatienter, faldtruet, faldudredning, faldtype, faldteam, faldskema, faldregistreringer og faldfysioterapeuter om den sociale praksis. Ordene henviser ikke bare til, hvordan vi taler om fald og faldforebyggelse, men også til hvordan vi opfatter og handler i forhold til fald og faldforebyggelse. Når ord som klinik, patient og screening sættes i forbindelse med fald, peger det på en forståelse af, at fald er relateret til det medicinske vidensregime. Når vi kalder et menneske, der falder for 'faldpatient', 'alderdomssvækket', 'uheldig' eller 'klodsmajor' har det betydning idet det henviser til den måde, vi tænker fald og faldforebyggelse på. Det er de forskellige udtryk, som giver forskellige betydninger

af, hvordan vi kan tale om 'fald' og 'faldforebyggelse' og som henviser til samme eller flere forskellige vidensformer. Ligeledes forstås erkendelse af verden, som et resultat af den historiske kontekst, som det enkelte mennesker er en del af (Denzin & Lincoln, 2008). I tråd med forståelse af virkeligheden som socialt konstrueret må også forskeren og den vidensproduktion, der udgår af forskeren, forstås som socialt konstrueret.

2.2 DISKURSANALYSE SOM AFSÆT

I diskursanalyse interesserer forskeren sig for at afdække reglerne for, hvad der kan siges og hvad der ikke kan siges om et givent interessefelt samt for at afdække reglerne for, hvad der anses for sandt og falsk. Dette gøres her ved at se på brug af diskurser som ressourcer i konkrete sociale interaktioner i et multifaktorielt faldforebyggelsesprogram. Her undersøges det, hvordan diskurserne konstruerer subjekter og hvordan konsekvenser af subjektkonstruktioner skaber handlemuligheder for deltagerne. Der findes mange definitioner af diskursbegrebet og mange tilgange til diskursteori og -analyse. Den tilgang, der er valgt i denne afhandling, bygger på diskursanalytikerne Jørgensen og Phillips (1999:148) definition af diskursbegrebet, som: *"én bestemt måde at udlægge verden (eller dele af verden) på"*. Med dette menes, at det er disse bestemte "måder at give betydning til verden eller aspekter af verden på, der gør andre måder at udlægge verden på mindre plausible og naturlige eller udelukker dem helt" (Phillips, 2010:265). Hver diskurs angiver derved en bestemt forståelse af virkeligheden, der samtidig afskærer andre forståelser af virkeligheden. Der er derfor grænser for, hvad der kan tales om inden for bestemte diskurser, og med det konstituerer diskurser sig selv i forhold til, hvad de udelukker. En diskursiv formation er et rammeværk for, hvad vi kan sige og gøre i forhold til en given diskurs. Med det menes, at det er den diskursive formation, som sætter regler for handlemuligheder og dermed afdækker eksisterende normer. Samtidig er diskurser ikke entydige, men fulde af sprækker og bevægelse, som kontinentalplader. Derfor er der hele tiden mulighed for kritik.

I diskursanalysen lægges der som tidligere påpeget vægt på, hvad sproglig praksis gør ved virkeligheden. På den måde ligger forskerens interesse ikke i udvælgelse af, hvilket udsagn der kommer tættest på en sandfærdig virkelighed, da udgangspunktet er, at virkeligheden netop knytter an til de enkelte udsagn. Interessen ligger i at få øje på forskellige og nye måder, der tales om og bedrives faldforebyggelse på. Et omdrejningspunkt i den diskursanalytiske metode er at spørge på bestemte måder til 'selvfølgeligheder' og få øje på noget andet, end det man forventede (Nexø & Koch, 2003). Ved at spørge til det selvfølgelige og derigennem undersøge diskursive formationer af objekter, subjekter og begreber i faldforebyggelsesdomænet fremanalyses en ramme for, hvad der kan siges og gøres i forhold til en given diskurs, og som henviser til normer og regler for handlen. Diskursanalysens ærinder er dermed ikke at afdække den objektive virkelighed, men at undersøge hvordan virkeligheden skabes, så den fremstår objektiv og selvfølgelig (Jørgensen & Phillips, 1999:44). I afhandlingen betragtes

diskurs som et analytisk begreb, som forskeren lægger ned over virkeligheden for at skabe en ramme for undersøgelsen.

2.2.1 SUBJEKTPPOSITIONER

”[D]iskurser skaber de subjekter, vi er, og de objekter, vi kan vide noget om, inklusive os selv som subjekter. Identitet skabes i mødet mellem forskellige subjektpositioner indenfor diskurser. Subjekter bliver ikke interPELLeret i kun én subjektposition: Forskellige diskurser giver subjektet forskellige og måske modstridende positioner at tale fra.” (Phillips, 2010:265).

Når Phillips siger, at det er diskurserne, der skaber de subjekter vi er, så mener hun, at de meninger vi danner af os selv, dannes ud fra det, vi kan tale om og handle ud fra og derved den måde, vi opfatter verden på. De forskellige diskurser, der er til rådighed, producerer forskellige subjektpositioner, som vi tilbydes og kan tale og handle ud fra på en meningsfuld og legitim måde. Det betyder, at subjektet forstås som decentreret og at der med subjektpositionerne knytter sig nogle forventninger til subjektet om, hvordan man skal opføre sig, tale og handle inden for en given diskursiv formation.

2.3 SELVTEKNOLOGI BESKREVET VIA PANOPTIKON

I begyndelsen af afhandlingen blev selvteknologi konkret defineret som:

”[E]n række operationer, som individer ved egne midler eller hjælp fra andre kan udføre på egen krop og sjæl, tanker, adfærd og væremåde for at transformere sig selv med henblik på at opnå et bestemt mål som lykke, renhed, visdom, perfektion eller udødelighed”. (Foucault, 1988:17).

I sin analyse af Panoptikon demonstrerer Foucault (1995), hvordan selvteknologi anvendes som en bestemt styringsteknologi, der former subjektet gennem selvdannelse. Panoptikons arkitektur ses dermed som et udtryk for en bestemt magtsteknologi, hvor mennesket handler i forhold til sig selv, og skaber sig selv. Foucault tager således fat i en konkret teknologi for at forklare selvet, og anvender Panoptikon som et specifikt udtryk for det han betegner som selvteknologi.

Panoptikonarkitekturen blev tegnet af den engelske filosof Jeremy Bentham i slutningen af 1700-tallet og består af en ringformet bygning med celler langs murene og højsiddende vinduer mellem cellerne. I midten af bygningen er placeret et vagttårn med vinduer hele vejen rundt. Cellerne er forbundet med vinduer så lyset kan trænge igennem, hvilket gør det muligt for den, der sidder i vagttårnet konstant at overvåge alle celler samtidig. Kardinalpunktet er, at den der sidder i tårnet kan se ind i alle cellerne uden selv at blive set, mens de indsatte i cellerne hele tiden er overvåget, uden selv at kunne se. De indsatte ved aldrig,

hvornår de bliver overvåget, og det bevirker, at de opfører sig som om, de altid var overvåget. På den måde skaber den arkitektoniske mekanisme en handlingssituation, hvor de indsatte konstant overvåger sig selv. Arkitekturen formes således, at total overvågning bliver muligt og anvendes til at give fængselsmyndighederne øget effektivitet til at trænge ind i og regulere menneskelig adfærd, som bevirker, at de indsatte regulerer sig selv. Derved bliver Panoptikons struktur og forvaltning et apparat, der disciplinerer de indsatte og resulterer i en uadskillelig forbindelse mellem overvågning og selvkontrol.

Gennem Panoptikonanalysen viser Foucault (1995), hvordan samfundets overvågningsmekanismer får mennesker til at overvåge hinanden og sig selv i en konstant selvdisciplinering. Med afsæt i den moderne fængselsstruktur gør Foucault opmærksom på, hvordan samfundets tidligere fysiske afstraffelsesmetoder bliver erstattet af administrative teknikker, der benyttes til kontrol og (selv)kontrol af borgerne ud fra de regler og normer, der eksisterer i samfundet. Panoptikonmetaforen illustrerer således, hvordan samfundets gennemgribende magtudfoldelse både virker udadtil (via retssystemer) og indadtil (via normer). Foucault kalder dette 'styring af styring' (conduct of conduct). Styring af styring foregår både gennem magtteknologier og selvteknologier og er en praksis, der udvikler menneskets evne til selvforvaltning. I denne styringsteknologi virker disciplineringsmagten ikke gennem straf, men gennem overvågning. I disciplineringsmagten ligger der en antagelse om, at overvågning er nødvendig for overholdelse af samfundets normer. Denne særlige styringsteknologi regulerer og styrer befolkningen, men samtidig former den også det enkelte individs handlemuligheder, og derved former den subjektet (Foucault, 1988).

I afhandlingen analyseres det, hvordan faldklinikken via faldforebyggelsesprogrammet ligesom fængslet kan opfattes som et produkt af en institutionaliseret diskurs, og hvordan specifikke subjektpositioner produceres inden for de eksplicite diskurser - uden nogen sammenligning mellem de to institutioner i øvrigt. Centralt i begrebet om selvteknologi er magt, som vil blive udfoldet i de følgende afsnit.

2.4 DET RELATIONELLE MAGTBEGREB

Foucaults magtbegreb er kompleks og bredtfaende, og ændrer sig undervejs i forfatterskabet. Eftersom forskeren er interesseret i selvteknologi, tages der udgangspunkt i den måde Foucault definerer magt på i konkrete tekster, hvor han arbejder med selvteknologi. Foucault siger:

"Magt er ikke substans. Den er heller ikke en mystisk egenskab som man må foretage udgravninger for at finde ophavet til. Magten er intet andet end en særpræget type relationer individer imellem, og disse relationer er specifikke. (...) Magtens distinkte kendetegn er at enkelte mennesker forsøger mere eller mindre fuldstændigt at bestemme andre menneskers

opførsel – men aldrig på en udtømmende måde eller ved tvang.”
(Foucault, 2002:113).

Med det præsenterer Foucault magt som en styrende relation mellem mennesker, som retter sig mod adfærd og kendetegnes ved, at enkelte mennesker forsøger at styre andre menneskers handlinger i en bestemt retning uden at tvinge dem. Det er i handlingen, at magten findes, derfor kan magt forstås som *en handling på andres handling*. Et karakteristika er, at magt kun kan foregå mellem subjekter, hvor der indgår handlemulighed i relationen. Dermed sættes magt i et modsætningsforhold til tvang. Gennem en historisk analyse af straffepraksisser fra 1700-tallet og disciplineringspraksis fra 1600-tallet og frem til etablering af det moderne fængsels system gør Foucault i *Overvågning og Straf* (1995) op med et årtusind gammelt syn på magt, som en negativ evne til at bestemme over andre ved at tvinge dem til at adlyde. Ved at vise hvordan magten har haft forskellige historiske former og zoome ind på forskellige straffeteknikker i forskellige historiske perioder, illustrerer Foucault sociale forandringer inden for kriminologien. Fx viser Foucault, hvordan straf i 1700-tallet havde en anden barbarisk betydning, hvor forbrydere blev lemlæstet og henrettet offentligt i modsætning til efter oprettelse af fængsler som disciplineringsinstitutioner. Med fængslet som eksempel på selvteknologi som en bestemt magtform fremstiller Foucault det moderne samfund som et disciplineringsregime, hvis formål er at overvåge, kontrollere og effektivisere mennesker gennem deres vilje. Med etablering af det moderne fængsel gik den ydre styring og kontrol til indre styring og kontrol. Det nye er, at magt ses som en positiv, strategisk og produktiv relation, der altid er til stede og som er spredt over forskellige praksisser snarere end tilhørende bestemte agenter. Foucault siger:

“ [I]t produces domains of objects and rituals of truth. The individual and the knowledge that may be gained of him belong to this production”.
(Foucault. 1995:194).

Magt forstås derved som en produktiv relation, der skaber vidensformer og sandhedsritualer. Denne viden-magt relation producerer viden om mennesket og underkaster mennesket denne viden. Hos Foucault ligger magten i relationer mellem individer i de meningsdannende processer. Derfor kan man ikke sige, at magten er intentionel eller tilhører bestemte grupper. Den er knyttet til selve vidensregimet forstået på den måde, at magten fx ligger i selve lægevidenskaben og netop ikke besiddes af lægen. Det er fx lægevidenskaben i det medicinske sundhedsregime, der afgør, hvad der er sandt og falsk i faldforebyggelsesprogrammet og ikke lægen. Ligesom det er det medicinske sundhedsregime, som angiver måder at erfare og regulere kroppen på, og som skaber subjektpositioner som læger og patienter. Ifølge Foucault er alle samfund kendetegnet ved bestemte vidensregimer for, hvad der anses for sandt/falsk, tilladt/forbudt og fornuft/vanvid på et givent tidspunkt, og det er de bestemte diskursordener i disse vidensregimer, der producerer identiteter, institutioner og praksisformer (Foucault, 2005).

Foucaults analyser af den politiske rationalitet i de vestlige samfund viser, hvordan selvteknologi som styringsmagt har gjort sig mere og mere gældende (Foucault, 2002). I hans arbejder fremanalyses den moderne velfærdsstat som en af de mest bemærkelsesværdige former for styring af mennesker. Via en gennemgang af styreformer i de vestlige samfund fra antikken til moderne tid viser Foucault, hvordan den dominerende magtform har udviklet sig fra at handle om ydre dominans og strategi til indre styring og kontrol. Kernen er, at styringsmagten suger næring fra tidligere magtformer og benytter dem i nye former. I Foucaults analyser af magt og styring knyttes den politiske rationalitets historie sammen med historien om transformation af mennesket til subjekt (subjektivering). Denne transformation kan ses som en dialektisk proces, som både styrer og regulerer os, men som også forudsætter aktiv selvdannelse (Otto, 2009:2).

2.5 MAGTFORMER

Hos Foucault har magtbegrebet forskellige former, som her sammenfattes til dominerende, strategisk og styrende magtformer. Karakteristika fra de tre magtformer er beskrevet ud fra tre forelæsninger om styringspraksis (Foucault, 2002).

I dominansmagt hersker der ikke tvivl om, hvem der er herre og hvem der er den undertrykte. Subjektet forstås som objekt for dominans og er frit i begrænset forstand, da der stadig er mulighed for modstand. Friheden kommer til udtryk i udøvelse af modstand som fx at dræbe undertrykkeren eller begå selvmord. Uden subjektets frihed eksisterer magtrelationen ikke. Et eksempel er at en lænket person fx er underlagt tvang, ikke dominansmagt, og derfor har han ingen handlemuligheder. Forskellen mellem magt og tvang er, at det kun er, når et individ har muligheden til at forblive frit, hvor begrænset dets frihed end måtte være, at magten kan underkaste det dominans og styring (Foucault, 2002:113-114).

Strategimagt defineres som et spil om viljer. I den relation er det ikke tydeligt, hvem der dominerer og hvem der domineres, idet magtrelationen kan forstås som en slags løbende forhandling mellem subjekter om, hvem der har ret til at fortælle den anden, hvordan han/hun skal handle. Denne magtrelation forstås som altid værende tilstede mellem mennesker. Et omdrejningspunkt er, at strategimagt ikke kun er subjektets disciplinering af et andet subjekt gennem objektgørelse, men også statens disciplinering af befolkningen.

Styringsmagt er en magtrelation, der står mellem dominans- og strategiformen og som omhandler både statens styring af individerne og selvets styring af sig selv. I den moderne stat er det særligt styringsformen, der praktiseres som en måde at styre befolkningen på, sådan at det enkelte subjekt bliver i stand til at styre sig selv (selvstyring) ud for de eksisterende normer i samfundet. Et væsentligt karakteristika ved styringsteknologier er, at de producerer bestemte subjektpositioner for de subjekter, som er til stede i feltet. Med andre ord konstitueres selvet og

subjektiviteten både i de forskellige magtrelationer og i de forskellige styringsteknologier.

2.6 MODSTANDSFORMER OG MAGTMARKØRER

Ofte vil magtrelationen være så selvfølgelig, at den er vanskelig at få øje på. Her kan modstandskampe og oprør hjælpe os til at få øje på magten, idet de virker som kemiske katalysator og markerer sammenhængen mellem magtrelationer og modstandsformer:

“It consists in taking the forms of resistance against different forms of power as starting point. To use another metaphor, it consists in using this resistance as a chemical catalyst so as to bring to light power relations, locate their position, find out their point of application and the methods used. Rather than analysing power from the point of view of its internal rationality, it consists of analysing power relations through that antagonism of strategies.” (Foucault, 1982:329).

Med det mener Foucault, at modstandsformer kan ses som et udtryk for et sammenstød mellem strategier og derved kan modstandskampe anvendes som markører for magtrelationerne. En pointe er, at der hvor der ikke findes kapabilitet til at nægte eller til at gøre oprør, findes der heller ingen magt. Omvendt er det netop muligt at finde magtrelationer der, hvor der er modstand. Hvis man vil undersøge magt, bør man således ikke undersøge den inden for dens interne rationalitet, men undersøge den gennem modstandsformer, da det især er gennem dem, at magten for alvor bliver tydelig. Modstandskampene kan rette sig mod undertrykkelse, udnyttelse eller være et udtryk for et oprør mod subjektivering – og dermed den rolle, subjektet får tilbudt i feltet. Her bliver det tydeligt at magtrelationen er bundet til hele netværket af relationer, der fungerer i domænet. I afhandlingen betragtes magt som selve mulighedsbetingelsen for det sociale og styringsformer som handlingsanvisende. Modstandsformer anvendes som et analytisk begreb til at identificere magt og modmagt i faldforebyggelsesfeltet med.

2.7 EGENOMSORG

I starten af afhandlingen blev egenomsorg defineret som en specifik selvteknologi. Nedenfor udfoldes egenomsorg som selvteknologi i en historisk kontekst ud fra en central analyse af egenomsorg som selvteknologi. Det historiske afsæt anvendes til at forstå, hvilke tidligere magtformer det egenomsorgsprincip, der anvendes i afhandlingen, suger næring fra. Ved at præsentere udvalgte selvteknikker i et historisk lys anvendes Foucaults historiske analyse til at forstå det moderne egenomsorgsbegreb.

I forelæsningen: *Technologies of the Self* (Foucault, 1988) beskrives omsorg for selvet ud fra analyser af selvteknologier i den græsk-romansk filosofi i det 2. århundrede e.v.t. (efterfølgende forkortet til den stoiske version) og kristen spiritualitet i klosterlivet i det 4.-5. århundrede (efterfølgende forkortet til den kristne version). Foucault indleder sin forelæsning med at berette om det oldgræske perspektiv på egenomsorg⁹. For grækerne var det at drage omsorg for sig selv et af de vigtigste principper i byerne: det var et sæt regler for social og personlig opførsel og en vej til at mestre 'livskunsten' (Foucault, 1988:19). Denne betydning inkluderer fællesskabet i form af en politisk vinkel, som netop vedrører en forbindelse til eksterne regler og love.

Indføring i den oldgræske forståelse af egenomsorg gives gennem en dialog mellem Sokrates og Alkidiades. Her fremstilles antikkens syn på egenomsorg ud fra en politisk og erotisk vinkel, hvor det at kunne styre sig selv (seksuelt) hænger sammen med det at kunne styre andre. Alkidiades vil omsætte sin høje sociale status i det politiske liv ved at underkaste sig Sokrates seksuelt. Gennem dialogen med Sokrates indser han imidlertid, at han ikke har den nødvendige viden om at styre sig selv, og at en seksuel underkastelse netop ikke er at drage omsorg for sig selv, hvis målet er at komme ind i det politiske liv i Athen. Fælles for det sokratiske, stoiske og kristne perspektiv på egenomsorg er, at egenomsorg forstås som en praksis, individet nødvendigvis må lære gennem særlige selvteknikker som trænes igen og igen. Ved at dykke ned i hvordan oldgrækerne, de tidlige kristne og stoikerne konkret beskæftigede sig med egenomsorg og dermed med selvteknikker, synliggør Foucault moralske konsekvenser for udvikling af egenomsorgsbegrebet og de medfølgende selvteknikker i det moderne samfund.

2.7.1 SELVUNDERSØGELSE SOM SELVTEKNIK

Overordnet taler han om tre former for selvundersøgelser, som omhandler tanker vedrørende virkeligheden, regler og det skjulte i bevidstheden. Her identificeres forskellige selvundersøgelser som askese, bekendelse, selvransagelse, brevskriveri, drømmetydning, verbalisering og meditation som centrale selvteknikker. Selv om de på overfladen ligner hinanden, viser Foucault, hvordan er sket et skred fra den stoiske eksamination af bevidstheden til den kristne selvransagelse af bevidstheden. I den kristne version har denne selvteknik udviklet sig til en bekendelsesform, der kan ses som et uendeligt forsøg på at slippe fri af kroppen og bevidsthedens bedrageriske tankegang. Denne tankegang og bekendelsesform har sat dybe spor i det moderne samfund. Det fremhæves, at der i den sokratiske og stoiske selvundersøgelse lå en forpligtigelse til at lære af sine fejl og bruge denne viden til at blive stærk og modstå livets begivenheder og modgang med, mens den

⁹ I afhandlingen oversættes 'self-care' og 'care of the self' til egenomsorg, idet der henvises til sundhedsvæsenets brug af begrebet (Sundhedsstyrelsen, 2005a). I det sociologisk litteratur er begrebet ofte oversat til 'selvomsorg' på dansk (Kristensen, 2004; Schmidt, 1999b).

bekendende selvundersøgelse i den kristne version særligt anvendes til at forsage livet og ikke leve det.

Denne gennemgribende selvteknik er eksamination af bevidstheden, der retter sig mod en italesættelse af sjælens indre sindsbevægelser. I klosterlivet fremvises sjælens indre gennem talen, og selvet gøres til dommer over sin samvittighed i en daglig eksamination af bevidstheden. Også i den stoiske selvundersøgelse handler det om daglig praksis, men her er målet med en daglig eksamination af bevidstheden en konfrontation med egne leveregler for at gøre dagen op og eventuelt finde fejl og lære af dem - således at det bliver nemmere at handle rigtigt i fremtiden. Dette står i kontrast til den kristne selvundersøgelsespraksis, hvor individet ansvarliggøres i undersøgelsesprocessen og følgelig producerer skyldsfølelse. Her har den mundtlige eksamination af bevidstheden med en vejleder til hensigt at afdække det skjulte og rense sjælen for fejl og gøre individet rent i hjerte og ånd. Det handler så at sige om, at genkalde en indre sandhed gennem lydhed og bekendelse over for Guds repræsentant (vejlederen). Formålet er at få tilgivelse - ikke at lære af fejltagelserne. Hensigten med bekendelsesselvteknikken er at lede individet i alle livets henseender og modvirke, at individets egenvilje fører til fristelser. Den åndelige vejleder agerer både dommer, guide og tilgivende instans og har gennem mange års askese udviklet evnen til at skelne mellem det gode og onde, en evne den vejledte ikke forventes at have.

I den historiske analyse vises, hvordan det moderne egenomsorgsbegreb har dybe rødder i det Foucault kalder pastoralmagten, der skaber en bekendelsespraksis, som producerer en evindelig følelse af skyld og syndighed. I den kristne version af bekendelsespraksissen stræbes der efter en afvisning af et gammelt syndigt 'selv' for at opbygge et nyt og bedre selv. I dag har denne bekendelsespraksis, ifølge Foucault, taget nye former og blevet en integreret del af den moderne måde at lede sig selv på. Et eksempel er, at skoleelever skal lave handleplaner, hvor de kontinuerligt evaluerer deres personlige og faglige udvikling med lærerne fra 0. klasse og hele vejen gennem uddannelsessystemet. Ligesom offentligt ansatte kontinuerligt skal evaluerer deres personlige og faglige udvikling med deres leder gennem løbende medarbejder og udviklingssamtaler (MUS) (Otto, 2009). Italesættelse af de inderste tanker kan ses som en prægning af den kristne tradition for bekendelse af forholdet mellem subjekt og sandhed. På den ene side kan bekendelse virke frigørende i forhold til det sagte, der før var skjult og undertrykt. På den anden side er bekendelsen også en magtteknologi, der ansporer os til at vende os mod os selv i et forsøg på at etablere en anden sandhed om os selv, men samtidig udleverer vi os selv til andre gennem bekendelsesteknikken. Omvendt belyses også det forhold, at det moderne mennesker netop ofte finder nydelse i og har lyst til selvanalyse (Foucault, 2004). Lysten findes i søgen efter en sandhed om os selv og i at ville efterforske psykens hemmeligheder for at forstå det skjulte (Foucault, 1988).

2.8 GOVERNMENTALITET OG OMSORGSPRINCIPPET

En betydningsfuld styringsteknologi er governmentaltet. Med governmentaltetsbegrebet teoretiserer Foucault over den moderne stat og dens magtteknologier og beskriver velfærdsstaten som et udtryk for governmentaltet. Det er en politisk styreform, der har et indlejret dobbeltperspektiv med rødder i to tidligere historiske statsstyringsformer: pastoralmagt og disciplinmagt. Gennem de historiske analyser af disse magtformer viser han, hvordan governmentaltet i velfærdsstaten beskæftiger sig med at sikre hele befolkningens sikkerhed, helbred, velfærd, velstand og lykke (Foucault, 2002). Og hvordan *omsorgen* for det enkelte menneske og hele befolkningen er et omdrejningspunkt i denne styreform. En konsekvens af omsorgen er, at i og med at velfærdsstaten netop tager ansvar for at udvikle og sikre hver enkelte borgers sikkerhed, velfærd, helbred, velstand og lykke, påtager den sig også muligheden for at komme ind i alle afkroge af individernes liv - samtidig med at denne handling legitimerer selve styreformen i omsorgens navn. Governmentaltet handler ikke om, at staten skal få mennesker til at gøre noget mod deres vilje, men netop gennem selvteknologi forme menneskers vilje, så de får lyst til at gøre det som staten identificerer som rigtigt og godt for befolkningen. Governmentaltetstænkning beskrives af nogle som en teori (fx Dahlager, 2001), mens andre opfatter governmentaltet som et praksisorienteret perspektiv (fx Otto, 2009). Afsættet er at governmentaltet bygger på et dialektisk forhold mellem magt- og selvteknologier, hvor individers og befolkningernes handlemuligheder skabes i sociale magtrelationer. Formålet er at styre individerne til at styre sig selv, således at deres liv og handlemuligheder skabes ud fra politiske mål. Det særlige i denne styringsform ses her som omsorg og selvets arbejde med sig selv. Gennem styringen står individet i et afhængigt forhold til samfundet, hvor den enkelte lærer at styre sig selv ud fra samfundets normer om, hvad der er det gode liv. Det vil sige, at den ydre kontrol umærkeligt bliver til indre kontrol uden at subjektet samtidig føler sig styret. Subjektet genopdrages så at sige til de politiske mål og normer, som frivilligt læres og bliver subjektets egne mål og normer. Tilsammen relaterer governmentaltet som styringsform til den moderne velfærdsstat og statens mål om at have sunde arbejdsdygtige borgere, forøge befolkningens livsperspektiv, sikkerhed, velstand og lykke, men også til en statsovervågning af alle livets områder. En måde for velfærdsstaten at sikre borgerne disse velfærdsydelser er gennem etablering af institutioner som fx skoler, fængsler, sygehuse, børnehaver og plejehjem og professioner som skolelærere, fængselsbetjente, læger, sygeplejersker og pædagoger. Med multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer kan faldklinikker ses som sådanne institutioner, der er med til at sikre ældre borgere sikkerhed og helbred.

3. METODOLOGI

I dette kapitel præsenteres de anvendte metoder i projektet, hvorefter etiske aspekter af metoderne diskuteres samt pålidelighed og gyldighed i forhold til undersøgelsens resultater.

3.1 FELTSTUDIE MED DISKURSANALYSE

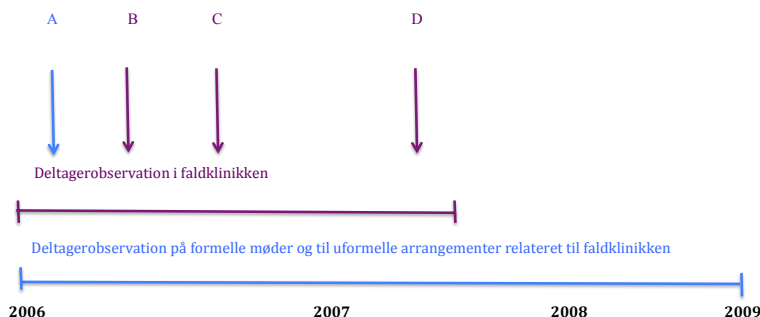
Feltstudiet med diskursanalyse er valgt som overordnet metode i undersøgelsen af egenomsorg som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Oprindeligt var feltstudiet tænkt som overordnet metode i en undersøgelse af frafald og fravalg af deltagelse i et bestemt faldforebyggelsesprogram, hvor data blev analyseret med tematisk analyse (bilag 1-2). I takt med, at analyseprocessen skred frem og magtperspektivet gennem modstandsformer som fravalg og frafald af deltagelse blev tydeligere, skærpedes det analytiske fokus til styringspraksisser i multifaktoriel faldforebyggelse. Her blev selvteknologi set som et konkret analytisk redskab til at forudså de styringspraksisser, der foregik i faldforebyggelsesprogrammet. Formålet ved at anvende feltstudiet som overordnet metode er at få indblik i konkrete sociale processer i et bestemt multifaktoriel faldforebyggelsesprogram. Når diskursanalyse er valgt som metode i forbindelse med feltstudiet, er det ud fra undersøgelsens optagethed af bestemte styringspraksisser i multifaktoriel faldforebyggelse. En kvalitet ved feltstudiet er, at det ikke kun muliggør en undersøgelse af, hvad der siges, men også hvordan der handles i feltet (Hastrup & Ovesen, 1995). Derved muliggør et feltstudie netop at studere konkrete styringspraksisser i et felt. En anden kvalitet er, at det åbner op for at frembringe viden om selvfølgeligheder og overskride disse selvfølgeligheder inden for et givent fællesskab.

”Som en kvalitativ forskningsstrategi finder feltarbejdet sted mellem mennesker, for hvem visse handlinger og forestillinger er naturlige uden at være enerådende, mens andre handlinger og forestillinger forekommer besynderlige uden nødvendigvis at være umulige.” (Hastrup, 2010:55)

Med dette markerer Hastrup, at feltstudiet som forskningsmetode giver forskeren mulighed for at undersøge menneskers handlinger og forestillinger og samtidig studere aspekter og diskurser, der konstituerer disse praksisser. Teoretisk trækker feltstudiet på antropologiske og etnografiske videnskabstraditioner og er karakteriseret ved at afdække de selvfølgeligheder, der er, men som mange ikke registrerer. Dette feltstudie indbefatter deltagerobservation, formelle og uformelle interviews samt dokumentanalyse. I forbindelse med deltagerobservation, interview og dokumentindsamling blev der taget feltnoter, som inkluderer scratch notes, billeder og tegninger. Inddragelse af billeder og tegninger bygger på den etnografiske tradition, hvor billeder og artefakter inkluderer som en integreret del af datamaterialet (Hastrup & Ovesen, 1995). Feltstudiets empiriske datamateriale fremgår af figur 2. Deltagerobservation foregik dels ved at følge de sociale

processer gennem formelle og uformelle møder og arrangementer relateret til etableringsfasen af faldklinikken. Dels ved at følge patienter og sundhedsprofessionelle i faldforebyggelsesprogrammet. Der blev foretaget fire formelle interviewnedslag med: A) nøgleinformanter, B) pilotinterviews, C) borgere som afviser deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet, D) borgere som accepterer deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet (bilag 6).

Feltstudiet med fire interviewnedslag



Interviewnedslag.

A: Interviews med 6 nøgleinformanter fra Frederiksberg Hospital (4) og i Frederiksberg Kommune (2).

B: Pilotinterviews med 5 personer over 70 år på Geriatrisk afdeling (3) og et dagcenter (2).

C: Interviews med 10 henviste borgere over 70 år som ikke ønskede at deltage i faldklinikens faldforebyggelsesprogram.

D: Interviews med 10 borgere over 70 år, som havde gennemført faldklinikens faldforebyggelsesprogram.

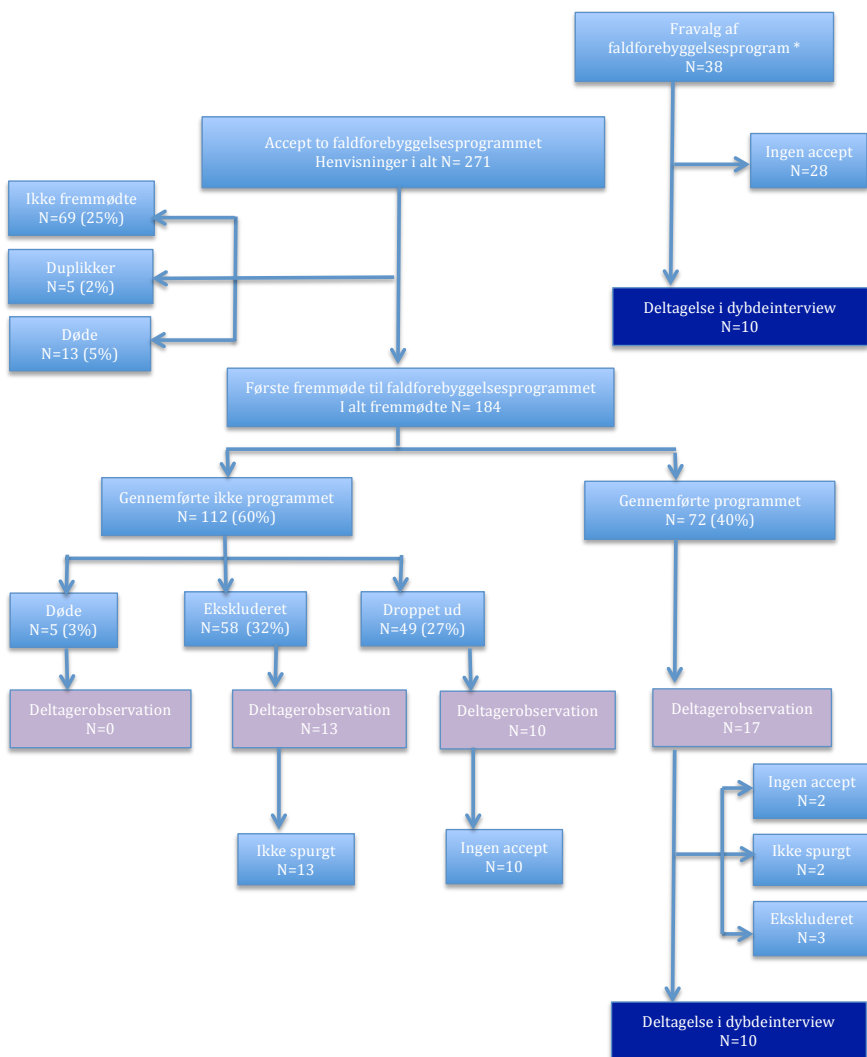
Figur 2. Tidslinjeoversigt over feltstudiet med interviewnedslag fra januar 2006 til december 2008.

Fra januar 2006 til december 2008 deltog forskeren i *Projekt Faldforebyggelse Frederiksbergs* tværsektorielle styregruppemøder, rehabiliterende kliniks tværfaglige informationsmøder, forskningskonferencer og morgenkonferencer¹⁰ samt i faldklinikens projektmøder og på 'Åben Hus' arrangementer. Deltagerobservation ved formelle og uformelle møder blev foretaget med op til fire timer om ugen. På de formelle møder bestod al deltagelse i at komme med kommentarer på opfordring samt præsentere forskningsprojektet. Deltagelse i uformelle arrangementer som julefester, jubilæer og afskedsreceptioner bestod i at snakke, synge, danse og holde tale. I alt udgjorde den formelle og uformelle deltagerobservation ved møder og arrangementer ca. 120 timer.

I perioden 1. januar 2006 til 31. august 2007 blev 40 patienter regelmæssigt fulgt fra første fremmøde til afslutning af faldforebyggelsesprogrammet (figur 3). I perioden accepterede 271 patienter, der var faldet, en henvisning til

¹⁰ Her mødtes de daglige ledere (overlæger og oversygeplejersker) fra rehabiliterende kliniks tre afdelinger og gennemgik samt fordelte døgnets nye patienter mellem sig.

faldforebyggelsesprogrammet. Ud af de 184 patienter som mødte op, gennemførte 72 programmet fra start til slut, mens 122 ikke gennemførte det. Af dem som ikke gennemførte programmet valgte 49 at droppe ud, 58 blev ekskluderet og fem patienter døde undervejs. I perioden observerede forskeren 17 patienter, der gennemførte programmet, 10 som droppede ud og 13 som blev ekskluderet fra deltagelse undervejs. Efter programdeltagelse foretog forskeren interviews med 10 ud af de 17, som gennemførte programmet. Ingen fra gruppen af patienter, som ikke gennemførte programmet, ønskede at deltage i et interview. Figur 7 viser desuden, at der blev foretaget interview med 10 henviste patienter, som ikke ønskede at deltage i programmet. Observationerne inkluderede også 10 sundhedsprofessionelle (2 læger, 4 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter, 1 faldkoordinator og 1 faldkonsulent), der havde en fast relation til faldklinikken. I perioden blev deltagerobservation foretaget op til 15 timer om ugen og varede i alt ca. 100 timer. Deltagelse bestod i at hilse på patienter i venteværelset, hente vand/saft/sandwich, hjælpe patienterne af og på med tøjet i forbindelse med ankomst/undersøgelse/afgang samt snakke med dem og/eller personalet i ventetid/pauser mellem undersøgelsen og ved ankomst/afgang. Først præsenteres dokumentindsamlingen, derefter følger en fælles præsentation af interview og deltagerobservation.



Overblik over deltagerobservation og dybdeinterviews i forbindelse med deltagelse og ikke-deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet i perioden juni 2006-juni 2007.

*I perioden maj-juni accepterede 526 borgere et forebyggende hjemmebesøg og dermed faldklinikkens screeningsprogram: 57 opfyldte kriterierne for henvisning, 19 accepterede henvisningen, mens 38 fravalgte tilbuddet.

Figur 3. Oversigt over deltagerobservation af patienter og interviews med deltagere og ikke-deltagere i faldforebyggelsesprogrammet.

3.2 DOKUMENTER

I faldklinikken blev der indsamlet data fra lokale dokumenter som registreringslister, bookingbøger, faldscreenings-, henvisnings- og forløbsskemaer, handleplaner, patientjournaler, projektprotokol samt træningsredskaber og undersøgelsesinstrumenter. Den sundhedspolitiske dokumenter blev udvalgt for at undersøge verserende diskurser i faldforebyggelsesdomænet. Dokumenterne blev valgt ud fra søgeordene: 'fald i alderdommen' og 'faldforebyggelse' i artikeldatabaserne på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og Sundhedsstyrelsens hjemmesider. Der blev indledningsvis identificeret to dokumenter: *Regeringens Folkesundhedsprogram* (Ministeriet for Sundhed, 2002) og *Folkesygdomsprojektet* (Sundhedsstyrelsen, 2004). Disse dokumenter blev gennem flere søgninger løbende suppleret med dokumenter som fx *Faldpatienten i den kliniske hverdag* (Sundhedsstyrelsen, 2006a) og Forebyggelseskommissionens forebyggelsespakker (Ministeriet for Sundhed, 2009). Den fortløbende litteratursøgning kan spores i de enkelte delstudier (bilag 1-5). Dokumenttekst blev dels analyseret tematisk (bilag 1) dels diskursanalytisk (bilag 5). Se analyseafsnittet for detaljer. Boks 1 viser en oversigt over hvilket metoder, der blev anvendt forskellige steder i feltstudiet og på hvilke tidspunkter. Ikke alle sundhedspolitiske dokumenter er listet.

Feltstudie	Sted	Tid	Repræsentanter
Deltagerobservation	Faldklinik og nær kontekst Formelle/uformelle møder/arrangementer	Jan 2006-dec 2008	Sundhedsprofessionelle, administratorer
	Faldforebyggelsesprogram	1.1.2006-31.8.2007	Patienter, sundhedsprofessionelle
Interviews	Dagcenter, hospitalsafdeling Kontor Private hjem Faldklinik og nær kontekst	Marts 2006	Patienter
Pilot		Jan-marts 2006	Administratorer
Semistruktureret		Maj 2006-aug 2007	Patienter
Dybde		Jan 2006-dec 2007	Patienter, sundhedsprofessionelle, administratorer
Uformelle			
Dokumenter	Faldklinik	Jan 2006-aug 2007	Faldscreenings/forløbs/henvisningsskema, registreringslister, handleplaner, patientjournaler, undervisningsmateriale, bookingbøger, redskaber og instrumenter
	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Jan 2004-dec 2014	Regeringens Folkesundhedsprogram Forebyggelsespakken
	Sundhedsstyrelsen		Folkesygdomsprojektet Faldpatienten i den kliniske hverdag Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet. Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde

Boks 1. Oversigt over feltstudie på Frederiksberg Hospitals Faldklinik 2006-2008.

Nedenfor præsenteres et eksempel på feltnoter og interviewuddrag for at synliggøre nogle metodiske og teoretiske overvejelser, som hænger sammen med vidensproduktion i feltarbejde, hvor der både arbejdes med deltagerobservation og interview. Tekststykkerne illustrerer tilsammen, hvordan der arbejdes med feltnoter og interviewudskrifter i feltstudiet. Eksemplerne fremstilles samlet for at synliggøre, at der i feltstudiet ikke eksisterer en skarpt grænse mellem samtalen og deltagerobservationen (Ulrich, 2010:71). Tekststykkerne er uddrag fra et interview med Hilde (H), en 86 årig kvinde, med feltnoter før og efter interviewet. Forudgående for interviewet er Hilde blevet screenet for fald under et forebyggende hjemmebesøg og tilbudt deltagelse i faldklinikens faldforebyggelsesprogram. Dette tilbud afslog hun, men samtidig indvilligede hun i at tale med en forsker om, hvordan hun levede med fald i hverdagen. Forskeren kom i kontakt med Hilde ved at ringe hende op og aftale tid for et eventuelt forskningsinterview.

Feltnoter d. 9. juni 2006 ca. kl. 9:45-11:15, boligblok i Frederiksberg kommune.

Jeg ringer på døren, der går et par minutter, så hører jeg trin, og døren bliver åbnet. Det er Hilde, hun smiler, og vi hilser og giver hånd. Hun har nederdel og skjorte på, hudfarvede fastsiddende sko med små remme og står med en rollator. Hun har en lap papir i hånden til bilruden, hvis jeg ikke havde været på cykel. Hun byder mig indenfor og fortæller, at hun har stået i vinduet og ventet på mig de sidste 10 min. "Det er, fordi det koster 350 kr. at parkere forkert", siger hun. Jeg tænker, at det både kræver fysisk og psykisk overskud at stå op og vente på en ukendt gæst for at forhindre at hun får en bøde. Entréen er mørk med små lampetter på hver sin side at et stort spejl på væggen. Hun går med rollatoren og viser mig ind i stuen. Vi siger De til hinanden. Hun sætter sig i en høj stol, stiller rollatoren væk, så hun kan komme ordentlig ned at sidde. Der ligger en masse breve, papirer og bøger fra hjemmeplejen på sofabordet, hvor der også er sat kaffekopper, en termokande og småkager frem. Der er god afstand mellem møblerne. Ingen dørtrin. Der er stille, ingen baggrundsmusik kun hendes vægur tikker.

Interviewuddrag

Interviewer: Kan du fortælle lidt om de fald, du har haft?

H: De fald jeg har, er ikke fordi jeg går og klodser. Det er fordi, jeg pludselig ikke kan mærke mine ben. De forsvinder og så falder jeg. Da jeg faldt d. 15. marts havde jeg været så dum at lægge nødkaldet der på bordet [peger]. Mens jeg gik, fik jeg pludselig voldsomme kramper i mine ben. De sad fast og så faldt jeg ned på gulvet. Jeg lå halvanden time og skreg på min nabo, Verner. Måske lå jeg i længere tid. Jeg ved ikke præcist, hvor længe jeg lå. Stolen var skubbet og bordet var rykket i faldet og jeg sad fast med benene under stolen. Det gjorde så ondt i ryggen og siden. Verner kom og hjalp mig op.

[Taler videre om forskellige fald i livet].

H: Der var også en enkelt gang, da jeg var højgravid. Jeg ejede ikke en krone. Han drak pengene op og bankede mig - også mens jeg var gravid. Dengang var jeg enorm heldig. Jeg prøvede ikke at falde med min store mave, men det kunne jeg ikke. Jeg kunne blive ked af det og vred, men jeg kunne ikke vise det. Børnene skulle vide så lidt som muligt. De kunne selvfølgelig ikke altid undgå at mærke noget. Da jeg havde født, lå jeg og græd, derfor spurgte jordmoren: ”Jamen Fru Jacobsen, hvorfor ligger De og græder?” ”Det er fordi jeg er så lykkelig over at have fået en velskabt lille pige”. ”Jamen, så tud”, sagde hun, og var ude af døren. Så tudede jeg alt det, jeg ville... Jeg var så lykkelig. Jeg havde fået to sønner. Selvfølgelig ville jeg da også være blevet lykkelig, hvis jeg havde fået en dreng til, bare barnet var velskabt. Jeg var så bange, fordi det kunne være blevet skadet af faldet.

[Taler videre om sin mand].

H: De sidste år fik vi det godt. Min mand var meget syg til sidst. Da han lå på det sidste i hospitalssengen, kastede mit barnebarn sig over morfar og pludselig så jeg, hvordan han steg op. Jeg var i chok.

[Taler videre om mandens begravelse og eget forhold til døden].

H: Ja, når jeg ved, hvad jeg har været igennem og prøvet, så har jeg det så vidunderligt nu. Det er da et vidunderligt liv: at have et liv, hvor jeg kan gøre som det passer mig. Jeg har ikke en mand, der siger ”det må du ikke, og det vil jeg ikke have”. (...).

Feltnoter 9.6.2006. Efter interview med H.

Vi siger farvel. Samtalen har berørt mig dybt. Det har været en indholdsrig oplevelse at snakke med Hilde, men også psykisk udfordrende. Alt det hun har været igennem. Hustruvold. Fattigdom. Hårdt ufaglært arbejdsliv. At blive slået, ikke have penge til mad til sine børn, mens manden bare drak pengene op – og så alligevel have overskud og være den barmhjertelige hjælper under mandens sygdom og død. Jeg er taknemmelig for, at hun valgte at dele sin historie med mig. Synes, det er tankevækkende, at hun alligevel vil livet efter alt det, hun har været igennem. Hun fortæller om at nyde de små ting. (...)

Refleksioner fra kontoret 9.6.2006

Interviewet med Hilde kører rundt i hovedet på mig. Jeg tænker over Hildes fortælling om hendes liv med vold og svigt, men også om kærlighed og tilgivelse, og om at leve med en alkoholafhængig mand. Under interviewet gjorde denne uretfærdighedsfølelse det vanskeligt for mig at udholde hendes smerte, men jeg forsøgte at bevare den professionelle distance og lod Hilde fortælle sine faldhistorier uden for mange afbrydelser. (...)

Ovenstående tekststykker er let redigerede uddrag af feltnoter og interview. I transskriptionsafsnittet nedenfor vil redigeringsprocessen blive uddybet. Tekststykkerne illustrerer, hvordan fald og faldforebyggelse italesættes. Teksten før interviewet (deltagerobservation) peger på, hvordan Hilde forholder sig til fald og forebyggelse ved at benytte rollator, indrette hjemmet så det er nemt at komme rundt i og færdes i relativt mørke rum. Interviewstykket illustrerer, at hun har nødkald, hun ikke altid tager på og naboer, der kan høre hende, hvis hun kalder på hjælp. Fald italesættes som klodsethed og bensvigt og faldhistorierne slutter først, når hun er kommet op igen efter faldet. Selv om der spørges til fald, er det ikke kun fald der tales om. Fx tales der om livet i 40'erne, åndelige oplevelser samt det gode og dårlige liv i alderdommen. Disse aspekter gør indtryk på intervieweren, hvilket kommer til udtryk i feltnoterne efter interviewet. Forskerens rolle vil blive uddybet i afsnittet om etik.

3.3 INTERVIEW OG DELTAGEROBSERVATION

Interview ses som en integreret del af feltstudier, hvor forskeren ikke kun studerer de sociale processer, men også taler med de mennesker, som indgår i de sociale processer. Interviewundersøgelsen blev udført ud fra Kvaales (1997:94ff) syv interviewfaser. Nedenfor er disse faser konstrueret som en lineær fremadskridende proces med afgrænsede faser. I virkeligheden foregik interviewundersøgelsen mere interaktiv, hvor faserne overlappede hinanden og til tider var lidt kaotisk: fx var nogle af interviewene vanskelige at få planlagt. Interaktivitet opfattes som en integreret del af det kvalitative forskningsinterview (Ibid.). Faserne er ud fra pædagogiske overvejelser om læsevenlighed konstrueret som afgrænsede og fortløbende. Faserne omhandler: tematisering, design, interviewfasen, transskription, analyse, pålidelighed og gyldighed. De tre sidste faser præsenteres i afsnit sammen med data fra deltagerobservation og vedrører også dokumentanalyse, idet disse faser omfatter det samlede feltstudiet. Den sidste fase omhandler rapportering. Dette er foretaget gennem: ph.d.-afhandling, videnskabelige artikler (bilag 1-5), bidrag til faglige tidsskrifter (Bjørnsson, 2012, Evron, 2012a, Evron 2012a & 2011), deltagelse på videnskabelige konferencer (Evron, 2012b, Evron et al, 2012c; Evron, et al, 2007a-b; Evron, et al., 2008) samt på videnskabsfestivaler (Evron, 2014b).

3.3.1 TEMATISERING

I denne fase formuleredes temaer vedrørende undersøgelsen af fald og faldforebyggelse. Temaerne var overordnet inspireret af Foucaults tænkning om disciplinering af befolkninger, som præsenteres i teoriets afsnit. Konkret bygger temaerne på den internationale og nationale samfundsdiagnostiske litteratur (Rose, 1999; Petersen & Lupton, 1996; Schmidt, 1999a-c), eksisterende sociologiske

studier om fald og faldforebyggelse (Ballinger & Payne, 2002; Martin, 1999; Kingston, 2000) samt evidensbaserede oversigtsartikler om faldforebyggelse (McInnes & Askie, 2004; Gillespie et al, 2003). Regeringens nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010 (Ministeret for Sundhed, 2002) inddrages som sundhedspolitisk ramme. Her portrætteres danske borgere som noget nyt som aktive og motiverede borgere, der i berøring med sundhedsvæsenet kan (og skal) lære at drage omsorg for sig selv på en bestemt måde, som primært handler om at tage medansvar for egen sundhed. I den samtidsdiagnostiske litteratur bliver ansvarsdiskursen beskrevet som et tegn på en individualiserings- og moderniseringsendens (Schmidt, 1999a-b), og som en medproducent af nye roller for både patienter og sundhedsprofessionelle (Ibid.; Rose, 1999; Petersen & Lupton, 1996). På baggrund af ovenstående sociologiske litteraturs udvælges fire overordnede temaer til en interviewguide. Temaerne er: 1) at leve med fald i alderdommen 2) succes/fiasco, 3) konkurrence og 4) ekspertise (bilag 7-8). Mulige samtaleemner blev særligt identificeret ud fra den kvalitative faldforebyggelseslitteratur og omhandlede: uafhængighed, autonomi, sundhed, angst for fald og aldersperspektiver. Temaer og samtaleemner var i alt baseret på sundhedspolitiske dokumenter, sociologiske teorier, oversigtsartikler samt eksisterende faldforebyggelseslitteratur med et sociologisk perspektiv.

3.3.2 DESIGN

Det kvalitative forskningsinterview blev designet som et semistruktureret interview, hvor en interviewguide satte rammerne for interviewets forløb og gav forskeren mulighed for at tale med mennesker om bestemte temaer (Kvale, 1997). I alt blev 31 semistrukturerede interviews udført: seks nøgleinformanter (administratorer) og 25 ældre personer (borgere/patienter) (bilag 6, tabel 1-2). Temaerne blev vægtet forskelligt i de to interviewgrupper, derfor blev der udviklet to forskellige interviewguides (bilag 7-8). En forskel var, at samtaletemaer med nøgleinformanter vedrørte opfattelser af faldforebyggelse i relation til sundhedsvæsenet, mens samtaletemaer med borgerne/patienterne vedrørte opfattelser af fald og faldforebyggelse i relation til egen krop. En anden forskel var at interviewene med patienterne var mere dybdegående.

I designfasen blev det kvalitative forskningsinterview med en konfronterende tilgang valgt, fordi det giver den interviewede mulighed for at opponere mod interviewerens opfattelser og tolkninger (Kvale og Brinkmann, 2005). Ifølge Kvale og Brinkmann (2005) gør muligheden for protest op med den gode interview som en varm og empatisk samtale, hvor den interviewede måske føler sig forpligtet til at 'bekende sine synder' til intervieweren. Med bekendelsesmetaforen henviser Brinkmann og Kvale til pastoralmagtformen hos Foucault og peger på, at den konfronterende tilgang kan være med til at bryde dominansmagtformen, som eksisterer mellem intervieweren og den interviewede i det traditionelle ikke-konfronterende interview. Disse kvaliteter dannede tilsammen ramme for, at det konfronterende kvalitative forskningsinterview blev valgt til at undersøge

opfattelser af fald og faldforebyggelse, og hvordan det blev forvaltet i de forskellige kontekster.

Undervejs i interviewprocessen ændrede den oprindelige tilgang med det konfronterende interview sig til en mere fænomenologisk tilgang. Forstået på den måde at den skarpe teoretiske skelnen mellem den konfronterende og ikke-konfronterende fænomenologisk tilgang i interviewet blev udvisket. I praksis viste det sig, at en konfrontation med den interviewede ikke kunne lade sig gøre, hvis interviewet ikke samtidig foregik i en inviterende, empatisk atmosfære. Ligesom det viste sig, at det også i en fænomenologisk tilgang var muligt at spørge til modsætninger i den interviewedes udsagn. Under interviewprocessen fandt forskeren dermed, at den fænomenologiske tilgang var mere i overensstemmelse med den tilgang, som faktisk blev brugt i praksis – om end det konfronterende interview i starten var idealet. Dette vil blive uddybet i afsnittet om metodologiske overvejelser. Interviewet var designet til at vare ca. en time med mulighed for forlængelse og varede mellem 40-120 min (bilag 6, tabel 1-3). Tilsammen varede de 31 interviews ca. 40 timer.

3.3.3 INTERVIEWSITUATIONEN

Inden den egentlige interviewundersøgelse blev gennemført, blev interviewguiden afprøvet i fem pilotinterviews og efterfølgende tilpasset (Kvale, 1997:151). Fx blev der foretaget ændringer af fagsprog, hvor ordet 'faldudredning' udgik, ligesom selve interviewet blev flyttet fra en institutionel (hospital/dagcenter) til en hjemlig ramme (privat hjem). For at komme i dybden med undersøgelsen af opfattelser af og handlinger i forhold til fald og faldforebyggelse blev interviewene med patienter udført med et dybdeperspektiv forstået på den måde, at interviewet var mere styret af interviewpersonens fortælling end af selve spørgsmålene.

Ud af 31 interviews blev 24 optaget digitalt, tre borgere ønskede ikke interviewet optaget. I fire tilfælde manglede forskeren digitalt udstyr og havde derfor ikke mulighed for at optage interviewet. Under de interviews, som ikke blev optaget, tog forskeren noter undervejs og samlede op på pointer lige efter interviewet. Både før og efter alle interviews blev der nedskrevet noter og refleksioner fra interviewsituationen. Boks 2 viser en oversigt over interviewtyper fordelt på antal og repræsentation.

Interviewtype	Repræsentation	Antal
Pilot – semistruktureret	Patienter	5
Semistruktureret med dybdeperspektiv	Patienter	20
Semistruktureret uden dybdeperspektiv	Administratorer	6
I alt interviews		31

Boks 2. Interviewtyper fordelt efter deltagerrepræsentation.

Nøgleinformanter: Seks administratorer på tværs af sektorgrænserne blev udvalgt: fire fra hospitalsniveau (klinikledelse) og to fra kommunalniveau (socialdirektør og sundhedscenterchef). Inklusionskriterier var: ledelsesansvar og direkte tilknytning til Projekt Faldforebyggelse Frederiksberg.

Pilotinterviews: tre interviewpersoner med oplevede faldhændelser til pilot-interviews blev rekrutteret via afdelingssygeplejersken på Frederiksbergs Hospital geriatriske afdeling, mens to personer blev rekrutteret i et dagcenter via faldkoordinatoren. Inklusionskriterier var, at personen skulle være: ældre end 65 år, have oplevet et fald inden for de sidste seks måneder og i stand til at føre en samtale på dansk.

Deltagere i faldforebyggelsesprogrammet: ti deltagere blev rekrutteret blandt de patienter, som havde gennemført faldforebyggelsesprogrammet. 15 ud af 17 observerede patienter blev kontaktet med henblik på interview (figur 2). En patient afslog deltagelse med det samme, en anden patient accepterede først, men aflyste senere. Tre andre accepterede, men blev ikke kontaktet, da sundhedspersonalet anbefalede forskeren at aflyse interviewene. Personalet mente, at disse patienter ville have besvær med at gennemføre et længerevarende interview ud fra deres erfaringer med dem i træningsprocessen. To patienter blev ikke spurgt, om de ville deltage, da forskeren på det tidspunkt betragtede materialet som datamættet. Inklusionskriterier var, at interviewpersonen skulle være: ældre end 65 år, have oplevet et fald inden for de sidste seks måneder, i stand til at føre en samtale på dansk og være henvist til og have gennemført faldforebyggelsesprogrammet fra start til slut.

Ikke-deltagere af faldforebyggelsesprogrammet: ti personer blev rekrutteret via et faldscreeningsprogram i de forebyggende hjemmebesøg. I løbet af en tremåneders periode takkede 526 personer ja til et forebyggende hjemmebesøg, af dem blev 57 screenet positiv for fald og tilbudt deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet. 19 takkede ja til tilbuddet, mens 38 afslog. Alle 38 blev spurgt om deltagelse i et forskningsinterview. Ti gav tilsagn til, at forskeren måtte ringe dem op og aftale nærmere om et eventuelt interview. Alle ti deltog efterfølgende i interviewet. (bilag 2 beskriver udvælgelsesprocessen mere detaljeret). Inklusionskriterier var, at personen skulle være ældre end 65 år, have oplevet et fald inden for de sidste seks måneder, i stand til at føre en samtale på dansk og være blevet tilbudt deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet, men afslået tilbuddet.

3.3.4 TRANSSKRIFTION

Tekst blev opfattet i bred forstand og inkluderede tegninger, redskaber og instrumenter. Med sin analyse af Panoptikon viser Foucault (2002), at institutioner og arkitektur også kan ses som udtryk for diskurser og derfor kan de analyseres som 'tekster' i en bred forståelse af tekster. Ved at analysere den arkitektoniske mekanisme og aktiviteter inden for fængslet illustrerer Foucault, hvordan fængslet kan ses som et eksplicit udtryk for en bestemt diskurs. I afhandlingen anvendes artefakterne i faldforebyggelsesprogrammet ligeledes som et udtryk for bestemte diskurser, der kan beskrives.

Udskrifterne er foretaget med en let redigering af citater og feltnoter fra interview og scratchnotes, således at citaterne fremstår sammenhængende, ligesom fyldord som 'øh', 'ikk' 'hmm' m.v i et vist omfang er bortredigeret. En direkte ordret gengivelse af det talte sprog fører ofte til usammenhængende udsagn, uafsluttede sætninger og gentagelse, derfor kan en let redigering af det talte sprog til en mere skriftlig form få sproget til at blive levende igen og gøre det lettere at læse (Brinkmann & Tanggaard, 2010a). I citater hvor den interviewede kommer med længere udsagn er interviewerens udsagn som "ja" og "hmm" undladt. Følgende koder blev anvendt under transskriptionen.

...	længere pause
-	kort pause
[kommentar]	fx [taler videre om sin mand]
(...)	udeladt tekst

Alle digitalt optagede interviews blev transskriberet ordret, og noter blev renskrevet. Tilsammen resulterede feltstudiet i alt i ca. 900 siders tekst. Renskrivning af feltnoter fra 220 timers deltagerobservation resulterede i ca. 400 sider, mens transskription af ca. 40 timers formelle interviews med feltnoter resulterede i lidt under 500 sider. Feltnoter blev oversat fra scratch notes til tekst og interviews blev transskriberet af forskeren relativ kort tid efter selve deltagerobservationen og interviewet. På den måde kunne den oprindelige situation stadig genkaldes. Ifølge Kvale kan transskriptionen af interviews ses som en del af analysefasen, idet transskription i sig selv forstås som en fortolkningsproces, hvor teksten fremstår som en dekontekstualiseret version af den verbale og nonverbale kommunikation i interviewet (Kvale, 1997:161). Her kan forskerens refleksioner og erindringer af hovedpunkter i interviewet, beskrivelse af stedet (feltnoter) og det usagte i form af noter efter interviewet, støtte op om lyden. Eksempler på transskriptionsprocessen kan ses i starten af kapitlet med uddrag fra interview, feltnoter og refleksioner efter interview med Hilde.

3.3.5 ANALYSE

Analysearbejdet begyndte allerede ved den indledende litteratursøgning, der løbende blev gentaget og justeret gennem forskningsprocessen. Justering af forskningsprocessen anses som en naturlig del af det at bedrive kvalitativ forskning (Brinkmann & Tanggaard, 2010a). Den analytiske proces fortsatte derefter i selve feltstudiet, hvor forskeren gennem den konfronterende tilgang i samtalen søgte at få afprøvet fortolkninger i mødet med deltagerne/interviewpersonerne (Brinkmann & Tanggaard, 2010a:45). Transskriptionsprocessen blev, som beskrevet i ovenstående afsnit, ligeledes anskuet som en del af den fortløbende analyseproces. Efter transskriptionsfasen blev de samlede interviewtekster læst hver for sig for at få et helhedsindtryk og overordnet analyseret ud fra de to forskellige tilgange. I afhandlingen varierer analyseprocesserne fra tematisk analyse til diskursanalyse. Begge analysestrategier er beskrevet med eksempler i de forskellige delstudier. I starten af feltstudiet var der en forudset problemstilling om fravalg og frafald som

konsekvenser af det nye egenomsorgsbegreb. Senere i studiet stod egenomsorg som styringsteknologi skarpt. Etnograferne Hammerley og Atkinson (1997:24ff) kalder denne forudelse om en problemstilling i feltstudiet for 'foreshadowed' og beskriver problemstillingen i feltarbejdet som en løbende proces, der ændres og gøres skarpere undervejs i sammenskrivningen af resultaterne. De to forskellige analysestrategier beskrives nedenfor.

3.3.5.1 Tematisk analyse

I de tre første studier (bilag 1-3) blev der foretaget tematiske analyse efter læsning og genlæsning af hele teksten. Kodning af tekst var baseret på a priori kategorier. I det første delstudie blev der anvendt en kodemanual, hvor interviewguidens fire temaer udgjorde koderordene: fald, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise (bilag 1). I det andet delstudie blev disse kodeord suppleret med kodeord fra fem samtaleemner: uafhængighed, autonomi, sundhed, angst for fald og alderdomsperspektiver (bilag 2). Efter en gennemlæsning af tekst fra hver af disse temaer blev nye underkategorier fremanalyseret. I det første delstudie (bilag 1), som inkluderede datamateriale fra interviews med administratorer, deltagerobservation, uformelle samtaler med patienter og sundhedsprofessionelle samt dokumenter, blev fx underkategorier til faldtemaet fremanalyseret som tab af frihed samt fald som: aldring, uundgåelige, forebyggelige, behandlingsmulige og ikke behandlingsmulige (bilag 1). Boks 3 illustrerer et eksempel på tematisk analyse fra artikel 1.

<i>A priori categories</i>	<i>Emerging subcategories</i>	<i>Source level</i>	<i>Data examples</i>
Falls	Falls as related to age	Patient	I don't think falling is related to my age I see [falling] as a sign of old age, not a matter of years You always hear that getting old increases your risk at falling. I don't know if you can call it a disease, but you can call it ageing
		Professional	Falling has nothing to do with chronological age; it is related to poor health Ageing increases your risk of falling, but [old] age in itself is not the cause of the falls problem
		Administrator	A fall can be an irreversible condition
		Professional	You cannot cure neurological deficits, but you can help patients cope with them
	Falls as nontreatable	Patient	I have to accept falling now and then. I have accepted that this is the way it is – and I live a wonderful life
		Professional	Most of the patients, who have already fallen once, are at high risk of falling again – they have to be assessed and treated
	Falls as treatable	Administrator	The whole prevention part is important to the municipality, so we need to prevent elderly citizens from turning up at the falls clinic
		Patient	It was the pavement – I didn't see the gap – I just have to be more careful
	Falls as preventable	Professional	A fall can be an experience that pushes the limits of the elderly person
		Patient	It [the fall] changed my life – it took me a while to accept it I dislike the thought of being dependent on others
	Falls as loss of freedom		

Boks 3. Eksempel på tematisk analyse fra artikel 1.

I det andet delstudie (bilag 2), som inkluderede datamateriale fra interviews med 20 ældre personer, blev der under fiaskokategorien fx fremanalyseret følgende otte nye subkategorier: administration, tid, kommunikation, opfattelser af fald, udgifter til

deltagelse i faldforebyggelse, alderdomsopfattelse samt manglende energi og motivation. Boks 4 viser et eksempel på tematisk analyse fra artikel 2.

Barriers to participation in falls assessment 733

Table III. Barriers to falls prevention programme described by refusers and accepters.

Theme 2. Success/failure concerning their experience with falls prevention programmes	
Within the falls clinic	Outside the falls clinic
Administration	Attitudes to falls prevention
Paperwork, documentation and registration, questions too numerous and too dull, length of assessment	Professionals decide what is good and bad for the older people; SIDA agenda was administrated as good for everybody
Time	Lack of energy and motivation for physical activity
Waiting time for transportation/training programme/appointment	Refusers did not see falls as preventable, but as accidents or related to old age
Dependence on the falls clinic timetable	Costs
Time investment too big in relation to output	Expensive or difficult access to (life-long) training facilities in the community
Clinic located at hospital; too much time needed to attend	Lack of free professional coaching/advice if not accepting the falls preventive offer
No expert falls team to visit the older people at home	Lack of free massage, hot water therapy and other treatments prescribed by doctors
Communication	
Appraisal vs. critique in relation to patients' choice	
Patients felt that professionals criticized them if they did not do what they were asked to	

Boks 4. Eksempel på tematisk analyse fra artikel 2.

Delstudie 3 (bilag 3) er baseret på datamateriale fra et enkelt pilotinterview. Her bestod den tematiske analyse i først at læse den samlede interviewtekst og derefter genlæse de kodede tekstsegmenter. Derefter blev tekstsegmenter fra faldtemaet genlæst igen og nye subkategorier som: 'fald som skæbne', 'fald som kropslig forfald' og 'fald som selvudvikling' blev fremanalyseret. På baggrund af læsning af helheden og derefter delene blev faldtemaets subkategorier udfoldet i et digt (bilag 3). Boks 5 viser et uddrag af tekstsegmenter relateret til temaet fald med den fremanalyserede subkategori 'fald som kropslig forfald'.

Tema	Tekstsegmenter fra interview med Gundhild	Subkategori
Fald	(...) jeg må acceptere at kræfterne svigter og jeg nogen gange bliver så træt, når jeg har lavet noget. Det er mest mine ben, de bliver hurtigere trætte end jeg gør. Hver morgen mærker jeg de stive led. Jeg skal ligesom i gang. Bare det at holde på en kop kan nogle gange være svært – altså det at få pegefingern ind i hanken. (...).	Fald som kropslig forfald

Boks 5. Eksempel på tematisk analyse som baggrund for artikel 3.

3.3.5.2 Diskursanalyse

I de to sidste studier (artikel 4-5) blev der foretaget diskursanalyse. Denne analysemetode kan ikke opdeles i en teori og metode del, da diskursanalyse ses som en samlet teori-metodepakke. Alligevel er denne pakke konstrueret som havende en teoretisk og metodisk del ud fra læsevenlige hensyn. Den teoretiske del er baseret

på videnskabsteoretiske præmisser, som er detaljeret beskrevet i teoriafsnittet. Den metodiske del er beskrevet i artiklerne (bilag 4-5) og beskrives kort nedenfor. I diskursanalyserne blev de samlede interviewtekster, efter transskription, læst hver for sig for at få et helhedsindtryk. Derefter stillede endnu en læsning skarpt på: tekstkonstruktion, sammenhænge, modsigelser, identificering af subjekter og objekter og den måde teksten blev konstrueret på gennem dem, samt en undersøgelse af hvordan specifikke kategorier blev forstærket eller reduceret i teksten (Tanggaard, 2007; Ballinger & Cheek, 2006). Meningsfulde mønstre i tekstsegmenter blev trukket ud i meningskondenseret tekst. Til sidst blev de udvalgte tekstsegmenter sammen med meningskondenseringen genlæst og de forskellige mønstres modsætninger, fællestræk og kategorier sammenfattet til en generel analyse. Analyseprocessen var datastyret og blev udviklet ved at læse og genlæse materialet. Ved at anvende principperne for diskursanalyse og stille skarpt på tekstens produktive potentiale i konstruktionen af virkelighed (Tanggaard, 2007) blev diskurser, subjektpositioner og styringsteknologier fremanalyseret (bilag 4-5). Den metaforiske tilgang i analyseprocessen var inspireret af Tanggaards arbejde med metaforisk fortolkning i diskursanalyse (Tanggaard 2007). I delstudie 4 bestod datamaterialet af tekst fra de 25 interviews med ældre personer, der var faldet. Tekstmaterialet i dette delstudie relaterede til faldtemaet og var fokuseret omkring følgende to spørgsmål i interviewet: 1) beskrivelser af faldepisoder og 2) tanker før faldet. Boks 6 viser et eksempel på diskursanalyse foretaget i artikel 4.

Interviewudskrift	Meningsudsagn modsætninger	Kategorier analyse
Interviewer: Kan du fortælle mig, hvad du tænkte på lige før du faldt?		
Nej det kan jeg ikke... Jo, så tænker jeg bare på at komme op. (E83)	Tænker på at komme op efter fald.	Fald som opadgående bevægelse.
Nej, jeg tænker faktisk ikke på noget. Jeg prøver bare på at rejse mig op og så mærker jeg efter om der er noget galt... ja, det kan jeg mærke... jeg er bare blevet mere forsigtig, når jeg rejser mig op (fra en stol), så undersøger jeg lige, om det nu virker... både ben og arm... om det virker før jeg sætter fra. Det tænker jeg på. (I76)	Tænker på at komme op efter fald. Mærker om der er noget galt i kroppen. Forsigtig vs. uforsigtig adfærd.	Fald som opadgående bevægelse. Den aldrende krop som foranderlig og skrøbelig. Faldforebyggelse som forsigtighed.
Ja, jeg nåede at tænke "pyha"... det var ligesom, at jeg fik sådan en sending: "pas på" og så holdt jeg fast (i et vejskilt) og så skyndte jeg mig at gå hjem. Det er sådan lige omkring hjørnet... (R84)	Får sending i hjernen og støtter sig til lygtepæl.	Faldforebyggelse som indre billeder.
Det var som om jeg så mig selv falde bagover... jeg var ved at miste balancen og faldt bagover. "Bare jeg kan nå at rette mig op", tænkte jeg, og så fik jeg lænet mig op af dørkarmen og gled ned... (Z98)	Ser sig selv falde udefra. Forsøge at rette sig op versus lade sig falde.	Faldforebyggelse som indre billeder. Faldforebyggelse som forsøg på at overskride den aldrende krops begrænsninger.

Boks 6. Eksempel på diskursanalyse foretaget i artikel 4.

I delstudie 5 bestod datamaterialet af tekst fra deltagerobservation af selve faldforebyggelsesprogrammet, uformelle samtaler med patienter og sundhedsprofessionelle samt dokumenter som faldscreenings-, henvisnings- og forløbsskemaer, handleplaner, patientjournaler og projektprotokollen. Boks 7 viser et eksempel på diskursanalyse fra artikel 5.

Text segments	Meanings	Analysis
Screening schemes Following falls types were referable: 1) Falls complicated by balance, 2) falls complicated by gait difficulties, 3) syncope, 4) falls without an obvious reason, and 5) falls related to other specific causes. Non-referable falls were: 1) Age younger than 65 years, 2) acute illness, 3) chronic diseases (e.g. chronic obstructive pulmonary disease (COLD) or cancer), 4) cognitive impairment, 5) drug or alcohol abuse and 6) accidental falls without balance or gait difficulties.	Referral due to specific type of falls Exclusion criteria are: age, specific diseases, use of alcohol drugs and accidental falls without balance or gait difficulties. Signs of old age (cognitive impairment, chronic diseases) are exclusion criteria	Objective falls type selection criteria Referable falls types as treatable Non referable falls as non-treatable Treatable falls not associated with certain life style or risky behavior Falls prevention as treatment?
Participant observation The patient was excluded from the program by no show more than three times. Patients were asked: "are you motivated for training?" If they said "no", they were excluded from the program.	Maintenance skills a part of the program Lack of motivation for training as exclusion criterion	Learning to maintain life-long training at the program? Motivation as subjective criterion

Boks 7. Eksempel på diskursanalyse foretaget i artikel 5.

3.4 ETISKE OVERVEJELSER

De videnskabetiske komiteer i Københavns og Frederiksberg Kommune fandt ikke grundlag for, at projektet ikke kunne gennemføres efter protokollen (bilag 12). Det overordnede projekt blev godkendt af datatilsynet (2006-41-7405). Studiet følger de Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden (SSN, 2003). Navnene for interviewpersonerne er fiktive. Før den formelle interviewstart blev alle deltagere mundtligt og skriftligt informeret om formålet med interviewet og lovet fortrolighed og anonymitet (bilag 9-11). Deltagerne blev gjort opmærksom på, at deltagelse var frivilligt, og at de kunne trække sig uden begrundelse. Med afsæt i en forståelse af forskningsinterviewet som en samtale, hvor det er den interviewede, der giver interviewer en gave (datamateriale), og hvor den interviewede til en hver tid kan vælge at trække sig, forsøgte forskeren at skabe så gode muligheder for samtalen som muligt. Dette blev gjort ved at foretage interviewet steder, hvor interviewpersonerne formodes at føle sig trygge og i kontrol af situationen. Nogleinformantinterviews forgik på informanternes kontorer. Pilotinterviewene forgik på et dagcenter og på hospitalet i et roligt lokale. Interviews med de ældre personer foregik i deres private hjem.

Ud af 15 patienter, der havde gennemgået et faldforebyggelsesprogram og sagt ja til at deltage i et forskningsinterview valgte to personer efterfølgende at trække sig inden interviewstart. Dette indikerer, at deltagerne følte sig trygge nok til at trække sig fra undersøgelsen, selv om de først havde givet samtykke. Samtidig indikerer det også, at nogle personer måske kan have følt sig presset til deltagelse. Tre personer blev spurgt, om de ville deltage, men blev senere fravalgt, da sundhedspersonalet anbefalede forskeren at aflyse interviewene ud fra en vurdering af, at det

ville være vanskeligt for deltagerne at gennemføre et længerevarende interview. Ifølge sundhedspersonalet var der tale om tydelige tegn på kognitiv deficit. Fravalget bygger på forskerens tillid til de sundhedsprofessionelles ekspertise og deres erfaring med gennemførelse af længerevarende samtaler med patienter, der har tegn på kognitiv deficit. Alligevel kunne der være andre grunde til, at personalet ikke anbefalede at interviewe netop disse tre personer. En mulighed er, at personerne måske blev opfattet særlig kritiske eller umotiverede i relation til faldforebyggelsesprogrammet. Arbejdet med de forskellige perspektiver i feltstudiet tilstræber, at flere stemmer blev inddraget i det overordnede projekt. Det at nogle personer først blev spurgt om de eventuelt ville deltage i et interview, og senere ikke blev kontaktet for et interview kan have været skuffende for deltagerne, selv om de blev orienteret om denne mulighed. Villighed og hurtigt tilsagn om deltagelse indikerer, at personerne kan have glædet sig til at fortælle om deres fald til en forsker. Generelt tog interviewene med de ældre interviewpersoner længere tid end planlagt. Dette tilskrives dels forskerens interesse og uddybende spørgsmål i det sagte, dels at der på forhånd var givet mulighed for at interviewet kunne vare længere. Det kan have generet interviewpersonerne, at interviewet ikke blev holdt inden for den estimerede time selv om de var orienteret om muligheden for forlængelse. Kernen er, at interviewet foregår ud fra interviewerens overordnede styring i forhold til datamaterialet. Ifølge principperne for kvalitativ forskning er det vanskeligt på forhånd at sige, hvordan forskeren skal forholde sig til situationer, hvor den interviewede fx sidst i det planlagte interview italesætter (nye) vigtige indsigter i feltet, således at interviewsituationen nødvendigvis må forlænges, hvis disse perspektiver skal inkluderes og uddybes. I sidste ende er det op til den enkelte forsker ud fra konteksten at vurdere, hvordan der skal handles i selve situationen.

3.5 METODOLOGISKE OVERVEJELSER

3.5.1 TROVÆRDIGHED, TRANSPERANS OG GYLDIGHED

Undersøgelsens formål er at studere egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Det er imidlertid væsentligt at påpege, at genstandsfeltet er afgrænset til en empirisk undersøgelse af de sociale processer og styringspraksisser i faldforebyggelsesprogrammet på Frederiksbergs Hospitals Faldklinik, som de blev observeret i perioden 2006-2008. Resultaterne kan ikke generaliseres til alle multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer, men relaterer til denne ene klinik, og gennem den fortælle noget væsentligt om genstandsfeltet. På den måde kan resultaterne anvendes som et bagtæppe til at forstå mulige konsekvenser af egenomsorg som selvteknologi i behandlingen af andre kroniske folkesygdomme. Den empiriske strategi har været at studere faldforebyggelsespraksisser og senere styringspraksisser i et specifikt faldforebyggelsesprogram, der arbejdede med multifaktoriel faldforebyggelse. Undersøgelsens perspektiv og materiale er dermed begrænset til denne faldklinik i en bestemt periode, hvor data blev indsamlet. Undersøgelsen er fra start konstrueret med egenomsorgsprincippet som bagtæppe, mens Foucaults selvteknologibegreb er anvendt til at analysere empiriske data med.

Undersøgelsen viser, at feltstudie med diskursanalyse har været en velegnet metode til at belyse forskningsspørgsmålene med og til at undersøge sociale processer og styringspraksisser med. Tilsammen viser undersøgelsen, hvordan styringspraksisser fungerer i multifaktoriel faldforebyggelse, hvordan subjektet konstrueres i denne styringspraksis og hvordan konsekvenserne af denne styringspraksis kommer til udtryk i multifaktoriel faldforebyggelse. En svaghed har været, at beslutningen om at anvende selvteknologi som analyseredskab blev taget et stykke inde i analysefasen, da styringsperspektivet stod skarpt for forskeren. Kontinuiteten i forskningsprocessen ligger i, at det netop var det oprindelige fokus på frafald og fravalg af deltagelse, der i form af sine tydelige modstandsmønstre, gjorde forskeren opmærksom på den styringsform, der foregik i feltet. Den fremadskridende udvikling i undersøgelsen med skærpelse af teorier og metoder ses imidlertid som et almindeligt vilkår i den kvalitative forskningsproces (Brinkmann & Tanggaard, 2010b). Kvalitet af kvalitativ forskning bedømmes ud fra transparens, troværdighed og håndværksmæssige gyldighed i forskningsprocessen (Brinkmann & Tanggaard, 2010b: 492ff; Dahler-Larsen, 2008:75ff).

En styrke er, at der gennem hele afhandlingen har været en detaljeret beskrivelse af vejen fra design af undersøgelsen til udførelse, analyse og resultater, således at læseren har mulighed for at vurdere kvaliteten og fornuften i undersøgelsens resultater. I delstudierne og i rammens metodeafsnit er metoden og situering af deltagere beskrevet gennem kvalitative analyser og relative lange udskrifter af deltagerobservation, interview og dokumenter. I afhandlingens ramme inkluderes endvidere billeder af faldklinikens fysiske placering og udtryk samt billeder af redskaber og instrumenter, og statistisk materiale omhandlende karakteristika af personer, som tilbydes deltagelse og indgår i faldforebyggelsesprogrammet. Disse multiple perspektiver på samme genstandsområde giver læseren mulighed for at vurdere kvaliteten af den samlede analyse.

Det ses som en styrke, at der blev foretaget et feltstudie over tre år med deltagerobservation, samtale og dokumenter, hvor der både blev inddraget perspektiver fra patienter, sundhedsprofessionelle, ledere og sundhedspolitiske dokumenter til at belyse styringspraksisser i multifaktoriel faldforebyggelse med. De forskellige perspektiver giver et detaljeret indblik i styringspraksisser i faldforebyggelsesfeltet. Feltstudiet blev valgt sammen med diskursanalyse for at studere sociale processer, hvilket senere blev skærpet til styringspraksisser. En styrke ved at vælge diskursanalyse til at undersøge styringspraksisser med er, at diskursanalyse har et iboende magtperspektiv, der kan belyse, hvordan styringspraksisser i faldforebyggelsesprogrammet fungerer. Hertil lægger Foucaults selvteknologibegreb op til en overskridelse af den dialektiske forståelse mellem subjektet og objektet, hvilket understøttes af forskningsspørgsmålet om at belyse, hvordan egenomsorg som selvteknolog fungerer i multifaktoriel faldforebyggelse. En anden styrke ved at vælge feltstudiet er, at det giver mulighed for at undersøge komplekse sociale processer og strukturer. Med blikket rettet mod styringsprocesserne studeres mikrostrukturer i feltet, for at opdag makrostrukturer.

Et af feltstudiets kvaliteter er, at synliggøre makrostrukturer gennem et studie af mikrostrukturer af de sociale processer. Feltstudiet giver netop mulighed for at udforske et unikt komplekst tilfælde, som faldforebyggelsesprogrammet, og producere viden om det konkrete tilfælde. En tredje begrundelse for at vælge feltstudiet er, at styringspraksisser kun lader sig studere i vante omgivelser i praksis. Det betragtes som en styrke, at resultaterne i de forskellige delstudier peger i samme retning, og derved markerer en gennemgående sammenhæng i forskningsprocessen. Overordnet bevæger projektet sig derved mellem teori og praksis, og undersøgelserne veksler mellem at stille skarpt på både helheder og dele. Dette er i tråd med den diskursanalytiske tilgang, hvor empiri, metode og teori forstås som i konstant dialog i forskningsprocessen (Jørgensen & Phillip, 1999). Det gennemgående sociologiske blik i undersøgelsen med en løbende udbygning af dette diskursanalytiske perspektiv, som særligt kommer til udtryk i de sidste to artikler og rammen, ses som en dialog mellem teori og metode i undersøgelsen. Den fortløbende dialog og de forskellige perspektiver på genstandsfeltet ses som en styrke af kvaliteten af det samlede forskningsresultatet (Jørgensen & Phillips, 1999:33ff). I udgangspunktet har afhandlingen både en deduktiv og induktive tilgang. Den deduktive tilgang ses ved det gennemgående sociologiske blik, der teoretisk styrer den overordnede forskningsproces. Den induktive tilgang ses ved, at forskeren lader datamaterialet tale og derigennem skærper teorivalget, således at det bedst egnede analyseredskab anvendes til at undersøge det overordnede forskningsspørgsmål med. Et kendetegn ved diskursanalysen er, at den tillader fleksibilitet i forskningsprocessen (ibid.). Det er naturligvis en svaghed, at den diskursanalytiske tilgang med styringspraksisser ikke stod lige så skarpt i starten som i slutningen af processen. Alligevel viser forskningsprocessen, at den gennemgående teori danner ramme for de samlede undersøgelsesmetoder og på den måde træder det samlede produkt frem som en samlet teori-metodepakke (Ballinger & Cheek, 2006).

I interviewdesignet var der en bevægelse mellem den konfronterende tilgang og den mere fænomenologiske tilgang. Kvale og Brinkmann (2009) konstruerer 'det konfronterende' og 'det fænomenologiske' interview som to teoretiske idealtyper i hver sin yderpol af et kontinuum. I den forståelse kan interviewtilgangen bevæge sig frem og tilbage på dette kontinuum dels i det enkelte interview, dels under projektførelsen som sådan. Det er netop denne bevægelse mellem to idealtyper undersøgelsens interviewproces er et udtryk for. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan bevægelse i interviewprocessen betegnes som en generel regel, når det gælder det kvalitative forskningsinterview. Her kan forskeren kun tilstræbe at styre bevægelsen i interviewprocessen, idet at det både er interviewer og den interviewede, der styrer samtalsens bevægelse i det enkelte interview. Et omdrejningspunkt i interviewprocessen er, at interviewer står i et afhængigt forhold til den interviewede, hvorved interviewer kun kan tilstræbe en retning på interviewkontinuumet. Gennem refleksion over egen position og anerkendelse af det asymmetriske magtforhold i samtalen spørges ind til selvfølgeligheder og nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter omkring fald og faldforebyggelse (Kvale, 2006). Analyserne og uddrag af interviewcitater har i afhandlingen vist, at

forskeren ikke bare lytter, registrerer og fortolker ordene i de eksplicite beskrivelser, men også spørger ind til modsætningsforhold og indfanger det, der blev sagt mellem linjerne, for på den måde at sende budskabet tilbage med opklarende spørgsmål eller konfrontere interviewpersonerne med modsætningsfyldte udsagn.

Alle interviews fungerede fint og der var kontinuitet i interviewprocessen. I ét interview blev den interviewede imidlertid vred eller irriteret og konfronterede forskeren med modspørgsmål. Her bad forskeren om adgang til badeværelset og tog en 'timeout' for at være i stand til at fortsætte interviewet og efterfølgende styre det i en retning, der sikrede nyttige data til undersøgelsens fokus. Trods konfrontationen foresatte resten af interviewet i en god atmosfære fx inviterede den interviewede forskeren på mere kaffe og kage. Dette interview blev først oplevet som dårligt og var grænseoverskridende at udskrive. Under transskriptions- og analysefasen stod data fra interviewet anderledes tydeligt frem der, hvor forskellige opfattelser og meninger blev forhandlet. I denne fase blev det tydeligt, at det valgte interviewdesign havde givet forskeren mulighed for at spørge på måder, hvor fokus ikke kun er på subjektive synspunkter i dialogen, men også relaterede til teorier og fokuserede på betydninger i ydre omstændigheder. Hermed fremstod det samlede interviewdesign som en metode til at løfte samtalen ud af sin egen kontekst og vise noget betydningsbærende for domænet (Tanggaard, 2009). I undersøgelsen er der tilstræbt kohærens gennem en rettedhed mod problemstillingen, litteraturvalg, det videnskabsteoretiske afsæt under udvikling af de forskellige kategorier, temaer og faldtypologier, der tilsammen samler materialet og udgør afhandlingen. Valget af navne på faldtypologier er fx således foretaget ud fra en nøje vurdering af det empiriske materiale, faldforebyggelsesteorier og det socialkonstruktivistiske afsæt. Med disse faldtypologier, temaer og kategorier har forskeren tilstræbt at sige noget betydningsfuldt for faldforebyggelsesdomænet. Det er muligt, at en anden forsker ville have valgt andre typologier og kategorier. Fx kan den motiverede patientrolle, der næsten har de samme karakteristika som den allerede definerede 'aktive patient'. I undersøgelsen blev 'den motiverede patient' fastholdt for at henvise til betydningen af motivationskriteriet i behandlingen. Mens det at være aktiv og tage ansvar definerer den aktive patientrolle, er forskellen at det er motivationen, der definerer den motiverede patientrolle.

I undersøgelsen er der tilstræbt teoretisk åbenhed gennem et indblik i dokumentanalyser, faldforebyggelsesteorier, uddybende teori afsnit om styring gennem selvteknologibegrebet. Det ses som en styrke at undersøgelsen er delt op i fem delstudier, som hver især relaterer til et eller flere af forskningsspørgsmålene og tilsammen udgør undersøgelsens samlede fundament. Ved at sammenligne forskellige kvalitative perspektiver er undersøgelsens troværdighed internt kontrolleret. Der er undervejs foretaget triangulering af metoder, teorier om fald og faldforebyggelse samt offentlig dokumenter. Tilsammen har undersøgelsen givet et nuanceret billede af egenomsorgsprincippet som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse, hvor det dialektiske forhold mellem den styrede og den styrende trådte frem.

3.5.2 FELTROLLEN

I feltforskningen genereres viden gennem forskerens involvering i feltet. Forskningen er foretaget i eget felt, hvilket der er fordele og ulemper forbundet med (Alvesson, 2003). Kendskab til hospitalets organisering og strukturering af opgaver gjorde det fx nemmere at forstå, hvad der skete i feltet. Samtidig betød forhåndskendskab til feltet, at der muligvis var selvfølgeligheder, som der ikke blev stillet spørgsmål til. Det at forskeren tidligere havde arbejdet med patientsikkerhed og faldforebyggelse på samme hospital, hvor feltstudiet blev gennemført positionerede forskeren på en bestemt måde.

I begyndelsen af forskningsprojektet var det således et vilkår for forskeren at bære hvid uniform med titlen 'projektsygeplejerske' påsyet brystlommen. Argumentet¹¹ var, at uniformen og titlen ville virke 'afskrækkende' på patienter og nedtone forskerrollen, så forskeren ikke fremstod 'pralende' over for personalet i klinikken. Forskeren indvilligede i at bære uniform. Efter få måneder blev uniformen imidlertid udskiftet til civilt tøj, da datagenereringen pegede på klinikkens greb om genstandsområdet, når forskeren indtog et uniformeret position. Ved at blive positioneret og positionere sig som sygeplejerske gav uniformen bestemte muligheder og begrænsninger i feltet. Først og fremmest gav den forskeren gode muligheder for at se på feltet med sygeplejerske øjne, men der var også begrænsninger som blev tydelige efter udskiftning af uniform til civilt tøj. Fx gav uniformen adgang til data produceret i sygeplejerskegruppen, som senere viste sig at være vanskelige at få adgang til med civilbeklædning. Modsat åbnede den civile beklædning op for adgang til deltagelse i andre sammenhæng fx blev forskeren inviteret til andre monofaglige frokostmøder. Den tilsigtede effekt var at gøre det tydeligt for patienterne og personalet, at forskeren ikke var en del af klinikkens personale. Således så alt personalet først forskeren i uniform, mens det kun var få patienter, der så eller havde set forskeren i uniform.

Et andet forhold var, at forskerens gode relationer til nogle af nøgleinformanterne sikrede adgang til datamateriale, som udenforstående muligvis ikke ville have haft adgang til - fx åben dør til ledelsen samt adgang til lukkede møder på ledelsesniveau. Forholdet stillede samtidig forskeren i en situation, hvor hun kunne blive opfattet som en repræsentant fra klinikledelsen og derved som kontrollør over for sundhedspersonalet (Tanggaard, 2004). Det, at personalet villigt deltog i samtaler med forskeren og uden forbehold gav adgang til deltagelse i møder og indsamling af data i faldklinikken, vidner om, at forskerrollen generelt blev accepteret. Andre eksempler på accept af forskerrollen kom til udtryk gennem invitationer til at præsentere foreløbige forskningsresultater på personalemøder, forskningsmøder og på faldklinikken 'åbent hus' dage.

¹¹ Fra ledelsens side.

En tredje position blev fremanalyseret under en diskussion med fagfæller om forskerens sygeplejefaglige baggrund. Her blev forskeren positioneret som en slags undercover agent af andre forskere. Rollen blev italesat i forbindelse med etiske overvejelser og datagenerering i forbindelse med oplevelsen af at være vidende til personalets frustrationer og nogles frygt for tab af job i forbindelse med faldklinikens etableringsfase. Her blev forskeren opfordret til at se sig selv som en slags undercoveragent for selve forskningsprocessen for bedre at kunne holde ud at være i konflikterne.

En fjerde rolle kom til syne gennem invitationer til fester og uformelle arrangementer og positionerede forskeren som en kollega. Det gode forhold til personalet gav på den ene side forskeren adgang til data for personer i fællesskabet. På den anden side positionerede det hende som en slags undercover agent, idet data fra deltagelse i disse arrangementer indgik i den samlede dataindsamling. Gennem anonymisering af datafremstillingen er der taget forbehold for undercoverpositionen. Der er imidlertid situationer i afhandlingen, som er vanskelige helt at kamufflere, derfor vil involverede deltagere vide, hvem der er tale om. Vilkårene som feltforsker er, at man bliver positioneret på bestemte måder i forhold til de interesser, der ligger i feltet samt de forventninger og opfattelser omgivelserne har. Tilsammen blev forskeren i feltet positioneret som: forsker, sygeplejerske, sundhedspersonale, kontrollør, undercover agent, og kollega. I den empiriske del af undersøgelsen tilstræbte forskeren at fremmedgøre sig fra feltet netop ved at tage feltforskerrollen på sig. Dette foregik fx via refleksion og diskussioner med vejleder og fagfæller og ved bevidst spørge ind til selvfølgelige handlinger i feltet – netop fordi de virkede så selvfølgelige. Ligesom deltagere blev konfrontere med modsatrettede ytringer under samtaler. Med disse handlinger har forskeren i tråd med Jørgensen og Phillips (1999) anbefalinger forsøgt at 'sætte parentes' om sig selv som forsker og ved brug af metode og teori tilstræbt en distance til den diskursive strukturering af feltet. I diskursanalyse er forskerpositionen et uløseligt problem idet, forskeren på en og samme tid skal søge at distancere sig fra egen viden i feltet, men samtidig skabes og skaber forskeren sig selv ud fra den viden, der eksisterer i feltet. Derfor kan der argumenteres for, at det er praktisk umuligt at sætte parentes om sig selv som feltforsker. En måde at overkomme den problematik er imidlertid at synliggøre forskerens mulige positioner i feltet og på den måde bruge teori og metode til at overkomme problematikken (Ibid.). Dette er vist ovenfor.

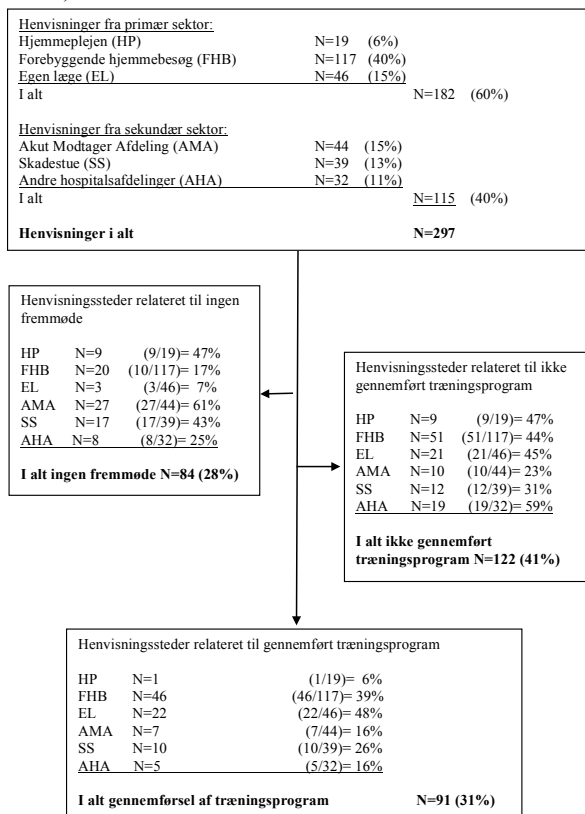
4. FALDKLINIKKEN OG DET MULTIFAKTORIELLE FALDFOREBYGGELSESPROGRAM

I det følgende præsenteres Frederiksberg Hospitals Faldklinik inklusiv rekrutteringsmiljøer, faldtyper, fysiske placering og udtryk, flowdiagram over frafald og deltagelse og faldtyper samt karakteristika for de første 297 henviste patienter.

Faldklinikken er en adskilt serviceenhed med dedikeret personaletid, der arbejder med multifaktoriel faldforebyggelse hos mennesker over 65 år, der enten har oplevet et fald eller har et svimmelhedsproblem. Den multifaktorielle faldforebyggelse består af en omfattende tværfaglig faldudredning efterfulgt af et behandlingsforløb, der inkluderer et 12 ugers træningsprogram. I projektperioden blev deltagere til faldforebyggelsesprogrammet rekrutteret fra følgende seks miljøer: hjemmeplejen, forebyggende hjemmebesøg, akut modtager afdeling (AMA), skadestuen, andre hospitalsafdelinger og egen læge (EL). Læger, sygeplejersker og terapeuter kunne henvise borgere/patienter med bestemte faldtyper til faldforebyggelsesprogrammet, mens patienter med faldproblematikker ikke selv kunne henvende sig direkte. Figur 4 viser, at i perioden juli 2006 til juli 2007 rekrutterede klinikken 297 patienter til programmet, af dem kom 60% fra primær sektor, mens 40% kom fra sekundær sektor. Flest patienter blev rekrutteret via faldscreening i de forebyggende hjemmebesøg, og udgjorde 40% af alle henvisninger. Rekrutteringsraten svingede mellem 6%-15% i de andre miljøer. I perioden valgte 28% af alle henviste patienter, trods indledende accept til programmet, alligevel ikke at møde op. Der var stor forskel på fremmøde i de forskellige miljøer. Af dem, som var rekrutteret i AMA fravalgte hele 61% at møde op, mens henholdsvis 47% og 43% af de rekrutterede patienter fra hjemmeplejen og skadestuen ikke møde op. I modsætning mødte 93% af alle henviste patienter fra EL op. Af de patienter, der mødte op blev 41% enten ekskluderet eller stoppede selv undervejs. De programdeltagere, som var rekrutteret i AMA (23%) og via skadestuen (31%) havde det mindste frafald, mens deltagere rekrutteret fra andre hospitalsafdelinger (59%) og hjemmeplejen (47%) havde det største frafald. I alt gennemførte næste halvdelen af de patienter, som var henvist fra EL og forebyggende hjemmebesøg, mens kun 6% af dem, som blev rekrutteret via hjemmeplejen gennemførte faldforebyggelsesprogrammet.

Personalet i faldklinikken udviklede et faldscreeningsprogram til skadestuen og de forebyggende hjemmebesøg og oplærte sundhedsprofessionelle i at foretage systematisk faldscreening disse steder. Fokuseret faldscreening i hjemmeplejen blev fortaget af oplærte sygeplejersker, mens det geriatriske team foretog faldscreening på AMA. Derudover udviklede faldklinikken personale skriftligt materiale om

faldforebyggelsestilbuddet på klinikken, og distribuerede det via faldkonsulenten til alle praktiserende læger i kommunen og andre hospitalsafdelinger på hospitalet. Procedurer for henvisning og screening er nærmere beskrevet i artikel 2 og 5 (Bilag 2 & 5).



Figur 4. Oversigt over deltagerforløb i faldforebyggelsesprogrammet relateret til henvisningssteder i perioden juli 2006-juli 2007.

Eksklusionskriterier var: personer med fald, som var yngre end 65 år, akut sygdom, alvorlige kroniske sygdomme som cancer og kronisk obstruktiv lungesygdom, kognitiv deficit og alkohol/medicin misbrugsproblematik. Faldscreeningsskemaet indeholdt følgende fem forskellige faldtyper: 1) fald med/uden balance- og gangproblemer, 2) synkope, 3) fald relateret til akut sygdom, 4) fald uden kendt årsag, og 5) fald relateret til andre specifikke årsager. Faldtyper uden balance eller gangproblematikker blev anset som ukompliceret fald og frasorteret under henvisningsprocessen. Tabel 1 giver en oversigt over 457 faldscreeninger sorteret efter faldtype samt hvor mange patienter med de forskellige faldtyper, der blev fundet egnet til henvisning og efterfølgende accepterede deltagelse i programmet.

Screeningerne blev foretaget under de forebyggende hjemmebesøg i perioden oktober 2006 til juli 2007. Ca. 60% (275/457) af alle faldscreeninger med identificerede fald blev fundet egnet til deltagelse, og 38% (104/275) af patienterne valgte at deltage. To tredjedele af faldene var relateret til faldtyper med/uden balance og gangproblemer, af dem blev lidt under halvdelen af patienterne fundet egnet til deltagelse. Ud af 124 egnede patienter med fald, relateret til balance og gangproblemer, accepterede 48 deltagelse. Kun syv (2%) fald relaterede til akut sygdom, 28 (6%) relaterede til synkope, mens 43 (9%) fald ikke havde en kendt årsag. Ingen patienter med akut sygdom blev fundet egnet til deltagelse. Næsten alle fald (26/28) relateret til synkope blev fundet egnet, men relativ få patienter (6/26) valgte at tage imod tilbuddet. Alle patienter med fald relateret til ukendt årsag eller til specifikke årsager, som fx fald ud af seng eller smerter, blev fundet egnet til deltagelse. Her valgte ca. halvdelen at tage imod tilbuddet. I artikel 5 fremanalyseres disse faldtyperne som et objektivt selektionskriterium.

Tabel 1. Faldtyper fordelt på faldscreeninger, accepterede henvisninger og accepteret deltagelse. Optalt via faldscreeningsskemaet fra forebyggende hjemmebesøg i perioden juli 2006-juli 2007.

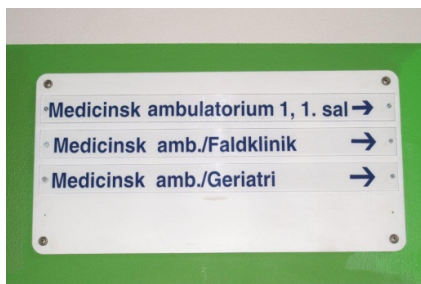
Faldtype	Screeninger N=457 (%)	Accepterede henvisninger N=275 (%)	Accepteret deltagelse N=104 (%)
Fald med/uden balance- og gangproblemer	286 (63%)	124 (45%)	48 (46%)
Synkope	28 (6%)	26 (10%)	6 (6%)
Fald relateret til akut sygdom	7 (2%)	-	-
Fald uden kendt årsag	43 (9%)	43 (15%)	18 (16%)
Fald relateret til andre specifikke årsager*	46 (10%)	35 (13%)	16 (16%)
Ikke oplyst	47 (10%)	47 (17%)	16 (16%)

*Arthritis, Parkinson, alkohol og medicin misbrug, smerter, epilepsi and fald ud af seng.

4.1 FYSISK PLACERING OG UDTRYK



Billede 1. Indgang til faldklinik



Billede 2. Indgangsskilt på grøn væg.

28. Juni 2007 kl. ca. 8-13 – feltnoter

Da jeg træder ind i trappeopgangen slår en blanding af medicin og rengøringsmidler mig i møde. Jeg forbinder denne lugt med lugten af hospital. Oppe ad en bred granittrappe på første sal står der med store bogstaver: *“Medicinsk amb. Faldklinik. Geriatri”* og *“Indgang kun for personer med ærinde i Faldklinikken eller i ambulatoriet.”* Jeg træder ind i en lang korridor med separate behandlingsrum, skabe, toiletter, personalekontorer, køkken og omklædningslokale. Der er to træningssale: fire patienter er kommet før tid, og træner i den åbne træningssal. Der er benpresser, cykler, romaskiner, strækmaskiner til arme, trampolin, skumpuder og balanceplader. Balanceredskaberne er placeret i forbindelse med to jernbarrer man kan holde fast i, mens man træner på balancepladerne. I den lukkede træningssal er der et stort rum med masser af gulvplads, skabe med redskaber, farvestrålende bolde i alle størrelser på rækker og i lag, løse brædder, trafikkegler, skummåtter og farvede klisterbånd i lange linjer på gulvet og op ad den ene væg.



Billede 3. Kegler på gulv.



Billede 4. Striber og prikker på gulv.

I venteværelset står hvide spiseborde, spisestole, skabe, højryggede lænestole og stakke af aviser og blade i hjørnerne. Det ligner en spisestue med billeder, grønne planter, frugt og blomster på bordene. I alt er der plads til 18 siddende personer i venteværelset, i dag sidder der én person og venter. Sygeplejerskernes kontor ligner et glasbur og vender ud mod venteværelset. Der sidder fire sygeplejersker og arbejder. De taler i telefon, booker tider og koordinerer prøver, bestiller journaler, ringer til patienter og registrerer resultater af tests og prøver i journalerne. Sygeplejerskekontoret ser ud til at være omdrejningspunkt for den sociale praksis. Her møder personalet patienterne og personalet møder hinanden.

4.2 FALDFOREBYGGELSESPRAKSIS

Det faste team i faldklinikken består af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og tilknyttede sekretærer, samt en ergoterapeut, som kan tilkaldes ved behov. Programmets indledende undersøgelse består af to besøg på i alt 2-5 timer. Tilsammen gennemgår patienten ca. 25 tests af krop og psyke og bliver stillet mere end 150 spørgsmål. Under det første besøg (1-3 timer) undersøges patienterne grundigt af en læge og sygeplejerske. Hver af disse undersøgelser varer ca. en time,

dertil kommer tid til blodprøve, eventuelle parakliniske undersøgelser (figur 5) og ventetider.

De første målinger foregår i venteværelset foran de andre patienter, hvor en sygeplejerske måler højde, vægt, blodtryk. Bagefter henvises patienten til et undersøgelseslokale, hvor sygeplejerskens udfører synstest (Snellen), kontrastsyntest (Pelli Robson), tester reaktionstid, undersøger graden af frygt for fald (FES-I), spørger om faldhændelsen samt om sociale, fysiske, psykiske og økonomiske forhold. Bagefter henvises patienten til et undersøgelseslokale, hvor han/hun sidder og venter, mens personalet henter journal og spørgeskemaer. De fleste tests foregår fra en stol. Patienten henvises til et andet lokale og venter derefter på lægen, der spørger om mange af de samme spørgsmål samt flere nye om fysiske, psykiske og sociale forhold og faldepisoder. Desuden undersøges patienten fysisk (med og uden tøj) med hænder og instrumenter for kardiologiske og neurologiske sygdomstegn (Dix-Hillpike, IMPULS test, finger-næse/knæ-hæl test, Romberg og vibrationstest), screenes for tegn på depression (Geriatrisk Depressionsskala GDS-5) og kognitiv dysfunktion (Mini-Mental State Examination) (figur 4). Mange tests udføres fra en stol, men patienten skal ind i mellem rejse sig og gå frem og tilbage i lokalet og ligge i på en briks mens kroppen undersøges fysisk. Instrumenterne ligner almindelige lægeinstrumenter som stetoskop, stemmegaffel og reflekshammer, men der er også en kæmpe vinkelmåler, som placeres mellem patienternes knæ og fødder, en trækasse med et sort sweaterærme, som patienten skal kigge igennem og videobriller (billede 5-6).



Billede 5. Videobriller i undersøgelse af godartet anfaldsvis stillingsafhængig svimmelhed (øresten).



Billede 6. Øjenbevægelser på computer-skærm fra undersøgelse med videobriller.

Under det første besøg bliver patienten undersøgt af en sygeplejerske og læge, gennemgår 15 tests og svarer på fem standardiserede spørgeskemaundersøgelser (figur 5), som tilsammen inkluderer mere end 100 spørgsmål som:

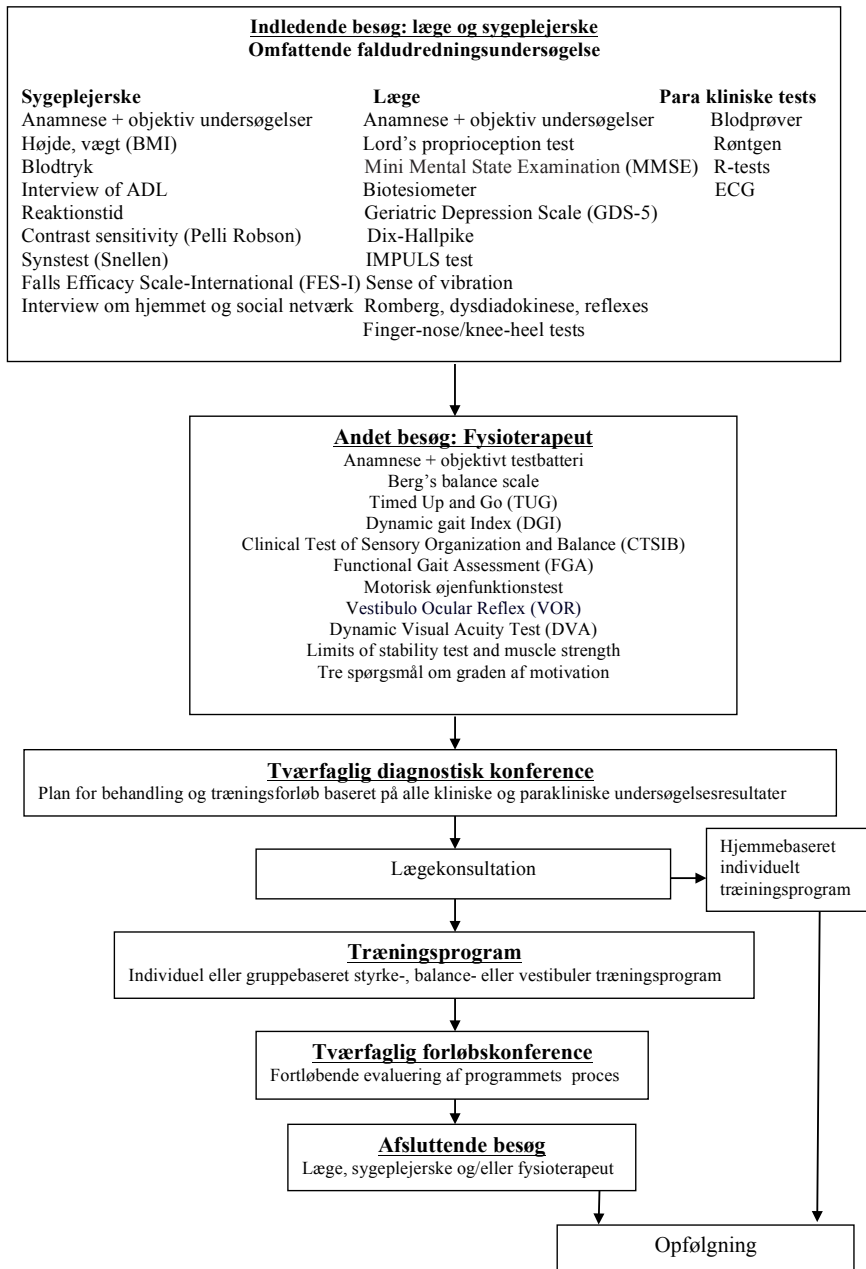
Hvordan vil du beskrive dit helbred?

a) Fremragende, b) meget godt, c) godt eller d) mindre godt?

Er du bekymret for at rejse dig fra en stol?

- a) Overhovedet ikke b) noget bekymret c) lidt bekymret d) meget bekymret?

Under det næste besøg bliver deltageren undersøgt af fysioterapeuter og gennemgår yderligere ni tests af kroppen (figur 5), hvor bl.a. muskelstyrke, balanceevne og gangfunktion samt spørgsmål om fald og motivation for deltagelse i et træningsprogram undersøges. I nogle tilfælde udvikles individuelle hjemmebaserede træningsprogrammer, i andre tilfælde introduceres patienten til et specialiseret træningsprogram i klinikken eller findes uegnet til træning og afsluttes. Træningsprogrammerne består af balance og styrketræning, enten på hold eller som et individuelt forløb med en ventetid på mellem 1-4 måneder. I løbet af træningsprogrammerne i klinikken spørger terapeuterne ind til, hvor meget deltagerne har trænet hjemme og måler deres muskelstyrke: de opmuntres til at fortsætte med det gode arbejde og måske arbejde lidt hårdere næste gang. Gennem træning opmuntres deltagerne af eksperter og andre deltagere til at overskride deres egne fysiske grænse og tage chancer under kontrollerede forhold. Fælles for holdtræningsprogrammerne er, at de løber over tre-fire måneder med to ugentlige fremmøder på klinikken. Nogle få deltagere fortsætter i træningsprogrammet i længere tid og andre afslutter før, der er gået tre måneder.



Figur 5. Oversigt over tests i det initiale besøg og flow i faldforebyggelsesprogrammet,

5. RESULTATER OG DISKUSSION

Det gennemgående formål med undersøgelsen har været at undersøge egenomsorgsprincippet som en styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Tesen er, at egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse etablerer nye roller for både patienter og sundhedspersonelle, som har konsekvenser for den måde, der praktiseres og kan praktiseres faldforebyggelse på i domænet. Først præsenteres de primære resultater kort fra hvert af de fem delstudier. Dernæst præsenteres delundersøgelsernes svar på de tre overordnede forskningsspørgsmål:

1. Hvordan fungerer egenomsorg som selvteknologi i et multifaktorielt faldforebyggelsesprogram?
2. Hvordan konstrueres subjektet gennem egenomsorg som selvteknologi?
3. Hvordan kommer konsekvenserne af egenomsorg som selvteknologi til udtryk i faldforebyggelsen?

Resultaterne præsenteres sammen med en diskussion af undersøgelsens fund. Afhandlingen rulles ud bagfra, idet de sidste artikler primært referer til de første forskningsspørgsmål, men de første artikler primært referer til de sidste forskningsspørgsmål.

5.1 RESUME AF DE FEM DELSTUDIER

5.1.1 DELSTUDIE 1

Studiet relaterede primært til forskningsspørgsmålet, hvordan konsekvenserne af egenomsorg som selvteknologi kommer til udtryk i multifaktoriel faldforebyggelse?

Oprettelse af en ny faldklinik – modstridende holdninger og konkurrence mellem sektorerne påvirker udfaldet

Dette delstudie fokuserede på de sociale processer, der foregik på en nyetableret faldklinik, hvor der blev arbejdet med en omfattende og systematiske faldforebyggelsesstrategi på tværs af sektorgrænser. Formålet med denne undersøgelse var at beskrive de sociale processer, som påvirkede implementeringen af denne nye strategi i forvaltning af faldforebyggelse i alderdommen. Delundersøgelse betragtede faldklinikken som en case til at beskrive denne nye faldforebyggelsesstrategi med. Spørgsmål der blev spurgt om i delstudiet var, hvordan faldforebyggelse praktiseres på faldklinikken og dens kontekst, samt hvordan fald, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise i relation til faldforebyggelse opfattes? Temaerne blev udviklet ud fra sociologiske teorier, hvor en socialanalytisk samtidsdiagnose af det danske samfund stod centralt. Delstudiet inkluderede datamateriale fra interviews med administratorer, deltagerobservation, uformelle samtaler med patienter og sundhedsprofessionelle samt dokumenter. Der

blev foretaget tematisk analyse med triangulering af kilder og metoder herunder sociologiske teorier. Undersøgelsen viste, at de sociale praksisser i faldklinikken konstruerede fald som en sygdom og den biomedicinske struktur af håndtering af faldforebyggelse inkluderede samarbejdet med primær sektor. Analysen pegede på, at den hegemoniske måde at håndtere faldforebyggelse på muligvis gjorde patientforløbet på tværs af sektorer lettere samt lettede håndtering af andre faldforebyggende tilbud. Fald i alderdommen blev opfattet på mange forskellige og modsatrettede måder og blev både italesat som: aldersrelateret, ikke aldersrelateret, behandlingsmulig, ikke behandlingsmulig, forebyggeligt, ikke forebyggeligt, sygdom, kronisk lidelse og som tab af frihed. En forskel var, at patienter og professionelle, i modsætning til den politiske dagsorden for faldforebyggelsesindsatsen, ikke knyttede fald sammen med kronologisk alder. Administratorer så faldklinikken, og dermed multifaktoriel faldforebyggelse, som en allerede etableret succes og betragtede den som et politisk statement, reklame for det geriatriske felt og et kvalitetsmærke. Sundhedsprofessionelle kobledede klinikken eventuelle fremtidige succes sammen med faktuelle effekter af behandlingen og patienternes modtagelse af programmet, samtidig italesatte de deres jobsituation som en del af klinikken succes/fiasco. Patienter var mere ambivalente i forhold til italesættelse af klinikken som en succes, mange så faldforebyggelsestilbuddet som generøst og selve programmet som overdrevet omfattende. Det at politiske sundhedsdokumenter med anbefalinger om screening og basal faldudredning blev omsat til praksis på tværs af sektorgrenser blev set som succes. Fiasco blev italesat som konkurrence mellem sektorerne og interne konflikter mellem faggrupper og andre afdelinger. Disse konflikter blev både relateret til de sundhedsprofessionelles personlige jobsituation, men også til hele afdelinger fx blev daghospitalet lukket og personalet omplaceret, da faldklinikken åbnede. Generelt blev de sundhedsprofessionelle opfattet som faldforebyggelsesekspert, mens patienter blev opfattet som eksperter i eget liv, men ikke i deres sygdom. Ansvarlighed og motivation blev kædet sammen med ekspertise. Artiklens fund relaterer primært til spørgsmål 3 og omfatter konsekvenser som: spredning af nye faldforebyggelses tilbud til primærsektor, oprettelse af nye ekspertfunktioner som faldkoordinatorer og faldkonsulenter samt et konkurrenceelement mellem sektorer, der drejede sig om at beholde patienter med faldproblematikker i egen sektor ud fra et økonomisk incitament. Fundene uddybes nedenfor.

5.1.2 DELSTUDIE 2

Undersøgelsen relaterede primært til forskningsspørgsmålet, hvordan kommer konsekvenserne af egenomsorg som selvtæknologi til udtryk i multifaktoriel faldforebyggelse?

Barrierer for deltagelse i en hospitalsbaseret faldklinikks faldforebyggelsesprogram: et interviewstudie af ældre mennesker

Dette delstudie fokuserede på ældre patienter/borgeres holdninger og opfattelse til faldforebyggelse, herunder succes og fiaskooplevelser/erfaringer. Formålet var at få ny viden om barrierer for deltagelse i et hospitalsbaseret multifaktoriel

faldforebyggelsesprogram. Studiet bestod af semistrukturerede interviews med 20 ældre borgere i deres eget hjem: halvdelen havde deltaget i faldklinikken forebyggelsesprogram, den anden halvdel havde takket nej til deltagelse. Forskningsspørgsmål der blev spurgt om i delstudiet var, hvordan fald, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise i relation til faldforebyggelse opfattes? Der blev foretaget tematisk analyse, hvor analysen var rettet mod identifikation af barrierer mod faldforebyggelse. Svarene fra de to grupper blev sammenlignet. En markant forskel mellem grupperne var, at patienter, der havde gennemgået faldforebyggelsesprogrammet opfattede deres faldproblem som forebyggeligt, mens dem, der takkede nej ikke mente, at der kunne gøres noget ved deres faldproblem. Barrierer for deltagelse blev kategoriseret som værende indenfor eller udenfor faldklinikken, og omfattede: administration, tid, kommunikation, holdninger til faldforebyggelse og forventede fremtidige udgifter. Ja-sigerne, der fuldførte programmet udtrykte en følelse af at være 'imødekommet' af systemet og bibeholdt en oplevelse af indflydelse over deres eget liv. De påpegede fx at de havde fået mere selvtillid, var blevet fysisk stærkere og i bedre humør af at deltage. Nejsigerne udtrykte bekymring over sundhedsvæsenets styring af deres liv. Fx udtrykte flere skepsis for deltagelse, idet de forventede, at tilbuddet foregav at vedrøre faldforebyggelse, men i virkeligheden var der en anden skjult agenda. Nejsigere var bekymret for, at deltagelse ville betyde tab af selvstændighed, at de ville blive fanget i sundhedssystemet samt efterfølgende få fremtidige udgifter til træning eller andre behandlingstilbud ordineret af lægen. Ja-sigerne var generelt mere villige til selv at betale for træning efterfølgende. Faldforebyggelse blev italesat som livslang træning. Artiklens fund relaterer primært til spørgsmål 3 og omfatter forskellige modstandsformer mod fx at blive subjektiveret som patient gennem overtalelsesmekanismer. Dette perspektiv bliver efterfølgende diskuteret.

5.1.3 DELSTUDIE 3

Studiet relaterede primært til forskningsspørgsmålet: hvordan konstrueres subjektet gennem egenomsorg som selvteknologi?

At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling

Studiet bag dette essay fokuserede på opfattelser af faldforebyggelse efter et møde med døden, og blev gennemført for at få mere viden om faldforebyggelsesstrategier. Studiet ramme var et 70 min. langt interview med en person, der ikke ønskede at deltage i faldforebyggelsesprogrammet. Formålet var at belyse, hvordan mennesker med alvorlige faldoplevelser, som ikke ønsker at deltage i et multifaktoriel faldforebyggelsesprogram, forebygger fald. Forskningsspørgsmål der blev spurgt om i delstudiet var, hvordan fald og faldforebyggelse opfattes? Der blev foretaget tematisk analyse, hvor analysen var rettet mod faldforebyggelsesstrategier. Efter analysen blev resultatet skrevet om til et digt for at formidle fundene på en alternativ måde, der kunne anvendes i klinisk praksis af sundhedsprofessionelle til at få en dybere forståelse af forskellige faldforebyggelsesstrategier. Overvejelserne var, at den religiøse dimension var et vanskeligt emne at tale om i feltet, og derfor ville formidling af resultaterne gennem

et digt have mere gennemslagskraft, end hvis de blev formidlet gennem en artikel. I undersøgelsen belyses den åndelige og religiøse dimension og den aldrendes krops forfald. Gennem identificerede undertemaer som ”mødet med døden” og ”fald som udvikling”, blev selvudvikling via psykologhjælp fremanalyseret som en faldforebyggelsesstrategi. Analysen pegede på, at denne strategi havde effekter som: bedre humør, mere selvtillid, erkendelse af den aldrende krops grænser, lyst og villighed til deltagelse i fysisk aktivitet. Den efterfølgende analyse med styringsperspektivet er rettet mod nye former for bekendelsesmekanismer i faldforebyggelsesdomænet som selveksamination samt modstand mod at blive subjektiveret som faldpatient.

5.1.4 DELSTUDIE 4

Studiet relaterer primært til forskningsspørgsmål 2: hvordan konstrueres subjektet gennem egenomsorg som selvteknologi?

Faldtypologier som forståelse af faldforebyggelse i alderdommen

Studiet stiller skarpt på fald som et hverdagsproblem og præsenterer gennem en metaforisk inspireret diskursanalyse seks faldtypologier i alderdommen. Det blev gennemført med henblik på at få mere viden om ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse. I delundersøgelsen blev der spurgt til oplevelser af fald, detaljerede beskrivelser af faldepisoder og tanker i forbindelse med faldepisoderne. Datamaterialet bestod af semistrukturerede interviews med 25 ældre mennesker. Resultaterne peger på, at faldforebyggelse kan forstås som et forhold, hvor ældre personer konstruerer sig selv og konstrueres som: atleter, skuespillere, rationalist, rebeller, patienter og engle. Sammen med det peges der på at faldforebyggelse er relateret til: *aktiv aldring*, hvor det at holde sig i form i alderdommen blev italesat som en selvfølgelighed; *æstetik*, her blev sansernes betydning italesat som en selvfølgelighed, hvor både krop og fald blev præsenteret æstetisk; *forsigtighed*, her blev det at opføre sig ansvarligt og forsigtigt præsenteret sammen med bekendelse af situationer, når det ikke skete; *modstand* blev fremanalyseret som oprør mod styring i sundhedsvæsenet; *overvågning*, her blev frygt for fald præsenteret som en permanent følgesvend, og ønsket om konstant overvågning italesat; og *skæbne/religion*, her blev fald opfattet som uafværlige relateret til åndelige eller religiøse kræfter. Studiet illustrerer, at der minimum er seks overordnede forskellige måder at forholde sig til faldforebyggelse på. subjekt positionerne og faldforebyggelsesstrategierne forstås som måder at drage omsorg for sig selv på i alderdommen. Resultaterne åbner op for en bredere teoretisk forståelse af faldforebyggelsesbegrebet og belyser nye vilkår for faldforebyggelse i sundhedsvæsenet. Den efterfølgende analyse med styringsperspektivet er rettet mod subjektpositioner, modstand mod at blive subjektiveret som faldpatient samt faldforebyggelsesteknikker.

5.1.5 DELSTUDIE 5

Studiet relaterer primært til forskningsspørgsmålet: hvordan fungerer egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse?

Medicinsk overvågning og aktiv aldringsdiskurser i faldforebyggelse

Dette delstudie fokuserede på egenomsorg som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Formålet var at undersøge, hvordan egenomsorg fungerede i et specifikt multifaktorielt faldforebyggelsesprogram. Gennem et 100 timers feltstudie, med deltagerobservation, samtale og dokumenter, indsamledes data om de sociale processer i programmet. Medicinsk overvågnings- og aktiv aldringsdiskurser blev fremanalyseret som konkurrerende diskurser i programmet og konstruerede fald i alderdommen som en (kronisk) livsstilssygdom. Dominerende patientroller var: den "samarbejdsvillige/ikke-samarbejdsvillige faldpatient" og "motiveret/umotiveret egenomsorgsdragende patient". Motivation blev identificeret som et dobbeltrettet subjektivt kriterium, der dels gav rettighed til behandling for patienterne, og dels sikrede de sundhedsprofessionelles deres jobansættelse. Den efterfølgende analyse med styringsperspektivet er rettet mod magtudøvelse gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer. Resultaterne åbner op for en bredere teoretisk forståelse af hvordan egenomsorg som selvteknologi i praksis fungerer i multifaktoriel faldforebyggelse.

5.2 FORSKNINGSSPØRGSMÅL 1.

Undersøgelsens resultater peger tilsammen på, at egenomsorg som selvteknologi i dette bestemte multifaktorielle faldforebyggelsesprogram er magtudøvelse, der fungerer gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer. Set i et styringsperspektiv kan egenomsorg som selvteknologi i det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram forstås som politisk styring af ældrebefolkningen i sundhedsvæsenet for at hjælpe borgerne til et sundere og længere liv i uafhængighed, således at staten samtidig sparer ressourcer på behandling og rehabilitering. Først præsenteres faldforebyggelsespraksisser som selvteknikker, derefter præsenteres de fremanalyserede selvteknikker.

5.2.1 FALDFOREBYGGELSESPRAKSISSE SOM SELVTEKNIKKER

Selvteknologier blev i feltstudiet forstået som en måde, hvor individerne mobiliserede nogle praksisser, der hjalp dem med at forandre sig selv for at opnå et mål. Med afsæt i artikel 2 og 4 blev disse mål fremanalyseret som: at forblive uafhængig som tidligere, at vise omsorg for familie og sundhedspersonale ved ikke at gøre dem utrygge, føle sig tryk eller føle sig glad. Gennem faldforebyggelsespraksisser synliggjorde patienterne/borgerne nogle mål, hvilket her ses som deres måde at italesætte det gode liv i alderdommen på. Målene var tydeligvis ikke ens for alle og gennem de forskellige faldtypologier i artikel 4 blev

forskellige måder at forstå det gode liv i alderdommen på præsenteret som et aktivt, forsigtigt, religiøst, overvåget, fornuftigt, smukt liv. Dette står i kontrast til sundhedsvæsenet skarpe fokus på det gode liv som det sunde og sikre liv.

I feltstudiet fungerer egenomsorg som selvteknologi gennem bestemte faldforebyggelsespraksisser. I artikel 3 og 4 fremtræder faldforebyggelsespraksisserne som: at stå stille et øjeblik efter at have rejst sig fra siddende/liggende stilling; åbne skabsdøre og holde fast i dem, at hente ting ned fra høje steder; at stå stille på hvert stige trin og mærke efter i kroppen om næste trin skal tages; løbe med i fald; krydse armene foran sig i faldet; lave rullefald; se sig selv med andres øjne; gå på bare tæer; tage sko på, når der er glatte gulve; overgive sig til faldet og lade kroppen falde; indrette hjemmet så der er noget at holde fast i; gå tæt på husmure/hække og læne sig op ad dem, når et fald er på vej; fokusere på de indre tegn/billeder, der præsenterer sig i hovedet i forbindelse med et fald; flytte ind i beskyttede omgivelser og lade sig overvåge; bære kropsalarm; anvende lave cykler, der kan trækkes eller nemt hoppes ned fra; skabe mental kontakt til en ydre kraft eller Gud og glide ned fra møbler/vægge/dørkarme. Disse praksisser kan med selvteknologibegrebet forstås som selvteknikker, som benyttes for at drage omsorg for sig selv og med det transformere sig selv i alderdommen med henblik på at højne livskvalitet ud fra egne værdier og normer (Foucault, 1988). Mange af disse selvteknologier ligner sundhedsvæsenets anbefalinger om ansvarlighed, men sættes ind i nye kontekster. Derved får selvteknikkerne nye former, hvor ansvarlig adfærd bliver transformeret til uansvarlig adfærd i sundhedsvæsenets øjne. Fx transformeres en forsigtighedsorienteret selvteknik som at mærke efter i kroppen til uforsigtig og uansvarlig opførsel, når samme selvteknik kobles til en anden kontekst som fx stige gang og fastholdelse i skabsdøre fra høj højde. Identifikationen af disse selvteknikker peger på, at patienterne/borgerne har stor viden om, hvordan det er muligt at passe på den aldrende krop og fx finder selvteknikken som at mærke efter i egen krop som meningsfuld, men tilpasser den samtidig, det liv de lever og har levet.

Artikel 3 og 4 viste, hvordan borgernes/patienternes måde at forebygge fald på kan opfattes som en måde at afvise eller ruste den aldrende krop på. Altså en måde at acceptere, overskride eller stå imod modgang og forfald i alderdommen på. Denne forståelse af egenomsorg trækker på historiske rødder fra antikken, hvor egenomsorg blev set som en forpligtigelse til at lære af sine fejl og bruge denne viden til at blive stærk og modstå livets begivenheder og modgang med. Dermed kan forsigtighed forstås som en form for svaghed og manglende lyst til at ruste kroppen til livets begivenheder. I programmet bliver der arbejdet med begge dimensioner af egenomsorgsbegrebet, idet patienter gennem overvågning af eksperter lærer at ruste den aldrende krop til livets begivenheder gennem fx planke- og baglængs gang, samtidig med, at de opfordres til at opføre sig forsigtigt uden for det ekspertovervågede rum. Dette aspekt er også fundet i andre studier, hvor fx ældre mennesker på et dagshospital bliver placeret på stole ved borde og derefter bedt om ikke at rejse sig uden at tilkalde hjælp (Ballinger, 2002). Med fokus på træningsindsatsen får faldforebyggelsesteknikkerne i programmet et dobbeltsigte, der dels rettes mod en generel forebyggelse af den naturlige aldringsproces ved at

lære at udfordre den aldrende krop i dagligdagen, dels målrettes mod sygdom gennem identifikation af specifikke faldproblematikker associeret med ubalance i kroppen. I begge perspektiver skildres træning i programmet som en selvteknik, der forlænger livet og øger livskvalitet og dermed at med til at vedligeholde den ældre patients sundhedskompetencer.

5.2.2 OVERVÅGNINGSMEKANISMER

Analyse af faldforebyggelsespraksisser i artikel 5 viste, at den nationale sundhedspolitik om aktiv deltagelse i sygdomsforebyggelse tilsyneladende var en integreret del af det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram. I analyserne belyses et antagonistisk forhold mellem medicinske overvågnings- og aktiv aldringsdiskurser i faldforebyggelsesdomænet, hvor den medicinske overvågningsdiskurs dominerer. I den medicinske overvågningsdiskurs konstrueres fald i alderdommen som en livsstilssygdom, der kan behandles og forebygges med fysisk aktivitet, mens mennesker over 65 år portrætteres som potentielle faldpatienter. Med livstilsaspektet bliver behandlingen af fald, i form af træningsprogrammer, et livslangt projekt der tilsyneladende kræver kontinuerlig ekspertovervågning for at lykkes med. Analyser af de sociale praksisser i faldforebyggelsesprogrammet viste i artikel 5, at patienterne lærer og opdrages til at træne under supervision og selvovervågning i faldforebyggelsesprogrammet, hvorved selvovervågede og ekspertovervågede træningspraksisser umærkeligt transformeres til faldforebyggelsespraksisser i et livslangt træningsperspektiv.

Det påfaldende i faldforebyggelsesprogrammet var imidlertid, at til trods for, at deltagerne gennemførte programmet og gennem hård træning og ekspertovervågning lærte at træne og monitorere egen træningsindsats, som var det mål de sundhedsprofessionelle satte op, var den konstante ekspertovervågning tilsyneladende nødvendig efter endt træning. Dette fund bygger på de sundhedsprofessionelles bekymring over, at en stor del af deltagerne ikke vedligeholdt deres træning efter endt program, men tilsyneladende vendte tilbage til deres gamle livsstil - eller i hvert fald gjorde noget andet end eksperterne anbefalede. Mange af deltagerne funktionsniveau faldt markant ved et 6 måneders opfølgingsbesøg efter afsluttet program. Paradokset med overvågning er, at vi subjektiveres gennem vores refleksive forhold og ikke gennem overvågning og tvang. Dette forhold peger på, at mange af deltagerne trods gennemførelse af træningsprogrammet med bestemt læring om fysisk aktivitet og sund livsstil ikke havde internaliseret sundhedsvæsenets normer om det gode liv som et liv med masser af motion.

En anden dimension af overvågning er, at gennem de forebyggende hjemmebesøg, bliver det vanskeligt at frasi sig (fald)forebyggelse i alderdommen. Selv om borgeren fravalgte et forebyggende hjemmebesøg et år, blev han/hun tilbudt et nyt hjemmebesøg næste år, og næste år igen. I og med at det ikke er muligt en gang for alle at fravælge myndighedsbesøget, kan man sige, at borgeren overvåges og årligt motiveres til "at komme til fornuft" og lade sundhedsvæsenet hjælpe og støtte den aldrende person til et sundere liv i alderdommen. Dette perspektiv kom til syne, da to af de ti interviewede nejsigere, året efter blev identificeret i

faldforebyggelsesprogrammet. Det er muligt, at der var tilkommet andre eller anderledes faldproblemer, og at deltagelse derfor nu var mere meningsfuld for den enkelte. Men det er også sandsynligt, at disse borgere ved de gentagne besøg med faldscreening gennem overvågning- og overtalelsesmekanismer var blevet motiveret til deltagelse.

5.2.3 ASKESEMEKANISMER

I artikel 5 blev det gode liv i alderdommen gennem selvteknologibegrebet fremanalyseret som et afhængigt liv med (asketiske) påbud og regler om at holde sig i fysisk god form med kontinuerlig ekspertstøtte, gå i hensigtsmæssigt fodtøj, fjerne tæpper og ledninger fra hjemmet, bruge ganghjælpemidler og holde igen med alkohol, røg og fedt. I denne handleform kommer pastoralmagten til syne med asketiske praksisser, hvor askese ses som en vej til frelse (Foucault, 1988). I den stoiske og oldgræske betydning fremsættes målet med askese som en måde at gøre individet så stærkt som muligt på i relation til egen eksistens. Det betyder, at askese som selvteknik med påbud og regler målrettet anvendes til at formdanne og gøre individer stærke med, således at de forbindes til en række sande og eksterne regler og love. Formålet med askepraksissen er at gøre individer egenhændige sådan, at de fremover i livet vil anvende disse regler og love og på den måde bidrage til samfundet/bystaterne. Det er netop den pointe der ligger i sundhedsvæsenet egenomsorgsbegreb, hvor påbud og regler ses som en guidning af den ældre patient til et sundt og langt liv for at sikre staten raske og stærke borgere. Selv om målet om et langt og sundt liv var det samme for mange af patienterne/borgeren, viste undersøgelsen, at denne form for styring gennem selvteknikker ikke blev fundet meningsfuld for mange af patienter. Når Foucault med Alkidiades dialogen illustrerer, hvordan Sokrates har lært at styre sine lyster, så han styrer sig, selv om han er tiltrukket af den skønne mand og selv om denne tilbyder sig, henviser han til at asketiske selvteknikker. Han henviser også til at disse selvteknikker er noget man lærer tidligt i livet for en afgrænset periode. Samtidig henviser han til nydelse i alderdommen. Denne analyse peger på, at patienterne/borgerne i undersøgelsen, ligesom Sokrates, ikke opfatter asketiske selvteknikker som livslange, og at 'forbudt' kost som alkohol og chokolade så ud til at hænge sammen med livskvalitet for mange af patienterne/borgerne. I artikel 2 beskrives det, hvordan interviewpersoner spontant henviste til små skjulte nydelser som chokolade og alkohol i skabe og skuffer. Sundhedsvæsenet måde at tilbyde læring om livslang askesepraksis som en selvteknik til et længere og bedre liv trækker på den kristne opfattelse af askese, som er en vej til forsagelse af verden, og målet er at give afkald på sig selv som sig selv. Individet skal gennem askese med påbud og forbud give afkald på dele af den måde han/hun er til på og dele af den måde, han/hun opfører sig på. Målet er, at individet forbinder sig til Gud og Guds love gennem en søgen efter en sandhed om sig selv inde i sig selv, skaber et nyt selvbillede, og samtidig med det sætter dette nye sande selvbillede i relation til Guds love (Raffnøe, Gudmand-Høyer & Thanning, 2008:259-ff). Modstandsformer som frafald og fravalg i programmet forbindes til den stærke magtudøvelse askesemekanismerne producerede.

5.2.4 BEKENDELSESMEKANISMER

I regeringsprogrammet og faldforebyggelsespolitikkerne fremanalyseredes selvtæknikker som at: lade sig undersøge for sygdom, få tjekket medicinstatus samt vitamin og kosttilskud, lade eksperter vurdere ernæringstilstand, væskeindtagelse, alkoholforbrug, søvn, vandladningsproblemer, brug af hjælpemidler, briller, boligindretning, belysning, beklædning, fodtøj, humør, kognitiv status, socialt netværk, aktiviteter, motion samt frygt for fald (Sund By Netværk, 2010:31ff; Sundhedsstyrelsen, 2006a:38ff; Ministeriet for Sundhed, 2002). Disse selvtæknikker præsenteres ud fra et behandlerperspektiv, og kommer ind i alle afkroge af livet hos patienten gennem dennes bekendelse om ovenstående forhold. Analyser af faldforebyggelsespraksisser i faldforebyggelsesprogrammet i artikel 1 og 5 viste, at disse bekendelsesmekanismer også havde spredt sig og foregik i det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram, hvor patienter kropsligt og mentalt blev undersøgt i op til 5 timer med i alt mere end 150 spørgsmål og 30 tests (initial vurdering) for at udfærdige en skræddersyet plan til den enkelte patient. Artikel 5 viste, hvordan inddragelse af eksperter som vejledere var nødvendige i denne bekendelsespraksis. Men artiklen viste også, at bekendelsesmekanismen ligeledes var rettet mod den sundhedsprofessionelle, idet ledelsen både gennem løbende medarbejdersamtaler, men også gennem motiverende samtaler inviterede personalet ind til en detaljeret snak om arbejdet.

I artikel 5 blev bekendelse fremanalyseret gennem en episode, hvor den sundhedsprofessionelle, som den lyttende og fortolkende, hjalp patienter til at motivere sig selv til deltagelse. Selv om svaret var ”nej” til at være motiveret først kom inde fra patienten, så kom sandheden om tilstedeværelse af motivation alligevel frem med hjælp fra den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle vidste altså noget om patienten, som patienten ikke vidste om sig selv, før han blev hjulpet på vej (Foucault, 1988). Dette perspektiv bygger på hyrdemagtsmetaforen, hvor den sundhedsprofessionelle kan ses som en hyrde, der leder et vildtfarvet får på rette vej og hjælper ham til frelse her forstået som sund livsstil.

I artikel 3 blev en ny form for bekendelsesmekanisme i feltet fremanalyseret gennem et psykologbesøg efter en faldepisode. Lysten til selvanalyse og selveksamination og dermed bekendelse hos en psykolog efter et fald blev set som en ny form for selvtæknik. Målet var højere livskvalitet og færre fald ligesom det var i fra systemets side. En sideeffekt af denne form for bekendelse så ud til at være en lyst til fysisk aktivitet, hvilket også var programmets mål. En forskel var, at i programmet blev fysisk aktivitet præsenteret som et mål i sig selv, mens fysisk aktivitet i den nye form blev set som nydelse i sig selv. Da forskeren fortalte om denne faldoplevelse på klinikken afviste en sundhedsprofessionel den mulighed, at der var tale om en faldproblematik, men henviste i stedet til psykisk sygdom. Med præsentation af denne ny form for bekendelsesmekanisme i faldforebyggelsesfeltet blev grænserne for, hvad der kunne tales om i faldforebyggelsesfeltet tydelige – og

det religiøse, åndelige eller psykologiske var ikke noget der kunne tales om i forbindelse med faldforebyggelse.

5.2.5 OVERTALELSESMEKANISMER

I artikel 5 fremanalyseres overtalelsesmekanismen gennem motivation som et subjektivt in/eksklusionskriterium. Overtalesespraksisser til videredeltagelse i træningsprogrammet tolkes i artiklen som et eksempel på dobbelt styring. Dels foregår der en styring af patienterne via de sundhedsprofessionelles overtalelsesevne, der således motiverer patienterne til deltagelse i træningsprogrammet. Dels foregår der en styring af de sundhedsprofessionelle via ledelsens overtalelsesevne, der således motiverer de sundhedsprofessionelle til at overtale patienterne. Analysen viser, at der var forhold, hvor patienten ikke kunne overtales til deltagelse eller fortsættelse i programmet. Her skiftede dominansmagten fra den sundhedsprofessionelles fordel til deltagerens fordel, som enten ikke accepterede deltagelse, undlod at møde op til aftalerne eller forlod programmet uden at afslutte det. I et styringsperspektiv ses disse forhold som et eksempel på, at udfaldet af deltagelse eller ikke-deltagelse i sidste ende afhang af, hvilken sundhedsprofessionel deltageren stod over for. Dermed peger magtforholdet på, at udfaldet afhang af den sundhedsprofessionelles etiske forhold til sig selv. Med andre ord stod den sundhedsprofessionelles subjektive forestillinger, indre dispositioner og opførsel centralt i faldforebyggelsesprogrammet. Analysen pegede på, at med indførsel af motivation som subjektivt eksklusions-/inklusionskriterium i faldforebyggelsesprogrammet får forhåndsindtagelse og følelser som sympati, kemi og empati betydning for om den sundhedsprofessionelle er motiveret og har vilje til at overtale den ikke motiverede patient til deltagelse/træning/behandling.

Det dobbelttrettede motivationskriterium konstruerede en praksis, hvor patienten på den ene side blev stillet over for et frit valg om deltagelse i træningsprogrammet, men på den anden side blev frataget dette valg, hvis han/hun svarede nej til deltagelse. Selv om en patient ikke ønskede at deltage i træningsprogrammet skulle deltageren alligevel prøve at træne og have et indblik i, hvad han/hun sagde nej til. Denne situation forstår forskeren som om, at det i sidste ende var den sundhedsprofessionelles subjektive forhold til sig selv og ikke kun patienternes motivation, der afgjorde om patienterne fremstod motiveret til at deltage i træningsprogrammet, når de ansigt-til-ansigt afslog træningsprogrammet. I artikel 5 beskrives denne styringsmagt som havende både dominans og strategiformer, når patienten bliver spurgt til motivation om træning og svarer nej, men alligevel overtales til at deltage. Her fremstår den sundhedsprofessionelle som styrende og patienten som den styrede.

Det subjektive kriterium om patientens motivation indbefatter den sundhedsprofessionelles etiske forhold til sig selv og forhold til egen faglighed, idet viljen til at overtale patienter til at deltage i behandlingen umærkeligt bliver en del af fagligheden. En konsekvens kunne være, at de sundhedsprofessionelle som ikke har lyst til at overtale patienterne i fremtiden vil få vanskeligt ved at arbejde med

patienter i sundhedsvæsenet. I analysen fremgår det, at det tilsyneladende ikke længere er muligt at stille spørgsmålstegn til patienternes motivation, idet spørgsmålet om motivation til deltagelse ikke opfattes som et valg for patienterne, men som et retorisk spørgsmål i feltet. Den manglende vilje hos den sundhedsprofessionelle til at overtale patienterne om deltagelse i et træningsprogram, som de lige havde takket nej til at deltage i, blev set som et billede på, at den sundhedsprofessionelle fandt det uetisk at presse patienterne til at træne, når de ikke havde lyst. Handlingen kan også ses som et tegn på, at det subjektive motivationskriterium, som handleform, overskred den sundhedsprofessionelles grænser for hans faglige identitet (subjektformen) og den måde han så sig selv på som behandler og omsorgsgiver.

En konsekvens af den dobbelte styring var, at nogle sundhedsprofessionelle fremstillede patienterne som motiverede, selv om de ikke var det, for ikke at fremstå som "*dårlige motivatorer*" i klinikledelsens øjne. Med det anvender den sundhedsprofessionelle kamuflage som et udtryk for modstand mod styringsmagt ligesom patienterne gjorde i programmet. I det perspektiv blev kamuflage en måde at drage omsorg for sig selv på. En fordel for den sundhedsprofessionelle ved at lade patienter fremstå som motiverede, når de møder ham/hende i systemet er, at systemet genkender og anerkender denne sundhedsprofessionelle som en "*god motivator*" og derved fremstilles han/hun som en dygtig medarbejder i systemets øjne. Den sundhedsprofessionelles fagidentitet bliver på den måde udadtil formet til at inkludere "motivator-rolle", selv om motivator-rolle ikke var blevet en indre del af dennes faglighed. Styringen af patienternes forhold til motivation foregik tilsyneladende gennem overtalelse og den pågik bevidst fra personalets side. Det, at de fleste sundhedsprofessionelle allerede havde internaliseret motivator-rolle som en naturlig del af deres praksis viser, at denne rolle var blevet en integreret del af deres faglighed. Med den sundhedsprofessionelles modstand mod at benytte overtalelse som styring af patienterne blev disciplinmagten tydelig i den del af styringen, der var rettet mod de sundhedsprofessionelle. Analysen viser, at det er vanskeligt at stille spørgsmålstegn til motivator-rolle som en del af fagligheden uden at blive opfattet som uprofessionel. Dermed får faldforebyggelsesprogrammet et dobbeltsigte, hvor både patienterne og de sundhedsprofessionelle styres samtidig. For at faldforebyggelsesprogrammet kan blive en succes og alle patienterne fortsætter i træningsprogrammet til de afsluttes af de sundhedsprofessionelle, må der således både arbejdes med patienternes og de sundhedsprofessionelles identitet. Dette dobbeltsigte er også fundet i andre livsstilsrettede forebyggelsesprogrammer (Dahlager, 2001 & 2009). Gennem en undersøgelse af "den forebyggende samtale" på Bispebjerg Hospital viser Dahlager, hvordan de sundhedsprofessionelle formes, således at de går fra kun at være helbredere og omsorgsgivere til også at være forebyggere, der skal leve op til og signalere de værdier, de rådgiver om, samtidig med at denne formning også trækker på eksisterende subjektformer som læge og sygeplejerske, der ses som vidensformidlere (Dahlager, 2001:97). I nærværende undersøgelse fremstod motivation og lydighed som nogle grundlæggende værdier, der ikke kunne stilles spørgsmålstegn ved og som både personale og patienter skulle leve op til og signalere. Ligesom hos Dahlager trak de nye subjektformer også på

eksisterende subjektformer som vidensformidlende læger, sygeplejersker og fysioterapeuter. Dette peger på, at denne nye subjektform som motiverende sundhedsprofessionel kan ses som en integreret del af fagligheden.

Det dobbelttredede subjektive inklusionskriterium, motivation, blev identificeret som kernen i egenomsorgsbegrebet som styringsredskab og i formningen af den aktive patientrolle. Først og fremmest blev motivation identificeret som det, der sikrede faldpatienten rettighed til behandling. Denne rettighed kunne fjernes, hvis patienten ikke udviste motivation, eller ikke samarbejdede. Ved udeblivelse mere end tre gange fra træningsprogrammet blev patienten fx ekskluderet fra programmet. Foucault (1995) binder straffemekanismer sammen med lydighedsprincippet, hvor straffemekanismer fungerer som opdragelse i disciplinmagtformen. Udelukkelse fra programmet kan derfor ses som en styring via disciplinmagt (straffemekanismer), der er rettet mod deltagerens adfærd, og som tager udgangspunkt i, at man skal møde op til alle træningstimerne for at gennemføre programmet. Ved at udelukke deltagere, der ikke møder op, indføres en standard for opførsel.

5.3 FORSKNINGSSPØRGSMÅL 2

Undersøgelsens resultater peger tilsammen på, at subjektet konstrueres som samarbejdsvillige/usamarbejdsvillige faldpatienter samt motiveret/umotiverede egenomsorgsdragende patient gennem egenomsorg som selvteknologi. Alternative subjektpositioner som blev fremanalyseret i domænet udfordrede den traditionelle måde at tænke faldforebyggelse på.

5.3.1 DEN SAMARBEJDSVILLIGE FALDPATIENT

Artikel 1 viste, hvordan det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram med systematisk faldscreening gennem forebyggende hjemmebesøg og skadestuen samt fokuseret screening i hjemmeplejen, på hospitalsafdelinger og hos egen læge var rettet mod hele ældrebefolkningen i kommunen, og inddelte ældre borgere i faldpatienter og ikke-faldpatienter. Dermed gør programmet via overvågning og registrering alle ældre borgere til potentielle faldpatienter – og følgelig til syge mennesker, der skal behandles og lære at drage omsorg for sig selv på den rigtige måde for at forhindre fald i at opstå og sygdom i at progrediere.

I artikel 2 blev den ikke-samarbejdsvillige patient fremanalyseret via fravalg af deltagelse og identifikation af barrierer som: bekymring for sundhedsvæsenets styring af eget liv, skjult agenda i faldforebyggelsestilbuddet, frygt for tab af autonomi og for at blive 'fanget' som patient i sundhedsvæsenet, modstand mod at blive sygeliggjort og blive behandlet som en patient. Denne bekymring peger på at sundhedsvæsenets styringsmagt kan virke voldsom på nogle patienter. Her tolkes disse bekymringer som modstand mod at blive subjektiveret som faldpatient og dermed skulle opføre sig som patient med pligter og rettigheder, som at opføre sig

passivt og lydigt og fx møde op til tiden og derefter vente lang tid på undersøgelse, sidde i tavshed mens lægen bladrer i journalen eller vente timer på kørsel (Frank, 2010).

I artikel 5 blev det vist, hvordan faldforebyggelsesprogrammet med in/eksklusionskriterier angiver, at der eksisterer nogle normer for, hvordan man må falde og hvor ofte man må falde, når man er over 65 år. Med systematisk screening af ældrebefolkningen er programmet med til at definere det gode/sunde liv i alderdommen for alle ældre mennesker over 65 år i kommunen. Dermed problematiseres de individer, som ikke vil eller kan individualiseres på den måde, som programmet ønsker. En konsekvens er, at de ekskluderes eller ekskluderer sig selv. Multifaktoriel faldforebyggelse kan ses som en vej til at opfylde statens mål om øget middellevetid, flere år med god livskvalitet og reduktion af social ulighed (Ministeriet for Sundhed, 2002:6).

Et paradoks af faldpatient subjektpositionen er, at faldpatienten bliver betragtet som uvidende og uoplyst omkring faldforebyggelse og sund livsstil, men samtidig som ansvarlig og motiveret til omfattende livsstilsændringer. I artikel 2 relateres fravalg og frafald, gennem diskussion af administrative, tidsmæssige og kommunikative praksisser i faldforebyggelsesprogrammet, til den måde ældre mennesker bliver opfattet og opfatter sig selv på i samfundet. Fx positioneres og positionerer den samarbejdsvillige faldpatient sig som et skrøbeligt ældre menneske med masser af tid, der er villig til at vente flere timer på kørslen, sidde stille mens lægen bladrer journalen igennem, svare på de samme spørgsmål igen og igen og i det hele taget gøre som eksperterne siger. Denne patientrolle-konstruktion, som produceres i den medicinske overvågningsdiskurs kan ses som en del af den geriatriske diskurs, hvor alderdom konstrueres som en sygdomstilstand (Katz, 1996). Dette perspektiv gør sig gældende i konstruktionen af samarbejdsvillige faldpatient, som konstrueres som et fornuftigt og ansvarligt individ, der har brug for hjælp til de mest basale ting i livet, som fx hjælp og vejledning til, hvordan man skal gå klædt, spise og drikke, bevæge sig og sove. Samt have hjælp til almindelige ting i voksenlivet, som fx at indrette en bolig og indgå i sociale netværk. Den usamarbejdsvillige faldpatient blev konstrueret som et ufornuftigt og uansvarligt individ. Faldpatientrollen blev i artikel 2 og 5 associeret med ansvarlighed/uansvarlighed, hvor samfundets syn på ansvarlighed, var noget patienterne generelt forsøgte at leve op til.

En anden side af ansvarlighedsperspektivet er, at med medikalisering af fald, tildeles ældre mennesker, der er faldet, en falddiagnose og med det en faldpatientidentitet. At være patient har både fordele og ulemper. I den traditionelle forståelse af sygdom giver en diagnose patienten rettigheder til behandling, ret til frihed for skyld og ansvarsfrihed (Frank, 2010). Men også en pligt til at opføre sig som syg, hvilket kan medføre en mulig stigmatisering. Fx er stigmatisering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom som uansvarlige rygere et kendt problem i sundhedsvæsenet i dag. Med sundhedsvæsenets aktive patientrolle følger et moraliserende syn på sundhed (Petersen & Lupton, 1996; Nielsen & Jensen, 2013), hvor faldpatientrollen følgelig kan forbindes med inaktiv livsstil og

uansvarlig adfærd. På den måde fritages faldpatienten kun sin skyld, hvis han/hun udviser ansvarlig opførsel. Ved at kamuflere uansvarlig opførsel undgår mennesker at blive dømt skyldige og dermed kategoriseret som dårlige “faldpatienter” og uansvarlige borgere.

5.3.2 DEN MOTIVEREDE EGENOMSORGSDRAGENDE PATIENT

I artikel 5 sammenlignes den motiverede egenomsorgsdragende faldpatient med sundhedsvæsenets aktive patientrolle, der beskrives som en ansvarlig, vidende og kompetent patientrolle, der samtidig er afhængig af sundhedsvæsenets hjælp til støtte og guidning af sund livsstil (Nielsen & Jensen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2006b; & 2012b; Wind & Vedsted, 2008). Gennem den motiverede patientrolle bliver patienten ansvarliggjort på en ny måde i programmet, som involverer patientens selvforhold til faldforebyggelse, hvor han/hun konstrueres som en allerede motiveret patient med forpligtiget til at underkaste sig bestemte måder at handle på, her forstået som selvtæknikker vedrørende påbud og regler, ud fra bestemte sandhedsformer, som i programmet involverer en underkastelse af sig selv til en forsigtig men aktiv livsstil.

Delstudie 4 viser, at patienter gør noget aktivt for at forebygge fald i deres dagligdag ud fra egne normer, men samtidig pegede studiet også på, at nogle følte sig moralsk forpligtiget til at forebygge fald ud fra samfundets, familiens eller de sundhedsprofessionelles normer. Fx viste artikel 2 og 4, at flere borgere havde fjernet møbler og gulvtæpper fordi sundhedspersonale eller deres børn havde bedt om det. Flere havde takket ja til hjælpemidler selv om de ikke brugte dem, fordi de ikke ville fremstå som uansvarlige foran deres børn eller sundhedspersonalet. Et paradoks var, at alle deltagere tilsyneladende vidste, hvordan fald kunne forebygges ved at leve sundt og opføre sig forsigtigt, alligevel blev patienterne mødt som uvidende og ufornuftige mennesker af sundhedspersonalet (og familie). Kamuflageadfærd blev først fremanalyseret i artikel 2, som en strategi til at bibeholde egen autonomi og frihed, mens det i artikel 5 blev fremanalyseret som et oprør mod den styring, som egenomsorgsprincippet medførte.

Tydelige modstandsformer, som kamuflage, fravalg af deltagelse og dropout peger på, at det medicinske vidensregimer var udfordret og der derfor var brug for særlig gode overtalelsesevner i faldklinikken. Relativt mange patienter var tilsyneladende ikke villige til at lade sig styre og dermed tage den samarbejdsvillige faldpatientrolle eller motiverede egenomsorgsdragende patientrolle på sig.

5.4 FORSKNINGSSPØRGSMÅL 3.

Undersøgelsens resultater peger tilsammen , at konsekvenserne af egenomsorg som selvtæknologi kom til udtryk i multifaktoriel faldforebyggelse ved indførelsen af

motivation som et nyt inklusionskriterium, hvor de patienter, som motiveres begyndte at drage omsorg for sig selv på en ny måde, således at nogle blev selvregulerende. En anden konsekvens var, at de ikke motiverede blev ekskluderet eller ekskluderede sig selv fra behandling. Modstandsformer som fravalg, frafald og kamuflage blev set som væsentlige konsekvenser i styring af styring i faldforebyggelsesprogrammet.

5.4.1 NYE EKSPERTFUNKTIONER OG TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE

I artikel 1 blev nye funktioner som faldkoordinatorer og faldkonsulenter på tværs af sektorgrænser identificeret som en måde at håndtere den multifaktorielle faldforebyggelse på. Ligesom faldscreeningsprogrammer blev spredt fra hospitalet til primærsektor dels på en systematisk måde i de forebyggende hjemmebesøg, dels fokuseret i hjemmeplejen og hos egen læge. Der blev ligervis identificeret nye faldforebyggelsestilbud i kommunen i form af flere træningsprogrammer og flere ansatte fysioterapeuter. Tilsvarende blev der udviklet handleplaner ved afslutning af programmet. Disse praksisser relateres i et styringsperspektiv til overvågningsmekanismerne, idet egenomsorgsprincippet med krav om kontinuerlig overvågning producerede nye ekspertfunktioner til at overvåge og støtte patienterne til selvregulering efter endt program på klinikken. En medvirkende årsag til udvikling af kommunaltbaserede faldforebyggelsesprogrammer var tilsyneladende et økonomisk incitament i at behandle patienterne i egen sektor. Tilsammen peger resultaterne på, at egenomsorgsprincippet og den biomedicinske struktur af multifaktoriel faldforebyggelse producerede nye faldforebyggelsestilbud med indbyggede overvågningsmekanismer til patienter på tværs af sektorgrænser.

5.4.2 BRUD PÅ STYRING

Via systematisk faldforebyggelse kom en vilje til styring af hele ældrebefolkningen i en bestemt retning til syne, hvor styring af det enkelte subjekts kapaciteter og ønsker stod centralt. Der lå en forventning om, at alle ældre borgere ville vælge at deltage i multifaktoriel faldforebyggelse. Fx var selvhenvendelse ikke muligt. I mødet med sundhedsvæsenet blev borgerne præsenteret for den sunde og fornuftige måde at leve på ud fra en medicinsk forståelse af det gode liv i alderdommen. Borgernes fravalg og frafald af deltagelse blev identificeret som et brud på styringen. Ud fra et styringsperspektiv er fravalg/fracald en afvisning af den samarbejdsvillige faldpatientrolle/motiverede patientrolle, og med det en afvisning af sundhedsvæsenets måde at forme (ældre) borgere, der er faldet eller i risiko for fald, på og gennem egenomsorgsbegrebet definere det gode liv (i alderdommen) på. Dermed kan fravalg og frafald i faldforebyggelsesprogrammet ikke forklares ud fra en afvisning af faldforebyggelse som sådan.

5.4.2.1 Fravalg af deltagelse som modstandsform

I artikel 2 og i præsentationsafsnittet af faldklinikken illustreres en relativ stor modstand mod deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet, samt relativt stort frafald undervejs i tal. I en tremåneders periode viste optællingerne, at 68% af de egnede deltagere fra de forebyggende hjemmebesøg afslog deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet. Resultater fra artikel 2-4 peger på, at fravalg ad multifaktoriel faldforebyggelse ikke nødvendigvis er en afstandstagen fra faldforebyggelse som sådan, men måden programmet styres på. Fx anvender mange patienter komplicerede teknikker for at forebygge fald, hvilket peger på, at mange patienter også opfatter fald i alderdommen som et problem, der til en vis grad kan gøres noget ved. Den stærke modstand mod deltagelse før det første møde med faldforebyggelsesprogrammet i klinikken angiver, at den motiverede patientrolle tilsyneladende allerede er stærk forankret i det danske sundhedsvæsen.

5.4.2.2 Manglende fremmøde som modstandsform

En anden relativ stærk modstandsform, som blev identificeret i artikel 2, var accept af deltagelse fulgt af manglende fremmøde. 25% af de borgere, som først havde accepteret henvisning, mødte alligevel ikke op. I denne strategi kommer dominansmagt og strategimagt til syne ved, at borgerne accepterer myndighedernes tilbud, når de står ansigt-til-ansigt med en sundhedsprofessionel (dominansmagt), men når myndigheden ikke længere er synlig, udtrykkes modstanden ved ikke at møde op (strategimagt).

5.4.2.3 Kamouflage som modstandsform

En tredje modstandsform kom til udtryk gennem kamouflageadfærd, hvor deltagerne foregav at gøre et, men gjorde noget andet. Dette er beskrevet i artikel 2, 4 og 5 ud fra forskellige perspektiver. Som tidligere beskrevet blev kamouflage i artikel 2 fremanalysert som en strategi mod tab af frihed og autonomi, i artikel 4 som udtryk for en modstandsform og som strategi for at skabe et frirum og derved frigøre sig fra sundhedsvæsenets og familiens greb om den måde, det var tilladt at leve på. I artikel 4 og 5 blev kamouflage koblet til etiske forpligtigelser fx ved ikke at fremstå som uansvarlig over for samfundet og familien. Med kamouflageadfærden angiver deltagerne, at der eksisterer en norm for opførsel i alderdommen. Normen afstikker grænser for, hvad der er tilladt og ikke tilladt i fælleskabet, og individer kan dømmes ude, hvis grænserne overtrædes (Foucault, 1995; Schmidt & Kristensen, 2004). Det, at deltagerne er nødt til at skjule deres adfærd, identificeres ikke kun som et oprør mod det medicinske vidensregime i faldforebyggelsesprogrammet, men også som et oprør mod normerne om ældre mennesker i samfundet. Rationalet i det moderne velfærdssamfund samfund er, at vi som oplyste borgere har pligt til at træffe de rette beslutninger. Gør vi ikke det frivilligt, er vi selv skyldige i konsekvenserne som fx udvikling af sygdom og kan ekskluderes for behandling (Petersen & Lupton, 1996). Opfører vi os derimod

ansvarligt og tager vores myndighed på os samt lever i overensstemmelse med den medicinske fornuft, er rationalet, at vi vedbliver med at være sunde og raske.

5.4.2.4 Frafald som modstandsform

En fjerde relativ stærk modstandsform var drop ud. I løbet af et år droppede 27% ud af programmet før det var afsluttet af eksperterne (vist i afsnit om faldklinikken). Dette identificeres som et tegn på modstand mod den subjektiveringsproces, som foregik i programmet. Modstandsformerne kan ses som kampe eller moddiskurser mod det medicinske vidensregime. Kampene stiller spørgsmål til deltagernes identitet, og deltagerne afviser den måde, de konstrueres på i faldforebyggelsesprogrammet. Disse kampe kan ses som et oprør mod det medicinske vidensregime og med det den motiverede egenomsorgsdragende patientrolle, som de tildeles.

Denne modstandsform knyttes til overvågningsmekanismen. Netop fordi subjekterne ikke frivilligt internaliserer den sundhedsadfærd som staten ønsker, men yder modstand, bliver staten nødt til at bruge overvågning i form af screening og livslang ekspertovervåget træning. I governmentalitetsbegrebet ses overvågning og tvang som en nødløsning, når subjektet ikke frivilligt vil subjektiveres. I det perspektiv får overvågning en ny form, hvor styringen ikke kun sigter mod disciplinering, men har forandring af adfærd som mål. I den medicinske overvågningsdiskurs gøres hele ældrebefolkningen til objekt for overvågning, som har adfærdsændring til mål.

5.4.3 DEN OPADGÅENDE BEVÆGELSE I FALD

Analyserne af faldforebyggelsespraksisser angiver, at fald ikke kun bliver betragtet som en endelig nedadgående bevægelse, men oftest som en nedadgående bevægelse efterfulgt af en opadgående bevægelse (bilag 4). Denne betydningsforskel udfordrer den medicinske problematisering af fald i alderdommen som livsfarlige og endelige nedadgående bevægelser. Analysen af faldforebyggelsespraksisser i artikel 4 udfordrer det behandlerorienterede egenomsorgsprincip idet faldforebyggelsesteknikker, som er relative risikofyldte samtidig er rettet mod at gøre den aldrende krop stærkere og modstå kroppens begrænsninger i alderdommen. Mens den nedadgående bevægelse i faldet retter sig mod et *dødsperspektiv*, der i den medicinske forståelse af fald går efter sikkerhed og risikoreduktion, retter den opadgående bevægelse sig mod *“et eksistentielt og erfaringsbaseret livsperspektiv, der trygt forlader sig på livets muligheder før døden”* (Kristensen, 2004:31). Forståelsen af fald som en mulig opadgående bevægelse i alderdommen er endnu ikke fundet beskrevet i litteraturen.

5.5 PERSPEKTIVERING

Den relative stærke modstand mod deltagelse i multifaktorielle programmer, som er identificeret her og andre steder i Danmark (Vind, 2009), står ikke alene, den er også identificeret på internationalt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2012a; Hendriks et al; 2008; Gates et al, 2008). Denne modstand hænger muligvis sammen med overvågnings-, overtalelses-, askese- og bekendelsesmekanismerne. Også i andre forebyggelsestilbud ses der samme modstandsmønstre. Fx er der i nogle kommuner over halvdelen af målgruppen, der afslår at modtage et forebyggende hjemmebesøg¹². Ifølge en undersøgelse fra Faaborg Kommune fra 2013 er det måske op til 75% af de borgere, der tilbydes et forebyggende hjemmebesøg, som afslår tilbuddet (Faaborg Kommune, 2013).

Fravalg af deltagelse kan desuden ses som et generelt mønster i sundhedsvæsenet, hvor forebyggelsestilbud som vaccination af småbørn og livmoderhalskræft samt screening for bryst- og tarmkræft fravælges af borgerne, hvilket jævnligt debatteres i offentligheden (fx Skovmand, 2011). I det medicinske vidensregime italesættes fravalg og frafald af screening og vaccination som et problem dels for den enkelte, som risikerer at blive syg og dø. Dels for samfundet eftersom nogle sygdomme er dyre at behandle og andre kan sprede sig til hele befolkningen og reducere arbejdsstyrken, således at landets arbejdskraft svækkes samtidig med at udgifterne til behandling og pleje øges. En måde for sundhedsvæsenet at håndtere bekymringen over fravalgs-/frafald af sundhedsydelser på kunne være at italesætte sundhedsproblemet, som mere farligt end folk tror det er, og på den måde skræmme og/eller motivere målgruppen til at deltage. Et argument er, at i situationer, hvor der er tale om risiko for sygdom og død, bliver det uetisk, hvis sundhedsvæsenet ikke går ind og overvåger befolkningsgrupper og sætter ind med støtte og hjælp, hvor problemet er.

Antallet af faldklinikker, som er det sted den multifaktoriel faldforebyggelse styres fra, er steget fra tre til 11 i undersøgelsesperioden, således arbejder alle danske geriatriske afdelinger i dag med multifaktoriel faldforebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2012a; Vind & Petri, 2011). Ligeledes er faldkonsulenter, som arbejder med multifaktoriel faldforebyggelse på tværs af sektorgrænser, blevet almindelige i mange kommuner (Sund By Netværk, 2010). Dette kan ses som et tegn på, at multifaktoriel faldforebyggelse er blevet en integreret del af sundhedsvæsenet.

¹² Det er ikke muligt at sige, hvor mange der på landsplan afviser forbyggende hjemmebesøg. Før Strukturreformen var det muligt på Danmarks Statistik (2007) at undersøge, hvor mange borgere der blev tilbudt, accepterede og afviste forebyggende hjemmebesøg i de forskellige kommuner og på landsplan. Personlige datatræk fra 2006-2007 viser, at mellem 50-70% af de borgere, der blev tilbudt et forebyggende hjemmebesøg afviste tilbuddet i de forskellige kommuner. I dag er søgemaskinen konstrueret sådan, at man kun kan se, hvor mange, der vælger at deltage, men ikke hvor mange, der reelt er blevet spurgt eller hvor mange som afslår tilbuddet.

Tidligere var der ingen eller få faldkoordinators på hospitalerne og i kommunerne, nu findes denne profession overalt i Danmark (Sehested et al, 2012; Sund By Netværk, 2010). I tråd med anbefalinger om multifaktoriel faldforebyggelse i sundhedspolitiske dokumenter (Sundhedsstyrelsen, 2006a) findes der nu nationale kliniske retningslinjer for faldforebyggelse på hospitalsniveau (Sehested et al, 2012), faldpakker (dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014) og anbefalinger om lokale kliniske retningslinjer for systematisk faldforebyggelse på kommunalt niveau (Center for kliniske retningslinjer, 2014; Sund By Netværk, 2010).

Et andet tegn på styringens udbredelse er, at Forebyggelseskommissionen i 2009 anbefalede, at alle kommuner skulle indføre systematisk faldudredning via de forebyggende hjemmebesøg samt at Sundhedsstyrelsen i 2011 bekendtgjorde, at *“[A]lle kommuner skal implementere initiativer, der systematisk forebygger fald blandt ældre medicinske patienter”* (Sundhedsstyrelsen, 2011a:23), (Sundhedsstyrelsen, 2011b; Ministeriet for Sundhed, 2009:326-ff).

En anden overvejelse er det bemærkelsesværdige ved udbredelsen af denne strategi i sundhedsvæsenet, når behandlingen tilsyneladende ikke har effekt i forhold til patienternes sundhedstilstand. Overvejelserne går på, at effekten muligvis findes et andet sted i sundhedsvæsenet. En medicinsk teknologisk vurdering af denne strategi i Danmark, stiller fx spørgsmålstejn ved strategiens effekt og derved dens forebyggende virkning (Sundhedsstyrelsen, 2012a). Rapporten konkluderer fx, at den multifaktorielle intervention ingen effekt har på forekomst af fald, funktionsniveau, angst for fald, helbredelsesrelateret livskvalitet eller psykisk velbefindende (Ibid.:7). Den mangelfulde effekt af behandlingsstrategien bliver imidlertid ikke rettet mod selv strategien, men mod problemer med den eksterne validitet, idet fravalget af denne strategi var så markant, at deltagerne i undersøgelsen ikke kunne betragtes som repræsentative for hele målrettede population. Dette fravalg adresseres ved, at det anbefales at man fortsætter mere målrettet med multifaktoriel faldforebyggelse, men nu rettet mod de svageste ældre i sekundær sektor sammen med en satsning på enkeltstående interventioner som fx træning på tværs af sektorgrænser. Dette perspektiv peger på, at der i det medicinske sundhedsregime ikke kan stilles spørgsmålstejn ved effekten af multifaktoriel faldforebyggelse som behandlingsform og forebyggelsesstrategi. Med henvisning til de svageste ældre i sekundær sektor henviser udsagnet også til, det geriatriske felt og dermed til de magtrelationer, der eksisterer i dette felt. Med denne henvisning er det muligt, at en effekt af det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram er geriatriens placering i sundhedsvæsenet. Forstået på den måde, at geriatrien op til Strukturreformen var et truet speciale, der var i risiko for at blive placeret i primærsektor (Aagaard, 2006). Nu er de hospitalsbaserede multifaktorielle faldforebyggelsesprogrammer måske med til at fastholde geriatrien på hospitalsniveau?

Undersøgelsens resultater vedrørende bekendelsesmekanismer peger på, at der kunne være et potentiale i at inddrage psykologer i faldforebyggelsesfeltet og oprette alternative former for faldforebyggelsesprogrammer, der har fokus på de fald, som opleves skelsættende. Gerontologer peger fx på at nogle fald kan være så

skelsættende for ældre mennesker, at de udfordrer identitetsopfattelsen, i den forstand, at faldet symboliserer overgangen til en ny livsfase og dermed til alderdommen eller mødet med døden, som for nogle kan være skræmmende (Katz, 2011; Kingston, 2000). Et tilbud om faldforebyggelses coaching fra Københavns Kommune (Bedre Balance, 2010) peger en anden mulighed for faldforebyggelse med bekendelsesmekanisme som styrende.

5.5.1 ANSVARET FOR LIVSLANG TRÆNING

I Regeringens folkesundhedsprogram forstås ansvar for sundhed som en delt opgave mellem individet selv, fællesskaberne og det offentlige (Ministeriet for Sundhed, 2002). Ideologien er, at den enkelte tillægges et ansvar for sit helbred på en ny måde end tidligere, hvilket betyder, at sygdom er noget, der stort set kan forebygges. Et andet rationale er, at man bliver syg fordi man ryger, drikker, spiser fedt eller ikke dyrker motion (Scocozza, 2009:55). Folkesundhed kommer dermed til at handle om at påvirke den enkelte borger til at påtage sig en sund livsstil of dermed undgå sygdom.

I undersøgelsen accepterer og gennemfører 40% af de egnede deltagere et faldforebyggelsesprogram. Deltagernes ansvarlighed for egen livslang træning konstrueres som en forudsætning for, at den enkelte og samfundet skal kunne tage ansvar for faldforebyggelse. Her har den enkelte ansvar for livslang deltagelse i ekspertdrevne træningsprogrammer, mens samfundet har ansvar for at stille sådanne træningsprogrammer til rådighed. Deltagernes ansvarlighed hænger sammen med, at de selv erkender, at livslang træning er vigtigt og nødvendigt for at drage omsorg for sig selv og sikre et langt sundt liv i alderdommen. Med et udvalg af kommunale tilbud som ekspertdrevne træningsprogrammer til mennesker over 65 år samt private tilbud om fitnesscentre, gymnastik, yoga, tai-chi med mere skaber samfundet og fællesskaberne forudsætninger for selvstyring. På den anden side kræver offentlige træningsprogrammer en henvisning; de er relativt dyre i forhold til en almindelig folkepension; der er kun mulighed for begrænset deltagelse af tre måneder ad gangen; og der er ofte lange ventelister på adgang. Adgang til private træningsklubber og fitnesscentre er derimod åben og ubegrænset, men en måneds medlemskab koster ofte det samme som et tremåneders kommunaltbaseret træningsprogram og er særdeles udgiftstungt i forhold til en almindelig folkepension. Derfor kan der stilles spørgsmålstejn ved om ansvaret for livslang faldforebyggelse i alderdommen med egenomsorg som selvteknologi ikke forskydes fra et delt ansvar mellem samfundet, fællesskaberne og individet til et ansvar, der pålægges individet?

Danske undersøgelser af den sundhedspolitiske ansvarsdiskurs peger på, at samfundets ansvarsrolle nedprioriteres, mens den enkelte borgers ansvarsrolle opprioriteres i forhold til borgernes sundhedstilstand, således at ansvar for folkesundheden og dermed faldforebyggelse måske snarere bliver et spørgsmål om den enkelte borgers (økonomiske) ressourcer og vilje (Vallgård 2003; Scocozza, 2009). Hvis det er rigtig, kan en konsekvens af den nye patientrolles krav om

egenomsorg generere mere social ulighed i sundhed. Til trods for at dette er en problematik, som sundhedsvæsenet er opmærksom på, ser det ikke ud til, at der er konkrete løsningsforslag til problematikken, tværtimod breder den aktive patientrolle sig til flere og flere områder i sundhedsvæsenet (Nielsen & Jensen, 2013; Zanutto et al, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2006b). En voksende skare af forskere kritiserer den moderne lægevidenskab for at sygeliggøre normale menneskelige hændelser som bl.a. fødsler, tristhed, menstruation, menopause og død (Scocozza, 2009:54; Brinkmann, 2010) og advarer imod screening af sygdomme som ikke kan identificeres med tilstrækkelig præcision. Spørgsmålet er, om vi med det behandlersorienterede egenomsorgsbegreb som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse, kan se fald i alderdommen som endnu en sygeliggørelse af et normalt menneskeligt fænomen, eller om det virkelig er rigtigt, at en tredjedel af alle borgere over 65 år og halvdelen af befolkningen over 80 år lider af en kronisk "faldsygdom", der kan behandles eller forebygges?

5.6 KONKLUSION

Konkluderende viser undersøgelsen, at multifaktoriel faldforebyggelse med egenomsorg som selvteknologi er magtudøvelse, der både er rettet mod patienter og sundhedsprofessionelle. Egenomsorg som selvteknologi i det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram fungerer gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer med den hensigt at støtte ældre borgere/patienter til et sundere og længere liv i uafhængighed. Multifaktoriel faldforebyggelse konstrueres i et felt mellem to dominerende diskurser i det medicinske sundhedsregime: aktivvaldringsdiskursen og den medicinske overvågningsdiskurs, hvor en motiveret patientrolle og en motivatorrolle for sundhedsprofessionel skabes og reproducerer det biomedicinske perspektiv.

Konsekvenser af egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse kom til udtryk ved indførelsen af et dobbeltrettet subjektivt motivationskriterium, hvor patienter og sundhedsprofessionelle begyndte at drage omsorg for sig selv på en ny måde. En konsekvens var, at egenomsorg som selvteknologi i faldforebyggelsesfeltet etablerede væsentlige modstandsformer som fravalg, frafald og kamuflage, der tilsammen bevirkede, at mere end halvdelen af de egnede patienter enten fravalgte eller frafaldt deltagelse i programmet. Øget overvågning af ældrebefolkningen i kommunen, fremkomst af nye ekspertfunktioner, mere ensartethed af faldforebyggelsesindsatser på tværs af sektorgrænser blev fremanalyseret som alternative konsekvenser i faldforebyggelsesprogrammet.

REFERENCELISTE

- Aagaard J. Sygehuse opruster behandling af ældres fald. Faldklinikker og følgehjems team breder sig på sygehusene som følge af ældrepulje amterne har fået til at forbedre geriatrien. *Dagens Medicin* 25. Oktober 2006.
- Alvesson, M. (2003). Methodology for Close up Studies – Struggling with Closeness and Closure. *Higher Education*, 46, 167-193.
- American Geriatrics Society (AGS) (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 664-672.
- American Geriatrics Society/British Geriatric Society (AGS/BGS). (2010.). Clinical Practice Guideline: prevention of falls in older persons. Besøgt 17.9.2012, <http://www.americangeriatrics.org>
- Astrup, S. S. (5.3.2012). Et forår uden farlige fald. *Fyns Stiftstidende*. Besøgt 7.7.2012, <http://www.fyens.dk/odense/Et-foraar-uden-de-farlige-fald/artikel/2038409>
- Ballinger, C. & Payne, S. (2002). The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and society*, 22(3), 305-324.
- Ballinger, C. & Cheek, J. (2006). Discourse analysis in action: The construction of risk in a community day hospital. In L. Finlay & C. Ballinger, (Eds.), *Qualitative research for allied health professionals: challenging choices*, New York: John Wiley & Sons.
- Bjørnsson, K. (2012). De gode faldpatienter får flest tilbud. *Sygeplejersken*, 5(27), 54-55.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010a). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.). *Kvalitative Metoder* (s. 29-54). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010b). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.). *Kvalitative Metoder* (s. 489-499). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. (2010). Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu. I: S. Brinkmann (red.). *Det diagnosticerede liv* (s. 15-31). Århus: Klim.
- Bunn, A. F., Dickinson, Barnett-Page, E., McInnes, E. & Horton, K. (2008). A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing and Society*, 28(4), 449-472.
- Center for Kliniske retningslinjer. (ingen dato). Kliniske Retningslinjer for identifikation af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling. *Hillerød Kommune*. (Besøgt 5.6.2014). <http://kliniskeretningslinjer.dk>
- Chodzko-Zajko, W. & Schwingel, A. (ingen dato). Active Aging History. Besøgt 23.1.2012, <http://www.humankinetics.com/hk>
- Close, J., Ellis, M., Hooper, R., Glucksman, E., Jackson, S., Swift, C. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 9;353(9147):93-7.

- Dahlager, L. (2001). I forebyggelsens magt. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 2(3), 91-102.
- Dahlager, L. (2009). Livsstilsamtaler – at få mennesker til at leve rigtigt. I: S. Glasdam (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv* (s. 322-333). København: Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Dahler-Larsen, P. (2002). *At fremstille kvalitative data*. Syddansk Universitetsforlag Danmarks Statistik. (ingen dato) *Forebyggende hjemmebesøg*. Besøgt 11.10.2007, www.dst.dk
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2008). *The landscape of qualitative research*. Sage
- Dickinson, A., Machen, I., Horton, K., Jain, D., Maddex, T., & Cove, J. (2011). Fall prevention in the community: what older people say they need. *British Journal of community nursing*, 16:174-180.
- Evron, L. (2014a). At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 75-77.
- Evron, L. (2014b). *Smag for Fald*. Forskningen Døgn. 24-26.4.2014. Mundtligt oplæg. Abstrakt fundet d. 15.5.2014 på: <http://forsk.dk/bestil-en-forsker/smag-for-fald>
- Evron, L. (2013). *Falling Into the Light: About Falls Prevention and Self-development*. 15.05.2014, <http://profane.co>
- Evron, L., Ulrich, A. & Tanggaard, L. P. (2012). *Discursive constructions of falls prevention : Discourses of active aging versus old age as disease*. Oral presentation at Nordic Congress of Gerontology. Dilemmas in Ageing Societies, Copenhagen, Danmark. Abstract fundet d. 15.5.2014, på <http://ebookbrowse.net/nkg-2012-pdf-d463060748>
- Evron, L. (2012a). Nyt fra videnskaberne 2: Faldforebyggelse. *Gerontologi*, 28(4), 19.
- Evron, L. (2012b). Teknologier til overvågning af alderdom. Nordic Interdisciplinary Conference on Discourse & Interaction, NORDISCO 2012. Mundtlig præsentation. Abstract fundet 15.05.2014 på <http://www.liu.se/ikk/nordisco/archive/1.420089/Bookofabstractsmedium4.pdf>
- Evron, L. (2011). Gør plads til rebellen i faldforebyggelse. *Sygeplejersken*, 20.
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., Egerod, I. & Fristrup, T. (2008). Taste for falls prevention: a social-analytical perspective. Oral presentation at Fourth Conference of Qualitative Inquiry 2008 , University of Illinois, Champaign-Urbana, USA.
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., & Fristrup, T. (2009). Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study with older people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 728-735. doi: 10.1177/1403494809342309
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., & Egerod, I. (2009). Establishing a new falls clinic—conflicting attitudes and inter-sectoral competition affecting the outcome. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(3), 473-481.

- Evron, L., Schultz-Larsen, K., Fristrup, T., & Egerod, I. (2007a). *Falls prevention seen from a social-analytic perspective*. Poster presentation at The Eighth International Interdisciplinary Conference, Advances in Qualitative Methods, September 20, 2007. University of Alberta, Canada.
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., Fristrup, T., & Egerd, I. (2007b). *New strategies in falls prevention*. Oral presentation at The Third Conference of Qualitative Inquiry 2007, University of Illinois, Champaign-Urbana, USA.
- Faaborg Kommune. (2013) Forebyggende hjemmebesøg 2013. Fundet d. 1.7.2014 på http://www.fmk.dk/moeder/aaben/Socialudvalget_2014-17/2014/04-06-2014/Åben%20dagsorden/Bilag/Punkt_84_Bilag_1.pdf
- Foucault, M. (1982). The subject and power. In James D. Faubion (Ed.). Michel Foucault Power. Essential works of Foucault 1954-1984 vol. 3. 328-34
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the Self*. Edited by LH Martin, H Gutman & PH Hutton. Univ. of Massachusetts Press, 16-49.
- Foucault, M. (1995). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Westminster, MD, USA: Vintage.
- Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Foucault, M. (2004). Omsorgen for sig selv. Sexualitetens historie 3. København, Det lille Forlag.
- Foucault, M. (2005). *Vidensarkæologien*. København: Forlaget Philosophia.
- Frank, A. W. (2010). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gates, S., Fisher, J. D., Cooke, M. W., Carter, Y. H., & Lamb, S. E. (2008). Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis, *BMJ*, 336 (7636), 130-133.
- Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*.4: CD 00340.
- Gillespie L.D, Robertson M.C, Gillespie W.J, Lamb S.E, Gates S, Cumming R.G, et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD007146
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J. Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G. (2011). Interventions for preventing falls in elderly people living in the community (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.*: CD 007146.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9.
- Gillespie LD. Preventing falls in older people: the story of a Cochrane Review (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 28 Feb;2:ED000053. DOI:10.1002/14651858.ED000053.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Edi.) *Handbook of qualitative research*, 2 edit. (s. 163-194). Sage.

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1997). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- Hastrup, K., & Ovesen, J. (1995). *Etnografisk Grundbog*. København: Gyldendal.
- Hastrup, K. (2010). Feltarbejde. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.). *Kvalitative Metoder* (55-80). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hendriks, M. R., Bleijlevens, M. H., Van Haastregt, J., Crebolder, H. F., Diederiks, J. P., Evers, S. M., ... & Van Eijk, J. T. M. (2008). Lack of Effectiveness of a Multidisciplinary Fall & Prevention Program in Elderly People at Risk: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1390-1397.
- Hill, A. M., Hoffmann, T., Beer, C., McPhail, S., Hill, K. D., Oliver, D., ... & Haines, T. P. (2011). Falls after discharge from hospital: Is there a gap between older peoples' knowledge about falls prevention strategies and the research evidence? *The Gerontologist*, 51(5), 653-662.
- Isaacs, B., Livingston, M. and Neville, Y. (1972). *Survival of the unfittest*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Jørgensen, W. M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.
- Katz, S. (2011). Hold on! Falling, embodiment, and the materiality of old age. In M. J. Casper & P. C. Palgrave (Eds.). *Corpus: An interdisciplinary Reader on Bodies and Knowledge* (p.187-205). UK: MacMillan.
- Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly, Gibson, M. J. S., Andres, R. O., Kennedy, T. E., & Coppard, L. C. (1987). *The prevention of falls in later life: a report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly*. Medical Faculties of the Universities of Copenhagen and Aarhus, and the Danish National Board of Health.
- Kingston, P. (2000). Falls in later life: status passage and preferred identities as a new orientation, *Health*, 4, 216-233.
- Kirk, H. (1995). Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorien "alderdom" i 1800-tallets lægelitteratur. En medicinsk-idehistorisk analyse. København: Munksgaard.
- Kristensen, JE. (2004). *Forebyggelse og sundhedsfremme i videnssamfundet. Om grænser for evidensbaseret forebyggelse*. I: Viden og evidens i forebyggelsen. (s. 30-38). Sundhedsstyrelsen.
- Kvale, S. (1997). *InterView - en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues, *Qualitative Inquiry*, 12, 480-500.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lamb, S. E., Jørstad-Stein, E. C., Hauer, K., Becker, C. and on behalf of the Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group (2005). Development of a Common Outcome Data Set for Fall Injury

- Prevention Trials: The Prevention of Falls Network Europe Consensus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53: 1618–1622.
- Lord, S., Sherrington, C., Menz, H., & Close, J. (2007). *Falls in older people. Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mahler, M. (2012). At holde balance: betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker. Ph.d.-afhandling. Nordic School of Public Health.
- Martin, M. (1999). The Construction of the Risks of Falling in Older People: Lay and Professional Perspectives Final Report. Edinburgh: Scottish Health Feedback.
- McInnes, E., & Askie, L. (2004). Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(1), 20-37.
- McMahon, S., Talley, K. M., & Wyman, J. F. (2011). Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 289-298.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2002). Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommisionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. Forebyggelseskommisionen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Nexø, S. A., & Koch, L. (2003). Diskursanalyse: et særligt blik på verden. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (s. 69-91), København: Munksgaard.
- NICE (2004). Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Clinical Guideline Centre. Besøgt 12.3.2014 på <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG21>
- NICE (2013). Falls: assessment and prevention of falls in older people. National Clinical Guideline Centre. Besøgt 12.3.2014 på <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG161>
- Nielsen, A.J., & Jensen, C.B. (2013). Travelling Frictions: Global Disease Self-Management, Local Comparisons and Emergent Patients. *Science & Technology Studies*, 26(2), 61-79.
- OECD. (2006). OECD studies in Risk Management - Sweden: Safety of the Elderly. OECD Publication. Besøgt 2.2.2012 på <http://www.oecd.org>
- Oliver, D. (2009). Development of services for older patients with falls and fractures in England: successes, failures, lessons and controversies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, S7-S12.
- Otto, L. (2009). Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og praksis. Talepapir på Humanistisk Tænketaank 6. Maj. 2009. Københavns Universitet, København.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. London: Sage Publications.

- Phillips, L. (2010). Diskursanalyse. I: S Brinkmann & L Tanggaard (red.), *Kvalitative Metoder* (s. 263-286). København: Hans Reitzels Forlag.
- Politikens Nudansk Ordbog. (2010). Politikens Forlag. København.
- Prevention of Fall Network Earth (ProFaNE). (2013). Besøgt 1.10.2013. på www.profane.co
- Projektprotokol Projekt Faldforebyggelse Frederiksberg. (2005). Internt dokument.
- Raffnøe, S., Gudmand-Høyer, M. & Thanning M. (2008). *Foucault*. København: Samfundslitteratur.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge university press.
- Rose, N. (2007). The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press.
- Schmidt L-H. (1999a). *Diagnosis II*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.
- Schmidt L-H. (1999b). *Diagnosis III*. København: Danmarks Pædagogiske Institut.
- Schmidt, L-H., & Kristensen, J. E. (2004). *Lys, luft og renlighed: den moderne socialhygiejnes fødsel*. København: Akademisk forlag.
- Scocozza, L. (2009). Folkesundhed eller moralsk oprustning? In: Glasdam S (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd/Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Sehested, P., Rimmer, C., Holsko, L., Jimenez, O., Moth-Poulsen, M., Skiveren, J. & Østergaard, B. (2012). Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatrike patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling. Center for Kliniske Retningslinjer.
- Sheldon, J. (1960). On the natural history of falls in old age. *British Medical Journal*, 2, 1685–1690.
- Skovmand, K. (27.11. 2011). Uvilje mod vaccination medfører mæslingeudbrud i økolandby. *Politikken*. Besøgt d. 15.5.2014 på <http://politiken.dk/indland/ECE1265997/uvilje-mod-vacciner-medfoerer-maeslingeudbrud-i-okolandby/>
- SNN. (2001) Ethiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden. *Vård i Norden*. Årgang 70, nr 23, Besøgt 7.2.2006 på http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
- Sund By Netværk. (2010). 8 anbefalinger faldforebyggelse - den gode kommunale model. Sund By Netværk.
- Sundhedsstyrelsen. (2004). *Sundhedsstyrelsens Folkesygdomsprojekt*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005a). Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005b). Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005c). Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2006a). Faldpatienter i den kliniske hverdag. Anbefalinger om identifikation, udredning og intervention. Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen. (2006b). Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011a). Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2011b). Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012a). Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012b). Egenbehandling ved kroniske sygdomme – anbefalinger der understøtter udbredelse. Sundhedsstyrelsen.
- Tanggaard, L. (2004). *Læring og identitet i krydsfeltet mellem skole og praktik*. Ph.d. Afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- Tanggaard, L. (2007). The Research Interview as Discourses Crossing Swords The Researcher and Apprentice on Crossing Roads. *Qualitative inquiry*, 13(1), 160-176.
- Tanggaard, L. (2009). The research interview as a dialogical context for the production of social life and personal narratives. *Qualitative Inquiry*, 15(9), 1498-1515.
- Tinetti M. E., Baker, D. I., McAvay, G., Claus, E. B., Garrett, P., Gottschalk, M., Koch, M. L., Trainor, K., Horwitz, R. I. (1994). A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*. 29;331(13):821-7.
- Tinetti M. E., Baker. (2008). Multifactorial Fall-Prevention Strategies: Time to Retreat or Advance. *JAGS*. 56:1563-65.
- Ulrich, A. (2010). Narrativ fleksibilitet i sygdomsforløb med kræft. Syddansk Universitetsforlag
- Vallgård, S. (2003). Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S. (2009). Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse. I: S. Glasdam, (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv* (s. 95-112). København: Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Vind, A. B. (2009). *Multifactorial fall prevention in older community dwelling Danes* (Doctoral dissertation, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhedsvidenskab).
- WHO. (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva: World Health organisation.
- WHO. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health organisation.
- WHO (2010). International Classification of Diseases ICD. Besøgt 5.1.2012 på <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/R29.6>
- Wind, G., & Vedsted, P. (2008). Om kronisk sygdom. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 5(9): 5-16.
- Zanutto, A., Storni, C., Piras, E. M., & Danholt, P. (2013). The shaping of patient 2.0. Exploring agencies, technologies and discourses in new healthcare practices. *Science and Technology Studies*, 26 (2), 3-13.

- Zecevic, A.A., Salmoni, A., Speechly, M., Vandervoort, A.A. (2006). Defining a Fall and Reasons for falling: Comparisons Among the Views of Seniors, Health Care Providers, and the Research Literature. *The Gerontologist*.3, 367 – 376.
- ÆldreForum. (2002). Fald – en trussel mod ældres liv og førlighed. København.

APPENDIX

BILAG 1. ARTIKEL 1

Establishing a new falls clinic – conflicting attitudes and inter-sectorial competition affecting the outcome

*Publiceret i Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2009, vol. 23 (3), 473-481
Oprettelse af en ny faldklinik – modstridende holdninger og konkurrence mellem sektorerne påvirker udfaldet.*

Dansk resume

Faldklinikker er en nyere strategi for forvaltning af fald blandt ældre. Få har undersøgt virkningen af denne faldforebyggelsesstrategi i sundhedsvæsenet. Formålet med denne undersøgelse var at beskrive de sociale processer, som påvirker implementeringen af nye strategier i forvaltning af fald. En nylig etableret faldklinik blev valgt som instrumental case for at beskrive denne systematiske og omfattende strategi for faldforebyggelse blandt ældre. Undersøgelsen havde et kvalitativt casestudie forskningsdesign med triangulering af kilder og metoder, herunder interviews, deltagerobservation og dokumentanalyse. Undersøgelsen blev gennemført fra januar 2006 til juni 2007 på en nylig oprettet faldklinik på et dansk hospital. Data blev kvalitativt analyseret i henhold til fire hovedtemaer: faldbegrebet, succes/fiasco, konkurrence og ekspertise. Undersøgelsen viste, at faldklinikken var integreret i en kontekst, hvor forskellige interesser varierede på forskellige niveauer i organisationshierarkiet. I modsætning til den politiske dagsorden for faldforebyggelse knyttede patienter og professionelle ikke fald sammen med kronologisk alder. Den biomedicinske struktur i faldklinikken og den hegemoniske måde at håndtere faldforebyggelse på kan have lettet faldforebyggende tilbud og patientforløb på tværs af sektorer, men hvis fald bliver associeret med en kronisk lidelse sekundært til en usund livsstil, så bliver den enkelte patient ansvarig for faldproblemet. Dette kan efterfølgende forhindre patienterne i at søge rettidig hjælp fra sundhedsvæsenet eller bevirke, at patienten dropper ud af de eksisterende programmer. Fremtidig forskning bør se på vedholdenhed og frafald i relation til forebyggelsesprogrammer.

Establishing a new falls clinic – conflicting attitudes and inter-sectoral competition affecting the outcome

Lotte Evron RN, MS (Doctoral Student)¹, Kirsten Schultz-Larsen MD, PhD (Associate Professor)² and Ingrid Egerod RN, MSN, PhD (Associate Professor)³

¹Department of Rehabilitation, Frederiksberg Hospital, University of Copenhagen, Frederiksberg, Denmark, ²Institute of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen O, Denmark and ³The University Hospitals Centre for Nursing and Care Research, Rigshospitalet, Department 7331, Copenhagen O, Denmark

Scand J Caring Sci; 2009; 23; 473–481

Establishing a new falls clinic – conflicting attitudes and inter-sectoral competition affecting the outcome

Falls clinics are a newer model for falls management among the elderly. Few studies have addressed the impact of the strategy on falls prevention in the healthcare system. The aim of the present study was to describe the social processes that affect the implementation of new strategies in falls management. A newly established falls clinic was chosen as an instrumental case to describe the systematic and comprehensive approach to falls prevention among the elderly. The investigation had a qualitative case study research design with triangulation of sources and methods, including interviews, participant observation and analysis of documents. The study was conducted from January 2006 to June 2007 at a newly established falls clinic at a Danish hospital. Data were analysed qualitatively according to four main themes: The concept of falls, success/failure, competition and expertise. The study showed that the falls clinic was embedded in a context where interests

varied at different levels of the organizational hierarchy. In contrast to the political agenda for falls prevention, patients and professionals did not associate falls with chronological age. The biomedical structure of the falls clinic and the hegemonic mode of handling falls prevention may have facilitated falls prevention services and patient trajectories across sectors, but if falls are associated with chronic disease secondary to an unhealthy lifestyle, the individual patient becomes responsible for the falls problem. This may subsequently prevent the patients from seeking timely help from the healthcare system, or patients may drop out of the existing programmes. Future research needs to look at sustainability and dropping out in relation to falls prevention programmes.

Keywords: critical thinking, falls, health education, health promotion, qualitative approaches, case study research, critical research approaches.

Submitted 28 December 2007, Accepted 15 May 2008

Introduction

Falls prevention among the elderly is a major public health issue and a key priority in many western countries. Falling is often a personal disaster and may lead to major life changes. In the population 65 years and older, falls are associated with increased mortality, decreased mobility, reduced social contact, increased anxiety and dependence on medical and social services (1–6). Falls are connected with injury-related hospitalization, death and a financial burden to society (6–10). A lack of coordination in the

organization of the falls prevention efforts has been described, as several sectors within the healthcare system compete for the provision of similar services (11, 12). From a financial perspective the same segment of the elderly population is attractive to different sectors: each sector vying for the provision of examination, diagnosis and treatment as a means of external revenue.

Since the late 1980s, falls clinics have been gaining momentum as an integrated model for falls prevention in the western world (7, 13–16). The clinics have been targeted to prevent falls among the elderly in their homes, at hospitals, and at care facilities. By and large, patient selection has been based on a biomedical perspective of falls and treatment modalities. The first falls clinic in Denmark was established in 2003, and by 2007 there were 12 such hospital-based clinics in the country. As yet, little is known about the impact of falls clinics on falls prevention in the Danish health care system.

Correspondence to:
Lotte Evron, Department of Rehabilitation, Frederiksberg Hospital, University of Copenhagen, Nordre Fasanvej 59, DK-2000 Frederiksberg, Denmark.
E-mail: lotte.evron@frh.regionh.dk

In 2007, the organization of public tasks and services in Denmark was reformed. The overall responsibility for outpatient rehabilitation, prevention and health promotion was redirected from the counties to the municipalities. In anticipation of the reform, a falls clinic was established in 2005 at a Danish hospital as a part of a cross-sectoral project promoting rehabilitation of elderly people. A main assumption guiding the establishment of the clinic was that existing municipal prevention programmes would benefit from specialized falls assessment. The aim of the present study was to describe the social processes that affect the implementation of new strategies in falls management. The newly established falls clinic was chosen as an instrumental case to describe the systematic and comprehensive approach to falls prevention among the elderly. It is our hope that a deeper understanding of the operation of the clinic, and insight into the patient trajectory, will lead to better treatment and reduction of falls in this segment of the population.

Methodology

The present investigation had a qualitative case study research design with triangulation of sources and methods, including interviews, participant observation and analysis of documents. The falls clinic was studied as a contemporary phenomenon within its own context, where the investigators according to the methodology had little control over the events (17, 18). An instrumental single-case strategy was chosen to provide insight into the operation of a newly started clinic. The main unit of analysis is the implementation of a falls clinic, from the political decision to establish a hospital-based falls clinic to the full operation of the clinic. The embedded unit of analysis is the trajectory of the individual patient from the time of referral to the completion of the programme and follow-up 6 months later.

The theoretical framework for the study of falls management had a social analytical approach, which includes a contemporary analysis of the investigated subject, thus linking interventions in the falls clinic with trends in the healthcare system (19–22). The theory of 'Social analytics' is a theoretical perspective developed through 'The Social-Analytical Contemporary Diagnosis' (23). Based on earlier contemporary analysis, the impact of individualization and modernization will be expressed as trends within the investigated area (19, 20, 24, 25). We selected four trends (used as themes) related to care of the elderly in the healthcare system: (i) falls among elderly, (ii) success/failure, (iii) competition and (iv) expertise. The theory allowed us to navigate in the field observing the world from varying perspectives, while focusing on these four selected trends. In this study falls were defined according to the Prevention of Falls Network in Europe and WHO (26) as the 'unintentional coming to rest on the ground,

floor or object, regardless of whether or not an injury has occurred'. Success, being the opposite of failure, is the goal of an end product; in this case the existence of a falls clinic. Competition means rivalry between two or more parties over something coexisting in the same environment. According to the theory of knowledge acquisition expertise is defined as an 'intuitive grasp' of a situation based on a deep understanding of a domain of knowledge (27).

Sites and settings

The study was conducted from January 2006 to June 2007 at a newly established falls clinic at a Danish hospital. As an integral part of the study of specialized falls prevention, a healthcare centre established by the municipality at the same time as the clinic, was explored as a part of the general context (17, 18).

The clinic was open for patients >18 years with falls problems. This study included elderly patients of >65 years who had experienced either multiple falls episodes, a single fall episode because of poor balance, or complaints of dizziness, as recommended in the national guidelines for identification of elderly persons with a falls problem (28). The clinic offered an interdisciplinary comprehensive diagnostic assessment programme, which included specific measures of muscle strength, body position changes, balance, vision and patient motivation.

The healthcare centre administrated all health-related facilities in the municipality and was in charge of basic falls prevention programmes, including rehabilitation and training programmes. This included preventive home visits, which operated systematically with falls prevention issues such as exercise, incontinence, sleep patterns, bone density and fluid intake. Because of the Danish social law preventive home visits are offered elderly of 75 years or older a minimum of two appointments annually (29).

Sources and selection

Multiple sources of data were used to obtain information and to gain insight into particular interpretations of falls prevention across sectors. The sources included key informants, *ad hoc* informants, participant observation and documents. The key informants ($n = 6$) were administrators at the hospital or municipal level, who were strategically selected as representatives for the local source of power and influence. Four key informants were from the rehabilitation clinic and the falls clinic at the hospital, while two key informants were chosen at the municipality: both administrators at director level. The *ad hoc* informants ($n = 16$) were healthcare professionals (doctors, nurses and physiotherapists) and patients encountered during participant observation. Eight professionals representing the falls clinic and the healthcare centre were selected as a convenience sample for observation and

ad hoc interviews. Seven were included from the hospital: two physicians, two nurses, two physiotherapists and one coordinating nurse. One municipal falls consultant was selected. Eight patients aged 65 and over with scheduled appointments for falls assessments were selected as a convenience sample for observation and *ad hoc* interviews. Patients with cognitive impairment (Mini Mental State Examination <24), addictive problems or terminal illness were subsequently excluded from falls interventions, but included in this study.

Observation was conducted in the staff room, dining room, training facilities, hallways and meetings between staff and administrators. Two group-training sessions and one individual training session were observed. Finally, documents such as local policies, guidelines, pamphlets and computerized presentations of falls prevention were selected across sectors together with national policies and guidelines.

Research methods

Qualitative interviews. The key informants were interviewed using a semi-structured guide. Each interview lasted 40–80 minutes and was tape-recorded and transcribed verbatim by the first author. The interviews were conducted in 2006 before the falls clinic was open to study patients. The guide was framed according to the four main themes and suggested topics for exploration such as economy, patient involvement and earlier experience with falls prevention. The persons were first invited to talk about how they understood the idea of falls clinics/healthcare centres. Multiple *ad hoc* interviews were carried out with healthcare professionals and patients at the falls clinic after the first patients had been included in the study. The interviews focused on the same four themes as in the interview guide. Some *ad hoc* interviews were taped and transcribed, while others were recorded in the field notes on the same day. The interviews were conducted in an open, but intimate, atmosphere of negotiation of meaning. The goal was to sustain a critical-analytical approach to the subject matter. Negotiation of meaning was a keystone during spontaneous and semi-structured interviews, maintaining an awareness of the point of dominance during the interview, which might influence the meaning produced in the conversation (30–33).

Participant observation. Observations of scheduled falls assessments and training sessions were conducted in 2007 after the decision was made to formulate individualized action plans across sectors (hospital and municipality). This part of the study focused on interaction between healthcare professionals and patients (approximately 50 hours). Participant observation was chosen to get a firsthand view of practice (34, 35). The investigator chose not to interact during patient assessments, but did participate in discussions around the table in the staff room.

Printed sources. National policies and guidelines concerning falls prevention and health promotion strategies were selected by a literature search. Local policies and guidelines were identified in the hospital-based database and by asking staff across sectors including visits to the healthcare centre. Other sources such as computer presentations and informational pamphlets were collected across sectors at sites recommended by staff and administrators. The sources, research methods and study themes are shown in Table 1.

Data analysis

Data collected from administrators, professionals, patients, printed sources and participant observation were analysed according to the *a priori* themes identified as major trends in the healthcare system (32, 36, 37). During analysis data were initially organized according to the chronology in the interview guide. Each theme was read and re-read several times before the process of legitimization: a phase of reviewing and interpreting. The template organizing style included a code manual for entering text and identifying units of interest, thus organizing, connecting and corroborating/legitimizing data (32, 33, 36). Data from interviews and participant observation were coded using ATLAS.TI, version 4.1 (Scolari Sage, London) (software for qualitative data) and analysed thematically. Subsequently, emerging subcategories were identified during the process of analysis summarizing the views expressed in the data. The analysis was directed towards identification of the categories and the understanding of issues normally not available to the public. Case study research relies on analytical generalization, wherein data from several sources converge toward similar results (17, 18). The process of analysis and

Table 1 Source level, research method and study themes

Source level	Research method	Study themes
Administrative level (municipal/hospital)	Key informant interview	Concept of falls
Professional level (municipal/hospital)	<i>Ad hoc</i> interview, participant observation	Success and failure
Patient level (hospital)	<i>Ad hoc</i> interview, participant observation	Competition
Printed source (government/municipal/hospital)	Analysis of documents	Expertise

Table 2 *A priori* categories and emerging subcategories

<i>A priori</i> categories	Emerging subcategories	Source level	Data examples
Falls	Falls as related to age	Patient	I don't think falling is related to my age I see [falling] as a sign of old age, not a matter of years You always hear that getting old increases your risk at falling. I don't know if you can call it a disease, but you can call it ageing
		Professional	Falling has nothing to do with chronological age; it is related to poor health Ageing increases your risk of falling, but [old] age in itself is not the cause of the falls problem
		Administrator	A fall can be an irreversible condition
	Falls as nontreatable	Professional	You cannot cure neurological deficits, but you can help patients cope with them
	Falls as treatable	Patient	I have to accept falling now and then. I have accepted that this is the way it is – and I live a wonderful life
		Professional	Most of the patients, who have already fallen once, are at high risk of falling again – they have to be assessed and treated
	Falls as preventable	Administrator	The whole prevention part is important to the municipality, so we need to prevent elderly citizens from turning up at the falls clinic
		Patient	It was the pavement – I didn't see the gap – I just have to be more careful
	Falls as loss of freedom	Professional	A fall can be an experience that pushes the limits of the elderly person
		Patient	It [the fall] changed my life – it took me a while to accept it I dislike the thought of being dependent on others
Success and failure	Signs of success: shared facilities	Professional	It would be great to share physiotherapists' facilities
	Cross-sectoral collaboration	Administrator	If the falls clinic has a positive effect on collaboration with the primary sector, then it is a success!
		Professional	We educate staff in both sectors on falls prevention, so everyone knows what to look for
		Patient	They arrange for transportation – I just have to be ready in time
	Standardized program	Administrator	If we don't build falls clinics, I don't think anything will happen for the patients!
	Signs of failure: resistance	Administrator	It is hard to change existing systems
	Increasing workload	Patient	I don't want to waste my time – or be forced to make changes...
		Professional	We spend too much time on paper work Not everyone appreciates how time consuming it is to schedule, reschedule, and trace patients at the hospital
Competition	External competition	Administrator	Today geriatric clinics fight for survival. This can make a difference
	Internal competition	Professional	We have to fight for our [examination/training] rooms...it is a nuisance...they [inpatient staff] don't want to give up what they have already been given
Expertise	The patient's lack of expertise	Administrator	Well, we are all experts on ourselves, but not on the treatment Adult children and other close networks of the elderly can be seen as potential experts
		Professional	Elderly people do not know how to act for their own good They [elderly people] are not interested in taking responsibility as experts on their own life
	The patient's expertise	Pamphlet	With knowledge and the right tools, patients with chronic diseases can be empowered and care of themselves

interpretation is exemplified in Table 2, showing the *a priori* categories, the emerging subcategories and examples of quotes. According to ethnographic tradition, the researchers tried to tease out the emic view of the informants: learning from people rather than studying people.

Ethical considerations

The Ethics Committees of Copenhagen and Frederiksberg municipalities, Denmark, acknowledged the study (KF 07 301912). The managers at each site were informed of the

study and approved the study protocol. The informants were provided with verbal and written information about the study, emphasizing voluntary participation and confidentiality. All interviewed informants gave written informed consent to participate, while patients observed during training session gave verbal consent. Prior to each interview, the informants were re-familiarized with the interview process and the aim of the study.

Results

The results are presented as a combination of analysis and interpretation of the data. Each study theme is presented according to the source level and the research method (Table 1). An initial description of the falls clinic based on participant observation is followed by the triangulated data from each of the four study themes.

Description of the falls clinic

The falls clinic was open to outpatients 5 days a week (37 hours) and was staffed by physicians, nurses, physiotherapists and a secretary. A municipality-based falls consultant (nurse) and a hospital-based falls coordinator (nurse) participated in clinic conferences. Patients were referred to the clinic by the home care nurse, emergency departments, general practitioners or during hospitalization. The patients who met the criteria were offered a hospital-based training programme, at the end of which the patient received an individual 'action plan'. The action plan included recommendations for further training, e.g. self-management interventions, or training at the health-care centre or other municipal facilities. The goal for the action plan was for the patient to sustain falls prevention programmes.

Participant observation showed that one part of the comprehensive falls assessment consisted of physical and mental assessments, including medical treatment and change of medical therapy. Another part concerned advice about lifestyle changes, hip protectors and removal of fall hazards at home. The duration of the eight falls assessments at the falls clinic varied from 2 to 5 hours. The assessment was generally conducted during two visits; the first visit included an hour with the physician, an hour with the nurse and time for laboratory studies. The second visit consisted of 1 or 2 hours with the physiotherapist. The assessment was followed by an interdisciplinary diagnostic conference, at which the examining physician and the physiotherapist were consistently present, while the nurses were interchangeable. The patients did not attend the interdisciplinary conferences.

Patients were referred to vestibular, balance or strength training-programmes individually or in groups at the hospital. Although the patients were absent during diagnostic conferences, they did take part in creating an action

plan meeting separately with the staff. The patients were active in creating an informal action plan made by the physiotherapist focusing on balance, strength or vestibular training. This plan included drawings of the specific exercises and was actually tested by the patients. It was designed as a part of practical tasks in the day-to-day life with an educational perspective related to lifelong training. At a later time these plans were revised and included in the formal action plan.

The concept of falls

The first theme in the interview guide was an exploration of the concept of falls according to administrators, professionals, patients and printed sources. The study showed that the administrators perceived falls as a preventable chronic condition, thus implying that falls should be prevented rather than treated. *Ad hoc* interviews with professionals presented the view that falls should not necessarily be associated with chronologic age, implying that it is not natural for all old people to fall. This, again, means that people prone to falling should be identified by other means than age. The professionals stated that falls related to medical conditions, such as sinus carotid syndrome or balance deficits, were regarded as chronic, but curable conditions. In this case cure may be more important than prevention. On the other hand, falls related to age related syndromes, such as cognitive impairment were regarded as chronic noncurable conditions. These conditions were, perhaps, neither preventable nor curable, thus the responsibility for coping with the condition fell back upon the individual patient. As one professional put it:

The responsibility for increasing their level of functioning is their own. From day one it is their responsibility. This is about their internal motivation (PR01).

Patients perceived falls as an everyday problem related to age (not necessarily chronological), with ups and downs that could be resolved at the falls clinic. Some patients described falls as accidents, and told stories where falls were associated with shame. The experience of shame may be related to being perceived as older than one feels; falling is a sign of old age. Some patients associated falling with loss of freedom, and were able to describe one crucial fall that had changed their life significantly. The patients wished to regain their freedom, and explained that external motivation, such as encouragement from their close network, was important to them. One patient said:

It was my wife, she urged me...I am a lazybones... I realized that I wouldn't be able to walk again if I didn't start training – it was necessary (PA01).

Participant observation demonstrated that some patients downplayed the effects of falling on their daily lives. If confronted with their own limitations, they hesitated to perform physical exercises. During group training patients were encouraged by the physiotherapists and expected to

to end at the falls clinic. It is our job to prevent this (AD02).

The success of the healthcare centre is contingent upon keeping the patients out of the falls clinic, thus reducing municipal expenses. The fear of losing funds after the structural reform was present at the hospital as well as the municipality. The administrators highlighted the political profile of the falls clinic/healthcare centre on the rehabilitation market, whereas the professionals tried to avoid treating patients as commodities and set their goals toward high quality health care.

At the professional level, however, concerns were expressed that the inter-sectoral competition would compromise their expertise as they were competing for the same resources and equipment at the hospital and the municipality. The patients supported the concerns expressed regarding the commercialization of health care. Home care services and personal appointments had to be rescheduled in order for the patients to attend the falls clinic, causing a competition between the falls clinic and home care services.

Participant observation demonstrated that the professionals had to fight for the time necessary to perform the comprehensive assessments and for more physical space. In the printed sources the competition was not expressed directly. Governmental guidelines were written for falls prevention at the hospital level as well as the municipal level, while falls clinics were recognized as a specialized falls prevention strategy at the hospital level (28). This is a sign of political support for hospital-based falls clinics, which may challenge basic falls services in the municipality.

Expertise

The professionals at the falls clinic were regarded as experts by the administrators, patients and by the professionals themselves. The patients, however, were considered by the administrators and professionals to lack competencies about their own propensity to fall. An administrator said:

They are experts concerning themselves. They know how they feel. They can surf on the Internet and read about their diseases, but I think they have difficulty understanding the big picture. They can't combine three different diseases [presented on the Internet], and so what? This is the problem (AD04).

The administrators stated that the elderly failed to take individual responsibility, and suggested that their adult children and close relatives could be seen as potential experts. Another administrator said:

Well, I don't see the chronically ill elderly people as experts in their own area, but their children are. Let me use my own mother as an example. My old mother doesn't say so much. She does what she is told. I am the troublemaker who makes demands. I am the one who asks for quality, and I request a treatment

plan. It is exactly the same thing I recognize in relation to our patients (AD05).

Participant observation suggested that individualized action plans were labour intensive and costly. Ample time was provided to complete an action plan for the patient that required patient motivation. Patients were referred to municipal falls services if it was the most suitable for the individual patient, or if it was assumed by the professionals that they would not be able to comply with the training programme. A member of the staff said:

They have to be motivated to participate in our programmes...if they aren't motivated, they shouldn't be here...they are not accepted in the programme, or they drop out fast...yes, we work with highly motivated elderly (PR02).

Documents described professionals as experts in their field, while patients with chronic conditions were regarded as experts on their individual life situation. The published sources and the professionals focused on motivational issues rather than expertise.

Discussion

The study has demonstrated that falls clinics are embedded in a context with varying interests at different organizational levels. The perception of falls and the signs of success, competition and expertise varied according to the stance of the informant, e.g. the concept of falls covered the gamut from treatable to nontreatable, preventable to nonpreventable, and public to individual responsibility at various levels in the hierarchy. The structure of the clinic was in keeping with traditional geriatric care, including comprehensive assessments of health-related problems, cross-sectoral cooperation and interdisciplinary interventions (4, 13, 16). Joint conferences with patients and staff, which have been a mainstay of geriatric care, however were replaced by interdisciplinary conferences for professionals, in order to assure efficiency and documentation. This could be an indication of the administrators' need to influence professional practise, while looking out for the needs of the professionals rather than the needs of the patients (39–42).

The biomedical framework seemed to facilitate coordination and cooperation across sectors. More specifically existing municipal prevention programmes appeared to benefit from the knowledge produced at the falls clinic. Administrators with financial responsibility promoted the aspect of prevention, while professionals having the direct patient contact were more aware of treatment modalities and individual patient responsibility. This falls clinic deals with treatment of patients with falls problems, but it also deals with administrative issues regarding the need for a geriatric unit at the hospital level. Choosing to place the falls clinic at the hospital may temporarily maintain geriatric treatment in the secondary sector, although this

take more responsibility. They were asked to record how much exercise they had performed at home and encouraged to do better next time by exceeding their limits and taking chances. This demonstrated how the professionals regarded falls as treatable, but required active patient participation and responsibility.

Printed sources focused on the risk of falling, thus promoting prevention and patient responsibility, e.g. the National Board of Health described falls as a chronic disease or condition that could be kept at bay by the patient (28). Much of the responsibility for falls prevention was relegated to the patient under the guise of empowerment. As the Minister of Interior and Health put it (38):

It is mainly about giving the individual the necessary knowledge and the necessary tools for self-care interventions and empowerment.

Various pamphlets suggested lifestyle changes especially regular exercise. Falls were generally described as a burden to society and to the elder individuals themselves.

Success and failure

At the administrative level the informants agreed that the success or failure of the falls clinic was affected by internal conflicts of resource allocation and ever changing practices. These issues, which were regarded as resolvable, were not related to the falls clinic *per se*, but to the larger issues of economy and political ambition. One administrator said:

If it [the falls clinic] doesn't succeed here – it won't succeed anywhere! (AD01).

The professionals (hospital level) were more concerned about the future of the clinic. They regarded the clinic as important to the welfare of the patients and to their own job security, implying that the staff would fight for the future of the clinic. Signs of failure were predictable categories such as resistance to change and increasing workloads. Professionals across sectors stated that the future of the falls clinic depended on its success, i.e. the reception by the patients and the degree of use. Administrators regarded the clinic as a political statement and a mark of quality; they were less concerned about patient reception. The administrators recognized the financial aspect of the falls clinic and healthcare centre, but assumed that the funds would be allocated after the structural reform had taken place. It was regarded as a long-term investment towards quality of life among the elderly. Investments in falls clinics/healthcare centres were not only a question of quality and patient satisfaction; they were also a means of creating an image that would secure future political interest. In fact, the promotion of a marketable profile became a goal in itself, by selecting success stories to tell and re-tell within and outside of the organization. One administrator stated:

My concern is the reputation. This is advertisement at the hospital level; we have indeed made an improvement [...]. It is important during this period of transitions to see the survival of the geriatric clinic. The geriatric clinics are fighting for survival. This requires that we have something to offer that makes an impression. And we do have something. I believe it is very important from a political standpoint (AD03).

In this regard, the patients perceived the extensive physical examination as overwhelming, and as such, it could lead to patient dropout or lack of compliance. Success was threatened if the patients avoided the comprehensive assessment. Some patients, however, regarded the assessment as reassuring, thus demonstrating ambiguity towards the clinic. One patient said:

I am very pleased with the thorough assessment. It is perhaps a bit too generous, but why not accept the offer now that it is here? (PA02).

Participant observation supported the concerns of the administrators in that the clinic could be threatened by internal conflicts. But they downplayed the conflicts within their own system, while the staff verbalized their concern about the future of the falls clinic. Inter-collegial disagreement was observed in formal settings such as conferences and in informal settings such as lunch breaks. On the upside, it was evident that systematic falls prevention had become an integral part of the cross-sectoral effort after the implementation of the falls clinic. Joint staff education on falls prevention was arranged for employees in both sectors.

The printed sources demonstrated how guidelines on falls prevention from the National Board of Health were transformed into general hospital policies and screening programmes. Municipal falls screening and basic prevention strategies expanded from targeting the preventive home visits and training programmes to include selected home care services. The existences of the falls clinic inspired the development of more municipal prevention programmes and the systematic falls assessments across sectors. The ability to share facilities such as personnel and results of diagnostic assessments and evaluation of needs, were a sign of success.

Competition

The study demonstrated that several sectors vied for the same segment of the population: elderly patients at risk of falling. There was a 'market' for rehabilitation clinics and each sector wished to capitalize on this market; every treatment brought revenue to the hospital sector, yielding an expense to the municipality. The administrators were aware of the inter-sectoral competition, but still chose to hold out for their own interests. One administrator said:

As I see it, it is about patient trajectories across sectors; that's what matters...the frail elderly should not have

subsidiarity has been threatened at the hospitals. The growing number of hospital-based falls clinics in Denmark could be related to the struggle for hospital-based rehabilitation resources with a hidden agenda of transforming rehabilitation to a controlled and disease-driven initiative.

The present study has underscored the varying interpretations of falls at different levels in the healthcare system and demonstrated the dominance of the biomedical discourse. At the administrative level and in published sources, falls were viewed as a preventable chronic problem, which could be solved with the right tools and knowledge (lifestyle choices). The professionals viewed falls as a potentially curable chronic condition, where the primary responsibility for coping fell back on the patients. The concerns of the professionals in running the clinic dominated over the needs of the patients, which has been recognized in other studies as well (40, 42, 43). As such, in the medical approach falls appear to be a medical and motivational issue associated with personal responsibility and chronological age (28, 38). Patients, however, associated falls with a consequence of being frail or clumsy – but did not associate it with their age. This result illustrates a conflict between the individuals' approaches to self-care and feeling old, and the political goals for population-care programmes for people above 65 years. The contemporary view of falls links the problem to old age thus encroaching upon the self and potentially threatening the identity of the elderly individual. The implication of this may be to address falls issues in the society as a condition of life unrelated to chronological age.

Finally, a distinction needs to be made between the establishment of a falls clinic and the evidence of its success. Future research needs to look at sustainability and dropping out in relation to falls prevention programmes, and needs to address questions like: who should be referred to falls clinics? Which kinds of patients benefit from the effect of the programmes? What type of effects are we interested in?

One limitation of this study is that more data were collected at the falls clinic than at the healthcare centre, which may favour the clinic over the healthcare centre. The informants, however, offered both positive and negative views at either site. The informants were confronted with various viewpoints that were challenged in the interviews. The interviews were validated during the interview by clarifying questions; new meanings were negotiated, which demonstrated an atmosphere wherein different power relations were allowed in the research process. Convergence toward similar results in various sources increased the internal validity, while similar results in the literature increased the external validity.

Conclusions

In this study we investigated the establishment and implementation of a new falls clinic. Our findings of con-

flicting attitudes between the administrative and the professional levels may obscure the success of the establishment and the effects of a new falls clinic. The biomedical perspective and the hegemonic mode of falls management appeared to facilitate falls prevention services and patient trajectories across sectors. The responsibility for noncurable falls conditions has insidiously shifted from the healthcare system to the individual. In contrast to the political agenda patients and professionals did not associate falls with chronological age. Future studies need to focus on the target population for the falls prevention programmes, the willingness of the patients to participate and go through these programmes, and the effects of the programmes.

Acknowledgement

The authors would like to express their gratitude to the administrators, the health professionals and the patients who participated in the study.

Author contributions

The study was conceived and designed by Lotte Evron, who collected and analysed the data, and drafted the manuscript. Kirsten Schultz-Larsen and Ingrid Egerod provided critical revision of the manuscript for important intellectual content and additional comments.

Funding

The study was supported by Ministry of Interior and Health in Denmark, Copenhagen University Frederiksberg Hospital and The Health Insurance Foundation.

References

- 1 Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions for preventing falls in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000340.
- 2 Lord S, Sherrington C, Menz H, Close J. *Falls in Older People. Risk Factors and Strategies for Prevention*. 2007, Cambridge University Press, Cambridge.
- 3 Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done? *Int Nurs Rev* 2007; 54: 191–6.
- 4 Society AG, Society G, of AA, on Falls Prevention OSP. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664–72.
- 5 Chang JT, Morion SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, Roth EA, Shekelle PG. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328: 680.
- 6 WHO. *What are the Main Risk Factors for Falls Amongst Older People and What are the Most Effective Interventions to Prevent These Falls?* 2004. WHO Europe, HEN, Copenhagen.

- 7 Lamb S, Gates S, Fisher J, Cooke M, Carter Y, McCabe C. *Scoping Exercise on Fallers' Clinics*. 2007, Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, NCCSDO, UK.
- 8 Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, Shanks L. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults 1. *Gerontology* 2003; 49: 93–116.
- 9 Rizzo JA, Baker DJ, McAvay G, Tinetti ME. The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons. *Med Care* 1996; 34: 954–69.
- 10 McInnes E, Askie L. Evidence review on older people's views and experiences of falls prevention strategies. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004; 1: 20–37.
- 11 El Ansari W, Weiss ES. Quality of research on community partnerships: developing the evidence base. *Health Educ Res* 2006; 21: 175–80.
- 12 Robertson MC, Devlin N, Scuffham P, Gardner MM, Buchner DM, Campbell AJ. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 600–6.
- 13 Hill K, Black K, Vranitsidis F, Nihill M. *Evaluation of Falls Clinics and Development of Measurement of Outcomes Framework and Review of Disorder Movements Clinics*. 2002, National Aging Research Institute, Victoria.
- 14 ProFANE (2008) *Are Falls Clinics Common in the Country? Prevention of Falls Network Europe*. http://www.propane.eu.org/eu_map/map_view.php?view=0 (last accessed 6 June 2008).
- 15 Beer C. Attitudes of GPs to medical management in falls clinic service. *Aust Fam Physician* 2006; 35: 1008–10.
- 16 Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008; 336: 130–3.
- 17 Stake R. Case studies. In *Handbook of Qualitative Research* (Lincoln YS, Denzin NK eds), 2000, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 435–54.
- 18 Flyvbjerg B. Five misunderstandings about case-study research. *Qual Inq* 2006; 12: 219–45.
- 19 Schmidt LH, Kristensen JE. *Lys, Luft og Renlighed. Den Moderne Socialhygiejnes Fødsel [Light, air Andcleanliness. The Birth of the Modern Social-Sanitation]*. 1986, Akademisk Forlag, Copenhagen.
- 20 Schmidt L-H. *Diagnosis III*. 1999, Danmarks Pædagogiske Institut, Copenhagen.
- 21 Schmidt L-H. *Conclusion: the Tragic Reconciliation. Immediacy Lost*. 1988, Akademisk Forlag, Copenhagen.
- 22 Schmidt L-H. *The Libertine's Nature*. 2005, National Library of Education, Copenhagen.
- 23 Raffnsoe S, Nielsen L, Møller V, Hammershøj GL. *Social Analytics Research Programme [Forskningsprogram i Socialanalytisk Samtidsdiagnose]*. 2004, School of Education University of Aarhus. <http://www.dpu.dk/sa> (last accessed 6 June 2008).
- 24 Rose N. *Powers of Freedom*. 1999, Cambridge University Press, Cambridge.
- 25 Giddens A. *Modernity and Self-Identity - Self and Society in the Late Modern age*. 1991, Cambridge Polity Press, Cambridge.
- 26 WHO. *Falls*. 2008, WHO. http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html (last accessed 6 June 2008).
- 27 Dreyfus H, Dreyfus S. Expertise in real world contexts. *Organ Stud* 2005; 26: 779–92.
- 28 Sundhedsstyrelsen. *Faldpatienten i den Kliniske Hverdag [The Fall's Patient in Clinical Practice - Advice From The National Board of Health]*. 2006, Sundhedsstyrelsen, Copenhagen.
- 29 Law of Preventive Health Visits for Elderly. *Act of Parliament in Denmark*, no. 1117, 20 December 1995, §§ 1–3, Government of Denmark.
- 30 Kvale S. Dominance through interviews and dialogues. *Qual Inq* 2006; 12: 480–500.
- 31 Kvale S. *Interviews. Introduction to Qualitative Research Interviewing*. 2005, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- 32 Crabtree BF, Miller WL. *Doing Qualitative Research*. 1999, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- 33 Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis*. 1994, Sage Publication, Thousand Oaks, CA.
- 34 Bogdewig PS. Participant observation. In *Doing Qualitative Research*, 2nd edn (Crabtree BF, Miller WL eds), 1999, Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, CA, 47–69.
- 35 Nielsen K. Reflections on observation as a method. *Newsletter No 24*. 1998, Centre of Qualitative Research, Department of Psychology, University of Aarhus. <http://www.psy.au.dk/kvalitativ/newsletter/list/24-1998> (last accessed 6 June 2008).
- 36 Nigel K. *Template Analysis Website*. 2007, University of Huddersfield. http://www.hud.ac.uk/hhs/research/template_analysis/whatis.htm (last accessed 6 June 2008).
- 37 Pope C, Mays N. *Qualitative Research in Health Care*. 2006, BMJ Book, Blackwell Publishing, London.
- 38 Government of Denmark. *Healthy Throughout Life - the Targets and Strategies for Public Health Policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. 2003, Government of Denmark, Copenhagen.
- 39 Goodman C, Davies S, See Tai S, Dinan S, Illife S. Promoting older peoples' participation in activity, whose responsibility? A case study of response of health, local government and voluntary organizations. *J Interprof Care* 2007; 21: 515–28.
- 40 Ballinger C, Payne S. The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing Soc* 2002; 22: 305–24.
- 41 Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist* 2006; 46: 367–76.
- 42 Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Educ Res* 2006; 21: 508–17.
- 43 Kingston P. Falls in later life: status passage and preferred identities as a new orientation. *Health* 2000; 4: 216–33.

BILAG 2. ARTIKEL 2

Barrier for deltagelse i en hospitalsbaseret faldkliniks faldforebyggelsesprogram: et interviewstudie af ældre mennesker

Publiceret i Scandinavian Journal of Public Health, 29.7. 2009, 37: 728-735

Danske resume

Formålet er at få ny viden om barrierer for deltagelse i hospitalsbaseret faldudredning. Metoder: udførelse af semistrukturerede interviews med 20 ældre personer henvist til faldudredning på en hospitalsbaseret faldklinik. Et praktisk prøveudtag på 10 nejsigere og 10 jasigere blev samlet. Dem, der takkede nej til henvisning til faldudredning blev rekrutteret via et systematisk faldscreeningsprogram udført i forebyggende hjemmebesøg. Dem, der takkede ja blev udvalgt blandt 72 deltagere, der successivt blev rekrutteret efter at have gennemført faldklinikens program. Interviewene blev gennemført med 12 måneders forskydning: forskellige former af viden var forventet på grund af jasigernes deltagelse i programmet. Interviewtransskriptionerne blev tematisk analyseret. Analysen var rettet mod identifikation af barriere for faldudredning. Resultater: Barrierer for deltagelse blev kategoriseret som at være indenfor eller udenfor faldklinikken, og omfattede: administration, tid, kommunikation, holdninger til faldforebyggelse og forventede fremtidige udgifter. Jasigerne, der fuldførte programmet udtrykte en følelse af at være 'imødekommet' af systemet og bibeholdelse af indflydelse over deres eget liv, mens nejsigerne udtrykte bekymring over Sundhedsvæsenets styring af deres liv.

Konklusion: undersøgelsen viser, at ældre patienter i risikogrupper for fald erkender deres faldproblem, men afviser at deltage i hospitalsbaserede faldudredningsprogrammer, fordi de forventer at miste deres selvstændighed og at blive fanget i Sundhedssystemet. Hvis resultaterne af denne undersøgelse skal omsættes til et budskab i folkesundhedsøjemed, må vi overveje at ændre fokus på faldforebyggende strategier fra sygdomskontrol til sundhedsfremme med henblik på at engagere ældre personer i forebyggende sundhedsarbejde.



ORIGINAL ARTICLE

Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study with older people

LOTTE EVRON^{1,2}, KIRSTEN SCHULTZ-LARSEN^{1,3} & TINE FRISTRUP⁴

¹Centre for Elder Research, Copenhagen University Hospital, Bispebjerg, Denmark, ²Department of Rehabilitation, Copenhagen University Hospital Frederiksberg, Denmark, ³Institute of Public Health, University of Copenhagen, Denmark, and ⁴Department of Education, School of Education, University of Aarhus, Aarhus, Denmark

Abstract

Aims: To gain new knowledge about barriers to participation in hospital-based falls assessment. **Methods:** Semi-structured interviews with 20 older people referred to falls assessment at a hospital-based clinic were conducted. A convenience sample of 10 refusers and 10 accepters was collected. Those who refused referral were recruited in relation to a systematic falls screening programme performed by preventive home visitors. Accepters were selected among 72 participants successively completing the falls assessment clinic programme. The time between the interviews was 12 months; different levels of knowledge were expected, owing to accepters' participation in the programme. Interview transcriptions were thematically analysed. The analysis was directed towards identification of barriers to falls assessment. **Results:** Barriers to participation were categorized as being either within or outside the falls clinic, and included administration, time, communication, attitudes to fall prevention, and expected future costs. Accepters completing the programme expressed a feeling of being "met" in the system and maintaining authority over their own life, while the refusers expressed concern about the healthcare system taking over their life. **Conclusions:** This study indicates that older at-risk patients acknowledge their falls problem, but refuse to participate in hospital-based assessment programmes because they expect to lose their authority and to be caught up in the healthcare system. In order to transform the findings of this study to a public health message, we have to consider moving the focus of falls prevention strategies from disease control to the domain of health promotion in order to engage older adults in preventive healthcare.

Key Words: Accidental falls, aged, patient participation, qualitative research

Introduction

Today, there is a strong political focus on healthy ageing. At the same time, public health strategies are moving from disease prevention to health promotion. With the national programme "Healthy throughout Life", directed towards eight major chronic diseases [1,2], the Danish government has announced preventive measures against four behavioural factors: smoking, inactivity, diet, and alcohol (SIDA). In relation to falls among the older generation, lack of physical activity is considered to be a major risk factor.

According to the political agenda, citizens in society should be given the necessary knowledge

and tools to promote health and self-care [1,3,4]. This means that older people are expected to take responsibility for their falls problem and participate in falls prevention programmes [1,2,5–8]. Furthermore, health professionals consider falls to constitute a disease-related problem that can be prevented by systematic assessment and intervention [8]. Falls prevention, therefore, could be comparable to treatments and is often linked to disease control [1,4,5].

However, many older people drop out of or refuse to participate in falls prevention programmes [9–11]. In spite of an increasing number of different hospital or community-based programmes, the willingness to participate is low [10,12,13]. The participation rate

Correspondence: Lotte Evron, Centre for Elder Research, Oster Sogade 18, 2nd floor, DK 1357 K, Denmark. Tel: +45 22704047. Fax: +45 3338 3759. E-mail: lotte.evron@gmail.com

(Accepted 17 June 2009)

© 2009 the Nordic Societies of Public Health
DOI: 10.1177/1403494809342309

for falls prevention programmes in the community is typically less than half of those invited [9,14].

In this study, we explored attitudes and views among community-dwelling older people at risk of falling who either rejected referral to or completed a hospital-based falls clinic assessment programme. A deeper understanding of patients' views is needed, and might lead to improved participation and adherence.

Material and methods

The present interview study is part of a case study investigating falls prevention across sectors in Frederiksberg, a region of Copenhagen [15]. The falls clinic accepts referrals from hospital departments, home-care nurses, preventive home visitors, and general practitioners. Referrals were offered if the older person had had at least one fall that was connected with gait problems, syncope or lack of external explanations during the preceding year. Older people with chronic diseases such as chronic obstructive pulmonary disease or cancer, cognitive impairment and drug or alcohol abuse were excluded. A fall was defined in accordance with current research literature [16]. In order to understand and explain refusal and acceptance of this hospital-based falls assessment clinic programme, we conducted qualitative in-depth interviews with both refusers and accepters.

Data collection

A convenience sample of 20 older community-dwelling people was recruited in relation to their referral to falls assessment at the clinic. The sample was divided into two categories: refusers and accepters. According to the study design, there was a 1-year gap between the two rounds of interviews.

Ten refusers were recruited in relation to a standardized preventive home visit (PHV), which included systematically screening for falls problems. The visitors asked all citizens who declined falls assessment if they would agree to an interview with a researcher, until a total of 10 agreed to be interviewed. Eight women and two men agreed; they were between 70 and 87 years old (mean age = 81 years). The sample of refusers was consecutively drawn from community-dwelling participants in the PHV programme who had a visit in the period May–July 2006. Fifty-seven persons out of 526 were offered a referral to the falls clinic because of a fall problem; 19 accepted the offer. Ten out of 38 refusers accepted an interview (Figure 1).

Barriers to participation in falls assessment 729

Ten accepters were recruited among the first patients consecutively completing a full assessment programme in the period May–July 2007. This design contained referrals from five different sites (Figure 2). The number of referred falls patients within the period June 2006 to June 2007 was 271; 72 completed the assessment and the training programme. Despite the fact that all patients had agreed to the referral, 69 (25%) did not attend the appointment and 49 (18%) dropped out during the programme.

Following the final training session, the researcher (LE) asked 15 patients if they would participate in a research interview: one immediately refused, and another initially agreed to take part but refused later. In addition, the staff decided that three patients were not eligible for in-depth interviews, owing to medical decisions; consequently, those interviews were cancelled. Eight women and two men agreed; they were between 78 and 94 years old (mean age = 86 years).

The refusers were interviewed in 2006 between June and August. The accepters were interviewed in 2007 between June and August. The first author performed all interviews in the older people's homes. Each interview lasted 40–120 min; 17 were audio-taped and transcribed verbatim. Additional information given after the tape recorder had been switched off was memorized and put into notes afterwards. In three cases the participants refused to be recorded, so notes were taken during and after the interview. A phenomenological approach was used in the interview process [17,18]. The semi-structured interview guide (Table I) was framed according to two main themes: (a) living with a falls problem; and (b) success/failure concerning their experience with falls prevention programmes. On the basis of qualitative falls literature, the guide suggested topics for exploration such as independence, autonomy, health, anxiety, age, and earlier experience with falls prevention information or programmes [7,19–21]. The design of the interview allowed exploration of each person and her or his context, while the interview guide enabled different individuals' views on identical issues to be obtained (Table II). The older people were first invited to talk about how they lived with a falls problem, the issues it raised for them, and what they understood by the concept of falls. The interviewer reflected on her position as a researcher and a nurse before and during the interview process, as dominance in the interview process might influence the meaning produced in the conversation [22]. The participants were provided with verbal and written information about the study, emphasizing voluntary participation and confidentiality. The Ethics Committees of Copenhagen and Frederiksberg

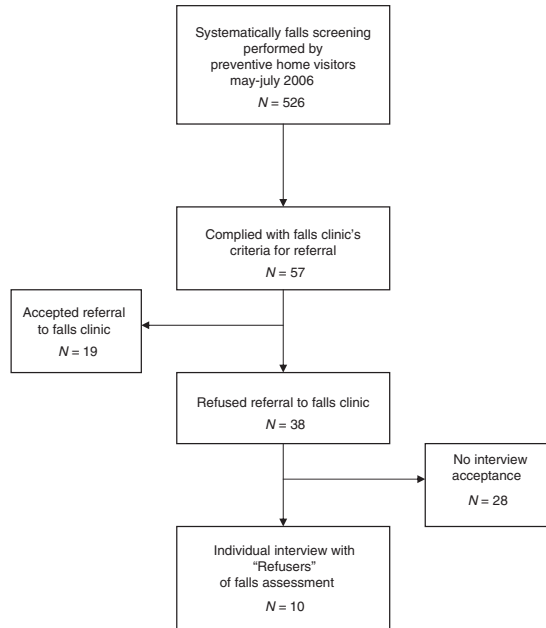
730 L. Evron *et al.*

Figure 1. Individual interviews with older people at risk of falling who refused referral to hospital-based falls assessment. The sample was recruited in relation to a systematic falls screening programme during preventive home visits in Frederiksberg municipality, May–July 2006.

municipalities, Denmark, approved the study (KF 07 301912).

Data analysis

We thematically analysed data from all interviews according to *a priori* themes and sub-themes. A template organizing style of interpretation was used in the analysis of the transcripts [23]. The interviews were coded on the basis of the issues described in the interview guide, and enabled comparison between groups (Table II). Each transcript was read and re-read several times before the process of legitimization of theme and topic. Subsequently emerging sub-themes were identified during the process of analysis summarizing the views expressed in the data. The analysis was directed towards identification of barriers to the older person's acceptance of falls prevention programmes and the

understanding of related issues normally not available to the public. The names used in the article are fictitious, but sex and age information is factual.

Results

Table II presents the result of the analyses of the theme: living with a falls problem. The answers clearly indicate the differences between the two groups of interviewees. Opposite opinions were expressed regarding most topics; for example, all of the refusers thought that nothing could be done about their falls problem, while all of the accepters thought that something could be done.

As a result of the primary analysis, the refusers and accepters views on – and experiences with – falls prevention programmes were categorized as being either within or outside the falls clinic; five sub-categories were found, and are shown in Table III.

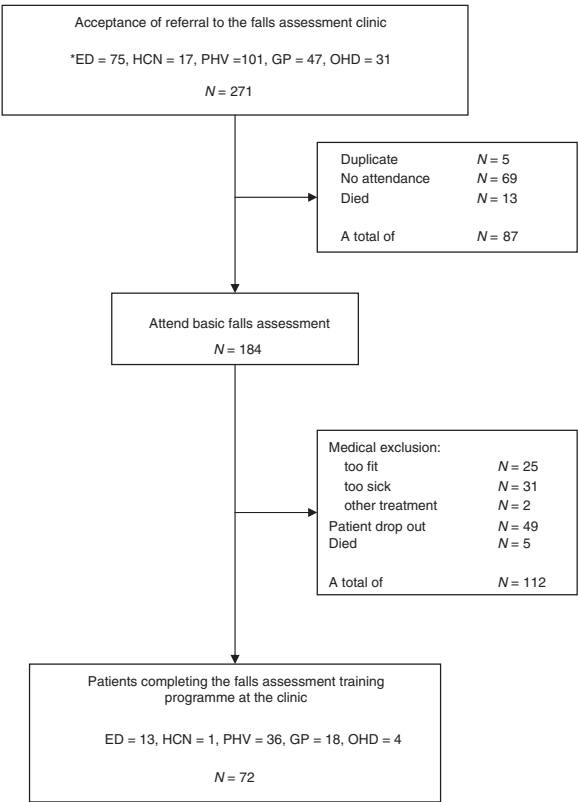


Figure 2. Acceptance of referral to hospital-based falls assessment clinic programme. Referrals were counted between June 2006 and June 2007. Subsequent to acceptance of referral older people aged >65 years were followed to the end of the assessment programme. *ED, emergency department; HCN, home-care nurses; PHV, preventive home visits; GP, general practitioners; OHD, other hospital departments.

While the accepters had actual experience, the refusers built their answers on earlier experience with the healthcare system.

Barriers inside the falls clinic

Within this category, three sub-categories were identified; barriers related to (a) administration, (b) time, and (c) communication.

Accepters mentioned administrative barriers for patients referred to the clinic. Completing paperwork

in front of the patients was described as irritating, and gave a feeling of the professionals not being prepared for the patient. Some accepters explained that inflated paperwork was a risk factor for making people feel sick.

If I was sick, I would feel even sicker looking at all those papers they use [at the falls clinic]. It is totally insane with paperwork and questions. (Rose, 87, accepter)

Use of personal time. Both accepters and refusers mentioned extended waiting time for transportation

Table I. Interview guide.

Opening words about the project, informed consent and small talk about the home

Theme: Living with a falls problem

Please tell me about your recent fall, e.g.

How did it happen?

What did you do to prevent it – could you have done something?

What did you think in the second before falling?

Tell me what you understand by the word “falls”, e.g.

Do you understand falls as a sort of illness?

Do you understand falls problems in relation to being old?

Tell me what it means to you to have a falls problem, e.g.

Have you changed the way that you live since your falls problem started?

Can you describe a situation where something important to you has changed

Can you describe a situation where something important to you has not changed?

Topics for exploration: independence, autonomy, health, anxiety, and age

Theme: Success/failure concerning your experience with falls prevention programmes

Please tell me about your choice (not) to accept the offer about falls assessment

Do you understand why you fall – or are you interested in finding out why you fall?

Can you describe a situation where you talked with other professionals about falls prevention e.g. practitioner/home nurse

Can you describe a situation where you talked about your falls problem with family, friends or others?

Tell me about benefits of the falls programme

What is the best thing about the falls programme at the clinic? (Accepters)

Could there be some benefits for you in accepting the offer? (Refusers)

Tell me about inconveniences in relation to the falls assessment/falls programme

What are the benefits for you in refusing the falls assessment? (Refusers)

What made the falls assessment difficult for you at the falls clinic? (Accepters)

Topics for exploration earlier experience with falls prevention information or programmes

The interview was formed as a conversation, which means that sub-questions and topics are suggestions, and therefore not necessarily asked exactly as presented here.

services and appointments as a barrier.

I know they will pick me up and bring me back home, but I think it is a matter of time. Being ready and waiting – all together it takes a long time and I don't have energy for that. You won't get anything out of it... It is a matter of how you want to use your time. (Gunvar, 83, refuser)

Apparently, accepters were willing to use time on waiting for transportation services and scheduled training sessions; however, they expected their time investment to be traded for special treatments.

Once I waited two hours for the driver. I don't take that so serious. There is always somebody to talk to. They offer you coffee and

Table II. Views and statements expressed by the 10 refusers and 10 accepters during the interviews.

Theme 1. Living with a falls problem	Refusers	Accepters
Falls are a disease	0	0
I want to use time on falls assessment	0	10
I think something can be done about my falls problem	0	10
I wish to die	3	0
I have a wonderful life	7	10
I had a fall, which changed my life	6	5
I live fine with the changes	3	4
I know what is recommended ^a to prevent falls	10	10
I always use advice about falls prevention	0	10
I sometimes pretend to follow recommendations ^b	6	8

^aKeeping active, a light on at night, holding onto something in darkness, shoes without heels, hip protectors, removing hazards at home, and so on. ^bPretending to use advice about falls prevention, but behaving as usual in private (e.g. climbing ladders or standing on chairs when alone; accepting devices but not using them; hip protectors stay in the drawer; new glasses stay in the case; alarm stays on the table).

sandwiches; you just have to sit down at the table... it is something you have to put up with [in the healthcare system]. (Dorthea, 85, accepter)

Free access to other facilities at the hospital, such as the hot water pool or training facilities out of hours, was seen as a possible trade for personal time investment.

I think when you join a programme at a hospital. I mean, when you finally have been accepted – and you are inside because you have a disease they treat – you should have free access to treatment in relation to your disease. I have rheumatism, so I should have access to the hot water pool. It shouldn't be for everyone of course, just for the ones with a recognized disease. (Henriette, 89, accepter)

Communication. Some accepters were irritated about being told to bring medication lists and community nurse records, when this information was not used at the falls clinic. Standardized questions about cognitive resources and activities of daily living made many of the patients feel ashamed or stupid.

Back home we [daughter and patient] laughed about some of the questions, look at me... they don't have to ask about everything. The doctor also laughed. She said it is something they have to ask about... I just felt so stupid. (Fanny, 89, accepter)

Refusers were annoyed about being asked the same question again and again by different professionals, and expected the same to happen at the falls clinic.

The first question you are asked every time you go to the hospital is: do you smoke? And if you smoke, they come with their talk – sometimes followed by a smile. Well I don't understand: they can see everything in the papers and still they ask every time – and say the same things over and over again – you lose respect in that way. I get angry. (Gunhild, 84, refuser)

Barriers to participation in falls assessment 733

Table III. Barriers to falls prevention programme described by refusers and accepters.

Theme 2. Success/failure concerning their experience with falls prevention programmes	
Within the falls clinic	Outside the falls clinic
Administration	Attitudes to falls prevention
Paperwork, documentation and registration, questions too numerous and too dull, length of assessment	Professionals decide what is good and bad for the older people; SIDA agenda was administrated as good for everybody
Time	Lack of energy and motivation for physical activity
Waiting time for transportation/training programme/ appointment	Refusers did not see falls as preventable, but as accidents or related to old age
Dependence on the falls clinic timetable	Costs
Time investment too big in relation to output	Expensive or difficult access to (life-long) training facilities in the community
Clinic located at hospital; too much time needed to attend	Lack of free professional coaching/advice if not accepting the falls preventive offer
No expert falls team to visit the older people at home	Lack of free massage, hot water therapy and other treatments prescribed by doctors
Communication	
Appraisal vs. critique in relation to patients' choice	
Patients felt that professionals criticized them if they did not do what they were asked to	

Many refusers were sceptical, and some even expected the falls clinic to pretend to treat falls problems, but really to care about other health problems. They were concerned about a hidden agenda in the invitation from the hospital.

They invite you to falls assessment, but you know they will find 10 other problems – and then you are caught in the system. (Ingelise, 76, refuser)

Barriers outside the falls clinic

Within this category, two sub-categories were identified: (a) attitudes to falls prevention; and (b) financial costs.

Attitudes to falls prevention. It is most evident that both refusers and accepters did not identify falls with an actual disease, but regarded them more as a symptom of old age. Refusers did not believe that falls could be prevented, while accepters found it possible to prevent some falls.

I don't believe they can help me. If I knew something could be done, I would go, but I can't be sure, can I? I have been examined so many times. I have been to my practitioner and to the hospital and seen different specialists. (Elinor, 83, refuser)

All interviewees connected falls with external factors, such as uneven pavements/flagstones or simply being unlucky. However, intrinsic factors such as leg cramp, and heart and blood circulation problems, were mentioned. Only one patient reflected on the relationship between falls and diseases.

No, falls is not a disease ... but maybe in my case – after I got my pacemaker I stopped falling so much. I still fall, but not as I used to. (Marie, 90, accepter)

Financial costs. These were mentioned by all accepters in connection with lifelong training, and seemed to be a problem for about half of the respondents.

She [the physiotherapist] gave me an exercise programme. I use it every day ... I would like to join a training centre in town, but with my income I have to look wisely at that ... (Johannes, 84, accepter)

Many refusers were concerned about financial cost in relation to acceptance of the falls assessment. They did not want to use money on exercise programmes or other services prescribed by physicians. Some refusers suggested that professionals should come and assess them at home.

If they would come to my home, I would certainly accept the offer, but only if I didn't have to pay. (Nellie, 82, refuser)

Accepters elucidated the outcome of the programme as self-confidence, more physical strength and better mood, but the majority were still not ready to invest money in their own health.

Discussion

All of the participants in this interview study mentioned several barriers to joining a falls assessment programme. These barriers to falls prevention, categorized as being either within or outside the healthcare system, represented by the falls clinic, emerged during the qualitative analysis process.

Administrative and communicative barriers found within the healthcare system are well known and are in conflict with demands for high quality and patient safety within the hospital system.

Communication problems [13] were related to situations where people felt like “cases” and where the same questions were repeated over and over again with no regard to the individual [20].

Both groups described waiting time as a part of the treatment, but only the refusers expected falls assessment to be a waste of time. It is argued that the value of the older patients’ time is often disregarded after they have left the labour market [24,25]. Other studies have found that the needs (time) of the professionals are prioritized at the expense of the patients [10,20,21]. Accepters regarded their time investment in falls assessment to be a key to increased confidence, enjoyment, and independence [7,10–12]. They also considered it as an access route to other services in the healthcare system. They saw themselves as patients, and acknowledged being at risk of falling, while refusers dissociated themselves from the healthcare system, and tended to ignore or downplay their risks of falling. Both groups explained that they sometimes pretended to follow recommendations to please professionals and family members, and camouflaged risky actions. This finding illustrates the embedded conflict in the risk society [26,27] between more safety and reduced individual freedom.

Barriers outside of the healthcare system were primary linked to attitudes to falls prevention. All interviewees knew much about what was recommended to prevent falls, such as removing hazards and being active. Falls problems were generally seen being related to environmental factors and being very old; this has also been found in other studies [12,13,19]. Katz explains how practices in gerontology and medicine have shaped and disciplined old age in society [28]. His description of the negative styles of ageing in modern society supports the findings about refusal being connected with a negative social identity [7,12]. This indicates that refusal to participate in falls assessment can be interpreted as an objection to being categorized as old. In this light, a conflict between the biomedical approach of falls not being a part of normal ageing and older people’s views on falls prevention becomes explicable [15,20].

The falls clinic recommended lifelong physical activity after leaving the programme, and pointed out different training facilities in the community where the services could be bought. Although almost all interviewees expressed the importance of physical activity in old age, only a few were willing to invest their money in exercise facilities. They saw themselves as users of the welfare system, and wanted a greater part of it. A weakness is that socioeconomic characteristics were missing: even though not all

physical activities involve money, our findings about expected costs suggest that it should be included in future studies about barriers to falls prevention.

In the study, women were overrepresented; nevertheless, 77% of all referrals to the clinic period were women. The significant 5-year gap in mean age between the two groups can partially be explained by the different routes followed for recruitment of participants; namely, the PHV nurses, who selected the refusers, might have ended up with younger interviewees. However, it has been found in other studies that refusers tend to be younger than accepters [12]. The recruitment process did not adjust for the severity of the fall; however, we did not find any difference in falls injuries between the two groups that could have influenced their choice.

The weakness of the study includes the time gap between the interviews with refusers and accepters.

The refusers were interviewed at the time of the opening of the clinic, while the accepters – being chosen from the first patients finishing the clinic’s assessment and training programme – were interviewed a year later. The accepters thus based their views and opinions on actual experience, whereas the statements of the refusers were based on earlier encounters with the healthcare system. The accepters may have had different views at the start of the programme to the ones they expressed later, and there may have been more concerns than they remembered.

Initially, we planned to interview dropouts of the programme, but the first 10 persons addressed all rejected our proposal. Dropouts might point at other barriers than those described here. However, we believe that the fact that accepters also expressed negative experiences and pointed at barriers in the healthcare system minimized this risk. To obtain more information on refusers and dropouts, a quantitative study design would be required. Our results provide a good foundation for the development of such a study.

Conclusion

This interview study supports recommendations for promoting the uptake of falls-related interventions by refraining from mentioning risks of falls and promoting benefits interventions, which increase independence, enjoyment and confidence.

Time-consumption and being turned into patients were identified as new barriers to acceptance of hospital-based falls assessment. We recommend focusing on health benefits and evaluating the effects of falls assessment at older people’s homes.

Author contributions

The study was conceived and designed by Lotte Evron, who collected and analysed the data, and drafted the manuscript. Kirsten Schultz-Larsen and Tine Frstrup provided critical revision of the manuscript for important intellectual content and additional comments.

Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude to the patients who participated in the study. We also thank Susanne Hanning for providing intellectual advice and manuscript revision, and Ingrid Egerod for important intellectual advice at the start of the writing process. This study was supported by grants from the Ministry of Interior and Health in Denmark, the Health Insurance Foundation, and the Lundbeck Foundation.

References

- [1] Government of Denmark. Healthy throughout life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010. Copenhagen: Government of Denmark; 2003.
- [2] Sundhedsstyrelsen. Faldpatienten i den kliniske hverdag [The falls patient in clinical practice – advice from the National Board of Health]. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- [3] Petridou ET, Dikahoti SK, Dessypris N, Skalkidis I, Barbone F, Fitzpatrick P, et al. The evolution of unintentional injury mortality among elderly in Europe. *J Aging Health* 2008;20:159–82.
- [4] World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO; 2007.
- [5] Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund [Chronically diseases. Patient, health care system and society]. Sundhedsstyrelsen; 2005.
- [6] Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Health Evidence Network Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
- [7] Yardley L, Beyer N, Hauer K, McKee K, Ballinger C, Todd C. Recommendations for promoting the engagement of older people in activities to prevent falls. *Qual Safety Health Care* 2007;16:230–4.
- [8] National Institute for Health and Clinical Excellence. Falls: the assessment and prevention of falls in older people: clinical guideline. London: NICE; 2004.
- [9] Robertson MC, Devlin N, Scuffham P, Gardner MM, Buchner DM, Campbell AJ. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:600–6.
- [10] Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Society* 2008;28:449–72.
- [11] Yardley L, Kirby S, Ben-Shlomo Y, Gilbert R, Whitehead S, Todd C. How likely are older people to take up different falls prevention activities? *Prev Med* 2008;47:554–8.
- [12] Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Educ Res* 2006;21:508–17.
- [13] Health Education Board for Scotland. The construction of the risks of falling in older people: lay and professional perspectives. 2003.
- [14] Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002;325:128.
- [15] Evron L, Schultz-Larsen K, Egerod I. Establishing a falls clinic – conflicting attitudes and inter-sectoral competition affecting the outcome. *Scand J Caring Sciences*, DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00643.x.
- [16] Lamb SE, Jorstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1618–22.
- [17] Miller WL, Crabtree BF. Depth interviewing. In: Miller WL, Crabtree BF, editors. *Doing qualitative research*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Sage; 1999. pp. 89–107.
- [18] Kvale S. Interviews. Introduction to qualitative research interviewing. CA: Sage Publications; 2005.
- [19] Kingston P. Falls in later life: status passage and preferred identities as a new orientation. *Health* 2000;4:216–33.
- [20] Ballinger C, Payne S. The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing Society* 2002; 22:305–24.
- [21] Goodman C, Davies S, See Tai S, Dinan S, Iliffe S. Promoting older peoples' participation in activity, whose responsibility? A case study of response of health, local government and voluntary organizations. *J Interprof Care* 2007;21:515–28.
- [22] Kvale S. Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative Inquiry* 2006;12:480–500.
- [23] Crabtree BF, Miller WL. Using codes and code manuals. In: Crabtree BF, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999. pp. 163–77.
- [24] Vass M, Avlund K, Hendriksen C. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scand J Public Health* 2007;35:410–17.
- [25] Sahlen KG, Lofgren C, Mari Hellner B, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health* 2008;36:265–71.
- [26] Beck U. Risk society: towards a new modernity. New Delhi: Sage; 1992.
- [27] Giddens A. Consequences of modernity. Cambridge: Polity Press; 1990.
- [28] Katz S. Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia; 1996.

Barriers to participation in falls assessment 735

BILAG 3. ARTIKEL 3

At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling

Publiceret i Klinisk Sygepleje, 2014, 1: 75-77

Intet resume, da det ikke anvendes i denne genre.

Artikel er oversat til engelsk og med tilladelse fra Klinisk Sygepleje trykt elektronisk på et anerkendt internationalt faldforebyggelsesnetværks hjemmeside. Den engelske version gengives efter den danske version.

At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling

Lotte Evron

Det er normalt at fortælle en historie om fald i alderdommen med fokus på de negative sider. Det er ikke normalt at tale om fald i alderdommen, som en positiv ting, der åbner op for store livskvalitet samt for mod og lyst til livet. Ikke desto mindre er det det, jeg vil skrive om her.

Faldmotivet som symbol på livets mening og meningsløshed i alderdommen udgør en overliggende ramme i essayet. Normalt beskrives faldforebyggelse i alderdommen ud fra et medicinsk perspektiv. Her beskrives fald og faldforebyggelse ud fra et eksistentielt perspektiv.

Jeg har mødt og talt med mange mennesker, som har fortalt om en faldhændelse, der var så stærk, at livet efter faldet blev helt anderledes, end det havde været før. For nogle havde faldhændelsen en negativ indflydelse på deres liv. De holdt op med at gå alene ud, satte restriktioner op for sig selv og deres almindelige gøremål i hjemmet, begrænsede deres færden og blev både isoleret, kede af det og i dårligere fysisk form. De følte, at de kunne klare færre og færre opgaver selv. Andre fortalte om, hvordan de "vågnede" op efter faldet og faktisk begyndte at turde leve mere intenst end før faldet og foretage sig ting, de længe ikke havde turdet, fx bade i havet, gå tur i skoven, begynde til dans, spise frokost ude med andre, melde sig til foredrag og genoptage kontakt til

venner og familie. Fælles for de mennesker, jeg har talt med om dét, jeg kalder et afgørende fald, beskriver faldet som et møde med døden. Overordnet kan man sige, at fortællinger om afgørende fald handler om, hvordan nogle håndterer tab af autonomi og den unge krop, mødet med den aldrende krop og dét at livet nærmer sig sin afslutning.

Jeg har valgt at præsentere en faldfortælling med et afgørende fald ud fra en analyse af en samtale jeg havde med Gundhild, en 86-årig kvinde. Gundhilds historie handler om mødet med døden og om, hvordan hun mærker kroppens svigtende kræfter og overgiver sig til Gud. Hun fortæller, at hun bevidst lader sig falde for at vågne i paradiset, men efterfølgende vågner op til et liv og en krop, som hun ikke længere ønsker. Med hjælp fra en psykolog formår Gundhild gennem en krævende udviklingsproces at vende tabet af den stærke og "unge" krop til anerkendelse af den svækkede aldrende krop og begynder at rejse sig igen og nyde livet mere intenst, end hun længe havde gjort.

Analysen af samtalen er skrevet om til et digt, som jeg har valgt at kalde: "At falde ind i lyset", fordi det var en sætning, Gundhild selv brugte. Digtet er konstrueret ud fra en 70 minutters lang samtale. Samtalen er analyseret i emner og læst og genlæst. I digtet har jeg forsøgt at indskrive hendes afgørende fald-

oplevelse i følgende emner: "faldhændelsen", "mødet med døden" og "fald som udviklingsmulighed". Andre emner i samtalen er skåret fra i denne gengivelse. Så vidt muligt har jeg forsøgt at gengive hendes egne ord i hele tekstbider, men for at gøre teksten forståelig er de ikke altid gengivet ordret. Digtet er lavet et par år efter interviewet; derfor har Gundhild ikke selv fået mulighed for at læse det. Hun gav mundtligt og skriftligt samtykke til, at jeg måtte benytte interviewet i min forskning, så længe hun forblev anonym. Idéen er, at digtet skal give stemme til nogle af alle dem, som falder, men som har en anden forståelse af faldoplevelser end de fortællinger, vi normalt hører om i litteraturen. Formålet med essayet er at skabe ny viden om fald og faldforebyggelse og på den måde medvirke til, at sundhedsmedarbejdere kan blive bedre til at hjælpe ældre mennesker med faldproblemer.

At falde ind i lyset

Så stod jeg der og frøs: Fast og stiv som en statue. Med ben mejslet ud af sten, de ville ikke flytte sig. Mine hænder hagede sig hårdt til gelænderet og gled.
"Flyt fødderne", skreg jeg lydløst, mens kroppen gav efter.

Jeg faldt bagover ned af trinene, som en stor tung sæk:
Fuld af kød, blod og knogler, der til hver en tid kunne brække.
Da jeg vågnede, så jeg lyset og et ansigt med en glorie bag.
Jeg så på Ham og smilede: "endelig fremme", tænkte jeg.

Han ruskede hårdt i mig, sagde mit navn og lagde blidt en pose med frosne ærter på min forslåede krops hoved.
Det var ikke Ham fra himlen, og hans engle omkring mig.
Men centerlederen og hans hjælpere, der fik mig tilbage.

Hvorfor tog Han mig ikke med? Hvorfor skulle jeg vågne?
Jeg lod mig falde ned i et dybt hul. Ville ikke mere, bare dø.
Det tog mig seks måneder at kravle op af hullet igen.
Ved hjælp af samtaler, og min vilje (til livet) kom jeg tilbage.

Nu (aner)kender jeg den aldrende krops tilstedeværelse.
Hver dag mærker jeg de stive led i kroppen: de trætte ben, pegefingern, der ikke vil helt ind i hanken på koppen.
Men jeg gør det bedste, jeg kan. Nu er jeg klar, men på en anden måde.

Gundhilds historie ser jeg som et eksempel på, hvordan fald i alderdommen italesætter mødet med kroppens fysiske forfald i alderdommen og accept/ikke-accept af dette. Mit argument er, at faldforebyggelse i dag ikke kun bør handler om at arbejde med overskridelse af kroppens fysiske grænser gennem fysik træning, men også om overskridelse af psykens grænser gennem hjælp til selvudvikling i alderdommen.

Sygeplejerske, cand.mag. i pædagogik,
ph.d.-studerende
Lotte Evron
Det Humanistiske fakultet
Institut for Kommunikation
Aalborg Universitet
E-mail: evron@hum.aau.dk

Falling Into the Light: About Fall Prevention and Self-development

Profane.co 27.11.2013. Med tilladelse fra Klinisk Sygepleje er artiklen dobbeltpubliceret på det anerkendte internationale faldforebyggelsesnetværk for sundhedsprofessionelle ProFaNe

Falling Into the Light: About Fall Prevention and Self-development

by LOTTE EVRON on NOVEMBER 27, 2013 <http://profane.co>



It is normal to tell a story about falls focusing on the negative side. It is not normal to talk about the decline in old age as a positive thing that opens up the possibility for a more substantial quality of life and for the courage and zest for life. Nevertheless, it is what I want to write about here.

I have met and spoken with many people who have reported a fall episode that was so strong that life after the fall was quite different than it had been before. For some it had a negative influence on their lives: They had stopped going out on their own, put restrictions for themselves and

their ordinary chores at home, limited their whereabouts and became more isolated, sad and in a poorer physical shape, so they in the end had the feeling that they could do less tasks themselves. Others told me about, how they “woke” up after the fall and actually started to live more daring and intense than before the fall and started to do things, they hadn’t dared doing for a long time: Like go swimming in the sea, go for a walk in the woods, start dancing, have lunch in a restaurant with others, sign up for a lecture and resume contact with friends and family.

The people I have talked to about what I call a *crucial fall*, describe the fall as a meeting with death. Overall, one can say, that the stories about crucial falls are about how some deal with loss of autonomy and the young body, meeting the aging body and the fact that life is coming to an end. I have chosen to present a positive incident with a crucial fall through a conversation I have had with Gundhild, a 86-year old woman. Gundhild’s story is about meeting death and how she feels the failure of forces from her body and how she turns herself over to God. She tells about how she consciously is letting herself go in order to wake up in paradise, but subsequently she is waking up to a life and a body, that she no longer wants. With help from a psychologist Gundhild manages, through an self-development process, to reverse the loss of the strong and ‘young’ body for recognition of the weakened aging body and begins to rise again and enjoy life more intensely than she had done for a long time.

The conversation has been written into a poem that I have chosen to call: “Falling into the light”, because Gundhild used this sentence herself. The poem is constructed from a 70 minutes long conversation. The conversation is analyzed in topics and read and reread. In the poem, I have tried to enroll her crucial case experience in the following subjects: “the fall incident”, “facing death” and “fall as development opportunity”. Other topics of conversation are excluded from this representation. As far as possible I have tried to reproduce her words

throughout the text however, to make the text understandable, they are not always reproduced verbatim. The poem is made a few years after the interview therefore Gundhild has not been able to read it herself. She has given me oral and written consent that I can use the interview in my research, as long as she remains anonymous. The idea is to provide an understanding of fall incidents through the poem that is different than the stories we usually read about in the literature and thus be better to help people with fall problems.

Falling into the light

*So I stood there and froze: solid and stiff as a statue
With legs chiseled out of stone, they would not move
My hands clung hard to the banister and slid
Move your feet', I screamed silently, while the body gave way*

*I fell backwards down the steps like a big heavy bag:
Full of flesh, blood and bones, which at any time could break.
When I woke up, I saw the light and a face with a halo behind.
I looked at Him and smiled: 'finally here', I thought.*

*He tugged hard at me, said my name and gently laid
One bag of frozen peas on my battered body's head.
It was not Him from heaven, and his angels around me.
But the center director and his helpers who got me back.*

*Why didn't He bring me? Why should I wake up?
I let myself fall into a deep hole. Would not more, just die.
It took me six months to climb up the hole again.
Using conversations, and my will (to life), I came back.*

*Now I know (accept) the aging body's presence.
Every day I feel the stiff parts in the body: the tired legs,
The index finger, which will not fully insert into the handle of the cup.
But I do the best I can. Now I'm ready, but in a different way.*

I see Gundhild's story as an example of how a fall in old age articulates the meeting with the body's physical decline in old age and acceptance / non-acceptance of this. My argument is that fall prevention today should not only be about crossing the body's physical limits through physical training, but also be about exceeding the psychological limits by supporting the self-development process in old age.

BILAG 4. ARTIKEL 4

Faldtypologier som forståelse af faldforebyggelse i alderdommen.

Artiklen er accepteret i Tidsskriftet Nordisk Sygepleje d. 15.5.2014 med forventning om trykning først 2015. Forskeren er eneforfatter på den.

Abstrakt

Artiklen stiller skarpt på fald som et hverdagsproblem og præsenterer gennem en metaforisk inspireret diskursanalyse seks faldtypologier i alderdommen. Gennem semistrukturerede interviews undersøger vi 25 ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse. Resultaterne peger på, at faldforebyggelse kan forstås som et forhold, hvor ældre personer konstruerer sig selv og konstrueres som: atleter skuespillere, rationalister, rebeller, patienter og engle. Resultaterne åbner op for en bredere teoretisk forståelse af faldforebyggelsesbegrebet og belyser nye vilkår for faldforebyggelse i sundhedsvæsenet. Studiet kan anvendes af sygeplejersker som inspiration til at arbejde med faldforebyggelse på nye måder på tværs af sektorgrenser.

Nøgleord: diskursanalyse, faldkonstruktioner, faldforebyggelse, interview, ældre mennesker.

Typologies of Falls as Understanding Falls Prevention in Old Age

Abstract

The article focuses on falling as an everyday problem and presents six typologies of falls in old age through a metaphorical inspired discourse analysis. Through semi-structured interviews we explore 25 older persons' relation to falling and falls prevention. The results suggest that falls prevention can be understood as a relation where older persons construct themselves and are constructed as: athletics, actors, rationalists, rebels, patients and angles. The results open up for a deeper understanding of falls prevention in old age. The study contributes to a deeper theoretical understanding of the concept of falls prevention and elucidates new conditions for fall prevention in the health care system. The study can be used as inspiration to nurses working with fall prevention in new ways across sectors.

Key words: discourse analysis, falls constructions, falls prevention, interview, older persons.

Introduktion

Hensigten med dette studie er at undersøge, hvordan ældre mennesker forholder sig til fald og faldforebyggelse i hverdagen. Temaet skal ses på baggrund af det

sundhedspolitiske fokus, der i dag er på forebyggelse af fald i alderdommen globalt (WHO, 2007) og i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2006; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009; Sund By Netværket, 2010). I faglitteraturen og på det sundhedspolitiske niveau italesættes fald i alderdommen dels som et økonomisk og ressourcemæssigt samfundsproblem, dels som et medicinsk problem der opererer inde under sundhedsvæsenets ansvarsområde (Ibid.).

I faldforebyggelseslitteraturen beskrives fald som et folkesundhedsproblem indlejret i en biomedicinsk forståelse af aldring, hvor fald defineres som: «en utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et lavere niveau» (Sundhedsstyrelsen, 2006). Få forskere har fokuseret på fald med en humanistisk eller en sociologisk vinkel, men de undersøgelser, der eksisterer på området, peger på, at fald blandt ældre personer også er et eksistentielt (Katz, 2011; Kingston, 2000) og følelsesmæssigt problem (Ballinger & Payne, 2002). Både traditionelle og kritisk orienterede gerontologer er enige om, at et fald i alderdommen kan ændre livet for den involverede person. En undersøgelse af ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse kan åbne op for en større forståelse af, hvad det vil sige at leve med fald og forebygge dem i hverdagen. I denne undersøgelse forstås fald som et hverdagsproblem, og som et kropsligt og kontekstuel fænomen, der er indlejret i en eksistentiel kontekst (Katz, 2011).

Analysen bygger på en opfattelse af holdninger og selvet som interrelationelt konstitueret, hvor selvet forstås som et «resultat af diskursive handlinger og præsentationer i sociale samspil» (Kvale & Brinkmann, 2009:252). Interviews er valgt som primærempiri, idet interviewmetoden muliggør en undersøgelse af skiftende sociale præsentationer af selvet (Kvale & Brinkmann, 2009) og dermed dets forhold til hverdagsfænomener som fald og faldforebyggelse.

Diskursanalyse som teoretiske ramme

Videnskabsteoretisk bygger diskursanalyse på en socialkonstruktionistisk forståelse af den sociale verden, hvor sproget spiller en konstituerende rolle. I diskursanalysen forstås og behandles talen som en social praksis med skabende kraft, og et omdrejningspunkt er at spørge på bestemte måder til selvfølgeligheder og få øje på noget andet, end det man forventede (Nexø & Koch, 2003). Udsagn betragtes som begivenheder, der har indvirkning på den virkelighed, hvori de er skabt. På den måde ligger min interesse ikke i udvælgelse af, hvilket udsagn der kommer tættest på en sandfærdig virkelighed, da virkeligheden netop knytter an til de enkelte udsagn og ikke findes uden om dens diskursive formning. Diskurs forstås som:

måde[r] at give betydning til verden eller aspekter af verden på, der gør andre måder at udlægge verden på mindre plausible og naturlige eller udelukker dem helt. De skaber de subjekter, vi er, og de objekter, vi kan vide noget om, inklusive os selv som subjekter. Identitet skabes i mødet mellem forskellige subjektpositioner indenfor diskurser. Subjekter bliver ikke interPELLeret i kun én subjektposition: Forskellige diskurser giver

subjektet forskellige og måske modstridende positioner at tale fra (Phillips, 2010, s. 265).

Med dette menes, at hver diskurs angiver en bestemt forståelse af virkeligheden og afskærer andre forståelser af virkeligheden. Der er derfor grænser for, hvad man kan tale om inden for bestemte diskurser, og med det konstituerer diskurser sig selv i forhold til, hvad de udelukker. De meninger vi danner af os selv, dannes ud fra det, vi kan tale om og handle ud fra og sætter derved rammerne for den måde, vi opfatter og forholder os til verden på. De forskellige diskurser, der er til rådighed, producerer forskellige subjektpositioner (roller), som vi tilbydes og kan tale og handle ud fra på en meningsfuld og legitim måde. Med subjektpositionerne knytter der sig nogle forventninger til subjektet om, hvordan man skal opføre sig, tale og handle inden for en given diskursiv ramme. Selv om en subjektposition anskues som et produkt af en bestemt diskurs, så anskues subjektet ikke som fastlåst i en bestemt position, idet muligheden for at vælge at indtage flere mulige positioner, som der kan tales og handles fra er til stede. Ved at fremanalysere de subjektpositioner som stilles til rådighed for ældre personer med faldproblematikker i faldforebyggelsesdomænet, bliver det muligt at sige noget om, hvordan ældre personer forholder sig til fald og faldforebyggelse i domænet.

Forskningsdesign og metode

Empirien i denne artikel er en del af et overordnet ph.d.-projekt om faldforebyggelse i alderdommen, hvor en interviewguide med fire temaer blev udviklet. I denne undersøgelse er to spørgsmål fra tema 1: «At leve med fald» undersøgt. Spørgsmålene lyder: A) Kan du fortælle mig om dit sidste fald - fx hvordan skete det? B) Kan du fortælle mig, hvad du tænkte på, lige før du faldt? Interviewundersøgelsen følger Kvaes & Brinkmanns (2009) syv interviewfaser og indeholder en deduktiv og induktiv del. I den deduktive del bliver temaer fra det teoretiske og sundhedsfaglige felt udtrukket til en interviewguide og interviews med ældre personer med faldproblematikker planlagt. Den induktive del består af færdigudvikling og tilpasning af interviewguide via pilotinterviews (Brinkmann & Tanggaard, 2010a), og af selve interviewprocessen inklusiv den datastyrede analysedel.

I alt blev fem pilotinterviews og 20 semistrukturerede interviews udført. I dette datamateriale indgår alle 25 interviews, idet alle deltagere besvarede de udvalgte spørgsmål. Atten af interviewene blev optaget digitalt, tre deltagere ønskede ikke digital optagelse. I fire tilfælde (pilotinterviews) medbragte forfatteren ikke optager, idet levering var forsinket. Alle optagede interviews blev transskriberet ordret og noter renskrevet, tilsammen resulterede det i ca. 380 siders udskrifter. Interviewene blev kodet, analyseret og kategoriseret ud fra diskursanalytiske principper. Alle interviewene blev foretaget som en samtale og anvendte en tilgang med fokus på konkrete livsverdensnære beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2009). De blev gennemført i en åben men intim atmosfære, hvor meninger blev forhandlet og udfordret (Tanggaard, 2007).

Udvælgelse og dataindsamling

Deltagerrekruttering foregik gennem en faldklinik og dens kontekst og inkluderede følgende sites: en geriatrik afdeling (3), et dagcenter (2), forebyggende hjemmebesøg (10) og en faldklinik (10). Fælles for deltagerne var, at de alle var over 70 år, boede i eget hjem, havde oplevet gentagne fald og var identificerede som faldtruet af sundhedsprofessionelle.

Geriatrisk afdeling: via en afdelingssygeplejerske kontaktede forfatteren personligt tre patienter, der var indlagt med falddiagnoser på en geriatrik afdeling. Alle indvilligede i et interview. *Dagcenter:* via en faldkoordinator og en centerleder kontaktede forfatteren personligt tre personer med kendte faldepisoder på et dagcenter. To indvilligede i et interview. *Faldklinikken:* forfatteren kontaktede personligt 15 personer på faldklinikken. De indvilligede alle i at deltage i et interview. To forklarede senere per telefon, at de alligevel ikke ønskede at deltage. Tre interviews blev aflyst, da sundhedspersonalet skønnede, at deltagerne ikke kunne gennemføre et meningsfyldt længerevarende interview. *Forebyggende hjemmebesøg:* Gennem en tremåneders periode blev 526 personer screenet for faldproblematikker og 57 blev tilbudt et faldforebyggelsesprogram på faldklinikken. Af dem afslog 38 personer tilbuddet. Sundhedspersonalet spurgte disse personer om de ville deltage i et interview. Ti gav tilsagn til, at forfatteren måtte ringe dem op og aftale nærmere (Evron, Shultz-Larsen & Fristrup, 2009). Alle ti deltog i interviewet.

Interviewene foregik i perioden marts 2006 til august 2007 og varede mellem 40-120 min. De blev foretaget i deltagerens hjem (20), en geriatrik sengeafdeling (3) og et dagcenter (2). Deltagerne var mellem 70-98 år: fire mænd og 21 kvinder.

Analysemetode

Den analytiske proces begyndte i løbet af selve interviewsituationen, hvor forfatteren søgte at få afprøvet fortolkninger i mødet med interviewpersonerne (Brinkmann & Tanggaard, 2010a, s.45). Under processen blev det tydeligt, at deltagerne havde en relativ stor viden om sundhedsvæsenets anbefalinger til faldforebyggelse, og at deltagerne opfattede faldforebyggelse som en integreret del af deres hverdag. Dette fund står i kontrast til faldlitteraturen, hvor opfattelsen er, at mange ældre personer falder, fordi de ikke har nok viden om faldrisici og ikke ved, hvordan de skal forebygge fald (Hill et al., 2011; Yardley, Donovan-Hall & Todd, 2006). Opdagelsen afstedkom, at interviewerens bevidst konfronterede deltagere med modsætningsfyldte udsagn for at lære mere om deres forhold til fald og faldforebyggelse.

Efter transskription blev de samlede interviewtekster læst hver for sig for at få et helhedsindtryk. Dernæst blev tekst med relation til de udvalgte spørgsmål trukket ud og kodet i to overordnede temaer: 1) beskrivelser af faldepisoder og 2) tanker før faldet. Derefter stillede endnu en læsning skarpt på: tekstkonstruktion, sammenhænge, modsigelser, identificering af subjekter og objekter og den måde teksten blev konstrueret på gennem dem, samt en undersøgelse af hvordan specifikke kategorier blev forstærket eller reduceret i teksten (Tanggaard, 2007;

Ballinger & Cheek, 2006). Meningsfulde mønstre i tekstsegmenter blev trukket ud og efterfølgende kodet i kategorier (boks 1). Til sidst blev de udvalgte tekstsegmenter genlæst og de forskellige mønstres modsætninger, fællestræk og kategorier sammenfattet til en generel analyse. Kodning var datastyret og blev udviklet ved at læse og genlæse materialet. Ved at anvende principperne for diskursanalyse og stille skarpt på tekstens produktive potentiale i konstruktionen af virkelighed (Tanggaard, 2007) blev seks faldtypologier vedrørende ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse fremanalyseret. Den metaforiske tilgang i analyseprocessen var inspireret af Tanggaards arbejde med metaforisk fortolkning i diskursanalyse (Tanggaard 2007).

Indsæt boks 1 omkring her

Etiske overvejelser

Studiet følger de Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden (SSN, 2003). Navnene er fiktive, men køn og alder følger deltagerne. Før interviewstart blev alle deltagere mundtligt og skriftligt informeret om formålet med interviewet og lovet fortrolighed og anonymitet. Deltagerne blev gjort opmærksom på, at deltagelse var frivilligt, og at de kunne trække sig uden begrundelse. To personer valgte at trække sig inden interviewstart. Dette indikerer, at deltagerne følte sig trygge nok til at trække sig fra undersøgelsen, selv om de først havde givet samtykke. Men det indikerer også, at nogle personer måske kan have følt sig presset til deltagelse.

Resultater og diskussion

Faldforebyggelse som aktiv aldring

Aktivvaldringsdiskursen blev identificeret gennem kategorier som «at holde kroppen i gang», dans, cykling, løb, gåture og kropstræning. I aktivvaldringsdiskursen blev faldhændelser beskrevet som udefrakommende fx i forbindelse med krydsning af dørtrin eller huller/ujævnheder i vejen. Detaljerede beskrivelser af faldhændelser illustrerede, hvordan fysisk aktivitet blev anvendt som middel til at afværge/styre fald med og portrætterede den aldrende krop som en fysisk aktiv og lærerende krop. Særlige kropsteknikker som rullefald, krydset arme/hænder, løbefald samt spring af cykel, blev brugt til at undgå/reducere faldskader med. Tove forklarede det således:

Jeg kunne mærke, at jeg var ved at falde, så jeg holdt hænderne op foran sådan...og løb med i faldet for at modvirke det. Jeg kan godt mærke, at mine bevægelser er blevet langsommere... og jeg skal lige i gang først, men jeg har en god krop og nogle fantastiske kræfter.

Udsagnet viser, at Tove både anerkender og udfordrer den aldrende krop ved at løbe langsomt ind i faldbevægelsen. I aktivvaldringsdiskursen italesættes (løbe)træning langt ind i alderdommen som naturligt. Dermed portrætteres ældre personer som atleter, der forholder sig til faldforebyggelse med fysisk aktivitet. Billedet af den fysisk aktive ældre borger harmonerer med danske sundhedspolitiske principper for egenomsorg og selvansvarlighed (Ministeriet for Sundhed, 2002), hvor fysisk aktivitet fra fødsel til død præsenteres som naturligt (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Ideen om aktiv aldring som faldforebyggelse er ikke ny. Allerede i 2002 præsenterede WHO aktiv aldring som en primær faldforebyggelsesstrategi (WHO, 2002).

Faldforebyggelse som æstetik

Æstetikdiskursen blev fremanalyseret gennem meningssegmenter relateret til sansning af kroppens ydre præsentation under faldet. Nogle deltagere fik sendinger/billeder/tegn i hovedet af deres faldende krop umiddelbart før faldet skete, og anvendte disse tegn til at (forsøge at) forebygge faldet med. Billederne beskrives af nogle som en (slowmotion)film af faldsituationen. Fælles for billede-/filmoplevelserne er, at de opstår i hovedet samtidig med, at faldet sker, og at kroppen ses udefra. Her fortæller Martha:

Jeg havde lige vandet blomster og stod ude ved køkkenvasken med en pottedplante i hænderne og skulle tilbage til stuen med den igen, og idet jeg går ud af køkkenet og over dørrinet mister jeg balancen og falder. Det foregår ligesom i slowmotion... Jeg snubler over dørrinnet og falder ned... Jeg kan se mig selv holde fast i planten og så rutsjer jeg ned langs dørkarmen.

I nogle tilfælde fremstod tegnene som indre advarsler, der benyttedes til at styre kroppen med, således at den præsenterede sig «elegant» i rummet. Ruth fortalte, hvordan hun en dag var ved at besvime af hedeslag og måtte støtte sig til et vejskilt for ikke at falde. Hun forklarede, at hun havde sommerfrakke på, som hun ikke ville tage af, idet hun ikke ville fremstå «sjusket». Ved at relatere udsagnet sjusket til faldforebyggelse viser Ruth, at den æstetiske dimension har betydning for hendes forhold til faldforebyggelse. Denne dimension træder også frem i Ingers fortælling, når hun siger, at hun hverken fokuserer på at «falde elegant» eller er bange for at «ligne en tåbe». Den æstetiske kategori blev også identificeret i forbindelse med at fremstå gammel. Flere fortalte, at de bekymrede sig for naboernes øjne, når de gik med rollator, idet de mente, at den fik dem til at fremstå som gamle og skrøbelige. Bekymring for at fremstå som gammel og skrøbelig i forbindelse med fald og ganghjælpemidler er veldokumenteret i faldforebyggelseslitteraturen (Yardley, Donovan-Hall & Todd, 2006) og forbundet med følelser (Payne & Ballinger, 2002). Forfængelighed og evnen til at se sig selv udefra i faldhændelsen ser ud til at have betydning for faldforebyggelse. I æstetikdiskursen skabes et billede af ældre personer som forholder sig til faldforebyggelse som skuespillere, der styrer og klæder kroppen på ud fra æstetiske hensyn, og derved undgår at fremstå som gamle, sjuskede eller tåber. Den æstetiske dimension ser ud til at være ny i faldforebyggelsesdomænet og er tilsyneladende kun beskrevet i relation til forberedelse af mad til underernærede faldtruede ældre (Mahler, 2012). Alligevel er det æstetiske blik synligt i det danske sundhedsvæsen. Fx bygges der nye supersygehuse med helbredende design, hvor æstetik kobles med helbred og sundhed (Danske Regioner, 2012).

Faldforebyggelse som forsigtighed

Forsigtighedsdiskursen artikuleredes gennem deltagernes udpegning af faldrisici i alderdommen, og den måde de forholdt sig til disse risici på. Forsigtighed relateredes dels til ydre omstændigheder, hvor ansvarlighed i relation til mulige huller/ujævnheder på fortøve/veje, løse ledninger/gulvtæpper, glatte underlag, alkohol og fodtøj blev fremhævet. Else ræsonnerede fx over, hvordan hun kunne have undgået at falde, hvis hun havde taget sko på i stedet for at gå på bare tæer på de glatte gulve. Dels vedrørte forsigtighed også indre omstændigheder relateret til den aldrende krop. Fx fortæller Ingelise, at hun med alderen er begyndt at stå stille et øjeblik, når hun rejser sig fra siddende stilling og mærker efter i sin krop om den fungerer, før hun går videre i sine bevægelser. Zenia fortæller, at det for hende er nyt at stille et ben ad gangen op på stigen for at mærke efter om kroppen kan bære, før hun går længere op. Fælles for disse udsagn er, at den aldrende krops fysiske grænser ikke overskrides, og der fokuseres på potentielle risici for fald. Kroppen fremstår som skrøbelig men ansvarsfuld. Hvis kroppen ryster, eller der er tegn på, at noget er galt, så udføres den planlagte aktivitet ikke. At mærke efter og opføre sig forsigtigt i forhold til den aldrende krop fremsættes som en rationel måde at forebygge fald på. Tilsammen skaber forsigtighedsdiskursen ældre personer som skrøbelige rationalister, der er i stand til at tage ansvar for den aldrende krop. Deltagernes opfattelse af kroppens naturlige forfald i alderdommen harmonerer med den traditionelle gerontologiske aldringsopfattelse. Her forklares naturlig aldring med fysiologiske forhold som: sløvere sanser, mindre og svagere muskler, langsommere hjerneopfattelse og slidte og mindre smidige kroppe (Amstrup & Poulsen, 2004). Ved at opføre sig forsigtigt forholder deltagerne sig til fald på en måde som sundhedsvæsenet ønsker, og derved stimuleres sundhedsvæsenets måde at forholde sig til fald på i faldforebyggelsesdomænet.

Faldforebyggelse som modstand

Modstandsdiskursen blev fremanalyseret gennem modstandsmønstre i rekrutteringsprocessen i de forebyggende hjemmebesøg og i interviewsegmenter. 38 ud af 57 personer med identificerede faldproblematikker afviste deltagelse i et faldforebyggelsesprogram. Ikke-deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet kan ses som en tavs måde at udøve modstand mod en bestemt måde at praktisere faldforebyggelse på.

I tekstsegmenter blev modstandsmønstre identificeret gennem deltagerenes afstandstagen fra sundhedsvæsenets og familiens måde at tale om faldforebyggelse på. Henriette fortalte fx, at hun skjulte to stiger bag en dør, fordi hun mente, at de ville blive fjernet af familie eller sundhedspersonale, hvis de var synlige. Hun anvendte stigerne til at tage gardiner ned med, når de skulle vaskes, eller til at nå de øverste hylder i skabene, når vintertøj skulle skiftes ud med sommertøj. Til familien fortalte hun, at hjemmehjælpen havde hjulpet hende, og til hjemmehjælpen sagde hun, at familien havde hjulpet hende, idet hun ikke ville fremstå som uansvarlig. Hun sagde: «Mine døtre vil ikke have det. De er bange for jeg falder». Det er velkendt i forebyggelsesfeltet, at når mennesker siger et, men gør noget andet, så opfattes de som uansvarlige (Dahlager, 2009). Sundhedsvæsenet og familien opfatter det som farligt at have stiger i hjemmet. For Henriette var det

faldforebyggelse at have to forskellige stiger i hjemmet. Hun brugte dem differentieret i forhold til opgavens størrelse. Ligesom hun forklarede at åbne skabsdøre kunne forebygge faldskader. Henriette sagde:

Når jeg går op på stigen lukker jeg skabsdøren op. Så holder jeg fast (i lågen). Jeg har altid fast, så kan jeg blive hængende der. Så ryger jeg da langsomt ned, hvis jeg skulle falde.

Henriettes udsagn blev fremanalyseret som et modstandsmønster under kategorien kamuflage. Denne kategori inkluderede tekst om at modtage hjælpemidler (rollator/krykkestok, nødkald og hoftebeskyttere), samtidig med at disse hjælpemidler ikke blev anvendt i dagligdagen. Modstandsdiskursen skabte et billede af den ældre person som en uansvarlig rebel eller oprører. I rebelpositionen udføres handlinger som sundhedsvæsenet anser for risikofyldte, men som den ældre person betragter som nødvendige for at bevare oplevelsen af autonomi og uafhængighed. Dette forhold er også fundet i andre undersøgelser om faldforebyggelsesfravalg (McMahon et al, 2011). Med modstandsdiskursen flyttes fokus fra uansvarlighed til autonomi og uafhængighed. Modstandsmønstrene kan derfor forstås som modmagt mod sundhedsvæsenet/familien som magtudøver, og de svækker sundhedsvæsenets magtposition i domænet (Foucault, 2002).

Tilsammen kan de forskellige modstandsmønstre forstås som måder at frigøre sig fra sundhedsvæsenets og familiens greb om det levede liv, eller som måder at skabe et frirum på. Med ikke-deltagelse i faldforebyggelsesprogrammet siger deltagerne åbent nej til sundhedsvæsenets tilbud og etablerer derved en modmagt. Med kamuflagepraksisser siger deltagerne ja til sundhedsvæsenets (og familiens) tilbud og stimulerer derved magtudøvelsen, men skaber samtidig modmagt i et lukket frirum i hverdagen.

Faldforebyggelse som overvågning

Udsagn relateret til overvågningsdiskursen vedrørte kategorier som behandling og angst for fald. Angsten blev relateret til faldhændelser, der kom pludseligt og hverken kunne forudses eller mærkes. Især blackouts, hvor deltagerne ikke kunne redegøre for, hvad der skete, hørte til denne kategori. Faldhændelser blev beskrevet som en afsluttet op-ned bevægelse, hvilket harmonerede med sundhedsvæsenets faldopfattelse, men stod i kontrast til den dominerende fortælling om fald som en op-ned-op bevægelse i undersøgelsen. Overvågning af den aldrende krop blev beskrevet som nødvendig og ønskelig. Få faldfortællinger relaterede til denne type fald, men de få der var, indeholdt drastiske faldforebyggelsesforhold, som inkluderede isolation i hjemmet samt ophør af at lave varm mad over et komfur. Hilde havde fx opholdt sig i sin lejlighed i syv år, fordi hun ikke længere turde gå ud af frygt for at falde. Ruth skelnede mellem snubelfald og blackoutfald og artikulerede sin frygt ved at pege på muligheden for kontinuerlig overvågning. Hun sagde:

Havde jeg bare faldet over en sten, så ville jeg ikke være bange. Det har totalt ændret mit liv og det er ligesom, at det nok aldrig går væk. Det tror jeg ikke... men nu har jeg søgt en beskyttet bolig, så jeg kan blive holdt øje med og få behandling.

For Ruth handlede faldforebyggelse om at blive holdt i øje med og derfor gav det mening for hende at skifte boligen ud til en beskyttet bolig, hvor hun kunne blive overvåget og behandlet af sundhedsprofessionelle. Overvågningsdiskursen skaber ældre personer som patienter, der skal overvåges og behandles af sundhedsprofessionelle. I patientpositionen kan ældre personers forhold til faldforebyggelse derfor forstås som et medicinsk behandlingsforhold, hvor frygt for fald kan håndteres.

Omkring halvdelen af deltagerne taler om frygt for fald, men kun få indfører restriktioner i hverdagen for at håndtere frygten. Dette står i kontrast til faldlitteraturens faldopfattelse, hvor frygt for fald etableres som et generelt problem med store konsekvenser for den enkelte (Mahler, 2012). Sammenhæng mellem frygt og overvågning hænger muligvis sammen med, at sundhedsvæsenet definerer fald ud fra en risikodiskurs i alderdommen, som skaber passive bange borgere (Ballinger & Payne, 2002).

Faldforebyggelse som skæbne

I skæbnediskursen opfattes fald som en hændelse, det enkelte menneske ikke har indflydelse på, og som i nogle tilfælde endog kan forstås som meningsfyldt. Når Hans siger: «Jamen, vi er jo ikke selv er herre over det. Hvis jeg skal falde, så falder jeg», så henviser han til skæbnen. Ligesom tekstsegmenter som «at falde ind i lyset», «at blive hentet hjem» og «at møde Jesus» peger på forhold, der inkluderer overnaturlige/religiøse aspekter i faldforebyggelsesdomænet. Karen fortæller om en ovenfra kommende hånd, der hjælper hende med at trykke et telefonnummer, hun egentlig ikke kan huske, således at hun får hjælp til at komme op. Gundhild beskriver sig selv som en engel med udbredte vinger gennem en faldhændelse fra en trappe. Hun håber, «at vågne op i paradiset» (Evron, 2014). I skæbnediskursen fremstår den fysiske krops begrænsninger som vanskelige eller umulige at overskride, mens den psykiske/mentale krop fremstår ubegrænset. Skæbnediskursen skaber et billede af ældre personer som en slags jordiske engle, der mentalt kan flyve ind og ud af den fysiske krop og hente hjælp til at genrejse den aldrende krop - eller hjælpe den med at falde så den ikke rejser sig igen.

Det religiøse aspekt er ikke tidligere beskrevet i faldforebyggelseslitteraturen. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at det religiøse verdensbillede står i kontrast til det medicinske verdensbillede, hvor en sammenhæng mellem årsag og sygdom/fald forudsættes. Når deltagerne taler om religiøse/overnaturlige oplevelser af faldhændelser og faldforebyggelse etableres en forståelsesramme af det overnaturlige som årsag til sygdom og straf. Dette forhold har den vestlige medicin netop forsøgt at lægge afstand til (Foucault, 2000). I faldforebyggelsesdomænet er det derfor vanskeligt at tale om Jesus eller engle som medvirkende årsag til faldhændelser.

Tilsammen blev den aldrende krop præsenteret som forsigtig og skrøbelig, men også som aktiv og søgende. Ligesom fald i alderdommen blev set som både forebyggelige og ikke-forebyggelige. Deltagernes fokus på den opadgående bevægelse i faldet peger på en ny forståelse af fald som en op-ned-op bevægelse.

Metodiske betragtninger

Deltagernes relative store viden om faldforebyggelse kan måske forklares ved, at alle deltagere var identificerede af sundhedsprofessionelle og derfor sandsynligvis havde modtaget rådgivning om faldforebyggelse. Deltagere rekrutteret gennem forebyggende hjemmebesøg havde fx gennemgået en systematisk faldscreening, hvilket inkluderede uddeling af informationsmateriale til borgere med faldproblematikker. Det er muligt, at personer uden kontakt til sundhedsvæsenet ikke har samme viden om faldforebyggelse.

Det relativt lave niveau af frygt for fald sammenlignet med traditionelle faldforebyggelsesundersøgelser kunne hænge sammen med, at dette studie undersøger faldforebyggelse ud fra et eksistentielt perspektiv, hvor der fokuseres på, hvordan deltagerne lever med fald i hverdagen. Traditionelle faldforebyggelsesundersøgelser tager udgangspunkt i et risikoperspektiv, hvor frygten på forhånd er etableret. Resultatet understøtter et andet dansk faldforebyggelsesstudie, hvor frygt for fald fremanalyseres som et usynligt og varierende problem, som deltagerne lærer at leve med og håndterer forskelligt (Mahler & Sarvimäki, 2012). Spørgsmål om troværdighed og transparens handler om at gøre analyseprocessen transparent og at inkludere metodologiske refleksioner (Brinkmann & Tanggaard, 2010b). Dette er tilstræbt gennem gengivelser af tekstsegmenter og deltagernes fortællinger samt eksempler på analyseprocessen i boks 1.

I diskursanalysen vedrører spørgsmål om gyldighed sammenhæng (Jørgensen & Phillips 1999, s. 133). Med det menes, at de analytiske påstande skal være i overensstemmelse med den diskursanalytiske redegørelse. Denne sammenhæng er forsøgt skabt i analysen af ældre personers forhold til fald og faldforebyggelse i en hverdagskontekst ved konkret at undersøge, hvordan 25 ældre personer lever og tænker fald og faldforebyggelse. Gennem deres fortællinger er fald som hverdagsproblem og som et kropsligt og kontekstuel fænomen blevet præsenteret i en eksistentiel kontekst. Tendenser i det danske sundhedsvæsen peger på, at de seks fremanalyserede faldtypologier er mulige at generalisere i en dansk kontekst. Det kan være svært at sige, om faldtypologierne også gælder uden for Danmarks grænser, idet der kan være andre måder at forholde sig til faldforebyggelse på i andre samfund og kontekster. I denne undersøgelse havde alle interviewpersonerne etnisk dansk baggrund, kom fra arbejder-/middel-/højere middelklasse og boede i et velfærdssamfund, hvor de fleste sundhedsydelser er gratis for den enkelte. Alligevel peger undersøgelsen på, at når ældre personer forholder sig til faldforebyggelse som atleter, skuespillere, rationalister, rebeller og patienter, så kan det genkendes i sundhedsvæsenet og i international forskning.

Konklusion

Dette studie har undersøgt, hvordan ældre personer tænker og lever med fald i hverdagen og har fremanalyseret seks forskellige måder at forholde sig til faldforebyggelse på. I et eksistentielt perspektiv kan faldtypologierne forstås som forskellige måder for ældre personer at realisere sig selv på i alderdommen. I dette perspektiv drejer faldforebyggelse sig helt konkret om at lære at tage vare på sig selv ud fra den levede kontekst. Faldtypologierne åbner op for et bredere faldforebyggelsesbegreb, der kan benyttes til at inspirere sundhedspersonale på tværs af sektorgrænser og til at arbejde med alternative dimensioner af faldforebyggelsen på.

Reference

- Amstrup, K. & Poulsen, I. (Red.). (2004). *Geriatrí: en tværfaglig udfordring*. Viborg: Munksgaard Danmark.
- Ballinger, C., & Cheek, J. (2006). Discourse analysis in action: The construction of risk in a community day hospital. In L. Finlay & C. Ballinger, (Eds.), *Qualitative research for allied health professionals: challenging choices*, New York: John Wiley & Sons.
- Ballinger, C., & Payne, S. (2002). The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and society*, 22(3), 305-324. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X02008620>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010a). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, (Red.), *Kvalitative Metoder*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010b). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative Metoder*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Dahlager, L. (2009). Livsstilsamtaler – at få mennesker til at leve rigtigt. I S. Glasdam, (Red.), *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, København: Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Danske Regioner. (2012). *Æstetik – helbredende design*. Besøgt 08.05.14 på: <http://www.godtsygehusbyggeri.dk/Inspiration/Artikelsamling/Arkitektur/Aestetik%20-%20helbredende%20design.aspx>
- Evron, L., Schultz-Larsen, K., & Frstrup, T. (2009). Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study with older people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 728-735. doi: 10.1177/1403494809342309
- Evron, L. (2014). At falde ind i lyset: om faldforebyggelse og selvudvikling. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 75-77.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens Fødsel*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Foucault, M. (2002). *Overvågning og Straf – fængslets fødsel*. Helsingør: Det lille Forlag.
- Hill, A. M., Hoffmann, T., Beer, C., McPhail, S., Hill, K. D., Oliver, D. & Haines, T. P. (2011). Falls after discharge from hospital: Is there a gap between older peoples' knowledge about falls prevention strategies and the research evidence? *The Gerontologist*, 51(5), 653-662. doi: 10.1093/geront/gnr052
- Jørgensen, W. M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Katz, S. (2011). Hold on! Falling, embodiment, and the materiality of old age. In Casper, M.J., & Palgrave, P.C. (Eds.). *Corpus: An interdisciplinary Reader on Bodies and Knowledge*. UK: MacMillan.
- Kingston, P. (2000). Falls in later life: Status passage and preferred identities as a new orientation. *Health*: 4(2), 216-233. doi: 10.1177/136345930000400205
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. London: Sage Publication.

- Mahler, M. (2012). *At holde balance: betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker*. (Doktorgrad afhandling, Nordic School of Public Health, Göteborg). Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Mahler, M., & Sarvimäki, A. (2012). Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 38-44. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00901.x.
- McMahon, S., Talley, K. M., & Wyman, J. F. (2011). Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *International journal of older people nursing*, 6(4), 289-298. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00299
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Fundet 02.03.2014 på: <http://www.sum.dk>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2009). *Forebyggelseskommisssions rapport. Vi kan leve længere og sundere*. Fundet 05.05.2014 på: <http://www.sum.dk>
- Nexø, S. A., & Koch, L. (2003). Diskursanalyse: et særligt blik på verden. I S. Vallgård & L. Koch, (Red.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*, København: Munksgaard,
- Phillips, L. (2010). Diskursanalyse. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, (Red.), *Kvalitative Metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Social og Integrationsministeriet. (2010). *Forebyggende hjemmebesøg*. Fundet 08.04.2014 på: <http://www.sm.dk>
- Sund By Netværket. (2007). *Faldfoldere*. Fundet 02.03.2014 på: <http://sund-by-net.dk>.
- Sundhedsstyrelsen. (2006). *Faldpatienten i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*. Fundet 05.05.2014 på: <http://sundhedsstyrelsen.dk>
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet*. Fundet 05.05.2014 på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). Ethiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden. (2003). *Vard Nord Utveckl Forsk*, 23(4):5-8.
- Tanggaard, L. (2007). The Research Interview as Discourses Crossing Swords The Researcher and Apprentice on Crossing Roads. *Qualitative Inquiry*, 13(1), 160-176. doi: 10.1177/1077800406294948
- Yardley, L., Donovan-Hall, M., Todd, C. (2006). Older people's views about advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Education Research*, 21(4), 508 – 517. doi: 10.1093/her/cyh077
- WHO. (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Fundet 03.03.2014 på http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- WHO. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Fundet 03.03.2014 på: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Boks 1. Eksempler på analyse af interviewmateriale

	Interviewudskrift	Meningsudsagn modsetninger	Kategorier analyse
Beskrivelse af faldepisode	Interviewer: Kan du fortælle mig om dit sidste fald - fx hvordan det skete?		
	Jeg var på vej ind i stuen og pludselig kunne jeg ikke gå mere. Benene ville bare ikke mere. Jeg havde ikke taget den her med (rollator) og nåede hen til sofaen. Der faldt jeg lige på hovedet.... kl. halv ni fandt hjemmehjælperen mig og spurgte, hvad jeg lavede på hovedet i sofaen. Han blev der, og fik ringet efter lægen og aflyste de otte andre besøg han havde. Han turde ikke forlade mig. (Birthe, 80 år)	Benene ville bare ikke mere. Ikke taget rollator med. Ligger på hovedet i sofa og venter på hjælp.	Den aldrende krop som begrænset. Afhængighed versus uafhængighed. Den aldrende krop som udholdende og afventende.
	Jeg gik på den her gade og der var bare lagt et stykke krydsfiner over et stort hul. Jeg kom til at skubbe til den her plade, og så faldt jeg ned i hullet. Altså jeg kan jo ikke se niveauforskelle, der ikke er ret store. Det kan jeg ikke. Overhovedet ikke. Det flyder ud i et for mine øjne nu. Og det har jeg aldrig tidligere skænket en tanke, for der kunne jeg jo se det. Det kan jeg ikke mere. (Agnes, 78 år)	Krydsfiner over hul. Kan ikke se niveauforskelle, der ikke er stor. Ikke tænkt på synet for, da hun kunne se.	Den aldrende krop som begrænset. Kroppen som foranderlig (sent) i alderdommen versus kroppen som stabil (tidligt) i alderdommen.
	Jeg faldt ned af de sidste par trin på trappen, jeg gik endda baglæns ned. Min læge havde anbefalet mig at gå sådan ned ad sin trappe, men jeg kunne jo ikke se trinene og så gled jeg og faldt... jeg tror lå jeg omkring en time og tænke over hvad jeg kunne gøre. Jeg kunne ikke banke naboen op, for det var midt på dagen og der var ikke nogen hjemme. Men så fik jeg kravlet hen til telefonen og trykket mit barnebarns telefonnummer. Han kom og hjalp mig op... det mærkelige var, at jeg kunne huske nummeret, for det var ikke et nummer jeg brugte normalt. Det var underligt at netop det nummer kom til mig, da jeg skulle bruge det. Når jeg tænker over det, synes jeg det er lidt uhyggeligt, som om en eller anden holder hånden over mig... (Karen, 93 år)	Følger læges råd og går baglæns ned af trappe. Kunne ikke se. Ligger en time. Tænker over muligheder. Kravler hen til telefon. Mærkeligt og uhyggeligt at huske telefonnummer. En hånd bliver holdt over hende.	Faldforebyggelse som ekspertrådgivning. Faldforebyggelse som forsigtighed. Den aldrende krop som begrænset, udholdende og handlende. Faldforebyggelse som noget overnaturligt måske relateret til skæbne.

Tanker før og efter faldet	Interviewer: Kan du fortælle mig, hvad du tænkte på lige før du faldt?		
	Nej det kan jeg ikke... Jo, så tænker jeg bare på at komme op. (Elinor, 83)	Tænker på at komme op efter fald.	Fald som opadgående bevægelse.
	Nej, jeg tænker faktisk ikke på noget. Jeg prøver bare på at rejse mig op og så mærker jeg efter om der er noget galt... ja, det kan jeg mærke... jeg er bare blevet mere forsigtig, når jeg rejser mig op (fra en stol), så undersøger jeg lige, om det nu virker... både ben og arm... om det virker før jeg sætter fra. Det tænker jeg på. (Ingelise, 76 år)	Tænker på at komme op efter fald. Mærker om der er noget galt i kroppen. Forsigtig vs. uforsigtig adfærd.	Fald som opadgående bevægelse. Den aldrende krop som foranderlig og skrøbelig. Faldforebyggelse som forsigtighed.
	Ja, jeg nåede at tænke "pyha"... det var ligesom, at jeg fik sådan en sending: "pas på" og så holdt jeg fast (i et vejskilt) og så skyndte jeg mig at gå hjem. Det er sådan lige omkring hjørnet... (Ruth, 84 år)	Får sending i hjernen og støtter sig til lygtepæl.	Faldforebyggelse som indre billeder.
	Det var som om jeg så mig selv falde bagover... jeg var ved at miste balancen og faldt bagover. "Bare jeg kan nå at rette mig op", tænkte jeg, og så fik jeg lænet mig op af dørkarmen og gled ned... (Zenia, 98 år)	Ser sig selv falde udefra. Forsøge at rette sig op versus lade sig falde.	Faldforebyggelse som indre billeder. Faldforebyggelse som forsøg på at overskride den aldrende krops begrænsninger.
	Næh...hmm...det jeg har lært er, at uanset hvordan det ser ud, så lader jeg pakker og stokken falde så...jamen altså man står jo ret op og ned og så tager man et skridt og så mister man balancen og når man så falder uden at tage fra sig med hænderne...jeg sørger for at lægge siden til, for tager man fra med hænderne knækker man meget nemt håndleddene... jeg har lært mig selv at falde, så jeg ikke slår mig. Jeg slipper alt, hvad jeg har i hænderne og så ruller jeg. Jeg slapper af. Det er det, der er det vigtige. Jeg kan ikke sige det på anden måde end, at jeg ruller. Det er næsten altid forfra. Jeg har en gang været ude for, at jeg rullede ud på vejen og der havde jeg oven i købet min hund i snor... (Inger, 70)	Bekymret vs. ubekymret for hvordan fald ser ud i andres øjne. Tænker på at slippe hvad hun har i hænderne, slappe af og lægge siden til. Man kan lære at falde uden at slå sig.	Faldforebyggelse som æstetisk vs. uæstetisk adfærd. Faldforebyggelse som kropslig fysisk aktivitet eller aktiv aldring. Faldforebyggelse som (rullefalds)teknik, der kan trænes/læres.

BILAG 5. ARTIKEL 5

Discourses of Medical Surveillance and Active Aging in Falls Prevention

Indleveret til peer review til Klinisk Sygepleje medio maj 2014. Returneret ultimo okt. 2014 med tilkendegivelse af forhåndsaccept for publicering, hvis påpegede ændringer foretages. Disse ændringer er påbegyndt i dette manuscript, men manuskriptet er endnu ikke genindsendt. Artiklen ikke tilgængelig før den er accepteret.

Medicinsk overvågning og aktiv aldringsdiskurser i faldforebyggelse

Dansk resume

I dag er der et stærkt fokus sundhedspolitisk på faldforebyggelse i den aldrende befolkning og multifaktoriel faldforebyggelsesprogrammer bliver set som en vigtig måde at forhindre sådanne fald. I Danmark opererer sådanne programmer med egenomsorgsprincippet som et styringsværktøj. Vi ved imidlertid lidt om, hvordan sådanne programmer er konstrueret og bliver styret. Ved at anvende diskursanalyse undersøger vi, hvordan multifaktoriel faldforebyggelse konstrueres og forvaltes på i et bestemt faldforebyggelsesprogram. Gennem et 100 timers langt feltstudie, med deltagerobservation, samtale og dokumenter, indsamlede vi data om de sociale processer i programmet og genlæste derefter systematisk teksterne igen for at lede efter ligheder, forskelle og modsætninger. Medicinsk overvågning og aktiv aldring blev fremanalyseret som konkurrerende diskurser i programmet og konstruerede fald i alderdommen som en livsstil sygdom. Dominerende patientroller var: den "samarbejdsvillige/ikke-samarbejdsvillige faldpatient" og "motiveret/umotiveret egenomsorgsdragende patient". Motivation blev identificeret som et subjektivt kriterium for behandling og for de sundhedsprofessionelles jobsituation. Denne undersøgelse giver sygeplejersker og andre sundhedspersonelle en dybere forståelse af den aktive patientrolle og den sundhedsprofessionelles motivator rolle. Resultaterne kan bruges reflektivt i klinisk praksis og hjælpe til at forstå patienternes og sundhedsprofessionelle valg.

Nøgleord: faldforebyggelse, diskursanalyse, ældre borgere, egenomsorg.

Abstract

Today, there is a strong health political focus on falls prevention in the aging population and multifactorial falls prevention programs are seen as an important way to prevent such falls. In Denmark such programs operate with the self-care principle as a governance tool. We know little about how such programs are constructed and governed, however. Using discourse analysis we explored how multifactorial falls prevention is constructed and managed in a specific falls prevention program. Through a 100 hours' field study including participant

observation, conversation and documents we collected data on the social processes in the program and systematically reread texts to look for similarities, differences and contradictions. Medical surveillance and active aging emerged as competing discourses in the program and constructed falls in old age as a lifestyle disease. Dominating patients roles were: the “compliant/non-compliant falls patient” and “motivated/unmotivated self-caring patient”. Motivation was identified as a subjective criterion for treatment services and the health professionals’ job situation. This study provides nurses and other health professionals with a deeper understanding of the active patient role and health professionals’ motivator role. The results can be used reflectively in clinical practices and help to understand patients’ and health professionals’ choices.

Keywords: Falls prevention, discourse analysis, older adults, self-care.

BIALG 6. DELTAGEROVERSIGT TIL KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEWS

Tabel 1. Semistrukturerede interviews med dybdeperspektiv foretaget med pilotdeltagere

Nr.	Deltager	Alder/år	Interviewdato	Tid/min	Sted	Observation
1	Martha	80	Marts 2006	40	Hospital	Nej
2	Zenia	98	Marts 2006	70	Hospital	Nej
3	Karen	93	Marts 2006	70	Hospital	Nej
4	Else	86	Marts 2006	90	Dagcenter	Nej
5	Tove	81	Marts 2006	50	Dagcenter	Nej

Tabel 2. Semistrukturerede interviews med dybdeperspektiv foretaget med deltagere og ikke-deltagere i det multifaktorielle faldforebyggelsesprogram

Nr.	Navn	Alder /år	Deltager	Dato	Tid /min	Sted	Observation
6	Nellie	82	Nej	Maj 2006	120	Hjemmet	Nej
7	Birthe	80	Nej	Juni 2006	80	Hjemmet	Nej
8	Inger	70	Nej	Juli 2006	110	Hjemmet	Nej
9	Gunvar	83	Nej	Juni 2006	75	Hjemmet	Nej
10	Hans	87	Nej	Juni 2006	65	Hjemmet	Nej
11	Gundhild	86	Nej	Juni 2006	70	Hjemmet	Nej
12	Ingelise	76	Nej	Juli 2006	45	Hjemmet	Nej
13	Elinor	83	Nej	Juli 2006	40	Hjemmet	Nej
14	Hilde	86	Nej	Juni 2006	90	Hjemmet	Nej
15	Gunhild	84	Nej	Juli 2006	80	Hjemmet	Nej
16	Dorthea	85	Ja	Juni 2007	75	Hjemmet	Ja
17	Rose	87	Ja	Juni 2007	80	Hjemmet	Ja
18	Fanny	89	Ja	Juni 2007	105	Hjemmet	Ja
19	Ruth	84	Ja	Juni 2007	90	Hjemmet	Ja
20	Marie	90	Ja	Juli 2007	90	Hjemmet	Ja
21	Judith	94	Ja	Juli 2007	120	Hjemmet	Ja
22	Holger	80	Ja	Aug 2007	90	Hjemmet	Ja
23	Johannes	84	Ja	Aug 2007	55	Hjemmet	Ja
24	Agnethe	78	Ja	Aug 2007	85	Hjemmet	Ja
25	Henriette	89	Ja	Aug 2007	120	Hjemmet	Ja

Tabel 2. Semistruktureret interviews foretaget med nøgleinformanter

Nr.	Repræsentation	Sted	Tid/min
1	Hospitals leder	Eget kontor	1,10
2	Hospitals leder	Eget kontor	1,05
3	Hospitals leder	Andet kontor	1,20
4	Faldklinikleder	Eget kontor	0,40
5	Sundhedscenterleder	Eget kontor	0,50
6	Socialdirektør	Eget kontor	0,55

Tabel 3. Tidsforbrug i forbindelse med det samlede antal interviews

Type interview	Antal	Interviewtid	Optagertid	Notetid
Pilot	5	6 t 20 min	1 time 10 min	5 timer 10 min
Dybdeinterview	20	28 timer	25 timer	3 timer
Semistruktureret	6	6 timer	6 timer	0 timer
I alt interviews	31	40 t 20 min	32 timer 10 min	8 timer 10 min

Tabel 4. Repræsentationer i ad hoc interviews med sundhedsprofessionelle

Repræsentation	Antal	Dokumentation
Sygeplejerske	4	Feltnoter og transskription
Fysioterapeut	2	Feltnoter og transskription
Læge	2	Feltnoter og transskription
Faldkoordinator	1	Feltnoter og transskription
Faldkonsulent	1	Feltnoter og transskription

BILAG 7. INTERVIEWGUIDE TIL NØGLEINFORMANTER

BOKS 1. INTERVIEWGUIDE FOR NØGLE INFORMANTER

Åbner samtalen med at forklare om projektet, informeret samtykke og small talk om stedet (hyggeligt kontor, godt med plads, dejlig vej mm).

Navn:

Sted:

Dato:

Tema 1: Faldforebyggelse blandt ældre mennesker

Fortæl mig, hvordan du opfatter faldforebyggelse i din sektor?
Hvem arbejder med faldforebyggelse i din sektor?
Hvilke borgere/patienter ser du som kvalificerede til udredning på faldklinikken?
Har du selv personlig erfaring med fald?

Tema 2: Succes versus fiasko

Fortæl mig om idéen med faldklinikken?
Hvordan startede det hele?
Hvilke tegn ser du som succes for faldklinikken?
Hvilke barrierer kunne der være?
Hvilken konsekvens har det, hvis faldklinikken (efter din vurdering) bliver en fiasko?
Kunne man forstille sig at klinikken havde andre former for succes?
Hvad tænker du om det økonomiske perspektiv?

Tema 3: Konkurrence

Kan du se noget konkurrerende tilbud til faldklinikken?
Hvad kunne denne konkurrence handle om?

Tema 4: Ekspertise

Fortæl hvad du forstår ved faldforebyggende ekspertise/ekspert viden?
Kan du pege på nogen (på tværs af sektorerne) som har denne ekspertise?
Kunne patienter og pårørende også have ekspertise?

Interviewet blev foretaget som en samtale, hvilket betyder at underspørgsmålene er mulige samtalevalg. Alle nøgle informanter blev spurgt om de overordnede fire temaer. Spørgsmålene blev ikke altid stillet i rækkefølge eller nøjagtig som præsenteret her.

BILAG 8. INTERVIEWGUIDE

BORGERE

Interviewguide for ældre hjemmeboende borgere

Åbner samtalen med at forklare om projektet, informeret samtykke og small talk om hjemmet (hyggeligt, godt med plads, dejlig terrasse mm).

Navn:

dato:

Tema: at leve med et fald problem

Kan du fortælle mig om dit sidste fald fx?

- Hvordan skete det?
- Hvad gjorde du for at forebygge at falde – kunne du have gjort noget?
- Hvad tænkte du på lige før du faldt?

Kan du fortælle mig hvad du forstår ved ordet 'fald' fx?

- Forstår du fald som en slags sygdom?
- Forstår du fald problemer som relateret til det at blive gammel?

Hvad betyder det for dig at have "faldproblemer" fx?

- Har du ændret noget i din dagligdag efter dine fald startede?
Kan du beskrive en situation hvor noget vigtigt for dig er ændret?
Kan du beskrive en situation hvor noget vigtigt for dig er ikke er ændret?

Emner: uafhængighed, autonomi, sundhed, angst for fald, aldersperspektiver

Tema: Succes/fiasco i forhold til erfaring med faldforebyggelses programmer

Kan du fortælle mig om det valg til at (ikke) acceptere faldudredningstilbuddet

- Ved du hvorfor du falder?
- Er du interesseret i at finde ud af hvorfor du falder?
Kan du beskrive en situation hvor du talte med en læge eller sygeplejerske om faldforebyggelse? – hvad snakkede i om?
Kan du beskrive en situation hvor du talte med et familiemedlem om dine faldproblemer? – eller venner/pårørende – hvad snakkede i om?

Kan du fortælle mig om fordele/ulemper ved at deltage i faldudredningsprogrammet?

- Hvad var det bedste/værste ved programmet?
- Kunne der være fordele for dig ved at deltage/ikke-deltage i tilbuddet?
- Kan du fortælle mig om fordele/ulemper i relation til din deltagelse?
- Var der noget, der gjorde det svært for dig at deltage i programmet på faldklinikken? (Deltagere)

Emner: tidligere erfaringer med faldforebyggelse information, foldere, programmer

Interviewet blev foretaget som en samtale, hvilket betyder at undersøgsmålene og emnerne er mulige emner for samtale. Spørgsmålene blev ikke altid stillet i rækkefølge eller nøjagtig som præsenteret her.

BILAG 9.

DELTAGERINFORMATION

Deltagerinformation til den sundhedsprofessionelle



Undersøgelse af ældre menneskers forhold til faldforebyggelse.

På Frederiksberg Hospitals Faldklinik gennemfører jeg aktuelt en videnskabelig undersøgelse omkring ældre menneskers forhold til faldforebyggelse på tværs af sektorgrænser.

Formålet med denne undersøgelse er at forsøge at afdække og forstå, hvordan ældre mennesker tænker og handler i forbindelse med fald og sundhedsvæsenets faldforebyggende tilbud. Det overordnede formål er i fremtiden at blive bedre til at forebygge fald hos ældre mennesker og reducere de skader, de pådrager sig. Samt sikre ældre faldtruede mennesker en større livskvalitet.

Deltagelse i undersøgelsen

Jeg henvender mig til dig for at høre om du er interesseret i at deltage i undersøgelsen. Det betyder, at jeg vil være til stede, som observatør, når en udvalgt borger er til undersøgelse og behandling på Faldklinikken og eventuelt senere i primærregi i Frederiksberg kommune.

Formålet med observationen i Faldklinikken eller Frederiksbergs kommune, er at forsøge at afdække, hvorfor mange ældre mennesker ikke følger de sundhedsprofessionelles råd og vejledning i forhold til den faldforebyggende indsats. Samtidig søger undersøgelsen at afdække om der er generelle mønstre blandt de ældre, der vælger at følge evidensbaseret viden på området. Ligesom jeg kigger efter mønstre hos, de ældre, der vælger ikke at følge sundhedsvæsenets råd og vejledning.

Observationerne følges op med to fokusinterview med noget af personalet fra Faldklinikken og primærsektor. Du vil eventuelt blive kontaktet mhp. et fokusgruppeinterview.

Undersøgelsen følger 20 borgere over 1½ år på tværs af sektorgrænserne. De interviewes tre gange i løbet af 1½ år. Første gang i forbindelse med de får lagt en genoptræningsplan. Anden gang efter de har afsluttet deres genoptræningsplan og tredje gang et år efter opstarten af planen. Borgerne er blevet henvist til Faldklinikken på Frederiksberg Hospital og er derefter tilfældigt udvalgt i klinikkens database. Jeg observerer kun udvalgte borgere, der allerede har givet deres samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Frivilligt

Det er naturligvis helt frivilligt at deltage i undersøgelsen. Hvis du vælger at deltage nu og på et senere tidspunkt ikke ønsker at fortsætte i undersøgelsen, vil din medvirken ophøre.

Alle oplysninger behandles anonymt.

Hvis du har spørgsmål angående undersøgelsen kan du kontakte mig på telefon 38 16 39 71 dagligt mellem 10-14, eller efterlade en besked på Faldklinikken på telefon 38 16 39 43, hvorefter jeg vil ringe dig op.

Med venlig hilsen

Lotte Evron

Projektsygeplejerske, cand. mag. i pædagogik og ph.d.-studerende
Rehabiliterende klinik H, afd. R, Frederiksberg Hospital,
Nordre Fasanvej 59, 2000 Frederiksberg.
Telefon: 38 16 39 71, e-mail: lotte.evron@fh.hosp.dk

Undersøgelsen er forelagt Videnskabsetisk komité og anmeldt til datatilsynet.

BIALG 10. INFORMATION TIL BORGEREN

Information til borgeren

Undersøgelse af skrobelige ældre menneskers forhold til sundhedsfremme.
En sundhedspædagogisk undersøgelse af faldforebyggelse.

På Frederiksberg Hospitals Faldklinik gennemfører jeg aktuelt en videnskabelig undersøgelse omkring ældre menneskers forhold til faldforebyggelse på tværs af sektorgrænser.

Formålet med denne undersøgelse er at sikre at ældre mennesker, der falder, får noget bedre hjælp. Overordnet vil vi specielt gerne undgå at ældre mennesker falder igen og igen og pådrager sig skade.

Deltagelse i undersøgelsen

Jeg henvender mig til Dem, idet De går til undersøgelse i Faldklinikken på Frederiksberg Hospital. Min undersøgelse går ud på, at jeg får lov til at følge Dem i Faldklinikken, når De får behandling, træning eller vejledning af en læge, fysioterapeut og en sygeplejerske. Jeg vil være til stede i rummet og lytte til det der bliver sagt.

Senere vil jeg gerne snakke med Dem om, hvordan det er at leve med en risiko for at falde. Samtalen vil foregå hjemme hos Dem og vil tage ca. en time.

Frivilligt

Det er naturligvis helt frivilligt at deltage i undersøgelsen. Hvis De vælger at deltage nu og på et senere tidspunkt ikke ønsker at fortsætte i undersøgelsen, vil Deres medvirkenophøre. Uanset hvad De vælger vil det ikke få betydning for Deres fremtidige behandling og opfølgning.

Alle oplysninger behandles anonymt.

Hvis De har spørgsmål angående undersøgelsen kan De kontakte mig på telefon 38 16 39 43 dagligt mellem 9-15 og efterlade en besked på Faldklinikken, hvorefter jeg vil ringe Dem op.

Med venlig hilsen

Lotte Evron

Kontaktperson

Projektsygeplejerske og ph.d.-studerende Lotte Evron
Faldklinikken, Rehabiliterende klinik H,
Frederiksberg Hospital,
Nordre Fasanvej 59, 2000 Frederiksberg.
Telefon: 38 16 39 43, e-mail: lotte.evron@fh.hosp.dk

Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet og Videnskabsetisk komité KF 07 301912.

BILAG 11. SAMTYKKEERKLÆRING



Frederiksberg Hospital

Samtykke erklæring

Skrøbelige ældre menneskers forhold til sundhedsfremme.

En sundhedspædagogisk undersøgelse af de tværsektorielle vilkår for faldforebyggelse på den organisatoriske og individuelle niveau.

"Jeg bekræfter hermed, at jeg, efter at have modtaget information såvel mundtligt som skriftligt om, indvilger i at deltage i den beskrevne undersøgelse.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn om at deltage tilbage, uden at dette vil påvirke den nuværende eller fremtidige behandling af mig".

Dato og navn

Underskrift

Dato og navn (informerende sundhedsperson)

Underskrift

BIAG 12. VIDENSKABETISK KOMITÉ

Ikke offentligt tilgængeligt.

BILAG 13.

MEDFORFATTERERKLÆRING

Ikke offentligt tilgængeligt.

RESUMÉ

I denne afhandling undersøges egenomsorg som styringsteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse (MF) for at få viden om, hvordan MF administreres, praktiseres og forvaltes. Feltstudie med diskursanalyse er anvendt som metode og Michel Foucaults selvteknologibegreb er anvendt som analyseredskab. Tesen er, at egenomsorg som selvteknologi i MF etablerer nye roller for både patienter og sundhedspersonelle, der har konsekvenser for den måde MF administreres, praktiseres og forvaltes på. Feltstudiet foregik på en faldklinik og dens kontekst, hvor patienter og sundhedsprofessionelle blev fulgt gennem et MF-program. Resultater er sammenfattet i fem artikler, der finder, at egenomsorg i MF er magtudøvelse, som både er rettet mod patienter og sundhedsprofessionelle. Magtudøvelsen fungerer gennem selvteknikker som overvågnings-, askese- bekendelses- og overtalelsesmekanismer med den hensigt at hjælpe ældre borgere til et sundere og længere liv i uafhængighed. En ny motiveret patientrolle og en sundhedsprofessionel motivatorrolle blev fremanalyseret, og disse roller satte grænser for, hvordan faldforebyggelse blev forvaltet og kunne forvaltes. Lydighed og motivation blev fundet som grundlæggende værdier. Undersøgelsen kan anvendes som et bagtæppe til at få større indblik i konsekvenserne af egenomsorgsprincippet som styringsteknologi i klinikken.