2012

En rapport av Linda
Kristin Svendsen og
Grete Marthinussen

TRÅTIL PROSJEKTRAPPORT

Øke selvsikkerhet og redusere fall – Et nærmiljøprogram for eldre

NITTEDAL KOMMUNE

ExtraStiftelsen
Helse og Rehabilitering

Norske Kvinners Sanitetsforening

Forord

Hensikten med rapporten er å dokumentere arbeidet i forbindelse med prosjektet TråTil som er gjort med støtte fra ExtraStiftelsen, Norske kvinners sanitetsforening og Nittedal kommune. Samtidig håper vi at rapporten kan inspirere andre til å starte lignende fallforebyggende tiltak. Prosjektet har blitt gjennomført i perioden 2010-2012. Prosjektet handler om et fallforebyggingsprogram som er tilbudt til den gruppen eldre, som anses for å være i risiko for å falle.

I Stortingsmelding 25 (2005-2006) rettes søkelyset mot "eldrebølgen" som kommer. Samtidig tar Samhandlingsreformen sikte på å gi helsetjenesten i Norge en ny retning. Samhandlingsreformen ønsker at helsetjenesten fokuserer mer på forebygging i stedet for reparasjon. Ny folkehelselov gir kommunene mer ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Nasjonal strategi for Ulykker i Norge (2009-2014) peker blant annet på å videreutvikle lokale og regionale skadeforebyggende arbeid og å fremme kunnskap om effektive forebyggende tiltak. Strategien har også som mål å styrke samarbeidet mellom det frivillige, offentlige og næringslivet.

Nittedal kommune har i sin Omsorgsplan 2008-2019 påpekt utfordringer i å skaffe nok helsepersonell til å ivareta morgendagens brukere. Nittedal kommunes kompetanseplan fremhever også viktigheten av kompetanseutvikling hos ansatte for å møte utfordringer i forhold til aldring.

For å redusere innbyggernes behov for ressurskrevende helsehjelp er det viktig for kommunen å tenke langsiktig gjennom forebygging. I Nittedal er det ca 29 hoftebrudd årlig (ssb.no). Selv om fallulykker og skader først og fremst oppleves som en stor belastning for dem som rammes og nettverket rundt, er årlig kostnad for behandling og rehabilitering av et ukomplisert hoftebrudd når personene flytter tilbake til eget hjem beregnet til kr. 236 984 ,- (Hektoen mfl. 2009).

Fysio- og ergoterapiavdelingen i Nittedal Kommune har lenge tilbudt ulike trim og balansegrupper til eldre i Nittedal kommune som forebyggende tiltak. For å utvide det forebyggende tilbudet til eldre i Nittedal kommune ønsket vi å prøve ut et fallforebyggende program som er utviklet i Australia, kalt Stepping On. Programmet er forsket på i Australia, hvor det har vist seg at eldregruppen som deltok i programmet reduserte antall fall med 30 prosent (Clemson, 2004). Dette vil kunne utgjøre *et* av flere viktige bidrag til det forebyggende arbeidet for eldre i Norge, og prosjektet kan defineres som et *modellutviklingsprosjekt.*

Først og fremst vil vi rette en spesiell takk til deltagerne i fallforebyggingsgruppene. Vi ønsker å takke våre samarbeidspartnere som har bidratt til at dette prosjektet kunne bli realisert. Prosjektet har blitt gjennomført med midler fra ExtraStiftelsen via Norske kvinners sanitetsforening. Vi vil vi takke Nittedal kommune for at vi fikk godkjenning og ressurser til å gjennomføre prosjektet og alle som har bidratt inn i referansegruppa, styringsgruppa og prosjektgruppa. En stor takk til Eli Haga Vigmostad for hjelp til å finne rett tall til rett tid.

Januar 2012 Grete Marthinussen og
Linda Kristin Svendsen

Personer som har medvirket i prosjektet

Kontaktperson Norske kvinners sanitetsforening
- Elisabeth Sward, forskningsansvarlig N.K.S

Styringsgruppa
- Alice Rasmussen, leder for enhet for Pleie – rehabilitering og Omsorg, Nittedal kommune (2010-2012) (Leder for styringsgruppa)
- Aslaug Rambjørg, leder Nittedal sanitetsforening (2010-2012)
- Else Hartmann, leder av Norske kvinners sanitetsforening Akershus(2010 – 2011)
- Hanne B. Lilleåsen, avdleder ergo – og fysioterapitjenesten, Nittedal kommune(2012)
- Hilde Marit Mobråthen, Fagutvikler i enhet for Pleie, rehabilitering og Omsorg, Nittedal kommune (2010-2012)
- Liv Buseth, nestleder Norske Kvinners sanitetsforening Akershus (2012)
- Nina Eldal, Virksomhetsleder forebyggende og rehabiliterende tjenester, Nittedal kommune (2012)
- Solveig Nygård, avdleder ergo- og fysioterapitjenesten, Nittedal kommune(2010 – 2011)

Prosjektgruppa
- Claudia Kristiansen, fysioterapeut Nittedal kommune
- Grete Marthinussen, ergoterapeut Nittedal kommune
- Linda Kristin Svendsen, ergoterapeut Nittedal kommune
- Monica Korsmo, fysioterapeut Nittedal kommune

Referansegruppe
- Else Grue, Sykepleier, PhD, Diaforsk, Diakonhjemmet Høgskole
- Hege Bentzen, fysioterapeut, PhD, Diakonhjemmet Sykehus
- Rita Romskaug, lege, Døli pleie – og omsorgssenter, Nittedal kommune

Eksterne forelesere
- Else Grue, sykepleier, *syn og fall*
- Rita Romskaug, lege, *medisiner og fall*
- Trygve Karlengen, Trygg trafikk, *trafikksikkerhet i nærmiljøet*

Analyse av datamateriale
- Christine Sommer, Stipendiat, Oslo Universitetssykehus,
  Avdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin

Illustrasjonsbilde forside
- Monica Egeli, Basta Illustrasjon og design

Økonomi/revisjon:
- Eli Haga Vigmostad, økonomikonsulent Nittedal kommune
- Yngve Aslaksrud, Statsautorisert revisor, BDO

Innhold

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn 6

1.2 Prosjektets målsetning…… 8

1.2.1 Prosjektets delmål……...8

1.2.2 Prosjektets målgruppe……8

2.0 PROSJEKTGJENNOMFØRING OG METODE

2.1 Organisering av prosjektet..... 8

2.1.1Styringsgruppe……9

2.1.2 Prosjektgruppe……...9

2.1.3 Referansegruppe……9

2.2 Gjennomføring 9

2.2.1 Forberedelsesfasen……10

2.2.2 Gjennomføringsfasen……10

2.2.3 Evalueringsfasen……10

2.2.4 Endringer i prosjektet……10

2.3 Metode..... 11**Feil! Bokmerke er ikke definert.**

2.3.1 Rekruttering av deltakere……12

2.3.2 Undersøkelsesmetoder i prosjektet……12

2.3.2.1 Walking index……..13

2.3.2.2 Falls Efficacy Scale International……14

2.3.3 Beskrivelse av TråTil kurset……..……14

2.3.3.1 Gruppe som metode……..15

2.3.3.2 Tilpasninger av gruppeprogrammet til norske forhold……16

3.0 RESULTAT

3.1 Deltakerne 16

3.1.2 Oppmøte og frafall……...19

3.2 Hovedfunn 17

3.3 Diskusjon..... 22

3.3.1 Hvordan kan vi forstå resultatene?.....23

3.3.2 Gjennomføring og gjennomførbarhet……24

3.3.2.1 Matnyttig Stepping On manual……...25

3.3.2.2 Deltagernes evaluering av TråTil…… ……...26

3.3.3 Prosjektets nytte for prosjektgruppen søkerorganisasjonenen,målgruppen og andre 28

3.3.4 Hva kunne vært gjort annerledes?.....28

3.3.5 Økonomiske resultater……28

4.0 OPPUSUMMERING OG KONKLUSJON

4.1 Oppsummering 26

4.1.2 Veien Videre……...29

4.2 Konklusjon 27

Kildehenvisning: 28

Vedlegg 1, 2, 3……34, 35 og 36

Sammendrag

TråTil har vært et samarbeid mellom Nittedal kommune og Norske kvinners sanitetsforening. Prosjektet fikk tildelt midler gjennom ExtraStiftelsen og ble gjennomført i perioden 2010-2012. Prosjektet har vært ett modellutprøvingsprosjekt hvor hovedmålet har vært å forebygge fall hos eldre i Nittedal kommune, og at deltagerne skal øke troen på egen mestring i fallrisiko-situasjoner. Fallforebyggingsprogrammet vi ønsket å prøve ut baserer seg på *Stepping On* fra Australia. *Stepping On* programmet er tidligere forsket på i Australia hvor resultatene viste at eldregruppen som deltok i programmet reduserte antall fall med 30 %.

Hovedmålet med prosjektet var å forebygge fall hos eldre i Nittedal kommune, og at deltagerne skulle få økt troen på egen mestring i fallrisiko-situasjoner.

I *TråTil* prosjektet ble det gjennomført to intervensjonsgrupper med totalt 22 deltakere. Det ble registrert bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, om de bodde sammen med noen eller alene, om de mottok tjenester fra omsorgstjenesten og antall diagnoser. Femten av disse svarte på spørreskjema før og etter intervensjonen. Instrumentet som ble benyttet var Falls Efficacy Scale International. Datamaterialet fra Falls Efficacy Scale International ble analysert ved bruk av Wilcoxon Signed Rank Test. Resultatene viste at gjennomsnittsalderen for de 15 som svarte på FES-I både før og etter intervensjon var 78 år, hvorav 73 prosent var kvinner. Etter programmet anga 6 av 15 deltagere at de var mindre bekymret for å falle.

Resultatene indikerer at det er en forflytning nedover skalaen mot mindre bekymring for å falle. Vi mener at de erfaringene vi har gjort oss om modellen i praksisfeltet er positive og at *TråTil* kan være et gjennomførbart og nyttig redskap som et lavterskeltilbud for å forebygge fall hos eldre. Prosjektet *TråTil* har medvirket til utvikling og utvidelse av det fallforebyggende tilbudet som tilbys i Nittedal kommune. *TråTil*-grupper blir tilbudt videre i Nittedal kommune.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

30% av hjemmeboende over 65 år har et fall i løpet av 1 år, og halvparten av disse faller flere ganger. Ett av ti fall i denne gruppen fører til brudd/annen skade. 25-30 % av fallhendelser trenger medisinsk tilsyn, fall er dessuten forbundet med høy morbiditet og mortalitet (Pettersen, 2002).

Fall defineres som en plutselig, utilsiktet forandring i posisjon som gjør at person lander på et lavere nivå utent å ville det (Lord et al.2007).

I sammenheng med fallforebyggende arbeid blir multifaktoriell intervensjon ofte nevnt. Multifaktoriell intervensjon i innen fallforebyggende arbeid kan forståes som at flere tiltak settes inn på flere områder samtidig for å oppnå endring. Det kan være vanskelig å sammenligne multifaktorielle intervensjoner, fordi få studier inkluderer nøyaktig de samme faktorene. Ulike systematiske gjennomganger og metaanalyser på effektiviteten av multifaktorielle intervensjoner har kommet til ulike konklusjoner (Gillespie m. fl. 2009, Campbell og Robertson 2007, Chang m. fl. 2004, Gates m. fl. 2008). Campbell og Robertson (2007) fant at multifaktorielle intervensjoner ikke var mer effektive enn intervensjoner som ble gitt enkeltvis, eksempelvis kun fysioterapi. Chang m. fl. (2004) konkluderte imidlertid med at multifaktorielle intervensjoner var mest effektive (Tinetti og Kumar 2010).

Multifaktorielle intervensjoner kan deles inn i to kategorier. Den ene kategorien består av intervensjoner der deltakerne deltar i et program som er satt sammen av ulike emner. Den andre kategorien består av rådgivning og henvisninger til allerede eksisterende tilbud (Tinetti og Kumar, 2010). Gates m. fl (2008) og Cochrane sammendraget har begge konkludert med at multifaktorielle intervensjoner der deltakerne er aktive i et sammensatt program er mer effektive enn de intervensjoner som består av å gi råd og henvisninger til allerede eksisterende tiltak.

De fleste av de mest effektive intervensjonene bestod av; helhetlig vurdering av flere risikofaktorer, fysioterapi eller trening, reduksjon eller seponering av medisiner og endring av risikofaktorer i hjemmet (Tinetti og Kumar, 2010). Det ser også ut til å være viktig at intervensjonen rettes mot individuelle behov og tilbys risikopersoner hvis tiltakene skal være effektive (Kannus m. fl. 2008). *Stepping On* programmet fra Australia er et multifaktorielt program som skal tilbys risikopersoner og tilpasses den enkeltes behov. Vi har valgt å kalle programmet TråTil i dette prosjektet. Programmet Stepping On er utprøvd og dokumentert gjennom en randomisert kontrollert studie med 310 hjemmeboende eldre over 70 år, med et gjennomsnitt på 78 år. Forskningen konkluderte med at programmet ga en 30 prosents reduksjon i fall hos hjemmeboende eldre med falltendens (Clemson, 2004). I tilknytning til dette prosjektet er det gjort noen tilpasninger, se metodekapittelet for informasjon om dette. Carande-Kulis med flere (2004) fant at *Stepping On* er en kostnadseffektiv intervensjon.

1.2 Prosjektets målsetting

Hovedmålet med prosjektet var å forebygge fall hos eldre i Nittedal kommune, og at deltagerne skulle få økt troen på egen mestring i fallrisiko-situasjoner.

1.2.1 Prosjektets delmål

Delmål 1: Tilpasse *Stepping on* programmet til norske forhold.
Delmål 2: Utføre og evaluere programmet med to grupper eldre
Delmål 3: Spredning av kunnskap om metoden og våre erfaringer.

1.2.2 Prosjektets målgruppe

Målgruppen for dette prosjektet var personer over 70 år, som enten hadde falt eller var redde for å falle.

2.0 PROSJEKTGJENNOMFØRING OG METODE

2.1 Organisering av prosjektet

Sanitetskvinnene har lang tradisjon i å arbeide med fallforebygging. I tråd med samhandlingsreformen er det positivt at program som TråTil og fremtidige kurs forankres i lokalmiljøet. Derfor har dette prosjektet vært et samarbeid mellom Nittedal sanitetsforening og fysio- og ergoterapiavdelingen i Nittedal kommune. Prosjektet er forankret i Sanitetskvinnene i Nittedal, og ble vedtatt på et styremøte i mai 2009. Prosjektet er også forankret i planarbeidet i enhet for Pleie Rehabilitering og Omsorg i Nittedal Kommune. Prosjektet er blitt finansiert med kr 321 00 fra ExtraStiftelsen. I tillegg har Norske kvinners sanitetsforening i Nittedal og Nittedal kommune bidratt med økonomiske midler som egeninnsats for å få gjennomført prosjektet.

2.1.1 Styringsgruppe

Styringsgruppe ble opprettet og ledet av enhetsleder for Pleie – rehabilitering og omsorgsenheten i Nittedal kommune. Fag - og kvalitetsutvikler og leder for fysio- og ergoterapitjenesten er også medlemmer i styringsgruppen. Fra Norske kvinners sanitetsforening har vi hatt representanter fra både fra Akershus fylke og lokalt fra Nittedal. Prosjektleder har vært sekretær for styringsgruppen. Oppgavene til styringsgruppa har vært strategisk ledelse og budsjettansvar. Se side 3 for oversikt over personene i denne gruppa.

2.1.2 Prosjektgruppe

Prosjektet ble ledet av prosjektlederne, forfatterne av denne rapporten. Linda Svendsen (LS) startet opp som prosjektleder, og gikk i permisjon etter tre måneder, da overtok Grete Marthinussen (GM). Før evalueringsfasen kom LS tilbake, og i evalueringsfasen har derfor GM og LS delt på prosjektlederansvaret. Prosjektlederne har arrangert en gruppe hver, og i tillegg har oppgavene har vært daglig drift og oppfølging av prosjektet.

2.1.3 Referansegruppe

Referansegruppen ble opprettet for å kvalitetssikre rådgivning vedrørende tilpasning av programmet til norske forhold og i forhold til enkelte sider ved evalueringen av programmet. I prosjektskissen ønsket man å knytte prosjektet til eksisterende fagmiljø innen fallforebygging. Vi fikk med fysioterapeut pHd Hege Bentzen som har doktorgrad på bruk av hoftbeskyttere for fallforebygging og Else Grue, som har tatt doktorgrad på syn og fall i relasjon til fallforebygging. Rita Romskaug som er lege i Nittedal kommune har også bidratt.

2.2 Gjennomføring

2.2.1Forberedelsesfasen

Fallforebyggingsprogrammet vi ønsket å prøve ut baserer seg på Stepping On fra Australia. Litteraturen som forelå var på engelsk, og det var derfor nødvendig å oversette en del engelsk litteratur, samt å orientere seg i eksisterende forskningslitteratur. På denne måten fikk vi samtidig satt oss godt inn i ulike deler av programmet. Dette var også nødvendig for å få god kunnskap til å arrangere intervensjonsgruppene.

Vi jobbet med å oversette engelske fag og forsknings artikler for å kunne basere innholdet i programmet på det nyeste innen forskning. Det var også behov for å tilpasse programmet til norske forhold. Australia og Norge har ulikt klima, i Norge må vi for eksempel ta med utfordringer knyttet til vinterhalvåret, og tilpasse dette inn i de ulike gruppetimene. Det kunne også være sosiale eller kulturelle forhold som kunne påvirke gruppene som vi måtte forberede oss på.

2.2.2 Gjennomføringsfasen

Den første gruppa startet opp høsten 2010 og den andre gruppa høsten 2011. Aktuelle deltakere ble spurt pr. telefon om at de kunne tenke seg å svare på spørreskjema og utførte fysiske tester i forbindelse med at dette var et prosjekt. De fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra kurset uten at dette ville medføre noen konsekvenser for dem.

Gruppene ble arrangert på henholdsvis Solli sanitetshus og på Døli pleie - og omsorgssenter. Det ble gjennomført syv gruppetimer med hver av gruppene, hjemmebesøk til de som ønsket det og en oppfølgingstime tre måneder etter at siste gruppetime ble avsluttet. Vi har hele veien fulgt den opprinnelige fallforebyggingsmodellen som Stepping On bygger på, men gjort noen tilpasninger for å tilpasse programmet til norsk forhold.

Deltakerne fikk tilbud om hjemmebesøk ca 14 dager etter gruppetime 7 var avsluttet. Vi tok da en telefon til deltagerne for å gjøre en avtale. De som ikke ønsket hjemmebesøk fikk oppfølgingsspørsmål over telefon. Ergoterapeut og fysioterapeut delte på å utføre hjemmebesøkene.

2.2.3 Evalueringsfasen

I evalueringsfasen har vi fått analysert innsamlet data. Vi har også sett på tilbakemeldinger fra deltakerne underveis i gruppeprosessen og det de har kommet med av tilbakemeldinger på egenutviklet evalueringsskjemaet. Deltakerne skal også snakke om hva de har lært underveis og fortelle noe om hva slags utbytte de har hatt av å delta på programmet, på siste gruppemøte.

2.2.4 Endringer i prosjektet

Underveis i prosjektet har vi hatt noen endringer og utfordringer. Vi endret målgruppen til at vi ønsket deltagere som var over 70 år, da det er denne aldersgrensa i den opprinnelige

australske forskningen. I prosjektskissen sto det at vi skulle tilstrebes å finne deltagere med størst risiko: tidligere eller nytt fall, opplever dårlig balanse, nedsatt mobilitet, > 80 år (Pettersen, 2002). Vi valgte å holde oss til inklusjonskriteriene fra den opprinnelige studien i Australia, dvs personer over 70 år, som enten har falt eller er redde for å falle.

Prosjektet har hatt flere endringer når det gjelder medlemmene i styringsgruppa, prosjektgruppa og referansegruppa. Lederen for avdelingen sluttet midtveis i prosjektet, og stillingen ble stående ubesatt i seks måneder. Da den nye lederen var på plass sluttet hun etter tre måneder. Samtidig har enheten som prosjektet har vært tilknyttet gått gjennom en omorganisering. Begge prosjektlederne, og den ene fysioterapeuten som har vært involvert i prosjektet har hatt avbrekk fra prosjektet på grunn av svangerskapspermisjoner. Den ene av prosjektlederne har i tillegg hatt sykefravær og permisjon grunnet pleie av sykt barn. Det har vært flere personer involvert i prosjektet enn det som i utgangspunktet var tenkt. Det ble også endringer i forhold til hvor gruppene skulle holdes da lokalene som vi disponerte ble solgt og skulle renoveres. Dermed fikk prosjektet også uforutsette utgifter til transport når den siste gruppa skulle holdes. Prosjektet er gjennomført i henhold til opprinnelig prosjektskisse, men har tatt lengre tid enn skissert, og vi fikk ikke gjennomført kurs i metoden med foreleser fra Australia/USA da foreleserne fra USA avlyste dette.

2.3 Metode

2.3.1Rekruttering av deltakere

For å rekruttere deltakere som var innenfor prosjektets målgruppe, ble det utarbeidet en brosjyre (vedlegg 1) som inneholdt informasjon om hvem kurset passet for, hva vi kunne tilby, kursstart, varighet, hvor og når det ble avholdt samt kontaktinformasjon for påmelding. Deltakere kunne melde seg på via e – post, telefon eller ved bruk av en svarslipp som de kunne sende til oss. Vi oppga telefonnummer til resepsjonen på brosjyren slik at de som tok imot påmeldinger hadde fått informasjon om TråTil. Vi informerte om prosjektet på møter med hjemmetjenesten, tildelingsenheten og fysio og – ergoterapitjenesten, og fulgte opp med e-poster. Informasjonsbrev med brosjyre ble sendt ut til alle fastlegene i kommunen, og vi dro også rundt på fastlegekontorene, og noen fysikalske institutt og hengte opp oppslag på de kontorene som ønsket det. Vi fikk tre oppslag i lokalavisen i Nittedal; Varingen, der det kom tydelig frem at vi ønsket deltakere. Det ble rekruttert 24 deltagere til sammen.

2.3.2 Undersøkelsesmetoder i prosjektet

Aktuelle deltakere ble spurt pr. telefon om at de kunne tenke seg å svare på spørreskjema i forbindelse med at dette var et modellutviklingsprosjekt. De fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra kurset uten at dette ville medføre noen konsekvenser for dem. Da deltakerne var rekruttert mottok de flere spørreskjema ca 14 dager før kursstart som det var ønskelig at deltakerne svarte på før kurset startet. Bakgrunnsinformasjon som kjønn, alder, sivilstatus, antall diagnoser ble samlet inn. For å få bakgrunnsinformasjon om deltagernes balanse og gange, svarte deltagerne på Walking Index. Falls Efficacy scale international (FES-I) ble besvart av deltagerne for å fange opp endring i forhold til frykt for å falle. Skjemaene ble kodet om med tall og det ble sendt med en egen svarkonvolutt som deltakerne skulle returnere spørreskjemaene i. Falls Efficacy Scale International ble også sendt ut til deltakerne etter kursslutt. Vi utarbeidet også et eget evalueringsskjema som deltakerne fikk tilsendt samtidig med FES-I skjema ca tre uker etter gruppetime 7. Evalueringsskjemaet utarbeidet vi for å få tilbakemelding fra deltakerne om hva de syntes om selve gjennomføringen av TråTil kurset.

Det var også ønskelig å benytte fysiske tester, ikke mulig å fullføre dette innen for rammene av dette prosjektet.

2.3.2.1 Walking Index

Walking Index ble i hovedsak benyttet som en undersøkelse for å kartlegge deltakerens balanse og gange før gruppene startet. En tidligere studie (Bergland og Wyller, 2006) konkluderer med at enkle anamnetiske spørsmål om selvopplevd balanse og gangfunksjon er et klinisk nyttig hjelpemiddel som langt på vei kan erstatte krevende funksjonstesting. En

score på Walking Index som er 11 eller lavere antyder at man har 25 % sjanse for å oppleve fall det neste året. Se vedlegg 2.

2.3.2.2 Falls Efficacy Scale International (FES-I)

FES I skjemaet ble besvart av deltakerne før kursstart og etter kursslutt ca. tre uker etter siste kurstime. Dette spørreskjemaet ble brukt for å undersøke deltakerens frykt for å falle. FES I er et standardisert spørreskjema hvor deltageren skal score hvor bekymret han/hun er for å falle i totalt 16 ulike aktiviteter. Hver aktivitet skal scores med en skala fra 1-4. Scorer deltageren 1 betyr det at han/hun ikke er bekymret for å falle i det hele tatt, mens en score på 4 betyr at deltageren er veldig bekymret for å falle. Laveste score på FES-I er 16 poeng og høyeste score er 64. Høyere poengsum indikerer mer bekymring for fall hos deltageren. FES-I er sensitiv i forhold til å identifisere og måle endringer i den eldres frykt for å falle etter klinisk intervensjon (Helbostad m.fl. 2009, og http://www.profane.eu.org/fesi.html). Det er så langt ikke publisert data på hva som er en viktig klinisk endring (Taraldsen K. Fysioterapeuten 1/10). Se vedlegg 3 for FES-I skjema.

En deltaker sa: «Jeg prøver å gjøre øvelsene og jeg tror det hjelper».

2.3.3 Beskrivelse av TråTil kurset

Programmet bygger på prinsipper fra voksenopplæring, og troen på egen mestring (self-efficacy) (Bandura, 1977). Videre bygger programmet også på det å ta avgjørelser som prosess, og historiefortelling som metode. Gruppemetode er også sentralt. Innholdet i programmet styres av kunnskap om hva som forebygger fall, og av det deltagernes selv opplever som behov. Programmet er i stor grad brukerstyrt og deltakerne kan også påvirke hva de selv ønsker å ha fokus på og bli bedre på (Clemson og Swan, 2008).

Deltagerne lærer om, og øver på bedring av balanse og muskelstyrke, fokus på trygghet i hjem og nærmiljø, endring av tenkemåte og adferd når det gjelder sikkerhet, kunnskap om sammenhenger mellom syn og fallforebygging, samt bruk av medisiner. Programmet innebærer også at deltagerne utveksler historier om sine fall, og hva de har erfart nytter, likt likemannsutveksling. Programmet ble i Australia ledet av en ergoterapeut, med en ekspertfysioterapeut som gjesteforeleser. Programmet utføres i grupper a ca 12 deltagere, som møtes en gang i uken, over 7 uker. Etter siste gruppetime avtales et hjemmebesøk for de som ønsker det.
Tre måneder etter at programmet er avsluttet kan deltagerne velge selv om de ønsker å delta på en «booster» gruppetime. Det er utarbeidet en Australsk manual som har detaljert oversikt over hva hver enkelt gruppetime skal inneholde og hvor lang tid man skal bruke på hvert tema. Manualen inneholder nødvendige ressursark til gruppetimene og litteratur som er nødvendig for å kunne gjennomføre kurset. Se oversikt over gruppetimene side 14.

2.3.3.1 Gruppe som metode

Selve kurset gjennomføres i en gruppe med inntil tolv deltakere. Å bruke gruppe som metode handler like mye om å få gruppemedlemmene nærmere hverandre som å skape et læringsmiljø. Gruppa tilhører deltakerne og det forsøkes å tilrettelegge for at deltakerne kan føle et eierskap til gruppa. En gruppe hvor deltakerne føler tilhørighet har fokus på felles interesser og bekymringer. Første gangen gruppen møtes er det viktig å gi deltakerne mulighet til å dele med de andre deltakerne om hvorfor de har hatt ønske om å delta på kurset. Gruppeleder hører på spørsmål deltakeren kommer med og får frem ressurser hos den enkelte, stiller utdypende spørsmål og bygger videre på hva den enkelte deltaker deler av sin kunnskap. Dette er mer effektivt enn å bare gi ut informasjon. Som helsearbeidere kan vi være vant med å gi ekspertråd; det kan være fristende å kunne gi ut verdifull informasjon til deltakerne, men det er viktig å anerkjenne deltakernes ekspertise, bruke av deres erfaring og la dem dele og utvikle kunnskapen sammen (Clemson og Swan, 2008).

Sitat fra deltaker: «det har vært lærerikt om enkle selvfølgelige ting»

Sitat av deltaker: «Å arbeide i gruppe var helt fint. Vi ble som en familie»

Oversikt over kurset

	«Stepping on» Oversikt over innhold i programmet i det Australske studiet:
Møte 1	Introduksjon, oversikt og det å ta en risiko Oversikt over programmets målsetninger, dele erfaringer med fall, velge hva innholdet i kurset skal være, og introdusere balanse og styrke øvelser.
Møte 2	Øvelsene og å komme seg trygt rundt omkring Se over og gjøre praktiske øvelser, utforsk hindre og fordeler med å trene, forflytte seg trygt, stoler og trapper, og å lære å ikke få panikk etter et fall.
Møte 3	Hindringer hjemme Identifisere hindringer hjemme og utenfor hjemmet, som kan bidra til fall. Problemløsning.
Møte 4	Trygghet i samfunnet og fottøy Generere strategier for å komme seg rundt i det lokale samfunnet, og redusere risiko for fall. Lære om ”egenskaper” ved skotøy og å se etter hvilke klær som kan bidra til fall.
Møte 5	Syn og fall, vitamin D og Hoftebeskyttere Å gå igjennom hvordan syn påvirker risiko for å falle. Repetere strategier og redusere risiko for å falle pga nedsatt syn. Viktigheten av vitamin D, sollys og kalsium for å beskytte seg mot fallskader. Introdusere hoftebeskyttere for de som er redd for lårhalsbrudd. Utforske
Møte 6	Medisiner og mobilitetsmestring Dette gruppemøtet handler om å identifisere sammenhenger mellom medisiner og fallrisiko. Videre handler det om å utforske strategier for å redusere risiko for å falle pga bivirkninger eller misbruk av medisiner. Repetere øvelser, med mulighet for å komme seg ut og rundt omkring i lokalsamfunnet. Eller, som for noen deltagere praktisere sikker mobilitetsteknikker lært i løpet av programmet, utendørs. Identifisere strategier for å bruke buss trygt.
Møte 7	Repetisjon og planlegge fremover Deltagerne formidler hva de har oppnådd de 7 siste ukene, og reflekterer over det de har lært. Repeter det som måtte ønskes. Gjør ferdig eventuelle temaer som ikke er sluttført. Vurder strategier for å forebygge veskenapping. Identifiser strategier for å bruke tog på en trygg måte. Tid for å ta farvel og avslutte gruppa.
Hjemmebesøk	Støtt gjennomføringen av forebyggende strategier og assister med tilpasninger hjemme.

s. 9 Clemson med flere, 2003, egen oversettelse.

2.3.3.2 Tilpasninger av gruppeprogrammet til norske forhold

I forberedelsesfasen ble en del engelsk materiale oversatt og programmet ble tilpasset til norske forhold. I Norge har vi noen andre utfordringer i forhold til klima. Vi vet at sollys er en viktig kilde til D – vitamin for at kroppen skal kunne ta opp kalsium. I Norge med mindre sol må vi som kjent bruke andre kilder til D – vitamin enn i Australia hvor programmet er utarbeidet. Vi brukte derfor et tema-ark utarbeidet av helse- og velferdsetaten i Oslo kommune.

I tillegg er det andre retningslinjer for anskaffelse av hoftetruser i Norge. I Norge kan man få hoftebeskyttere på blå resept. Lovteksten sier følgende: «Hoftebeskytter til personer med osteoporose med tidligere lavenergibrudd og til personer med vesentlig svekket benstruktur som på grunn av medikamentbruk og helseplager har økt risiko for å falle. Hoftebeskytteren må være rekvirert av lege. Det kan ekspederes/utleveres inntil 4 hoftebeskyttere per år» (http://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F20070628-814).

Hoftebeskyttere fås på apotek. Dersom man faller utenfor regelverket kan hoftetruser kjøpes på apotek fra en tre – fire hundre kroner. Vi diskuterte også med deltakerne hvilke faktorer som fremmer og hemmer bruk av hoftebeskyttere (Blalock m fl, 2010). Endringene som er omtalt ovenfor omhandlet gruppetime 5: Syn og fall, D – Vitamin og «Hoftebeskyttere».

En annen tilpasning var å inkludere hvordan man på en trygg og sikker måte kunne ferdes på vinterføre. Bruk av brodder og strøing ved inngangsparti, samt å kunne forutse mulige fallfeller utendørs ble diskutert. Til gruppetime 4 som omhandlet: «trygghet i samfunnet og fottøy» kjøpte vi inn ulike typer brodder som deltakerne kunne få se og prøve ut. Bruk av ispigg på stokk eller krykker var også noe vi tok opp og viste frem. På gruppetime 6 som omhandlet «medisiner og mobilitetsmestring» trente vi på å gå på forskjellig underlag. Mulighetene for å prøve seg på glatt føre varierte for de to gruppene vi hadde grunnet værforhold.

I gruppene arbeidet vi som gruppeledere aktivt med å få frem gode historier der deltagerne deler historier om hva de har lykkes med. Vi stiller oss spørsmålet om den norske janteloven kan sette hindringer for å fritt fortelle hva man som deltagere har lykkes med i en slik gruppe?

Referanser i forhold til gjennomføring av programmet i Norge:

Informasjonsark omvitamin D:
http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/ernaring_og_kosthold/ernaring_for_pleie_og_omsorgstjenestene/idbanker/article84913-13899.html
informasjon om hoftebeskyttere:
http://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F20070628-814
(http://www.helfo.no/helsepersonell/grossister-og-leverandorer/Sider/medisinsk-forbruksmateriell.aspx

Fagartikkel:
Factors influencing hip protector use among community-dwelling older adults: Susan J Blalock,1,2 Karen B Demby,2 Karen L McCulloch,2,3 Judy A Stevens4: Published Online First 29 June 2010 at injuryprevention.bmj.com

3.0 RESULTAT

3.1 Deltakerne

Det ble rekruttert 24 deltagere, fordelt på to grupper. 18 kvinner og seks menn. Den første gruppen ble gjennomført høsten 2010 og den andre gruppen høsten 2011. I 2010-gruppa var det 12 deltakere, fem menn og syv kvinner. I 2011-gruppa var det elleve kvinner, og en mann. Her trakk en kvinne og en mann seg før oppstart. Det vil si at 22 deltagere deltok i gruppeprogrammet, og 15 av disse svarte på FES-I også etter endt intervensjon. 7 av de som fullførte gruppeprogrammet svarte ikke på FES-I etter deltagelsen, 2 var innlagt på sykehus, og 5 svarte ikke av ukjent årsak eller skjemaet var ikke tilstrekkelig utfylt til at vi kunne bruke det.

Gjennomsnittsalderen for de 15 som svarte på FES-I både før og etter intervensjonen er 78 år og 73 prosent var kvinner, se tabell 1. 8 av 15 bodde sammen med noen, og 14 av 15 var uten tilbud fra omsorgstjenesten. 3 av 15 hadde 0-1 diagnose, 9 av 15 hadde 2-3 diagnoser, og 2 av 15 hadde fire eller flere diagnoser. Se tabell 1.

Tabell: 1 Bakgrunnsopplysninger

Verdi		**Ant**	**%**
Deltagere		15	100
Kvinner		11	73,3
Menn		4	26,7
Bor sammen med noen		8	53,3
Bor alene		7	46,7
Mottar tilbud fra omsorgstjenesten		1	6,7
Uten tilbud fra omsorgstjenesten		14	93,3
Har 0-1 diagnose		3	20
Har 2-3 diagnoser		9	60
Har 4 el flere diagnoser		2	13,3
Grunnskole		4	33,3
Grunnskole pluss annet (f eks yrkesutd)		5	41,7
Videregående		2	16,7
Videregående pluss annet		1	8,3
Alder	Gj.snitt:	**78,4**	
Spørsmål Walking Index	**Svaralt.**	**Ant**	**Prosent**
Har du vansker med å holde balansen når du går?	ja	12	80
	nei	3	20
Har du vansker med å bevege deg i egen bolig?	Store vansker	1	6,7
	Noe vansker	4	26,7
	Ingen vansker	10	66,7
Har du vansker med å bevege deg utenfor egen bolig?	Store vansker	3	20
	Noe vansker	6	40

	Ingen vansker	6	40
Bruker du ganghjelpemiddel (stokk, krykke e.l.) i egen bolig?	Ja	3	20
	Nei	12	80
Bruker du ganghjelpemiddel (stokk, krykke e.l.) utenfor egen bolig?	Ja	9	60
	Nei	6	40

Merknad til tabell 1: en svarte ikke på antall diagnoser. En svarte ikke på alder. Tre svarte ikke på utdanning.

3.1.2 Oppmøte og frafall

Det ble rekruttert totalt 24 deltakere før kurset startet. 22 deltakere gjennomførte gruppetilbudet. 15 var evaluerbar, av disse fullførte 8 deltagere alle 7 gruppemøtene, 5 fullførte 6 og to fullførte 5 av 7 gruppemøter.

3.2 Hovedfunn

Datamaterialet ble analysert ved bruk av Wilcoxon Signed Rank Test. Etter deltagelse i programmet anga 6 av 15 deltagere at de var mindre bekymret for å falle. Fem av disse seks har markante endringer, det vil si at det er lite sannsynlig at denne endringen er tilfeldig. En var på same nivå som før, mens 8 hadde tilnærmet ingen endring, antagelig bare pga lav reproduserbarhet. Dette indikerer at det er en forflytning nedover skalaen mot mindre bekymring for å falle. Det er ikke en signifikant endring. Se tabell 2.

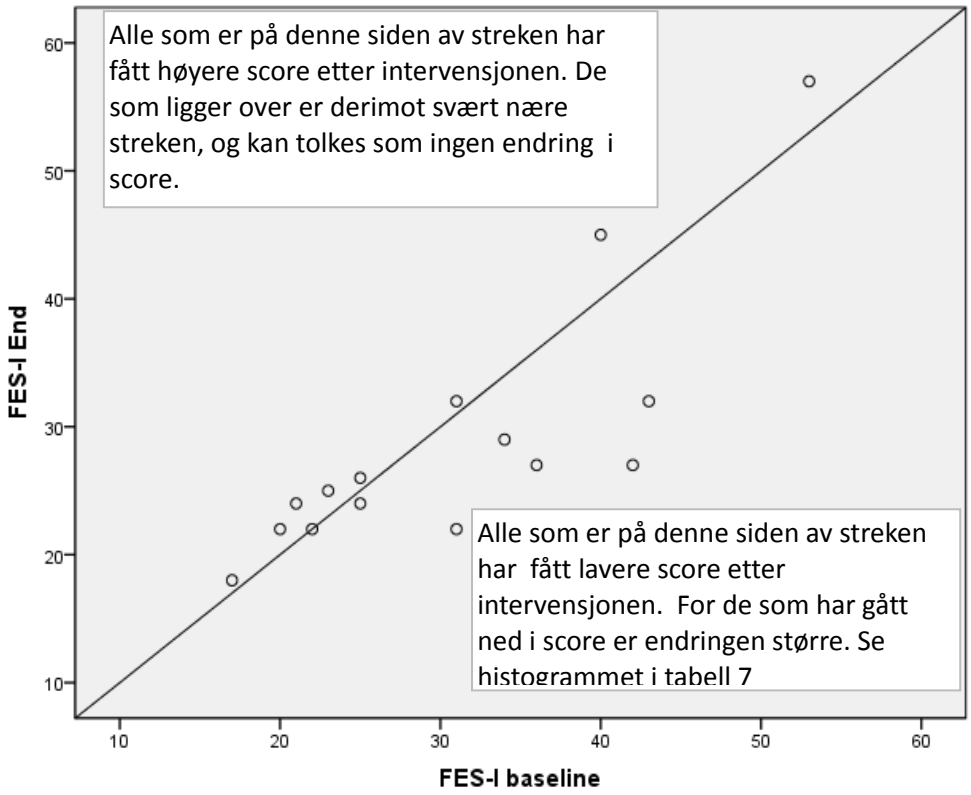
Vi ser av våre resultater at det var en større prosentandel menn som ble mindre bekymret for å falle, enn kvinner. Vi ser også at alle seks som ble mindre bekymret for å falle bor sammen med noen.

Alle fem som svarte at de ble mindre bekymret for å falle skåret mellom 5 og 9 poeng på Walking Index. 7 av de 10 som ikke fikk noen markant endring, skåret mellom 10 og 12 på Walking Index, 3 av 10 som ikke rapporterte noen endring i bekymring for fall skåret mellom 7 og 9 på Walking Index. Dette betyr at for akkurat denne deltagergruppen viste resultatet at de som rapporterte å bli mindre bekymret for å falle etter intervensjon, rapporterte at de hadde mer nedsatt balanse og gange, enn de som ikke rapporterte noen endring i forhold til bekymring for fall i utgangspunktet.

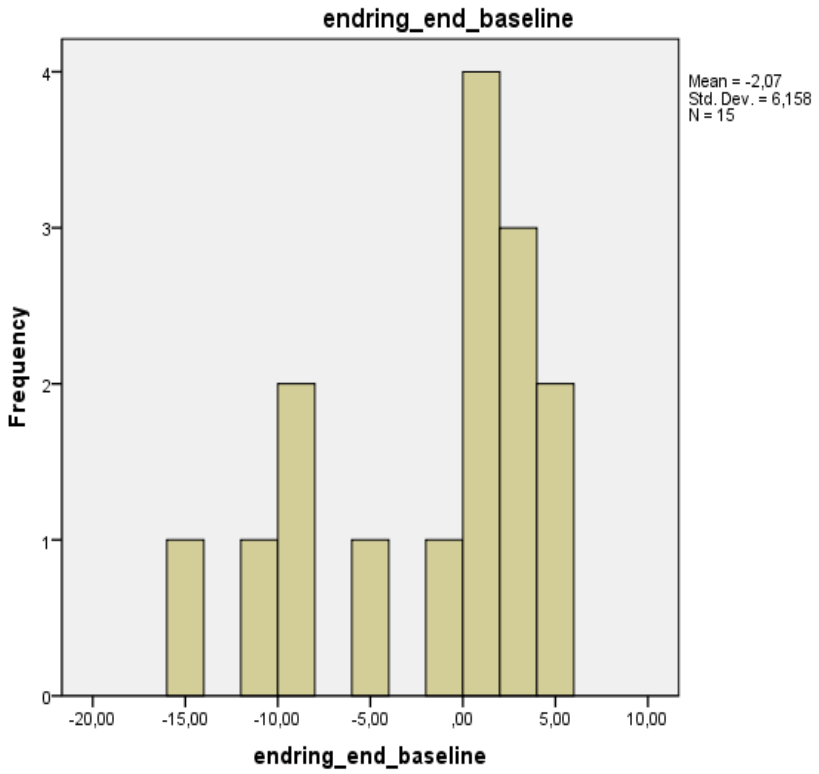
Tabell: 2

Forskjeller i FES-I score før og etter intervensjon									
	Baseline				End				
	median	25 %	75 %		median	25 %	75 %		P*
FES-I Score	31	22	40		26	22	32		i.s.
25%= 25 persentilen; 75%=75 persentilen, i.s.=ikke signifikant									
* Wilcoxon Signed Ranks Test									
Medianen er det midterste tallet når alle tallene rangeres i stigende rekkefølge. Medianen er det samme som 50 persentilen. 25 og 75 persentilen er således verdien ved henholdsvis 25% og 75% av utvalget. Tallene indikerer at det er en forflytting nedover på skalaen (Medianen er lavere og 75 persentilen er 40 ved Baseline og 32 ved End). Grunnen til at det ikke blir signifikant er at det omtrentlig er like mange som fått høyere og lavere score etter intervensjonen.									

Illustrasjon: 1



Illustrasjon: 2



3.3.2.2 Deltagernes evaluering av TråTil

Det var ønskelig med en tilbakemelding på selve gjennomføringen av TråTil-kurset, derfor utviklet vi et eget evalueringsskjema. Av disse skjemaene fikk vi inn 17 skjemaer av totalt 22, 5 svarte ikke av ukjent årsak. I det følgende presenterer vi noen resultater fra spørreskjemaet og noen kommentarer og tilbakemeldinger fra deltagerne, om disse temaene: innholdet i TråTil-kurset, tidsbruk på hvert emne, gjesteforeleser og gruppeleder.

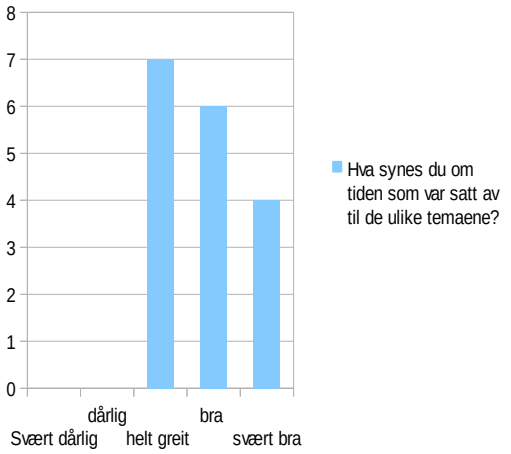
Innholdet i TråTil kurset

Hva synes du om innholdet i tråtil kurset?

På spørsmål om hva deltakeren synes om selve innholdet i TråTil kurset, svarer 3 av 17 at de synes at innholdet er «helt greit» . 8 av 17 synes innholdet er «bra» og 6 av 17 deltakere synes innholdet er «svært» bra.

Sitat fra deltaker: ***«Jeg er blitt tryggere på å gå i trapp og synes det har blitt lettere å reise meg fra stolen»***

Hva synes du om tiden som var satt av til de ulike temaene?



Tid brukt på hvert emne

I forhold til tidsbruk på de ulike temaene i programmet svarte 7 av 17 at de syntes det var «helt greit», 6 av 17 at de syntes det var «bra», mens 4 av 17 syntes disponering av tiden var «svært bra.

Sitat fra deltaker: ***«Vi kunne gjerne brukt mer tid på trening»***

Gje steforeleser på kurset

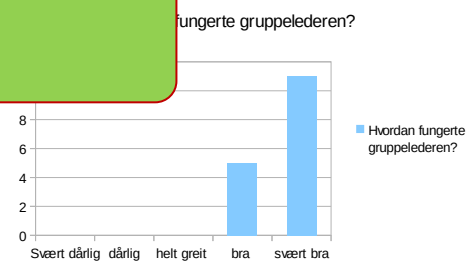
På tre av gruppemøtene hadde vi med ressurspersoner i forhold til temaene «nærmiljø og trafikksikkerhet», «syn» og «medisinhåndtering». De aller fleste deltakerne, 11 av 17 syntes dette var

Sitat fra deltaker: ***«Hun forklarte alt på en god måte som jeg har lært en del av»***

Tilbakemelding fra deltaker om hvordan det var å jobbe i en gruppe:
«Det er sosialt, også er det fint å høre om hvordan andre har det»

Sitat fra deltaker: ***«Jeg er blitt tryggere på å gå i trapp og synes det har blitt lettere å reise meg fra stolen»***

gruppelederne. 5 av 17 deltakere syntes gruppelederen fungerte «bra» og 11 av 17 syntes gruppelederen fungerte «svært bra». En deltaker hadde ikke svart på dette spørsmålet



3.3 Diskusjon

3.3.1 Hvordan kan vi forstå resultatene?

Fem av femten deltagere ble mindre bekymret for å falle, dette ser vi på som et positivt resultat. Dette kan indikere at TråTil-grupper kan være nyttig å utforske bruken av dette programmet i praksis også i Norge, og indikerer behov for forskning på slike program i

Norge. På den måten mener vi at dette har vært et pilotprosjekt, som en forløper til eventuell forskning i Norge. Videre ville det være interessant å undersøke fysisk funksjonsnivå og undersøke innvirkning på antall fall i et forskningsprosjekt.

TråTil er et multifaktorielt fallforebyggingsprogram og slike program er effektive når det gjelder å forebygge fall, når programmet tilbys risikopersoner og skreddersys til de ulike deltagernes behov. Resultatet fra dette prosjektet indikerte at de med mest nedsatt balanse og gange ble mindre bekymret for å falle, enn de som ikke hadde like redusert gange og balanse.

Det var godt oppmøte, noe som kan bety at det tilbudet ble vurdert som nyttig for deltagerne.

Dette prosjektet har vært med på å fremme kunnskapsbasert praksis i Nittedal kommune, og det har bidratt til å videreutvikle det forebyggende tilbudet til seniorer i kommunen. Det har gitt erfaringer, og bidratt til nettverksbygging mellom frivillig organisasjon, forskningsmiljø og kommunen. Dette har vært et modellutviklingsprosjekt.

I det opprinnelige randomiserte kontrollerte studiet fra Australia fant de at menn hadde større effekt av gruppeprogrammet, (Clemson m fl, 2004). Menn fikk redusert sin risiko for å falle med 68 prosent, og kvinnene fikk redusert sin risiko for å falle med bare 4 prosent (Clemson m.fl., 2004) (Tuntland og Kjeken, 2008). En av forskjellene mellom menn og kvinner i dette opprinnelige studiet var at det var mye mer sannsynlig at damene bodde alene enn at menn bodde alene. Forfatterne peker derfor på at støtten fra en ektefelle kan være viktig for å lære seg og å følge opp de fallforebyggende strategiene som det blir undervist om i programmet. De fremhever også at menn generelt, er mindre aktive i helse-aktivitet og i å søke helse-kunnskap enn kvinner (Clemson m f., 2004). I våre grupper ser vi at alle som ble mindre bekymret for å falle bodde sammen med noen. Det er imidlertid viktig å være klar over at pga lavt antall deltagere i prosjektet kan dette være tilfeldig.

Vi ser at dataanalysen av FES-I skjema viser at noen av deltagerne ble så vidt litt mer bekymret for å falle, dette kan ha sammenheng med at programmet begge gangene ble utført på senhøsten. At vinteren er på vei kan muligens være en årsak til at noen av deltakerne opplever økt bekymring. Vi ser fordelen av å kunne hatt mer tid til å gå utendørs, og muligens også praktisert teknikker på vinterføre.

Noe annet som kunne vært mer optimalt, var å unngå skifte av gruppeleder underveis. I den andre gruppen gikk fysioterapeuten ut i permisjon midtveis i programmet, og gruppelederen ble sykemeldt da det var igjen to gruppemøter. Dette er hendelser som kan oppstå i praksis, men vi ser at det kan ha hatt negativ effekt på gruppeprosessen og dermed også læringen i gruppa. Prosjektet har vært tilknyttet en liten avdeling som var sårbar med relativt få ansatte i utgangspunktet. I programmet erfarte vi verdien av tverrfaglig samarbeid, og fysioterapeuten var inne på 3-4 av 8 gruppemøter. Noen tilbakemeldingen fra deltagerne var at de savnet mer trening i gruppemøtene.

3.3.2 Gjennomføring og gjennomførbarhet

Gjennom prosjektperioden har vi gjort oss en del erfaringer knyttet til utøving av modellen og i forhold til det å gjennomføre prosjektet. Modellen som TråTil bygger på oppleves som

gjennomførbar i en hektisk arbeidshverdag i kommunehelsetjenesten. Dette er blant annet fordi modellen har tydelige beskrivelser av innholdet i hver gruppetime. Det er også utarbeidet ressursark til de ulike temaene som er nyttige å bruke. Neste gang man skal gjennomføre gruppene vil det kreve mindre tid i forberedelser av gruppeleder. Vi har også brukt penger på innkjøp av hoftetruser, manualer og foredragsholdere. Noe utstyr er nødvendig å ha når man arrangerer grupper, men det kan vurderes om man skal ha eksterne foredragsholdere. En annen viktig faktor når et prosjekt skal gjennomføres i en avdeling er at det til en hver tid er nok personalressurser.

Vi har arrangert to grupper og som gruppeledere har vi ulik erfaring. Det er imidlertid viktig å ha satt seg inn i gruppedynamikk og de ulike temaene på forhånd. Videre må man tilegne seg kunnskap om de ulike temaene som skal tas opp på gruppetimen og være bevisst på hvordan man formidler informasjon. I de senere årene har det vært økt fokus på brukermedvirkning, og at deltagerne skal være aktive. I etterkant av at gruppeprogrammet ble utviklet i Australia, har konseptet blitt videreutviklet i Wisconsin.

Deltagerne har mye kunnskap, for eksempel hva som er en god sko, eller hvilke matvarer det er mye D-vitamin i. Det er slik kunnskap man ønsker at skal komme frem i gruppa slik at de andre gruppedeltakerne og vi som gruppeledere kan ta del i deres kunnskap. Å legge til rette for et klima i gruppa som gjør at deltagerne kan utfordre hverandre og som kan bidra til en positiv utvikling, fremmer læring i gruppa. At deltagerne er trygge på at de kan komme med innvendinger og andre syn kan tolkes som at man sammen med deltagerne har fått til et trygt miljø i gruppa. I de situasjonene der vi opplever at vi har lykkes i å ønske deltagernes innvendinger, kunnskap og erfaringer velkommen, opplever vi at det har bidratt til en positiv læring i gruppa.

De to gruppene ble utført to ulike steder geografisk i kommunen. Ut i fra hvor deltagerne bodde så fikk vi flere deltagere som bodde i samme område som kurset ble arrangert. Dette *kan* bety at vi muligens vil nå flere potensielle deltagere ved å arrangere kurset på ulike steder i kommunen. Vi foreslår at vi i det videre arbeidet registrerer hvor deltagerne bor, for videre å vurdere viktigheten av å avholde kurset flere steder i kommunen. En kvalitativ studie som undersøkte hvorfor eldre takket nei til å delta i et fallforebyggende forskningsprogram, fant at mobilitetsproblemer, transportproblemer, lang avstand til stedet, parkeringsmuligheter og transportkostnader var blant grunnene til at folk takket nei til å delta (Elskamp, m.f., 2012).

Da dette er et avgrenset prosjekt har det ikke vært meningen at vi ved prosjektets slutt skulle kunne dokumentere at TråTil-intervensjonen kan ha redusert antall fall hos deltakerne. I så fall måtte vi hatt langt flere deltagere og lagt opp et design som gjorde at vi fikk dokumentert antall fall i TråTil-grupper og antall fall hos de som ikke får TråTil-intervensjon**.**

3.3.2.1 Matnyttig Stepping On manual

Stepping On- manualen oppleves som matnyttig og brukervennlig, og den gir konkrete tips om hvordan man skal presentere innholdet i hver gruppetime. Det åpner opp for å få frem deltagerens egne ressurser og kompetanse på de ulike områdene. Det er mye informasjon og mange tema som skal presenteres i hvert gruppemøte, og derfor blir det naturlig å være nøye med å passe tiden. Samtidig skal man som gruppeleder kunne gi rom for gode diskusjoner deltagerne imellom. Det er en balansegang å finne ut når man skal være aktiv som gruppeleder og når man skal trekke seg litt tilbake. Dersom det er en god flyt og deltagerne

holder seg til temaet kan store deles av et gruppemøte «flyte» uten så mye innblanding fra gruppeleder.

Manualen (Clemson og Swann, 2008) gir også råd om hvordan man skal legge til rette for ulike personligheter i en gruppe. Det kan derfor være gunstig å bli bevisst hvem i gruppa som er veldig aktive, hvem som er den kritiske og hvem som er mer stille. Det kan være nyttig å lage et sosiogram over gruppa. Gruppens sammensetning har nok en del å si i forhold til de ulike fasene man skal igjennom. Det kan være en fordel å ha en co-terapeut som man kan bruke til å reflektere med. I våre grupper brukte fysioterapeuten og gruppelederen hverandre som co-terapeuter.

3.3.3 Prosjektets nytte for prosjektgruppen, søkerorganisasjonene, målgruppen og andre

Prosjektlederne har fått nyttig erfaring på prosjektarbeid, på å koordinere prosjektaktiviteter og prosjektledelse. Videre har prosjektlederne fått kunnskaper om denne fallforebyggingsmetoden, og fått økt erfaring i å arrangere fallforebyggingsgruppene. Erfaring med å lede en gruppe har også vært nyttig og lærerikt. Det har betydd mye for prosjektledernes jobbtilfredshet å arbeide med et slikt kvalitetsutviklingsprosjekt.

Prosjektet har hatt nytteverdi for Nittedal kommune. Dette prosjektet fører til at kommunens innbyggere kan delta på et bredere forebyggende tilbud. TråTil-grupper kan være et aktuelt tilbud for eldresentre. Nytteverdien kan være stor fordi Norge er et vinterland med særlige utfordringer knyttet til fall og bekymring for å falle. Fra før hadde Nittedal kommune balansegrupper. TråTil er supplement til dette. Begge disse gruppene skal utføres i Nittedal kommune, TråTi gruppene er forankret i kommunens Handlingsplan.

Når det gjelder prosjektets nytteverdi for målgruppen er det tidligere i rapporten presentert at 5 av 15 deltagerne har blitt mindre bekymret for å falle. Ut i fra den opprinnelige forskningen (Clemson m flere, 2004) på programmet bør det vurderes om man særlig skal oppfordre menn å delta på slike grupper videre.

3.3.4 Hva kunne vært gjort annerledes?

Vi skulle ønske at vi hadde registrert hvor mange fall deltakerne hadde hatt før de startet opp. På den måten kunne vi fått sett om det hadde blitt noen reduksjon i fallforekomst etter intervensjon. Vi ser at det var noen FES-I skjemaer som var fylt ut feil og tenker at hvis deltakerne hadde fått noe bistand med utfylling så hadde vi hatt flere resultater vi kunne ha brukt. Kartlegging av fysisk funksjon og balanse, og eventuell fremgang hos deltagerne kunne vært interessant å hatt oversikt over neste gang TråTil arrangeres. På den måten ville vi kunne sett om det var sammenheng mellom deltagerens fysiske funksjon/balanse og grad av bekymring for å falle. Treningen i TråTil går i stor grad ut på at deltageren skal utføre øvelsene hjemme og det kunne vært interessant om det ville bidratt til bedring i fysisk funksjon.

3.3.5 Økonomiske resultater

Det ble foretatt noen omdisponeringer. Ingen overskridelser. Kr 55 411 tilbakeføres, da planlagt kurs uforutsett måtte avlyses fordi eksterne foreleserne avlyste.

Inntekter	**Beløp**	**Utgifter**	**Beløp**		
			2010	**2011**	**2012**
Bevilget ExtraStiftelsen	321 000	Lønn sosiale utgifter	132 000	44 220	122 650
Offentlige midler	64 000	Innkjøpte tjenster honorarer	7794	1 660,50	3 000
Andre inntekter	4 500	Materiell/Utstyr	1 260		
		Andre utgifter	9 000	7 000	5 505
		sum pr år:	150 054	52 880,50	131 155
		Gjenstår ubrukt e prosj. slutt			55 411
Sum inntekter	389 500	389 500	389 500	389 500	389 500

4.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

4.1 Oppsummering

Ved prosjektets oppstart hadde vi følgende hoved- og delmål:

Hovedmålet med prosjektet var å forebygge fall hos eldre i Nittedal kommune, og at deltagerne skal øke troen på egen mestring i fallrisiko-situasjoner.

Delmål 1: å tilpasse programmet til norske forhold.
Delmål 2: å utføre og evaluere programmet med to grupper eldre
Delmål 3: spredning av kunnskap om metoden og våre erfaringer.

Av tidligere forskning som er gjort i forhold til multifaktorielle intervensjoner vet vi at de konkluderer ulikt, men at det er vist effekt dersom intervensjonen rettes mot individuelle behov og tilbys risikopersoner.

Det vi vet er at fem av akkurat de deltagerne som deltok i programmet har blitt mindre bekymret for å falle.

4.1.2 Veien videre

Vi håper at prosjektet brukes videre til å fortsette med TråTil grupper i Nittedal kommune.

«Vi har mye å lære av hverandre» sagt av deltaker

Dette har vært et modellutprøvingsprosjekt, et pilotprosjekt og som kanskje kan bidra til videre forskning. Vi har hatt innlegg på møteplass i regi av Norsk ergoterapeutforbund, på fylkessamling for Akershus NKS, i Nittedal kommunes eldreråd og i komite for omsorg i Nittedal kommune. Det er sendt inn abstract med ønske om å holde innlegg på Norsk fagkongress for Ergoterapeuter.

4.2 Konklusjon

Etter programmet anga 6 av 15 deltagere at de var mindre bekymret for å falle. Resultatene indikerer at det er en forflytning nedover skalaen mot mindre bekymring for å falle. Det er ikke en signifikant endring. Prosjektet har overføringsverdi til den praktiske hverdagen, da det er mulig og ønskelig å gjennomføre TråTil-grupper i kommunehelsetjenesten i Nittedal

Vi mener at de erfaringene vi har gjort oss om modellen i praksisfeltet er positive og at TråTil kan være et nyttig redskap som et lavterskeltilbud for å forebygge fall hos eldre.

Kildehenvisning:

Bergland og Wyller, TB. Self-rapported function of walking, test of balance and risk of falling. Tidskrift for den norske Lægeforrening, 2006; 126: 176-8.

Campbell AJ, Robertson MC. Rethinking individual and community falls prevention strategies: a meta – regression comparing single and multifactioral interventions-. Age ageing. 2002; 36(6): 656-662.

Carande-Kulis VG, Stevens J, Beattie BL, Arias I. The business case for interventions to prevent fall injuries in older adults. Injury Prevention. 2010;16:A249-A249
Clemson, Lindy, Cumming, R.G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R., og Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-Based Program for Reducing the incidence of Falls in the Elderly: A Randomized Trial. 52:1487-1494, 2004. American Geriatrics Society.

Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, et- al – Interventions for the prevention of falls in older adults:systematic rewiew and meta – analasis og randomized clinical trials- . BMJ. 2004; 328(7441):680.

Clemson, L og Swan, M (2008). Stepping On : Building confidence and reducing falls, a community-based program for older people. Sydney University Press.

Cole, M.B. (2005). Group dynamics in Occupational Therapy. Slack Incorporated. Thorofare.

Departementene. 2009. Nasjonal strategi Ulykker i Norge Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014.

Elskamp, AB, Hartholt KA, Patka P, van Beeck EF og van der Cammen TJ (2012). Why older people refuse to participate in falls prevention trials: A qualitative study. Exp Gerontology. Apr;47(4):342-5.

Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. – Multifactioral assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergenzy care settings: systematic review and meta – analysis-. BMJ. 2008;336(7636):130-133.

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. – interventions for preventing falls in older people living in community-, Cochrane database syst. Rev. 2009;(2):CD007146.

Hektoen m. fl. Cost – effectiveness inn fall prevention for older women, scand of public health 2009;37:584-589.

HelbostadJ, Taraldsen K, Granbo R, Yardley L, Todd C, Sletvold O. – Validation of the falla efficacy sacale – international(FES – I) in fall-prone older persons. Age Ageing. In press. 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse og omsorgsdepartementet. St. meld nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Lord, Sherrington, Menz, Close – Falls in older people - 2007

Nittedal kommune. Handlingsplan for Nittedal kommune (omsorgsplan)

Pettersen R.- Recurrent falls in the elderly. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 631–4.

Sosial- og helsedirektoratet (2005)… og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Taraldsen K, - funksjonsvedlikehold og gruppetrening for elder – gjennomføring og evaluering av praksis- Fagartikkel Fysioterapeuten 1/10.

Tinetti, Kumar – The patient who falls- «i\ts always a Trade – off», JAMA, January 20, 2010 – Vol 303, NO 3(Reprinted)

Tuntland, H. og Kjeken, I. (2008) Hvordan kan forskningsfunn anvendes i egen praksis? – Et eksempel på hvordan forskningsresultater fra en valgt artikkel kan brukes i ergoterapeutpraksis. Ergoterapeuten.

Internett:

ProFaNE Prevention of falls. Network europe.
http://www.profane.eu.org/fesi.html

Samhandlingsreformen i kortversjon, Helse – og omsorgsdepartementets nettsider:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137

Skadeforebyggende forum (Rapport: TRYGGE ELDRE)
http://www.skafor.org/no/Hoved/Publikasjoner1/Trygge-eldre/

NAV Lovtekst om hoftebeskyttelse:
http://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F20070628-814

HELFO () Oversikt over hoftebeskyttere:
http://www.helfo.no/helsepersonell/grossister-og-leverandorer/Sider/medisinsk-forbruksmateriell.aspx

Fagartikkel om hoftebeskyttere:
Factors influencing hip protector use among community-dwelling older adults:Susan J Blalock,1,2 Karen B Demby,2 Karen L McCulloch,2,3 Judy A Stevens4: Published Online First 29 June 2010 at injuryprevention.bmj.com

Faktaark om Vitamin D fra Helse – og velferdsetaten i Oslo kommune:
http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/ernaring_og_kosthold/ernaring_for_pleie_og_omsorgstjenestene/idbanker/article84913-13899.html

VEDLEGG 1

Øk selvsikkerhet og reduser fall - et nærmiljøprogram for eldre

Det gode liv for ALLE i Nittedal

Trå til

Fallforebygging for de over 70 år

HELSE OG REHABILITERING

Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner

Norske Kvinners Sanitetsforening

Hva kan du gjøre?

Bli med i et program som kan redusere fall. Kurset hjelper deg og andre som har falt, eller er redd for å falle.

Hva kan vi tilby?

En ergoterapeut, fysioterapeut og lege vil informere om fallforebygging, og du vil trene på enkle øvelser som reduserer risikoen din for å falle. Kurset er kostnadsfritt.

Opplegget er basert på det nyeste innen forskning

Kurset går over 7 uker, med planlagt oppstart 15 sept. Stedet er Solli Sanitetshus, Solliv. 7, på Rotnes.

Vil du vite mer

Kontakt

Grete Marthinussen
Telefon: 67 05 70 00
e-post: grete.marthinussen@nittedal.kommune.no

Svarslipp Trå Til

Navn:.....

Telefon.....

Adresse:.....

Sendes Døli pleie og omsorgssenter, Vargveien 1, 1488 Hakadal, merk konvolutten med "Trå Til".

VEDLEGG 2

Self-reported walking

Bergland A, Wyller TB. Self-rapported function of walking, test of balance and risk of falling. Tidskrift for norske Lægeforrening, 2006; 126: 176-8

Spørreskjema om gangvansker. De følgende spørsmålene handler om din balanse og gange. Vi ber deg om å svare ut fra hvordan du vanligvis opplever dette. Hvis du for tiden ikke kan gå verken med eller uten hjelpemidler, ber vi deg vente med å svare til du igjen kan gå. Sett en ring rundt det svaralternativet som passer deg best!

Spørsmål	**Svar**
Har du vansker med å holde balansen når du går?	1: Ja 2: Nei
Har du vansker med å bevege deg i egen bolig?	1: Store vansker 2: Noe vansker 3: Ingen vansker
Har du vansker med å bevege deg utenfor egen bolig?	1: Store vansker 2: Noe vansker 3: Ingen vansker
Bruker du ganghjelpemiddel (stokk, krykke e.l.) i egen bolig?	1: Ja 2: Nei
Bruker du ganghjelpemiddel (stokk, krykke e.l.) utenfor egen bolig?	1: Ja 2: Nei

Instruks for helsepersonell som administrerer spørreskjemaet

Pasienten bes om å fylle ut skjemaet på egen hånd, slik han eller hun selv vurderer sin gange og balanse. Du skal ikke besvare spørsmålene for pasienten, men kan hjelpe pasienten med å forklare spørsmålene dersom han eller hun har vansker med å forstå dem. Pasientens svar summeres. Sumskåren vil variere mellom 5 (store vansker) og 12 (ingen vansker). En skåre på 11 eller dårligere indikerer at pasienten har en risiko på om lag 25 % for å oppleve minst to fall det neste året, og tiltak for å redusere risikoen for fall og/eller konsekvensene av fall bør da vurderes.

VEDLEGG 3

FES-I Norwegian translated from English by Dr Jorunn L. Helbostad

FES-I De følgende spørsmålene handler om hvor bekymret du er for at du kan komme til å falle. Vi ber deg om å svare ut fra hvordan du vanligvis utfører aktiviteten. Hvis du for tiden ikke utfører aktiviteten (for eksempel hvis noen andre går i butikken og handler for deg), vil vi be deg angi om du tror at du ville være bekymret for å falle HVIS du utførte aktiviteten. Kryss av for utsagnet som ligger nærmest opp til din egen opplevelse av, i hvor stor grad du er bekymret for å falle.

Ikke bekymret i det hele tatt *1*	*Litt bekymret* *2*	*Ganske bekymret* *3*	*Veldig bekymret* *4*

1	Gjøre rent i huset (f.eks. tørke støv, støvsuge eller vaske)	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
2	Kle av eller på deg	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
3	Tilberede enkle måltider	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
4	Bade eller dusje	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
5	Gå i butikken	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
6	Reise deg opp fra, eller sette deg ned på en stol	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
7	Gå opp eller ned trapper	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
8	Spasere i nabolaget	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
9	Strekke deg for å nå ting over hodehøyde eller bøye deg for å ta opp ting fra golvet	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
10	Ta telefonen før den stopper å ringe	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
11	Gå på et glatt underlag (f.eks. vått eller isete)	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
12	Besøke en venn eller slektning	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
13	Gå på sted der det er mange mennesker	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
14	Gå på ujevnt underlag (f.eks. dårlig vedlikeholdt fortau, grusvei)	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
15	Gå opp eller ned en skråning	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐
16	Delta i sosiale sammenkomster (f.eks. gudstjeneste, familiesammenkomst, møte)	*1* ☐	*2* ☐	*3* ☐	*4* ☐

VEDLEGG 3

<u>Fra helsedirektoratet:</u>

Vitamin D

Vitamin D, helse og sollys
Vitamin D er nødvendig for normal beinmetabolisme. Alvorlig vitamin D-mangel kan føre til skader på skjelettet, som rakitt hos barn og osteomalasi (oppbløtning av knoklene) hos voksne. Vitamin D-mangel er en risikofaktor for osteoporose og brudd.

I tillegg er dårlig vitamin D-status foreslått som en medvirkende årsak til utvikling av en rekke andre tilstander som blant annet kreft, multippel sklerose og diabetes.

Vitamin D og sollys

Vitamin D dannes i huden når den utsettes for sollys. Sollyset er som regel mer betydningsfullt enn kosten for å dekke behovet. Når soleksponeringen blir for liten er vitamin D-inntak fra kosten avgjørende for å opprettholde god status. Fet fisk, tran, vitamintilskudd og spisefett tilsatt vitamin D er de viktigste kildene.

Produksjonen av vitamin D i huden påvirkes blant annet av pigmentering, alder, bruk av solkrem, samt årstid, breddegrad og værforhold.
I Norge er det årstidsvariasjon i vitamin D-status i befolkningen som kan tilskrives årstidsvariasjon i sollyset. En stor del av vinterhalvåret står sola for lavt på himmelen til at vitamin D-produksjon kan skje i huden. Lengden på denne såkalte ”vitamin D-vinteren” øker desto lengre nord man kommer.

Huden vil produsere nok vitamin D til å dekke behovet i sommerhalvåret ved å være regelmessig ute og ha ansikt og hender utsatt for sol.