



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2017 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn (LandSam)

Eldres deltakelse i fallforebyggende trening

En kvalitativ intervjustudie av deltakere i et
fallforebyggende program

Line E. E. Wadel
Folkehelsevitenskap

Forord

To år på Ås har gått forrykende fort og jeg angrer ikke et sekund på at jeg valgte dette studiet og denne retningen. Med masteren i folkehelsevitenskap har jeg fått et bredere og mer helhetlig perspektiv på hva helsefremmende og forebyggende arbeid er. I tillegg har jeg fått skrive masteren min på det feltet som jeg har arbeidet og brent for som fysioterapeut. Ikke minst har jeg fått lære å kjenne dyktige folk innen sitt fagfelt, både lærere, andre forelesere og medstudenter.

Det er mange som har bidratt i arbeidet med denne oppgaven og som fortjener en takk. Først vil jeg takke informantene som stilte opp og velvillig delte deres erfaringer og tanker rundt dette temaet. Fysioterapeutene i de ulike kommunene som hjalp meg med rekrutteringen fortjener også en takk. Videre vil jeg takke stipendiat og veileder på HIOA, Maria Bjerk, for at hun tok meg inn i varmen og hadde tro på meg fra starten av og for erfaringene jeg har fått som forskningsassistent i PhD-studien. Takk for gode samtaler, tilbakemeldinger og motiverende ord! Jeg vil også takke min veileder på NMBU, Camilla Marta Ihlebæk, for kloke ord og god veiledning med masteroppgaven, for et studie med høy kvalitet og for et klasserom med stor takhøyde.

Til slutt vil jeg takke de som har holdt hodet mitt over vannet og bidratt til at hverdagen i masterbobla ikke har vært så aller verst. Alle de flotte medstudentene jeg har fått blitt kjent med og delt denne erfaringen med og mastergruppa på Snap som daglig utløpskanal for frustrasjon har vært gull verdt. Det samme har samboeren min Erik, som har vært tålmodig, støttet meg og holdt ut med meg gjennom disse to årene med studier og som vet akkurat når det er på tide å rømme landet. :)

Oslo, 10.05.2017

Line Wadel

Sammendrag

Bakgrunn: Fall er en ledende årsak til skader og skaderelatert død blant eldre og er noe som i stor grad kan forebygges med fysisk aktivitet og trening. Nasjonale kartleggingsstudier viser likevel at mange eldre er inaktive. For å nå eldre med fallforebyggende tiltak er kunnskap om hva denne gruppen selv mener om deltakelse i trening viktig.

Formål: Å få økt kunnskap om hvilke faktorer som påvirker Eldres deltakelse i fallforebyggende trening.

Metode: En kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming ble benyttet. Det ble utført syv kvalitative intervjuer med tidligere deltakere i et fallforebyggende prosjekt i ulike kommuner på Østlandet. Malteruds modifiserte metode for systematisk tekstkondensering har blitt brukt for å analysere intervjuene, og Banduras sosial-kognitive teori ble benyttet for å diskutere funnene.

Resultater: Analysen viste at en personlig indre drivkraft og god oppfølging og tilrettelegging var viktige forutsetninger for deltakelse i trening. Et ønske om å kunne delta i samfunnet og å bevare eller bedre funksjonen kom frem som de to viktigste motivene for å trene, mens et redusert funksjonsnivå og manglende kunnskap om trening kom frem som barrierer for å trene.

Konklusjon: Det er en rekke faktorer som påvirker Eldres deltakelse i trening. En indre drivkraft kan ses på som en høy grad av mestringstro og kan være viktig for igangsetting og opprettholdelse av trening. Oppfølging og tilrettelegging kan hjelpe de eldre med å overkomme barrierer og bygge mestringstro til aktiviteten fra et tidlig tidspunkt. Manglende kunnskap om trening kan føre til feilaktige formeninger om effekten av trening og om egen evne til gjennomføring, som igjen kan føre til en lav tro på egen mestringsevne. I så måte er også kunnskap en forutsetning for å delta i trening. Fysisk funksjon var både et motiv og en barriere for trening og mangel på fremgang kan påvirke mestringstroen til aktiviteten. Til slutt var ønsket om å delta i samfunnet et viktig motiv for informantene og kan brukes som et mål for å øke Eldres deltakelse i et treningstiltak.

Abstract

Background: Falls are a leading cause of injuries and injury related deaths among older people. Research has shown that the risk can be reduced through exercise and physical activity. However, still many elderly have an inactive lifestyle. To engage the elderly in fall prevention measures, knowledge of older people's perceptions about participation in exercise is important.

Aim: To gain an understanding into what factors affect elderly's participation in fall prevention exercise.

Method: A qualitative method with a phenomenological approach was used to perform seven qualitative interviews with former participants of a fall prevention project in municipalities in the south east of Norway. To analyse the interviews, Malteruds modified method of systematic text condensation has been used and Banduras social cognitive theory has been used to discuss the findings.

Results: The analysis shows two important prerequisites to participate in and maintain an exercise behaviour; a personal inner drive and appropriate follow-up from health professionals. Participation in society and an ambition to maintain or improve their physical function were two important motives for exercising. Reduced levels of functioning and a lack of knowledge about exercise were found to be the main barriers for exercising.

Conclusion: Numerous factors affect older people's participation in fall prevention exercise. An inner drive can be perceived as a high self-efficacy and may be important for initiation and maintenance of exercise. Appropriate follow-up and facilitation may help the elderly in overcoming barriers and build exercise self-efficacy from the start. A lack of knowledge of exercise can lead to an incorrect notion of the effects of exercising and on own ability to perform the activity. This again may lead to a low self-efficacy. In that way, knowledge can also be a prerequisite for participation in exercise. Physical function can be both a motivation and a barrier for exercising and a lack of progress can affect the elderly's self-efficacy. Finally, the ambition to participate in society was an important catalyst for exercising amongst the participants and could be used as an incentive to increase the elderly's participation in exercise.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	III
Abstract	V
Liste med tabeller	IX
1 Innledning	1
1.1 Begrepsavklaring	2
1.1.1 Trening og fysisk aktivitet	2
1.1.2 Fall	3
2 Bakgrunn	4
2.1 Status og utfordringsbilde	4
2.2 Dagens eldrepolitikk	4
2.3 Fall, konsekvenser og forebygging	5
2.4 Fysisk aktivitet og eldre	6
2.5 Deltakelse i fallforebyggende trening	7
3 Teori	10
3.1 Mestringstro	10
3.1.1 Mestringsopplevelser	11
3.1.2 Vikarierende erfaring	11
3.1.3 Verbal overbevisning	11
3.1.4 Emosjonelle forhold	12
3.2 Sosial- kognitiv teori	12
3.3 Trening, eldre og mestringstro	14
4 Problemstilling	16
5 Metode	17
5.1 Valg av forskningsmetode	17
5.2 PhD-prosjektet	18
5.3 Datainnsamling	18
5.3.1 Intervjuguiden	18
5.3.2 Rekruttering og utvalg	19
5.3.3 Gjennomføring	21
5.4 Dataanalyse	22
5.4.1 Transkripsjon	22
5.4.2 Analyse	22
5.5 Forforståelse	24
5.6 Ethiske betraktninger	25
6 Resultater	27
6.1 Forutsetninger for trening	27

6.1.1	Indre drivkraft	27
6.1.2	Oppfølging og tilrettelegging av treningen	29
6.2	Motiver for å trene	31
6.2.1	Ønske om å bevare eller bedre funksjon	31
6.2.2	Deltakelse i samfunnet	32
6.3	Barrierer for å trene	33
6.3.1	Redusert funksjonsnivå	33
6.3.2	Manglende kunnskap om trening	34
7	Diskusjon	36
7.1	Indre drivkraft i et mestringperspektiv	36
7.2	Kunnskap som barriere og forutsetning for trening	38
7.3	Redusert funksjon i et mestringperspektiv	40
7.4	Deltakelse i samfunnet som motiv og mål for det fallforebyggende arbeidet	42
7.5	Tilrettelegging og oppfølging i et mestringperspektiv	43
7.6	Metodediskusjon	46
7.6.1	Reliabilitet	46
7.6.2	Validitet	47
7.6.3	Generaliserbarhet	49
8	Implikasjoner og konklusjoner	51
8.1	Implikasjoner for praksis	51
8.1.1	SKT i praksis	51
8.1.2	Prioriteringer basert på mestringstro	53
8.2	Implikasjoner for videre forskning	54
8.3	Konkluderende betraktninger	55
	Referanseliste	57
	Vedlegg 1 - Intervjuguide	61
	Vedlegg 2 - Informert samtykke	63
	Vedlegg 3 - Godkjennelse fra REK	68

Liste med tabeller

1. Tabell 1 – Utvalgets fiktive navn, alder og kommunale tjenester
2. Tabell 2 – Eksempel på analyseprosessen
3. Tabell 3 – Kategorier og underkategorier identifisert i analysefasen

1 Innledning

Denne oppgaven fokuserer på hjemmeboende Eldres deltakelse i fallforebyggende trening, et tema som er viktig for det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet i kommunene (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2014a; Sosial og Helsedirektoratet, 2005). Å redusere antall fall blant eldre er en viktig oppgave for folkehelsearbeidet i Norge og kan bidra til å oppnå eldrepolitikkens mål om et godt liv i eget hjem med mestring og trivsel. (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2014a; Sosial og Helsedirektoratet, 2005).

Fall kan føre til en redusert funksjon, sykehusinnleggelse og flere tjenester fra kommunen, og er også den største årsaken til skaderelatert død blant eldre over 75 år (Helse og omsorgsdepartementet, 2011; World Health Organization, 2008). Økt fysisk aktivitet og trening er en veldokumentert måte å forbygge fall på, men nasjonale kartleggingsstudier viser at eldre er mer inaktive enn resten av befolkningen (Anderssen et al., 2009; Gillespie et al., 2009; Helsedirektoratet, 2015a; Lexell, Frändin, & Hellbostad, 2009). I tillegg viser studier at Eldres deltakelse i fallforebyggende trening også er lav (Merom et al., 2012; Nyman & Victor, 2012; Thomas, Mackintosh, & Halbert, 2010). Grunnene for dette er mange og barrierene eldre har for å trene er både strukturelle, fysiske og psykososiale av natur (Bunn, Dickinson, Barnett-Page, McInnes, & Horton, 2008; Child et al., 2012; McInnes & Askie, 2004; McMahan, Talley, & Wyman, 2011).

Hjemmeboende eldre er en heterogen gruppe med variasjon i alder, helsestatus og preferanser for deltakelse i fysisk aktivitet (Brawley, Rejeski, & King, 2003; Sosial og Helsedirektoratet, 2005). Mens mange er friske og aktive, har noen en begynnende funksjonssvikt som gjør at de mottar hjelp i hjemmet (Helsedirektoratet, 2013). Dette er en gruppe eldre som kan være i faresonen for å oppleve fall og en videre reduksjon i sin funksjon, og de bør derfor være en målgruppe for det fallforebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2013).

En av de mest brukte teoretiske tilnærmingene for å forklare helseatferd er Banduras «sosial- kognitive teori» der mestringstro spiller en viktig rolle (Bandura, 1997). Mestringstro har også vist seg å være en av de sterkeste og mest konsistente psykologiske faktorene for treningsatferd (Sherwood & Jeffery, 2000; Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown, 2002). Studier viser at tro på egne evner til å mestre treningsaktiviteten er viktig både i oppstarten og i opprettholdelsen av treningen (McAuley, 1992; McAuley, Jerome, Marquez, Elavsky, & Blissmer, 2003; McAuley, Szabo, Gothe, & Olson, 2011).

For at helsepersonell skal kunne bidra til å motivere denne gruppen eldre til økt aktivitet før et eventuelt funksjonsfall, er innsikt i hvilke faktorer som på-

virker hjemmeboende Eldres deltakelse i fallforebyggende trening viktig. Derfor trenger man kunnskap som går i dybden på hva de eldre selv mener om deltakelse i denne typen trening, og en forståelse for årsaken til atferden deres når det gjelder fysisk aktivitet og trening. Mer kunnskap om hvordan mestringsstro spiller inn på Eldres deltakelse i trening kan gi helsepersonell mer innsikt og verktøy i arbeidet med å øke aktivitetsnivået til denne gruppen (McAuley, Szabo, et al., 2011; Phillips, Schneider, & Mercer, 2004).

Forskning på området fallforebygging har i liten grad spesifikt inkludert denne gruppen eldre som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet. Det har heller ikke lyktes å finne norske studier som belyser denne gruppens erfaringer rundt dette temaet eller som har en sosial- kognitiv referanseramme. Denne studien ønsket derfor å undersøke hvilke faktorer som spiller inn på de Eldres deltakelse i fallforebyggende trening og å belyse hvilken innvirkning mestringsstro kan ha på disse faktorene.

1.1 Begrepsavklaring

Videre avklares to relevante begreper for denne studien.

1.1.1 Trening og fysisk aktivitet

Begrepene fysisk aktivitet og trening blir ofte brukt om hverandre i litteraturen, og de har også flere likhetstrekk. Både trening og fysisk aktivitet kan ifølge Garber et al. (2011) defineres som «all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå» (s. 1337). Ifølge samme forfatterne er trening en underkategori av fysisk aktivitet. Trening defineres derfor i tillegg som «fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert, repetitiv og målrettet for å forbedre eller opprettholde en eller flere komponenter innenfor fysisk form» (s. 1337). Mange former for daglig fysisk aktivitet, som stell av hus og gåturer til butikken, kan også brukes med et mål om å forbedre en eller flere deler av den fysiske formen. Da disse ofte utføres regelmessig kan de derfor også ses på som trening (Garber et al., 2011). Empirien som er gjennomgått bruker også disse to begrepene om hverandre, selv om forskningen stort sett ser på eller har gjennomført studier med treningsintervensjoner, og ikke generell fysisk aktivitet. Forskjellen mellom disse begrepene er også forsøkt avklart i intervjuene slik at intervjuer og informant har samme begrepsforståelse. Videre brukes derfor trening om fysisk aktivitet som er strukturert og målrettet, primært for å forebygge fall, men også for å forbedre eller opprettholde de Eldres funksjon.

1.1.2 Fall

Fall er definert som «en utilsiktet hendelse som resulterer i at en person kommer til å ligge på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet» (Helsedirektoratet, 2015b, s. 5). Denne definisjonen ble bevisst brukt i rekrutteringsprosessen av deltakerne til PhD-prosjektet, da de viste seg at mange eldre kun definerte et fall hvis det hadde ført til en skade. Inkludering av kun eldre som hadde skadet seg som følge av et fall kunne potensielt ha ført til en skjevhet i utvalget. Videre ble denne definisjonen brukt under intervjuene for å forsikre om at alle hadde den samme forståelsen av et fall.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil det gjøres rede for litteratur på områdene eldre, fall, trening og deltakelse i trening. Det vil først redegjøres for de demografiske utfordringene og det nåværende fokuset i eldrepolitikken i Norge. Deretter vil fallproblematikken og empiri som undersøker hvordan dette kan forebygges bli belyst, før det redegjøres for studier som ser på hvilke faktorer som hemmer og fremmer deltakelse i fallforebyggende trening blant eldre.

2.1 Status og utfordringsbilde

Forventet levealder har økt kontinuerlig de siste par hundre årene og vil fortsette å øke i årene fremover (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Bedre helse blant de eldre gjør at en på 65 år kan ha 15-20 funksjonsfriske år fremfor seg, noe som gjør at også andelen eldre øker (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Det anslås at det vil være dobbelt så mange eldre over 60 år som barn og unge i 2050, og at andelen eldre over 70 år vil øke fra omlag 11% i dag til 24% i 2060 (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009; Helse og omsorgsdepartementet, 2014a; Tønnessen, 2015). I de kommende årene vil dette spesielt merkes ved at de store etterkrigskullene er i ferd med å passere 70 år (Tønnessen, 2015).

Denne endringen i befolkningssammensetningen kan føre med seg store utfordringer for helse og velferdssystemet, som i liten grad er utviklet til å håndtere det økende behovet for tjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2014b). Man må derfor forsøke å skape en bærekraftig helsetjeneste og utnytte ressursene man har på en bedre måte (Helse og omsorgsdepartementet, 2014b).

2.2 Dagens eldrepolitikk

Det er et økt fokus på de kommunale tjenestene i helsepolitikken etter innføring av samhandlingsreformen og ikrafttredelse av den nye helse- og omsorgstjenesteloven i 2012 (Helse og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). En større del av tjenestene skal utøves i kommunene og det skal legges større vekt på forebyggende arbeid med tidlig innsats (Helse og omsorgsdepartementet, 2014b). Man skal også i økende grad ha fokus på helsefremmende arbeid der man skal legge til rette for at befolkningen selv kan ta kontroll over de forholdene som påvirker helsen deres (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a; Mæland, 2010). Helsetjenesten skal bidra til at behovet for tjenester blir mindre. For tjenesteytere betyr dette blant annet veiledning

og tilrettelegging av tilbud og tjenester også før sykdom har oppstått (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Dette krever en aktiv og kunnskapsbasert tilnærming til befolkningen og at det kommunale systemet jobber effektivt og evidensbasert (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I eldreomsorgen er det fokus på at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig med god livskvalitet (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2011). Det skal legges til rette for et aktivt og trygt liv for de eldre, der trivsel og deltakelse er sentralt (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Helse- og omsorgstjenestene skal legge mer vekt på både sosial og fysisk aktivisering da en aktiv hverdag med mestring av eget liv er en viktig del av løsningen for å møte de demografiske endringene (Helse og omsorgsdepartementet, 2014b). Kommunene skal tilrettelegge for dette og det fremheves i melding til Stortinget nr. 26 at det er tjenesteyterne som har ansvar for å tilpasse og endre tjenestene sine, for å best mulig møte morgensdagens utfordringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2014b).

2.3 Fall, konsekvenser og forebygging

Fall er en av de vanligste årsakene til at eldre blir innlagt på sykehus og den største årsaken til skaderelatert død blant eldre over 75 år (Helse og omsorgsdepartementet, 2011; World Health Organization, 2008). Risikoen for fall øker med alderen fra omlag 30% for hjemmeboende over 65 år og opp mot 50% for de over 80 (Gillespie et al., 2009; Rubenstein & Josephson, 2002; World Health Organization, 2008).

Fall kan resultere i ulike typer skader. De fleste er mindre sår og kutt, men studier viser at mellom 5 og 10% av fall blant hjemmeboende eldre resulterer i alvorlige skader som brudd, hodeskader og alvorlige kutt (Masud & Morris, 2001; Rubenstein & Josephson, 2002). Fallrelaterte skader kan føre til en reduksjon i funksjonsnivå, depresjon, økt risiko for å komme på sykehjem og et økt forbruk av helsetjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). I tillegg kan fall føre til økt frykt for nye fall, inaktivitet, isolasjon og videre nedsatt livskvalitet (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Fall og fallrelaterte skader er derfor et stort folkehelseproblem som fører til store utgifter for helsevesenet og samfunnet (Vieira, Palmer, & Chaves, 2016; World Health Organization, 2008). Det er i tillegg et av de vanligste problemene som helse og omsorgstjenesten opplever i sitt møte med eldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2011, 2014a).

Forebygging av fall er derfor et prioritert område i folkehelsearbeidet i Norge

og regjeringen vil ha et økt fokus på det fallforebyggende arbeidet med et mål om å redusere antall hoftebrudd med 10 % innen 2018 (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2014a; Sosial og Helsedirektoratet, 2005). I tillegg har studier vist at fallforebygging er kostnadseffektivt og en god samfunnsøkonomisk investering (Beard et al., 2006; Helse og omsorgsdepartementet, 2014a; World Health Organization, 2008). Regjeringen mener derfor at fallforebyggende arbeid bør inkluderes mer systematisk i arbeidet til helse- og omsorgstjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a).

Det klart mest effektive tiltaket for å forebygge fall har vist seg å være fysisk aktivitet. Flere studier og systematiske oversikter konkluderer med at dette både kan redusere antall fall og risikoen for fall (El-Khoury, Cassou, Charles, & Dargent-Molina, 2013; Gillespie et al., 2009; Vieira et al., 2016). Risikoanalyse og tiltak i hjemmemiljøet, bruk av brodder på vinteren og seponering av psykotropiske medisiner har også vist en positiv effekt og bør vurderes i tillegg til fysisk aktivitet (Gillespie et al., 2009).

2.4 Fysisk aktivitet og eldre

Dagens eldrepolitikk med fokus på trivsel og mestring i eget hjem og nærmiljø forutsetter en relativt god helse og funksjon hos de eldre for å kunne gjennomføre daglige gjøremål og mestre hverdagens krav (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Fysisk aktivitet har mange helsegevinster ut over de fallforebyggende effektene og er også en viktig forebyggende og helsefremmende strategi for å opprettholde personlig selvstendighet og livskvalitet hos eldre (Lexell et al., 2009). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet kan redusere og forebygge en rekke aldersrelaterte fysiske og psykiske forandringer i kroppen (Lexell et al., 2009). I tillegg kan det se ut som at kroniske sykdommer knyttet til aldring delvis kan skyldes inaktivitet mer enn aldringen i seg selv (Lexell et al., 2009). Eldre har like gode muligheter til å forbedre muskelstyrke, balanse og kondisjon som yngre, og en person på 70 år kan vinne opp til tre leveår med god helse ved å begynne med fysisk aktivitet (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a; Lexell et al., 2009).

Helsedirektoratet (2014) anbefaler at alle voksne over 65 år gjennomfører lett anstrengende fysisk aktivitet i minst 150 minutter i uka. Eldre med mobilitets- eller balanseproblemer anbefales i tillegg å gjennomføre styrke- og balanseøvelser minst tre ganger i uka for å forhindre fall. Dette sammenfaller med anbefalingene til Cochrane-oversikten av Gillespie et al. (2009), som har sammenfattet forskning på fallforebygging for hjemmeboende eldre. Gillespie

et al. (2009) anbefaler videre både gruppe- og hjemme-trening med fokus på styrke, balanse, bevegelighet, koordinasjon og utholdenhet. I tillegg sier Helsedirektoratet (2014) at hverdagsaktiviteten hos eldre bør økes, slik at hver time med stillesitting bør inkludere minst 10 minutter aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005) sier at det er viktig å tilby eldre aktiviteter som de både kan og vil gjøre, og anbefaler også at det utvikles treningsprogrammer som kan brukes i eget hjem og uten instruktør.

Til tross for de velkjente effektene av trening og fysisk aktivitet, øker andelen inaktive med alderen og i følge «Handlingsplan for fysisk aktivitet» (Sosial og Helsedirektoratet, 2005) mosjonerer opp mot 32% av de i alderen 67-79 år aldri. Nasjonale kartleggingsstudier fra Helsedirektoratet viser den samme trenden; aktivitetsnivået er lavere hos eldre over 65 år enn i resten av befolkningen, med et tydelig fall etter 75års- alderen (Anderssen et al., 2009; Helsedirektoratet, 2015a). Eldre over 80 år beveger seg mellom 30 og 50% mindre enn resten av den voksne befolkningen (Helsedirektoratet, 2015a).

2.5 Deltakelse i fallforebyggende trening

I samsvar med den generelle trenden om høyere inaktivitet med alderen (Anderssen et al., 2009; Helsedirektoratet, 2015a), viser også studier at deltakelse i fallforebyggende trening i hjemmet er lav. I en undersøkelse utført i Australia svarte for eksempel 5681 eldre over 65 år på spørsmål om deres deltakelse i fallforebyggende trening (Merom et al., 2012). Forfatterne fant at 12% av de forespurte deltok på styrketrening og kun 6% deltok på balansetrening. 21% gjennomførte anbefalingene på mer enn to styrke- eller balanseøker i uka, mens bare 5% gjennomførte begge deler (Merom et al., 2012). I tillegg fant Nyman and Victor (2012) i en utvidelse av Cochrane- oversikten til Gillespie et al. (2009), at full deltakelse i fallforebyggende trening på kort sikt var høy (82%), men at den ble redusert til 52% i løpet av det neste året. Dette kan indikere at utfordringen ligger i å fortsette treningsaktiviteten etter et forskningsprosjekt eller annen oppfølging er over (Nyman & Victor, 2012). Dette samsvarer også med en metaanalyse gjort på syv randomiserte kontrollerte forsøk som brukte det fallforebyggende treningsprogrammet «Otago» (Thomas et al., 2010). Forfatterne fant at kun 36,7% av deltakerne enda trente tre ganger i uka etter 12 måneder (Thomas et al., 2010). Disse oversiktene gir inntrykk av at deltakelse i fallforebyggende trening blant eldre er relativt lav over tid. Deltakerne i en studie følger gjerne opp anbefalingene under studien, men kan se ut til å falle fra etterhvert som tiden går.

For at fallforebyggende trening skal ha effekt er det viktig å øke deltakelsen i disse tiltakene. For å gjøre dette trenger man informasjon om hvilke faktorer som hemmer og fremmer deltakelse. De systematiske oversiktene fra Bunn et al. (2008), Child et al. (2012) og McMahon et al. (2011) har undersøkt dette. Til tross for endel metodiske ulikheter konkluderer alle oversiktene med mange av de samme barrierene og motivene for å delta i fallforebyggende tiltak. Videre blir disse kort gjort rede for.

En stor barriere for deltakelse viste seg å være manglende kunnskap om fall, fallforebygging og trening. Bunn et al. (2008) fant i sin oversikt at mange eldre ikke var klar over at trening kan være med på å forebygge fall. Dette støttes av en studie av Hill et al. (2011) som viste at få eldre som nylig var blitt utskrevet fra sykehus og som hadde en fallrisiko, hadde kunnskap om fallforebyggende tiltak. 2,9% av informantene svarte trening som et tiltak og kun 3,2% av de oppgitte strategiene var støttet av forskning (Hill et al., 2011). Alle oversiktsartiklene fant også at mange eldre så på fall som noe som ikke kunne forhindres og at fallforebygging derfor ikke var relevant for dem. Mange mente at det var en normal del av aldringsprosessen og utenfor deres kontroll å gjøre noe med (Child et al., 2012). Oversiktene viste også at mange eldre mente at en redusert fysisk funksjon var uunngåelig med alderen. I tillegg hadde mange lav tiltro både til egen helse og på evnen til å mestre treningen (Bunn et al., 2008; McMahon et al., 2011). På den andre siden fant McMahon et al. (2011) at mange eldre følte at fallforebyggende informasjon ikke var relevant for dem fordi de var for spreke og aktive, eller fordi de ikke anså fall som et helseproblem.

En annen barriere som kom frem av oversiktene var frykten for å falle. Et fall kan føre til tap av selvstendighet, noe som var veldig viktig for mange eldre (Bunn et al., 2008; Child et al., 2012). Dette kan påvirke aktivitetsnivået deres både i positiv og negativ retning. Frykt for å falle kan føre til en lavere selvtillit til deltakelse i fysisk aktivitet og trening, mens frykten for å tape selvstendighet kan være et motiv for å holde seg aktiv og delta på trening (Bunn et al., 2008; Child et al., 2012).

Et viktig motiv for å trene som kom frem i oversikten til Bunn et al. (2008), var tidligere erfaring med og en interesse for trening. Det samme var god helse og en generelt god funksjonsevne (Bunn et al., 2008; McMahon et al., 2011). Sosial støtte og aksept fra både familie og venner, ledelsen av tiltaket og fra eventuelle andre deltakere var også viktige faktorer for å delta (Bunn et al., 2008). I tillegg fant McMahon et al. (2011) at det var mer sannsynlig at eldre deltok i et fallforebyggende tiltak hvis de hadde blitt anbefalt det

av helsepersonell som de stolte på. Positive utfallsforventninger var også et viktig motiv. De eldre måtte ha tro på at treningen ville føre til bedre helse og selvstendighet og at det kunne forebygge fall (Bunn et al., 2008; McMahon et al., 2011). En kvalitativ studie av Resnick and Spellbring (2000) som intervjuet 23 eldre deltakere i en turgruppe, fant også at å opprettholde identiteten som en fysisk aktiv person var en sterk motivator for å fortsette å trene.

I tillegg til psykososiale faktorer, er det også strukturelle og praktiske faktorer som påvirker Eldres deltakelse i trening (DeGroot & Fagerström, 2011). Det fysiske miljøet rundt er viktig og noe som også bør tas hensyn til i utvikling og implementering av tiltak. Viktige faktorer som påvirker deltakelse i fysisk aktivitet hos eldre er blant annet transport, tilgjengelighet, økonomi, tid i hverdagen og program-karakteristika som godt lederskap, hyppige økter samt moderat varighet og intensitet (Bunn et al., 2008; Child et al., 2012; DeGroot & Fagerström, 2011; McMahon et al., 2011).

3 Teori

I dagens folkehelsearbeid er fokuset å fremme befolkningens helse og gi de verktøy til selv å ta kontroll over determinantene for egen helse og trivsel (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2014a; Mæland, 2010). Å bidra til en positiv endring i helseatferd er både en av hovedoppgavene og en av utfordringene til helsepersonell som jobber med eldre i kommunene (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). I dette inngår det å gi eldre selvtillit og evnene til å kunne drive med fysisk aktivitet og trening, for å forebygge fall og bevare funksjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, 2014a). Dette fordrer både et fokus på de sosiostrukturelle determinantene utenfor individets kontroll, men også på de personlige determinantene som påvirker helseatferd (Mæland, 2010).

I dette kapitlet vil Banduras «sosial- kognitiv teori» (SKT) bli presentert, med et hovedfokus på «self efficacy» eller mestringstro. SKT springer ut fra Banduras «sosiale læringsteori», en teori brukt i utdanning og psykologi for å forklare hvordan læring foregår innenfor en sosial kontekst, og har senere blitt videreutviklet til å forklare helseatferd (DiClemente, Salazar, & Crosby, 2013). Denne teorien er valgt da mestringstro har vist seg å være en av de sterkeste psykologiske faktorene for treningsatferd (Troost et al., 2002). I tillegg har forskning blant eldre vist at en lav tro på egne evner til å mestre trening kan være en barriere for deltakelse (Bunn et al., 2008).

Videre vil begrepet mestringstro først bli redegjort for, før de andre komponentene i SKT blir gjennomgått. Teorien blir først presentert for seg selv, før den blir koblet opp mot temaet for denne oppgaven via en gjennomgang av empirien på feltet.

3.1 Mestringstro

Den kanadiske psykologen Bandura hevder at selv om alle individer blir påvirket av det eksterne miljøet rundt, er det til sist deres interne motivasjon og hvordan de tolker verden som avgjør atferden deres (Bandura, 1997). Han tillegger mestringstro en sentral rolle i sin teori og hevder at endring i menneskets atferd lettest er fremkalt av dette (Bandura, 1977). Mestringstro er en persons oppfatning av hans/hennes evne til å utføre en spesifikk atferd. Denne oppfatningen er oppgavespesifikk og vil variere fra person til person og etter hvilken atferd det er snakk om. (Bandura, 1997). Forventninger om egne evner til å mestre påvirker både innledning og standhaftighet i å endre en atferd. Styrken i folks overbevisning om at de kan gjennomføre en atferdsendring vil påvirke om de vil prøve i det hele tatt, hvor mye innsats de legger ned og hvor lenge

de forsøker hvis de møter motstand (Bandura, 1977). Jo sterkere mestringstro, jo større innsats. Lav mestringstro kan føre til flyktig eller ingen anstrengelse i starten av eller opprettholdelsen av en atferdsendring (DiClemente et al., 2013).

Bandura fremhever fire kilder som påvirker ens mestringstro. Dette er *mestringsopplevelser*, *vikarierende erfaringer*, *verbal overbevisning* og *emosjonelle forhold* (Bandura, 1997).

3.1.1 Mestringsopplevelser

Tidligere erfaringer med å mestre en aktivitet eller situasjon påvirker mestringstroen sterkest (Bandura, 1997). I disse tilfellene er man mer villig til å forsøke å gjenta suksessen. Har man derimot hatt situasjoner der man opplever å mislykkes kan det svekke mestringstroen, spesielt hvis det skjer tidlig i etableringen av en ny atferd. Har en sterk mestringstro blitt utviklet gjennom gjentatt suksess skal det mer til for å redusere den, selv om man opplever episoder med motgang. Motgang som senere er overvunnet vil også kunne bidra til å styrke mestringstroen. Hvordan man oppfatter vanskelighetsgraden av oppgaven vil også ha en effekt på mestringstroen. Å klare lette oppgaver gir ingen grunn til å endre troen på egne evner, mens å klare noe som oppfattes som vanskelig, gir gode beviser for at man mestrer bedre (Bandura, 1997).

3.1.2 Vikarierende erfaring

Å se andre som er lik seg selv lykkes i å utføre aktiviteter, kan gi tro på at man selv kan mestre aktiviteten (Bandura, 1997). Dette kan bidra til at man får motivasjon til å fortsette og til å øke egen innsats. I tillegg kan man gjennom å observere andre lære seg evner og strategier for selv å lykkes. Mestringstro basert på bare å observere andre er ofte svakere enn hvis man i tillegg har egen erfaring med aktiviteten (Bandura, 1997).

3.1.3 Verbal overbevisning

Verbal overbevisning som metode for å påvirke atferd er utbredt, ofte fordi det er enkelt og tilgjengelig (Bandura, 1997). Dette går ut på å overbevise mennesker om at de kan mestre en situasjon eller aktivitet, som de i utgangspunktet har lav tro på. Mestringstro introdusert på denne måten er sannsynligvis svakere, fordi man ikke har personlig erfaring med om det faktisk stemmer. Denne troen kan også lett forsvinne igjen ved at man opplever at man mislykkes. Det

er derfor viktig at dette ikke gjøres isolert eller uten å legge til rette for en god gjennomførelse, da et mislykket forsøk vil kunne være med på å redusere mestringstroen og tilliten til den som forsøker å overbevise. I tillegg er det mer sannsynlig at suksess øker mestringstroen hvis man tror at resultatet kommer fra egne evner og ikke fra en form for ekstern hjelp eller støtte. Å gi rom for at personen kan bygge evner basert på egne erfaringer og ikke bare på de eksterne faktorene blir derfor viktig. Det må derfor være en balansegang i støtten man gir og hvor mye man overlater personen til seg selv. Effekten verbal overbevisning har vil også variere avhengig av den opplevde troverdigheten og ekspertisen til den som forsøker å overbevise (Bandura, 1997).

3.1.4 Emosjonelle forhold

Emosjonelle reaksjoner kan være med på å gi informasjon om hvordan man mestrer en situasjon eller en type atferd. Fordi frykt eller høyt nivå av stress ofte svekker ens evner i en situasjon, er det mest sannsynlig at man forventer å lykkes når man ikke opplever slike sterke reaksjoner (DiClemente et al., 2013). For eksempel kan mennesker som ikke er vant til å trene, se på smerter, ubehag og utmattelse som tegn på at man ikke mestrer aktiviteten (Bandura, 1998). Hvis man da velger å unngå disse situasjonene hindrer det utviklingen av mestringstroen, i tillegg til at det vil føre til faktisk dårligere evner, som igjen fører til et realistisk grunnlag for å frykte aktiviteten (Bandura, 1997). For å bygge mestringstro til en helseatferd er først steg da å lære seg å takle de negative emosjonelle reaksjonene som er assosiert med den (Bandura, 1997).

3.2 Sosial- kognitiv teori

I tillegg til mestringstro har SKT fire komponenter til, som er med på å regulere motivasjon, atferd og trivsel (Bandura, 1998, 2004). Dette inkluderer *kunnskap* om risiko og fordeler med en helseatferd og hvordan engasjere seg i den, *utfallsforventninger* om en atferd vil lønne seg, *målsetting* og strategier for å oppnå ønsket atferd og oppfattede strukturelle og sosiale *hemmende og støttende faktorer* i miljøet rundt seg (Bandura, 2004). Mestringstro er nøkkelfaktoren fordi den regulerer motivasjon og atferd både direkte, og indirekte gjennom disse faktorene (Bandura, 1998, 2004).

Bandura ser på kunnskap som en forutsetning for atferdsendring, men ikke som tilstrekkelig i seg selv (Bandura, 2004). Mestringstro virker inn på denne faktoren fordi man trenger tro på egen evne til å lære og tilegne seg kunnskap, slik at man kan oppnå de ferdighetene som skal til for å mestre atferden

(Bandura, 1998).

Forventninger om utfallet til en helseatferd er etter mestringstro den andre viktigste drivkraften bak en atferdsendring (Bandura, 2004). Utfallsforventninger er samspillet mellom at atferden vil lønne seg og hvor mye utfallet betyr for individet. Forventningene kan gå på både det fysiske utfallet og sosiale reaksjoner, i tillegg til egne holdninger til utfallet (Bandura, 2004). Dette kan for eksempel være de fysiske effektene trening vil ha på kroppen og reaksjonene man får fra familie og venner. I tillegg vil holdningene man har til utfallet være viktig, da man gjerne vil gjøre aktiviteter som får en til å føle seg bra og verdifull, og som stemmer overens med ens identitet eller syn på seg selv (Bandura, 2004). Mestringstro vil spille inn på hvilke utfallsforventninger man har. Har man høy tro på at man mestrer atferden, vil man forvente et godt utfall, og motsatt. De med lav mestringstro vil forvente at innsatsen de gjør gir et ugunstig utfall (Bandura, 2004).

Ifølge SKT er utvikling av gode mål en viktig forutsetning for å lykkes i å gjennomføre en atferdsendring (DiClemente et al., 2013). Både kortsiktige og langsiktige mål er viktig og gir inspirasjon til å fortsette (Bandura, 2004). Mestringstro vil påvirke målsettingen ved å bestemme hvilke mål man setter seg og hvor mye innsats man legger i å oppfylle dem (Bandura, 2004).

Opplevde hemmende og støttende faktorer i miljøet vil også ha en innvirkning på helseatferd og på mestringstroen (Bandura, 2004). Man måler sin mestringstro opp mot hindringer i miljøet for å vurdere i hvor stor grad man har mulighet til å lykkes i å utføre aktiviteten (Bandura, 2004). Man vil for eksempel vurdere sin mestringstro til trening opp mot faktorer som økonomi, tidspress og struktur på treningstilbudet, som alle kan være potensielle hindre for utførelsen (Bandura, 2004; Bunn et al., 2008; Child et al., 2012). Nivået av mestringstro vil også avgjøre hvordan disse faktorene blir vurdert. Har man lav mestringstro kan slike hindre gjøre at man velger å ikke utføre aktiviteten. Har man sterk tro vil man se på hindrene som en utfordring og velge å fortsette (Bandura, 2004).

Bandura anerkjenner også at det eksterne miljøet har en innvirkning på individets muligheter og evner til å endre atferd (DiClemente et al., 2013). SKT opererer med begrepet «triadic reciprocal causation» (Bandura, 1997). Her viser Bandura til at atferd, personlige kognitive, emosjonelle og biologiske faktorer, samt det eksterne miljøet, er gjensidig avhengig av hverandre og at deres innflytelse vil variere avhengig av hvilke aktiviteter og omstendigheter det er snakk om (Bandura, 1997). Det eksterne miljøet utenfor individets kontroll er derfor også en viktig faktor å ta hensyn til ved arbeidet med endring av

helseatferd (Mæland, 2010).

3.3 Trening, eldre og mestringstro

Banduras teori om hvordan mestringstro påvirker helseatferd har blitt testet empirisk opp mot treningsatferd hos voksne og eldre. Videre vil denne empirien bli gjennomgått for å gi et inntrykk av på hvilke måter mestringstro kan spille inn på Eldres deltakelse i trening. Det er forsøkt å kun inkludere forskning utført på voksne over 60 år, da dette som oftest er definisjonen empirien har brukt på den eldre befolkningen. Noen studier har dog en yngre populasjon og har blitt inkludert fordi de er de eneste studiene funnet på området. Empiri på fallforebygging og mestringstro er begrenset, slik at forskning på trening generelt også er inkludert. I tillegg vil gjennomgangen basere seg på forskning som har gått ut fra Banduras definisjon av mestringstro. Forskning på andre kognitive atferdsteorier er derfor utelatt. Det er også mange andre kognitive faktorer som spiller inn på deltakelse i trening, noe empirien på området også poengterer. Det er dog utenfor omfanget til denne oppgaven å inkludere disse.

Ifølge Bandura (1997) er mestringstro et viktig element i helseatferd som trening, fordi tro på egne evner gjør at man både velger å starte opp med atferden og opprettholde den på sikt. Studier har også vist at mestringstro er en av de sterkeste og mest konsistente kognitive faktorene som påvirker treningsatferd (Sherwood & Jeffery, 2000; Trost et al., 2002). Dette vises blant annet i en oversiktsartikkel av Trost et al. (2002), som så på determinanter for voksnes deltakelse i trening. De fant at mestringstro til aktiviteten var den variabelen som mest konsekvent samsvarte med å være fysisk aktiv. I en av studiene inkludert i oversikten ble for eksempel et tilfeldig utvalg av 402 aktive og inaktive voksne over 60 år intervjuet om faktorer som hadde innflytelse på deres deltakelse i fysisk aktivitet og trening (Booth, Owen, Bauman, Clavisi, & Leslie, 2000). Forfatterne kom frem til at en signifikant større andel av de aktive hadde høy mestringstro, sammenlignet med de inaktive. En studie av Resnick (2001) så også på hva som påvirket treningsatferd hos eldre. Hun intervjuet 201 eldre selvstendige beboere i omsorgsboliger, med en gjennomsnittsalder på 85 år, og fant at både mestringstro, utfallsforventninger og tidligere treningserfaring var direkte assosiert med nåværende deltakelse i trening. I tillegg fant oversikten av Bunn et al. (2008) at mestringstro var en faktor som også påvirket Eldres deltakelse i fallforebyggende intervensjoner.

Da disse studiene er tverrsnittsstudier kan de ikke avgjøre kausaliteten mellom mestringstro og treningsatferd. Man kan altså ikke avgjøre om treningen har ført til høyere mestringstro eller om høy mestringstro førte til deltakelse i

trening. Ifølge Bandura (1997) vil også positive erfaringer med helseatferden påvirke mestringstroen, slik at man kan anta at forholdet går begge veier og påvirker hverandre.

Der de foregående studiene har hatt et kvalitativt eller tverrsnitt-design, har McAuley og medarbeidere gjennomført forsøk for å undersøke mestringstroens rolle i treningsatferd hos eldre (Jerome & McAuley, 2013; McAuley, 1992; McAuley et al., 2003; McAuley et al., 2007). Selv om enkelte av disse studiene kaller seg randomiserte kontrollerte forsøk, har ingen av dem inkludert en kontrollgruppe. De har dog likevel sett på effekten mestringstro har på deltakelse i ulike faser av treningsatferden. Jerome and McAuley (2013) så for eksempel at mestringstro var viktig både for å bli med på et treningsprogram og for fortsatt deltakelse gjennom programmet. McAuley (1992) fant også at mestringstro var viktig for oppstart og i den første fasen av et treningsprogram, men at etterhvert som programmet ble en rutine spilte mestringstro en mindre rolle. McAuley et al. (2003) så på mestringstroens rolle ved og etter treningsprogrammets slutt. De fant at mestringstroens rolle i treningsatferd igjen blir viktig når oppfølgingen i et strukturert program er over og individet skal fortsette treningen på egen hånd. I en oppfølgingsstudie av denne, så forfatterne at mestringstro også kunne predikere langsiktig treningsatferd (McAuley et al., 2007).

Disse studiene har en yngre populasjon og noen av dem har utvalg med en stor andel kvinner (Jerome & McAuley, 2013; McAuley et al., 2003; McAuley et al., 2007). Det har heller ikke lyktes å finne studier som ser på mestringstro til trening spesifikt opp mot fallforebygging, og på en eldre hjemmeboende populasjon med risiko for fall eller med behov for kommunal hjelp. Til tross for de nevnte svakhetene indikerer empirien på området at mestringstro kan være viktig for voksne og Eldres deltakelse i trening. Det er derfor interessant å bruke denne teorien for å belyse mine funn om faktorer som påvirker Eldres deltakelse til fallforebyggende trening.

4 Problemstilling

Å øke Eldres deltakelse i fallforebyggende trening er en viktig oppgave i det forebyggende arbeidet i kommunene. For å utføre denne oppgaven på en best mulig måte, er kvalitativ kunnskap om de Eldres meninger rundt deltakelse i trening viktig. På bakgrunn av dette vil denne studien besvare følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer påvirker Eldres deltakelse i fallforebyggende trening?»

5 Metode

I dette kapitlet vil det først redegjøres for valg av metode, før prosessen med rekruttering av utvalg, forberedelse og gjennomføring av datainnsamling, og transkribering og analysearbeid belyses. På slutten av kapitlet vil min forforståelse og de etiske betraktningene som er aktuelle for denne studien redegjøres for. I tillegg vil det gis en kort beskrivelse av PhD-prosjektet, som denne oppgavens utvalg er rekruttert fra.

5.1 Valg av forskningsmetode

Hensikten med denne studien var å få en økt innsikt i og forståelse for en gruppe eldre menneskers erfaringer med trening. Med dette formålet var det naturlig å velge kvalitativ metode, som brukes for å gå i dybden på og utvikle kunnskap om fenomeners egenskaper og kvalitet (Malterud, 2011). For å kunne svare på problemstillingen var det naturlig og nødvendig å ha en dialog med gruppen jeg ønsket kunnskap om. Derfor ble kvalitative forskningsintervju valgt, som også er den mest vanlige datainnsamlingsmetoden i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2010).

Den vitenskapsteoretiske forankringen i denne studien er fenomenologi. I fenomenologien er subjektet i fokus og man er ute etter å studere og beskrive fenomener slik de fremstår og slik menneskene selv opplever dem i sin verden (Kvale & Brinkmann, 2010). Man søker etter en dypere forståelse av meningen med en gruppe menneskers handlinger eller ytringer sett fra deres øyne, noe som sammenfaller med målene for denne studien (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004). Fenomenologien er i utgangspunktet en filosofi, men i kvalitativ forskning brukes den mer som en tilnærming for å forstå fenomener fra informantenes ståsted (Dowling, 2007; Kvale & Brinkmann, 2010). Fenomenologi som systematisert metode for å analysere kvalitative data ble utviklet av blant annet Giorgi, der han beskriver en fenomenologisk analyseprosess i tre trinn (Dowling, 2007). Malterud (2011) har modifisert denne metoden, som videre er brukt for analysering av denne studiens datamateriale og som beskrives nærmere senere i kapitlet.

Et prinsipp i fenomenologien er å sette egen forhåndskunnskap eller forforståelse i parentes, slik at dette ikke påvirker forskningsprosessen og beskrivelsene av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2010). Malterud (2001) bestrider tanken om en «nøytral observatør» og hevder at forskerens perspektiv alltid vil påvirke forskningen. Av den grunn er refleksivitet viktig gjennom hele forskningsprosessen. Dette betyr at forskeren må gjøre rede for sin forforståelse og beskrive hvordan denne kan ha påvirket studien (Dowling, 2007). Jeg vil der-

for gjøre rede for min forforståelse senere i kapittelet. I tillegg vil temaet om refleksivitet bli gjenopptatt i metodediskusjonen på slutten av kapittel 7.

5.2 PhD-prosjektet

Denne masteroppgaven har utgangspunkt i PhD-prosjektet «Falls prevention programme on quality of life, physical function and falls efficacy in older fallers receiving home-help services: A randomised controlled trial » ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Dette er en randomisert kontrollert studie som undersøker effekten av fallforebygging på eldre hjemmeboende. Intervensjonen består av et 12- ukers treningsprogram for eldre som har opplevd fall det siste året og som mottar hjemmetjenester. Treningen er basert på Otago-programmet, et standardisert treningsprogram som har vist seg å være effektivt for å redusere fall og fallrisiko (Gardner, Buchner, Robertson, & Campbell, 2001). Datainnsamling skjer ved oppstart, ved endt program og ved seks måneder. Seks kommuner på Østlandet deltar i prosjektet. Utvalget til denne masteroppgaven har blitt rekruttert fra prosjektets deltakere like etter test ved seks måneder, men er ellers løsrevet fra studien.

5.3 Datainnsamling

I tråd med fenomenologien er det nødvendig med en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen og analyseprosessen for å øke påliteligheten til studien (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2001). Videre beskrives derfor prosessen for datainnsamling, fra utarbeidelse av intervjuguiden og rekruttering av utvalget, til gjennomførelsen av intervjuene. Deretter beskrives prosessen for analysearbeidet.

5.3.1 Intervjuguiden

Gjennom det kvalitative forskningsintervju har jeg forsøkt å forstå informantenes meninger og opplevelser med trening (Kvale & Brinkmann, 2010). Det ble valgt en semistrukturert form på intervjuene, da jeg ønsket en avslappet og uformell samtale rundt de sentrale temaene i problemstillingen. Ifølge Kvale and Brinkmann (2010) har et semistrukturert intervju utgangspunkt i en intervjuguide, men er fleksibel angående rekkefølgen på spørsmålene og temaene man tar opp, noe jeg hadde i tankene ved utforming av intervjuguiden og senere under intervjuene.

Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med mine veiledere og bestod av hovedspørsmål til hvert tema med flere underpunkter, som skulle sikre at jeg belyste alle aspektene av problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2010) (Se

Vedlegg 1). Jeg var nøye med å stort sett bruke åpne spørsmål for å kunne åpne opp for en dialog rundt temaene, men hadde også noen lukkede spørsmål for å få bekreftet informasjon fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2010). Intervjuguiden ble i utgangspunktet utviklet for å være en del av PhD-prosjektet med en større problemstilling, slik at den inkluderte en del temaer som ikke er tatt med videre i denne studien.

Intervjuguiden ble pilottestet med en person som jeg mente var i samme målgruppe som informantene jeg var interessert i. Pilottestingene førte til en del endringer både på spørsmålene og på rekkefølgen. Etter de første intervjuene ble også et par spørsmål lagt til og noen endret på, da det kom frem flere temaer som jeg ville følge opp. Jeg la til spørsmål om sosial støtte og betydningen av besøkene fra fysioterapeut, samt preferanse for treningsform og setting. Dette er i tråd med Malterud (2011) som mener en intervjuguide bør revideres underveis etter som man blir vant med intervjusituasjonen og lærer seg hvor fokuset bør være.

5.3.2 Rekruttering og utvalg

I en kvalitativ studie vil man gjerne ha en variasjon i utvalget for å få frem så mange sider som mulig av problemstillingen (Malterud, 2011). Informantene er derfor et strategisk utvalg av deltakerne i PhD-prosjektet (Malterud, 2011). Det vil si at de er valgt ut i fra hvem jeg tenkte kunne gi meg god informasjon og bredde i svarene basert på problemstillingen, noe som sammenfaller med Malterud (2011) sitt krav om intern validitet. Inklusjonskriteriet i utvalget var grad av gjennomførelse på treningsopplegget. Jeg ville ha kandidater som både hadde gjennomført treningsopplegget og som hadde gitt seg underveis i forløpet. Dette for å få frem ulike synspunkter og erfaringer om deltakelse i trening. Det viste seg at det var vanskelig å rekruttere deltakere som ikke var motiverte for trening eller som hadde gitt seg underveis, da det i utgangspunktet var få av disse og de det gjaldt ofte ikke ønsket å stille. Dette representerer en kjent skjevhet i forskning på fysisk aktivitet og trening, da det ofte vil være lettere å rekruttere de som er motiverte eller som allerede driver med trening (Eriksen et al., 2002). Utvalget mitt består derfor av kun en informant som ikke har vært motivert for å gjennomføre treningsopplegget, noe som gir et noe skjevt bilde av de eldres meninger rundt temaet trening.

Informantene ble valgt ut blant deltakerne som akkurat var ferdige med seks måneders retest. Dette for å ikke påvirke testene og for at det heller ikke skulle ha gått for lang tid etter endt treningsperiode. Fysioterapeutene i de ulike kommunene ble kontaktet for rekruttering basert på kriteriene nevnt

ovenfor, da disse har jobbet med deltakerne og kjenner dem best. Prosjektets ledelse var også behjelpelig i å finne aktuelle kandidater. Deltakerne har tidligere samtykket til å bli kontaktet for et intervju gjennom informert samtykke ved starten av PhD-studien (Se Vedlegg 2). Jeg kontaktet alle kandidatene via telefon, forklarte min rolle i prosjektet og avtalte tidspunkt for intervjuene.

Antall informanter i et kvalitativt prosjekt avhenger av når forskeren anser at hun har fått metning i datamaterialet, altså når ingen nye aspekter kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2010). I tillegg mener Malterud, Siersma, and Guassora (2016) at konseptet om «informasjonsstyrke» kan brukes for å avgjøre utvalgsstørrelsen. En av faktorene som avgjør dette er bredden på problemstillingen. Denne studiens problemstilling omhandler en spesifikk gruppe eldre som har deltatt på en treningsintervensjon, der jeg vet at informantene besitter den spesifikke kunnskapen jeg er ute etter. Derfor er jeg avhengig av et mindre utvalg enn hvis problemstillingen hadde vært bredere og rettet mot en større populasjon (Malterud, 2016). Antallet må også i dette tilfellet avhenge av tid til rådighet og prosjektets størrelse (Johannessen et al., 2004). Jeg hadde ti aktuelle kandidater, der syv av dem ble oppgitt som motiverte og tre som ikke motiverte. Jeg endte opp med å intervju seks av de motiverte og kun en av de som ikke var motivert. På grunn av tiden til rådighet valgte jeg å avslutte datainnsamlingsprosessen etter det syvende intervjuet, selv om andre aspekter muligens kunne ha kommet frem ved inkludering av flere informanter.

Utvalget mitt består derfor av syv informanter i alderen 69-90 år. Av disse var fem kvinner og to menn. Dette gjenspeiler kjønnsfordelingen både i PhD-prosjektet og blant brukere av hjemmetjenester i kommunene som var med i prosjektet. Brukerlistene prosjektet fikk tilgang til viste at omtrent 2/3 av brukerne var kvinner. Informantene bor alle alene i eget hjem og har alle hatt minst ett fall det siste året. Ingen av dem har andre hjemmetjenester enn rengjøring hver andre eller tredje uke og seks av de syv har trygghetsalarm. I tabellen under presenteres utvalget med relevante personlige opplysninger.

Tabell 1: Utvalgets fiktive navn, alder og kommunale tjenester

Informant	Alder	Tjenester
Lina	84	Hjemmesykepleie og Trygghetsalarm
Inger	90	Rengjøringshjelp og Trygghetsalarm
Kari	85	Rengjøringshjelp og Trygghetsalarm
Elsa	85	Trygghetsalarm
Håkon	89	Rengjøringshjelp og Trygghetsalarm
Ole	71	Rengjøringshjelp
Trude	69	Rengjøringshjelp og Trygghetsalarm

5.3.3 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2016 og alle intervjuene varte i ca. 45 minutter. Alle informantene valgte selv å gjennomføre intervjuene i eget hjem. Fordi informantene selv fikk velge sted, kan det forhåpentligvis ha bidratt til at de følte seg trygge og at de åpnet seg mer om de temaene jeg ønsket informasjon om (Kvale & Brinkmann, 2010).

Intervjuene startet med en kort gjennomgang av formålet med studien og informasjon om konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2010). Kvale and Brinkmann (2010) legger vekt på at de første minuttene av et intervju er avgjørende for hvordan informantene vil oppfatte intervjueren og om de da vil snakke åpent om egne følelser og opplevelser. Jeg valgte derfor bevisst å småsnakke litt før jeg satte på lydopptakeren, som et forsøk på å gjøre situasjonen og stemningen lett og komfortabel. I tillegg startet intervjuene med noen enkle fakta-spørsmål, som ifølge Johannessen et al. (2004) bør stilles først i et intervju for å etablere et tillitsforhold mellom intervjuer og informant. Jeg opplevde at stemningen var lett og hyggelig under alle intervjuene og informantene uttrykte også i etterkant at det hadde vært en hyggelig samtale. Noen av informantene svarte veldig kort på spørsmålene, spesielt i starten av intervjuet, og det var vanskelig å få en god dialog rundt noen av temaene. Dette ble ofte bedre mot slutten av samtalen, men min uerfarenhet som intervjuer vil ha hatt en effekt på dybden i svarene, spesielt i de første intervjuene.

Lydopptaker ble benyttet i alle intervjuene. I tillegg hadde jeg tenkt å ta notater underveis, men oppdaget at dette stjal oppmerksomhet bort fra samtalen, både for meg og informantene. Det ble derfor ikke gjort, slik at samtalen skulle flyte bedre. Jeg brukte derimot tid rett etter intervjuene for å skrive ned tanker og refleksjoner.

Intervjuene ble alltid avsluttet med «er det noe du vil tilføye til slutt?» som en slags *debriefing* (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette førte ofte til at nye, verdifulle aspekter kom frem. Jeg forsøkte også å validere informasjonen underveis og oppsummerte deler av samtalen både etter hvert tema, men også på slutten av intervjuene (Malterud, 2011). Dette ble også bevisst brukt for å drive samtalen fremover. Gjentakelse av informantens utsagn førte ofte til at de tilførte ny informasjon til temaet. Jeg brukte også bevisst ledende spørsmål til noen av temaene, spesielt hvis jeg var usikker på den egentlige meningen bak utsagnet. Dette kan også ifølge Kvale and Brinkmann (2010) brukes for å sjekke informantens reliabilitet. Jeg forsøkte å lytte aktivt til informantens svar slik at jeg kunne stille passende oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette gikk bedre etter et par intervjuer, da jeg hadde mer trening både

med intervjusituasjonen og spørsmålene i intervjuguiden.

5.4 Dataanalyse

Analysen av kvalitativt materiale skal gi en dypere forståelse av fenomenet som blir studert ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2011). Videre vil det gjøres rede for hvordan jeg har gått frem i denne prosessen.

5.4.1 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert etter at det siste intervjuet var gjennomført. Transkripsjon gjør at man lettere kan få oversikt over materialet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2010). Man skal dog være klar over at man allerede her begynner fortolkningen av materialet og at nyanser av samtalen kan bli borte. Kroppsspråk, gester og ansiktsuttrykk som kan angi hva informanten egentlig mener med et utsagn blir borte allerede ved bruk av lydopptaker, og overføring fra lyd til tekst gjør at meningen kan bli enda svakere (Kvale & Brinkmann, 2010). Derfor reflekterte jeg rundt hva jeg skulle inkludere og hva jeg skulle utelate fra lydopptakene før jeg begynte transkriberingen. Jeg forsøkte å gjengi samtalen så ordrett som mulig, med både sukk og latter. I tillegg sporet informantene litt av underveis og snakket om temaer som ikke var relevante for studien. Disse historiene skrev jeg et kort sammendrag av og satte i parentes i teksten.

5.4.2 Analyse

Malteruds modifiserte metode for systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere meningsinnholdet i de transkriberte tekstene (Malterud, 2011). Malteruds metode er godt egnet for å utvikle beskrivelser av et fenomen og den beskrives detaljert i Malteruds bok «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» (2011). Metoden består av fire trinn:

1. Skaffe seg et helhetsinntrykk
2. Finne meningsdannende enheter
3. Trekke ut innholdet i de meningsdannende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av disse

Jeg benyttet meg av dataprogrammet Nvivo, som tillater en oversiktlig organisering av kvalitativ data (QSR International, u.å.). Se tabell 2 under for eksempel på denne prosessen.

Tabell 2. Eksempel på analyse-prosessens fire trinn

Trinn 1 - Helhetsinntrykk, lage kategorier	Trinn 2 - Meningsdannende enheter	Trinn 3 - Trekke ut innhold	Trinn 4 - Sammenfatte betydning
«Om å trene hjemme»	«Ja, det treningsopplegget var positivt i seg selv i det hele det. Men det er jo også litt sånn den dagen du ikke blir fulgt opp så blir det mer og mer glemst dessverre. (ler).»	Synes det er vanskelig å fortsette å trene på egen hånd.	Tilrettelegging av treningen er en forutsetning for å trene.
«Hvorfor de trener»	I: «Hva er det som gjør at du fortsetter å trene?» R: Jeg har så lyst til å være med på ting. Jeg har så lyst til å gjøre ting.»	Trener fordi hun er opptatt av å delta og være med på aktiviteter som føles meningsfulle for henne.	Deltakelse i samfunnet er et motiv for å trene.

I og med at jeg selv transkriberte intervjuene og hadde lest gjennom dem flere ganger, dannet jeg meg et helhetsinntrykk tidlig og hadde allerede identifisert flere sentrale temaer i teksten da jeg startet med analysearbeidet. Dette var basert både på studiens problemstilling og på temaer som var kommet frem underveis i intervju- og transkriberingsprosessen. Jeg begynte derfor med å lage grove, deskriptive kategorier som for eksempel «effekter av trening», «fallforebygging», «hvorfor de trener» og «om oppfølgingen fra fysioterapeut».

I trinn 2 kodet jeg meningsbærende enheter fra intervjuene til de ulike kategoriene. Dette innebærer en midlertidig dekontekstualisering eller oppdeling av teksten. (Malterud, 2011). Her lette jeg etter deler av teksten som inneholdt informasjon som kunne svare på problemstillingen min. Jeg var interessert i å finne ut hvilke faktorer som påvirket informantenes deltakelse i fallforebyggen- de trening. I denne fasen ble flere kategorier funnet og noen ble endret eller slått sammen.

I trinn 3 skal man trekke ut og kondensere innholdet i disse enhetene (Malterud, 2011). Jeg brukte tid på å lese gjennom og forsøke å forstå meningen bak utsagnene. Jeg måtte gå gjennom kategoriene og de tilhørende kodete enhetene mange ganger og brukte tid på å omkode og trekke mening ut av kategoriene og enhetene.

I trinn 4 av analysen skal man re-kontekstualisere datamaterialet til nye begreper og beskrivelser. Her skal man forsøke å finne sammenhenger som ikke er umiddelbart synlige (Malterud, 2011). I denne fasen gikk jeg tilbake til problemstillingen og forsøkte å finne overordnede sammenhenger mellom

kategoriene. Med utgangspunkt i problemstillingen ble det dannet tre hovedkategorier med to underkategorier hver. Disse presenteres i tabell 3 under. I denne fasen skal man også sammenfatte betydningen av funnene ved å bruke kondensatene og sitater fra intervjuene (Malterud, 2011). Denne sammenfatningen presenteres som resultater i neste kapittel.

Tabell 3. Kategorier og underkategorier identifisert i analyseprosessen

Kategori	Underkategori
Forutsetning for trening	Indre drivkraft
	Tilrettelegging av trening og oppfølging
Motiver for å trene	Ønske om å bevare eller bedre funksjon
	Deltakelse i samfunnet
Barrierer for å trene	Redusert funksjonsnivå
	Manglende kunnskap om trening

Det er en fare for at helheten i informantenes historie kan bli borte når jeg trekker ut enkeltutsagn fra teksten (Malterud, 2001). Derfor gikk jeg ofte tilbake til intervjuene for å passe på at jeg fikk med meg helheten i sitatene (Malterud, 2001). I og med at jeg kun hadde sju informanter og at både intervjuene, transkriberingen og analysen ble utført i samme tidsperiode, husket jeg alle informantene godt og følte at jeg hadde en helhetlig oppfatning av hvem de var og hva de sto for.

5.5 Forforståelse

I fenomenologien er man som tidligere beskrevet, ute etter å undersøke et fenomen slik det oppstår og sett gjennom øynene til de som opplever det (Johannessen et al., 2004). Fordi man tolker et fenomen eller andre mennesker gjennom sine egne holdninger, erfaringer, forventninger og den kunnskap man selv besitter, må man forsøke å forstå og redegjøre for hvordan egen fortolkning kan ha påvirket funnene (Malterud, 2011). I tråd med prinsippet om refleksivitet vil jeg derfor gjøre rede for min bakgrunn og min forforståelse for temaet og hvordan dette kan ha påvirket studien (Malterud, 2011).

Jeg har syv års erfaring som fysioterapeut i primærhelsetjenesten der jeg har jobbet med denne studiens brukergruppe. Fokuset på arbeidsplassen min var både på forebyggende og rehabiliterende arbeid der fysisk aktivitet naturligvis var førsteprioritet. Jeg er derfor vant til å arbeide med denne gruppen eldre opp mot trening, noe som kan ha preget både oppfølgingsspørsmålene mine og min tolkning av intervjuene i etterkant. På den ene siden kan det ha ført til at fokuset ble for ensidig på trening og at jeg mistet nyanser i svarene, fordi jeg

har en forforståelse for hvordan denne gruppe er. På den andre siden kan min erfaring ha gjort at vi har kommet dypere inn i temaer rundt trening, fordi jeg er vant til å ha uformelle samtaler med eldre om disse temaene. Jeg merket at det var lett å komme inn i rollen som fysioterapeut, der fokuset er å utforske hvilket funksjonsnivå de eldre har og hvordan et eventuelt sykdomsbilde ser ut. Når det er sagt er jeg vant til å jobbe i et tverrfaglig team som har en helhetlig tankegang rundt en brukers livssituasjon, noe som gjorde at jeg forsøkte å være interessert i alle aspektene av brukerens hverdag.

I tillegg kan kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom å lese meg opp på empiri på feltet ha preget min forforståelse. Forventningen om å finne noen av de samme barrierene og motivene til trening som annen forskning har funnet, kan ha gjort at jeg har vært partisk mot disse temaene. Samtidig kom det frem noen aspekter som jeg ikke hadde forventet og jeg forsøkte å være bevisst på temaer som ikke stemte overens med min forforståelse (Malterud, 2001). Denne gruppen med eldre er for eksempel mye friskere enn de jeg er vant til å jobbe med og jeg ble overrasket over hvor høyt aktivitetsnivå og hvor mange gjøremål mange av dem har til tross for høy alder.

Til slutt må det også påpekes at min tolkning av informantenes utsagn og retningen på samtalen også kan ha blitt påvirket av hva jeg visste om dem fra før. Jeg fikk en del informasjon om både deres motivasjon, deres funksjonsnivå og om deres deltakelse i prosjektet fra både ledelsen i PhD-prosjektet og fra fysioterapeutene. Dette kan ha gjort at jeg har vært forutinntatt om hva de mener og tenker, selv om jeg har forsøkt å være bevisst på dette.

5.6 Etske betraktninger

Jeg har rettet meg etter Helsinkideklarasjonens retningslinjer som sammenfatter etiske prinsipper innen medisinsk forskning på mennesker (World Medical Association, 2008). Dette omfatter blant annet respekt for og beskyttelse av menneskers helse og rettigheter, og et prinsipp om at formålet med forskningen må være viktigere enn risikoen og belastningen (World Medical Association, 2008).

Kravet om informert samtykke har blitt ivaretatt og alle deltakerne i den primære PhD-studien har fått og skrevet under på informasjon om frivillig deltakelse (Se Vedlegg 2). De er også informert om muligheten til å trekke seg fra studien når som helst (World Medical Association, 2008). Det er også et krav om at konfidensialiteten til deltakerne skal beskyttes. Derfor har informasjonen som har blitt samlet inn blitt av-identifisert (World Medical Association, 2008). Båndopptak og notater har blitt lagret på en passord-beskyttet pc og

har ikke blitt merket med navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Ingen av informantene presenteres med egne navn og kommunen de bor i blir heller ikke nevnt. Diagnoser eller andre plager som kan være gjenkjennende har blitt endret på eller utelatt. PhD-prosjektet har også søkt tillatelse fra og er godkjent av regional etisk komité med mappenummer 2014/2051 (Se vedlegg 3).

En mulig kilde for gjenkjenning er om oppgaven leses av informantenes fysioterapeuter som kjenner dem godt. Selv om de er anonymiserte kan fysioterapeutene gjenkjenne personligheten deres og på den måten skjønne hvem det snakkes om, i og med at de har vært med å velge ut aktuelle kandidater for studien. Når det er sagt tror jeg ingen kompromitterende aspekter vil komme frem og fysioterapeutene er også underlagt taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999).

6 Resultater

Målet med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som påvirker eldres deltakelse i fallforebyggende trening. Det var et ønske om å finne ut hva som skal til for at de eldre skal starte opp og fortsette med treningen og hva som eventuelt hindrer dem i å gjøre det. Analysering av intervjuene med bakgrunn i problemstillingen førte til kategoriene *forutsetninger*, *motiver* og *barrierer for trening*, der hver kategori har to underkategorier. Disse er presentert i tabell 3 i forrige kapittel. De ulike kategoriene blir videre presentert med direkte sitater fra informantene for å underbygge påstandene.

6.1 Forutsetninger for trening

Forutsetninger for å trene blir i denne studien sett på som faktorer som er viktig at er til stede for at de eldre skal starte opp og fortsette sin deltakelse i trening. I intervjuene kom det frem to faktorer som ble opplevd som viktige forutsetninger for å være i fysisk aktivitet og trene. Den første er en slags indre «drive» til å være aktiv, som inkluderte både positive erfaringer med å være aktiv og en slags stå-på-vilje. Dette har blitt kalt for en indre drivkraft. Den andre forutsetningen er oppfølging og tilrettelegging av treningen fra fysioterapeut eller andre i kommunen. Videre blir disse forutsetningene gjort rede for.

6.1.1 Indre drivkraft

Et tema som kom tydelig frem i intervjuene var at enkelte informanter besatte en positiv vilje og innstilling til trening, mens andre ikke hadde det. De som hadde denne innstillingen eller indre drivkraften hadde lettere for å holde seg aktive, de hadde glede av treningen og de hadde løsninger på eventuelle hindre som kunne komme i veien for treningen. Et gjennomgående tema som ble rapportert var at de eldre følte at enkelte aktiviteter var blitt vanskeligere å gjennomføre enn før. De av informantene med en sterk indre drivkraft klarte å tilpasse treningen og finne løsninger på hvordan de kunne fortsette å være aktiv til tross for en dårligere funksjon. En av informantene følte for eksempel at treningsprogrammet var lagt opp for vanskelig med for mange øvelser og repetisjoner. Dette førte til at hun ikke klarte å gjennomføre alt, noe som gjorde at hun følte at hun ikke fikk til treningen og ble skuffet over seg selv:

Jeg ble så skuffet når jeg skjønnte at jeg måtte redusere. For da fikk jeg så vondt neste dag fordi at jeg hadde tatt i for hardt da. For det er ganske mange øvelser også skal jeg gjøre de mange ganger. Da ble det for mye til å begynne med. (Kari).

Hun fant likevel raskt en strategi for å takle denne utfordringen ved å redusere på antall øvelser og repetisjoner. Dette gjorde at hun fortsatte, i stedet for å gi opp:

For jeg vil så gjerne, men jeg har ikke krefter til det. Men da tror jeg at hadde jeg gitt opp så hadde jeg ikke vært der jeg er i dag. Så derfor tror jeg det var lurt å stoppe der på det jeg orket. Også prøve meg med litt flere. (Kari).

Denne indre drivkraften kommer også til syne hos en annen informant som forklarer at når han har bestemt seg for å gjøre noe da fullfører han det:

Nei, altså, jeg har jo bestandig vært slik at hvis jeg har et mål å se frem til så gjør jeg mest mulig for å greie det målet. Og her var det jo egentlig et mål. Å bli bedre fysisk. [...] Så det, motivasjonen gikk vel på at dette her det skal jeg være med på og dette skal jeg greie. (Håkon).

Denne informanten har vært med på ulike former for trening i mange år og visste at han også ville klare å gjennomføre treningsopplegget i hjemmet. Han forteller at han holder seg aktiv fordi han liker det og fordi han føler at han har behov for det. Den samme drivkraften gjelder for en tredje informant som har vært vant til å trene hjemme i flere år. Inger har ikke reflektert så mye over hva som gjør at hun trener og sier at hun gjør det fordi hun «rett og slett er i stand til det». Det er en rutine for henne og en viktig og naturlig del av hverdagen hennes. Det ligger i henne at aktivitet er viktig: «Ja, du kan jo ikke bare sette deg ned, for det blir jo så mye sitting. Du må være i bevegelse. Det er viktig».

Alle disse informantene har drevet med trening i mange år og beskriver dette som en positiv og naturlig del av livene deres. Mens Inger har en fast rutine på morgengymnastikk hver dag, har Kari og Håkon vært med på gruppetrening i flere år. Kari oppsummerer denne indre drivkraften som et personlighetstrekk: «Det er meg, liksom, sånn er jeg. Jeg har en vilje. Ja, jeg har det.».

De beskriver også en generell vilje og evne til å takle hverdagen og dens utfordringer. De har funnet strategier for å kunne delta på det de har lyst til og tilrettelegger hverdagen slik at de mestrer den. Håkon har for eksempel bestemt seg for å søke seg til en omsorgsbolig som er mer tilrettelagt, har et sosialt felleskap og der han er nærmere hjelp:

Ja, grunnen til at jeg søkte der borte var jo mange ting egentlig, det var jo dette med felleskapet naturligvis, man kommer sammen med andre, i stedet for å sitte alene her, også er det dette med at man kommer nærmere helsepersonell, hjemmesykepleien har jo base

i samme huset. Så hvis det skulle skje noe så er det mye enklere å få hjelp, også er det jo tilrettelagt for alt mulig, ikke minst for å motvirke fall der borte. Så er det kafeteria som man kan kjøpe seg mat hvis man vil. (Håkon).

Inger har også strategier for å mestre hverdagen. Hun liker å dra på kino og har funnet det beste kollektivtilbudet, der bussen stopper rett ved kinoen. I tillegg velger hun å dra på formiddagsforestillinger, da hun føler seg utrygg ute når det er mørkt. Hun har også på eget initiativ skaffet seg hjelp til å handle en gang i uka, der hun i tillegg får være sosial:

Vi har kjent hverandre veldig lenge, og hun ble pensjonist. Også har hun meldt seg inn i sånn frivillig hjelper. Og da var jeg på henne med en gang og spurte om hun ville hjelpe meg da. Og bil har hun så vi kjører ut og handler. Sammen. Så tar vi, så spiser vi lunsj sammen etterpå. Så det blir veldig fint sosialt, for vi har vært venner i mange år. (Inger).

Kari har også funnet trygge strategier for å komme seg ut å gå, noe hun er veldig glad i. Hun er veldig redd for å falle og bruker derfor brodder på vinteren og har med seg sekk som hun har matvarer i, slik at hun kan ha armene fri.

Blant informantene er det spesielt en som ikke har noen drivkraft til å drive med trening. For Lina gjelder dette både trening og hverdagsaktiviteter som for eksempel å gå i butikken. Hun sier at hun ikke har mulighet til å drive med noen form for trening fordi kroppen hennes ikke fungerer lenger. Hun er avhengig av rullator til å støtte seg på når hun er oppreist og mener derfor at hun ikke kan trene. Hun har heller ikke drevet med noen form for trening siden hun var ung. Når hun får informasjon om øvelser hun kan gjøre sittende sier hun at hun egentlig ikke har lyst å trene og bli sliten fordi: «Jeg har gjort nok nå. Nå vil jeg heller slappe av.» Hun har forståelse for at hun burde bevege seg mer, men har ingen vilje til å gjøre det. Hun uttrykker også at hun ikke tror det vil hjelpe å trene og at hun ikke tror knærne eller ryggen hennes har godt av det. Hun tror heller ikke det er noe hun kan gjøre for å forebygge fall, noe hun har opplevd mange ganger det siste året: «Nei, det kan jeg ikke. Detter jeg så detter jeg. Det er bare sånn.»

6.1.2 Oppfølging og tilrettelegging av treningen

De fleste av informantene oppga at tilrettelegging av treningen og oppfølging fra fysioterapeut eller annet helsepersonell var viktig for at de skulle fortsette å trene. Dette blir derfor sett på som en forutsetning for at de eldre skal delta i trening og holde seg aktiv.

De fleste av informantene mente at vissheten om at noen kom innom for å sjekke hvordan det gikk med treningen ga de mer vilje til å fortsette. Trude sier for eksempel at besøkene skjerpet henne litt. Hun følte at hun hadde en lekse hun skulle gjøre til neste besøk og at hun derfor hadde et ansvar om å gjøre det. Flere mente også at oppfølging fra fysioterapeut var viktig for å få bekreftelse på at de gjorde øvelsene riktig. Kari sier for eksempel:

Også er jeg veldig spent da liksom, når jeg da viser hun, om jeg har klart det. For da må hun være så ærlig å si at nei du må ikke gjøre sånn, bare prøve å gjøre det sånn . . . For da har det bedre virkning. Da blir jeg litt mer sikker. (Kari).

I tillegg mente informantene at det var viktig at de fikk tilrettelagt treningen til sitt nivå. Inger sier for eksempel at hun ikke kunne gjøre øvelser der hun måtte ligge på gulvet, fordi hun synes det er vanskelig å reise seg opp igjen alene. Hun var derfor glad for at hun fikk tilrettelagt programmet slik at hun slapp slike øvelser. Likevel likte de fleste av informantene som gjennomførte programmet at øvelsene var litt utfordrende, slik at de hadde noe å jobbe mot. Samtidig var de glade for at fysioterapeuten kunne gi alternativer til øvelser som ble for vanskelige.

Noen av informantene opplevde at det var vanskelig å fortsette treningen hjemme på egen hånd når oppfølgingen fra fysioterapeut var over. Mange følte også at de var ferdige med treningen når de var ferdige med de 12 ukene, til tross for at fysioterapeutene var instruert i å motivere til videre trening ut over prosjekt-perioden. En av informantene sier for eksempel:

Ja, det treningsopplegget var positivt i seg selv i det hele det. Men det er jo også litt sånn den dagen du ikke blir fulgt opp så blir det mer og mer glemte dessverre. (Ole).

Ole sier at det hender at han går gjennom treningsprogrammet en gang i blant, men at det var mye lettere å gjøre når han visste at noen fulgte han opp. En annen informant mener det er mangel på bekreftelse fra fysioterapeuten som gjorde at han etter en tid ble lei av å trene hjemme på egen hånd:

Nei, jeg ble lei. Rett og slett. Og da fikk jeg ikke noe mål på det heller. Så da visste jeg ikke hvordan situasjonen var, om jeg ble bedre eller dårligere, bare ut fra egen vurdering, kan du si. (Håkon).

Håkon foretrekker å trene i grupper utenfor hjemmet etter endt prosjektperiode, noe flere av de som fortsatt trener også gjør. De trekker frem oppfølging fra instruktøren og muligheten hun har til å tilpasse treningen til dem, som viktig. Kari sier for eksempel:

Ja, for, hun ene (instruktøren) hun er sånn at nå puster vi ordentlig, for nå skal vi ha 10 sekunder og nå skal vi puste ordentlig, og da skal vi ha ordentlig fred. Så hun tar litt pauser, og det er fint. For når du skal opp med armene og ned med armene og opp med beina samtidig, du blir sliten! Så hun er veldig fin sånn. (Kari).

I tillegg fremhever de det sosiale ved gruppetrening som viktig og muligheten dette gir til å komme seg ut av huset. En annen av informantene syntes det var vanskelig å finne en rutine på treningen når oppfølgingen var over. Hun forteller om mange andre daglige gjøremål som gjør at hun har vanskelig for å finne tid til treningen, til tross for at hun fulgte nøye opp under prosjektperioden:

Da visste du på en måte, da var målet de 12 ukene, og du visste at da skulle du gjøre det hver dag. Men når det var ferdig så ble det kanskje at ... jeg er jo mye på eldresenteret, også er jeg ofte sammen med venninner på senteret, og da ble det så mye avbrudd etter hvert, så det ble ikke sånn rutine på formiddagen kan du si, så da måtte jeg bare ta det innimellom. (Elsa).

Samtlige av informantene som trente under prosjektet skulle gjerne hatt flere besøk av fysioterapeut og tror at det ville vært lettere å fortsette treningen i hjemmet hvis de hadde fått oppfølging en gang i blant.

6.2 Motiver for å trene

To motiver for hvorfor de eldre trente kom frem i intervjuene: et ønske om å bevare eller bedre funksjonen sin og et ønske om å delta i samfunnet. Videre blir disse gjort rede for.

6.2.1 Ønske om å bevare eller bedre funksjon

Mange av informantene oppgir at de tror treningen kan hjelpe dem med å bevare eller bedre funksjonen deres og dette gir motivasjon til å være aktiv. Flere oppgir også dette som motiv for å takke ja til å delta i prosjektet. Trude sier for eksempel: «Jo, jeg var interessert i å være med for jeg var interessert i å bli bedre og å holde ved like.»

Mange tenker også at å ikke trene vil føre til en forverring av tilstanden eller funksjonen deres. Håkon sier noe om dette:

Ja, sannsynligvis i mitt tilfelle, hvis jeg hadde sittet i ro og ikke vært med på alt dette, trimmen og det her, så hadde jeg blitt verre. Ikke bare i beina, men i kroppen generelt. (Håkon).

Trude har en progredierende muskelsykdom og trening for å vedlikeholde funksjonen er et viktig motiv for henne. Hun forteller at hun trener tre til fire ganger

i uka i noen perioder og at hun gjør dette fordi hun vet hun må og ikke nødvendigvis fordi hun liker det: «Ja, si det.. hva liker jeg.. ikke noen av delene, men jeg gjør det.»

Noen av informantene oppgir også at de trener for å bedre funksjonen sin. Håkon forteller at han tror trening kan hjelpe mot tilstanden i beina hans og dette gjør at han fortsetter:

For jeg har jo nokså mye plager med beina, jeg har jo denne tilstanden, og det ligger jo i bakhodet hele tiden, at kanskje denne treningen kan hjelpe for at dette skal blir bedre. (Håkon).

Kun en av informantene oppgir at hun trener for å forebygge fall. Kari er bekymret for at et fall skal føre til en reduksjon i funksjonen og oppgir dette som et viktig motiv for å trene:

Jeg tror det (treningen) kan hjelpe for jeg har ikke lyst å knekke, for jeg synes jeg er såpass oppegående nå at jeg har ikke lyst til det. Har ikke lyst til å bli sittende enda. (Kari).

6.2.2 Deltakelse i samfunnet

For mange av informantene er deltakelse i samfunnet et viktig motiv for å trene. De er opptatt av å ha tiltak for å komme seg ut i hverdagen og mange har faste ukentlige avtaler som gir mening for dem å delta i. For en av informantene er for eksempel frivillig arbeid viktig og en grunn til å drive med trening:

Jeg er jo med på ganske mye ... organisasjonsliv og ... sosiale sammenhenger. Og det er jo ikke sikkert at jeg hadde fått vært med så mye hvis ikke jeg hadde vært med på sånt treningsopplegg. (Håkon).

For en annen informant er naturen viktig og noe som gjør at hun finner motivasjon til å trene. Hun er opptatt av å ha tiltak til å kunne komme seg ut i skogen, noe som gir henne glede i hverdagen:

Det er så mye sånn i naturen å se på. Så da koser jeg meg når jeg går. Jeg tror liksom synsinntrykkene har mye å si. Da får du vekk fra det der tomme triste som når du er hjemme alene. Jeg synes man ser mer lysninger i alt. (Kari).

I tillegg er det sosiale med å komme seg ut av huset og treffe mennesker også viktig for Kari: «Ja veldig. Sitter jo her alene vet du. Derfor så må jeg ut. For å se folk og være ute.»

Inger forteller at det er viktig for henne å komme seg ut av huset for å være sosial og for å drive med det hun liker. Hun har ukentlige avtaler for å spille bridge og for å handle. I tillegg er hun opptatt av å kunne gå på kino

eller teater og sier at hun alltid har «frydet seg over uteliv» og at hun tror gymnastikken hun gjør hjemme er viktig for at hun skal kunne fortsette med det.

6.3 Barrierer for å trene

I intervjuene kom det frem at det var flere faktorer som informantene opplevde at hindret fysisk aktivitet, og under analysen ble to kategorier identifisert: redusert funksjonsnivå og manglende kunnskap om trening. Til tross for at mange av informantene i denne studien fulgte aktivt opp treningsprogrammet og enda driver med en form for trening, opplevde de likevel noen barrierer som både var hindre for deltakelsen i programmet og for videre deltakelse i trening. Videre blir disse gjort rede for.

6.3.1 Redusert funksjonsnivå

Alle informantene var opptatte av at de blir eldre og at de merker dette i form av et redusert funksjons- og aktivitetsnivå. Dette er noe de opplever at de må ta hensyn til i hverdagen. Til tross for at de fleste av informantene er aktive, opplever flere et redusert funksjonsnivå som en barriere for å trene på det nivået de ønsker. For Lina derimot, oppleves funksjonen så dårlig at hun er helt ute av stand til å trene: «Nei, jeg er jo så krakate at jeg kan ikke få vært med på noe av det jeg». Lina mener hun ikke kan være med på noen form for trening fordi funksjonen hennes er for dårlig. Hun forteller at hun har vonde knær og rygg og at hun ikke kan bevege seg uten støtte fra rullatoren, noe som gjør at hun ikke drive med trening i det hele tatt.

I tillegg snakker noen av informantene om sykdom eller skade som gjør det vanskeligere å være i den aktiviteten de vil, noe som reduserer motivasjonen til å trene. En informant har for eksempel opplevd et lengre sykehusopphold som har ført til varige mén på et ben og som fremdeles er under utredning. Han opplever dette som vanskelig og problematisk i hverdagen:

Jeg har et bein som er ... jeg får ikke brukt det så mye. så jeg må innrømme at nå i det senere så har det blitt litt lite trening. Ja, jeg går jo litt da. Men ellers så er.. har jeg et bein som er innmari vondt for tida. (Sukker). (Ole).

Ole er i utgangspunktet positiv til treningen og vil gjerne være aktiv, men får stadig tilbakefall og opplever derfor ikke fremgang. Dette fører til frustrasjon og lav motivasjon for å trene. Inger har både deltatt aktivt i treningsprogrammet og er aktiv i hverdagen med morgengymnastikk og aktiviteter utenfor huset. Hun føler likevel at funksjonen hennes begrenser henne og snakker om

en diagnose som har gjort at kroppen og aktivitetsnivået har endret seg:

Jo, det har med å gjøre blant annet at jeg fikk denne diagnosen da, og da ble jo også pusten.. det går jo på lunger også. Så det ble veldig forandring altså, fra å være ute i flere timer, til å bare være toppen en halvtime. (Inger).

I tillegg opplever hun problemer med balansen, noe som gjør at hun ikke lenger føler seg trygg nok til å gå ute i skog og mark:

Så jeg må jo si at jeg savner at jeg ikke kan gå i terrenget lenger da, fordi jeg er ustø. Snubler lett. (Ler). Bare dette med å være ute om våren og plukke blomster, for jeg må jo bøye meg for å hente hvitveis. Nei, da kjenner jeg hvor ustø jeg er. (Inger).

Dette gjør at hun føler hun begrenser seg i hverdagen og at hun ikke kan drive med trening og fysisk aktivitet på det nivået hun tidligere kunne. Hun føler også at hun ikke kan gjøre alle øvelsene som ble foreskrevet henne: «Ja, jeg måtte hoppe over forskjellige ting, jeg kunne ikke ta hele programmet.».

6.3.2 Manglende kunnskap om trening

Manglende kunnskap om både trening og dens effekter på kroppen kan være et hinder hos de eldre for å drive med trening. Mange ga uttrykk for at trening og aktivitet var viktig og bra for kroppen, men de færreste kunne utdype dette noe mer enn at det var viktig å være i aktivitet for å «holde seg i form.» Noen svarer at trening er «bøy og tøy», andre mener at alt av bevegelse er trening. På mer detaljerte spørsmål om effekten av trening for deres kropp svarer noen at de tror det kan være bra for balansen og for å styrke musklene.

Bare én av informantene hadde reflektert over at trening kunne være med på å forebygge fall, som tidligere beskrevet under motiver for å trene. På spørsmål om det er noe hun gjør i hverdagen for å unngå å falle svarer Kari:

For det første så trener jeg litt. Både med beina og armene. For ryggens skyld da. Også går jeg på trening en gang i uka. Sånn balansetrening. Vi både står oppreist og vi ligger på gulvet. (Kari).

Andre snakker om direkte tiltak i hverdagen på spørsmål om fallforebygging, som å bruke brodder på glatt føre eller støtte seg til staver eller rullator, men de fleste mener det ikke er så mye de kan gjøre, bortsett fra å være forsiktig. Håkon er en av disse:

Ja, det er klart jeg tenker på det. Men om det er noe sånn konkret, det ... jeg er jo mye mer forsiktig naturligvis, sånn generelt. Når jeg skal gjøre ting i huset og når jeg er ute og ... når jeg ikke har den

(rullatoren) i nærheten kanskje, da har jeg stadig tankene på at nå må du være forsiktig så ikke du ramler. Men å peke på noe konkret som jeg gjør for å unngå, det er kanskje vanskelig. (Håkon).

Flere viser til alderdommen i seg selv både som en årsak til funksjonsnivået deres og som grunn til at de ikke kan drive med enkelte former for trening. Noen mener også at man ikke kan forvente å bli bedre av trening når man har blitt så gammel. Lina mener det ikke er noen vits i å trene i det hele tatt fordi hun er for gammel og at treningen derfor ikke vil hjelpe. Hun har dessuten fått beskjed av legen sin at det ikke er noe å gjøre med plagene i ryggen og knærne hennes.

En annen informant har fått en tilbakevendende tilstand som han har blitt operert for flere ganger. Han vet ikke om han har fått forbud mot å trene, men har blitt veldig engstelig for å drive med trening på grunn av dette:

Så den treninga var jo bra den når jeg begynte med det. Så det fungerte bra det altså. Men så fikk jeg da de operasjonene på hverandre. Tre stykker i grunnen i løpet av et halvt år. Og sist gang fikk jeg streng beskjed om at nå måtte jeg ikke løfte mer. Så ... men jeg har jo fått det igjen. Og da lurer de på om jeg har løftet for mye ... Men jeg må jo løfte beina når jeg går. (Ole).

På den andre siden kan gode råd fra helsepersonell gi trygghet og vilje til å trene, lang tid etter de ble gitt:

Jeg gikk jo hos fysioterapeut etter operasjonen og når jeg sluttet der så sier jeg at det er så vondt å gå, også er det jo mye regnvær og sånn og jeg går ikke ut når det regner. Ja men du har jo trapper sier han for han visste hvor jeg bodde. Så sier han at hvis du ikke greier å gå turer og du har heis, så ta heisen ned også går du trappa opp igjen. Så av og til når det har vært regn så går jeg trappa i stedet. (Elsa).

7 Diskusjon

I dette kapittelet vil funnene bli diskutert for å belyse problemstillingen «Hvilke faktorer påvirker eldres deltakelse i fallforebyggende trening?»

Analysen identifiserte tre hovedkategorier; forutsetninger for trening, motiver for å trene, og barrierer for å trene. Disse kategoriene hadde to underkategorier hver. Forutsetningene som var til stede for at informantene skulle starte med og følge opp treningen var en såkalt «indre drivkraft», i tillegg til oppfølging og tilrettelegging av treningen. Informantenes motiver for trening var et ønske om å bevare eller bedre funksjonen sin og et ønske om å delta i samfunnet. Mange av de eldre mente at de var avhengige av en god funksjon for å delta på de aktivitetene de ønsket, slik at disse motivene henger sammen med hverandre. Til slutt var det i hovedsak to store barrierer for å starte med og fortsette å følge opp treningen. Disse var manglende kunnskap om trening og dens effekter på kroppen, og et redusert funksjonsnivå.

Videre blir disse funnene diskutert opp mot både Banduras SKT og annen relevant empiri. Diskusjonen har utgangspunkt i kategoriene fra analysen, men da fysisk funksjon både er et motiv og en barriere for å trene, vil disse bli diskutert under ett. Til slutt vil de metodologiske begrensingene for denne studien bli diskutert.

7.1 Indre drivkraft i et mestringsperspektiv

Analysen viste at noen av informantene var positivt innstilt til treningen, de hadde tro på egne ferdigheter til å trene og de hadde strategier for å håndtere eventuelle utfordringer. I motsetning var det en informant som ikke hadde tro på å gjennomføre noen form for trening og som heller ikke var villig til å forsøke. Dette kan i et sosialt-kognitivt perspektiv ses på som en henholdsvis høy og lav mestringstro (Bandura, 1997).

Bandura (1998) mener at personer med lav mestringstro ser på usikre situasjoner som risikable og har en tendens til å se for seg at de vil mislykkes. Slike negative tanker er en god måte å undergrave motivasjon på og kan også underkjenne de evnene man faktisk måtte ha (Bandura, 1998). Dette kan gjenkjennes i Lina, som ikke har tro på at hun kan klare å trene eller at trening kan være bra for henne. De som derimot fortsetter å prøve vil få bekreftet at de klarer det til tross for vanskelige situasjoner og vil øke troen sin enda mer, mens de som gir opp vil opprettholde troen på ens lave evner til å mestre (Bandura, 1977). Kari er en av dem som forsøker til tross for utfordringer. Hun klarer å tilpasse treningen sin selv og får dermed bekreftet at hun mestrer dette, noe som dermed gir økt vilje til å fortsette.

En sterk mestringstro er derfor viktig for å starte med og opprettholde en helseatferd som trening (DiClemente et al., 2013). Dette fant også Jerome and McAuley (2013) i en nylig pilotstudie. De så på hvilken rolle mestringstro spilte i den første fasen av rekruttering til og deltakelse i et åtte-ukers turgåing-program for inaktive voksne mellom 45 og 77 år. Studien hadde to trinn, der aktuelle deltakere først fylte ut et tilsendt spørreskjema angående aktivitetsnivå og mestringstro. De som kvalifiserte til intervensjonen, basert på fysisk helse, alder og aktivitetsnivå, ble senere forspurt om å delta i turgåing-programmet (Jerome & McAuley, 2013). Forfatterne sammenlignet mestringstro mellom de som takket nei til deltakelse, de som valgte å delta og de som hadde høyest nivå av deltakelse ved slutten av programmet. Studien viste at de som hadde høy mestringstro hadde høyere odds for å velge å delta og for å gjennomføre programmet. Dette var også etter at de hadde kontrollert for alder, kjønn og aktivitetsnivå (Jerome & McAuley, 2013). Disse resultatene er i samsvar med Bandura (1997) sin påstand om at de med høyere mestringstro har større sannsynlighet for å forsøke seg på utfordrende oppgaver og fortsette til tross for utfordringer. Dette stemmer også overens med funnene i denne studien. Gjennomgående for informantene med en indre drivkraft var at de hadde motivasjon og vilje til trening og hadde i tillegg også en høy grad av deltakelse i treningsprogrammet.

I tillegg hadde disse informantene også hadde evne til å gjennomføre nødvendige endringer i livene sine. Håkon hadde for eksempel søkt seg til omsorgsbolig for å være nærmere hjelp og et sosialt felleskap, mens Inger hadde skaffet seg handlehjelp der hun både fikk hjelp til innkjøp og sosialt samvær. Ifølge Bandura (1997) er mestringstro i utgangspunktet oppgavespesifikk, men kan overføres til lignende situasjoner. Disse informantene ser ut til å besitte en generell tro på deres evne til å håndtere hverdagen. Dette kan tenkes å være overførbart til å gjelde trening også, som blir en del av deres mestring av hverdagens krav. I tillegg viste funnene at den informanten som ikke opplevde mestring eller vilje til å trene også hadde en lav tro på egne evner til å håndtere andre aktiviteter i hverdagen. I dette tilfellet kan hennes generelle lave tro på å mestre hverdagen også overføres til å gjelde hennes tro på å mestre trening.

I tillegg har forskning vist at tidligere treningserfaring er predikativ for fremtidig trening, men at dette stort sett gjelder for nylig trening og ikke for trening i barndommen (Sherwood & Jeffery, 2000). Dette stemmer også overens med denne studiens funn. Både Kari, Inger og Håkon hadde vært aktive, enten i gruppetrening eller med trening i hjemmet i flere år, mens Lina ikke hadde drevet med noe trening siden hun var ung. I et mestringperspektiv er

erfaring med aktiviteten en viktig kilde til mestringstro fordi det gir mestringssopplevelser og dermed et grunnlag for å tro at man kan mestre fremtidig trening også (Bandura, 1997).

7.2 Kunnskap som barriere og forutsetning for trening

Et lavt kunnskapsnivå om trening og effektene av trening, i tillegg til en redusert funksjon, kom frem som barrierer for å være aktiv blant informantene. Disse barrierene henger i denne studien sammen og påvirker hverandre i stor grad, men vil for ordens skyld bli diskutert hver for seg.

Ifølge SKT er kunnskap en viktig forutsetning for en atferdsendring (DiClemente et al., 2013). Mangelfull kunnskap kan føre til at de eldre ikke tror at treningen vil ha noen effekt eller at de kan klare å gjennomføre den slik de burde, noe som kan ses på som en henholdsvis lav utfallsforventning og en lav mestringstro til aktiviteten (Bandura, 1997). I denne studien vises et lavt kunnskapsnivå om effektene av trening ved at det for eksempel bare var en av informantene som snakket om at treningen kunne forhindre fall. Fysisk aktivitet og trening for å forebygge fall er godt dokumentert som et effektivt tiltak og Helsedirektoratet sier i sine anbefalinger at eldre burde inkludere styrke- og balansetrening i hverdagen sin av denne grunn (Gillespie et al., 2009; Helsedirektoratet, 2014). Et lavt kunnskapsnivå om fallforebyggende trening har også blitt funnet i andre studier. Hill et al. (2011) fant for eksempel at svært få i deres utvalg så på trening som en fallforebyggende strategi. Deltakerne i studien til Hill et al. (2011) var utskrivningsklare pasienter fra et sykehus og hadde en fallrisiko, men hadde ikke vært gjennom et fallforebyggende prosjekt, slik som informantene som ble intervjuet til denne studien hadde. Det kan derfor tenkes at de eldre burde ha mer kunnskap om fallforebygging, noe de altså manglet. I likhet med Child et al. (2012) mente de fleste av informantene i denne studien at fall i stor grad var utenfor deres kontroll. Dette er også noe som vitner om manglende kunnskap om fallforebygging. Hvis de eldre mener at årsakene til fall er eksterne kan det være vanskelig å forstå at styrke- og balansetrening kan være med på å forhindre dette.

Manglende kunnskap om trening er også dokumentert i en studie som så på eldres holdninger til trening generelt. I en kvalitativ studie intervjuet Cousins (2000) 143 hjemmeboende kvinner over 70 år. Resultatene viste at disse eldre kvinnene hadde en generell tro på at trening var bra for dem, men de var skeptiske og redde for trening som utfordret styrken deres eller gjorde at de måtte ha kroppen i uvante stillinger. Treningsøvelser som ble betraktet som for avanserte eller utfordrende, ble ansett som noe som kunne skade dem eller

som de ikke hadde godt av (Cousins, 2000). Dette sammenfaller også med funnene fra oversiktsartikkelen til Bunn et al. (2008) om at frykt for å bli sliten eller skadet og frykt for ubehag som kortpustethet og smerte, kunne hindre deltakelse i trening. Selv om det finnes enkelte treningsformer og intensiteter som noen diagnosegrupper burde være forsiktige med, er frykten for skade i de aller fleste tilfeller ubegrunnet og bunner i et for lavt kunnskapsnivå om egen kropp og effektene av trening (Helsedirektoratet, 2014; Lexell et al., 2009).

Dette stemmer overens med funnene fra denne studien. Alle informantene var enige om viktigheten av trening, men noen opplevde at de selv ikke mestret å gjennomføre dette, ofte på grunn av en selvopplevd nedsatt fysisk funksjon og frykt for å skade seg. En av informantene var redd for at treningen skulle forverre tilstanden hans, noe som gjorde at han ikke våget å trene like mye som før. En annen mente trening ikke var hensiktsmessig for henne på grunn av alderen og funksjonsnivået hennes.

Ifølge Phillips et al. (2004) kan mange eldre også ha en utdatert tro om hva trening er og hvordan den skal utføres. Mange har en slags «alt eller ingenting»-holdning der trening på et lavere nivå på grunn av en endring i funksjonen kan føre til en tro om at dette ikke er godt nok (Phillips et al., 2004). Lina mente for eksempel at hun ikke kunne drive med trening fordi hun var avhengig av å holde seg i rullatoren. Denne formen for feiltolkning kan føre til at eldre med en redusert funksjon ikke velger å oppta noen form for trening.

Bakgrunnen for det lave kunnskapsnivået til trening kan også ses på i et historisk perspektiv. Informantene i denne studien har en gjennomsnittsalder på 81,5 år og har dermed vokst opp i en tid med et annet syn på fysisk aktivitet (Phillips et al., 2004). Helsevesenet var tidligere mer fokusert på behandling og mindre på forebygging, i tillegg til at det i større grad ble foreskrevet hvile og inaktivitet for diverse plager (Mæland, 2010; Phillips et al., 2004). Dette står i sterk motsetning til dagens syn, der det er få tilstander der fysisk aktivitet er kontraindisert og man vet at eldre har like god effekt av trening som yngre (Lexell et al., 2009; Phillips et al., 2004). Det tidligere synet kan henge igjen hos mange eldre, som blir usikre på om trening er det beste for dem når de har smerter eller andre plager.

I tillegg varierer rådene fra helsevesenet, og eldre med ulike diagnoser opplever enda å bli fortalt å være forsiktig med fysisk aktivitet eller at de er «spreke for alderen» og ikke behøver å trene (Brawley et al., 2003; Phillips et al., 2004). Anbefalinger for fysisk aktivitet for eldre blir også ofte gitt uten å gi nødvendige ferdigheter og evner til å overkomme eventuelle barrierer (Brawley et al., 2003). Med et underliggende lavt kunnskapsnivå vil dette kunne være

en oppskrift på inaktivitet hos mange eldre.

Dette gjelder også for noen av informantene i denne studien. Ole var usikker på om han kunne trene fordi han hadde fått beskjed om å være forsiktig med å løfte. Uttalelsen «men jeg må jo løfte beina når jeg går» vitner om manglende kunnskap hos han og muligens misvisende eller mangelfull informasjon fra behandlende lege. Det samme gjelder for Lina, som hadde fått beskjed om at ryggen og knærne hennes var «ødelagt» og at det ikke var noe hun kunne gjøre noe med. Denne oppfatningen om at endringene som skjer med kroppen er utenfor deres kontroll er med på å undergrave en aktiv alderdom, noe som kan være unngått med riktig informasjon fra helsetjenesten.

I tillegg viser en studie fra USA at få fastleger gir råd om fallforebygging eller føler de har nok kunnskap om dette, til tross for retningslinjene som finnes (Jones, Ghosh, Horn, Smith, & Vogt, 2011). Studien av Jones et al. (2011) baserer seg på svar fra kun 68 fastleger, men er en av få studier som adresserer denne utfordringen. I tillegg sier fastlegene at de stort sett kun kartlegger de som selv føler de har en fallrisiko (Jones et al., 2011). Da andre studier har vist at eldre ofte ikke anser fall som et helseproblem, kan dette føre til at mange i risikozonen blir forbigått (McMahon et al., 2011). Helsetjenesten har derfor en viktig rolle både i å øke sin egen og å øke de eldres kunnskapsnivå om fallforebygging og de positive effektene av fysisk aktivitet. Et eksempel på at god informasjon fra helsepersonell er nyttig vises hos Elsa, som fremdeles benytter seg av rådet fra fysioterapeut om å gå i trappa når hun ikke kan gå turer ute.

7.3 Redusert funksjon i et mestringsperspektiv

Fysisk funksjon er både en barriere og et motiv for å trene blant informantene. Mens en redusert funksjon kan være et hinder for deltakelse er tanken om å bedre eller opprettholde funksjonen et viktig motiv.

Et redusert funksjonsnivå er en åpenbar barriere for å drive med trening, da det kan hindre eller begrense utførelsen av enkelte aktiviteter. Mange i denne gruppen med eldre har fysiske begrensninger man må ta hensyn til ved implementering av et treningsopplegg. Det er velkjent at endel funksjoner i kroppen reduseres med økende alder (Lexell et al., 2009). Det forekommer for eksempel en nedgang i kroppens muskelmasse, noe som fører til nedsatt muskelstyrke (Lexell et al., 2009). Samtidig har eldre like god effekt av trening som yngre og det er i de aller fleste tilfellene mulig å tilpasse treningen til den enkelte (Lexell et al., 2009). Barrieren for å trene har derfor i noen tilfeller mer med de eldres opplevelse av egen funksjon enn faktisk funksjon å gjøre, noe

som også henger sammen med kunnskapsnivået de eldre har om trening.

Alle informantene følte for eksempel at alderen i seg selv var en begrensning for en del treningsaktiviteter til tross for at mange i realiteten hadde en god funksjon med få begrensninger i hverdagen. En av informantene hadde sluttet å gå i marka fordi hun mente funksjonen hennes var for dårlig til det, til tross for at hun ellers var veldig aktiv med mange aktiviteter utenfor huset. Studier har vist at mestringstro ikke bare er viktig for igangsetting og opprettholdelse av trening, men også for egen opplevelse av fysisk funksjon og uførhet. Seeman and Chen (2002) så for eksempel på data fra en studie på eldre med kroniske lidelser. De fant at både nivået av funksjon og endringen av denne over tid så ut til å være påvirket av faktorer som mestringstro og aktivitetsnivå, og ikke utelukkende av lidelsen i seg selv. En høy mestringstro i utførelse av hverdagsaktiviteter ved oppstart av studien ga for eksempel en beskyttende effekt mot uførhet ved oppfølging to og et halvt år senere (Seeman & Chen, 2002). Det som er verdt å merke seg er at mestringstro til funksjon hadde ingenting å gjøre med faktisk funksjon. Dette kan tyde på at synet de eldre har på sine restriksjoner kan være formet mer av deres oppfatning av sin funksjon enn deres faktiske evner til å utføre aktivitetene (Seeman & Chen, 2002). Dette er også i samsvar med prinsippene i SKT. Bandura hevder at mestringstro er en subjektiv oppfatning og trenger ikke reflektere de evnene man faktisk har (Bandura, 2004).

McAuley et al. (2006) undersøkte også mestringstroens rolle for fysisk funksjon i en studie på eldre kvinner. Forfatterne fant at de som var aktive og de som hadde en høyere tro på egne fysiske evner også hadde en bedre fysisk funksjon og færre restriksjoner i hverdagsaktiviteter. Til tross for et tverrsnitt-design gir studien indikasjoner på at mestringstro i tillegg til fysisk aktivitet spiller en viktig rolle for Eldres funksjon (McAuley et al., 2006). Dette stemmer også overens med funnene i denne studien. Til tross for et svært begrenset utvalg og et kvalitativt design viste det seg at de informantene som var aktive og hadde tro på sine evner til å mestre både trening og hverdagens krav, også var de som var mest deltakende i samfunnet og hadde en selvstendig og aktiv hverdag. I tillegg viste resultatene at den informanten som hadde lavest tro på egne evner til å mestre hverdag og trening, også hadde en redusert funksjon i form av at hun var avhengig av rullator for å bevege seg.

Opprettholdelse av funksjon var et av motivene for å trene blant informantene. Trude hadde for eksempel en progredierende muskelsykdom og var klar på at vedlikehold av funksjonen hennes var viktig. Hun hadde mye kunnskap om sykdommen sin og visste at trening var det eneste hun kunne gjøre for å

unngå en forverring av funksjonen. Hun opplevde ikke nødvendigvis hverken så mye glede eller fremgang med treningen, men gjennomførte den likevel for å bevare funksjonen sin.

Å trene for å bevare funksjonen kan likevel også by på utfordringer for denne gruppen eldre. For noen av informantene kan mangel på fremgang i treningen på grunn av diagnoser eller funksjonelle begrensninger bli en barriere for å være aktiv. I et mestringsperspektiv kan dette føre til at utfallsforventningene til treningen blir lave, da de eldre kan få en opplevelse av at treningen ikke har effekt. Dette kan videre føre til en følelse av mangel på mestringsopplevelser og resultater (Bandura, 1997). I mange tilfeller kan mestringstroen til trening i utgangspunktet være høy, men vedvarende mangler på resultater vil på sikt kunne føre til en reduksjon i mestringstro til egne evner. Dette kan for eksempel Ole erfare, som opplever stadige tilbakefall og som i tillegg til manglende kunnskap om egen funksjon og trening, ikke opplever fremgang. Bandura (2004) poengterer viktigheten av realistisk målsetting for å lykkes med en atferdsendring og dette er et verktøy som, i tillegg til kunnskap, kan gi inspirasjon og pågangsmot til å fortsette til tross for hindringer (DiClemente et al., 2013).

7.4 Deltakelse i samfunnet som motiv og mål for det fallforebyggende arbeidet

Et viktig motiv for informantene som trente var å ha tiltak til å kunne delta i samfunnet. Selvstendighet til å kunne gjennomføre aktiviteter som ga dem mening i hverdagen var grunnleggende i de eldres liv. Dette henger også sammen med motivet om å bevare eller bedre funksjonen sin, da en god funksjon ofte er en forutsetning for å opprettholde selvstendigheten sin til å delta i aktiviteter.

Forskning har også vist at opprettholdelse av selvstendighet er et viktig motiv for å drive med fallforebyggende trening blant eldre. En kvalitativ studie av Hawley (2009) så for eksempel at et av de viktigste motivene for å foreta hjemmebasert trening etter fall var for å vinne tilbake selvstendigheten sin. Studien hadde kun ni deltakere, men blir støttet av en større kvalitativ studie utført i seks europeiske land, der selvstendighet også blir beskrevet som et viktig motiv for å drive med styrke- og balansetrening blant de eldre (Yardley et al., 2006). Bunn et al. (2008) fant også at frykten for å tape selvstendighet på grunn av et fall både kan være et motiv og en barriere for å holde seg aktiv. Ingen av informantene i denne studien oppga frykt for å tape selvstendighet på grunn av fall som en barriere for trening, selv om flere oppga at de var redde for å falle. Kari snakket for eksempel om å trene for å unngå fall slik at

hun kunne fortsette å delta på aktivitetene sine. Informantene tok i stor grad hensyn til fallrisikoen og tok forhåndsregler for å unngå fall, men ønsket om å være selvstendig for å delta i samfunnet overgikk frykten for å falle.

Deltakelse i samfunnet har i seg selv mange positive effekter og informantene snakker både om frivillig arbeid, naturopplevelser og sosiale felleskap som viktige elementer i livene deres. Dette er også noe man fra forskning vet er helsefremmende (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Å inkludere flere i samfunnet og motvirke isolasjon og ensomhet er også en viktig del av folkehelsearbeidet (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a). Denne faktoren kan derfor brukes aktivt som et mål for tiltaket, for på den måten å øke eldres deltakelse i fallforebyggende trening. Deltakelse i fysisk aktivitet og trening blant denne gruppen eldre kan derfor ha en større effekt enn bare det fallforebyggende aspektet, fordi det kan føre til en høyere grad av deltakelse i samfunnet.

7.5 Tilrettelegging og oppfølging i et mestringsperspektiv

God oppfølging og tilrettelegging av treningen kom frem som en viktig forutsetning for at informantene skulle starte opp med og fortsette deltakelsen i treningsprogrammet. Oppfølging i starten av et treningsprogram kan ses på som spesielt viktig, da denne fasen av en atferdsendring er spesielt utfordrende (Bandura, 1997). Bandura (1997) mener en høy mestringstro er viktig i denne fasen, noe en eldre studie av McAuley (1992) også har funnet. McAuley (1992) så på rollen mestringstro har i prosessen med å starte opp med og opprettholde en treningsatferd. Forfatteren rekrutterte 103 friske, inaktive personer i alderen 45-64 år til et treningsprogram og fulgte dem over fem måneder. Han fant at mestringstro for trening ved oppstarten av programmet kunne predikere trening ved uke 12, men at mestringstro ikke kunne predikere treningsatferd ved programslutt (McAuley, 1992). Oppstarten av et treningsprogram kan være ukomfortabelt og slitsomt og funnene fra McAuley (1992) sammenfaller derfor med Bandura (1997) sin påstand om at oppstartsfasen krever en høyere tro på at man kan gjennomføre aktiviteten og takle barrierene. Når atferden har blitt en rutine spiller ikke mestringstro en like stor rolle i å opprettholde aktiviteten (Bandura, 1997). Studien av McAuley (1992) har hverken en sammenfallende populasjon eller treningsintervensjon som denne studien, men er den eneste tilgjengelige studien som ser på mestringstro i oppstarten av en treningsatferd og som ofte er referert til i senere litteratur.

Funnene fra denne studien kan også indikere at mestringstro spiller inn på oppstarten av trening og at oppfølging i denne fasen derfor blir spesielt viktig. Lina kan oppleves å ha en lav mestringstro og det kan være en av grunnene til

at det var vanskelig for henne å starte opp med trening. Hjelp til å overkomme barrierer og tilpasning av treningen fra et tidlig tidspunkt kan her være med på å hjelpe Lina med å bygge mestringstro til aktiviteten ved å gi henne mestringsopplevelser fra starten av (Bandura, 1997). En annen informant opplevde også at treningsprogrammet var krevende for henne i starten. Kari forteller at hun ikke klarte å gjennomføre hele programmet slik det var tenkt og dermed følte seg mislykket. I dette tilfellet hadde informantene allerede en høy mestringstro på sine evner til å drive med trening, slik at hun selv klarte å tilpasse øvelsene til sitt nivå og dermed fikk en følelse av at hun mestret treningen. Tidlige mestringsopplevelser med treningen er viktig og kan bidra til at de eldre velger å fortsette sin deltakelse til tross for hindringene de kan oppleve i oppstarten (Bandura, 1997).

Forskning viser også at mestringsopplevelser er et viktig element innen fallforebygging for eldre. For eksempel intervjuet Cheal and Clemson (2001) åtte deltakere i et fallforebyggende program som var basert på prinsippene til SKT. I programmet fikk deltakerne informasjon om hvordan redusere fallrisikoen i ulike situasjoner og demonstrasjon av blant annet treningsøvelser og trygg utførelse av daglige gjøremål. En stor del av programmet, som gikk over seks uker, gikk ut på å gi deltakerne mestringsopplevelser i ulike situasjoner (Cheal & Clemson, 2001). Deltakerne som ble intervjuet fortalte at deres selvtillit for å utføre både daglige gjøremål og trening var blitt høyere etter programslutt. De opplevde at de nå hadde økt kunnskap om og økt mestring av oppgaver de tidligere hadde vært redde for eller som innebar en fallrisiko (Cheal & Clemson, 2001). Studien så ikke spesifikt på mestringstro til trening, men til flere tiltak innen fallforebygging. Til tross for et lite utvalg og et kvalitativt design kan den likevel gi indikasjoner på at mestringsopplevelser, i tillegg til kunnskap, er viktig i utarbeidelse av fallforebyggende programmer for eldre.

Mange av informantene mente også at veiledning underveis i riktig utførelse av øvelsene var viktig og ga motivasjon til å fortsette treningen. Tilbakemeldinger på gjennomførelse som en form for verbal overbevisning kan være med på å gi mestringstro, spesielt når det innebærer at man blir gjort oppmerksom på personlig suksess med aktiviteten (Bandura, 1997). Dette samsvarer med en oversiktsartikkel av Ashford, Edmunds, and French (2010) som undersøkte hvilke metoder som var mest effektiv i å øke mestringstro for livsstilsendringer. De så på 27 studier om fysisk aktivitet, og fant at intervensjoner som inkluderte tilbakemelding på tidligere fremførelse eller sammenligning med andres fremførelse, hadde de høyeste nivåene av mestringstro blant deltakerne, sammenlignet med intervensjoner der disse teknikkene ikke var inkludert. Denne

oversikten ser dog på en voksen populasjon under 60 år og kun 6 av studiene ser på trening. Tilbakemeldinger som en del av oppfølgingen var også en forutsetning for trening blant informantene i denne studien, slik at det likevel kan gi indikasjoner på at dette er viktig i opprettholdelsen av en treningsatferd. Når det er sagt advarer Bandura (1997) mot å gi for mye støtte uten personlige opplevelser av mestring. Skal de eldre bygge en realistisk mestringstro til sine evner, må de selv erfare mestring med aktiviteten (Bandura, 1997).

Ifølge Bandura (1997) må også treningen være utfordrende nok, da for lette oppgaver ikke vil gi noen grunn til å øke troen på egne evner. Mange av informantene likte at programmet hadde noen utfordrende elementer slik at de hadde noe å jobbe mot, men var også opptatte av at det måtte være individuelt tilpasset til dem og ikke inkluderte øvelser de visste de ikke mestret. Dette er en balansegang som kan være vanskelig hos denne gruppen eldre som ofte har en redusert funksjon og som kan oppleve plutselige tilbakefall og endringer i funksjonen (Helsedirektoratet, 2013). Helsepersonell som arbeider med denne gruppen er derfor avhengig av gode tilbakemeldinger fra de eldre og må være oppmerksomme på endringer og innby til en dialog og et samarbeid rundt treningsopplegget.

De fleste av informantene som gjennomførte treningen opplevde at det ble vanskeligere å følge opp treningen når oppfølgingsperioden var over. Vissheten om at noen kom innom og ga tilbakemelding på gjennomførelse var viktig for informantene. En systematisk oversikt som så på Eldres oppfølging av treningsprogram fant også at studier med veiledning hadde generelt høyere deltakelse i treningen (Picorelli, Pereira, Pereira, Felicio, & Sherrington, 2014). Denne oversikten hadde dog kun ni studier inkludert og bare én der treningsprogrammet var utført i hjemmet. Høyere deltakelse i treningsprogrammer med veiledning kan ses i sammenheng med mestringstro på egne evner til å drive med trening på egen hånd, noe studien av McAuley et al. (2003) undersøkte. De så at mestringstro spilte en viktig rolle i overgangen til selvstendig trening. Forfatterne gjennomførte et forsøk der en eldre inaktiv populasjon med en gjennomsnittlig alder på 65,5 år deltok i en seks- måneders treningsintervensjon. De fant at de eldre utviklet en mestringstro til treningen som var relativt konsistent frem til slutten av programmet, da mestringstroen falt med nesten 20% fra oppstart. Dette forklarer de med at det i noen tilfeller kan være en for optimistisk tro i starten, men at det i stor grad henger sammen med den forventede utfordringen med å trene på egen hånd. De så også at de som trente hyppigere under treningsprogrammet hadde en høyere tro på at de ville klare å fortsette å trene etter programmet var ferdig. Disse hadde også et høyere

aktivitetsnivå ved 6- og 18 måneders oppfølging.

Dette er igjen i tråd med Bandura (1997) som sier at mestringstro er oppgavespesifikk. Deltakerne vil ved programslutt oppleve nye utfordringer med treningsatferden som igjen vil kreve en høyere tro på at de kan klare det. De som har trent hyppigst vil også ha flere mestringsopplevelser med treningen, noe som styrker mestringstroen og fører til større deltakelse i aktiviteten (Bandura, 1997). Dette indikerer også at en økning i mestringstroen er en konsekvens av treningen, noe som er i tråd med Banduras påstand om at den viktigste kilden til mestringstro er egne mestringsopplevelser med aktiviteten (Bandura, 1997).

Troen på at man klarer å gjennomføre aktiviteten på egen hånd vil altså være viktig for å fortsette. Blant informantene i denne studien var det kun Inger som enda fulgte opp treningen i hjemmet. Hun hadde også erfaring med å gjøre morgengymnastikk før prosjektet, slik at mestringstroen hennes på denne treningen var høy. Flere av de andre informantene hadde sluttet med treningen hjemme etter oppfølgingen. Noen hadde derimot begynt på gruppetrening utenfor hjemmet i istedenfor. Håkon forteller om en lav tro på egen vurdering av fremgang eller innsats og foretrekker gruppetrening der han blir fulgt opp. Det samme gjelder for Kari, som også trekker frem oppfølging fra instruktør som viktig, i tillegg til det sosiale. Sosial støtte har blitt trukket frem som en viktig faktor for deltakelse i fallforebyggende trening av annen forskning (Bunn et al., 2008). Her har de eldre også muligheten til å bygge mestringstro fra vikarierende erfaringer, gjennom å se og snakke med andre deltakere i lignende situasjoner (Bandura, 1997).

7.6 Metodediskusjon

Forskningsresultatenes reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er viktige spørsmål innen all forskning, som et mål på studiens kvalitet og gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2010). Videre vil denne studiens kvalitet bli diskutert og kritisert, basert på Kvale og Brinkmanns (2010) ovennevnte begreper.

7.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om påliteligheten til studiens data og måten de blir samlet inn og bearbeidet på (Johannessen et al., 2004). I kvalitativ forskning er det ikke realistisk at de eksakt samme resultatene kan reproduseres av andre, som er et krav i kvantitativ forskning. Dette fordi data-innsamlingen er kontekstavhengig og fordi samhandlingen mellom forsker og informant vanskelig lar seg gjenskape på samme måte av en annen forsker

(Malterud, 2001). For å styrke påliteligheten er det derfor gjort rede for hvordan dataene er samlet inn og hvilke valg som har blitt gjort underveis, på en så transparent måte som mulig. I tillegg har jeg belyst min forforståelse for temaet og klargjort for hvordan denne kan ha påvirket studien. Påliteligheten kan i tillegg styrkes av at en annen forsker foretar en kritisk evaluering av metoden. I og med at dette er en masteroppgave har dette blitt gjort gjennom god veiledning underveis i prosessen.

Under intervjuene har jeg forsøkt å være bevisst på å ikke lede samtalen, men å være åpen rundt de temaene som kom opp. Jeg benyttet meg også av ledende spørsmål bevisst, nettopp for å teste informantenes reliabilitet (Johannessen et al., 2004). Når det er sagt kan jeg nok også ha stilt noen ledende spørsmål uoverveid som kan ha påvirket samtalen, spesielt i møte med de informantene som var ordknappe og der jeg måtte stille mer lukkede spørsmål for å få i gang samtalen (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg kan også ha påvirket intervjuene fordi jeg presenterte meg som fysioterapeut og som en del av prosjektet de hadde vært med på. Dette kan ha påvirket informantene og vært avgjørende for hvor åpne de valgte å være om deres deltakelse i trening.

Et annet aspekt som kan ha svekket påliteligheten er at jeg valgte å ikke ta notater underveis. Dette kan ha ført til at noen aspekter av samtalen ble borte. Malterud (2011) mener at å skrive notater underveis kan fange opp andre inntrykk og refleksjoner som ikke kommer like tydelig frem på lydopptaket. For å bøte på dette brukte jeg alltid noen minutter rett etter intervjuene på å skrive ned tanker og refleksjoner.

7.6.2 Validitet

Validitet handler om studiens gyldighet og om man undersøker det man var ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2010). Har man valgt riktig metode for formålet og klarer man å representere virkeligheten? Jeg forsøkte å validere metodevalget mitt ved å pilot-teste intervjuguiden for å sikre at intervjuene ville svare på problemstillingen og for å få erfaring med situasjonen. Når det er sagt var intervjuguiden opprinnelig tenkt å være en del av en større problemstilling i PhD-prosjektet. Den hadde derfor med temaer utenfor min problemstilling. Dette kan ha ført til en mer overfladisk dialog rundt hvert tema der jeg i stedet burde ha gått mer i dybden på svarene jeg fikk. Dette kan ha bidratt til at jeg gikk glipp av poenger som kunne vært viktige for oppgaven min og at jeg ikke har fått et riktig inntrykk av informantenes meninger. Eksempler på dette er barrierene som kom frem. Jeg kunne med fordel ha undersøkt mer grundig hvordan deres kunnskapsnivå om trening og deres funksjon kan være barrierer

for å trene.

Hvor godt mine data representerer virkeligheten om mine informanternes meninger om trening, avhenger også av om jeg tolket riktig mening ut fra det informantene formidlet (Malterud, 2011). Dette forsøkte jeg å sikre gjennom dialogisk validering underveis i intervjuet ved å gjengi informantenes svar til dem (Malterud, 2011). Jeg startet også hvert intervju med en dialog rundt begrepene trening og fall, og hvordan de definerte disse. Dette var for å sikre en homogen tolkning av begrepene mellom meg og hver informant (Maxwell, 1992). Det kan likevel ha oppstått misforståelser rundt begrepene som ble brukt, spesielt rundt temaet fallforebygging, noe som kan ha ført til feiltolkninger både fra min og informantenes side.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2010) er forskeren både tekstskaper og teksttolker, da det er hun som velger hvordan hun tolker og skriver teksten. Den fysiske tilstedeværelsen man har i en samtale blir borte ved omgjøring til tekst, noe som kan gjøre at mening i form av for eksempel kroppsspråk, blir borte (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg har derfor forsøkt å transkribere intervjuet så nøyaktig som mulig, med både latter og sukk, samt måten de svarer på spørsmålene.

Min tolkning av informantenes utsagn, både under intervjuene, ved transkribering og i analysen kan også ha påvirket funnene. Forskeren må hele tiden være bevisst på om materialet er gjengitt så korrekt som mulig, slik at det ikke er forskerens meninger som kommer frem (Malterud, 2011). Jeg transkriberte intervjuene selv kort tid etterpå, noe som er i tråd med Malterud (2011) sin metode. Dette gjorde at jeg husket informantene godt og hadde et helhetlig inntrykk av dem når analysen ble foretatt. Når det er sagt kan også for mye nærhet til dataene gjøre at man preger teksten for mye (Malterud, 2011). Jeg har derfor gått tilbake til lydfilene og transkripsjonene underveis i analysen for å forsøke å forsikre meg om at utsagnene ble ment på den måten jeg tolket det.

Samtidig er det viktig å erkjenne at forskerens forforståelse vil prege alle fasene av studien (Malterud, 2011). En redegjørelse av min forforståelse vil oppfylle kravet om refleksiv objektivitet i kvalitativ forskning, som viser at man er bevisst sin rolle og skjevheten det måtte bringe inn i studien, selv om man ikke kan eliminere den (Malterud, 2001). Det er også viktig å være bevisst og gjøre rede for det teoretiske perspektivet man har med seg (Malterud, 2001). Selv om jeg har forsøkt å være åpen for både temaer og teoretiske perspektiver, vil jeg ut i fra min erfaringsbakgrunn og studiens problemstilling ha med meg en folkehelsevitenskapelig og helsefaglig teoriramme. Andre fagpersoner med

en annen bakgrunn ville nok kunne komme frem til andre resultater enn det jeg har presentert.

Jeg har også søkt kommunikativ validitet gjennom en dialog med mine veiledere gjennom hele prosessen. Dette er ifølge Kvale and Brinkmann (2010) en måte å vurdere gyldigheten i funnene på. For å videre validere funnene kunne jeg ha søkt respondentvalidering fra informantene mine (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette har ikke blitt gjort på grunn av oppgavens omfang, noe som gjør at meningen i informantenes utsagn kan ha blitt mistolket av meg.

En siste måte å undersøke studiens gyldighet på er om resultatene sammenfaller med annen empiri på området (Kvale & Brinkmann, 2010). Mine resultater er i tråd med annen forskning, som har funnet mange av de samme faktorene for å drive med trening som min studie har (Bunn et al., 2008; Child et al., 2012; Cousins, 2000; McMahan et al., 2011). Empirien på området er dog i stor grad kvalitativ og kan derfor ikke uten videre generaliseres til å gjelde alle eldre. Studiene har dessuten ulikheter i studiepopulasjon og type fallforebyggende intervensjon både seg imellom og opp mot min studie. Til tross for dette sammenfaller funnene i stor grad. Dette styrker mine funn, da de ikke er i direkte motsetning til tidligere forskning, noe som kan ses på som en validering av funnene (Kvale & Brinkmann, 2010). Likeså styrkes gyldigheten ved at flere er enige i at funnene gir et riktig bilde av virkeligheten (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette har også skjedd gjennom dialog med veilederne mine, samt fysioterapeutene og andre medarbeidere i PhD-prosjektet som har erfaring innen dette området.

Til slutt må det sies at utvalget mitt er lite på grunn av tiden til rådighet og prosjektets størrelse. Et større utvalg ville kunne gitt en større bredde i svarene og et annet eller et mer nyansert resultat (Johannessen et al., 2004). Dette er også avhengig av kvaliteten på dialogen mellom intervjuer og informant (Malterud et al., 2016). I og med at jeg kun hadde ett pilot-intervju og ikke var erfaren i rollen som intervjuer kan dette ha påvirket kvaliteten på samtalene. Det samme kan det faktum at et par av informantene var ordknappe og vanskelig å få i gang en dialog med. Også med tanke på dette kunne et større utvalg ha gitt et mer nyansert resultat.

7.6.3 Generaliserbarhet

Kvalitative studier har ikke til hensikt å generalisere kunnskapen som har blitt produsert til en hel populasjon, slik kvantitative studier har (Kvale & Brinkmann, 2010). Generalisering eller overførbarhet i kvalitative studier handler om at kunnskapen kan overføres til å gjelde i andre, lignende situasjoner (Kva-

le & Brinkmann, 2010). En bekreftelse av overførbarheten til denne studien vil da være om mine funn kan gjelde for andre hjemmeboende eldre i en lignende situasjon som mine informanter. Kunnskapen i min studie gjelder i første omgang for syv hjemmeboende eldre i kommuner på Østlandet, men man kan anta at den kan gjelde for andre eldre i lignende situasjoner. Det må dog tas hensyn til at mine informanter er plukket ut fra treningsgruppen i et randomisert kontrollert forsøk, som i utgangspunktet kan tenkes å være en gruppe som er mer motiverte for trening enn den generelle eldre populasjonen. I tillegg kan det tenkes at mitt utvalg er spesielt motiverte, siden de også valgte å si ja til å være med på et intervju. Mine informanter ble valgt ut på bakgrunn av ulik grad av gjennomførelse av treningsprogrammet, slik at ulike aspekter skulle komme frem. Det viste seg dog at det bare var en som ikke hadde deltatt på treningen i det hele tatt, alle de andre hadde en høy grad av gjennomførelse.

Til slutt blir det også ved å gjøre metoden så transparent som mulig og forsøke å være spesifikk med resultatene, opp til leseren å vurdere overførbarheten til sin situasjon (Kvale & Brinkmann, 2010).

8 Implikasjoner og konklusjoner

I dette kapittelet vil implikasjoner for studien bli diskutert, med fokus på hvordan Banduras SKT kan brukes for å øke eldres deltakelse i fallforebyggende trening. Implikasjoner for både praksis og fremtidig forskning blir diskutert, før oppgaven avsluttes med konkluderende betraktninger.

8.1 Implikasjoner for praksis

8.1.1 SKT i praksis

Denne studien og annen empiri indikerer at man kan bruke SKT med et fokus på mestringstro for å forklare mange av de eldres motiver og barrierer for trening. I tillegg kan det se ut som mestringstro spiller en viktig rolle både for eldres deltakelse i trening og for deres syn på egen funksjon og funksjonelle begrensninger. Fra et forebyggende perspektiv er dette oppløftende da mestringstro er en faktor som er modifiserbar og man kan derfor jobbe med å øke mestringstroen både til de eldres evner til å trene, men også til deres funksjon (McAuley, Mullen, et al., 2011; Phillips et al., 2004).

Kunnskap er ifølge Bandura (1998) en viktig forutsetning for å endre atferd og mestringstro til en atferd. Denne studien indikerer at et lavt kunnskapsnivå om trening kan være en barriere for å starte med en treningsatferd. Å heve de eldres kunnskapsnivå bør derfor være et grunnleggende element for helsepersonell som arbeider med denne gruppen. Dette kan være en enkel og effektiv måte å øke mestringstroen til både oppstart og opprettholdelse av fysisk aktivitet på, samt til egen funksjon. Her bør kunnskap både om trening, egen funksjon og forventninger til effektene av trening inngå, for å unngå at de eldre har urealistiske forventninger om hva de kan oppnå og hva som forventes av dem (Bandura, 2004; Seeman & Chen, 2002). I tillegg er også kunnskap om de eldre viktig for helsepersonell. De trenger innsikt i de eldres kunnskapsnivå, deres forventninger og forståelse for deres individuelle motiver og barrierer for trening. Dette er en forutsetning for å kunne tilpasse tiltak og motivere til økt fysisk aktivitet hos denne gruppen. Det burde oppmuntres til aktivitet i alle livsfaser og i noen tilfeller ut over det den enkelte eldre tror han/hun er i stand til. Helsepersonell som jobber med eldre må se forskjellen og oppmuntre til realistisk aktivitet som bidrar til mestring og trivsel. I tillegg kan helsepersonell også trenge mer kunnskap om ulike pedagogiske verktøy, både for å formidle informasjon og for å innhente relevant kunnskap om brukeren.

Helsepersonell bør også ha kunnskap om Banduras fire kilder til mestringstro og bruke disse aktivt for å øke eldres mestringstro til fysisk aktivitet og trening (Bandura, 1997). Egne mestringsopplevelser er ifølge Bandura (1997)

den mest effektive måten å øke mestringstroen på. Ved oppstarten av et treningsprogram bør det derfor utvikles realistiske mål og delmål for å sikre at de eldre får mestringsopplevelser med aktiviteten. Å oppnå disse målene gjør at man setter seg nye mer utfordrende mål, noe som kan øke mestringstroen ytterligere (Bandura, 1997). Dette kan helsepersonell gjøre ved å tilpasse og tilrettelegge treningen, slik at de eldre opplever suksess med den. Med denne gruppen eldre må helsepersonell også vurdere hvilke typer mål man skal sette seg. Mange trener for å opprettholde funksjon og vil derfor ikke oppnå mål som går på å forbedre denne. Mål om å mestre ulike aktiviteter eller gjøremål i hverdagen må derfor vurderes som et godt alternativ.

Å se andre i en lignende situasjon som en selv mestre trening, kan ifølge Bandura (1997) være med på å øke mestringstroen til at en selv også kan klare det, gjennom såkalte vikarierende erfaringer. Gruppetrening kan i mange tilfeller bidra med dette og er også noe som endel av informantene i denne studien foretrakk etter treningsperioden var over. Gruppetrening forutsetter dog en relativt god funksjon og for noen vil sosio-strukturelle barrierer som transport og økonomi være et hinder (DeGroot & Fagerström, 2011). For andre er trening i hjemmet den foretrukne metoden for fysisk aktivitet. For andre igjen vil trening i hjemmet være en midlertidig løsning til de har kommet opp på et nivå der de kan starte med gruppetrening utenfor hjemmet eller der de generelt kan øke hverdagsaktiviteten. Det er derfor viktig med et bredt spekter av tilbud slik at man når så mange som mulig med treningstiltak. I tillegg vil kunnskap om hvordan de kan trene i hjemmet uansett være viktig for denne gruppen der funksjonsnivået raskt kan endre seg. Helsepersonell må derfor vurdere hvilket tiltak som er best egnet for hver enkelt og i alle tilfeller gi gode alternativer for trening i hjemmet (Sosial og Helsedirektoratet, 2005).

Verbal overbevisning er Banduras tredje kilde for å øke mestringstroen (Bandura, 1997). Dette er et viktig verktøy og en av de vanligste strategiene som helsepersonell bruker for å øke Eldres deltakelse i fysisk aktivitet og trening (Bandura, 2004). Bandura (1997) advarer imidlertid om å overbevise en person om aktivitet over ens faktiske evner, da dette vil kunne føre til en reduksjon i mestringstroen. Igjen er det derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om den enkelte Eldres funksjonsnivå, forutsetninger og behov, for å kunne gi tilpasset støtte og veiledning.

Emosjonelle forhold er den siste kilden til mestringstro ifølge Bandura (1997). For å bygge mestringstro til trening må de eldre lære seg å takle de negative emosjonelle reaksjonene trening kan gi (Bandura, 1997). For eldre som har vært inaktive og som har begynt med trening er det viktig å gjøre de oppmerk-

somme på de normale fysiologiske responsene til kroppen, som treningsverk og smerter. I tillegg har mange eldre en utdatert oppfatning om hva aktivitet kan gjøre med kroppen og mange er bekymret for at treningen kan skade dem (Phillips et al., 2004). Å forstå hva kroppens normale respons på trening er og hva som er realistisk aktivitet for hver enkelt, kan hjelpe de eldre med å tolke disse responsene riktig. Dette kan gi trygghet og er med på å øke mestringstroen til treningen (McAuley, Szabo, et al., 2011).

8.1.2 Prioriteringer basert på mestringstro

Bandura (2004) foreslår en implementeringsmodell i tre nivåer basert på mestringstro for å prioritere hvem og hvordan man skal rette tiltakene, for igjen å øke personers deltakelse i helseatferd som fysisk aktivitet.

Det første nivået gjelder de som har høy mestringstro og positive utfallsforventninger. Disse trenger ifølge Bandura (2004) lite oppfølging. Funnene i denne studien indikerer også dette. Kari, Håkon, Trude og Inger har tro på egne evner til mestre treningen og opprettholder aktivitetsnivået sitt. Samtidig gir de uttrykk for at noe oppfølging er positivt og to av dem foretrekker gruppetrening der de får dette. I det minste trenger denne gruppen informasjon om tilgjengelige muligheter for fysisk aktivitet i nærmiljøet deres.

Det andre nivået gjelder de som er usikre på deres evner til å mestre aktiviteten og utfallene den måtte ha (Bandura, 2004). De gir raskt opp ved utfordringer og Bandura foreslår at de får telefonisk eller digital støtte og oppfølging. Elsa og Ole kan sies å være på nivå to. De er usikre på egne evner og sluttet med opplegget så fort oppfølgingsperioden var over. Telefonisk kontakt fra fysioterapeut der verbal overbevisning og støtte blir brukt kunne muligens ha ført til videre deltakelse for disse informantene.

Individene på det tredje nivået mener at deres helse og helseatferd er utenfor deres kontroll og er de som vil trenge personlig veiledning og oppfølging (Bandura, 2004). De trenger et program som gradvis gir dem mestringsopplevelser og en tro på at de kan ta kontroll over egen helse. Lina kan sies å være på dette nivået. Hun har i tillegg mistet troen på sin generelle evne til å håndtere hverdagen og trenger kanskje en annen innfallsvinkel enn kun trening. Et fokus på å mestre oppgaver i hverdagen, oppleve overskudd og å bygge opp troen på egen funksjon er muligens mer hensiktsmessig enn spesifikke treningsmål. Dette krever fleksibilitet av helsepersonell og en evne til å se hele mennesket og tenke alternative løsninger. Deltakelse i samfunnet kom også frem som et viktig motiv for å drive med trening i denne studien og det kan muligens også brukes som et mål for denne gruppen.

Både egen erfaring og annen empiri tilsier at disse eldre er en spesiell gruppe innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid (Brawley et al., 2003; Phillips et al., 2004). De er inne i en livsfase med mange endringer. De står i fare for å bli avhengig av mer hjelp, de må ofte flytte til en annen bolig, de opplever å miste nære familiemedlemmer og de får diagnoser og har flere sykehusopphold enn tidligere. Dette gjør at livssituasjonen deres kan endre seg fort. Dette igjen kan føre til at de mister troen på egne evner og dermed risikerer å falle fra trening og andre aktiviteter i hverdagen. Av denne grunn trenger kanskje alle nivåene i denne gruppen tettere oppfølging enn den generelle befolkningen. Når det er sagt vil kontinuerlig oppfølging av alle i denne gruppen ikke være samfunnsøkonomisk forsvarlig. Et utgangspunkt i Banduras tre nivåer kan derfor være en god plass å starte (Bandura, 2004). Dette krever en kartlegging av de eldre, som vil kunne være med på å avgjøre om de trenger oppfølging eller ikke. Et besøk fra helsepersonell der fokuset er på å øke kunnskapsnivået og mestringstroen til trening kan også være med på å sette i gang prosessen med en atferdsendring. Å endre atferd er ofte en lang prosess og man kan derfor ikke forvente at alle endrer atferd umiddelbart (DiClemente et al., 2013). Riktig informasjon om fallforebygging og trening kan likevel på sikt ha en positiv effekt.

I tillegg er det viktig å huske på at trening ikke alltid er den riktige løsningen. Helsepersonell må ha med seg at andre helsefremmende faktorer, som å delta i et sosialt felleskap og ha meningsfulle aktiviteter i livet, også er viktig å kommunisere til denne gruppen eldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a).

Til slutt må det påpekes at det eksterne miljøet har en stor innvirkning på menneskets helseatferd og intervensjoner på politisk nivå og i lokalsamfunnet vil derfor også være viktig for å redusere barrierene og motivere til økt aktivitet (Bandura, 2004). Dette innebærer for eksempel at det finnes aktivitetstilbud for eldre i nærmiljøet, at de eldre mottar informasjon om slike tilbud og at man lager lokalsamfunn som innbyr til fysisk aktivitet for alle aldre.

8.2 Implikasjoner for videre forskning

Fremtidig forskning bør fortsette å fokusere på å finne gode helsefremmende og forebyggende tiltak for å nå denne gruppen hjemmeboende eldre på et tidlig stadium. Det er også viktig å se på hvordan man kan øke kunnskapsnivået til både helsepersonell og den eldre befolkningen rundt trening, egen funksjon og fallproblematikken. I tillegg er det mange studier som kun fokuserer på mestringstro eller deler av SKT. Bandura hevder at endring av atferd skjer gjennom en kombinasjon av faktorene i SKT (Bandura, 1998). Derfor bør

fremtidige studier fokusere på alle aspektene av SKT for å finne frem til de mest effektive måtene å øke deltakelse i trening hos denne gruppen med eldre.

8.3 Konkluderende betraktninger

Denne studien har vist at eldre hjemmeboende med kommunale tjenester og med en risiko for fall har ulike barrierer og motiver for å delta i fallforebyggende trening. Banduras sosial-kognitive teori med mestringstro i fokus kan brukes som et verktøy, både for å forklare og for å påvirke eldres deltakelse i fysisk aktivitet og trening. Dette forutsetter en helhetlig tilnærming fra helsepersonell, for å se hver brukers kunnskapsnivå, forutsetninger og behov. Å skape miljøer for å øke eldres mestringstro både til trening og til egen funksjon er derfor en viktig oppgave som bør inngå i det forebyggende arbeidet i kommunene.

Referanseliste

- Anderssen, S. A., Hansen, B. H., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Børshheim, E., & Holme, I. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-voksne-og-eldre-resultater-fra-en-kartlegging-i-2008-og-2009>
- Ashford, S., Edmunds, J., & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British journal of health psychology, 15*(2), 265-288.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health, 13*(4), 623-649.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior, 31*(2), 143-164.
- Beard, J., Rowell, D., Scott, D., van Beurden, E., Barnett, L., Hughes, K., & Newman, B. (2006). Economic analysis of a community-based falls prevention program. *Public health, 120*(8), 742-751.
- Booth, M. L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O., & Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive medicine, 31*(1), 15-22.
- Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & King, A. C. (2003). Promoting physical activity for older adults: the challenges for changing behavior. *American journal of preventive medicine, 25*(3), 172-183.
- Bunn, F., Dickinson, A., 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.
- Cheal, B., & Clemson, L. (2001). Older people enhancing self-efficacy in fall-risk situations. *Australian Occupational Therapy Journal, 48*(2), 80-91.
- Child, S., Goodwin, V., Garside, R., Jones-Hughes, T., Boddy, K., & Stein, K. (2012). Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation science, 7*(1), 91-104.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet, 374*(9696), 1196-1208.
- Cousins, S. O. B. (2000). " My Heart Couldn't Take It" Older Women's Beliefs About Exercise Benefits and Risks. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*(5), 283-294.
- DeGroot, G. C. L., & Fagerström, L. (2011). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 18*(2), 153-160.

- DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2013). *Health behavior theory for public health*. Burlington: Jones & Bartlett learning.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International journal of nursing studies*, 44(1), 131-142.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A., & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *bmj*, 347, 6234-6247.
- Eriksen, H., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Grønningsæter, H., Sandal, G., & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52(7), 383-391.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I.-M., . . . Swain, D. P. (2011). Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *The American College of Sports Medicine*, 43(7), 1334-1359.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2), 1-258.
- Hawley, H. (2009). Older adults' perspectives on home exercise after falls rehabilitation: Understanding the importance of promoting healthy, active ageing. *Health Education Journal*, 68(3), 207-218.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen–Rett behandling–på rett sted–til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon i omsorg*. (NOU 2011:11). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014a). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (Meld. St. nr. 19, 2014-2015). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014b). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld. St. nr. 26, 2014-2015). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse>

- Helsedirektoratet. (2013). *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/98/Fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger-IS-2114.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonale anbefalinger. Fysisk aktivitet og stillesitting for dem over 65 år*. Retrieved from [https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Nasjonale anbefalinger 65 pluss.pdf](https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Nasjonale%20anbefalinger%2065%20pluss.pdf).
- Helsedirektoratet. (2015a). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-sedat-tid-blant-voksne-og-eldre-i-norge-nasjonal-kartlegging-201415>.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Tiltakspakke for forebygging av fall i helseinstitusjoner*. Retrieved from <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-fall-i-helseinstitusjoner>.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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.
- Jerome, G. J., & McAuley, E. (2013). Enrollment and participation in a pilot walking programme: The role of self-efficacy. *Journal of health psychology*, 18(2), 236-244.
- Johannessen, A., Tuft, P. A., & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (2. ed.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Jones, T. S., Ghosh, T. S., Horn, K., Smith, J., & Vogt, R. L. (2011). Primary care physicians perceptions and practices regarding fall prevention in adult's 65 years and over. *Accident Analysis & Prevention*, 43(5), 1605-1609.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lexell, J., Frändin, K., & Hellbostad, J., L. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. In R. Bahr (Ed.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (pp. 62-71). Oslo: Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 ed.). Oslo: universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760.
- Masud, T., & Morris, R. O. (2001). Epidemiology of falls. *Age and ageing*, 30, 3-7.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard educational review*, 62(3), 279-301.

- McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of behavioral medicine*, 15(1), 65-88.
- McAuley, E., Jerome, G. J., Marquez, D. X., Elavsky, S., & Blissmer, B. (2003). Exercise self-efficacy in older adults: social, affective, and behavioral influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 1-7.
- McAuley, E., Konopack, J. F., Morris, K. S., Motl, R. W., Hu, L., Doerksen, S. E., & Rosengren, K. (2006). Physical activity and functional limitations in older women: influence of self-efficacy. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(5), 270-277.
- McAuley, E., Morris, K. S., Motl, R. W., Hu, L., Konopack, J. F., & Elavsky, S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology*, 26(3), 375-380.
- McAuley, E., Mullen, S. P., Szabo, A. N., White, S. M., Wójcicki, T. R., Mailey, E. L., . . . Erickson, K. (2011). Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: Executive function and self-efficacy effects. *American journal of preventive medicine*, 41(3), 284-290.
- McAuley, E., Szabo, A., Gothe, N., & Olson, E. A. (2011). Self-efficacy: Implications for physical activity, function, and functional limitations in older adults. *American journal of lifestyle medicine*, 5(4), 361-369.
- 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.
- Merom, D., Pye, V., Macniven, R., van der Ploeg, H., Milat, A., Sherrington, C., . . . Bauman, A. (2012). Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. *Preventive medicine*, 55(6), 613-617.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nyman, S. R., & Victor, C. R. (2012). Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age and ageing*, 41(1), 16-23.
- Phillips, E. M., Schneider, J. C., & Mercer, G. R. (2004). Motivating elders to initiate and maintain exercise. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(Suppl 3), 52-57.
- Picorelli, A. M. A., Pereira, L. S. M., Pereira, D. S., Felício, D., & Sherrington, C. (2014). Adherence to exercise programs for older people is influenced by program characteristics and personal factors: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 60(3), 151-156.
- QSR International. (u.å.). Nvivo, the no.1 software for qualitative data analysis. Retrieved from <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product>
- Resnick, B. (2001). A prediction model of aerobic exercise in older adults living in a continuing-care retirement community. *Journal of Aging and Health*, 13(2), 287-310.

- Resnick, B., & Spellbring, A. M. (2000). Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of gerontological nursing*, 26(3), 34-42.
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in geriatric medicine*, 18(2), 141-158.
- Seeman, T., & Chen, X. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), 135-144.
- Sherwood, N. E., & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual review of nutrition*, 20(1), 21-44.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2005-/id102065/>.
- Thomas, S., Mackintosh, S., & Halbert, J. (2010). Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 39(6), 681-687.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(12), 1996-2001.
- Tønnessen, M. (2015). Aldring i Norge. *Sosiologi i dag*, 45(3), 7-23.
- Vieira, E. R., Palmer, R. C., & Chaves, P. H. (2016). Prevention of falls in older people living in the community. *bmj*, 353, 1419-1432.
- World Health Organization. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
- World Medical Association. (2008). *Helsinki-deklarasjonen: Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Retrieved from <https://www.etikkom.no/Helsinkideklarasjonen>.
- Yardley, L., Bishop, F. L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G. I., Piot-Ziegler, C., . . . Lanta, K. (2006). Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *The Gerontologist*, 46(5), 650-660.

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Introduksjon:

Dette intervjuet er en del av det prosjektet som du har vært med på med kommunen og HIOA. Jeg tar en master i folkehelsevitenskap på NMBU og skal skrive min oppgave på eldre og trening, hva de tenker om det og hva som gjør at de blir med på et slikt treningsopplegg eller ikke. Det er derfor jeg har lyst å intervju deg om det her. Jeg tar opp dette intervjuet på bånd (hvis ok), men det vil ikke være noe navn eller noe som gjør at man kan finne ut at det er deg på oppgaven min.

Innledende faktaspørsmål:

Hva heter du?
Hvor gammel er du?
Er det lenge siden du hadde siste besøk fra prosjektets fysioterapeut?

Spørsmål rundt kunnskap om trening:

Hva tenker du på når jeg sier ordet trening?
Har du drevet med noen type trening tidligere i livet?
Hva tenker du at treningen kan hjelpe for? (Tenker du det kan hjelpe?)
Hva vet du om effektene av trening?
Gir det mening å drive med dette for fremtidens skyld?

Kan du fortelle litt om hva du synes om dette treningsopplegget du har vært med på?

Hva du likte med det / hva du ikke likte med det?
Hva gjorde at du valgte å bli med på dette?
Hva gjorde at du sluttet/ fortsatte med opplegget?
Hvis du sluttet, kunne noe vært gjort for at du skulle ha fortsatt?
Noen spesielle opplevelser/ tanker som oppmuntret deg til å fortsette eller slutte?
Gjorde du treningen som du skulle gjøre på egen hånd? Hvorfor/hvorfor ikke?
Hva tenker du om å trene hjemme? Hvorfor/ hvorfor ikke?
Ikke deltatt: Hva skal til for at du skulle ha blitt med? Hva kunne vi gjort?

Hva synes du om besøkene fra fysioterapeut?

Hva betydde de for deg?
Burde det vært flere/færre besøk?
Hva tenker du om formen på besøket?
Hva dere gjorde når hun var der.
Hva tenker du om veiledningen du fikk fra de? Hjalp det på noen måte?
Hvis fortsatt besøk fra fysio, ville du fortsatt/ trent mer da?
Føler du at de tok hensyn til deg og dine behov?

Har deltakelse i dette opplegget endret noe i hverdagen din?

Føler du at du har lært noe?
Driver du med noe trening nå?

Hvorfor/hvorfor ikke?

Tanker om å holde det ved like.. Hva føler du at treningen gjorde med deg?

Hvilken betydning har trening for deg nå?

Du har jo hatt ett eller flere fall det siste året, kan du fortelle litt om hvordan du opplever dette?

Hva gjør det med deg, det at du har falt eller føler deg mer ustø?

Har det gjort noe med de rundt deg? (pårørende/ ektefelle)

Hva tenker du var grunnen til at du falt/ faller? (intern/ekstern)

Har du opplevd at noen behandler deg annerledes fordi du har falt eller er ustø?

Tenker du at det er noe du kan gjøre for å unngå å falle? Hvorfor ikke?

Har du hørt om begrepet «fallforebygging»?

Hva legger du i det?

Har du fått noe informasjon om dette? evt. fra hvem?

Hvis nei; hva tenker du om dette?

Burde du ha fått info?

Tenker du denne informasjonen gjelder for deg? Hvorfor ikke?

Hvis det ikke har kommet opp:

Man har jo funnet ut at trening kan hjelpe med å forebygge fall. Hva tenker du om dette?

Gjelder det for deg?

Hva tenker du kunne hjelpe deg forebygge flere fall?

Du har jo trygghetsalarm/hjemmetjeneste.

Hva tenker du om dette?

Føler du deg tryggere?

Er du mer forsiktige enn du var før?

Har det gjort noe med de rundt deg? - Pårørende o.l.

Har det gjort noe med hvordan du ser på deg selv og hva du kan klare i hverdagen?

Er det noe du vil tilføye til slutt?

Briefing etterpå.

Vedlegg 2 – Informert samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Fall og fallforebygging hos hjemmeboende eldre

Bakgrunn og hensikt

Fokuset i dette prosjektet er fall og fallforebygging hos mennesker som bor hjemme og mottar hjemmetjenester fra kommunen. Det har vært forsket mye på fall og fallforebygging hos eldre som klarer seg selvstendig i hjemmet, men vi mangler kunnskap om fallforebygging hos dem som mottar hjemmetjenester, spesielt effekten av trening for å forebygge fall. Med bakgrunn i dette inviteres du til å delta i en forskningsstudie angående fall og fallforebygging hos hjemmeboende eldre.

Hva innebærer studien?

De som ønsker å delta i studien, vil få en førstegangs undersøkelse, der fysisk funksjon og helse blir registrert. De som ønsker og oppfyller kriteriene for å bli inkludert i prosjektet (se kapittel A) vil fordeles til to grupper, den ene gruppen skal gjennomføre et treningsprogram og den andre gruppen skal fortsette sine vanlige aktiviteter. Gruppetilhørighet foregår ved loddtrekning. Deltakerne i begge grupper vil bli bedt om å fylle ut spørreskjema som omtaler deres helse, livskvalitet og funksjon samt at de skal gjennomføre fysiske funksjonstester. Deltagerne skal registrere eventuelle fall de har i en fallkalender og i tillegg føre en aktivitetsdagbok i treningsperioden. Det vil være en retest etter tre og seks måneder og en oppfølging etter tolv måneder. Blant dem som ønsker og kan delta i studien vil noen også bli forespurt om å gjennomføre et intervju angående erfaring og opplevelser med fall og fallforebygging.

Mulige fordeler og ulemper

Halvparten av deltagerne i loddtrekningen vil ikke få veiledet trening av fysioterapeut. Alle deltagerne vil måtte sette av en del tid til undersøkelser, tester og eventuelt trening og intervju. De som blir valgt ut til å trene må gjøre dette tre ganger i uken i 3 mnd. Alle skal testes flere ganger, føre en aktivitetsdagbok, og fylle ut en fallkalender. Et eventuelt intervju vil ta ca en times tid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

De besvarte spørreskjemaene og testene som utføres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og testresultatene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er aidentifisert. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og vil bli skrevet ned etter lydopptaket. Informasjon som kan identifisere deg vil bli tatt bort eller endret slik at du ikke kan bli gjenkjent i materialet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet

som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. De opplysninger som du gir, vil ikke bli koblet opp mot andre dataregistre. Data som blir samlet inn, vil bli endelig slettet etter 10 år. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du har spørsmål til studien eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte fysioterapeut Maria Bjerk på telefon 416 46 900. Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer. Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B- Personvern og forsikring.

Kapittel A - Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse:

- Deltakerne må motta hjemmetjenester
- Deltakerne skal være 67 år eller eldre
- Deltakerne skal være i stand til å gi informert samtykkeerklæring
- Deltakerne må ha opplevd minst et fall det siste året
- Deltakerne må kunne gå selvstendig med eller uten ganghjelpemiddel som krykker eller rullator
- Deltakerne må kunne snakke og forstå norsk
- Deltakerne må ikke ha sykdommer som er livstruende eller som gjør det utrygt å trene
- Deltakerne kan ikke delta i andre spesifikke fallforebyggende tiltak mens de deltar i prosjektet
- Deltagerne må gjennomføre en test som heter Mini Mental State Examination (MMSE), som undersøker hukommelse, orientering for tid og sted samt problemløsning. Skårene på MMSE- testen vil avgjøre om man kan inkluderes eller ikke i denne studien. Dersom man skårer under 23 poeng på MMSE- testen kan man ikke være med i studien.

Bakgrunnsinformasjon om studien

Kunnskap om effekten av fallforebygging på livskvalitet og fysisk funksjon hos eldre som mottar hjemmetjenester er etterspurt i forskningslitteraturen. Dersom du velger å ikke delta i studien, eller du ønsker å avbryte deltakelsen i studien, vil det ikke medføre noen ulempe for deg. Spørreskjema og tester fylles ut når prosjektet starter og deretter 3 måneder og 6 måneder etter start. En oppfølging vil skje etter 12 måneder. Du skal fylle ut en aktivitetsdagbok og en fallkalender.

Kapittel B- Personvern og forsikring

Personvern

Opplysninger som vil registreres om deg er bakgrunnsinformasjon som for eksempel sivilstand, medisinske diagnoser og bruk av hjemmetjenester. Videre vil resultatene av testene i prosjektet registreres og intervjuene vil bli tatt opp og skrevet ned.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å korrigere eventuell feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Forsikring

Studien anses ikke å innebære ekstra risiko for deltakerne. Siden det brukes autorisert helsepersonell ansees pasientskadeerstatningsloven å være tilstrekkelig.

Informasjon om utfallet av studien

Resultater fra studien vil bli publisert i internasjonale tidsskrifter

Samtykke til deltakelse i studien:

Fall og fallforebygging hos hjemmeboende eldre

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3 - Godkjenning fra REK



**Regional Committee for Medical
& Health Research Ethics**

South East Norway, Section B

Postbox 1130 Blindern

NO-0318 Oslo

Norway

Phone: + 47 22 84 55 13

E-mail: harsha@medisin.uio.no

Webportal: <http://helseforskning.etikkom.no>

Our ref.: 2014/2051b

Date: 20th January 2017

To whom it may concern,

Re: REC Letter of Confirmation

I am writing in reference to a request per e-mail from Maria Bjerck dated 12.01.2017, regarding a Letter of Confirmation in English.

Confirmation

We hereby confirm that Regional Committee for Medical & Health Research Ethics, Section B, South East Norway, has approved the Research Project "*Fall prevention among older people living at home*" (Norwegian title: "Forebygging av fall og fallskade hos hjemmeboende eldre"). The approval was granted on the 09.01.2015.

The Project Manager for this project is Astrid Bergland. The institution responsible for research is the Oslo and Akershus University College of Applied Sciences (Høgskolen i Oslo og Akershus).

The approval has been given on the basis that Research Project will be implemented as described in the Research Protocol.

Ethics Committee System

The Ethics Committee System in Norway consists of seven Independent Regional Committees with authority to either approve or disapprove Medical Research Studies conducted within Norway, or by Norwegian Institutions, in accordance with The Health Research Act 2009.

Please do not hesitate to contact the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics Section South-East B (REK Sør-Øst B) if further information is required, as we are happy to be of assistance.

Yours faithfully,

Geir Olav Hjortland
Deputy Chair of the Regional Committee for Medical &
Health Research Ethics of South East Norway, Section B

Harsha Gajjar Mikkelsen
Senior Executive Officer



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway