

# Nka™

## Vad tänker anhöriga om fall och fallprevention?

En kunskapsöversikt och samtal med anhöriga

Eva Sennemark, Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson, Annica Larsson Skoglund



Vad tänker anhöriga om fall och fallprevention?  
En kunskapsöversikt och samtal med anhöriga

© 2019 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga

FÖRFATTARE Eva Sennemark, Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson,  
Annica Larsson Skoglund

ISBN 978-91-87731-60-0

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	5
1. Introduktion.....	7
1.1 Rapportens innehåll.....	8
2. Metod.....	9
2.1 Kort om 'scoping review'.....	9
2.1 Metod och process.....	10
1. Identifiera forskningsfrågan.....	10
2. Identifiera relevanta källor.....	11
3. Urval av relevanta källor.....	12
4. Kartläggning av data.....	12
5. Ordna, jämföra och sammanställa data.....	13
6. Konsultation.....	15
2.2 Analys av intervjumaterial.....	16
3. Resultat.....	17
3.1 Kunskapsöversikten.....	17
3.1.1 Konsekvenser av närståendes fall för anhöriga.....	17
3.1.2 Anhörigas strategier och förhållningssätt.....	18
3.1.3 Utbildning, stöd och information till anhöriga.....	21
3.1.4 Involvering av anhöriga.....	23
3.2 Fokusgrupper och intervjuer med anhöriga.....	25
3.2.1 Konsekvenser av närståendes fall för anhöriga.....	25
3.2.2 Förhållningssätt och strategier.....	26
3.2.3 Information, utbildning och stöd till anhöriga.....	29
3.2.4 Involvering av anhöriga.....	31
3.2.5 En framtida verktygslåda.....	32
4. Sammanfattande diskussion och slutsatser.....	34
4.1 Sammanfattande diskussion.....	34
Strategier i en svensk kontext.....	35
4.1.1 En framtida verktygslåda.....	35
Vilka verktyg behövs?.....	36
Avslutningsvis... ..	38
Referenser.....	39



## Sammanfattning

Fallskador hos äldre är ett ökande problem i Sverige som orsakar stort lidande, liksom stora kostnader för samhället. Socialstyrelsen har det övergripande ansvaret för att sprida information om fallrisker och fallprevention till äldre. Nationellt kompetenscenter anhöriga (Nka) har sökt och beviljats medel från Socialdepartementet för utvecklings av en verktygslåda gällande äldres fallprevention. Verktygslådan ska riktas till anhöriga som vårdar eller stöttar äldre i hemmet.

Som ett första steg har en så kallad scopingstudie (hädanefter kallad kunskapsöversikt) genomförts i syfte att få en överblick över tillgänglig forskning och annan litteratur på området anhöriga och äldres fall/fallrisk/fallprevention. Studien har utgått från den modell som utarbetades av Arksey och O'Malley (1) och som består av sex steg med en avslutande konsultation med målgruppen, i detta fall anhöriga.

Resultatet av kunskapsöversikten visar att det finns mycket lite forskning gällande anhöriga och deras syn på och upplevelse av närståendes fall, inte minst ur ett svenskt perspektiv. Totalt identifierades 49 relevanta källor, varav 42 vetenskapliga artiklar, en avhandling, ett dokument med tips och råd samt fem rapporter. Endast en svensk vetenskaplig artikel identifierades. Analys av källorna visade att dessa främst berörde fyra huvudteman; Konsekvenser för anhöriga av närståendes fall, Anhörigas förhållningssätt och strategier, Information, utbildning och stöd till anhöriga gällande fallprevention samt 4) Involvering av anhöriga i äldres fallprevention. De fyra huvudtemana kategoriserades i 15 underkategorier vilka beskrivs i kapitel 3. Ett tydligt resultat av kunskapsöversikten är att behovet av stöd och information till anhöriga, liksom behovet av att involvera dem betonas men att det finns få exempel på att så faktiskt har skett.

För att verifiera resultatet i en svensk kontext genomfördes steg 6 i Arkseys och O'Malleys modell (1) i form av fokusgrupper och intervjuer med totalt 30 anhöriga. De intervjuade bestod av makar och barn till äldre. Resultatet av konsultationen visade att det råder stor överensstämmelse med de internationella studierna. Dock tyder intervjuerna på vissa kulturella skillnader som vore intressant att studera vidare, exempelvis användandet av tvång och begränsningar som förefaller mindre vanligt bland de anhöriga som intervjuats. Istället betonas självständighet och den äldres möjlighet till delaktighet och livskvalitet. Anhöriga ger också några exempel på hur de har fått stöd från kommunen vilket i dessa fall har bidragit till deras egen kunskap och trygghet.

Under fokusgrupper och intervjuer behandlades också behovet av information/stöd och den verktygslåda som Nka ska ta fram i samarbete med anhöriga. Exempel på kunskap/behov som anhöriga lyfter är:

- Information om fallrisker i hemmet och utomhus samt tips på vilka åtgärder anhöriga kan göra för att minimera riskerna.
- Information om vad anhöriga bör tänka på och vart de kan vända sig för att få råd och stöd, exempelvis Apoteket, sjukgymnast, äldresjuksköterska, anhörigkonsulent etc.
- Nationellt nummer för fallpreventiva frågor, gärna kopplat till 1177.

Hur informationen ska förmedlas skiljer sig åt mellan intervjuade makar och barn till äldre, där de äldre anhöriga föredrar muntlig information i hemmet medan yngre är mer benägna att själva söka information på internet. Anhöriga lyfter också behovet av en utbildning om fallprevention för professionella samt material riktat till föreningarna att sprida till sina medlemmar.

# 1. Introduktion

Fall och skador till följd av fall är ett ökande problem i Sverige i takt med att befolkningen blir allt äldre. Förutom personligt lidande innebär det också en ökande samhällsekonomisk kostnad. I snitt ramlar cirka 200 personer per dag i Sverige så illa att de kräver sjukhusvård. Drygt 1000 personer per år dör också till följd av fall. Främst drabbas äldre över 65 år och antalet stiger också med åldern. Fallolyckor kostade vård och omsorgsverksamheter drygt 11,1 miljarder 2014, primärvård är inte medräknat (2).

Sedan hösten 2016 har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att informera äldre om fallprevention genom utbildning av vård- och omsorgspersonal samt att ge kommuner och det civila samhället tillgång till material i olika former (3). Sifo har vid tre tillfällen, 2016, 2017 och 2018, gjort uppföljningar av äldres kunskap om fallförebyggande åtgärder för att se om kunskapen ökat till följd av Socialstyrelsens informationskampanjer. Resultatet 2018 har liknande resultat som 2016 och visar att kunskapen om fallprevention bland äldre är hög (87 %) och att majoriteten också vidtar åtgärder för att förebygga fall. Andelen äldre som gör fallförebyggande åtgärder har ökat sedan 2017, dock väljer 15 procent att inte göra något (4).

Allt fler äldre vårdas idag i hemmet av anhöriga; makar, barn eller andra personer i det egna sociala nätverket. Fall hos äldre påverkar därmed också anhöriga och andra närstående personer. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) bildades 2008 och är en samarbetsresurs för att utveckla stöd till anhöriga. Verksamheten bygger på idén att skapa och utveckla möten mellan olika kunskapsformer såsom anhöriga, personal inom vård och omsorg, beslutsfattare och forskning ([anhoriga.se](http://anhoriga.se)).

Nka har ansökt om, och beviljats medel av Socialdepartementet för ett förebyggande arbete kring fallprevention riktat till anhöriga. Syftet är att bidra till ökad kunskap och förståelse för fallrisker och fallprevention hos anhöriga som ofta själva är äldre och därmed också i riskzonen. Målsättningen är att tillsammans med anhöriga utveckla en verktygslåda för fallprevention ur ett anhörigperspektiv. Arbetet omfattar flera steg, såsom redovisning av en kunskapsgenomgång, utarbetande av utbildningsmaterial, metoder och verktyg riktade till anhöriga inom området fallprevention. Materialet ska finnas tillgängligt på Nkas webbplats och vara tillgängligt för alla. Ambitionen är vidare att materialet ska länkas till Socialstyrelsens webbplats om fallolyckor. Arbetet genomförs i samarbete med Pensionärernas Riksorganisation (PRO), SPF Seniorerna samt Anhörigas Riksförbund.

Som ett första steg i arbetet skapas en översikt över kunskapsläget kring anhöriga och fallprevention med fokus på evidensbaserade metoder för stöd och utbildning till anhöriga avseende fallprevention och utifrån ett genusperspektiv. Föreliggande rapport presenterar resultatet av denna översikt. En lättillgänglig kortversion för anhöriga kommer att utarbetas och utgöra delar av verktygslådan.

## 1.1 Rapportens innehåll

Kapitel 2 beskriver val av metod för genomförande av kunskapsöversikten, analys och verifiering av resultat. I kapitel 3 redovisas resultatet och kapitel 4 innehåller slutsatser och en avslutande diskussion.



## 2. Metod

I detta kapitel ges en kort beskrivning av den arbets- och analysmetod som har använts (scoping review) samt hur datainsamlings- och analysarbetet har genomförts.

### 2.1 Kort om 'scoping review'

Scoping review (hädanefter kallad scopingstudie) är en metod för att kartlägga relevant litteratur i det område som man har valt för sin studie. Syftet är att snabbt kartlägga nyckelbegreppen som ger stöd för detta område och de huvudsakliga källorna och olika material som är tillgängligt, inklusive så kallad grå litteratur. Arksey och O'Malley (1) menar att det finns åtminstone fyra olika anledningar varför man ska göra en scopingstudie:

- För att undersöka omfattning, utbredning och beskaffenhet av den forskning som finns på området.
- För att undersöka om det finns litteratur och bedöma värdet av att göra en komplett systematisk studie.
- För att sammanfatta och sprida kunskapen om vilken forskning det finns på området. Detta för att underlätta för de beslutsfattare och praktiker som annars inte skulle ha tid eller resurser för att ta fram den kunskapen.
- För att identifiera luckor i forskningen i den existerande litteraturen.

Metoden beskrevs första gången av Mays, Roberts och Popay (5). Metoden ger en överblick över vilken typ av litteratur som finns tillgänglig och underlättar därmed en kartläggning av ett område. Den lämpar sig bäst för ett forskningsområde som är komplext eller inte tidigare har utforskats, snarare än etablerade forskningsområden eller för att identifiera kunskapsgap (6). Skillnaden mellan en systematisk översikt och en scopingstudie beskrivs som att en systematisk översikt ofta har väl definierade forskningsfrågor med en tydlig forskningsdesign medan en scopingstudie tenderar att omfatta bredare områden där många olika typer av studier kan ingå. Vidare vill den systematiska översikten oftast besvara precisa frågor vilket inte gäller en scopingstudie som inte heller bedömer kvalitén på inkluderade studier (1).

Forskarna identifierade också sex olika steg i en scopingstudie där det sista steget, konsultationen, beskrevs som frivilligt:

1. Identifiera forskningsfrågan, det vill säga vilket områden som behöver utforskas.
2. Identifiera relevanta källor genom sedvanliga sökningar i databaser, referenslistor etc.
3. Urval av relevant data/källor.
4. Kartläggning av data från relevanta källor.

5. Sammanställning av data.
6. Konsultation.

Metoden utvecklades ytterligare av Levac et al (7). Forskarna beskriver scopingstudien som en kunskaps-sammanställning som hanterar en utforskande frågeställning för att kartlägga nyckelbegrepp, typer av källor/bevis och kunskapsluckor inom ett definierat område och genom att systematiskt söka, välja ur och sammanställa existerande kunskap.

Fördelar med en scopingstudie är att det kan ge överskådligt material i ett ämne, som på så sätt kan underlätta för beslutsfattare och praktiker. Metoden gör också att kunskaps-gap i forskningen kan identifieras (8). Nackdelar som rapporterats är bland annat risken för att missa relevanta källor på grund av databasval, språk eller begränsning i tid, att tillvägagångssättet inte medger detaljstudier och att metoden inte tar hänsyn till kvaliteten på de inkluderade studierna.<sup>1</sup>

## 2.1 Metod och process

I denna kunskapsöversikt valde vi att genomföra en scopingstudie då vi misstänkte att området var tämligen utforskat ville vi inkludera en bredare mängd material. Området; anhöriga och fallprevention, är ett komplext socialt och medicinskt område med svårigheter att genomföra randomiserade systematiska studier. Ett tredje skäl var också att studien skulle utgöra underlag för konkret samverkan med anhöriga i framtagandet av en verktygslåda för äldres fallprevention och att det därför var intressant att känna till både vetenskaplig och annan tillgängligt material. Ytterligare ett skäl som funnits med indirekt är behovet av att identifiera kunskapsluckor inom forskningen, det vill säga det fjärde syftet som Arksey och O'Malley nämner (1). (se även 7, 8).

Vi har följt de sex steg som identifierades av Arksey och O'Malley, och försökt att följa de rekommendationer som gavs av Levac et al (7). Studien är begränsad och har därför inte haft stöd av ett expertteam för gemensam analys och löpande diskussioner på det sätt som rekommenderas av Levac et al (7). Sökningar har utförts av anställd på Nka, där urval, analys och sammanställning har genomförts av författaren, med stöd av forskningsansvarig på Nka. Nedan beskrivs de olika stegen enligt Arkseys och O'Malleys modell (1).

### 1. Identifiera forskningsfrågan

Levac et al (7) påtalar vikten av att ha en bred forskningsfråga som utgångspunkt för studien men att också att definiera nyckelbegrepp och identifiera ett tydligt syfte med studien som en vägledning för sökprocessen. I denna studie har övergripande frågeställning varit följande:

*Vad säger litteraturen oss om anhörigas syn på och hantering av närståendes fall och fallpreventiva insatser, samt hur anhöriga vill informeras och involveras?*

---

<sup>1</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491356/>

Nyckelbegreppen har vi identifierat enligt följande:

*Fall* – ofrivilliga fall, i hemmet, utomhus eller på boende som kan orsaka skada hos den äldre.

*Fallprevention* – individuella (äldres eller anhörigas) åtgärder i hemmet och/eller samhälleliga insatser för att förebygga äldres fall.

*Anhöriga* – familjemedlem (makar, barn) eller annan nära person som vårdar/bistår en äldre i hemmet med exempelvis hushållssysslor, hygien eller omvårdande uppgifter.

*Närstående* – äldre, i hemmet eller på boende, som får stöd och hjälp av anhörig

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur anhöriga uppfattar fall och förebyggande av fall hos äldre så att anhöriga kan involveras i det förebyggande arbetet gällande äldres fall. Ett indirekt syfte är också förebygga fall hos anhöriga som ofta själva är äldre. Studien kommer att fungera som underlag för fortsatta arbete med att ta fram en verktygslåda för fallprevention tillsammans med anhöriga.

## 2. Identifiera relevanta källor

Kriterier för att inkluderas i studien var: artiklar, rapporter och annat material (inklusive grå litteratur) som berör 65+ och fallprevention och som publicerats mellan 2000 och 2018. Sökningar gjordes i både svenska och engelska databaser där olika varianter av sökorden fall-prevention, fall reduction, accidental fall, slip and fall i kombination med sökord som family care, informal care\*, next of kin, spouse, caregiver\* användes.<sup>2</sup> Detta gav följande resultat:

- Cinahl: 47. Ytterligare 2 artiklar tillkom i ett senare skede vid tillägg av sökordet involv\*
- Pubmed: 39, varav 36 dubletter
- PsycInfo: 3
- Social service abstract: 2
- Artikelsök, Swemed+: Inga
- Web of science: 4 artiklar samt en lärobok
- Scopus: 3

Genomgång av referenslistor gav ytterligare 11 möjliga artiklar. För att nå annat publicerat material (grå litteratur) genomfördes också följande sökningar:

- DIVA: 3 (utifrån ovan engelska och nedanstående svenska sökord). fallprevention, fallolyckor, fall i kombination med anhörig\*, närstående, informell vård, familj.
- Google, avancerat sökgränssnitt med begränsning på år och pdf-format: 4

---

<sup>2</sup> \*omfattar även olika böjningar på orden.

- Sökning på olika myndigheters hemsidor såsom Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Sveriges kommuner och landsting: 9 rapporter och broschyrer.
- Sökning på FoU Välfärds och Nestors hemsida: Inga

Eftersökningar gjordes även via internationella anhängvårdarnätverk såsom Eurocarers, samt några praktiker/forskare som arbetar med fallprevention för att om möjligt hitta rapporter som inte automatiskt dyker upp vid sökningar i databaser. Detta gav inga nya artiklar eller annat material. Dock visar information från nätverken att anhörigas roll gällande fallprevention har börjat diskuteras EU-nivå.

### 3. Urval av relevanta källor

Precis som beskrivs av Levac et al (7) är processen inte linjär där exempelvis sökorden involv lades till och identifierade två nya artiklar. Genomläsning av abstract av artiklar som valts bort på ett tidigt stadium innebar också att ytterligare fyra artiklar lades till studien för genomläsning.

Det totala urvalet bestod efter sällning av dubletter av 51 artiklar, en avhandling, en verktyglåda samt åtta rapporter eller broschyrer. Abstract genomlästes för artiklarna där 46 bedömdes som relevanta utifrån forskningsfråga och syfte. Resterande material genomlästes i sin helhet utifrån den övergripande forskningsfrågan och syfte med studien. Artiklar och rapporter där anhöriga inte nämndes alls eller enbart i en bisats togs bort från studien med artiklar och annat material som berör anhöriga, familj eller informellt nätverk inkluderats i översikten. Det slutliga urvalet bestod, efter genomläsning och sortering av 42 artiklar, en avhandling, en ”verktyglåda” och fem rapporter.

### 4. Kartläggning av data

Det fjärde steget i en scoping studie innebär enligt Arksey och O’Malley (1) en kartläggning av vilken typ av data som finns tillgänglig i det material som valts ut för studien. Denna process omfattar både kartläggning, sällning och sortering av data i teman och kategorier. Urvalet visar att majoriteten av de inkluderade källorna är relativt nya, se tabell 1 nedan som visar att 78 % av källorna är skrivna 2008 eller senare och att 39 % är publicerad 2014-2018. Det rör sig alltså om relativt ny forskning.

Tabell 1. Publikationsår för inkluderade källor.

Årtal	Antal källor
2000–2007	11
2008–2013	19
2014–2018	19

Levac et al (7) liksom Daudt et al (6) påpekar osäkerheten kring omfattning på och vilka data som ska användas för att besvara forskningsfrågan i den ursprungliga modellen vilket också har varit ett dilemma under vår egen process. Det blev under kartläggningen klart att de valda källorna inte skulle räcka till för att besvara forskningsfrågan fullt ut och att vi identifierat ett klart kunskapsgap inom forskningen. Speciellt gäller detta den

andra delen av frågan om vilken information anhöriga vill ha och hur de vill involveras i äldres fallprevention.

Kartläggningen har genomförts parallellt med steg 5 med noggrann genomläsning av källan och utdrag av data vid ett flertal tillfällen. Resultatet redovisas under steg 5.

### 5. Ordna, jämföra och sammanställa data

Detta är det mest omfattande steget i en scopingstudie och innebär att data sorteras i kategorier och teman för att göra en mer ingående analys möjlig. Både Levac et al (7) och Larking (8) påtalar vikten av en numerisk och en kvalitativ analys vilket har genomförts och redovisas nedan med mer utförlig beskrivning av det kvalitativa resultatet i kapitel 3.

Data kategoriserades inledningsvis i fyra huvudteman. Tabell 2 visar hur många artiklar som berör dessa teman där flertalet källor innehåller flera kategorier. Tabellen visar att materialet är ganska jämt fördelade mellan tre första kategorierna och att betydligt fler artiklar tar upp anhörigas involvering gällande fall och fallprevention, dock i de flesta fall i mer allmänna termer.

Tabell 2: Huvudteman och antal källor inom respektive tema.

Huvudteman	Antal artiklar
Konsekvenser av närståendes fall	21
Strategier och förhållningssätt kring fall och fallprevention	20
Stöd, utbildning och information till anhöriga	23
Involvering av anhöriga i insatser och program	27

Som ett nästa steg i analysen genomfördes en kvalitativ innehållsanalys där data tematiserades inom respektive huvudkategori. Detta gav totalt 15 teman, där en artikel ofta innehöll teman från flera olika huvudkategorier, se tabell 3. Dessa beskrivs närmare som text i kapitel 3.

Tabell 3. Huvudteman och underkategorier.

Tema	Underkategorier
<b>1. Konsekvenser av närståendes fall för anhöriga</b>	
	a) Ökad vårdbörd (allmänt)
	b) Social påverkan
	c) Påverkan på hälsa och välmående
	d) Oro/rädsla för närståendes fall
	e) Påverkan på inbördes relationer
<b>2. Strategier och förhållningssätt</b>	
	a) Syn på/upplevelse av fall och fall-prevention
	b) Konkreta handlingar för att minska närståendes fallrisk
	c) Copingstrategier och förhållnings-sätt
<b>3. Utbildning, stöd och information till anhöriga</b>	
	a) Anhörigas uttryckta behov av stöd/info/utb.
	b) Professionellas/forskares syn på anhörigas behov
	c) Metoder för kunskapsöverföring
<b>4. Involvering av anhöriga</b>	
	a) Familjen/anhöriga/nätverk som ge-nerell resurs
	b) Samverkan med anhöriga
	c) Exempel på hur anhöriga involve-rats
	d) Resultat av att anhöriga involverats

Data sorterades också efter fokus, det vill säga om studien fokuserade enbart på anhöriga, anhöriga och äldre som en dyad, anhöriga som en bland flera parter involverade eller på äldre men där anhöriga nämns i sammanhanget, se tabell 4. Denna analys visar att knappt en tredjedel av forskningsartiklarna (15) fokuserar enbart på anhöriga och lika många på äldre och närmast anhörig (make/maka/barn) som en dyad. De sistnämnda är nästan uteslutande kvalitativa studier. Kategorin ”både äldre och anhöriga eller flera parter” kan innebära kvantitativa studier med ett stort antal äldre och anhöriga men att parterna inte i första hand betraktas som en dyad, utan mer som olika grupper. I kategorin ”både äldre och anhöriga eller flera parter” ligger fokus på äldre men anhöriga kan delta som en av flera viktiga grupper, exempelvis tillsammans med vårdpersonal, läkare etc. Stor del av artiklarna är också fokuserade på anhöriga till äldre med specifika diagnoser, såsom demens, Parkinson, stroke, cancer, yrsel eller höftfrakturer.

Tabell 4. Primär målgrupp – fokus i studien.

Fokus	Antal
Enbart anhöriga	15
Anhöriga och äldre som en dyad	15
Båda parter	8
Anhöriga med som en av flera målgrupper	3
Äldre men anhöriga nämns	8

Geografiskt var de flesta studierna västerländska men samtliga kontinenter förutom Afrika finns representerade. Tabell 5 visar att 19 av källorna är europeiska. Av dessa en studie och tre rapporter svenska (9-12).

Tabell 5. Världsdelen som studien genomförts i

Världsdelen	Antal
Europa	19
Nordamerika	15
Australien & Nya Zeeland	9
Asien	5
Sydamerika	1

När teman och kategorier var klara gjordes en sista genomläsning av allt material där data från artiklarna sorterades in under respektive tema och utgjorde underlag för den beskrivning som ges i kapitel 3.1. Varje tema analyserades därefter igen och jämfördes för att urskilja mönster och eventuella underteman.

## 6. Konsultation

Arksey och O'Malley (1) beskriver det sjätte steget i en scopingstudie som frivilligt medan andra forskare menar att detta steg bör vara obligatoriskt för att verifiera resultatet (7). Då denna kunskapsöversikt visade på tydliga luckor inom de forskningsområden som utgjort fokus för studien genomfördes också fokusgrupper med anhöriga. Syftet var tvåfaldigt; dels att verifiera resultatet av den genomförda analysen av tillgänglig litteratur, dels att få ny kunskap kring områden som materialet inte hade täckt som underlag för den verktygslåda som Nka ska ta fram gällande fallprevention.

Tre fokusgrupper med totalt 23 anhöriga, varav 17 kvinnor och sex män, genomfördes i november-december 2018. Anhöriga nåddes dels via anhängkonsulenterna och demensteamet i Borås samt via Anhörigas riksförbund. De båda grupperna i Borås var anhänggrupper som träffats under minst ett år, den ena gruppen sammanboende med den närstående medan den andra gruppens närstående hade avlidit eller bodde på demensboende. Samtliga anhöriga förutom en var make/maka/sambo till den person som de vårdade/hade vårdat där majoriteten av de närstående hade en demenssjukdom. Drygt hälften av dem hade erfarenhet av att deras närstående fallit vid ett eller flera tillfällen.

Det visade sig vara svårt att nå förvärvsarbetsande anhöriga barn till äldre via ovan beskrivna kanaler. För att även få deras perspektiv genomfördes intervjuer med totalt sju förvärvsarbetsande anhöriga, fem döttrar och två söner. Dessa nåddes via egna nätverk och i ett fall via demensteamet i Borås. De stöttade en eller båda föräldrarna och bodde mellan 5 km och 100 mil från föräldern. Både fäder och mödrar är representerade i urvalet. Av anhöriga hade alla utom en erfarenhet av att deras föräldrar fallit vid flera tillfällen.

Fokusgrupperna tog 1,5–2 timmar att genomföra och spelades in digitalt med intervjupersonernas medgivande. Intervjuer med förvärvsarbetsande anhöriga genomfördes öga mot öga, samt i ett fall som telefonintervju. Intervjuerna tog mellan 30 och 60 minuter och spelades in digitalt med intervjupersonernas medgivande.

Samtalen i fokusgrupper och intervjuer utgick från de fyra huvudkategorierna som framkommit av scopingstudien och där anhöriga ombads att berätta om sina erfarenheter. Därefter berättade intervjuledaren om vad som framkommit i de internationella studierna och deltagarna diskuterade detta gemensamt eller reflekterade individuellt, på egna erfarenheter och hur de skulle vilja ha det. Samtalen avslutades med att de intervjuade ombads ge förslag på vad de skulle vilja se för innehåll i en verktygslåda kring fallprevention riktad till anhöriga samt hur föreningar skulle kunna bidra i sammanhanget.

## 2.2 Analys av intervjumaterial

Intervjuer och fokusgrupper med anhöriga lyssnades igenom och skrevs ut i sammanfattad form. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes där framkomna teman jämfördes med resultatet av kunskapsöversikten för att hitta överensstämmelser och skillnader mellan data i kunskapsöversikten och den svenska kontexten. De frågeställningar som varit utgångspunkter för konsultationen vävdes in under respektive tema, exempelvis tillfrågades anhöriga om sina erfarenheter av information och stöd men också hur de skulle vilja ha det. Förslag kring den framtida verktygslådan sammanställdes och redovisas separat i kapitel 3. Jämförelser har också gjorts mellan äldre anhöriga som vårdar partners och barn som vårdar/stöder sina föräldrar för att hitta eventuella skillnader och likheter i behov och erfarenheter.

Vid analysen har författarna eftersträvat att anonymisera de citat som används i rapporten. Det innebär att mindre detaljer kan ha förändrats, exempelvis kön på make/maka, ort eller liknande för att undvika igenkännande av den person som uttalat sig.



## 3. RESULTAT

I detta kapitel presenteras utvärderingsresultatet från kunskapsöversikten och fokusgrupper. I avsnitt 3.1 beskrivs de fyra huvudkategorierna och dess underteman närmare utifrån resultatet på genomförd kunskapsöversikt.

### 3.1 Kunskapsöversikten

Som beskrivits i kapitel 2 visade kunskapsöversikten på fyra huvudområdena vilka beskrivs ett och ett nedan. Dessa har sedan använts som underlag för att fokusgruppsdiskussionerna. Redovisningen nedan ger exempel på studier/källor under respektive huvudtema.

#### 3.1.1 Konsekvenser av närståendes fall för anhöriga

Knappt hälften av artiklarna tar upp konsekvenser av närståendes fall för anhöriga i mer eller mindre generella sammanhang. De konsekvenser som oftast tas upp är *en ökad vårdbörd i samband med och efter fall, påverkan på det sociala livet och livskvalitet, påverkan på hälsa och välmående samt ökad oro och rädsla för nya fall*. Dessa är ofta direkt sammankopplade så till vida att fall ofta medför en ökad vårdbörd vilket får konsekvenser i form av ökad oro, påverkan på det sociala livet, hälsa och välmående.

#### Ökad vårdbörd efter närståendes fall – påverkan på liv, hälsa och inbördes relationer

Ett flertal artiklar berör anhörigas ökade vårdbörd efter närståendes fall. Studierna omfattar både anhöriga självupplevda vårdbörd (se t.ex. 13, 14-19) men ett par studier berör också så kallad objektiv vårdbörd, det vill säga antal vårdtimmar, tid per uppgift, antal omsorgsuppgifter (se t.ex. 20, 21).

Samtliga artiklar som berör konsekvenser av närståendes fall för anhöriga tar också upp anhörigas ökade oro och rädsla för att den närstående ska falla igen. Närståendes fall innebär tillsammans med den ökade vårdbördan ofta mer stress och en negativ påverkan på hälsa, välmående och livskvalitet hos anhöriga (se t.ex. 22, 23, 24). Två tredjedelar av de anhöriga i Schrags studie (24) menar att deras sociala liv har blivit lidande och många menar också att deras egen hälsa blivit lidande till följd av vårdandet. Liknande resultat beskrivs av Davey et al (14), där rädsla för nya fall begränsar anhörigas sociala rörlighet och därmed påverkar deras välmående negativt. Även känslor som chock, ilska och frustration beskrivs av anhöriga i denna studie.

#### Anhörigas egen hälsa påverkar – och påverkas av fall

Närståendes fall eller fallrisk och påverkan på anhörigas hälsa påvisas i en rad studier. Förutom mer uttalad psykisk ohälsa såsom depressioner, se exempelvis Meyer *et al.* (2012)(18), har många av de äldre anhöriga som vårdar också egna hälsoproblem vilka kan förvärras av vårdandet. Davey et al (14) framhåller att äldre anhörigas sjukdomar ofta gör det svårt att lyfta närstående som ramlat. Studien visar på att anhöriga känner en konstant rädsla för nya fall och att anhöriga ofta skadat sig när de försökt hjälpa den

närstående upp från golvet eller när de försökt hindra fallet. Ett par studier behandlar äldre anhörigas egen fallrisk och fall där Vaughn et al (19) visar på ett signifikant samband mellan en hög grad av vårdande och en högre grad av fallrisk hos anhöriga själva. Många av de anhöriga i studien hade sjukdomar i skelettet vilket gjorde det extra farligt att försöka lyfta den närstående. Egna fall påverkar också anhörigas välmående menar McIntyre och Reynolds (25).

I en studie som genomförts av Legget et al (26) rapporterar mer än 20 % av anhöriga till personer med demens höga nivåer av känslomässiga svårigheter vilket förvärras av den närståendes fall. Studien beskriver en rad negativa konsekvenser såsom sämre välmående, ilska, skuld, större infektionskänslighet, högre nivå av stresshormoner och t o m ökad dödlighet. Fallens påverkan på det dagliga livet och dess rutiner efter en närståendes höftfraktur tas också upp av DeAvila et al (27).

### 3.1.2 Anhörigas strategier och förhållningssätt

Knappt hälften av de inkluderade källorna tar upp anhörigas strategier och förhållningssätt vid närståendes fall, vissa i mer allmänna ordalag, ibland med direkt fokus på att undersöka dessa. Tre delvis överlappande underkategorier framkommer; *Anhörigas upplevelse av fall och fallprevention, Konkreta fallförebyggande åtgärder samt Anhörigas copingstrategier och förhållningssätt*. De sista två undertemana är delvis överlappande och hänger också ihop med hur stor oro eller rädsla den anhörige känner för nya fall.

#### Anhörigas syn på fallrisk och fallprevention

Anhörigas syn på fallrisk och fallprevention omfattar frågor som om anhöriga i det dagliga livet försöker identifiera riskfaktorer och om de själva anser att fall går att förebygga, via egna åtgärder eller via fallpreventiva program. Studierna visar att anhöriga har olika uppfattning om dessa frågor, vilket delvis förefaller ha med den närståendes sjukdom att göra, egen kunskap om fallprevention, liksom individuella faktorer.

Flera studier visar att anhöriga till demenssjuka ofta har en negativ syn på möjligheten att förebygga fall. Exempelvis visar Buri och Dawsons studie (28) på en fatalistisk syn på fall där anhöriga menade att fall inte kan förebyggas. Honaker och Kretschmer (16) påvisar att fall av anhöriga upplevdes som en oundviklig del av det dagliga vårdandet och den närståendes sjukdom medan Davey et al (14) visar på att anhöriga till äldre med Parkinson att fall förutom att ses som en del av sjukdomsförloppet också associerades med biverkningar från mediciner och den närståendes önskan att klara sig själv, där det sistnämnda resulterar i ett riskbeteende.

Hur anhöriga förklarar orsaken till närståendes fall påverkar också hur de ser på fallpreventionsprogram. På grund av kognitiva svårigheter hos den närstående ansåg anhöriga i Faes et als studie (29) att fallpreventionsprogram inte skulle fungera på deras närstående. Även i de fall där anhöriga menade att fall går att förebygga kan sjukdomen i sig och närståendes kognitiva svårigheter upplevas som värre än fallrisken.

Många av de inkluderade studierna visar att anhöriga funderar mycket över fall och över möjligheten att förebygga nya fall hos den närstående. Faes et al (29) betonar att anhöriga vid ett fall försökte hitta rimliga förklaringar till varför den närstående fallit. Sökandet fortsatte tills den anhörige hittade en acceptabel förklaring, oftast yttre faktorer

såsom ojämnheter på trottoaren, mattor och möbler. I en australiensisk enkätstudie med fokus på anhörigas medvetenhet om fallrisk och fallprevention påvisas att majoriteten av de anhöriga menade att fall går att förebygga (30). Ojämna trottoarer och dålig balans rankades som de största riskfaktorerna av anhöriga. Närståendes eget riskfyllda beteende undervärderades enligt forskarna. Även DeAvila et al (27) visar att hälften av de brasilianska tillfrågade anhöriga tror att fall går att förebygga. Majoriteten av dessa såg anpassning av hemmet som främsta fallförebyggande metod medan bara 11 % valde balustraning och/eller vitamin D-tillskott som möjliga metoder för att förebygga fall. Forskarna drar slutsatsen att det också finns kulturella föreställningar om att fall inte går att förebygga som förhindrar konkreta åtgärder.

### Konkreta fallförebyggande åtgärder

Vilka fallförebyggande åtgärder de anhöriga väljer att göra påverkas av en rad faktorer och hänger ofta ihop med hur de ser på fall och fallprevention. Fallförebyggande åtgärder är ofta en del av de copingstrategier som anhöriga använder sig av för att förhindra nya fall hos den närstående och omfattar olika former av anpassning i hemmet, praktiska hjälpmedel i form av skor, glasögon och belysning, men också olika former av fysisk begränsning för den närstående.

Många av de inkluderade studierna visar tydligt på att anhöriga efter det första fallet ändrar sina vardagsrutiner. Dels på grund av en ökad oro för nya fall, men också på grund av att den närstående ofta behöver mer omvårdnad (se t.ex. 15, 27). DeAvila et al (27) påvisar i sin studie ett tydligt samband mellan tron på att det går att förebygga fall, kunskap om fallförebyggande åtgärder och konkret handling. Anhörigvårdare med kunskap om fallprevention försökte anpassa den fysiska miljön i hemmet.

Ytterligare exempel på fallförebyggande åtgärder som tas upp i de inkluderade källorna är att ha saker på bestämda plats eller att arrangera möbler som stöd så att den närstående säkrare kan ta sig fram. Några anhöriga hade fått liftar som hjälp att hjälpa anhöriga upp från fall medan andra försökte assistera den närstående till en position så att hen själv kunde ta sig upp eller att be andra om hjälp om och när fall ändå inträffade (14).

### Anhörigas copingstrategier och förhållningssätt

Forskningen beskriver en rad olika faktorer som påverkar vilka strategier och förhållningssätt som de anhöriga använder sig av för att hantera situationen efter en närståendes fall. Dessa är delvis avhängigt om den anhöriga bor ihop med den äldre eller inte, men förefaller också påverkas av kön på anhörig och äldre, kulturella förväntningar och de inbördes relationerna. Sammanfattningsvis kan resultaten för denna underkategori beskrivas som en balansgång mellan den äldres säkerhet i relation till den äldres behov av självständighet och delaktighet. Nedan ges några exempel.

Ett antal studier har studerat anhörigas strategier i bemärkelsen hur de hanterar sin situation, liksom hur det påverkar och påverkas av relationen mellan den äldre och den anhörige. Dessa anknyter delvis till konkreta åtgärder som beskrivits under föregående rubrik, men också förhållningssätt och meningsskapande av den nya situationen. Faes et al (29) visar exempelvis att anhöriga till sköra hemmaboende äldre använde sig av tre olika copingstrategier; 1) Problemorienterat med konkreta fallförebyggande strategier

såsom att inte lämna den äldre ensam, ringa ofta, se till att hen använder käpp eller rullator och att införliva nya aktiviteter istället för gamla som upplevdes som farliga, 2) en mer känslomässigt orienterad strategi som innebar ett visst accepterande av att den närståendes kunde falla och dess konsekvenser samt 3) en undvikande strategi, där den anhörige oroar sig i tysthet.

Cott och Tierny (31) beskriver fall och risken för fallrisk som en process som anhöriga genomgår och där de från ett visst accepterande av fallrisker ser fler och fler varnings-signaler hos den närstående som gör beteendet oacceptabelt. Anhöriga omförhandlar ständigt riskerna och menar att vissa risker var acceptabla, andra inte. Anhöriga är oroliga för att den äldre inte själv förstår att de riskerar att falla men vill samtidigt undvika att inkräkta för mycket på den äldres självbestämmande. När riskerna bedöms som oacceptabla omförhandlas förhållningssättet där anhöriga blir mer involverade i den äldres liv, exempelvis övervakar mediciner, lagar mat eller att övertala den närstående att flytta.

I flera studier visar forskarna på hur säkerhetsaspekterna har tagit över den äldres självständighet. På grund av rädsla för nya fall använder anhöriga sig av begränsande och/eller tvingande åtgärder för att förhindra nya fall (se t.ex. 32, 33-35). Säkerhetsaspekter beskrivs som högsta prioritet framför den äldres självständighet och delaktighet i samhället (36). Ett exempel är Buri och Dawson (28) som visar i sin studie att anhöriga till demenssjuka äldre associerade den närståendes fall med kaos. Fallförebyggande strategier hade därmed som främsta syfte att upprätthålla ordningen och undvika kaos. Studien visar att anhöriga samlade information kring bland annat konsekvenser av fall men att informationen ofta kunde vara i konflikt med den information som gavs av professionella. De anhöriga utövade konstant kontroll av den närstående i form av övervakning, guidning och ibland också blockerande möbler för att förhindra den närstående från att gå iväg och därmed riskera att falla. Tillståndet normaliserades genom att anhöriga intog en föräldra-barn relation till den närstående. Forskarna menar att anhöriga därigenom kunde återupprätta sin identitet som förändrats av den närståendes demens, och vars beteende nu normaliserades i den nya föräldra-barn-relationen.

McIntyre och Reynolds (25) betonar att demenssjukdom påverkar relationen mellan makar och kan utlösa skuld och överbeskyddande beteende från den anhöriges sida, men också gemenskap. Två av de teman som denna studie lyfter fram är *Vi är alltid tillsammans* och *Att lära sig under vägen*, där parterna tillsammans skapar en berättelse där anhöriga försöker skydda den närstående från nya fall och själv lära sig att hantera situationen genom "trial and error".

### Betydelsen av genus och den inbördes relationen

Betydelsen av genus belyses i Horton och Arbers engelska studie (32) där forskarna beskriver fem huvudsakliga strategier som anhöriga barn använder sig av för att kontrollera fallrisken hos sina föräldrar. Strategierna skiljer sig åt mellan söner och döttrar, liksom beroende på vilket kön föräldern har. Fem olika strategier beskrivs: 1) beskyddande där den äldres egen vilja helt åsidosätts (se även 34). 2) användning av tvång och visst hot, 3) förhandling med den äldre där man gemensamt gör en överenskommelse, 4) engagerande och empowerment där den anhöriga försöker försäkra sig om att den äldre fortfarande har kontroll över sitt liv samt 5) ömsesidig respekt. De två första strategierna användes främst av söner gentemot mödrar, medan döttrarna främst förhandlade och

försökte stärka den äldres självständighet. Forskarna drar slutsatsen att vård- och omsorgsverksamheter bör känna till skillnaderna och framförallt säkra äldre kvinnors rätt till medbestämmande.

Relationens betydelse också upp av i en kanadensisk studie och beror på vem som dominerar i relationen. Forskarna ser tre huvudsakliga copingstrategier; 1) respekt för föräldrarnas beteende även om barnen själva inte håller med, 2) delade beteenden där barn och föräldrar gemensamt försöker förebygga fall samt 3) barns hemliga handlingar, främst bestående av syskonförhandlingar för att förhindra föräldrars fall, exempelvis genom att förebygga, kontrollera och manipulera den äldre att inte köra eller att gå ut själv (37).

### 3.1.3 Utbildning, stöd och information till anhöriga

Hälften av de valda källorna berör delvis utbildning, stöd och information om fallrisk och fallprevention till anhöriga, även om bara ett fåtal har detta som huvudfokus. De teman som framkommer av analysen är *Anhörigas uttryckta behov av information och stöd, forskares syn på anhörigas behov samt metoder för kunskapsöverföring*. Majoriteten av källorna berör forskares syn på anhörigas behov men övriga teman finns också representerade.

#### Behov av information och stöd

Behov av information och stöd från vård- och omsorgspersonal gällande fallrisk och fallprevention uttrycks av anhöriga. Dock visar forskning att majoriteten av de anhöriga inte fått information om fallrisker eller hur de ska hantera konsekvenserna av närståendes fall (se t.ex. 14, 38, 39). I Lee et al:s studie (39) påvisas att anhöriga inte fick någon fallpreventiv information alls om de inte var närvarande på sjukhuset vid de tillfällen sådan gavs till den äldre. Anhöriga var å andra sidan själva passiva i att efterfråga informationen. Ytterligare belägg för att sjukvårdens fokus ligger på patienten är en engelsk studie där anhöriga framför att ingen är intresserad av deras situation som anhängvårdare och att de ständigt kämpar med egen dålig hälsa (25).

I en österrikisk studie som syftade till att ta fram en broschyr om fallrisk och fallprevention tillfrågades äldre på boende, anhöriga och vårdpersonal om vilken typ av information de skulle vilja få (40). Studien visar att boende, anhöriga och personal hade delvis olika syn på vilken information som borde ges i broschyren. Anhöriga uppger att de önskar få information om fallrisker och i viss mån om läkemedels biverkning om dessa kan orsaka fall. Anhöriga ville också att närstående skulle informeras om yttre risker, exempelvis hur bra skor skulle se ut.

Även om anhöriga har fått information kring fall och fallprevention så har de inte alltid upplevt denna som relevant utifrån deras upplevda behov. Ett exempel beskrivs av Davey et al (14) där anhöriga fått information om hjälpmedel och förflyttning till badkaret. Anhöriga uppger att de själva hade störst behov av att veta hur de kunde bidra till att hjälpa närstående som ramlat upp från golvet. Även när det gäller informationen om hjälpmedel var anhöriga tveksamma på grund av brist på utrymme och bristande kunskap om hur de skulle använda dem. Dock visar forskarna att stöd från patientföreningar eller stödgrupper kan upplevas som värdefulla av anhöriga och hjälpa dem att hitta strategier (ibid).

### Forskarens syn på anhörigas behov

Forskning visar att anhöriga, vårdpersonal och vänner har inflytande på de äldres beteende (41-43). I en rad studier drar forskarna slutsatser kring anhörigas behov av utbildning och information för att öka medvetenhet och kunskap om fallriskfaktorer och fallprevention. Syftet är ofta i första hand att anhöriga därigenom ska minska antalet fall hos äldre (se t.ex. 13, 15, 27, 30, 44). Detta påpekas också av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (10). Forskarna betonar att anhöriga är viktiga för vård av äldre i hemmet och deras rehabilitering och därför behöver utbildning i fallprevention. Behovet av stöd till anhöriga lyfts i ett flertal studier, liksom att utbildning måste ske utifrån anhörigas behov (se. t.ex. 13, 15).

Schen et al (45) visar på att ju större skillnaden är mellan patientens och den anhöriges rädsla för fall, desto svårare blir rehabiliteringen för den äldre. Forskarna drar slutsatsen att det gäller att minska båda parter rädsla för nytt fall genom stöd och information. Liknande slutsatser drar Ang et al (13) och betonar vikten av att kunna mäta anhörigas rädsla och oro och planerar att utarbeta ett uppföljningsinstrument. I Singapore har ny lagstiftning slagit fast att familjen ansvarar för äldre närstående vilket innebär att konsekvenserna av fall också blir anhörigas ansvar. Forskarna påtalar behovet av lokala studier som tar hänsyn till kulturella förväntningar och hur dessa påverkar anhöriga. Både anhöriga och utländsk arbetskraft som ofta anlitas för att ta hand om äldre i hemmet behöver därför förberedas och utbildas kring fall och fallprevention (13).

Behovet av att utbildning och stöd anpassas till anhörigas behov diskuteras av Faes et al (20) utifrån resultatet av ett framtaget fallpreventionsprogram. Trots att programmet tagits fram utifrån en evidensbaserad modell visade det sig inte vara effektivare att reducera anhörigas rädsla. Forskarna diskuterar om den uteblivna effekten av utbildning till anhöriga kan bero på att programmet inte var anpassat efter anhörigas tider då de låg under arbetstid, eller att innehållet inte upplevdes relevant.

### Metoder för kunskapsöverföring

Även om forskningen betonar vikten av att kunskapsöverföring kring fallrisker och fallprevention till anhöriga så finns det få konkreta exempel på att så har skett. De metoder som använts för kunskapsöverföring kan sammanfattas i följande punkter:

- DVD-baserade instruktionsprogram riktat till anhöriga.
- Internetbaserad utbildning i fallprevention för äldre strokeöverlevare och deras anhöriga.
- Gemensamma gruppsessioner med geriatrisk psykolog och sjukgymnast äldre och anhöriga.
- Hembaserad kunskapsöverföring av sjukgymnast eller arbetsterapeut riktad till båda parter.
- Skriftlig information

Ett exempel på konkreta fall på kunskapsöverföring till både äldre och anhöriga är det DVD-baserade instruktionsprogram för att öka anhöriga till cancerpatienters kunskap om fallprevention och därmed förebygga fall (46, 47). Programmet bygger på en modell framtagen av Schumacher et al (48), Transactional model of cancer family caregiving

skill och utgår från anhöriga och närstående som ”dyader” med gemensamt beslutsfattande.

Ytterligare ett exempel på metoder för kunskapsöverföring är det internetbaserade utbildningen i fallprevention för strokeöverlevande som skrivits ut och deras anhöriga (49). Pilotstudien testade om de strokedrabbade och deras anhöriga blev hjälpta av digitala hembesök av ett telerehabiliteringsteam som kunde ge individualiserad vård och utbildning efter den äldres hemgång. Specialisterna testade den drabbades funktioner på olika sätt och gav utbildning i bland annat fallprevention. Studien pågick i 24 månader och var ännu inte avslutad när artikeln skrevs.

I ett annat fallpreventivt program för äldre med demens fick anhöriga och den äldre tillsammans lektioner två gånger i veckan under en tioveckorsperiod samt ett uppföljande möte efter sex veckor (20). Undervisningen skedde i små grupper där fysiska och psykiska aspekter diskuterades med en geriatrisk psykolog och sjukgymnast. Anhöriga fick lära sig att fungera som assisterande sjukgymnast i hemmet och fick även lära sig strategier att hantera situationen och bibehålla sin egen självständighet. Ett liknande upplägg beskrivs av Suttanen et al (43), Mahoney et al (50) och Graff (51) men med hembesök av sjukgymnast/arbetsterapeut och där även anhöriga fick utbildning.

Skriftlig kunskapsöverföring är exempelvis den broschyr kring fallprevention som togs fram av Schoberer et al (40) och där anhöriga fick reflektera kring sina behov och testa den framtagna broschyren (52). Skriftlig information till båda parter ingick också i det fallpreventiva programmet i Suttanens studie (43). Rows (53) ger i sin artikel tips på praktiska strategier för afroamerikanska anhängvårdare för att öka förståelsen för de utmaningar de kan möta hos närstående med demenssjukdom, däribland fall. Artikeln innehåller bland annat förslag på konkreta fallförebyggande åtgärder, förhållningssätt gentemot den sjuke, hur säkerställa den sjukas ekonomi samt olika former av vård av demenssjuka i hemmet och på boenden.

### 3.1.4 Involvering av anhöriga

En fjärde huvudkategori i de källor som utgjort bas för kunskapsöversikten är involvering av anhöriga. Detta är den vanligaste kategorin som ofta framkommer som en slutsats av en genomförd studie och där forskarna betonar hur viktig familj och nätverk är för att förebygga nya fall hos äldre. Många nämner dock bara detta i allmänna sammanhang och det finns få exempel på att anhöriga direkt har involverats i fallpreventiva program och/eller på annat sätt. De underteman som framkommer av analysen är följande: *Familj och nätverk som resurs, behov av att samverka med anhöriga, exempel där anhöriga aktivt har involverats samt resultat av att anhöriga involverats.*

Forskare slår fast att familj och anhöriga är en viktig resurs och behöver involveras i diskussioner kring fallrisk och förebyggande åtgärder av vård och omsorg för att kunna bidra till att minska hemmaboende äldres fallrisk (11, 29, 37, 39, 41, 42, 53-55). Med detta avses både att anhöriga får information om fallriskfaktorer och vissa forskare påtalar även behovet av samverkan med anhöriga såsom viktigt (28, 35, 45).

#### Samverkan med anhöriga

Roldos et al (44) betonar vikten av samverkan med anhöriga i de årliga hälsokontrollerna i USA, något som också poängterats av beslutsfattare och i ”The Patient protection and

care act” från 2010. Forskarna slår fast att anhöriga trots detta ofta ignoreras men bör få möjlighet att delta i diskussion kring fallrisk och fallprevention då de kan bidra på en rad olika sätt. Avila et al 2018 slår också fast att rehabilitering av äldre med höftfraktur är beroende av anhörigas vård och omsorg och att rehabiliteringen försenas om inte båda parter är medvetna och har kunskap om fallrisk. Anhöriga kan behöva hjälp från sjukvården att göra en riktig riskbedömning så att de kan vidta relevanta åtgärder (17).

Johansson et al (9) föreslår att hälso- och sjukvården ska inhämta kunskap från anhöriga för att öka personalens förståelse för den äldres situation. I två rapporter, varav en från SKL finns utarbetade riktlinjer kring hur anhöriga ska tillfrågas och informeras av professionella kring fallrisk och fallprevention (12, 56).

### Exempel på att anhöriga involverats

Trots det påtalade behovet av att involvera och samverka med anhöriga så finns det bara ett fåtal exempel på att så faktiskt skett. Ett exempel där anhöriga direkt tillfrågats om vilken typ av information kring fallprevention som de själva vill ha genomfördes av Schoberer et al (52). Studien genomfördes i två steg där anhöriga, äldre och personal tillfrågades vid framtagandet av en informationsbroschyr kring fallprevention. Tidigare forskning har inte visat på om och hur broschyrer kan bidra som separat informationskälla men att de ofta varit undermåliga och brukarna har sällan involverats vid framtagandet. Ytterligare ett exempel i svensk kontext redovisar exempel på fallförbyggande arbete i svenska kommuner och där anhöriga i vissa fall har involverats (11).

Tidigare beskrivna exempel på fallpreventiva program under avsnitt 3.1.3 Metoder för kunskapsöverföring innebär att anhöriga har involverats tillsammans med den äldre i form av utbildning, samtal och skriftlig information (20, 43, 46, 47, 49-51). Ytterligare en studie som direkt kommer att involvera anhöriga är framtagandet av ett instrument som mäter anhörigas oro för fall och att testa detta på anhöriga (57). Studien är australiensisk och kommer att genomföras i tre faser och utgöra underlag för framtida interventioner.

Det finns också studier där anhöriga har tillfrågats i samband med fallprevention för äldre utan att själva direkt ha involverats i själva programmet. En studie studerade effekterna av ett standardiserat fallpreventivt program på äldre med yrsel (16). Förutom utomhuspromenader och rörelser besökte en sjukgymnast flera gånger hemmet och gjorde uppföljning och bedömningar av den äldre. Intervjuer som genomfördes med äldre och anhöriga före och efter programmet visade också att fallrisken hos de äldre hade minskat med ökat självförtroende till följd. Det i sin tur minskade de anhörigas oro för fall. Båda parter uttryckte också att de önskat att någon frågat dem om fallrisk och att programmet hade kunnat genomföras tidigare i processen.

### Resultat av att involvera anhöriga

Ett fåtal studier beskriver resultatet av att anhöriga har involverats i ett fallförebyggande arbete. Den tydligaste effekten för anhörigas räkning beskrivs av Potter *et al.* (2014) i en jämförelse av ett fallpreventivt standardprogram och ett DVD-baserat program att se i hemmet. Den sistnämnda gruppen visade signifikant större förbättringar över tid gällande medvetenheten om fallrisker och kunskap om fallprevention hos båda parter. Även den studie som genomfördes av Graff et al (51) och som omfattade handledning och stöd i att använda hjälpmedel till båda parter visade att anhörigas känsla av kompetens ökade



signifikant efter sex veckors intervention och kvarstod efter tre månader. Ytterligare ett exempel är Schoberer et als arbete med att ta fram broschyrer kring fallprevention och där bland annat anhöriga involverades. De framtagna broschyrerna testades och visade att evidensbaserad information kan ha stor acceptans hos brukarna när de själva bidragit till framtagandet och fått uttrycka sina behov (52).

### 3.2 Fokusgrupper och intervjuer med anhöriga

Resultatet presenteras utifrån de fyra huvudkategorier om presenterades i avsnitt 3.1 (hädanefter kallad kunskapsöversikten) och avslutas med anhörigas syn på vad en verktyglåda kring fallprevention bör innehålla.

#### 3.2.1 Konsekvenser av närståendes fall för anhöriga

Inte alla de intervjuade anhöriga hade erfarenheter av närståendes fall vilket klart påverkade deras förhållningssätt. Närståendes fall förknippas generellt med en ökad oro och rädsla för nya fall. Sammanboende anhöriga makar/makor vars närstående hade ramlat en eller flera gånger beskriver en stor oro över att detta kan hända igen. Fallen orsakar en ständigt närvarande oro och i många fall inre stress som i sin tur påverkar deras livssituation och hälsa. Detta gäller även de barn vars föräldrar har ramlat, med ett par undantag.

*Har man upplevt det här med fall... Jag satt en dag och läste tidningen och då skulle han bara sätta i en kontakt i väggen men helt plötsligt så försvann koordinationen. Han ramlade baklänges. Hjärtat stannade på mig så nu är man ju superrädd. Det påverkar väldigt mycket. Sammanboende maka*

*Man sov ju som jag säger ett par centimeter ovanför sängen i och med att hon smet ut. Gick hon utanför dörren så fick jag inte in henne, då ropade hon på hjälp. Och det påverkade ju en förstås. Spänd jämt för att det skulle hända någonting. Det var jobbigt att inte få sova på nätterna, man var ju rädd för att hon skulle ramla. F.d. sammanboende make*

Dock påpekar vissa anhöriga till dementa att demenssjukdomen i sig medför en rad konsekvenser som påverkar livet på olika sätt, både avseende börda, socialt liv och egen hälsa. Detta överensstämmer väl med Faes et als studie (29) av anhöriga till demenssjuka och som betonade sjukdomen som värre än fallrisken.

Majoriteten av de intervjuade beskriver att fall ofta gör att vårdbördan ökar, då den närstående behöver mer omvårdnad och blir mer beroende. Även om den äldre har hemtjänst och andra insatser, så blir det ofta fler arbetsuppgifter för den anhörige.

*När hon ramlade för ett år sedan och bröt foten så blev det ganska omständligt. Dels för att hon fick ju gå och gipsa sig och fick sedan blodblåsor så hon fick gipsas om. Så för min del fick jag ta mycket ledigt från jobbet för det blev ju många läkarbesök och eftersom tolk inte alltid kan närvara så får man rycka in och vara tolk då. Sedan är det så att om jag inte är med på ett läkarbesök så kan de inte alltid redogöra för mig vad har hänt. Son*

Närståendes fall påverkar också det sociala livet negativt menar de intervjuade då, vårdandet tar tid och det kan finnas en rädsla för att lämna den äldre ensam.

*Jag har sagt nej till väldigt mycket för jag har inte kunnat. Det var så mycket som inte fungerade med hemtjänst, med mat och så. Det var något år som jag var inte utanför staden. Jag har ju fått min diabetes på grund av långvarig press och stress, det sa sköterskan när jag hade ett anhörigsamtal. Dotter*

Påverkan på anhörigas hälsa och välmående lyfts också under fokusgrupper och intervjuer. De intervjuade beskriver främst inre stress och psykisk påfrestning men flera av de äldre anhöriga nämner att de inte längre orkar lyfta den närstående när hen har fallit och att de är beroende av annan personal eller grannar. En dotter menar att hennes egen fysiska hälsa också har blivit lidande på grund av vårdandet. Faktorer som både kan öka och minska stressen är beroendet av myndigheter och vård- och omsorgspersonal. Dels då anhöriga blir beroende av myndigheters bedömning av äldres behov, oro för att personalen inte ska komma tillräckligt snabbt vid larm eller en osäkerhet på när och om den anhöriga ska larma vid fall. Samtidigt beskriver ett par intervjuade döttrar att deras rädsla har minskat då de upplever att de har fått ett gott stöd från kommunen och känner att föräldern är i goda händer.

Sammantaget visar fokusgrupper och intervjuer att anhöriga upplever liknande konsekvenser som de som redovisats i kunskapsöversikten, det vill säga en ökad vårdböroda, rädsla för nya fall och påverkan på hälsa och socialt liv. Fungerande kommunala insatser, liksom stöd till anhöriga kan dock bidra till att minska stressen för anhöriga.

### 3.2.2 Förhållningssätt och strategier

De anhöriga har olika syn på om fall kan förebyggas eller inte, delvis beroende på om den närstående fallit eller inte. Medvetenheten om fallrisker förefaller öka vid fall. Samtidigt är vissa av de intervjuade klivna gällande fallprevention och menar att det finns förebyggande åtgärder som kan göras men att alla fall ändå inte kan undvikas. Flera av de intervjuade anhöriga har haft närstående som ramlat flera gånger varje dag och upplevt att dessa inte varit möjliga att förhindra. Det gäller istället att minimera risken för skador hos den närstående. Även i de fall där de anhöriga uttrycker att fall inte går att förebygga nämner de ofta fallförebyggande åtgärder såsom att ta bort mattor, använda broddar och ha en bra belysning vilket tyder på att det finns en viss medvetenhet om fallförebyggande åtgärder. Samtliga barn till föräldrar som fallit menar att fall kan förebyggas.

*Det är inte lätt att förebygga fall, som med min man som släpar fötterna. I början sa jag att du måste lyfta fötterna men han blev så arg så jag har slutat med det. Sammanboende maka*

Gällande fallpreventionsprogram är många anhöriga tveksamma till om den närstående kan delta i program på grund av skröplighet eller sjukdom.

#### Konkreta åtgärder

Anhöriga vars närstående inte fallit uppger att de inte tänker direkt på fallprevention eftersom det är så mycket annat praktiskt som ska ordnas. Vissa anhöriga har genom sin profession stor kunskap om hjälpmedel och andra förebyggande åtgärder medan äldre anhöriga oftast säger att de inte vet vart de ska vända sig för att få information och stöd kring fallprevention.

De fallförebyggande åtgärder som de intervjuade oftast nämner är att undanröja mattor och möbler som står i vägen i den äldre hem, liksom att övertyga den närstående om att använda broddar, käpp eller rullator. Andra strategier är att ha saker tillgängliga på samma plats eller att ställa stolar/handtag på strategiska platser så att den närstående har något att hålla i osv. Belysning nattetid och skydd i form av kalsonger med höftskydd/hjälp nämns också som skydd om den närstående trots allt faller. Några av de närstående har också fått lägenheten anpassad och trösklar borttagna, eller andra hjälpmedel.

*Man får ju plocka bort en del möbler som kan stå i vägen. Det är ju mattor som är farligt och att man ska ha glidskydd under. Det är väldigt viktigt att man har glidskydd och att man inte har lampor med sladdar.* Sammanboende make

*Man fick ju planera och tänka ut hur man skulle hantera det här. I början då hade jag en trädgårdsstol i plast i varje rum så att om han gick någonstans så kunde han sätta sig ner själv eller om jag var i närheten så kunde jag ta tag i honom eller nå stolen för den orkade jag lyfta. Gick inte det så fick jag följa med i fallet och ta stöten. Men sedan blev det värre och han fick en rullstol. Då fick jag plocka undan en massa saker som var i vägen. Jag fixade med hjälp av arbetsterapeuten en liten hjälm av skumgummi. F.d. sammanboende maka*

Få anhöriga nämner spontant träning eller gymnastik som fallförebyggande åtgärder. Bland de intervjuade finns makar som menar att deras partners inte gillar träning, men det finns också anhöriga som uppmuntrar den närstående att träningscykla i hemmet, går med på promenader eller deltar i vattengympa. I en av fokusgrupperna nämner anhöriga att makarna deltar i gymnastik och dans på dagverksamheten. Barn till äldre beskriver dilemmat att de vet att de bör uppmuntra föräldern att gå ut och promenera för att träna musklerna, samtidigt som halka vintertid innebär en ökad risk för fall.

*Det är nog svårast tycker jag. Man vill ju bidra till att hon kommer ut eftersom det gynnar henne i det långa loppet men när det är halt vill man helst inte att hon går ut överhuvudtaget.* Dotter

Anhöriga vars närstående bor på boende säger att anhöriga nu får ta allt större ansvar för att gå ut med den äldre eftersom personalen inte hinner med detta.

### Strategier och förhållningssätt

Både äldre anhöriga och barn som stöttar sina föräldrar betonar vikten av att behålla den äldres oberoende så långt möjligt. I detta överensstämmer resultatet väl med strategier som beskrivs i några av de inkluderade källorna (se t.ex. 29, 31, 32, 37). Tanken att tvinga någon att stanna inne eller använda tvång framstår som främmande för majoriteten av de intervjuade, vilket är en skillnad mot de inkluderade studierna i kunskapsöversikten, exempelvis Sheepman et al (33). Flera anhöriga säger att de tröstar sig med att den närstående inte går så långt och är bland folk, liksom att de tidigare har fått hjälp om de ramlat utomhus.

*Han går ju alltid där det finns mycket folk och alltid i närheten där vi bor så jag försöker släppa det. Jag tänker att förra gången så fick han ju hjälp och går han bara där det är folk så känns det lite lugnare men det är ju oroligt. Jag kan ju inte säga att du får inte gå ut för han har ju ett liv.* Maka

Många är medvetna om fallrisken men säger samtidigt att de måste acceptera en viss risk då de inte vill inskränka den äldres självständighet och möjlighet till livskvalitet. Förhållningssättet är liknande för intervjuade anhöriga oavsett ålder. Det gäller att hitta en balans och att även lyssna på den äldre och försöka hitta sätt att kompromissa.

*Det är den här balansen mellan vad som skulle vara bra och vad han går med på. Säger han nej så gör ju inte hemtjänsten det. Jag tror att vi har inställningen att vi vill att pappa ska få så mycket självständighet som möjligt så att han får så mycket livskvalitet som möjligt. Vi vet att det är jättestor risk att han ramlar igen men så länge vi inte är där så är jag inte orolig. Dotter*

De strategier som beskrivs av både sammanboende anhöriga och barn till äldre är främst lirande och förhandlande så långt möjligt. Speciellt barn till äldre föräldrar beskriver hur de försöker ge föräldern fallförebyggande tips på vad de kan göra och inte göra, exempelvis ta bort mattor eller inte klättra på stolar, erbjuda sig att byta gardiner osv. De intervjuade ser vissa skillnader utifrån samhällets förväntningar på dem som son eller dotter, liksom om det är en mamma eller pappa som de vårdar. Flera intervjupersoner betonar att relationen till mamman och pappan ofta skiljer sig åt vilket också påverkar när föräldrarna blir äldre. Ett par döttrar uppger att föräldrarna lyssnar mer på deras bröder än på dem själva. Detta påminner om den studie som genomfördes av Horton och Arber (32) där söner och döttrar använde sig av olika strategier gentemot föräldrarna.

*Jag upplever ofta att hon är väldigt envis och vill ha det på sitt eget sätt så man får lirka. Det går inte att komma och bestämma och säga att nu gör du så här. Och det vill jag ju inte heller för hon är ju helt klar i huvudet. Det blir att jag ger tips och säger... du behöver väl inte gå upp på en stol, jag fixar det när jag kommer. Dotter*

*Jag kom för att byta gardiner igår och då var mamma på väg upp på en stol. Jag sa: Men det var ju jag skulle göra det, det är ju därför jag är här. Då tar jag över. Son*

Sammanboende äldre berättar att de när sjukdomen fortskridit ibland har varit tvungna till att använda vissa inskränkande åtgärder av den närståendes frihet. Det kan exempelvis röra sig om att låsa dörren, sätta upp hinder eller att aktivt hindra den äldre från att gå ut.

*Jag band ett rep i ytterdörren och in i badrummet till elementet och jag tänkte att om XX försöker går ut så hör jag när hen försöker rycka upp dörren. Jag hade vaknat, det hade jag gjort. Och det var en trygghet för mig. När han blev sämre så fick han ligga i sängen för den hade grindar, och så försökte jag göra ärenden när han vilade. F.d. sammanboende maka*

Att inte lämna den äldre ensam är en annan vanlig strategi som beskrivs av äldre sammanboende anhöriga när den närståendes sjukdom fortskridit och bedöms som farlig för säkerheten. Denna strategi är också vanligt förekommande enligt kunskapsöversikten.

*Jag räknade efter att jag hade tre timmar för mig själv på ett år och det var när vi träffade gamla arbetskamrater vid jul. Jag kunde aldrig lämna henne för hon kände sig otrygg om det kom någon från hemtjänsten så jag var alltid tillgänglig. Make med närstående på boende*

Sammanfattningsvis finns det både likheter och skillnader mellan intervjuade i en svensk kontext och de inkluderade studierna i kunskapsöversikten. Anhöriga förefaller ha en viss kunskap om fallförebyggande åtgärder men medvetenheten om fallrisker ökar när en närstående har fallit. Fall går att förebygga i viss utsträckning men inte alltid. De strategier som de anhöriga beskriver kort sammanfattas i tre; 1) Lirkande och förhandling, 2) En viss acceptans av fallrisker 3) Viss inskränkning av friheten. I jämförelse med majoriteten av de studier som undersökt anhörigas copingstrategier förefaller de intervjuade i denna studie ha tillämpad mindre tvång och mer förhandling i relation till den närstående.

### 3.2.3 Information, utbildning och stöd till anhöriga

Generellt uppger de intervjuade anhöriga att de inte har fått information om fallrisker eller fallprevention från vård och omsorg före den närståendes fall. Detta trots att många går med partner eller förälder till läkare och andra professionella representanter. Däremot har anhöriga, om de närvarat, fått information om fallrisker efter den närståendes fall i samband biståndsbedömning. Ett fåtal anhöriga uppger också att de har fått konkret fallförebyggande information av sjukgymnast eller arbetsterapeut. Majoriteten av de anhöriga är positiva till att få information kring fallrisker och fallprevention. Ansvar för informationen bör ligga på de professionella, exempelvis läkare, sjuksköterskor eller hemtjänstpersonal som bör kunna ge praktisk handledning, tips och råd.

*Den enda information om fall som jag fick var ju information om de behövde hjälpmedel eller anpassning när hon trillade, när biståndsbedömaren kom. Jag har aldrig fått frågan i något annat sammanhang, när vi varit på besök hos läkare, årlig kontroll eller så. Aldrig. Och aldrig att någon har haft ett anhörigperspektiv och frågat mig.*  
Son

De äldre anhöriga uppger alla att personlig information från personal är att föredra framför internetbaserad eller annan teknisk information. Många är skeptiska till eller har ingen dator och vill inte ha information den vägen och menar också att det inte skulle fungera att se en sådan tillsammans med den närstående. Istället efterlyses rutiner för hembesök och/eller gemensam information i grupp. En av de intervjuade har fått ett sådant erbjudande från kommunen.

*Att man har en annan typ av rådgivning och att man får lite praktisk handledning. Att de går runt och tittar hemma och säger att det vore bra att flytta den möbelen. Just den biten tror jag saknas väldigt mycket.* Sammanboende make

Många vill få informationen i grupp utanför hemmet för att också kunna utbyta erfarenheter med andra under tiden. Även äldre anhöriga kan då tänka sig att gemensamt se en film eller program på TV- eller bildskärm men betonar också vikten av den personliga informationen. Dock tar flera anhöriga upp att informationen dels bör komma i rätt tid i processen, exempelvis när den äldre börjar bli skröplig. Flera efterlyser också att få vara med vid ett hembesök där man kollar fallrisk och ger råd.

*Man skulle ju kunna börja med att bjuda in anhöriga till dementa, en hel grupp, och tala om detta ska ni tänka på att göra hemma. Ha inga lösa mattor, jag tror inte att man tänker så själv från början. Tänk på att de inte klättrar på stolar, inte byter glödlampor. Och sedan att de kommer hem individuellt och säger att det här ska du ta bort, det här ska du skaffa. Så får man den hjälpen från början.* F.d. sammanboende make

Även kortfattad skriftlig information i form av ett papper med punkter eller en kort broschyr om fallrisk efterfrågas och kan förmedlas av läkare eller annan vård- och omsorgspersonal. Detta kan vara bra att få före fall i förebyggande syfte menar många av de anhöriga.

*Det är bra att bli påmind. Det är så mycket annat som man ska tänka på hela tiden, handla och praktiskt och kontakt med myndigheter och man ska städa. Får man då någon konkret information så tänker man, just det. Det försvinner annars. Det är alltid dåligt samvete. Dotter*

Anhöriga barn till äldre föräldrar menar även de att kommunen bör göra utskick till äldre om fallrisker och fallprevention som de kan gå igenom tillsammans med föräldrarna. Dessa intervjupersoner är mer positiva till internetbaserad kunskapsöverföring men kan även tänka sig att samlas i grupp för en kortare kurs i fallprevention om detta erbjuds. En gemensam diskussion med hemtjänsten eller distriktssköterskan är också en form som nämns.

#### Exempel på professionellt stöd

Att professionella kan vara en god källa till stöd betonas av forskare i kunskapsöversikten och lyfts även av intervjupersoner som mycket värdefullt för att minska oro för nya fall och att ha någon att vända sig till med frågor rörande sjukdom och fall. Goda källor till stöd som de anhöriga lyfter är demensteamet, demensskola, anhörigkonsulenten och i enstaka fall också stöd från professionell personal. Dock säger många av de anhöriga att de själva fått söka kontakterna och hade önskar att det skulle ske automatiskt. Vikten av att bli sedd som anhörig lyfts, liksom att känna att den närstående är i goda händer.

*Min fru var ju på dagverksamhet några dagar i veckan, fyra timmar. Personalen frågade mig vad jag har för intressen och mitt stora intresse är att spela bridge. Då ska du fortsätta med det sa personalen, men jag sa att går ju inte, hon får ju bara vara hos er fyra timmar. Det ska vi ordna sa de. Där var de väldigt hjälpsamma och de motiverade det med att om du inte ägnar dig lite åt dig själv så kommer du att vara patient om några månader. Det betyder väldigt mycket att man får den professionella hjälpen. Där kunde jag lämna henne och då var jag inte orolig. F.d. sammanboende make*

De intervjuade barnen till äldre föräldrar är mer benägna att söka relevant kunskap på internet. En av de intervjuade tar upp att föräldrarnas kommun arbetat mycket fallförebyggande och skriver ut hjälpmedel i förväg, exempelvis rullatorer och fallinformation. En dotter lyfter också äldresjuksköterskan i förälderns hemkommun som en mycket god källa till stöd och vänder sig ofta till denna med frågor. Detta bidrar till tryggheten för henne och hennes syskon.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna liknande resultat som många av studierna i kunskapsöversikten; anhöriga vill ha information men får det sällan. Informationen ges också sent i processen, det vill säga när den närstående redan har fallit. Dock visar intervjuerna att på flera goda exempel på att anhöriga har fått stöd från professionella vilket bidrar till tryggheten.

### 3.2.4 Involvering av anhöriga

Kunskapsöversikten visar att anhöriga och nätverk anses vara viktiga för äldres fallprevention och många forskare ger också förslag på hur det bör gå till. Dock finns det få konkreta exempel på faktisk involvering av anhöriga. Fokusgrupper och intervjuer stöder dessa resultat där anhöriga uttrycker önskemål om att bli direkt involverade men inte har blivit det.

Samtliga anhöriga vill bli involverade i eventuella fallpreventiva program. Detta gäller både äldre anhöriga liksom barn men betonas extra av anhöriga till dementa då dessa närstående ofta har svårt att minnas men också för att båda parter hör samma information och kan diskutera den i efterhand. Generellt kan de flesta också tänka sig att delta i ett fallpreventionsprogram tillsammans med den närstående, åtminstone i början av programmet. Detta kan varvas med övningar i hemmet. Kommunen bör vara uppmärksam på att även anhöriga blir äldre och det är viktigt att slå fast vad som är kommunens ansvar gällande fallprevention och vad anhöriga kan göra menar en intervjuad dotter.

*Jag tror det är jätteviktigt att involvera anhöriga. Dels att man har kunskap och dels det här med att det vi tror är bäst är inte alltid det som den äldre vill och hur hanterar man detta? Hur kan man tänka kring detta. Det har nog varit en av de svåraste sakerna. Ibland står man där och vet inte vad man ska göra. Finns det anhöriga till den äldre som vill hjälpa till så ska vi självklart inkluderas. De kan hjälpa till och påminna. Man måste ofta ha många samtal med den äldre för att det ska gå in. Dotter*

En av de anhöriga berättade också att ett äldreboende hade haft/hade regelbundna anhörigråd, där personal, boende och anhöriga träffades och diskuterade frågor som berörde alla. De kunde då bestämma sig för att bjuda in en sjukgymnast till ett råd eller vid en stor anhörigträff. Den anhörige är osäker på om råden fortfarande finns kvar.

#### Föreningar kan bidra

De flesta intervjuade är positiva till att pensionärsföreningar ger information om fallrisker och fallprevention men säger samtidigt att det kan vara svårt att nå ut. Föreningarna lockar främst pigga åldringar vilka inte alltid tänker sig att de själva ska ramla. Dock går det att rikta informationen också till anhöriga som har äldre släktingar eller föräldrar. Föreningarna kan också bidra genom att ha föreläsningar på temat fallprevention eller sprida information genom egna tidskrifter och annat informationsmaterial till medlemmarna. En av de intervjuade hade själv varit på en föreläsning på PRO där fallprevention diskuterades och föreläsaren visade enkla övningar, exempelvis hur ta sig upp från en stol utan att riskera att falla.

I en av fokusgrupperna kom ansvariga överens om att bjuda in en sjukgymnast vid nästa terminsträff för föreningens medlemmar, liksom att sprida information i föreningens tidning. Anhörigriksdagen och andra event som rör anhöriga föreslås också som forum för att sprida information om fallrisk och fallprevention, både från föreningarnas sida och Nka.

Sammanfattningsvis stöder intervjuerna resultatet från kunskapsöversikten gällande behovet av att involvera anhöriga, liksom att de kan vara en resurs gällande äldres fallprevention. Intervjuerna visar på få exempel på hur anhöriga har involverats aktivt gällande fallprevention. Dock stöder resultatet den studie som genomfördes av Davey et al

(14) och där patientföreningar och övriga stödgrupper underlättade för anhöriga att hitta strategier.

### 3.2.5 En framtida verktygslåda

De förslag som de intervjuade anhöriga för fram varierar något mellan äldre och yngre anhöriga men kan sammanfattas i följande punkter som rör både innehåll och form för informationen. Det är framförallt sättet som informationen bör förmedlas på som skiljer sig mellan äldre och yngre anhöriga.

#### Innehåll

- Tips om fallrisker i hemmet och utomhus samt hur dessa kan undvikas. Var finns exempelvis riskerna i ett kök och vad bör plockas undan?
- Konkreta tips och råd om vad man bör tänka på som anhörig gällande fallprevention, exempelvis mattor, belysning, möblering, kolla synen, att det finns hjälpmedel med höftskydd och andra förebyggande hjälpmedel att få.
- Tips på vart anhöriga kan vända sig för att få fallförebyggande hjälp, exempelvis till Apoteket för genomgång av den närståendes medicinlista, att efterfråga uppföljning i hemmet, att man kan fråga om fall vid kontakt med sjukgymnast eller arbetsterapeut.
- Information om vart anhöriga kan vända sig för information om fall och fallprevention. Gärna ett rikstäckande telefonnummer med en expert som vid behov kan slussa vidare till rätt person inom kommunen.
- Fallskola för båda parter, äldre och anhöriga, gärna via vårdcentralen eller hemtjänsten.
- Film eller rörliga bilder på internet med exempel på fallrisker och hur de åtgärdas.

#### Form

Kombinationen av skriftlig och muntlig information beskrivs som bra då de kompletterar varandra. Äldre vill inte få internetbaserad information men kan eventuellt tänka sig det i grupp via en förening eftersom de då också kan utbyta erfarenheter och diskutera. Även yngre verkar föredra personlig och skriftlig information, gärna individuell information via läkare och sjukgymnast men också allmänt i grupp. Nedanstående citat och punkter redovisar resultatet från intervjuerna.

*Att ha ett litet häfte som jag i lugn och ro kan gå igenom hemma. Att det här och det här och det här behöver jag tänka på. Vad förorsakar fall i hemmet? Det får inte vara för mycket. Äldre anhörig*

*Digitala virtuella verktyg som anhöriga kan titta på tillsammans med den äldre. Att man skulle kunna möblera. Man flyttar möbler och då ser det ut såhär, då kan du röra dig. Man testar virtuellt som en egen inredningsarkitekt. Ungefär som ungdomarna gör i SIMS, att man själv bygger upp. Och så trycker man på en knapp och då börjar det blinka... du glömde den här tröskeln, vad ska du göra med den? Dotter*



- Kort information om fallrisker och förebyggande åtgärder i punktform på ett papper
- Broschyr kring ovanstående med många bilder och lättläst design och språk.
- Manual med tips och råd kring fallprevention som man kan bocka av.
- Utbildning för hemtjänst, vård - och omsorgspersonal
- Kurs för anhöriga som kan vara internetbaserad men göras i grupp.
- Riktad reklam eller kampanj till anhöriga via TV, annonser eller liknande.
- Virtuellt spel/program där den anhörige och den äldre kan testa olika former av säker möblering av ett rum.
- Filmer eller rörliga bilder som även kan förstås av dem som inte pratar svenska.

## 4. Sammanfattande diskussion och slutsatser

Detta kapitel besvarar utvärderingens frågeställningar, drar slutsatser kring resultatet samt innehåller rekommendationer inför framtiden.

### 4.1 Sammanfattande diskussion

Kunskapsöversikten visar att det saknas omfattande forskning kring anhörigas roll, upplevelser och strategier i relation till fallprevention och fall. Ett kunskapsgap har identifierats och bör fyllas av både forskning och praktik. Ett intressant resultat av kunskapsöversikten är att forskare ständigt påpekar att anhöriga bör få stöd och utbildas i fallprevention men att det finns få exempel på att så har skett. Samtidigt uppger anhöriga själva att de vill få information och stöd i hur de kan bidra till att förebygga fall hos äldre närstående och att de gärna blir involverade i fallpreventiva program för äldre närstående. Samverkan mellan sjukvård, omsorg, forskare och anhöriga framstår därför som nödvändigt för att få en förändring till stånd. Detta för att förebygga lidande hos berörda personer (anhöriga, äldre) men också för att minska den samhällsekonomiska kostnaden som fall innebär.

I SKLs rapport (12) finns tydliga riktlinjer och verktyg på hur anhöriga bör involveras, tillfrågas och informeras om fallrisker och fallprevention. Resultatet från intervjuerna talar inte för att så har skett, dock är det en begränsad studie som kan behöva utvidgas och följas upp. Socialstyrelsen har uppdraget att informera äldre och allmänheten om fallrisker och fallprevention. Uppföljningar som gjorts tyder på att medvetenheten är god bland den äldre befolkningen vilket också stöds av fokusgrupper och intervjuer i denna studie. Dock visar Sifos senaste uppföljning att 15 % av de äldre väljer att inte vidta fallförebyggande åtgärder (4). Orsaken kan dels vara att de inte har tillräckligt med kunskap men troligt är också att individer inte anser att de själva är i riskzonen ännu vilket antyds i både fokusgrupper och internationella studier.

I takt med att ansvaret för vård och omsorg för äldre närstående allt mer har kommit att vila på anhöriga kan vikten av att anhöriga involveras inte nog betonas. Detta gäller både fallprevention och andra insatser för äldre och där behovet av stöd till, och samverkan med anhöriga blir allt större. Behovet av stöd och information kring fallprevention till anhöriga med äldre närstående betonas i kunskapsöversikten, liksom i fokusgrupper och intervjuer med svenska anhöriga. Det är därför förvånande att informationsmaterial om fallprevention inte nämner anhöriga över huvud taget, se exempelvis Socialstyrelsen 2018 med tips och råd för att förebygga fallolyckor. Visserligen gäller uppdraget äldres fallprevention men intervjuerna tyder på att informationen skulle kunna utökas. Intervjustudien visar också att stöd, råd och tips som ges av professionella till anhöriga ofta uppskattas och bidrar till tryggheten och visar även på vikten av att anhöriga blir sedda som en person med egna intressen och behov.

Även om det finns få exempel på hur anhöriga direkt involverats gällande fallprevention så visar intervjuerna på exempel att anhöriga har fått stöd från professionella. Kontakten har dock inte alltid etablerats automatiskt utan anhöriga har själva fått söka den. Yngre anhöriga är där mer benägna att själva söka information och ta kontakt medan äldre vill

bli erbjudna den automatiskt. Detta, liksom hur information bör ges, skiljer sig åt mellan generationerna, liksom mellan anhöriga vars närstående har fallit och de som inte har gjort det. Intervjuerna visar också på svårigheterna att nå fram med förebyggande information eftersom den sällan upplevs som relevant av varken närstående eller anhörig förrän den äldre börjar bli skröplig eller börjar falla. Dock kan möjligen patient- och pensionärsföreningar fylla en viktig roll för att sprida sådan information.

Kunskapsöversikten och intervjuerna visar relativt god överensstämmelse, det vill säga intervjuerna kan sägas verifiera översiktens resultat. Möjligen kan medvetenheten förefalla vara större hos de intervjuade än i vissa av de studier som inkluderats i kunskapsöversikten. Det finns också kulturella skillnader som kan påverka hur fall tolkas och eventuellt åtgärdas. Intervjuerna tyder på att det finns vissa skillnader i förhållningssätt mellan svenska och internationella studier, vilket möjligen också skulle kunna hänföras till kulturella skillnader.

### Strategier i en svensk kontext

Flera av de inkluderade studierna i kunskapsöversikten visar på överbeskyddande anhöriga och en ibland stort inskränkning av den äldres frihet och delaktighet. Intervjuer med anhöriga i Sverige tyder på att anhöriga i det längsta drar sig för att inkräkta på den äldres självständighet men att vissa begränsningar kan upplevas som nödvändigt vid svår sjukdom för att skydda den äldre från skador. Intervjupersonerna betonar vikten av att äldre ska kunna vara självständiga och ha livskvalitet. Förhållningssättet mot den äldre tycks främst vara lirande och förhandlande mer än tvingande och anhöriga uppger att de accepterar en viss fallrisk för att den äldre ska ha ett bra liv. Även om det finns liknande exempel i de internationella studierna så förefaller denna strategi vara vanligare i Sverige än i de internationella studierna. Då intervjuer genomförts med ett begränsat antal svenska anhöriga är det samtidigt svårt att dra några generella slutsatser. De anhöriga som intervjuats har alla nordisk bakgrund och kan därför inte sägas spegla samhället i stort. Mer forskning behövs därför för att kunna dra slutsatser kring behov, förhållningssätt och strategier i den svenska kontexten.

Beroendet av kommuners och myndigheters välvilja är ytterligare en skillnad som inte behandlas i kunskapsöversiktens källor. Intervjuer och fokusgrupper med svenska anhöriga visar att professionella insatser upplevs som en trygghet när anhöriga känner att deras närstående är i goda händer. Å andra sidan förvärras oron och bördan ökar när insatserna inte upplevs fungera väl. Upplevd brist på kvalitet i den vård och omsorg som ges till den närstående gör att många förvärvsarbetande anhöriga anser sig vara tvungna att gå ner i arbetstid eller påta sig rollen som anhörigvårdare (Riksrevisionen 2014). Att utbilda vård- och omsorgspersonal kring fallrisk och fallprevention kan därför ses både som ett behov men också ett stöd för anhöriga.

#### 4.1.1 En framtida verktygslåda

Ett nästa steg för Nka är framtagandet av en verktygslåda om fallprevention riktad till anhöriga. Resultatet tyder på att denna bör innehålla information om en rad olika aspekter men också ha olika utformning. Enligt den ansökan som Nka formulerat till Socialdepartementet ska informationen tas fram tillsammans med och testas av anhöriga vilket talar för att acceptansen blir större (se 52). Då det förefaller vara både individuella skillnader men också vissa generationsskillnader gällande hur informationen ska

förmedlas är det viktigt att urvalet testpersoner sker utifrån ett mångfaldsperspektiv. Det är exempelvis viktigt att säkra förvärvsarbetande anhöriga som stöttar föräldrar, men även anhöriga med utländsk bakgrund eller syn/hörselnedsättningar så att materialet blir tillgängligt för alla.

Nka är ett nationellt centrum som ska stötta kommuner och landsting gällande utveckling av anhängstöd. Samtidigt har Nka inget mandat att tvinga igenom förändringar utan varje kommun bestämmer hur anhängstödet utformas och vilken kompetensutveckling som personalen ska få. Vi kan därför bara ge rekommendationer om möjliga vägar att gå för att sprida information om fallrisker och fallprevention till anhöriga. Mycket talar för att yngre anhöriga är mer benägna att själva söka information men också att de inte alltid tänker på fallprevention förrän föräldern redan fallit. Äldre anhöriga uttrycker en vilshenhet gällande vem de ska vända sig och kan behöva få informationen tillsammans med den närstående från professionella i olika sammanhang. Detta har tidigare påtalats av anhöriga generellt och kan inte nog betonas!

### Vilka verktyg behövs?

Utifrån resultatet från kunskapsöversikt och intervjuer med anhöriga kan vi se att den verktygslåda som ska tas fram behöver rikta sig till tre målgrupper. Dels information och stöd direkt riktat till anhöriga men också kompetensutveckling riktat till personal som kommer i kontakt med äldre och anhöriga. Ett tredje ben är material riktat till föreningar som vill och kan sprida information om fall och fallprevention till sina medlemmar.

#### 1. Anhöriga

Intervjustudien tyder på att anhöriga dels efterfrågar information om fallrisker i hemmet men också utanför hemmet. De efterfrågar också information om vart de kan vända sig för att få fallförebyggande information och stöd. Det kan exempelvis gälla genomgång av medicinlistor, hembesök för fallriskbedömning, liksom förslag på konkreta åtgärder i hemmet. Nationella riktlinjer till hälso- och sjukvården att erbjuda fallpreventiv information till **både** äldre och anhöriga efterfrågas också. Utifrån intervjustudien vill vi peka på följande behov:

- Information om fallrisker i hemmet samt tips på vilka åtgärder anhöriga kan göra för att minimera riskerna.
- Information om fallrisker utomhus och tips på hur dessa kan minskas.
- Information om vad anhöriga bör tänka på och vart de kan vända sig för att få råd och stöd, exempelvis Apoteket, sjukgymnast, äldresjuksköterska, anhängkonsulent etc.<sup>3</sup>
- Nationellt nummer för fallpreventiva frågor, gärna kopplat till 1177.

Som redovisats i avsnitt 3.2.5 efterfrågas de intervjuade en rad olika typer av information, delvis generationsberoende. En kombination av skriftlig och muntlig information förefaller vara det optimala, dock kan yngre anhöriga också tänka sig internetbaserad

---

<sup>3</sup> Nka kan ta fram en manual där kommunerna själva behöver fylla i vilken tjänsteperson som är relevant samt kontaktuppgifter till denna.

information i form av kurser, broschyrer och filmer. Majoriteten av de äldre vill få information tillsammans med den äldre medan yngre anhöriga ibland kan tänka sig att få informationen i en grupp anhöriga. Information via föreningar beskrivs också som en möjlig väg att gå för att nå äldre som är anhöriga såväl som närstående. Några viktiga punkter som vi vill betona gällande formen på informationen till anhöriga:

- Kortfattad information med möjlighet att läsa längre text vid intresse.
- Bilder för att underlätta förståelsen.
- Filmer med exempel på fall och hur dessa kan förebyggas
- Spel där möblerade rum kan byggas upp och förändras utifrån ett fallpreventionsperspektiv.

## 2. Professionella

Intervjuerna med anhöriga visar att råd och tips från professionella som den anhöriga litar på ofta upplevs som ett stöd och att mer stöd från professionellt håll efterfrågas av anhöriga. Detta betonas också av forskare i många av de studier som inkluderats i kunskapsöversikten. Studier från kunskapsöversikten visar att personal som stärker anhöriga också ökar deras kompetens och trygghet och därmed också kan bidra till att minska fallrisken för äldre närstående. Samtidigt visar både studier och intervjuer att anhöriga inte alltid får det stöd de vill ha, liksom ett behov av att rusta professionella som möter anhöriga så att de kan samverka med och involvera anhöriga rörande fallprevention. Vi kan se att Nka kan bistå med följande:

- Webbutbildning riktad till personal inom kommunen som kan genomföras som kompetensutveckling av nyanställd eller redan anställd personal. I denna bör det finnas exempel på fall, gärna bilder, filmer etc. Materialet kan också ingå som en del i en pågående vård- och omsorgsutbildning men kan då även behöva anpassas till landstingets verksamheter. Behovet av samverkan med anhöriga betonas i utbildningen.
- Informationsbroschyr med information kring fallrisker och fallprevention att diskutera med äldre och anhöriga i hemmet eller inför hemgång från sjukhuset. Schoberers et als Studie (40) tyder på att anhöriga och personal ville få/ge delvis olika information vilket kan behöva testas på personal och anhöriga.
- Manual för personal att fylla i med viktiga lokala tjänstepersoner och kontaktuppgifter och lämna till äldre och anhöriga.

Socialstyrelsen har utvecklat webbutbildningar för personal gällande fall och fallprevention. Även SKL har utarbetat riktlinjer för personal gällande fallprevention. Istället för att utveckla nya utbildningar bör de redan existerande koordineras, vid behov utvecklas vidare och användas i den verktygslåda som Nka nu ska ta fram. Om Nka lyckas sprida verktygslådan så skulle det kunna bidra till att redan existerande utbildningar får en större spridning hos svenska landsting och kommuner.

## 3. Föreningar

De intervjuade föreningsrepresentanterna som intervjuades efterlyser en liknande information som övriga anhöriga, främst kortfattad information och en manual om vart

anhöriga kan vända sig för att få tips och råd kring fallprevention. Dessa anhöriga menar också att en film med exempel på fall och hur dessa åtgärdas skulle kunna visas på en föreningsträff men föredrar muntlig information från sjukgymnast eller arbetsterapeut.

### Avslutningsvis...

Avslutningsvis vill vi igen lyfta vikten av att verktygslådan bör ges förutsättningar att nå grupper av anhöriga som annars är svåra att nå med kommunalt stöd och information. Ett sätt är att involvera dem redan vid framtagandet av material och verktyg i lådan, exempelvis genom att säkra mångfalden hos den grupp anhöriga som bistår med synpunkter och erfarenheter. Detta bör även gälla de föreningar som deltar i processen och som bör spegla samhället utifrån såväl kön, ålder, etnicitet och funktionsvariationer så långt möjligt.

Mer forskning kring anhörigas roll och erfarenheter i relation till fallprevention bör genomföras i en svensk kontext. Speciellt intressant att studera är de kulturella förväntningar som framkommit i några av studierna och som förmodligen också påverkar anhörigas beteenden, förhållningssätt och strategier gentemot äldre närstående. Det vore intressant att undersöka betydelsen av kulturella förväntningar i en svensk kontext då intervjuerna tyder på att sådana finns och att de också påverkar hur den äldre tar emot råd och tips kring fallprevention.

Behovet av att stärka den inbördes relationen mellan närstående och anhöriga är också något som betonas i den partnerskapsmodell som utarbetats av Nka och som bygger på att vård och omsorg samverkar med anhöriga (58). Det gäller då också att personalen är medveten om sina egna och andras kulturella förväntningar samt hur det påverkar vilken information de själva ger och hur denna tas emot av äldre och anhöriga. I takt med att många utlandsfödda nu blir äldre och riskerar att falla behöver den kulturella medvetenheten öka hos professionella som kommer i kontakt med äldre och deras anhöriga.

## Referenser

1. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(9):19-32.
2. David B, Thorheim K. Att förebygga fallolyckor hos äldre. Inspirationsdag 23 november. PP-material. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Socialstyrelsen. Stockholm: Regeringen, Socialdepartementet; 2017.
4. Orbe J, Eriksson Almgren T. Kännedomsundersökning. Uppföljning av fallolyckor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
5. Mays N, Roberts E, Popay J. Synthesising research evidence. In: Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N, editors. *Studying the organization and delivery of health services: research methods*. London: Routledge; 2001.
6. Daudt H, van Mossel C, S. S. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC, Medical Research Methodology*. 2013;13(48).
7. Levac D, Colcohoun H, O'Brian K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science* 2010;5:69.
8. Larkin M, Hemwood M, Milne A. Carer-related research and knowledge: Findings from a scoping review. *Health and Social Care in the community*. 2018;27(1):55-67.
9. Johansson I, Wilde Larsson B, Schmidt I, Hall Lord M-L. Family members' perception of health, falls, pressure sores, nutrition, and quality of care related to degree of confusion in nursing home residents. *Vård I Norden*. 2004;24(1):25-30.
10. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor, bränder och suicid. Stockholm: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2013.
11. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
12. SKL. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Fall och fallskador. Åtgärder för att förebygga. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
13. Ang SGM, O'Brien AP, Wilson A. Fall concern about older persons shifts to carers as changing health policy focuses on family, home-based care. *Singapore Medical Journal*. 2018a;59(1):9-11.
14. Davey C, Wiles R, Ashburn A, C. M. Falling in Parkinson's disease: the impact of informal caregivers. *Disability and rehabilitation*. 2004;26(23):1360-6.
15. Dow B, Meyer C, Moore K, Hill K. The impact of care recipient falls on caregivers. *Australian Health Review*. 2013;37(2):1.
16. Honaker JA, Kretschmer LW. Impact of fear of falling for Patients and Caregivers. Perceptions before and after Participation in Vestibular and Balance Rehabilitation Therapy. *American Journal of Audiology*. 2014;23(1):20-33.
17. Marcus SG, Wilson M, O'Brien AP. Concern of older people falling. *Australian Nursing & Midwifery Journal*. 2018;25(11).
18. Meyer C, Dow B, Bilney B, Moore K, Bingham A, Hill K. Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: Influence on care recipients and caregivers. *Australasian Journal on Ageing*. 2012;31(1):6-12.

19. Vaughn W, Lee Y, Gallo W, Kaufman J, Unuigbo A. Association between Falls and Caregiver Tasks among Informal Caregivers: Canadian Community Health Survey Data. *Canadian Journal on Aging*. 2018;37(1):70-5.
20. Faes M, Reelick M, Melis R, Borm G, Esselink R, Olde Rikkert M. Multifactorial fall prevention for pairs of frail community-dwelling older fallers and their informal caregivers: a dead end for complex interventions in the frailest fallers. *Journal of American Directors Association*. 2011;12:451-8.
21. Kusuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al. Falls of the elderly are associated with burden of caregivers in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;21(8):740-5.
22. Hoffman GJ. Receipt of Caregiving and Fall Risk in U.S. Community-Dwelling Older Adults. *Med Care*. 2015;55(4):371-8.
23. Kelley C, Graham C, Braswell Christy J, Hersch G, Shaw S, Ostwald S. Falling and Mobility Experiences of Stroke Survivors and Spousal Caregivers. *Physical and Occupational Therapy*. 2010;28(3):235-48.
24. Schrag A, Hovris A, Morley D QN, Jahanshahi, M. Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2006;12(1):35-41.
25. McIntyre A, Reynolds F. There's no apprenticeship for Alzheimer's: the caring relationship when an older person experiencing dementia falls. *Ageing & Society*. 2012;32(5):873-96.
26. Legget A, Polenick C, Maust D, Kales H. Falls and Hospitalization among Persons with Dementia and Associated Caregiver Emotional Difficulties. *The Gerontologist*. 2018;58(2):e78-e86.
27. De Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers from older people recovering from surgery from hip fractures caused by fall: fall prevention. Universidade Estadual Paulista (Unesp): Free themes. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB); 2015.
28. Buri B, Dawson P. Caring for a relative with dementia. A theoretical model of coping with fall risk. *Health, Risk & Society*. 2000;2(3):283-93.
29. Faes M, Reelick M, Joosten-Weyn Banningh L, de Gier M, Esselink R, Olde Rikkert M. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: Foundations for an intervention to prevent falls. *Ageing and mental health*. 2010;14(7):834-42.
30. MacIntosh S, Fryer C, Sutherland M. For Falls Sake: Older Carers Perceptions of Falls and Fall Risk Factor. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practise*. 2007;5(3).
31. Cott S, Tierny M. Acceptable and unacceptable risk: balancing every day risk by family members by older cognitively impaired adults who live alone. *Health, Risk and Society*. 2013;15(5):402-15.
32. Horton K, Aber E. Gender and the negotiation between older people and their carers in the prevention of falls. *Ageing and Society* 2004;24(1):75-94.
33. Scheepman K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;79:122-36.
34. Wilkinson A, Meikle N, Law P, Yong HJ, Butler P, Kim J. How older adults and the informal carers prevent falls: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;82:13-9.
35. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization; 2007.
36. Xu T, O'Loughlin K, Clemson L, Lannin NA, Dean C, Koh G. Developing a falls prevention program for community-dwelling stroke survivors in Singapore: client and caregiver perspectives. Article in Press. *Disability and Rehabilitation*. 2017.



37. Kilian C, Salmoni A, Ward-Griffin C, Kloseck M. Perceiving Falls within a Family Context: A Focused Ethnographic Approach. *Canadian Journal on Ageing*. 2008;27(4):331 - 45.
38. De la Questa Benjomea C, Ramis Ortega E, Arredondo Gonzalez CP. To manage a complex dependency: The experience of caregiver after a fall. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;Article in Press.
39. Lee D, McDermott F, Hoffmann T, Haines T. They will tell me if there is a problem': limited discussion between health professionals, older adults and their caregivers on falls prevention during and after hospitalization. *Health Education Research*. 2013;28(6):1051-66.
40. Schoberer D, Breimaier H, Mandl M, Halfens R, Lohrmann C. Involving the consumers: An exploration of users and caregivers needs and expectations on a fall prevention brochure: A qualitative study. *Geriatric Nursing* 2016;37(3):207-14.
41. Lach H, Krampe J, Phongphanngam S. Best practice in fall prevention: roles of informal caregivers, health care providers and the community. *International Journal of Older People Nursing*. 2011;6(4):299–306.
42. Roe B, Howell F, Riniotis K, Beech R, Crome P, Bie Nio O. Older people and falls: health status, quality of life, lifestyle, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(16):2261–72.
43. Suttanen P, Hill KD, Said C, Byrne K, Dodd K. Factors influencing commencement and adherence to a home-based balance exercise program for reducing risk of falls: perceptions of people with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(7):1172–82.
44. Roldos I, Noonan RK, Beattie L. Strengthening the role of caregivers in promoting fall-risk screening for older adults during the annual wellness visit. *Perspectives in Public Health*. 2013;133(5):246-7.
45. Shen J, Hu F, Liu F, Tong P. Functional restriction for the fear of falling in family caregivers. *Medicine*. 2015;94(27):e1090.
46. Potter P, Olsen S, Kuhrik M, Kuhrik N, Huntley L. A DVD program on fall prevention skills training for cancer family caregivers. *J Canc Educ*. 2012;27(1):83-90.
47. Potter P, Pion S, Klinkenberg D, Kubrik M, Kubrik N. An instructional DVD fall-prevention program for patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*. 2014;41(5):486-9.
48. Schumacher K, Beidler S, Beeber A, Gambino P. A transactional model of cancer family caregiving skill. *ANS Adv Nurs Sci*. 2006;29(3):271-86.
49. Jhaveri M, Benjamin-Garder B, Rianon N, Sherer M, Fransisco G, Vahidy F, et al. Telemedicine-guided education on secondary stroke and fall prevention following inpatient rehabilitation for Texas patients with stroke and theircaregivers: a feasibility pilot study. *BMJ Open*. 2017;7(9):e017340.
50. Mahoney J, Shea T, Przybelski R, La Verne J, Gangnon R, Cesh S, et al. Kenosha County Falls Prevention Study: A Randomized, Controlled Trial of an Intermediate-Intensity, Community-Based Multifactorial Falls Intervention. *JAGS*. 2007;55(4):489–98.
51. Graff M, Vernooij-Dassen M, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels W, Olde Rikkert M. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7580):1196.
52. Schoberer D, Halfens R, Eglseer D, Lohrmann C. Development and evaluation of brochures for fall prevention education created to empower nursing home residents and family members. *International Journal of Older People Nursing*. 2018;13(2):e12187.

53. Rowe J. "I've Fallen and I Can't Get Up," a Basic Primer for Caregivers to Understand Falls in Persons With Dementia, Alzheimer's Disease, and Cognitive Impairment. *Home health management and Practise*. 2015;27(3):126–34.
54. Haines T, Den Ching AL, O'Connell IB, McDermott B, Hoffman T. Why do hospitalized older adults take risks that may lead to falls? *Health Expectations*. 2012;18(2):233-49.
55. Wu H, Lu N, Wang C, Tu X. Causal effects of informal care and health on falls and other accidents among the elderly population in China. *Qual Life Res*. 2018;27(3):693–705.
56. AHRQ. Preventing Falls in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care. Boston University School of Public Health: Agency for Health Care Research and Quality; 2013.
57. Ang SGM, O'Brien AP, Wilson A. Carers' concerns about their older persons (Carees) at risk of falling - A mixed-methods study protocol. *BMC Health Services Research Open Access*. 2018b;18(1):26.
58. Hanson E, Magnusson L, Heineman H, Svensson P, Larsson Skoglund A. Teori inom anhörigvård och anhörigstöd. En översikt. Borås: Högskolan i Borås och Äldreväst Sjuhärad; 2008.

# Vad tänkter anhöriga om fall och fallprevention?

En kunskapsöversikt och samtal med anhöriga

---

**Nka**<sup>TM</sup>

Nka 2019:1 Kunskapsöversikt

ISBN 978-91-87731-60-0

Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Box 601

391 26 Kalmar

Tel: 0480-41 80 20

E-post: [info@anhoriga.se](mailto:info@anhoriga.se)

[www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)