

Fallskjermprosjektet: Fagutvikling i praksis



Fallforebyggende arbeid med eldre

"Jeg mener at
prosjektet har ført
til at fagfeltet
geriatri har fått et
generelt løft i
Trondheim
kommune."

"Vi har fått mer
yrkesstolthet i
forhold til å mestre
et område av faget
mer i tråd med
nyere forskning."



"Jeg opplever at
vi tenker mer likt i
tilnærmingen til
eldre og
fallproblematikk
enn tidligere"

"Så synes jeg det
har gitt
kunnskapsheving
, det har det
gjort."

"...har via
prosjektet blitt
mer bevisst på
egen klinisk
erfaring..."

*Et samarbeidsprosjekt mellom
Enhets for fysioterapitjenester i Trondheim kommune,
Høgskolen i Sør-Trøndelag og
Avd. for geriatri, St. Olavs hospital/Institutt for nevromedisin, NTNU*



HØGSKOLEN
I SØR-TRØNDELAG



TRONDHEIM
KOMMUNE



NTNU

Det skapende universitet

Prosjektledelse:

Prosjektansvarlig: Anne E Hansen, leder for Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune

Prosjektleder: Jorunn Lægdeheim Helbostad, fysioterapeut, dr. philos., post dr. stipendiat, Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital og Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

Prosjektmedarbeidere:

Randi Granbo, fysioterapeut, Cand. San., lektor, Program for fysioterapeututdanning, Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Sør-Trøndelag

Astri Heide Vaskinn, fysioterapeut, Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune

Faglige veileder: Synnøve Iversen, fysioterapeut, dr. grads stipendiat), Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Prosjektet ble økonomisk støttet av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Forord

Det er produsert mye kunnskap som aldri taes i bruk. Det finnes også mange praksiserfaringer og mye individuell fagkunnskap som aldri deles med andre og dermed ikke får grobunn for videre utvikling. Disse aspektene var utfordringer som dette prosjektet startet med: Hvordan skal vi kunne greie å vurdere og ta i bruk kunnskap som allerede er tilgjengelig og hvordan skal hver enkelt yrkesutøver få muligheter til å utvikle sin fagkompetanse gjennom å lære av egne og andres praksiskunnskap?

Omfanget av fallproblematikk hos eldre er stort og fysioterapeutene har en sentral rolle i dette arbeidet. Forebygging av fall var allerede satt på dagsorden i helsetjenesten i Trondheim kommune og ved St. Olavs hospital. Dette åpnet muligheten til å jobbe med kunnskapsutvikling for fysioterapeutene innenfor et prioritert område.

Prosjektet som beskrives i rapporten har benyttet aksjonsforskning som rammeverk. Målet har vært å skape endring i praksis, og forskere og utøvere har jobbet sammen for å oppnå dette. Sammensetningen av prosjektgruppa har vært viktig. Det at leder for fysioterapitjenesten har vært med gjennom hele prosessen, har gjort det mulig å legge til rette for at praksis skal kunne endres både på kort og lang sikt. Ellers har prosjektgruppa innehatt kunnskap om fysioterapitjenesten og den kommunale helsetjenesten, kunnskap om forskning på fagfeltet og kunnskap om metodiske tilnærminger.

Prosjektet har hatt fokus på yrkesutøverne og ikke først og fremst på brukerne. Dette skapte litt uro i fysioterapeutgruppen da det ble presentert for første gang.. Vi mener likevel at et slikt fokus har vært viktig og riktig for å kunne gi brukerne av fysioterapitjenesten et bedre faglig tilbud på sikt. Gjennom prosjektet har vi lært at det av og til kan være hensiktsmessig å vende blikket innover, og ikke bare brette opp ermene og kaste seg over en hver ny utfordring som dukker opp.

Målet for prosjektet var kunnskapsutvikling innen arbeidet med eldre med fallproblem. Målet var også å beskrive en modell for kunnskapsutvikling som kunne brukes innen andre områder. Det var derfor ønskelig å ha med andre enn de som jobbet med eldre i prosjektet. Fysioterapeuter som har hovedtyngden av sitt arbeid i forhold til barn deltok derfor i enkelte faser av prosjektet. Hovedfokus har likevel vært i forhold til fysioterapeutenes arbeid med eldre og det er denne gruppen fysioterapeuter som i størst grad har følt gevinstene av prosjektet.

Fysioterapeutene i Trondheim har vært modige som har latt oss ta del i sine praksiserfaringer og gitt oss mulighet til å stille spørsmål til deres praksisutøvelse. Uten denne åpenheten har det vært umulig å studere og påvirke kunnskapsutvikling. Nettopp det å stille spørsmål til egen praksis og kunnskap som produseres, mener vi er viktig for å være gode fagutøvere. Vi håper at de som har deltatt har erfart at spørsmål bringer fagutøvelsen fremover og at det er en tilnærming som kan taes i bruk for å utvikle de lokale fagmiljøene også i fremtiden.

Det er et ordtak som heter at "veien blir til mens man går", eller sagt ennå sterkere, "båten blir til mens man ror". Dette er uttrykk som godt beskriver utviklingen av Fallskjermprosjektet gjennom prosjektperioden. Erfaringene som er gjort i hver fase av prosjektet har lagt føringer for neste fase, og ofte har vi måttet stokke om på rekkefølgen av planlagte hendelser. På denne måten har også vi som prosjektgruppe lært mye under veis.

Prosjektet var planlagt å vare i to år. I skrivende stund har det gått mer enn tre år siden prosjektet startet. Endring er en kontinuerlig prosess som tar tid. Vi har erfart at det har vært nødvendig å bruke 3 år på prosessen for å videreutvikle faget og for å utvikle fagmiljø som i framtida kan utvikle seg selv. Disse visdomsordene fra Talmud beskriver noe av det vi fortsatt har som håp for fysioterapeutene i Trondheim: ”Man er vis så lenge man søker visdommen, men når man tror at man har funnet den, blir man en narr”.

På forsiden av rapporten finner dere sitater fra noen av fysioterapeutene som har deltatt i prosjektet. Sitatene er hentet fra evaluering av prosjektet.

Vi håper rapporten kan være til inspirasjon for andre som ønsker å jobbe med kunnskapsutvikling innen faggrupper.

Vi ønsker å rette en stor takk til Fond til etter og videreutdanning for fysioterapeuter, Høgskolen i Sør – Trøndelag og Trondheim kommune som har vært med å finansiere prosjektet.

Trondheim 12.08.2006

Jorunn L. Helbostad

Randi Granbo

Astri Heide Vaskinn

Anne E. Hansen

Et eksempel på en pasient med fallproblematikk som blir henvist til helsetjenesten i Trondheim kommune

Emilie Olsen er 81 år, enke og bor alene i et to etasjes hus. Hun har stort sett vært frisk for inntil 1 år siden. Da begynte det å rase utfor bakke med funksjonen, og sykdommene har kommet på rekke og rad. Hun har nesten sluttet å gå ut. Når hun reiser seg fra stolen må hun skyve fra med armene. I løpet av det siste halvåret har hun falt 2 ganger. Etter det første fallet ble hun innlagt på ortopedisk avdeling på sykehuset med rygg smerter uten at det ble igangsatt noen behandling. Fru Olsen er litt motløs og er redd for å falle på nytt. Hun har trygghetsalarm og har hjemmehjelp en gang hver 14. dag.

Sammendrag

Fallskjermprosjektet er et fagutviklingsprosjekt som har hatt som mål å videreutvikle kommunefysioterapeuters kompetanse i arbeidet med eldre med fallproblematikk. Deltakerne var fysioterapeuter ansatt i Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune, fortrinnsvis de som har hatt sitt hovedfokus på arbeid med eldre. Kunnskapsutvikling er en kontinuerlig prosess. Prosjektet har derfor hatt som mål å legge til rette for at slik utvikling skal kunne skje ut over prosjektperioden. Deltakelse fra fysioterapeutene har stått sentralt gjennom hele prosjektperioden. Aksjonsforskning har vært benyttet som rammeverk og metoder som fokusgrupper, observasjoner og litteraturstudier har tatt vært i bruk. Det faglige fokuset har vært på kartlegging av risikofaktorer for fall, vurdering av fallrisiko og intervensjoner for å redusere/forebygge fall. Gjennom prosjektet har fysioterapeutenes kompetanse i arbeidet med eldre blitt kartlagt, det har blitt gitt opplæring i litteratursøk og praksissituasjoner og beskrivelser av praksis har vært gjenstand for gruppediskusjoner. Videre har det vært fokus på å avdekke fallproblem tidligst mulig, dette gjennom god kjennskap til risikofaktorer og to vurderingsredskaper for balanse og gangfunksjon som ble prøvd ut og deretter tatt i bruk i ordinær praksis. Det er videre vektlagt arbeid med å få lokale fagutviklingsgrupper til å fungere. Gjennom prosjektet er det oppnådd interesse og stort engasjement blant fysioterapeutene i arbeidet med eldre. Fagutøverne tilkjennegir større faglig trygghet og tyngde enn før prosjektet. Tjenesten er på vei mot en kunnskapsbasert praksis, hvor forskningsresultater gjøres til gjenstand for diskusjoner, resultat av forskning implementeres, og hvor det reflekteres over erfaringsbasert kunnskap. Modellen for kunnskapsutvikling som er benyttet i prosjektet kan være modell også for kunnskapsutvikling innen andre fagområder og fag.

INNHOLD

Forord

Pasienteksempel

Sammendrag

1.0 BAKGRUNN OG FAGLIG BEGRUNNELSE

1.1 Bakgrunn for prosjektet

1.2 Fallforebyggende arbeid for hjemmeboende eldre

1.3 Kommunefysioterapien i Trondheim – en historisk gjennomgang

1.4 Problemstillinger - målsetting med prosjektet

1.5 Organisering av prosjektet

2.0 TEORI OG METODE

2.1 Kunnskapsutvikling

2.2 Metodisk tilnærming

2.2.1 Forforståelse

2.2.2 Delmetoder i prosjektet

2.2.3 Deltakere

2.2.4 Ethiske aspekter

3.0 PRESENTASJON AV DE ULIKE DELSTUDIENE

3.1 Innledning

3.2 Kartlegging

Delstudie 1 Fysioterapeutenes kompetanse i arbeidet med målgruppen ved oppstart av studien

3.2.2 Delstudie 2 Hvordan utvikle et miljø som stimulerer til fagutvikling?

3.2.3 Delstudie 3 Refleksjoner over det kliniske møtet mellom fysioterapeuten og den eldre brukeren

3.3 Forskningsbasert kunnskap

3.3.1 Litteraturstudier

Delstudie 4 Kurs i litteratursøk

Delstudie 5 ICF – Konsekvenser for praksis

3.4 Refleksjon og utprøving av forskningsbasert kunnskap

Delstudie 6 Kafédialog – med fall på menyen; Risikofaktorer for fall

Delstudie 7 Fra forskning til praksis; Vurderingsredskaper

Delstudie 8 Bergs Balanseskala og Timed Up and Go

Delstudie 9 Videre fagutvikling i de lokale fysioterapimiljøene

Delstudie 10 Fra prosjekt til ordinær praksis; Intervensjoner

4.0 DISKUSJON

5.0 EVALUERING AV PROSJEKTET OG STATUS ET ÅR ETTER PROSJEKTSLUTT

6.0 UTFORDRINGER OG VEIEN VIDERE

6.1 Sikring av kvalitet

6.2 Nye prosjekter

Referanser

Figurer

- Figur 1 Ulike kunnskapselementer i fysioterapi
- Figur 2 Forutsetninger for et fagmiljø i kontinuerlig kunnskapsutvikling
- Figur 3 Fasene i arbeidet mot en kunnskapsbasert praksis – en modell

Tabeller

- Tabell 1 Skjema for kategorisering av studiene
- Tabell 2 Undersøkellesmetoder systematisert i forhold til ICFs domener

1.0 BAKGRUNN OG FAGLIG BEGRUNNELSE

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Siden opprettelsen av fysioterapitjenesten i kommunene i 1984 har det foregått, og foregår fortsatt endringer når det gjelder organisatoriske forhold og fysioterapeutens oppgaver. I mange år har hovedfokus vært på omstilling og fleksibilitet, og i mindre grad på fagutvikling. Det kan se ut som om fagutvikling har vært overlatt til den enkelte fagutøver og i mindre grad den samlede fysioterapitjenesten.^{1;2} Ledelsen i Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim Kommune har vært oppmerksom på dette. Dette var blitt bemerket gjennom uttalelser fra fysioterapeutene selv og gjennom resultater fra to prosjekter som blant annet involverte fysioterapitjenesten på begynnelsen av 2000-tallet.

Det ene prosjektet var en randomisert klinisk kontrollert studie og del av et dr.grads arbeid om effekten av trening på motorisk funksjon med relevans for dagliglivet hos hjemmeboende eldre over 75 år. Her deltok 12 fysioterapeuter, to fra hver av de seks bydelene i Trondheim.³⁻⁵ Det andre prosjektet var en kvalitativ studie som var del av et hovedfagsarbeid om fysioterapistudenters læring og kunnskapsutvikling i praksis.² Gjennom begge disse prosjektene fikk prosjektlederne gjennom sin nære kontakt og sitt samarbeid med flere av kommunefysioterapeutene kjennskap til ulike sider ved fagutøvelsen.

Prosjektet til Helbostad satte blant annet fokus på kunnskapsutvikling i forhold til eldre som brukergruppe, og belyste behovet for kunnskapsutvikling i fysioterapigruppen. Hovedfagarbeidet til Granbo fremhevet blant annet betydningen av fagdiskusjoner og refleksjoner over egen yrkesutøvelse som et ledd i kunnskapsutviklingen hos både studenter og veiledere.

Dette var noe av bakgrunnen for at ledelsen i Enhet for fysioterapitjenester ønsket å sette fokus på fagutvikling / kunnskapsutvikling blant fysioterapeutene i tjenesten.

1.2 Fallforebyggende arbeid for eldre

Fall rammer mange eldre og har store personlige så vel som samfunnsøkonomiske konsekvenser. Mange eldre og helsearbeidere ser feilaktig på fall som en naturlig og uunngåelig del av alderdommen. Et fall kan være et symptom på en akutt underliggende sykdom eller en gradvis funksjonssvikt som følge av blant annet kronisk sykdom og inaktivitet. Omtrent 35 % av alle over 65 år faller minst en gang pr. år, og for de over 80 år er forekomsten bortimot 50 %.^{6;7} Halvparten av de som faller vil falle igjen i løpet av ett år. Skader som følge av fall er en av de største enkeltårsakene til innlegging i sykehus hos eldre. Omtrent halvparten av de som faller skader seg, og ca 10 % av skadene er bruddskader. Det er ca 9000 hoftebrudd i Norge pr. år, og så mye som 85-95 % av disse skyldes fall. Ca 30 % av de som faller utvikler frykt for nye fall, noe som igjen vil påvirke livskvalitet og aktivitetsnivå.

De fleste fall hos eldre skjer under gange og forflytning, og balanseproblem er en viktig risikofaktor for fall. Risikofaktorer for fall er knyttet til personens ressurser i forhold til krav som stilles fra omgivelsene. Rapporterte risikofaktorer i personen er gangproblem, balanseproblem, redusert muskelstyrke, synsproblem, depresjon, kognitiv svikt, sentralnervøse skader og sykdommer, flere enn 3 kroniske lidelser og bruk av flere enn 3

typer medikamenter. Omgivelsesfaktorer som øker fallfare er for eksempel ujevne fortau, dårlig belysning, glatte golv, uhensiktsmessige hjelpemidler, klær og skotøy.

Det finnes i dag dokumentasjon om at fall hos eldre kan forebygges⁷. En oversiktsartikkel fra Cochrane oppdatert i 2003, konkluderer med at fall kan forebygges gjennom en multifaktoriell tilnærming, hvor tiltakene settes inn mot risikofaktorer hos den enkelte.⁸ Trening med fokus på balanse, styrke og utholdenhet er det enkelttiltaket som ser ut til å ha best effekt. Studier fra Australia og England har vist at fall hos inaktive eldre kan reduseres med ca 30 % - 50 % ved hjelp av trening 2 ganger i uken gjennom ett helt år. Resultatene fra forskning så langt viser at fysioterapeuter har en naturlig plass i det fallforebyggende arbeidet med eldre, selv om effektiv fallforebygging krever et teamarbeid med aktører fra ulike yrkesgrupper.

1.3 Kommunefysioterapitjenesten i Trondheim

Bakgrunn

Kommunefysioterapeutene skal yte tjenester til hele befolkningen. I tillegg til sentrale føringer og kommunale planer, har kommunens størrelse og befolkningssammensetning betydning for fysioterapeutenes oppgaver.

Trondheim kommune hadde i 2003 i overkant av 160.000 innbyggere, inkludert ca 10.000 studenter som til enhver tid oppholder seg i kommunen. Ifølge prognosene vil befolkningsøkningen være i overkant av 1000 personer pr. år. Denne tendensen vil fortsette t.o.m. 2010, og er i tråd med den faktiske befolkningstilveksten kommunen har hatt de siste årene.

Det er ikke laget en samlet oversikt over sykdomsbildet i Trondheim kommune, men utfordringene er i tråd med landet for øvrig⁹ med tillegg av storbyproblematikk.

Det forventes at etterspørselen av fysioterapitjenester vil øke i årene som kommer. Dette baseres bl.a på kartlegging som viser at eldre og sykdomsgrupper som vil ha den største tilveksten, også er de som hyppigst søker fysioterapitjenester. Videre vil framtidig sykehusdrift baseres på færre liggedøgn og en økning i poliklinisk behandling, noe som vil øke presset på kommunehelsetjenesten.

Aktuelle planer og prioriteringer

Helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune har de senere årene utarbeidet ulike planer basert på statlige føringer, satsningsområder og prioriterte målgrupper. "Felles mål" som styringsverktøy for en samlet fysioterapitjenestene¹⁰ ble første gang utarbeidet og vedtatt i 2002. Revidert utgave ble vedtatt i 2006.

En bærende strategi i kommuneplan for Trondheim 2002 - 2012 er å sette innbyggerne i stand til å utnytte og ivareta sine ressurser og så langt som mulig ta ansvar for egen hverdag.

Økonomi og strategiplanen for perioden 2002 – 2005 fokuserer særlig *forebygging og rehabilitering for hjemmeboende eldre* og legger opp til en generell styrking av fagtjenesten. Fysioterapitjenesten ble gjennom denne satsingen tilført 6 nye stillinger i 2002.

Fysioterapeutene fikk også en viktig rolle i et tverrfaglig samarbeidsprosjekt med St. Olavs hospital, Avdeling for Geriatri, som i 2002 startet en poliklinikk med fokus på utredning av falltendens hos hjemmeboende eldre. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten i Trondheim

kommune var med i planleggingsfasen og oppstartsfasen av prosjektet. Mens den medisinske utredningen ble foretatt av et tverrfaglig team på Avdeling for geriatri og behandling av sykdom ivaretatt av Avdeling for geriatri og andre enheter på St. Olavs hospital, ble det meste av de resterende tiltakene gjennomført i kommunehelsetjenesten. Det ble derfor opprettet et fallteam fra kommunen, bestående av en fysioterapeut og en ergoterapeut, som skulle ta ansvar for oppfølging av personer som hadde vært til utredning på fallpoliklinikken. Dette ble senere utvidet til ett team per bydel.¹¹

I samme periode bestemte også helsetjenesten i Trondheim kommune å ha forebygging av fall som satsningsområde.

Historisk utvikling og endring i organisasjonen

Siden kommunehelselovens inntreden i 1984, har den fastlønnede delen av fysioterapitjenesten i Trondheim økt fra ½ til 52 årsverk, hvor 44 av disse er samlet i Enhet for fysioterapitjenester, og 8 årsverk er knyttet til andre enheter som flyktningehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten og rehabiliteringssentra. I dag arbeider 64 % av fysioterapeutene i privat praksis, mens 36 % har fastlønnede stillinger. Tendensen er fortsatt at privatpraktiserende fysioterapeuter i hovedsak ivaretar behandlingstilbudet til befolkningen, mens fastlønnede ivaretar forebyggende og rehabiliterende oppgaver for prioriterte grupper.

Kommunefysioterapeutene i Trondheim var fra første stund organisert som en generalisttjeneste. Det har likevel foregått en gradvis spesialisering og oppdeling av arbeidsoppgavene i forhold til ulike aldersgrupper og brukergrupper. Kunnskap og metoder innen forebygging og re/habilitering er i stadig utvikling. Det er en stor utfordring å holde seg oppdatert og videreutvikle egen kompetanse innen rammen av en organisasjon som er i stadig endring.

Rammebetingelser

Fysioterapeutene var i 10 år (1982 – 1992) underlagt *en sjeffysioterapeut*. I 1992 innførte kommunen en desentralisert organisasjonsmodell hvor fysioterapitjenesten, både den private og den fastlønnede ble organisert i seks Helse – og omsorgsdistrikter. Fysioterapeutene ble sammen med andre helsefaglige profesjoner organisert i en Helseenhet og administrativt underlagt en helseleder i hvert distrikt. De fastlønnede fysioterapeutene fikk en faglig koordinator i hvert distrikt. Den lokale forankringen medvirket til at samarbeidet mellom de ulike helseprofesjonene ble styrket. I mange år var det mer fokus på tverrfaglig samarbeid, fleksibilitet og omstilling enn på fagutvikling innen hver enkelt faggruppe. I 1999 ble det etablert servicekontorer for å effektivisere forvaltning og drift av helse- og omsorgstjenestene i distriktene. Disse kontorene skulle foreta vurdering av henvisninger til helsetjenesten for så å fatte vedtak om aktuelt tilbud, som for eksempel fysioterapi. Ulik fagsammensetning og kompetanse ved servicekontorene kan ha medvirket til ulik grad av henvendelser til fysioterapitjenesten, og dermed ulik vektning av oppgaver mellom distriktene.

Endring i organisering og arbeidsoppgaver over tid kan ha bidratt til at kommunefysioterapeutenes rolle ble utydelig for fysioterapeutene selv og for mange av samarbeidspartnerne. I en periode utviklet det seg også stor ulikhet i tjenestetilbudet i de ulike bydelene. Ved innføring av samlet ledelse for fysioterapeutene i 2001 var rammebetingelsene bedre for å intensivere arbeidet med å finne et samlet fokus for tjenesten og tydeliggjøre egen rolle og fagidentitet.

En stor organisasjon som Trondheim kommune vil hele tiden være i endring. Fysioterapitjenesten må forholde seg til dette og være fleksible i forhold til nye krav og

forventninger. I løpet av prosjektperioden fra 2003 og fram til i dag er for eksempel antall bydeler endret fra 6 til 4. I tillegg er 6 fysioterapistillinger overført forvaltningskontoret (tidligere servicekontoret) og 8 fysioterapeuter i en periode fysisk plassert på de nye barne- og familietjenestene. Slike omstillinger må tjenesten være forberedt på også i framtiden og det er da viktig å være trygg i egen fagrolle.

I følge Plan for fysioterapitjenesten skal tjenesteutøvelsen være kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert fysioterapi innebærer å basere fagutøvelsen på god og relevant forskningsbasert kunnskap, sammen med erfaring, verdier og preferanser.¹² Da fallforebygging var et satsningsområde både i Trondheim kommune og på St. Olavs hospital var det naturlig å velge dette som område for fagutvikling også for fysioterapeutene. Fallskjermprosjektet er også det første systematiske utviklingsarbeidet i fysioterapitjenesten.

1.4 Problemstillinger og målsetting med prosjektet

Ved prosjektets begynnelse forelå det en antagelse om at det var et sprik mellom dagens praksis og anbefalinger fra forskning innenfor feltet fallforebygging. Vår problemstilling ble dermed:

Hvordan utvikle kommunefysioterapeuters kunnskap i handling innen fallforebyggende arbeid med eldre?

Delproblemstillinger

- Hva vektlegges i fysioterapeutenes kliniske beslutningsprosess?
- Hvilken forskningsbasert kunnskap om fall og fallforebygging er hensiktsmessig å ta i bruk?
- Hvordan utvikle en modell som kan fremme kommunefysioterapeuters kunnskap i handling?

For å videreutvikle kompetansen til fysioterapeuter i det fallforebyggende arbeidet (**hovedmål**) var det viktig å få forståelse for hvilke faktorer som blir tatt i betraktning når det foretas beslutninger (**delmål 1**), ha kunnskap om og kunne anvende relevant og oppdatert kunnskap på feltet (**delmål 2**) og finne en modell for å videreutvikle kompetansen (**delmål 3**).

1.5 Organisering av prosjektet

Prosjektet fikk navnet ”Fallskjermprosjektet” med den dobbeltbetydning ordet har. Begrepet blir her både brukt i betydning av fysioterapeutenes totale kunnskapsbase innen forebyggende arbeid hos eldre, og som en form for fallbeskyttelse for de eldre.

Prosjektet ble organisert med en prosjektgruppe, en styringsgruppe og en referansegruppe.

Prosjektgruppen

Prosjektleder var ved oppstart dr.grads stipendiat ved Universitetet i Bergen, og ble etter hvert ansatt i en post dr. stilling ved Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital og Institutt for nevromedisin, NTNU.

Det var to prosjektmedarbeidere. Den ene var tilsatt på Høgskolen i Sør Trøndelag ved fysioterapeututdanninga og den andre var ansatt i Enhet for fysioterapitjenester i kommunen. Sistnevnte var det faste bindeleddet mellom prosjektgruppa og fysioterapeutene på de ulike bydelene.

Enhetsleder for fysioterapitjenesten var prosjektansvarlig og deltakende gjennom hele prosjektperioden.

Veileder gjennom prosjektet var dr. grads stipendiat ved Universitetet i Bergen, og hadde kunnskap og erfaring fra tilsvarende utviklingsarbeid i Stavanger kommune. Vi antok at utviklingsprosjektene i de to storbyene ville ha mange paralleller, og dermed kunne trekke vekslar på hverandre.

Styringsgruppe

For å ha en forankring i kommunens Helse og velferdstjeneste, ble prosjektgruppa supplert med en fagperson fra kommunens øverste ledelse. Vedkommende hadde sykepleiefaglig bakgrunn, lang erfaring fra kommuneledelse og både kunnskap om og erfaring fra samarbeid og fagutvikling.

Referansegruppe

Prosjektgruppa valgte å ha en referansegruppe med nær tilknytning til det fysioterapifaglige forskningsmiljøet i regionen. I prosjektets tidlige fase deltok flere av fysioterapeutforskerne fra Institutt for samfunnsmedisinske fag på møter med prosjektgruppa.

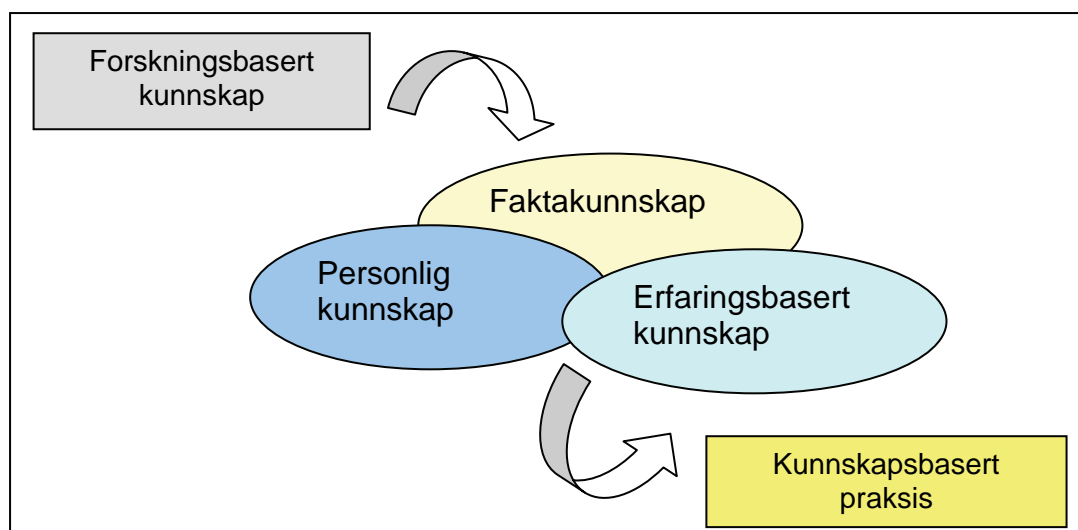
2.0 TEORI OG METODE

2.1 Kunnskapsutvikling

For å nå sine mål i arbeidet med pasienter, må en fysioterapeut kunne resonnerer effektivt, foreta grundige og forsvarlige kliniske beslutninger og lære av sine erfaringer.¹³ Det er en utfordring å holde seg oppdatert i en tid hvor vi oversvømmes av informasjon og ny kunnskap. Samtidig stilles det krav til helsepersonell om å opptre faglig forsvarlig og sørge for kontinuerlig videreutvikling av egen kompetanse.¹⁴ Kunnskapsutviklingen må finne sted innen rammene av en organisasjon i stadig endring.¹⁵ Undersøkelser viser at grunnutdanning og egen erfaring er de viktigste informasjonskildene for yrkesutøvelse hos fysioterapeuter, samtidig som etter- og videreutdanning også trekkes fram som viktige kilder. Det ligger en utfordring i å erkjenne at også forskningsbasert kunnskap er en viktig informasjonskilde for praksis.^{12;16} I etter- og videreutdanningskurs har tradisjonell tenkning om kunnskaps-overføring stått sentralt, og en har tatt for gitt at tilegnelse av ny kunnskap fra slike kurs automatisk ville føre til endringer i praksis. Det kan imidlertid se ut som om kortere kurs med fokus på forelesninger i liten grad fører til endring i praksis, mens kurs som involverer deltakerne i større grad medvirker til endringer i praksis.¹² Medlemmene i en organisasjon eller i et arbeidsfellesskap vil være viktige medspillere for å sikre utvikling og endring i ønsket retning. Samtidig må det skapes og tilrettelegges for arbeidssituasjoner som gir mulighet for denne type utviklingsarbeid.¹⁵ For å oppnå dette er det nødvendig med et nært samarbeid mellom ansatte og ledelsen i organisasjonen.¹⁶

Resultater fra klinisk kontrollerte studier kan gi nyttig kunnskap om egnede metoder for intervensjon. Kunnskap i klinisk praksis forutsetter i tillegg at helsearbeideren både kan vurdere relevansen av denne kunnskapen og tilpasse tiltakene til den enkelte pasient innenfor organisasjonens rammer¹⁷. Utforsking av pasientens problem skjer i samarbeid mellom pasient og fysioterapeut. Dette er en prosess hvor kunnskapen er i stadig forandring og utvikles gjennom en veksling mellom handling og refleksjon over handling. Molander kaller dette kunnskap i handling eller den levende kunnskapen, som innbefatter både den foreskrevne, reflekterende og den praktiske kunnskapen.¹⁷ Klinikerens mer tause og erfaringsbaserte elementer av kunnskapen representerer viktige sider og bør også gjøres til gjenstand for undersøkelser og diskusjoner. I vårt prosjekt har vi lagt til grunn et kunnskapssyn som rommer ulike elementer av kunnskap.^{12;13;18}

For å synliggjøre kunnskapssynet som er lagt til grunn i dette prosjektet, lot vi oss inspirere av Higgs and Titchens modell med beskrivelse av tre typer kunnskap (*Propositional knowledge*, *Professional craft knowledge* og *Personal knowledge*).¹⁹ Vi har oversatt disse begrepene, samt laget vår versjon av modellen. Modellen illustrerer hvordan vi i dette prosjektet har ønsket å sette fokus både på den forskningsbaserte kunnskapen og den kliniske anvendelsen av kunnskapen. Vi mener at fysioterapeutenes totale kunnskapsbase, inkludert de erfaringsmessige og personlige elementene er vesentlige for vurdering av den nye kunnskapens relevans for klinisk praksis.



Figur 1 Ulike kunnskapselementer i fysioterapi (fritt etter Higgs & Titchen)¹⁹

Vi trenger forskningsbasert kunnskap som kilde til utvikling og oppjustering av faktakunnskapen hos fagutøveren. Men denne alene vil ikke endre praksis. Forskningsbasert kunnskap må derfor vurderes/diskuteres med tanke på relevans og anvendbarhet.

Gjennom prosjektet ønsket vi å sette fokus på kunnskapsutvikling i en faggruppe og var opptatt av utvikling av alle kunnskapselementene; personlig kunnskap, faktakunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Vi lot oss igjen inspirere av Higgs & Titchen som sier at kritisk bruk av kunnskap er basert på en *bevissthet om seg selv, evne til selvkritikk og refleksjoner over egen beslutningstaking*.²⁰

2.2 Metodisk tilnærming

Prosjektet valgte aksjonsforskning som tilnæringsmåte, hvor deltakelse fra aktørene som var gjenstand for forskningen har stått sentralt. Aksjonsforskning innebærer en syklisk prosess hvor kartlegging, handling og evaluering henger tett sammen. En slik tilnærming er spesielt egnet for utvikling av praktisk kunnskap.²¹⁻²³ I det aktuelle prosjektet var forskerne involverte parter sammen med kommunefysioterapeutene i en endringsprosess. Gjennom deltakelse, veksling mellom aksjon og refleksjon, og mellom teori og praksis, prøvde vi ut ulike modeller for kunnskapsutvikling. Gjennom denne tilnæringsmåten ønsket vi å oppnå bedre forståelse for et problemområde som grunnlag for endring og forbedring i tjenesten. Vi ønsket å bidra til økt bevissthet om fysioterapeutenes egen kompetanse, og til å utvikle det fysioterapeutiske fagmiljøet. Prosjektgruppen ønsket å sette i gang utviklingsprosesser gjennom faglige diskusjoner og refleksjoner over praksis.

2.2.1 Forforståelse

Prosjektgruppen antok at det var et sprik mellom det forskningen anbefalte av undersøkelser/kartlegginger og tiltak, og det som var rådende klinisk praksis innen det fallforebyggende arbeidet med eldre i kommunehelsetjenesten. Antagelsene bygger på at organisasjonen i mange år har vært preget av omorganiseringer og endringer og har hatt fokus på tverrfaglighet. Enhet for fysioterapitjenester har derfor også hatt mindre fokus på kunnskapsutvikling innen fysioterapifaget.

Krav og ønsker fra de ansatte om oppdatering og kursing har vist at behovet for kunnskapsutvikling er stort, men nødvendiggjør også en samlet plan for hvordan dette skal skje. Det er kjent at fokus på og prioritering av ett fagområde i en prosjektperiode gjør at andre fagområder får mindre fokus. Vel vitende om dette, hadde prosjektgruppa forventninger om at erfaringer fra Fallskjermprosjektet også kunne få konsekvenser for andre fagområder.

For å oppnå kunnskapsbasert praksis kreves et nært samarbeid mellom det utøvende personell og ledelsen av tjenesten.¹⁶ En forutsetning for at prosjektet skulle kunne bli vellykket var derfor at leder for fysioterapitjenesten var sterkt involvert i alle prosjektets faser.

2.2.2 Delmetoder i prosjektet

Litteraturstudier

Systematiske litteratursøk i ulike databaser og påfølgende bearbeiding av funn har vært benyttet for å få oversikt over den forskningsbaserte kunnskapen om fallforebygging når det gjelder:

- risikofaktorer for fall
- kartleggingsverktøy for fallutredning
- tiltak for å forebygge fall

Fokusgruppe som metode

Denne metoden karakteriseres ved at forsker er aktiv både i fastsettelse av tema, for fokus i gruppediskusjoner og i rollen som moderator og fascilitator for diskusjonene i gruppene. Grad av formalitet og styring i gruppene bestemmes av målet med de ulike samlingene, konteksten hvor gruppene finner sted, og deltakernes respons på temaet i diskusjonene.²⁴ Vi valgte en vid definisjon av fokusgrupper (ibid) og benyttet stort sett naturlige settinger og allerede fastsatte møtetidspunkter for de faglige samlingene. Fordelene med bruk av fokusgrupper er

interaksjonen og gruppedynamikken som gjør det mulig å få fram likheter og forskjeller blant deltakerne. Gjennom erfaringsutvekslinger innen bestemte emner, blir deltakerne stimulert til utforskning av egne og kollegers refleksjoner.¹³ Moderators funksjon er å stille spørsmål, stimulere til utdypende refleksjoner, og gjennom dette vise at informantene har kunnskap og viktige bidrag til dette arbeidet. Fokus på erfaringsutveksling kan generere en dybdeforståelse og bidra til at hele gruppa trekkes inn i diskusjonene.

I prosjektet ble det prøvd ut ulike sammensetninger av fokusgrupper. Eksempler på dette er at vi startet med seks lokale fagmiljøer som fokusgrupper, mens vi på slutten av prosjektet hadde nye sammensetninger av gruppene med fire lokalmiljøer på grunn av omorganisering i kommunen. Det ble arrangert temadager for hele eller deler av faggruppen, og for en tverrfaglig sammensatt gruppe. På disse samlingene ble gruppene sammensatt på tvers av de lokale fagmiljøene.

I dette prosjektet ønsket ikke forskerne å være anonyme eller nøytrale, men var i kraft av egen for forståelse og kunnskapssyn aktive deltakere i prosessene og i kunnskapsutviklingen.²²⁻²⁴ Diskusjonene, erfarings- og meningsutvekslingene ga på denne måten verdifull innsikt i fysioterapeutenes komplekse praksishverdag.

PLA – teknikker (Participatory Learning and Action)

PLA teknikker²⁵ ble benyttet i flere av delstudiene gjennom prosjektet. Vi benyttet flere kvalitative, visuelle teknikker, for eksempel tegninger og tidslinjer hvor målet var bevisstgjøring og forståelse for fysioterapeutenes praksishverdag og hvilke utfordringer de sto overfor. Slike teknikker åpner muligheter for samhandling og stor grad av deltakelse i både kjente og ukjente grupper. Vi benyttet teknikker både med tanke å skape trygghet i gruppene, sette i gang prosesser for å skape felles forståelse for fysioterapeutens kliniske hverdag og som utgangspunkt for å utvikle planer for videre utvikling av tjenesten. Teknikkene åpnet opp for deltakerorientering og medvirkning.

2.2.3 Deltakere/informanter

Alle kommunefysioterapeutene (n=46) i Trondheim ble invitert til å delta. Disse representerte både nyutdannede og fysioterapeuter med mange års praksis både innen arbeid med barn og med voksne/eldre. I tillegg ble fysioterapistudenter som var i praksis på de aktuelle tidspunktene invitert. 41 fysioterapeuter deltok i første del av prosjektet (kap. 3.2.1), mens mindre grupper deltok i andre faser av prosjektet. I en delstudie deltok kun tre av fysioterapeutene og da sammen med hver sin bruker (kap. 3.2.3). I en annen delstudie deltok en tverrfaglig sammensatt gruppe fra ulike etater i helse- og omsorgstjenesten i kommunen (kap. 3.4.1).

2.2.4 Etiske aspekter

Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Midt-Norge vurderte og tilrådte studien, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) godkjente studien ut fra personvernshensyn. Det ble utarbeidet et informert samtykkeskjema for fysioterapeutene som deltok som informanter og for pasientene som ble gjenstand for observasjon i samhandling med fysioterapeutene. Fysioterapeutene sto ansvarlige for å informere pasientene, og be om deres samtykke i god tid før forsker ble med og observerte og filmet et møte mellom de to.

3.0 PRESENTASJON AV DE ULIKE DELSTUDIENE

3.1 Innledning

Med bakgrunn i aksjonsforskningens tankegang presenteres nå de ulike delstudiene i Fallskjermprosjektet. Her presenteres gjennomføring, analyse og evaluering av de enkelte delstudiene for på denne måten å vise hvordan erfaringer og resultater fra en delstudie dannet grunnlag for hva som ble gjort videre.

Presentasjonen er delt i fire hovedoverskrifter: *kartlegging, dokumentasjon fra forskning, refleksjon og utprøving av forskningsbasert kunnskap og fra prosjekt til ordinær praksis.*

Delstudien som omhandler dokumentasjon fra forskning er resultat av en litteraturstudie som forløp gjennom hele prosjektperioden. De tre andre beskriver de ulike delstudiene eller prosessene som foregikk sammen med fysioterapeutene.

3.2 Kartlegging

Kartlegging av fysioterapeutenes kompetanse og kliniske hverdag foregikk gjennom tre ulike delstudier som blir beskrevet under:

Delstudie 1 Hva var fysioterapeutenes kompetanse i arbeidet med målgruppen ved oppstart av studien?

Studien ble gjennomført våren 2003 i prosjektets første fase.

Materiale og metode

Fokusgrupper med utgangspunkt i en kasuistikk basert på en reell pasientsituasjon samt et spørreskjema ble brukt for å kartlegge fysioterapeutenes kompetanse ved starten av prosjektet. Inspirert av modellen om interaktiv klinisk resonnering,¹³ ble kasuistikken inndelt i fire faser. For hver fase ble det gitt ny informasjon om pasienten, og fysioterapeutene fikk spørsmål om sine tanker og sitt kliniske resonnement. Som forberedelse til fokusgruppene, fikk fysioterapeutene tilsendt "oppgaven" ca en uke på forhånd.

Deltakere

Alle fysioterapeuter som var på arbeid den aktuelle dagen (n=41), deltok. Kun 27 av disse hadde besvart spørsmålene i kasuistikken på forhånd. De fleste hadde lest kasuistikken på forhånd, mens et fåtall leste den først ved oppstarten av fokusgruppen.

Gjennomføring

Alle hadde anledning til å komme med utfyllende kommentarer på sine besvarelser underveis. De individuelle besvarelsene ble innlevert i etterkant av møtet. Besvarelsene var mest utfyllende i forhold til de to første fasene som omhandlet tanker og forestillinger knyttet til henvisningsteksten og som hadde opplysninger fra samtalen med pasient og pårørende. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd i fire av seks bydelers. I tillegg ble det gjort notater fra alle samlingene om forhold som i mindre grad lot seg fange opp av lydbåndet, slik som kroppsspråk, stemning i gruppene etc. På bakgrunn av notatene og transkripsjonene av lydbåndene, ble det laget en oppsummering etter hver fokusgruppe. Det ble utarbeidet en samlet rapport til alle bydelene med kopi til kommunens ledelse med overskriften:

”Hva er kunnskapsgrunnlaget til kommunefysioterapeutene, og hvordan kommer dette til syne i et tenkt møte med en pasient?”

Oppsummering og evaluering

Kartleggingen tydeliggjorde fire tema som vi vurderte til å ha betydning for fagutøvelse og kunnskapsutvikling. Dette omhandlet den store ulikheten i tilnærming til en og samme pasientsituasjon (1), valg av tilnærming i lys av ICF¹; fokus på helhet versus spesifisitet (2), rammebetingelsenes betydning for fysioterapeutenes faglige perspektiv (3) og betydningen av fagdiskusjoner (4). Gjennom deltakelse i denne delstudien oppdaget fysioterapeutene variasjonene i praksis mellom kolleger. De erkjente behov for endring, og uttrykte et ønske om å videreutvikle egen og gruppens kunnskap.

Det ble skrevet en artikkel til FYSIOTERAPEUTEN på bakgrunn av dette arbeidet: *Kommunefysioterapeuters praksis- og kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med falltendens.*²⁶

Delstudie 2 Hvordan utvikle et miljø som stimulerer til fagutvikling?

Materiale og metode

På bakgrunn av resultatene fra første delstudie ble det høsten 2003 gjennomført to temadager med ½ dags varighet med fokus på fysioterapeutenes hverdag. For å få dypere innsikt i og forståelse for noen av utfordringene som ble skissert i kartleggingsstudien, valgte vi å ta i bruk PLA-teknikker,²⁵ og mindre arbeidsgrupper ble satt sammen på tvers av bydeler og bekjentskaper.

Deltakere

Alle fysioterapeutene ble invitert til å delta. Vi valgte imidlertid nå å dele gruppen i to, de som hovedsaklig arbeidet med eldre (24 personer) og de som arbeidet med barn (25 personer).

Gjennomføring

For en nærmere kartlegging og analyse av fysioterapeutenes arbeid ble gruppene utstyrt med Flip-over ark og fikk i oppgave å lage en tegning som skulle illustrere sin hverdag i arbeid med henholdsvis eldre og barn i kommunen.



Eksempel fra ”eldregruppen”



Eksempel fra ”barnegruppen”

¹ ICF: WHO's klassifiseringssystem for helse og funksjon: International Classification of functioning and health

Tegningene ble presentert og utdypet i plenum. De var svært ulike, men hadde noen fellestrekk; kompleksiteten i arbeidet og oppgavene som fysioterapeut, hjertevarmen og gleden ved yrkesutøvelsen, samt energien og engasjementet i jobben. Samtidig uttrykte de frustrasjoner og usikkerhet i forhold til samarbeidspartnere og savn av et samarbeidsmiljø i fysioterapigruppen. Gruppene arbeidet videre med sine styrker/kompetanser og med sine utfordringer. Disse ble så gjenstand for konkretisering av videre tiltak.

Oppsummering og evaluering

Begge gruppene kom fram til behov for videre kunnskapsutvikling. Prioritering av utfordringene og behovene for fagutvikling innen det fallforebyggende arbeidet med eldre kan oppsummeres i overskriftene innhold og struktur. På innholdssiden framkom et generelt ønske om kunnskapsutvikling innen arbeid med eldre, og spesielt innen fall og fallforebygging; årsaker til fall, kartleggingsredskaper og tolkning av resultater, effekt av trening og tidlig forebygging samt grunnlag for prioriteringer. Når det gjaldt struktur kom det fram ønske om bedre forståelse i hele organisasjonen omkring ressursorientering, tverrfaglighet, men også om nødvendigheten av fagutvikling i eget fag. Temadagene for begge gruppene ble oppsummert med rapporter som ble distribuert til alle bydelene, og med kopi til kommunens ledelse.

Delstudie 3 Refleksjoner over det kliniske møtet mellom fysioterapeuten og den eldre brukeren

Bakgrunn

Beskrivelsen av fysioterapeutenes hverdag, forståelsen av dilemmaene sammen med deres egne prioriteringer i forhold til kunnskapsutvikling, var et godt utgangspunkt for å gå i gang med første delproblemstilling: ”Hva vektlegges i fysioterapeutenes beslutningsprosess?”

Målet med denne delstudien var å få mer kunnskap om hva som skjer i det aktuelle møtet mellom fysioterapeuten og den eldre pasienten. Hva består kompleksiteten i møte mellom fysioterapeut og pasient i, hvilke dilemmaer kommer til syne i samhandlingen med den eldre brukeren og på hvilken måte kommer fysioterapeutens ulike kunnskapselementer til syne i det kliniske møtet? Vi ønsket å gå mer i dybden for å sette fokus på og kunne ta del i noen fysioterapeuters tanker, refleksjoner og kliniske resonnementer i møte med den eldre brukeren.

Deltakere

Utvelgelsen av informanter var strategisk²⁷ og skjedde i samråd med leder for fysioterapitjenesten. Tre fysioterapeuter med lang erfaring fra kommunehelsetjenesten og fra arbeid med eldre ble invitert, og takket ja til deltakelse.

Materiale og metode

Fysioterapeutene ble observert i samhandling med hver sin utvalgte pasient og møtene videofilmert. Videofilmene var så utgangspunkt for fokusgruppeintervjuer.²⁸

Gjennomføring

Datainnsamlingen foregikk høsten 2003 og vinteren 2004. Den startet med et møte mellom prosjektgruppa og de tre fysioterapeutene, hvor prosjektets kunnskapssyn ble diskutert. Det ble fra prosjektgruppa bevisst formidlet en nysgjerrighet på hvordan ulike kunnskapselementer smeltes sammen, og kommer til syne i samhandling og resonnering i

møte med pasienten. Vi ønsket å legge til rette for et åpent og undrende klima, med nysgjerrighet både på egen og andres kunnskap og tenkning.

Fysioterapeut og forsker så videoopptakene på forhånd før fremleggelse i fokusgruppen. På bakgrunn av observasjonene, videogjennomgangen og samtalene med informantene, ble det laget en kort oppsummering til deltakerne som en forberedelse til fokusgruppen.

Gruppen møttes to ganger hvor fokus i første møte var det aktuelle hendelsesforløpet og refleksjonene knyttet til de aktuelle samhandlingene mellom terapeut og bruker. I andre fokuspå møte benyttet fysioterapeutene en tidslinje for å synliggjøre hendelsesforløpet og refleksjonene som har kommet i ettertid.²⁵ På denne måten ble viktige hendelser av betydning for fysioterapeutens beslutninger synliggjort, og brukt som utgangspunkt for ytterligere diskusjoner og refleksjoner i fokusgruppa.

Oppsummering

Fysioterapeutene rapporterte at denne arbeidsmåten initierte undringer og spørsmål om klinisk resonnering, noe som førte til ytterligere innsikt i egen tenkning, brukernes situasjon og grunnlag for beslutningstaking. Trygghet og tillit i gruppen ble sett på som nødvendig for å kunne samarbeide og dele kunnskap på denne måten. Kunnskapen som kom frem ble videre brukt til å initiere nye diskusjoner omkring kjennetegn ved brukerne av tjenesten og hvilke utfordringer fysioterapeutene møter i arbeidet med de eldre.

Delstudien ble presentert i form av en poster på Nordisk Forskningskongress for fysioterapeuter i Århus, Danmark, våren 2005.²⁹

3.3 Forskningsbasert kunnskap

Ett av prosjektets delmål var at fysioterapeutene skulle ta i bruk oppdatert og relevant kunnskap om fall og fallforebygging.

3.3.1 Litteraturstudier

Metode

Det ble gjort litteraturstudier for å framskaffe forskningsbasert kunnskap fra de valgte fokusområdene innen fallforebygging; risikofaktorer, kartleggingsverktøy og intervensjoner. Et mål for delstudien var at en fra faggruppen skulle skaffe seg erfaringer med å innhente og systematisere forskningsbasert kunnskap for så å kunne være en ressurs for faggruppen på et senere tidspunkt. Det ble gjort et systematisk litteratursøk bare for kartleggingsverktøy, da prosjektgruppa mente de allerede hadde nok oversikt over litteraturen til å skaffe fram hensiktsmessig informasjon om risikofaktorer og intervensjoner.

Litteraturstudien med søk i PubMed for å skaffe oversikt over kartleggingsverktøy, hadde følgende arbeidstitel: *”Hva har forskningen vært opptatt av innen fall og fallforebyggende arbeid de siste 10 årene”*.

Søkeordene som ble benyttet var:

Hvem: Eldre hjemmeboende over 65 år; Community-dwelling, Home, dwelling AND older adult, old, elderly, aged, elderly, elders.

Virkemiddel: Trening, trenings og andre tiltak; Exercise(s), Physical activity, Exercise therapy, Physical fitness, Training, Intervention(s) AND Multi factorial, Multi dimensional
Utfall: Redusere fall; Fall, Falls, Falling, Prevention
Begrensning: Alder 65 år + .Tidsfase: Fra 1990 til 2003. Design:RCT

Resultat

Risikofaktorer

Prosjektleder som er forsker på området, utarbeidet liste med oversikt over risikofaktorer for fall basert på følgende kilder.^{7;8;30}

Undersøkelsesmetoder

Søket i PubMed gav 138 treff. 15 studier som hadde fall og fallforebygging som tema ble inkludert. I tillegg ble det gitt tips om 38 studier både fra prosjektleder og andre ressurspersoner. Funnene fra litteraturstudien ble systematisert i et skjema etter følgende oppsett:

Tabell 1: Skjema for kategorisering av studiene.

Nr	Hensikt/Design Forfatter, år, sted	Målgruppe/ inkludering	Undersøkelse / tester for hva / evaluering / måleskala	I C F	Intervensjon, av hvilke yrkesgrupper	I C F

De ulike undersøkelsesmetodene ble systematisert i forhold til ICFs dimensjoner etter hva de hadde som mål å undersøke, teste eller evaluere. Følgende hovedområder ble valgt: Helsetilstand, fallregistrering, kroppsstrukturer og kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse, miljøfaktorer og livskvalitet. Innen hvert hovedområde ble undersøkelsesmetodene videre sortert etter ICFs domener (undergrupper) og systematisert på følgende måte, som vist for "Muskelstyrke":

Tabell 2: Undersøkelsesmetoder systematisert ift ICFs dimensjoner.

B 730 Muskelstyrke					
Hva måles	Type test	Hva testes	Navn på test	Hvordan utføres/ hvem tester	Artikkel nr

Samlet gir dette en liste over vurderingsredskaper som forskningen hadde benyttet ift fall og fallforebygging de 10 siste årene.

Intervensjoner

Oppsummering av effekt og innhold i fallforebyggende intervensjoner var basert på reviewartikkel fra Cochrane³¹ og som også er oppsummert på FYSIOTERAPEUTENS hjemmesider:

(<http://www.fysioterapeuten.no/fag/Nyheter/forebygging%20av%20fall%20hos%20eldre.htm> l). Oversiktsartikkelen bygger på 62 randomiserte klinisk kontrollerte studier hvor det til sammen er inkludert 21 668 deltakere. Artikkelen inkluderer intervensjoner for hjemmeboende eldre, eldre institusjon og sykehusinnlagte pasienter. Basert på de tilgjengelige studiene konkluderer Gillespie og medarbeidere med at følgende intervensjoner kan ha en sannsynlig fallforebyggende effekt: 1) Multidisciplinære, multifaktorielle tiltak hvor individuelle risikofaktorer for fall behandles, 2) øvelser med fokus på muskelstyrke og

balanse gjennomført som hjemmetrening 3) modifisering av fallfeller i hjemmemiljøet for personer med en tidligere fallhistorie, 4) reduksjon i bruk av psykofarmaka 5) bruk av pacemaker for personer med sinus caroticus-syndrom og 6) et 15 ukers Tai Chi gruppeøvelsesprogram. Videre oppsummerer de en rekke tiltak med usikker dokumentert effekt, deriblant styrketrening av underekstremitetene uten balansetrening, kosttilskudd, synskorreksjon og vitamin D-tilskudd.

Oppsummering og evaluering

Resultatene fra litteraturstudien når det gjelder risikofaktorer og intervensjoner ble tatt i bruk i fagdager med fysioterapeutgruppen og andre yrkesgrupper (se de videre delprosjektene). Resultatene fra det systematiske litteratursøket på kartleggingsmetoder er foreløpig bare delvis implementert, men gjort tilgjengelig på enhetens hjemmeside.

Delstudie 4 Kurs i litteratursøk

Bakgrunn

I første delstudie kom det fram at kun et fåtall av fysioterapeutene behersket det å søke i databaser eller hadde kjennskap til resultater fra nyere forskningsbasert kunnskap innen emnet fall og fallforebygging. Mange ønsket å lære mer om det å søke i databaser.

Materiale og metode

Gjennom et samarbeid med bibliotekjentesten på Høgskolen i Sør Trøndelag ble det utarbeidet et søkekurs som tok utgangspunkt i innsendte problemstillinger fra fysioterapeutene. Det ble gitt tilbud til ½ dags opplæring med mål å formidle noen grunnleggende verktøy og metoder for litteratursøk samt stimulere til denne type utforskning av faget. Det var også et mål å bidra til å hjelpe fysioterapeutene over den første barrieren og gi trygghet til videre litteratursøk på egen hånd.

Deltakere

Alle kommunefysioterapeutene i kommunen fikk tilbud om deltakelse. 35 tok i mot tilbudet. De aller fleste av som ikke ønsket å delta (10) begrunnet det med at de allerede hadde gode kunnskaper innen litteratursøk og/eller var relativt nyutdannet.

Oppsummering og evaluering

Evalueringen fra kurslederne var at de deltakende fysioterapeutene var en gruppe med stort engasjement. De kursansvarlige opplevde det som svært nyttig å få *innsendte problemstillinger fra deltakerne i forkant, dette bidro til at kurset kunne skreddersys både med tanke på søkeeksempler og oppgaver*. Det var svært ulikt nivå blant deltakerne både når det gjaldt dataferdigheter og litteratursøk. Evalueringen fra fysioterapeutene som deltok var i tråd med dette.

Delstudie 5 ICF – konsekvenser for praksis

Bakgrunn

For å imøtekomme fysioterapeutenes ønske om å ta i bruk ICF for å kvalitetssikre begrepsbruk og systematikk ved undersøkelser, evaluering og dokumentasjon, arrangerte prosjektgruppen i samarbeid med fysioterapeututdanningen ved HiST høsten 2004 til en temadag om emnet.

Deltakere

I overkant av 30 fysioterapeuter fra kommunehelsetjenesten, sykehus og institusjonsmiljø.

Gjennomføring

Med utgangspunkt i pasienteksempler ble den praktiske anvendelsen av ICF ved kartlegging og vurdering i fysioterapi viet oppmerksomhet gjennom innledning i plenum og så diskusjoner både i smågrupper og plenum.

Evaluering

Deltakerne ga tilbakemelding på at temadagen ga inspirasjon til videre utviklingsarbeid på de respektive arbeidsplassene. I gruppen av kommunefysioterapeuter var det allerede nedsatt en arbeidsgruppe som skulle ha fokus på videre anvendelse av ICF, og et av de kommunale rehabiliteringssentrene var i gang med å utprøve en databasert versjon.

3.4 Refleksjon og utprøving av forskningsbasert kunnskap

Denne fasen i prosjektet har vi valgt å kalle refleksjons- og utprøvingsfasen, da tidspunktet nå var kommet til å diskutere og vurdere relevansen av forskningsresultater. Arbeidet foregikk i 3. halvår av prosjektet og besto i likhet med kartleggingsfasen av ulike delstudier som vil bli beskrevet nærmere.

Delstudie 6 Kafédialog med ”fall på menyen” – risikofaktorer for fall

Bakgrunn og forberedelse

Fysioterapitjenestens brukere på dette tidspunktet var jevnt over skrøpelige eldre som alle mottok mye hjelp fra omsorgstjenesten, og som alle hadde behov for en tverrfaglig tilnærming. Et unntak fra dette var de brukerne som ble henvist til kommunens ”fallteam” og som hadde vært til utredning ved sykehuset av et tverrfaglig team (prosjektrapport ”Ta fall på alvor” 2006). Vi anså det derfor som viktig å oppdage brukerne på et tidligere tidspunkt, og mens de ennå hadde ressurser og muligheter til å gjenvinne tapt funksjon. Med unntak av rekvisisjoner til fysioterapeut fra legene, skulle alle henvisninger til fysioterapeuter og ergoterapeuter gå via forvaltningskontorene. På bakgrunn av dette stilte vi følgende spørsmål.

”Hva er risikofaktorene for fall, hvem avdekker fallrisiko og hvordan fungerer henvisningsrutinene i dag?”

Materiale og metode

I samarbeid med ressurspersoner fra fysioterapi- og ergoterapitjenesten i kommunen, valgte vi fem henvisningstekster som alle var kommet fra forvaltningskontorer i ulike bydeler og som var vurdert av ulike fagpersoner (ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere). Felles for henvisningene var at det var fattet vedtak om ergoterapi. I tillegg til henvisningstekstene ble det gitt en systematisk oversikt over risikofaktorer for fall basert på ulike forskningsresultater.^{7;8;30} Med bakgrunn i dette materialet, ble ”kafédialog”²⁵ valgt som metode for å initiere diskusjoner og idéutvekslinger.

Deltakere

Vi inviterte representanter fra de nye forvaltningskontorene, legetjenesten, ergoterapitjenesten og planleggere innen Helse og velferdstjenesten i Rådhuset til en temadag. Totalt deltok 28 personer (sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger).

Emnet for temadagen var: ”Kafédialog med fall på menyen”.

Gjennomføring

Dagen ble innledet med en kort status for prosjektet, status for ”Fallprosjektet”¹¹ samt en kort gjennomgang av hva forskningen sier om risikofaktorer for fall. I tillegg ble det gitt en kort informasjon om arbeidsmetoden for temadagen.

Som utgangspunkt for diskusjonene ved kafébordene var én henvisningstekst/ vurderingsvedtak samt liste over de viktigste risikofaktorene for fall. Diskusjonene foregikk i regi av kaféverten som var valgt ut blant ressurspersoner i kommunen (tre fysioterapeuter og to ergoterapeuter), og som alle var involvert i én av de to prosjektene.

Kafévertene oppsummerte til slutt diskusjonene som hadde foregått ved sitt bord, og sammenfattet disse skriftlig til prosjektgruppen i ettertid.

Resultater og oppsummering

På bakgrunn av en tverrfaglig diskusjon av henvisningstekstene, ble alle fem henvisningene sett på som mye mer sammensatte enn det de fattede vedtakene ga inntrykk av. Alle gruppene ble enige om at henvisningstekstene inneholdt mange risikofaktorer for fall.

Følgende punkter ble trukket fram med behov for videre diskusjoner og avklaringer.

- Fastlegens rolle i det tverrfaglige teamet ble etterlyst spesielt med tanke på behovet for medisinsk utredning
- Behov for bedre struktur på informasjonsinnhenting, for eksempel ved bruk av ICF, i tillegg til utarbeidelse av sjekklister med aktuelle kjernesporsmål
- Behov for mer ensartet henvisning hvor gitte opplysninger som f.eks medisinske forhold alltid skal være med.
- Mange av brukerne med falltendens har behov for utredning av en tverrfaglig sammensatt gruppe som utgangspunkt for planlegging og iverksetting av individuelt tilpassede tiltak.

Det kom fram behov for en tydeligere forankring av satsningen på fallforebyggende arbeid i kommunen. Representantene fra Rådhuset som deltok på temadagen så klart sitt ansvar for å arbeide videre med de utfordringene som kom fram i forhold til forvaltningskontorene. Oppsummeringen med de viktigste konklusjonene ble sendt til Rådhuset.

Resultatene fra delstudien ble presentert ved Nordisk Forskningskongress for fysioterapeuter i Århus, Danmark, våren 2005³²

Delstudie 7 Fra forskning til praksis – vurderingsredskaper

Bakgrunn

Ulik tilnærming til eldre med falltendens og stor variasjon i kjennskap til og anvendelse av undersøkelsesredskaper hadde tydeliggjort behov for kunnskapsheving.

Materiale og metode

I samarbeid med fysioterapeutene som fungerte som kaféverter planla prosjektgruppen en temadag med fokus på forholdet mellom forskningsresultater og aktuelle problemstillinger i klinisk praksis. Vi tok utgangspunkt i fire pasientsituasjoner (henvisningstekster og journalnotater). Dette materialet skulle diskuteres i forhold til en systematisk oversikt over de mest brukte vurderingsredskaper med tanke på vurdering av fallrisiko (kap. 3.3.1). Temadagen fungerte som fokusgrupper med utgangspunkt i det nevnte materialet og oppgitte spørsmål.

Deltakere

Alle fysioterapeutene som arbeidet med eldre ble invitert. 21 fysioterapeuter representert fra alle bydelene og 5 fysioterapistudenter som var i klinisk praksis, deltok. Fire av fysioterapeutene som hadde deltatt på kafédialogen og/eller i dybdestudien (kap. 3.2.3) fungerte som gruppeledere.

Gjennomføring

Dagen ble innledet med en gjennomgang av hva forskningen har vært opptatt av når det gjelder trening av eldre, og om dette kunnskapsgrunnlaget burde ha konsekvenser for praksis. Det ble gitt en oversikt over aktuelle vurderingsredskaper innen det fallforebyggende arbeidet, og en gjennomgang av hvordan en kan gå fram for å vurdere relevans av ulike vurderingsredskaper.

Ressurspersonene fikk oppgitt noen sentrale spørsmål som skulle være utgangspunktet for diskusjoner i gruppene. Spørsmålene omhandlet forståelse av sentrale begreper brukt i beskrivelsene, hvordan de ville ha foretatt ulike undersøkelser nevnt i tekstene og hvordan disse sto i forhold til forskningsresultater. De ble også oppfordret til å diskutere hvordan de ideelt sett kunne anvende disse undersøkelsene i sin kliniske hverdag.

Oppsummering

Fysioterapeutene diskuterte situasjonsbeskrivelsene, og noe av det som fikk fokus var nedtegnelsene i journalene. Det dukket opp mange spørsmål, og det kunne se ut som om fysioterapeutenes erfaringskunnskap oftere lå til grunn for valg av tilnæringsmåter, enn den mer forskningsbaserte kunnskap. Intensjonen med dagen var å diskutere relevansen av vurderingsredskaper som ble benyttet i forskningen i klinisk praksis. Dette fikk imidlertid mindre fokus i diskusjonene enn det prosjektgruppen hadde forventet. Tilbakemeldinger fra gruppediskusjonene og gruppelederne var at dette ble sett på som vanskelig. Journalnotatene fra de aktuelle praksissituasjoner initierte andre og for fysioterapeutene vel så aktuelle diskusjoner. Blant annet ble det store diskusjoner om begrepsbruk og hvilken informasjon som ble sett på som viktig i et journalnotat.

For å komme videre i prosjektet med å vurdere relevansen av en del vurderingsredskaper som ble benyttet innen forskningen, ble det bestemt at alle fysioterapeutene skulle prøve ut noen av disse i forhold til egne brukere.

Delstudie 8 Utprøving av Bergs Balanseskala og Timed Up and Go

Bakgrunn

For å få erfaring med en mer ensartet kartlegging av fallrisiko hos eldre innen fysioterapitjenesten, ble det fra prosjektgruppen valgt ut to tester som fra litteraturen er vist å

være egnet til å fange opp balanseproblem som risikofaktor for fall; Bergs balanseskala BB³³⁻³⁶ og Timed Get Up-and-Go (TUG).^{33;37;38} Disse testene var også sammenfallende med de fysioterapeutene var best kjent med.²⁶

Materiale og metode

Fysioterapeutene skulle bruke BB og TUG i sin praksis og føre loggbok med sine erfaringer med gjennomføring av testene.

Gjennomføring

Fysioterapeutene skulle prøve vurderingsredskapene på to brukere hver. Dette skulle gjøres i løpet av en måned og erfaringer skulle loggføres og sendes inn til prosjektgruppen etterpå. Fysioterapeutenes erfaringer skulle så danne utgangspunkt for det videre arbeidet med tanke på disse redskapenes relevans i fysioterapeutenes hverdag.

Resultat og oppsummering

Testene ble prøvd ut på eldre med ulikt funksjonsnivå, men hvor alle på forhånd var vurdert til å ha fallrisiko.

- Fysioterapeutene oppdaget og erkjente nytteverdien av et felles språk/begrepsapparat i samarbeidet med andre, både innad i kommunen og på tvers av forvaltningsnivåer. Enkelte fremhevet sin egen læring i forhold til systematisk observasjon
- Begge vurderingsredskapene ble vurdert som nyttige med tanke på både kartlegging, målsetting, plan for behandling og evaluering av behandlingen. Redskapene ville være til hjelp for en mer systematisk observasjon og et mer målrettet arbeid
- Testene bidro til synliggjøring av fremgang hos bruker, og økt motivasjon for trening og aktivitet. Dette fikk også betydning for samhandling med pårørende
- Ulempene var at testene ikke gir et reelt bilde av funksjonen hos de "skrøpeligste gamle" fordi dagsform og andre variabler påvirker i så stor grad utførelse. Denne gruppen krever observasjon over tid og i ulike situasjoner
- En begrensning som ble nevnt av flere, er at Bergs Balanseskala oppleves tidkrevende å gjennomføre

Oppsummeringen av fysioterapeutenes erfaringer med testene var overveiende positive både når det gjaldt det direkte brukerrettede arbeidet og med tanke på kommunikasjon og samarbeid både internt i faggruppen og i forhold til eksterne samarbeidspartnere.

Delstudie 9 Videre fagutvikling i de lokale fysioterapimiljøene

Bakgrunn

Parallelt med utprøvingen av de to vurderingsredskapene, ble de lokalmiljøene oppfordret til å diskutere seg fram til aktuelle problemstillinger, eller situasjoner fra klinisk hverdag som utgangspunkt for faglige diskusjoner og refleksjoner. Målet var i tråd med deres egne ønsker å sette fagutvikling på dagsorden i en travel hverdag.

Prosjektperioden nærmet seg slutten, og det var viktig at fagmiljøene selv diskuterte seg fram til tema for fagutvikling i eget lokalmiljø. Fokus skulle fortsatt være på relevansen av forskningsresultater i praksis, og hvordan de skulle arbeide med fagutvikling i lokalmiljøet. Temadagen "fra forskning til klinikk" var ment som en oppstart av det videre arbeidet i bydelene.

Alle bydelene valgte å sette fokus på testing og bruk av Bergs balanseskala, noe som sannsynligvis skyldtes at de alle var involvert i utprøvingen av de to vurderingsredskapene. Denne antagelsen ble bekreftet av følgende utsagn fra møtet i en av bydelene:

... med tanke på at vi har ulikt ståsted og nå har fått den oppgaven ...til å gjøre det innen oktober alle sammen...at det kan være nyttig å ha en gjennomgang... uansett om jeg har gjort dette mange ganger, ellerså kommer det fram noe nytt... slik er det med det meste...

Materiale og metode

Selv om temaet for møtet var likt for alle de lokale fagmiljøene, var forarbeidene forskjellige, noe som også fikk betydning for diskusjonene. Noen hadde valgt å ta video av en kollega som gjennomførte testen, andre valgte å gjennomføre testen på et par inviterte brukere. Andre igjen valgte å diskutere de ulike oppgavene i testen ut fra egne erfaringer.

Oppsummering og evaluering

Gjennomgangen førte til livlige diskusjoner i lokalmiljøene, både i forhold til de gitte instruksjonene i testmalen, individuelle forskjeller i instruksjon og når det gjaldt selve gjennomføringen av testoppgavene. På bakgrunn av erfaringene fra utprøvningsfasen og diskusjonene, kom det fram behov for presiseringer i instruksjonsmalen. Fysioterapeutenes innspill og forslag til presiseringer ble sammenfattet og lagt inn som et grunnlag, slik at alle fysioterapeutene i kommunen hadde en omforent forståelse av hvordan disse to testene skulle gjennomføres. De oppdaget også nytten av å diskutere denne type utfordringer med kolleger.

Delstudie 10 Fra prosjekt til ordinær praksis – Avslutningsseminar

Bakgrunn

Den planlagte prosjektperioden var over, og oppmerksomheten så langt hadde vært viet risikofaktorer for fall, og vurdering av fallrisiko.

I fysioterapitjenesten var det satt fokus på hvordan brukerne skulle utredes, og på bakgrunn av erfaringene med utprøving av de to testene, ble det bestemt at tjenesten skulle anvende Bergs Balanseskala og Timed Up-and-Go som standard vurderingsverktøy for den aktuelle målgruppen.

For å oppsummere erfaringene fra Fallskjermprosjektet ble det avholdt et avslutningsseminar for hele fysioterapigruppen, inkludert de som jobbet hovedsaklig med barn og unge. Temaet for seminaret var ”*Fra prosjekt til ordinær drift*”.

Materiale og metode

Temadagen ble organisert som work-shop hvor fysioterapeutene ble inndelt i grupper på tvers av bydeler, og hvor diskusjonene foregikk både i smågrupper og i plenum. I og med at ”barnegruppen” og ”eldregruppen” hadde vært gjennom ulike prosesser, var det behov for ulikt fokus i de to ”faggruppene” denne dagen.

For ”eldregruppen” var det snakk om en videreutvikling av prosessene som allerede var igangsatt. Fokus var på fysioterapeutiske intervensjoner i forhold eldre med fallrisiko, da dette kun hadde vært viet oppmerksomhet i litteraturstudien (3.3.1). Fysioterapeutene valgte å ta utgangspunkt i de gruppebaserte behandlingstilbudene som ble gitt til eldre i kommunen.

Tilbudet var på dette tidspunktet organisert på tvers av bydeler og ble gitt til eldre med ulikt funksjonsnivå.

”Barnegruppen” hadde fokus på hvordan de metodiske tilnærmingene i dette prosjektet kunne overføres til andre fagområder, og brukte denne dagen som en workshop for å komme fram til hvilke fagområder de ønsket å ta fatt på med tanke på kunnskapsutvikling og veien videre.

Oppsummering av ”eldregruppas” arbeid

Fysioterapeutene konkluderte med følgende beskrivelser av funksjonsnivå for deltakere i de ulike behandlingsgruppene i kommunen:

<i>Målgruppe 1 Helsefremmende tiltak</i>	Eldre med selvstendig stå og gangfunksjon hvor målet er å vedlikehold eller bedre funksjonen.
<i>Målgruppe 2 Primærforebyggende tiltak</i>	Eldre med selvstendig stå og gangfunksjon, med kjent risiko for fall, hvor målet er å bedre funksjonene og redusere fallrisiko.
<i>Målgruppe 3 Sekundærforebyggende tiltak</i>	Eldre med begynnende funksjonsfall hvor målet er å bedre funksjonen og redusere fallrisiko.
<i>Målgruppe 4 Behandling / rehabiliteringstiltak</i>	Eldre med nedsatt funksjon hvor målet er å bedre funksjonen og gi økt selvstendighet
<i>Målgruppe 5 Tertiærforebyggende tiltak</i>	Eldre med varig nedsatt funksjon hvor målet etter endt behandling eller rehabilitering er å vedlikeholde og / eller hindre forverring.

Avslutningsvis ble det konkludert med at det var ønskelig at forebyggende treningsgrupper skulle ivareta målgruppene 1,2,3 og 5 og at fysioterapitjenesten skulle ivareta målgruppe 4.

4.0 DISKUSJON

Prosjektets hovedmålsetting var kunnskapsutvikling hos kommunefysioterapeutene og gjennom dette endring av praksis i retning av en mer kunnskapsbasert praksis. Endring av praksis tar tid og erkjennelse av behov for endring er vesentlig med tanke på utvikling mot en mer kunnskapsbasert praksis.¹⁶ I dette prosjektet har samarbeid mellom forskere og fagutøvere stått sentralt og deltakerorientering fra aktørene som var gjenstand for de ønskede endringene har vært et bærende prinsipp.²¹ Vi har gjennom beskrivelse av delstudiene forsøkt å synliggjøre disse aspektene.

Prosjektgruppen startet ut med antagelser om at det var et språk mellom kunnskap fra nyere forskning og kunnskapen som kom til syne i fysioterapeutenes kliniske hverdag. Dette ble bekreftet gjennom kartleggingsfasen tidlig i prosjektet. Det vil aldri være et mål at forskningsresultater skal kunne overføres direkte til klinisk praksis.¹⁷ Implementering av resultater fra forskning krever at kunnskapen gjøres kjent for praksisutøverne, at den diskuteres og at det lages en bevisst plan for hvordan kunnskapen skal taes i bruk. Sagt med andre ord, så må forskningsresultatene ”oversettes” for å få anvendelse i klinikken slik at praksis kan utvikles til å bli mer kunnskapsbasert. For at dette skal skje må forskeren utvikle

forståelse for praksishverdagen og dens utfordringer. Forskers fagkunnskap i et slikt prosjekt vil være inngangsbilletten til deltakelse i praksisfellesskapet.²¹ Vi håper at dette prosjektet kan tjene som en ide eller modell for hvordan en slik ”oversettelse” kan gjennomføres.

I første fase av prosjektet kom det fram at fysioterapeutene hadde ulik kunnskap om fallforebygging og det var sprik i måten de ville ha løst en og samme oppgave på. Det er ikke vårt ønske, ei heller et mål at klinisk praksis skal bli helt lik innenfor en profesjon. Gjennom vårt kunnskapssyn²⁰ har vi nettopp forsøkt å synliggjøre de ulike kunnskapselementene i fysioterapi og hvordan disse påvirker fagutøvelsen. I likhet med Jamtvedt et al.¹² mener vi likevel at det er uheldig dersom variasjonene i praksis innenfor en profesjon skyldes mer eller mindre bevisste ”kjepphester”, manglende kunnskap eller manglende oppdatering av nyere kunnskap. Variasjoner i yrkesutøvelsen innen en faggruppe som er basert på forskjeller i den enkeltes kunnskapsbase og en bevissthet både omkring dette og hva som ligger til grunn for egne kliniske beslutninger, vil imidlertid være av det gode.^{13;18}

Å utvikle kunnskap innen fallforebygging innen en hel profesjonsgruppe i en stor kommune tar tid. I tråd med vår metodologiske innfallsvinkel ble det lagt til rette for at fysioterapeutene skulle delta i alle prosjektets faser. Det å benytte kjente praksissituasjoner og ta del i utarbeidelse av materiale for felles samlinger, skapte et engasjement blant fysioterapeutene. Kreative ideer, forslag til endringer og forbedringer ble initiert av fysioterapeutene selv, noe som ser ut til å være viktig for å skape mer varige endringer. Som forskere kunne vi bidra med å initiere læringsprosesser, mens de deltakende fysioterapeutene gjennom disse prosessene kunne lære av hverandre. Samtidig kunne de komme med innspill både når det gjaldt muligheter og begrensninger, ikke minst er dette viktig med tanke på overføringsverdien av kunnskap fra forskning³⁹.

Like viktig som å jobbe mot de oppsatte målene for studien, har det vært å sette i gang prosesser for videre læring og kunnskapsutvikling. Vi har støttet oss til Molander som sier at kunnskap er levende og i stadig forandring. Det å stille spørsmål og undre seg, kan ses på som en aktiv skapelsesprosess.¹⁸ I dette prosjektet har vi vært opptatt av å skape arenaer for en slik undrende utviklingsprosess. Fysioterapeutene har gjennom prosjektet blitt utfordret til både å vise fram sin kunnskap og dele praksiserfaringer med hverandre. Dette har foregått gjennom diskusjoner om kasusbeskrivelser, videoopptak av samhandlingssituasjoner og framlegg av journalnotater. Disse materialene har videre vært brukt som utgangspunkt for å stille spørsmål ved egen og andres tenkning, vurderinger og beslutninger. Vi har erfart at kjente praksissituasjoner har vært et ypperlig utgangspunkt for å stille spørsmål om nødvendig kunnskap for å løse ulike situasjoner, og for å diskutere relevansen av nyere kunnskap i en klinisk hverdag. Bruk av eksempler fra reelle praksissituasjoner har bidratt til gjenkjenning blant fysioterapeutene og gjort at de i nye pasientsituasjoner har ”stoppet opp” og reflektert over hva som styrer valgene under veis i møte med pasienten. Diskusjoner i faggruppen har også gjort at de har blitt kjent med både egen og kollegaers tenkning. Et resultat av disse prosessene er en verbalisering av kunnskap og egen forforståelse, noe som sannsynligvis har bidratt til en bevissthet omkring egen praksisutøvelse og utvikling av denne (ibid).

Våre erfaringer tilsier at for å sette i gang refleksjonsgrupper med fokus på egen praksisutøvelse må fagmiljøene være basert på tillit og trygghet, ellers vil ofte spørsmål til fagutøvelse eller fagkunnskap bli oppfattet som kritikk. Det er mange måter å stille spørsmål på, og det å stille kritiske spørsmål til egen og andres yrkesutøvelse må i følge Molander gjøres på en undrende og utforskende måte for at det skal stimulere til utvikling og videre utforskning. Dersom spørsmålene er basert på skepsis eller mistro, vil en raskt stenge av for

videre utforskning, og neppe invitere deltakerne til å vise fram egen praksis. I dette prosjektet kan det se ut som om fysioterapeutene gjennom prosessen har oppdaget nytten av å jobbe mer sammen og dele praksiserfaringer. Kan hende har dette kommet som et biprodukt slik Senge & Scharmer³⁹ uttrykker det ”Eagerness to work together arises as a natural by-product of perceived mutuality and trust”.

Leder for fysioterapitjenesten har vært sentral i prosjektet og samhandlingen mellom ledelsen, fagutøvere og forskerne har vært av uvurderlig betydning. Gjennom leders deltakelse kunne rammebetingelsene for kunnskapsutviklingen diskuteres og legges til rette for. Gjennom involvering fra fagmiljøet har endringene som har skjedd blitt en del av hverdagen, og gitt større mulighet for fagutøvere til å gjøre kunnskapen til sin egen.^{15;23} For at forskningen skal frembringe en kunnskap man er sammen om og kan dele i en organisasjon, kreves at forskerne gjør sin fagforståelse tilgjengelig, samtidig med at studieobjektene også gjør sin hverdag kjent for forskerne.³⁹

Det er vanskelig å trekke fram enkeltfaktorer som har vært avgjørende for de endringer som har skjedd. Viktige suksessfaktorer for prosjektet slik prosjektgruppen ser det, er tiden prosjektet har tatt og det at fysioterapeutene selv oppdaget behov for og ytret ønske om kunnskapsutvikling. Samtidig mener vi at sammensetning av prosjektgruppen med bredden og variasjonen i kompetanse også har vært av betydning. Det å arbeide sammen om felles prosjekter krever i følge Senge & Scarmer³⁹ både visjoner, ideer og infrastruktur, men likeså viktig for prosessen er engasjerte mennesker som opplever et meningsfylt samarbeid.

I tillegg til dette var fallforebygging et satsningsområde både for Trondheim kommune og Avdeling for geriatri på St. Olavs Hospital.^{10;11} Dette har muliggjort en økt interesse for resultatene fra prosjektet, og ført til en større grad av implementering av kunnskapen i hele organisasjonen.

Aksjonsforskningsprosjekter kjennetegnes ved at veien blir til mens man går. I følge Tiller²³ preges slike prosjekter av det uferdige. Livet skapes gjennom den kreativitet som ligger i skisser og forslag og gjennom refleksjoner og ideer som kommer fram i møter mellom mennesker når meninger utveksles. På mange måter kan vi derfor si at veien er målet. Gjennom å jobbe med endringer, lærer man hvordan en kan løse nye problem, mer enn å lære en bestemt oppskrift på å løse et enkelt problem. Vi synes et sitat av Mark Twain beskriver målene som er oppnådd gjennom dette prosjektet:

”Gi mannen en fisk og han vil være mett en hel dag. Gi mannen fiskeredskaper og han vil greie seg hele livet”

5.0 EVALUERING AV PROSJEKTET OG STATUS ETT ÅR ETTER PROSJEKTSLUTT

Det er vanskelig å skille mellom prosess og resultat i dette prosjektet, da prosjektet har vært drevet framover gjennom kontinuerlige og fortløpende evalueringer. Prosjektgruppen er derfor spesielt opptatt av å se på hva som har vært læringen gjennom dette prosjektet. Bergersen og Hauge⁴⁰ trekker også fram betydningen av å bruke evaluering som en anledning til å lære.

Vi har hatt et tidsavgrenset prosjekt med definerte mål (1.4) i tråd med kommunens strategidokumenter. Prosjektet har hatt aksjonsforskning som tilnæringsmåte, og vært opptatt av å prøve ut noen virkemidler for å realisere eller jobbe mot noen definerte mål. Prosjektgruppen har hatt ett evalueringsmøte med en gjennomgang av hovedmål og delmål, med fokus på **HVORDAN** vi har jobbet for å nå målene og **HVORDAN** vi tenker at prosessene skal fortsette, like mye som å se på **OM** målene er nådd. Prosjektet har hatt en milepælsplan som har vært en ledesnor gjennom prosjektperioden, men som har blitt justert underveis. Vi mener at vi gjennom beskrivelsen av delprosjektene har vist hvordan vi har jobbet med de fire delmålene for studien gjennom prosjektperioden (se side 11).

Spørsmål vi stilte i starten var hvordan fysioterapitjenesten kunne sette fokus på, og legge til rette for kontinuerlig kunnskapsutvikling eller den levende kunnskapen slik Molander¹⁸ uttrykker det. I dette prosjektet hvor praksishverdagen er i stadig endring, vil dermed evalueringen ha hovedfokus på læring. Det å lære av erfaringene, både underveis i det aktuelle prosjektet og i senere prosjekter, vil dermed få mer fokus enn selve måloppnåelsen. Prosjektgruppen har i tillegg til å arbeide mot de oppsatte målene, også vært opptatt av andre hensikter evaluering kan ha.⁴¹ Vi har hatt ønske om at

- 1) de som ble involvert i prosjektet skulle lære noe av det
- 2) ledelsen i kommunen, både det administrative og politiske nivå kunne bruke resultatene og erfaringene fra dette prosjektet med tanke på videre utvikling og beslutningsprosesser
- 3) erfaringene fra prosjektet kunne dokumenteres/rapporteres på en slik måte at de også ble nyttige i andre sammenhenger (altså overføringsverdien til andre fagområder og i forhold til andre profesjoner)

Når det gjelder det første punktet kan en derfor se på prosjektet som en fin anledning til å reflektere over **HVA** fysioterapeutene og fysioterapitjenesten har lært gjennom prosessen. Evalueringer kan i følge Bergersen & Hauge⁴⁰ brukes formativt, ved at man underveis i et prosjekt kan stoppe opp, gjøre seg opp en mening om hva en har lært, for så å bygge videre på disse lærdommene i framtida. Hensikten med dette kan være å korrigere, avvikle eller videreføre noen av de tiltakene en har prøvd ut. Eksempel på denne type evaluering i vårt prosjekt er blant annet utprøvingen av to vurderingsredskaper for å avdekke fallrisiko hos eldre. Samtidig har våre arbeidsmetoder i stor grad var preget av refleksjons- og fokusgrupper, og på denne måten gitt mulighet til å stoppe opp og reflektere over dagens praksis som et utgangspunkt for eventuelle endringer eller korrigeringer. Flere av delstudiene, både i kartleggings- og refleksjons- og utprøvingsfasen var av en slik karakter.

Av endringer som tjenesten selv har blitt oppmerksom på, ønsker vi å trekke fram følgende:

Enhetsleder for fysioterapitjenesten har lagt merke til en økt interesse i faggruppen for å arbeide med eldre, og for å delta i prosjekter og utviklingsarbeid innen området fysioterapi og eldre. Når det gjelder kunnskapsutviklingen innenfor det valgte fagområdet for prosjektet, kan tjenesten rapportere økt bevissthet omkring risikofaktorer for fall hos eldre, noe som har ført til mer ensartet praksis når det gjelder vurdering av fallrisiko for denne målgruppen. Konkret kommer dette til syne som en endring ved at det er gjort vedtak i tjenesten om at to utvalgte vurderingsredskaper skal anvendes i utredning og evaluering av eldre med falltendens. Tjenesten har også i løpet av prosessen utviklet en sjekkliste for førstegangsbesøk i hjemmet, systematisert etter domenene i ICF.⁴²

Utover den generelle kunnskapsutviklingen som har skjedd innen fallforebyggende arbeid, har ledelsen observert økt interesse for, og fokus på fagdiskusjoner. Dette gjelder spesielt blant fysioterapeutene som arbeider med eldre. Faggruppen har også igangsatt et arbeid for å kvalitetssikre dokumentasjonen som utføres i tjenesten, også med domene i ICF som utgangspunkt.

Når det gjelder det andre punktet, har erfaringene fra dette prosjektet fått betydning for videre arbeid i fysioterapitjenesten. Plan for fysioterapitjenesten 2006 – 2009⁴³ som er politisk vedtatt, trekker fram erfaringene fra både dette prosjektet og fallprosjektet og synliggjør en fortsatt prioritering og satsning på området. Det står fortsatt igjen å se om den vedtatte planen også vil utløse flere ressurser til tjenesten.

Når det gjelder det tredje punktet har sannsynligvis prosjektets rapportering til øverste ledelse gjennom hele prosessen, samt inkludering av andre faggrupper i en av delstudiene (3.4.1), vært medvirkende til at fallforebygging nå står på agendaen i ulike deler av kommunens helse og velferdstjenester. Mange av fysioterapeutene er engasjert i videre utviklingsarbeid og eller i nye prosjekter. Fysioterapeuter i tjenesten blir ofte spurt om å holde faglige innlegg både i kommunen og i andre kommuner. Denne interessen utenfra kan tyde på at kunnskaper og erfaringer fra prosjektene har spredt seg utover egen tjeneste.

Sett fra et utdanningsperspektiv, kan prosjektet også få betydning for studenters læring i praksis. Fysioterapitjenesten i kommunen er en viktig arena for studentenes læring i alle tre studieårene. Det å møte lokale fagmiljøer som er aktive i fagutviklingsprosjekter og hvor fagdiskusjoner står på agendaen, vil være viktige stimuli til studentenes læringsprosesser². Studenter som har vært i klinisk praksis i kommunen i løpet av prosjektperioden har kunnet ta del i ulike delstudier. Flere av kommunefysioterapeutene har i løpet av prosjektperioden også hatt undervisning for fysioterapistudentene på Høgskolen, hvor fall og fallforebyggende arbeid blant eldre har vært tema. Temaet er nå kommet inn som et undervisningstema for fysioterapistudentene. På denne måten kan en si at dette utviklingsarbeidet også har fått betydning for grunnutdanningen av fysioterapeuter i regionen.

Når det gjelder formidling og rapportering av erfaringer og resultater fra prosjektet, er det skrevet en fagartikkel i Fysioterapeuten.²⁶ I tillegg har ulike delstudier i prosjektet vært presentert på flere nordiske konferanser.^{29;32;44-46} På denne måten har erfaringene fra prosjektet vært spredt både innen faggruppen av fysioterapeuter og på tvers av faggrupper i Norden. På bakgrunn av disse presentasjonene har medlemmer av prosjektgruppen blitt kontaktet av andre fysioterapimiljøer, og prosjektet har dermed fått betydning utover Trondheim kommunes grenser.

I tillegg til den kontinuerlige og fortløpende evalueringen gjennom prosjektperioden, valgte prosjektgruppen å utarbeide et evalueringsskjema som ble sendt til alle fysioterapeutene som jobber med eldre ca ett år etter at prosjektperioden var over. Fire av fysioterapeutene som deltok i prosjektet gjennom hele perioden, samt enhetsleder for tjenesten ble i tillegg intervjuet med utgangspunkt i de samme spørsmålene. Spørsmålene hadde fokus på lærings- og endringsaspekter i egen yrkesutøvelse, i den lokale faggruppen og i den samlede fysioterapienheten.

Egen yrkesutøvelse

Generelt uttrykker fysioterapeutene at de har fått mer kunnskap, noen sier de har fått bekreftet kunnskap de allerede hadde, og dermed blitt tryggere på denne. Dette fører i følge

fysioterapeutene til økt trygghet og styrke både når det gjelder valg av tilnærming og informasjon til brukerne. I tillegg bidrar det til økt motivasjon for å jobbe med brukergruppen. En av fysioterapeutene sier det på denne måten: *”Det er lettere for oss å gjøre faglige vurderinger når vi har den nye kunnskapen”*. I tillegg kommer det fram at fysioterapeutene synes det har blitt mer interessant og morsomt å jobbe med eldre brukere.

Flere trekker fram at prosjektet har bidratt til en statusheving for yrkesgruppen og en økt stolthet i det å være fysioterapeut. Dette kan tyde på at fysioterapeutene har fått en sterkere fagidentitet i løpet av denne tiden, noe som i følge Hem²¹ vil kunne bidra til å styrke kvaliteten på tjenesten. En av fysioterapeutene uttrykker det slik: *”Vi har fått mer yrkesstolthet i forhold til å mestre et område av faget mer i tråd med nyere forskning”*.

Det lokale fagmiljøet fysioterapitjenesten som helhet:

Her beskriver fysioterapeutene et økt fokus på og forståelse for fallproblematikk, og også større likhet i tilnærming til brukergruppen. *”Jeg opplever at vi tenker mer likt i tilnærmingen til eldre og fallproblematikk enn tidligere”*

Faggruppen som helhet er mer positiv til å jobbe med eldre, noe som enkelte mener viser seg i at det er mer positivt å ta opp dette temaet nå. Det er også utarbeidet prosedyrer og rutiner for oppfølging av denne brukergruppen. En fysioterapeut sier dette: *”En økt kompetanse til felles problemstilling....vi er noen som jobber med eldre og kan diskutere det ved at vi er flere. Vi kan drøfte et problem på en helt annen måte”*

Noen av fysioterapeutene mener sågar at feltet geriatri har fått et generelt løft i Trondheim kommune.

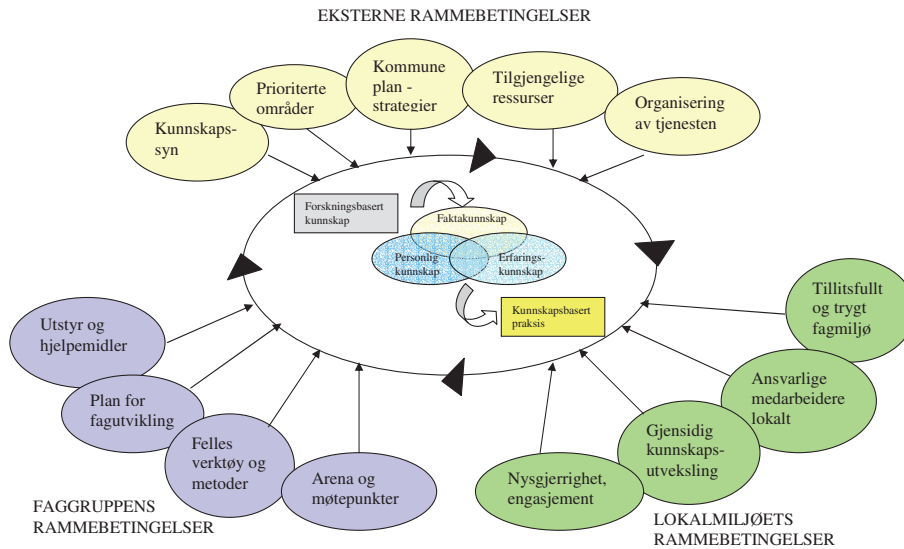
Når leder tenker tilbake på det første informasjonsmøtet om prosjektet i fysioterapigruppen, husker hun skepsisen og alle spørsmålene som ble stilt til at de i en travel hverdag skulle jobbe med seg selv som faggruppe, og ikke rette fokus direkte mot brukerne. I dag mener hun fysioterapeutene har sett verdien av å jobbe med egen kunnskapsutvikling, og at dette også er nyttig for brukerne. Det kan ikke være et enten eller, men et både og. Sitatet fra en av fysioterapeutene kan illustrere noe av dette

”...det å være med i et prosjekt, det høyner status å jobbe som fysioterapeut i Trondheim kommune og alt dette kommer brukerne til gode”

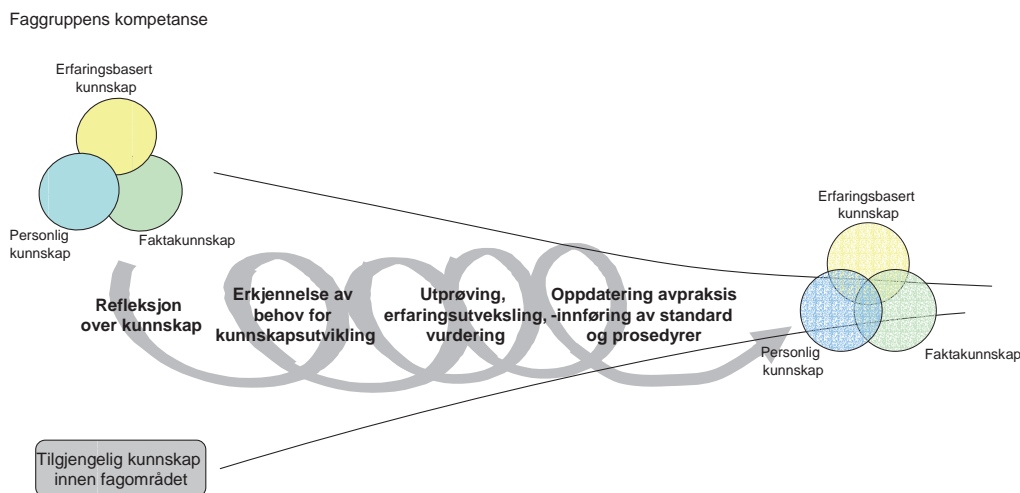
Prosjektet har synliggjort at det ikke nytter å drive med kompetanseutvikling bare halvveis, det må satses, og utarbeides tydelige planer slik at faggruppen selv ser framdrift ift oppsatt plan.

Prosjektgruppen hadde som mål å utarbeide en modell for videre kunnskapsutvikling, og har gjennom denne prosessen kommet fram til to modeller vi ønsker å trekke fram. Den ene belyser hvilke forutsetninger som bør være til stede i et fagmiljø som har som mål å være i kontinuerlig kunnskapsutvikling (figur 2). Den andre modellen viser prosessen i jobbingen mot å utvikle en kunnskapsbasert praksis (figur 3). Vi håper at begge modellene kan være til inspirasjon og gi ideer til fagutvikling også innenfor andre fagområder og i andre faggrupper.

Forutsetninger for et fagmiljø i kontinuerlig kunnskapsutvikling



Figur 2. Forutsetninger for et fagmiljø i kontinuerlig kunnskapsutvikling. Modellen i den mitre sirkelen illustrerer de ulike kunnskapselementene i fysioterapi, som tidligere illustrert i figur 1



Figur 3. Fasene i arbeidet mot en kunnskapsbasert praksis. Figuren viser et sprik mellom tilgjengelig kunnskap og kompetansen til fagutøverne ved starten av prosessen, og en mer ensartet praksis som i større grad var begrunnet ut fra forskningsbasert kunnskap ved slutten av prosessen. Stegene på veien er illustrert ved hjelp av en spiral hvor vi har forsøkt å sette ord på de nødvendige trinnene.

6.0 UTFORDRINGER OG VEIEN VIDERE

Utfordringer framover slik prosjektgruppen ser det, når det gjelder fallforebygging og fysioterapeutenes videre kunnskapsutvikling, kan oppsummeres i noen sentrale punkter;

1. Fall og fallforebygging

- Påvirke til at fall og fallforebygging blir satsningsområde i kommunens forslag til økonomi og strategiplan for 2007 - 2009.
- Jobbe videre med å finne/få tilmeldt brukere tidlig
- Videreutvikle samarbeidet på tvers av etatene innen Trondheim kommune

2. Kunnskapsutvikling internt i fysioterapitjenesten

- Ta i bruk arbeidsmodellen som ble utviklet gjennom fallskjermprosjektet til også å gjelde andre prioriterte områder og pasientgrupper i tjenesten
- Sørge for at fysioterapeutene mestrer det å innhente forskningsbasert kunnskap
- Sørge for at fysioterapeutene kan vurdere nyere kunnskap kritisk og la det få konsekvenser for praksisutøvelse
- Sørge for lokale fagmiljø som er i stadig kunnskapsutvikling

3. Videreutvikle kunnskapen og spre erfaringene

- Ta i bruk modellen for kunnskapsutvikling til andre faggrupper og andre fagfelt

6.1 Sikring av kvalitet

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten⁴⁷ bygger på prinsipper om kvalitet, forbedringsarbeid, læring og refleksjon over egen praksis. Strategien bygger på en erkjennelse av at utøverne har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon. Samtidig er det kjent at systemene og rammene for arbeidet ikke alltid gir de beste forutsetningene for god kvalitet. Både brukerne, fagutøverne, ledelse og organisasjon og utdanning må derfor følge med og kontinuerlig evaluere tjenestene. Fysioterapitjenesten må ta sin del av dette ansvaret.

I perioden etter prosjektslutt startet tjenesten utarbeidelse av systemer for internkontroll med tanke på kontinuerlig forbedring innen følgende områder:

- Status/sjekkliste for førstegangs besøk til eldre i kommunenes fysio- og ergoterapitjeneste er nå innført som fast prosedyre. Denne er videreutviklet fra en sjekkliste utarbeidet i forbindelse med "Fallprosjektet". Siste utgave av sjekklisten er sortert ift ICF.
- Prioriteringsnøkkelen på ventetid før førstegangsbesøk, er endret. Fallbrukere er nå nevnt som egen målgruppe. Denne endringen er godkjent av direktør for Helse og velferd i Trondheim kommune.
- Fysioterapeutene som jobber med eldre gjennomgikk og reviderte hele tiltakskjeden fra henvisning, utredning, evaluering og rapportering med aktuelle skjemaer våren 2006.
- Høsten 2005 startet tjenesten med systematisk registrering av tilmeldte fallbrukere. Hensikten med denne registreringen var å finne kjennetegn ved de brukerne som blir tilmeldt fysioterapitjenesten for i neste omgang kunne vurdere om dette var de brukerne fysioterapeutene hadde mest å bidra i forhold til. På sikt vil denne registreringen forhåpentligvis være et godt utgangspunkt for eventuelt å justere prioriteringer, tester og / eller intervensjoner. I tillegg vil det kunne synliggjøre behov for endringer i samarbeidsrutiner.

Ved å legge til rette for refleksjon over egen praksiserfaring og diskusjon av forskningsbasert kunnskap, vil en bedre kunne ivareta og videreutvikle god kvalitet på hele tiltakskjeden. Dette er i samsvar med hva Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring vektlegger, nemlig å skape samarbeids- og refleksjonsarenaer og utvikle kommunikasjonsferdigheter. I tråd med dette har

fysioterapitjenesten satt opp "leveregler" for hele fysioterapitjenesten og de lokale fagmiljøene. Disse "levereglene" er ment å fungere som suksessfaktorer for en kompetanseutviklende kultur:

Fysioterapeutene og/eller tjenesten skal:

- være undrende, spørrende (ikke mistenksom) til egen og andres kunnskap
- ha tro på at både han/hun selv og andre har nyttig kunnskap å bidra med
- være kritisk spørrende til ny viten/kunnskap
- ha fokus på at faglighet og utvikling av kunnskap bedrer tilbudet til brukerne
- styre mot felles mål (felles løft i tjenesten)
- ha **felles** satsning på områder der fysioterapeuter har en vesentlig rolle (fagspesifikk kompetanse)
- være deltakende aktører i fagutvikling, d.v.s. at alle får bruke/videreutvikle seg selv og sin kunnskap
- ha faste møter hvor faglige spørsmål settes på dagsorden
- forplikte alle til å komme med faglige bidrag
- la de som ønsker det få mulighet til faglig fordypning innen et prioritert område for tjenesten.

6.2 Nye prosjekter

På bakgrunn av resultater fra blant annet Fallskjermprosjektet, har det blitt initiert nye prosjekter som fysioterapeutene i Trondheim kommune har deltatt i. Det kan derfor sies at resultatene fra Fallskjermprosjektet har medvirket til økt interesse for fallforebyggende arbeid blant eldre. Med bakgrunn i blant annet erfaringene fra dette prosjektet er det igangsatt to nye prosjekter hvor fysioterapitjenesten deltar, samt at helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune er med i en nordisk multisenterstudie, hvor både ergo- og fysioterapitjenesten er involvert. Disse tre prosjektene involverer flere fysioterapeuter fra hver av bydelene, noe som igjen kan fortolkes som et signal på at dette oppleves som en inspirerende måte å arbeide på.

Følgende prosjekter er i gang:

- *"Forebygging av fall hos eldre – fokus på fysisk aktivitet"*
2 årig prosjekt (2005-2006) som har fått økonomisk støtte fra bl.a Norske Kvinners Sanitetsforening gjennom midler fra Helse og Rehabilitering. Prosjektleder: Jorunn L Helbostad.
- *"Spesifikk trening som fallforebyggende tiltak hos hjemmeboende eldre – utvikling av en øvelsesbank for hjemmetrening"* med økonomisk støtte fra Fond for etter og videreutdanning av fysioterapeuter. Prosjektleder: Berry van der Bosch
- *"Aktivitet i sykehjem- en nordisk multisenterstudie"* er et prosjekt som har til hensikt å undersøke om fysisk trening og deltakelse i tilrettelagt aktiviteter kan ha innvirkning på fysisk funksjon og velvære for beboere på sykehjem. Prosjektet er finansiert gjennom Søbstad undervisningssykehjem med midler fra Sosial- og Helsedepartementet. Prosjektleder: Jorunn L Helbostad, Olav Sletvold og Randi Granbo.

Referanseliste

- (1) Altman DG, Schulz KF. Statistics notes: Concealing treatment allocation in randomised trials. *BMJ* 2001; 323(7310):446-447.
- (2) Granbo R. "det ser jo så greitt ut på arket - men så møter du en annen person..." En kvalitativ studie om fysioterapistudenters læring og kunnskapsutvikling i praksis [Det medisinske og Det psykologiske fakultet, Senter for etter - og videreutdanning, Universitetet i Bergen; 2001.
- (3) Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Home training with and without additional group training in physically frail old persons living at home: Effect on health related quality of life and ambulation. *Clinical Rehabilitation* 2004; 18(5):498-508(11).
- (4) Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16(2):113-121.
- (5) Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten* 2005;(1):26-33.
- (6) Six P. [Epidemiology of falls and hip fractures]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1992; 81(46):1378-1382.
- (7) Skelton D, Todd C. Interventions to prevent accidental falls among older people. 1-28. 2003. School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, University of Manchester, Prevention of Falls Network Europe. HEN/WHO Document.
- (8) Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R, Rowe B. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4:CD000340.
- (9) Det kongelige helsedepartement. Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken. St.melding nr. 16. 2002.
- (10) Trondheim Kommune. Plan for fysioterapitjenesten i Trondheim Kommune. 2002.
- (11) Enhet for ergoterapitjeneste, enhet for fysioterapitjeneste. Ta fall på alvor. - Forebygging av fall hos hjemmeboende eldre. 2006. Trondheim kommune.
- (12) Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter. 1. utgave ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
- (13) Jones M, Jensen G, Edwards I. Clinical reasoning in physiotherapy. In: Higgs IJ, Jones M, editors. Reasoning in the Health Professions. Butterworth-Heinemann; 2000.
- (14) Sosial og helsedepartementet. Lov om helsepersonell m.v. Rundskriv I-20. 2006.
- (15) Levin M, Klev R. Forandring som praksis Læring og utvikling i organisasjoner. Fagbokforlaget Bergen; 2002.

- (16) Bury T, Mead J. Evidence-based Healthcare A practical Guide for Therapists. 1998. Butterworth-Heinemann Edinburgh.
- (17) Malterud K. The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and Numbers. Lancet 2001; 2001; 358:397-400.
- (18) Molander B. Kunnskap i handling. Diadalos; 1998.
- (19) Higgs J, Titchen A. Knowledge and reasoning. In: Higgs J, Jones M, editors. Clinical Reasoning in the Health Professions. First edition ed. Butterworth-Heinemann Edinburgh; 1995.
- (20) Higgs J, Titchen A. Knowledge and reasoning. In: Higgs J, Jones M, editors. Clinical Reasoning in the Health Professions. Second edition ed. Butterworth-Heinemann Edinburgh; 2000.
- (21) Hem H-E. Aksjonsforskning Forskning til nytte i møte med velferdssamfunnets hovedutfordringer. In: Hauge HA, Mittelmark.M.B, editors. Helsefremmede arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog? Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
- (22) Reason P, Bradbury H. Handbook of Action Research. Participative Inquiry Practice. Sage; 2001.
- (23) Tiller T. Aksjonsforskning i skole og utdanning. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2004.
- (24) Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. Second Edition ed. SAGE London; 1997.
- (25) Aune L, Foss N, Skåra BB. Fellesskap for utvikling. PLA-medvirkning i praksis. 2001.
- (26) Granbo R, Vaskinn AH, Hansen AE, Iversen S, Helbostad JL. Kommunefysioterapeuters praksis og kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med falltendens. Fysioterapeuten 2005; 3:18-22.
- (27) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Second edition ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- (28) Widerberg K. Historien om et forskningsprosjekt-en alternativ lærebok. Oslo: Universitetsforlaget; 2001.
- (29) Granbo R, Vaskinn AH, Hansen AE, Iversen S, Helbostad JL. The physiotherapists clinical reasoning encountering the old patient in the primary health care. Conference proceedings.Nordisk forskerkonferanse i fysioterapi . 2005.
- (30) Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 2001; 49(5):664-672.

- (31) Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD000340.
- (32) Granbo R, Vaskinn AH, Hansen AE, Iversen S, Helbostad JL. Focus group as method to discuss and reflect on existing practice and evidence based knowledge about risk of falling in older people. Conference proceedings: Nordisk forskerkonferanse i fysioterapi, Helsingør . 2005.
- (33) Chiu AY, Au-Yeung SS, Lo SK. A comparison of four functional tests in discriminating fallers from non-fallers in older people. *Disabil Rehabil* 2003; 25(1):45-50.
- (34) Lajoie Y, Gallagher SP. Predicting falls within the elderly community: comparison of postural sway, reaction time, the Berg balance scale and the Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38(1):11-26.
- (35) Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL. Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults. *Physical Therapy* 1997; 77(8):812-819.
- (36) Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JT, Maki B. Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83:S7-S11.
- (37) Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther* 2000; 80(9):896-903.
- (38) Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2):142-148.
- (39) Senge P, Scarmer O. Community Action Research: Learning as a community of practitioners, consultants and researchers. In: Reason P, Bradbury H, editors. *Handbook of action research. Participatory inquiry practice*. London: Sage; 2001.
- (40) Bergersen R, Hauge HA. Hva skal evalueringer brukes til? Et bidrag til utvikling av "bestillerkompetanse" i forebyggende og helsefremmende arbeid". In: Hauge HA, Mittelmark MB, editors. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
- (41) Baklien B. Evalueringsforskning. *Tidsskrift for norsk samfunnsforskning* 1993; 34:261-274.
- (42) WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. 2001. Geneva 2001, WHO.
- (43) Trondheim Kommune. Enhet for fysioterapitjeneste. Plan for fysioterapitjenesten. Privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter i Trondheim Kommune. 2006 – 2009. April 2006.

- (44) Vaskinn AH, Granbo R, Hansen AE, Helbostad JL. Implementation of evidence-based knowledge about exercise-interventions to prevent falls in older persons. Conference proceedings. Nordisk forskerkonferanse i fysioterapi, Helsingør . 2005.
- (45) Granbo R, Hansen AE, Vaskinn AH, Helbostad JL. Evidence based practice for physiotherapists working in the primary health care. –Fall prevention in older people. Conference proceedings.17th Nordic Congress in Gerontology, Stockholm, Sweden . 2004.
- (46) Granbo R, Vaskinn AH, Hansen AE, Iversen S, Helbostad JL. Falls prevention in older people. Implementation of evidence-based knowledge in clinical practice. Conference proceedings.18th Nordic Congress in Gerontology, Jyväskylä. 2006.
- (47) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. 2005. Oslo, Sosial og helsedirektoratet. Sosial-og helsedirektortets veileder IS-1162.

Kontaktperson:
Anne Elisabeth Hansen
anne-elisabeth.hansen@
trondheim.kommune.no
Tlf. 72 54 08 93
mob. 95 26 38 30