

ASSISTERAD PATIENTFÖRFLYTTNING

Attityder och erfarenheter kopplat till belastningsskador, hos vårdpersonal på operationsavdelning.

PERNILLA DE FLON-FORSBERG

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete fysioterapi med
beteendemedicinsk inriktning.
Avancerad
15 hp
Fysioterapiprogrammet
FYSo19

Handledare: Maria Sandborgh

Examinator: Anna Ullenhag

Datum: 17-08-21

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att förflytta patienter är ett arbetsmoment som kan leda till belastningsskador hos vårdpersonal. Med ett säkert arbetssätt som omfattar god förflyttningsteknik och att använda hjälpmedel kan belastningen minskas. Olika faktorer förefaller påverka vårdpersonals benägenhet att använda ett säkert arbetssätt vid assisterad patientförflyttning.

Syfte: Att med Health Belief Model som teoretisk referensram beskriva attityder till och erfarenheter av assisterad patientförflyttning kopplat till belastningsbesvär hos vårdpersonal på operationsavdelning.

Metod: En kvalitativ design användes. Intervjuer genomfördes med sju personer från operationsavdelning: tre undersköterskor, en anestesijuksköterska och två operationssjuksköterskor. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. Det transkriberade materialet sorterades i kategorier och underkategorier.

Resultat: Analysen resulterade i fem huvudkategorier, 12 kategorier och 32 underkategorier som besvarar studiens syfte och frågeställningar. Huvudkategorierna var 1. upplevt hot/risk att drabbas av belastningsbesvär, 2. fördelar med att använda ett säkert arbetssätt eller 3. hinder mot att använda ett säkert arbetssätt, 4. self-efficacy samt 5. stimulatorer för att använda ett säkert arbetssätt.

Slutsats: Informanterna upplevde att de riskerade att drabbas av belastningsbesvär på grund av de patientförflyttningar som arbetet innebär. Kunskap, attityd och fysisk förmåga var framträdande faktorer som upplevdes påverka tillvägagångssätt vid assisterad patientförflyttning.

Nyckelord: Patientförflyttning, belastningsskador, muskuloskeletala besvär, vårdpersonal, Health Belief Model.

ABSTRACT

Background: Patient transfer is a work task that can lead to strain injuries among healthcare professionals. With a safe working method that includes good ergonomics and the use of assistive devices, the load can be reduced. Different factors seem to affect healthcare professionals' tendency to use a safe working method for assisted patient transfers.

Objective: Using the Health Belief Model as a theoretical framework, describe attitudes toward and experiences of assisted patient transfers related to strain injuries among healthcare personnel on the surgical ward.

Method: A qualitative design was used. Interviews were conducted with seven people from the surgical ward: three nursing assistants, an anesthetist nurse and two surgical nurses. The material was analyzed by qualitative content analysis with a deductive approach. The transcribed material was sorted into categories and subcategories.

Results: The analysis resulted in five main categories, 12 generic categories and 32 subcategories that answer the study's purpose and questions. The main categories were 1. perceived threat/risk of strain injury, 2. benefits of using a safe working method or 3. Obstacles for using a safe working method, 4. self-efficacy and 5. cues to action for using a safe working method.

Conclusion: The participants experienced that they risked obtaining strain injuries due to the patient transfer tasks that their work involves. Knowledge, attitudes and physical ability were the prominent factors that were believed to affect procedures chosen for assisted patient transfer.

Keywords: Patient transfer, strain injury, musculoskeletal disorders, healthcare personnel, The Health Belief Model.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	6
1.1	Patientförflyttning och ett säkert arbetssätt	6
1.2	Belastning och muskuloskeletala besvär	6
1.4	Förflyttningsskunskap och hjälpmedel	7
1.5	Faktorer som påverkar arbetssätt vid patientförflyttning	8
1.6	Fysioterapeutens roll	8
1.7	The Health Belief Model	9
2	PROBLEMFÖRMULERING	11
3	SYFTE	11
3.1	Frågeställningar	12
4	METOD	12
4.1	Design	12
4.2	Urval	12
4.3	Genomförande	13
4.4	Datainsamling	13
4.5	Databearbetning och analys	13
4.6	Etiska överväganden	14
5.	RESULTAT	15
5.1	Upplevt hot, risker och konsekvenser av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning	16
5.1.1	<i>Upplevt hot</i>	17
5.1.2	<i>Upplevda riskfaktorer</i>	17
5.1.3	<i>Upplevd utsatthet</i>	18
5.1.4	<i>Upplevd allvarlighet/möjliga konsekvenser</i>	18
5.2	Fördelar och hinder för att använda ett arbetssätt som minskar risken att drabbas av belastningsbesvär vid patientförflyttning	18
5.2.1	<i>Upplevda fördelar</i>	18

5.2.2	<i>Upplevda hinder</i>	19
5.3	Upplevd tilltro till den egna förmågan att utföra assisterad patientförflyttning med en säker arbetsteknik	20
5.4	"Stimulatorer" - faktorer som upplevdes underlätta och stimulera till att använda ett säkert arbetssätt i samband med assisterad patientförflyttning	21
5.4.1	<i>Interna faktorer</i>	21
5.4.2	<i>Externa faktorer</i>	21
6	DISKUSSION	21
6.1	Resultatdiskussion	21
6.2	Metoddiskussion	25
7	SLUTSATS	27
	REFERENSLISTA	29
	BILAGA A: INFORMATONSBREV	
	BILAGA B: BAKGRUNDSFRÅGOR	
	BILAGA C: FRÅGEGUIDE	
	BILAGA D: KODNINGSMALL	

1 BAKGRUND

1.1 Patientförflyttning och ett säkert arbetssätt

Patientförflyttning innebär att en patient förflyttas från en plats till en annan. Förflyttningen kan ske självständigt eller med assistans av vårdpersonal. Inom sjukhusvården är assisterad patientförflyttning ett vanligt förekommande arbetsmoment (Samani Nodooshan, Choobineh, Razeghi & Shahnazar, 2016). Hur mycket assistans som behövs, beror på patientens förmåga samt i vilket sammanhang förflyttningen sker. Vid vårdenheter med opererande verksamhet, sker patientförflyttningar vid flera tillfällen; inför, ibland under och efter operation. Under operation ligger patienten på ett operationsbord, så kallat operationsläge. På grund av att patienten är smärtpåverkad, bedövad eller sövd utförs ofta assisterade patientförflyttningar, det vill säga patienten flyttas av personalen. Att assistera patienter vid förflyttning utgör en stor del av sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter och att det sker på ett säkert sätt är viktigt för att undvika skador hos såväl personal som patienter (Kjellberg, Lagerström & Hagberg, 2004). Ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning omfattar att ta hänsyn till patientens tillstånd, skapa tillräckligt med utrymme för arbetsuppgiften, vid behov be om hjälp och/eller att använda hjälpmedel samt att eftersträva bra belastningsergonomi (Lee, Faucett, Gillen, Krause & Landry, 2010; Lee, Faucett, Gillen & Krause, 2013a).

1.2 Belastning och belastningsbesvär

Belastningsergonomi handlar om hur arbetsställningar, arbetsrörelser, fysisk belastning och andra förhållanden påverkar kroppens muskler och leder. Belastningsbesvär definieras i Arbetsmiljöverkets författningssamling om belastningsergonomi som ”Besvär i rörelseorganen, d.v.s alla former av ohälsa i rörelseorganen som kan ha samband med förhållanden i arbetet. Besvären kan ha orsakats av arbetet eller något annat, men förvärrats av arbetet. I begreppet ingår allt från lätta, övergående besvär till livslånga skador.

Muskuloskeletal besvär är synonymt med belastningsbesvär” (AFS 2012:2).

Muskuloskeletal besvär och skador till följd av tunga lyft, repetitivt arbete och påfrestande arbetsställningar är vanliga inom vård och omsorg. Belastningsrelaterade skador är den vanligaste anledningen till sjukskrivning för vårdpersonal (Hjalmarsen, 20015). Under åren 2008–2013 angav 3 av 10 inom hälso- och sjukvård att belastning var orsak till deras anmälda arbetsjukdom. (Arbetsmiljöverket, 2016) Arbetsställning, patientens vikt samt friktionskraft mot underlaget är komponenter som har stor betydelse för vilken belastning den som förflyttas utsätts för (McGill & Kavcic, 2005). Assisterad patientförflyttning innebär belastningar på framför allt rygg och nacke, axlar hos personalen och medför därmed en

ökad risk att drabbas av muskuloskeletala besvär (Lee m.fl., 2013., Davis & Kotowski, 2015). Att vårdpersonal upplever sina arbetsuppgifter som fysiskt krävande, men även ett högt arbetstempo och stress, kan starkt bidra till utveckling av muskuloskeletala belastningsbesvär (Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, Storr, & Brady, 2003; Arbetsmiljöverket, 2016). Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete är det arbetsgivarens skyldighet att se till att arbetstagarnas kunskaper om arbetet och riskerna i arbetet är tillräckliga för att förebygga ohälsa och olycksfall (AFS 2003:4).

1.4 Förflyttningskunskap och hjälpmedel

Förflyttningskunskap är enligt Modern Arbetsteknik (2014) ett begrepp som utgår från belastningsergonomiska principer och innefattar allt som krävs för att en förflyttningsteknik ska fungera utifrån så väl patientens, som personalens förutsättningar. Kjellberg, Lindbäck, & Hagberg (1998) föreslår att begreppet kan delas upp i två moment; metoden som används för att förflytta, samt färdigheten att använda metoden hos den som förflyttar. Enligt förflyttningskunskapens grundprinciper innebär ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning att man eftersträvar att:

- Göra en riskbedömning, inkl. miljöanpassning inför varje förflyttningsmoment
- Utgå ifrån och tillvara ta patientens egna resurser samt understödja patientens naturliga rörelsemönster
- Informera patienten inför förflyttningen och ta det lugnt
- Arbeta kroppsnära med upprätt position, god balans och sänkta axlar
- Nyttja benstyrka och den egna kroppstyngden samt att undvika vridningar.

Det finns en stor mängd olika förflyttningshjälpmedel som syftar till för att underlätta förflyttningsmomentet genom att avlasta den vikt som ska förflyttas. Friktionsminskande hjälpmedel kan minska de krafter som behövs för att flytta en individ mellan olika ytor (Bohannon, 1999) och minska belastningen på den som utför förflyttningen (Weiner, Kalichman, Ribak, Alperovitch-Najenson, 2016). Exempel på hjälpmedel som minskar friktionen är glidlakan, glidtyg och glidskivor. För att helt eller delvis lätta på patientens tyngd, kan en sele tillsammans med en mobil golvlyft eller taklyft användas (Hjalmarson, 2015). Lee et al. (2013) undersökte förekomst av muskuloskeletal smärta (MSS) hos sköterskor på sjukhus och fann att om lyftar eller andra förflyttningshjälpmedel användes, så minskade förekomst av MSS. En viktig faktor för att hjälpmedel skulle användas var att de fanns lättillgängliga. Andra studier visar dock på att det inte räcker med att använda hjälpmedel för att minska arbetsbelastningen - de måste användas på rätt sätt, med bra arbetsställning och teknik (McGill et al., 2005; Tomioka, Higuchi & Shindo, 2007; Skotte & Fallentin, 2008). Belastningen på ländryggen vid användning av olika förflyttningstekniker

har mer att göra med om och hur hjälpmedel används, än vilken vikt och kapacitet den som förflyttas har (Skotte m.fl., 2008). Trots att man med hjälpmedel och god förflyttningsteknik både kan underlätta arbetsmomentet och minska risken att drabbas av belastningsbesvär, så visar flera studier att hjälpmedel ofta saknas eller inte används i någon större utsträckning (Lee et al., 2013a; Salmani Nodooshan, et al., 2016; Trinkoff, Brady & Nielsen, 2003). Vid aktuellt sjukhus för denna studie rekommenderas att all vårdpersonal med patientnära arbete ska gå en endags grundutbildning i förflyttningskunskap samt repetitionsutbildning vart annat år. Det är upp till respektive enhetschef att följa rekommendationen.

1.5 Faktorer som påverkar arbetssätt vid patientförflyttning

Många olika faktorer påverkar vårdpersonals benägenhet att använda ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning, där användning av hjälpmedel ingår. Tidsbrist, dålig tillgänglighet av hjälpmedel och bristande färdighet hos vårdpersonal hindrar användandet av förflyttningshjälpmedel. Motivation, förekomst av ryggbesvär samt tydliga riktlinjer förefaller däremot stimulera till att förflyttningshjälpmedel används (Koppelaar, Knibbe, Miedema & Burdorf, 2012). Huruvida risken att drabbas av belastningsbesvär skulle kunna motivera till att använda ett säkert arbetssätt är oklart. Lee, Faucett, Gillen, Krause & Landry (2010, 2013b) har funnit motstridiga resultat då de undersökt hur sjuksköterskors upplevelse av risk att drabbas av muskuloskeletala besvär påverkar deras arbetssätt. I en tvärsnittsstudie (Lee et al., 2010) som omfattade enkätsvar från 361 sjuksköterskor inom intensivvård fann man att personalens riskupplevelse, fysisk arbetsbelastning, och befintliga muskuloskeletala symtom inte var associerade med ett patientsäkert arbetssätt. I en senare tvärsnittsstudie (Lee et al., 2013b), kunde dock samma forskare konstatera att sjuksköterskor med hög riskupplevelse för egen del använde ett säkrare arbetssätt. Ett flertal arbetare inom högriskarbeten, inklusive sjukvårdspersonal, saknar insikt om risken att drabbas av arbetsrelaterade led- och muskelbesvär (ARLM) enligt en enkätstudie av Hunter & Silverstein (2014). 35 av 66 deltagare i studien ansåg att ARLM var något normalt, oundvikligt och/eller något man fick skylla sig själv för att ha drabbats av.

1.6 Fysioterapeutens roll

I yrkesrollen som fysioterapeut ingår att bedöma, förebygga, lindra och bota skador och sjukdomar i rörelse-, stödjeorganen. Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning omfattar kunskaper om hur biologiska, psykologiska och sociala faktorer samverkar vid sjukdom och ohälsa och belyser sambandet mellan livsstil och sjukdom (Broberg & Lenné, 2016). Ett förebyggande hälsobeteende kan definieras som de hälsosamma handlingar en individ gör i syfte att motverka eller upptäcka skada/sjukdom innan den uppstått (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). Här har fysioterapeuten en betydelsefull roll att kartlägga individers eller

grupperns behov och rekommendera lämpliga förebyggande åtgärder (Broberg et al., 2016). Inom vård och omsorg kan fysioterapeuten ha en väsentlig funktion för att förebygga arbetsrelaterade belastningsskador och sjukdomar genom att utifrån belastningsergonomiska principer rekommendera lämpliga förflyttningsmetoder samt att undervisa och stötta personalens färdighet i att utföra förflyttningar. Författaren till denna studie är fysioterapeut och instruktör inom förflyttningskunskap och har för avsikt att skapa ett anpassat utbildningsupplägg för vårdpersonal inom operationsverksamhet. Genom att använda sig av kunskap om beteende och beteendeförändring då man skapar en utbildning eller intervention ökas möjligheterna att det kan leda till effektiva strategier för hälsoförbättring hos deltagarna. (Glanz et al., 2008). För att lyckas med implementering av ett förändrat arbetssätt i vården är det viktigt att utgå ifrån vårdpersonalens behov och förutsättningar (Garg, & Kapellusch, 2012).

1.7 The Health Belief Model

The Health Belief Model (HBM) beskrivs av Champion och Sugg Skinner (2008) som en hälsopsykologisk modell som skapades i USA redan på 50-talet för att förklara och förutse individers benägenhet att delta i förebyggande hälsoprogram. Modellen har även använts för att studera hur människor agerar vid symtom och sjukdom kopplat till följsamhet till medicinska vårdprogram. Modellen har utvecklats och är idag ett av det mest använda teoretiska ramverken för att beskriva individers benägenhet att initiera och genomföra en hälsoinriktad beteendeförändring. Modellen kan även fungera som ramverk för hälsofrämjande interventioner. Enligt HBM grundar sig en individs benägenhet att anamma ett hälsorelaterat beteende, eller inte, på följande faktorer;

Upplevt hot – omfattar två underbegrepp, hur utsatt en individ uppfattar sig vara för ett visst ohälsotillstånd och hur allvarligt detta tillstånd skulle vara.

Upplevd utsatthet – innebär hur stor risk en individ upplever sig ha att drabbas av ett tillstånd, sjukdom eller skada. Om en individ tror sig ha stor risk att drabbas, har denne också större benägenhet att anamma ett hälsoinriktat beteende om det upplevs kunna minska risken.

Upplevd allvarlighet – omfattar hur allvarligt och vilka konsekvenser en individ upplever att det skulle innebära att drabbas av ett tillstånd, sjukdom eller skada. Om konsekvenserna upplevs mycket allvarliga eller skulle kunna öka redan befintliga besvär, ökar sannolikheten för en beteendeförändring sak anammas.

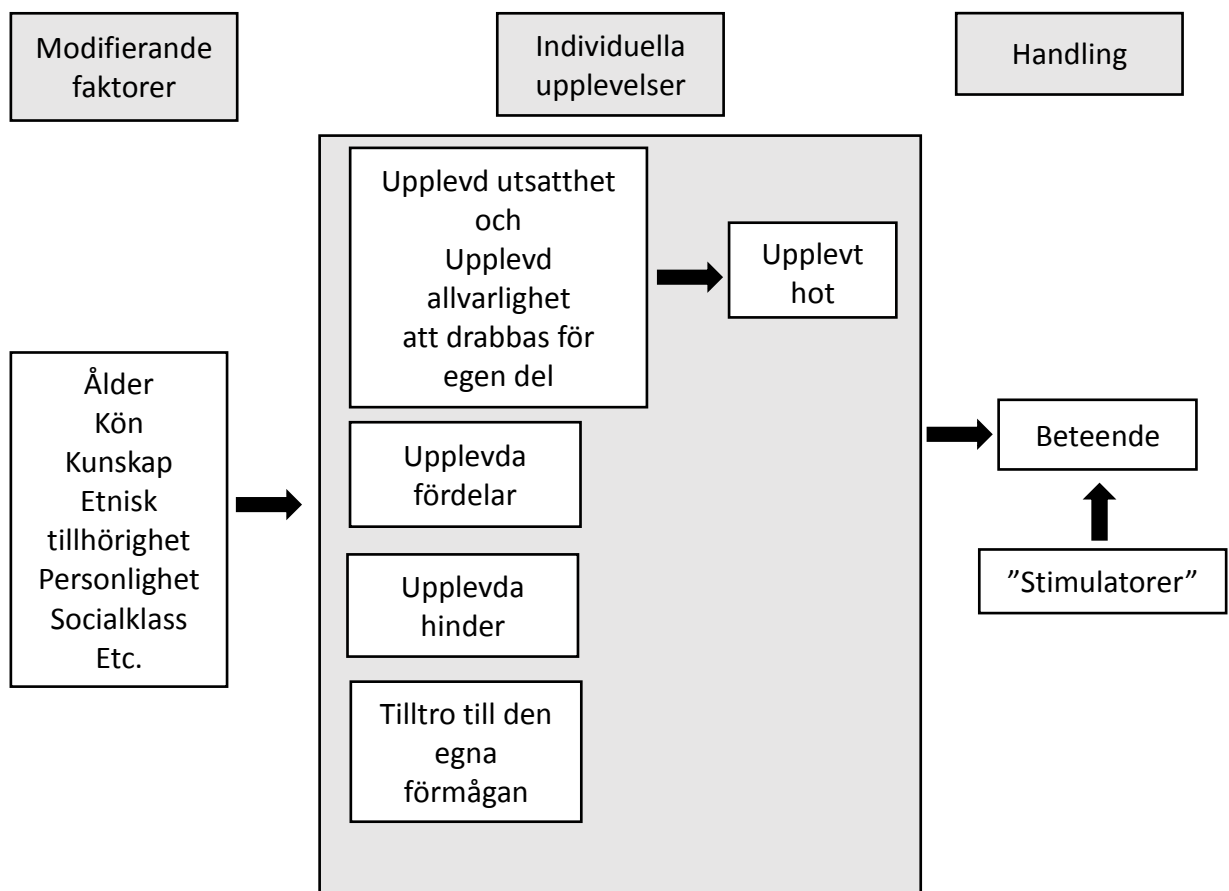
Upplevda fördelar – omfattar en individs föreställningar om vilka fördelar det skulle innebära att anamma ett hälsoinriktat beteende. Om individen t ex tror att ett beteende kan minska risken att drabbas eller minska redan befintliga besvär, ökar sannolikheten att en beteendeförändring anammas.

Upplevda hinder – beskriver de hinder eller svårigheter som en individ upplever att ett hälsoinriktat beteende skulle kunna medföra. Om hindren upplevs överväga fördelarna minskar sannolikheten att individen kommer anamma en beteendeförändring. Hinder kan utgöras av t ex rädsla, osäkerhet, tidsbrist eller merkostnader.

”Stimulatorer” (Cues to Action) – är strategier eller stimuli som understödjer ett hälsoinriktat beteende. Det kan t ex vara information eller personer som påverkar individens beteende.

Tilltro till den egna förmågan (Self-efficacy) – under senare delen av 80-talet lades denna komponent till modellen. Begreppet innebär en individs tilltro till den egna förmågan att klara en handling i en specifik situation (Bandura, 1977).

Modifierande faktorer – en individs upplevelse av grundbegreppen i HBM kan påverkas av flera olika individuella faktorer som demografiska (t ex ålder, kön), psykosociala (t ex personlighet, social klass) och strukturella (t ex utbildning, erfarenhet). (Champion & Sugg Skinner, 2008)



Figur 1: Health Belief Model Components and Linkages. (Champion & Sugg Skinner, 2008, s. 49).

Att använda en teori eller modell i forskning syftar till att förklara befintlig kunskap men även att erhålla ny kunskap utifrån empiriska data. En modell kan användas som ramverk för att på ett konsekvent sätt förklara relationer mellan olika aspekter av insamlade data (Malterud, Siersma, & Guassora, 2015). Enligt HBM påverkas en individs beteende och motivation till hälsoinriktad beteendeförändring av vilken utsatthet och risk hen upplever sig ha av att drabbas av ett tillstånd eller sjukdom, samt vilka konsekvenser detta skulle innebära för denne själv (Champion et al, 2008). I denna studie åsyftas risken att drabbas av belastningsbesvär vid assisterad patientförflyttning kopplat till utförarens förflyttningkunskap och arbetssättet detta utförs med. Även om en individ upplever sig ha risk att drabbas av t ex belastningsbesvär vid assisterad patientförflyttning, kommer dennes benägenhet att ändra sitt beteende (d.v.s. arbetsteknik), påverkas av huruvida det upplevs som en fördel eller nackdel/hinder jämfört med det tidigare arbetssättet att göra en förflyttning. Self-efficacy syftar i denna studie till tilltron till den egna förmågan att använda ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning för att minska risken att drabbas av belastningsbesvär.

2 PROBLEMFORMULERING

Patientförflyttning är ett vanligt förekommande arbetsmoment inom sjukvården. Personalen på operationsavdelning genomför många assisterade förflyttningar varje dag som utsätter dem för belastning på främst rygg, nacke och axlar som medför en ökad risk att drabbas av belastningsbesvär. Trots att det finns goda belägg för att ett säkert arbetssätt med bra arbetsställningar, förflyttningsteknik och hjälpmedel kan underlätta arbetet, visar studier att det inte används i någon större utsträckning inom vårdarbete. Forskning antyder att vårdpersonals inställning och beteende gällande säkert arbetssätt, förflyttningsteknik och användande av hjälpmedel kan bero på och påverkas av många olika faktorer men ytterligare kunskap inom området behövs. Enligt Health Belief Model har en individs upplevelse av utsatthet och risk att drabbas av belastningsbesvär betydelse för dennes beteende och motivation till beteendeförändring. Inför utformandet av en utbildningsinsats i förflyttningkunskap för vårdpersonal inom operationsverksamhet vore det därför av värde att med HBM som teoretisk ram, undersöka hur vårdpersonal upplever assisterad patientförflyttning och vad som underlättar eller hindrar att använda ett säkert arbetssätt.

3 SYFTE

Syftet med denna studie är att med Health Belief Model som teoretisk ram, beskriva vilka attityder till och erfarenheter av assisterad patientförflyttning kopplat till belastningsbesvär, som förekommer hos vårdpersonal på operationsavdelning.

3.1 Frågeställningar

1. Hur upplevs risk att drabbas av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning?
2. Vilka konsekvenser uppfattar vårdpersonal att belastningsbesvär skulle leda till?
3. Vilka fördelar eller hinder upplever vårdpersonal finns för att använda ett arbetssätt som minskar risken att drabbas av belastningsbesvär vid patientförflyttning?
4. Hur upplever vårdpersonal sin tilltro till den egna förmågan att utföra assisterad patientförflyttning på ett säkert sätt?
5. Vad upplever vårdpersonal kan underlätta och stimulera till att använda ett arbetssätt som minskar risken att drabbas av belastningsbesvär i samband med assisterad patientförflyttning?

4 METOD

4.1 Design

En kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys och deduktiv metodologisk ansats användes för studien. Detta innebär att studien utgick från en förutbestämd teori eller modell (Elo & Kyngäs, 2008), som i det här fallet var The Health Belief Model. En kvalitativ metod lämpar sig väl för studier med syfte att beskriva individers upplevelser eller deras syn på hur något förhåller sig (Ahrne, 2011).

4.2 Urval

Ett bekvämlighetsurval gjordes bland vårdpersonal vid två operationsavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige. Inklusionskriterier var vårdpersonal vid ortoped- eller kirurgoperationsavdelning som utför assisterad patientförflyttning som en del av sina dagliga arbetsuppgifter. Totalt åtta personer anmälde intresse att medverka, men en person kom inte till intervjutillfället. Det slutgiltiga urvalet bestod av sju personer och samtliga var kvinnor. Fyra personer arbetade på avdelningen för ortopedoperation och tre på kirurgoperation. Fyra av deltagarna arbetade som undersköterskor, en var anestesijuksköterska och två var operationssjuksköterskor. Tre personer hade erhållit förflyttningsutbildning inom de senaste fem åren och tre hade erfarenhet av att ha eller ha haft muskuloskeletala besvär det senaste året. Fem av deltagarna uppgav att de använde förflyttningshjälpmedel mycket ofta och två uppgav ofta.

4.3 Genomförande

Vårdpersonal på operationsavdelningarna informerades muntligt om studien av respektive enhetschef vid så kallade arbetsplatsträffar samt fick godkännande att delta i studien på arbetstid. Vid samma tillfällen erhöll personalen även skriftlig information om studien (bilaga A) samt ett följebrev med tre bakgrundsfrågor om hjälpmedelsanvändning, förflyttningsutbildning samt erfarenhet av led-, muskelbesvär (bilaga B). Intresse att delta i studien anmäldes till studiens författare via mail eller per telefon. Intresserade besvarade även frågorna om bakgrundsinformation och skickade dessa till författaren via internposten. Samtliga intresserade kontaktades per telefon för mer djupgående information om studiens upplägg, konfidentialitet och skydd för data. Datum, tid och plats för intervjun bokades utifrån deltagarnas önskemål. Samtliga informanter valde tid för intervjun utifrån hur det passade arbetssituationen bäst.

4.4 Datainsamling

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer som genomfördes under mars månad 2017. De sju intervjuerna skedde individuellt i en avgränsad lokal på sjukhuset i närheten av deltagarnas ordinarie arbetsplats för att underlätta för dem att komma ifrån under arbetstid. Att intervjuerna fick ske på arbetstid hade godkänts av såväl verksamhetschef som enhetschefer. Intervjuerna utgick ifrån en frågeguide som berörde tankar och erfarenheter av patientförflyttning, hjälpmedelsanvändning, self-efficacy samt risk att drabbas av belastningsbesvär (bilaga C). Intervjuerna spelades in med en diktafon ”Olympus digital voice recorder” och tog i genomsnitt 38 minuter, den kortaste var 31 minuter och den längsta 41 minuter. Samtliga intervjuer utfördes av studiens författare. Innan datainsamlingen började genomfördes två provintervjuer för att testa frågeguiden och intervjuteknik. Testintervjuerna gjordes på ett par kollegor till författaren med erfarenhet av assisterad patientförflyttning. Efter testintervjuerna omformulerades den första frågan för att bättre svara mot syftet och minska risken att hamna i alltför detaljerade beskrivningar av förflyttnings teknik. Under provintervjuerna upptäcktes även att det saknades information om vad assisterad patientförflyttning innebär och att det var det som åsyftades. Fortsättningsvis informerades varje informant om vad som menades med assisterad patientförflyttning innan intervjun startade. Av testintervjuerna erfors även att det var viktigt att ge informanten gott om tid att svara.

4.5 Databearbetning och analys

De sju intervjuer som denna studie bygger på lyssnades igenom innan transkribering påbörjades, för att minska risken att missa några detaljer. När samtliga intervjuer var transkriberade av studiens författare, lästes åter allt material igenom flera gånger för att lära

känna materialet bättre. Vid en kvalitativ innehållsanalys eftersträvas att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i textmaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Det manifesta, textnära innehållet från intervjuerna som bedömdes ha betydelse för syftet och frågeställningarna, lyftes fram i form av meningsenheter. Varje meningsenhet kondenserades utan att textens mening gick förlorad och de kondenserade meningsenheterna märktes därefter med koder som beskrev dess innehåll. Med en kodningsmall (bilaga D) som utgick från grundbegreppen i HBM kopplades koderna samman till fem huvudkategorier. Utifrån kodorden i respektive huvudkategori bildades därefter underkategorier och kategorier genom att slå ihop flera koder med samma bakomliggande budskap. I denna studie användes en delvis strukturerad kodningsmall, vilket innebär att kategorier inom de olika huvudkategorierna skapades delvis förutbestämt utifrån begreppen inom HBM, delvis förutsättningslöst enligt principer för induktiv analys. Underkategorier belyser olika delar av en kategori (Elo & Kyngäs, 2008). Speciellt intressanta citat från intervjuerna har tagits med i resultatredovisningen.

Tabell 1: Exempel på strukturering vid kvalitativ innehållsanalys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Huvudkategori
”Jag tänker ganska ofta på det, att man kan få ont i rygg och axlar och att man ska hålla ett tag till”. (7:6:3)	Kan få ont i rygg och axlar	Att få ont	Kroppslig påverkan	Konsekvens	Upplevt hot

4.6 Etiska överväganden

De etiska övervägandena i denna studie har utgått från de fyra huvudkraven från Vetenskapsrådet gällande individskydd; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, samt nyttjandekravet (Codex, 2016). Deltagarna som tackade ja till att medverka i studien erhöll såväl muntlig som skriftlig information (bilaga A) om studiens syfte och genomförande. Informationen omfattade även att deltagande var frivilligt och möjligt att avbryta. Textmaterialet från intervjuerna har kodats så att det ska gå att koppla till en specifik individ. Personliga uppgifter och allt textmaterial har förvarats i ett låst utrymme som enbart författaren har nyckel till. När examensarbete är godkänt av

examinator kommer allt material att raderas. Tillstånd för genomförande av examensarbetet erhöles från verksamhetschefen för operationskliniken innan datainsamlingen påbörjas. Att medverka i intervju skulle kunna väcka visst emotionellt obehag har tagits i beaktande, men studiens syfte att synliggöra personalens inställning och erfarenheter bedömdes uppväga eventuellt obehag. Författaren till denna studie har eftersträvat en neutral roll vid insamling och dokumentation av data. Alla data som berör syftet presenteras oavsett om det kan anses positivt eller negativt (Yin, 2013).

5. RESULTAT

Resultatet av analysen utmynnade i fem huvudkategorier, 12 kategorier och 32 underkategorier som redovisas i tabell 2. De fem huvudkategorierna var förutbestämde och utgörs av de olika begreppen inom Health Belief Model; Upplevt hot, Upplevda fördelar, Upplevda hinder, Tilltro till den egna förmågan och Stimulatorer. Även kategorierna Utsatthet, Konsekvenser, Interna och Externa faktorer härrör från HBM. Övriga kategorier och underkategorier skapades under analysarbetet.

Tabell 2: Faktorer som påverkar vårdpersonals inställning till och erfarenheter av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning.

Huvudkategori	Kategori	Underkategori
Upplevt hot	Risikfaktorer	Felaktig arbetsteknik Stress Att vara otränad Tunga patienter Besvärliga moment
	Utsatthet	Alla kan drabbas Stor risk Vanligt förekommande Inte vanligt förekommande
	Allvarlighet/Konsekvenser	Kroppslig påverkan Begränsad aktivitetsförmåga Påverkad arbetskapacitet
Upplevda fördelar	Fördelar för personal	Minskad belastning Förbättrat tillvägagångssätt

	Fördelar för patient	Patientsäkert
Upplevda hinder	Resursbrist	Utrymmesbrist Få personal Brist på tid
	Fysiska begränsningar	Individuella besvär Kollegor med besvär
	Situationsberoende faktorer	Kollegors inställning Kollegor som gör fel Patientrelaterade egenskaper Konstiga arbetsställningar Akuta situationer
Tilltro till den egna förmågan	God tilltro	Säker känsla
	Måttlig tilltro	Tveksamhet
”Stimulatorer”	Interna faktorer	Smärterfarenhet
		God kroppsuppfattning
		Färs k kunskap
	Externa faktorer	Tillgång till hjälpmedel Kollegor som gör rätt

5.1 Upplevt hot, risker och konsekvenser av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning

Huvudkategorin Upplevt hot samt kategorierna Riskfaktorer, Utsatthet och Allvarlighet var förutbestämda delar av den kodningsmall som skapats utifrån begreppen i HBM. Enligt HBM grundar sig en persons hälsorelaterade beteende på hur hotfullt hen upplever det är att drabbas av ohälsa. Individens upplevelse av hot beror både på hur stor risk man upplever sig ha att drabbas (hur hotfullt) och vilka konsekvenser man upplever att det skulle innebära att drabbas (hur allvarligt).

5.1.1 Upplevt hot

Assisterade patientförflyttningar upplevdes vara ett vanligt förekommande och tungt arbetsmoment som innebar en ökad risk att drabbas av belastningsbesvär. De förflyttningsmoment som beskrevs vanligt förekommande i samband med operation var vändningar i säng och på operationsläge, plan överförflyttning mellan säng och operationsläge samt lägesändringar på operationsläge under operation och i säng efter operation.

5.1.2 Upplevda riskfaktorer

Att patienterna var tunga samt att använda en felaktig förflyttningsteknik var det som mest markant upplevdes medföra en ökad risk att drabbas av belastningsbesvär i samband med assisterad patientförflyttning. Patienter som vägde 150 kg och mer upplevdes som allt vanligare förekommande och innebar en hög fysisk belastning när de inte kunde förflytta sig på egen hand. Som exempel på dålig förflyttningsteknik nämndes att man hade för bråttom och använde armkraft istället för att nyttja benstyrka och kroppsvikt.

”Vissa patienter väger närmre 200 kg, det är tungt så jag tror det är stor risk”. (3:3:14)

”Ja men det är ju större risk att man gör illa sig om man ska göra allting så fort och inte hinner planera. Att man stressar (, ja men) istället för att vänta och lägga allting till rätta direkt så att det blir bra. För att då, när vi väl har kommit över till nästa läge så behöver vi ju inte hålla på att vända och vrida för att få lakanen rätt och så och då blir det ju extra mycket jobb bara för att det ska gå fort”. (2:2:18)

Vändningar och förflyttningar av patienten på operationsläget upplevdes som besvärliga moment. Vid vissa operationer användes en speciell madrass ”pink-pad” för att patienten skulle ligga stadigt, men som försvårade förflyttningsmomenten. Det framkom även att inte träna och hålla sig i form upplevdes öka risken att få belastningsbesvär.

”Ibland så börjar man operationen och de ska ligga på rygg och sen ska de på sidan under operationen... så de förflyttningarna sliter mer på personalen än till och från sängen...ja, att patienten ska vändas och så.” (7:2:12).

”Ja jag känner ju att jag måste ju träna...alltså både rygg och mage själv...för att liksom hålla. För att går det någon vecka och jag inte tränar då känner jag direkt att då är det

jättelätt att det blir någonting. Om man inte tänker sig för och gör något hastigt som i förflyttningar och så där. Så jag måste verkligen träna” (5:4:2)

5.1.3 Upplevd utsatthet

Sannolikheten att drabbas av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning upplevdes som stor men det rådde delade meningar om hur vanligt förekommande det var.

”Ja den (risken) är ju stor tycker jag. Alltså, det är ju många uppe som har besvär och så i axlar och rygg och nacke...men det är oftast att det ska gå så fort. Det är det som jag tycker är det största problemet och då gör man fel” (2:2:10)

”Jag tror inte det är någon som har gjort sig illa när de har förflyttat” (4:6:7)

5.1.4 Upplevd allvarlighet/möjliga konsekvenser

Begränsad aktivitetsförmåga dvs att inte kunna göra de aktiviteter man vill på arbetet och hemma samt påverkad arbetskapacitet var konsekvenser som flera av informanter upplevde skulle kunna vara förknippade med muskuloskeletala besvär.

”Det sabbar ju jättemycket, inte bara på jobbet utan hemma också med barnen och så.” (3:3:16)

”Skulle man ha ont en dag då får man ju se till att någon annan kommer in och hjälper en att förflytta och så där” (5:9:6)

5.2 Fördelar och hinder för att använda ett arbetssätt som minskar risken att drabbas av belastningsbesvär vid patientförflyttning

En individs hälsoinriktade beteende påverkas enligt HBM av vilka fördelar och hinder man upplever gentemot att genomföra en hälsoinriktad beteendeförändring. I denna studie åsyftades beteendet att använda ett säkert arbetssätt, d.v.s. som minskar risken att drabbas av belastningsbesvär. Arbetssättet omfattar både förflyttningstekniken man använder och arbetsställningen man har under utförandet.

5.2.1 Upplevda fördelar

Informanterna upplevde fördelar både för personalen och för patienterna med att använda ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning. Att använda hjälpmedel och en bra förflyttningsteknik upplevdes medföra ett förbättrat tillvägagångssätt och minskad belastning på den som utförde förflyttningen. Hjälpmedel som ofta användes var glidbrädor och draglakan. Flera av informanterna hade erfarenhet av ett nytt förflyttningshjälpmedel,

ett sorts förflyttningslakan (Flexislide) som upplevdes underlätta förflyttningsmomentet och göra det skonsammare för patienten.

”Öh ja underlättar, det är ju de här blåa mattorna som vi har fått. De underlättar ju väldigt bra tycker jag. Man får under dem under hela patienten och så får man med sig hela patienten. Förut så har man kanske fått bara överkroppen eller underkroppen nästan”
(1:2:12)

”Om vi har en bättre teknik så är det mer skonsamt för patienten” (7:4:9)

5.2.2 Upplevda hinder

Framträdande tankar och erfarenheter gällde faktorer som upplevdes hindra eller försvåra ett säkert arbetssätt vid assisterad patientförflyttning. Kollegor som inte ville eller kunde utföra förflyttning på ett säkert sätt var situationsberoende faktorer som upplevdes hindrande. Det framkom att kollegor kunde ifrågasätta vikten av att ändra sitt arbetssätt, någon hade uttryckt att man ”inte tog order från en undersköterska”.

”Man blir ju nästan frustrerad för att det är ju så många som gör fel. Man blir så här, men snälla varför gör du så...och försöker hjälpa dem men de ”nämen vaddå det här går ju”, ”Jag har gjort så här i 20 år”...Lite så... men man vill få flera att inse att det behöver inte vara så där jobbigt som ni gör” (3:6:18)

”Det är ju oftast så här att ”så här har vi alltid gjort”. Det är många som kan vara motsträviga och såhär att det kan vara jobbigt att introducera något nytt” (2:1:12)

Patienter som var oroliga eller hade mycket utrustning och slangar kopplad till sig försvårade att använda en bra arbetsteknik vid förflyttning, eftersom det kunde innebära konstiga arbetsställningar och att det var mycket att hålla reda på. Att inte alltid kunna prioritera ett säkert arbetssätt i akuta situationer upplevdes också som ett hinder eftersom fokus då blev på att hantera det akuta snarare än på förflyttningstekniken.

”Men det är som jag sa då, när det är akuta situationer att man kan stå både krokigt och man kanske inte ser till att det är optimalt. Att den saken kommer lite...den är inte högprioriterad om man säger så, utan det är det andra som blir att man gör ABC”
(6:8:17)

Diverse olika bristande resurser som upplevdes hindrande var att själv sakna färdighet, att vara få personer samt att ha ont om plats och tid. Man upplevd att det kunde vara stressande om en operation tog längre tid än beräknat. Då kände man sig tvungen att tjäna in den tiden på momenten före och efter, för att hålla sig till dagsschemat och inte behöva ställa in någon operation. Att sakna kunskap om "hur man egentligen borde göra" nämnde några informanter som hinder. De uppgav att de hade lärt sig genom att härma sina kollegor och önskade få utbildning eller tips från någon med specialkunskap.

"Att få lära sig tekniken så att man kan göra på bästa möjliga sätt och få ut det bästa av hjälpmedlet skulle ju vara bra" (1:13:2)

"Det är många förflyttningar, ja det är det. Och inte alltid att folk flyttar rätt heller känns det som. Därför ibland när man jobbar kvällar och helger så finns det inte så mycket folk och det känns som att vi är alldeles för få – speciellt när patienterna är väldigt stora och tunga" (7:2:14)

"Jaaa, det kan ju vara lite trångt ibland, att det är...om det är mycket apparater och så men man försöker ju flytta det då och ställa det tillbaka. När man väl får dän patienten. Men ibland kan det vara lite trångt" (7:10:8)

Att man själv eller kollegor inte kunde göra alla moment på grund av fysiska begränsningar framstod som relativt vanligt förekommande och hindrande.

"Det blir jobbigt när vissa har ont, för de kan inte göra vissa grejer" (2:3:20)

"Jag är ju rädd om min nacke så då tänker jag att jag inte kan göra det här för att jag har ont liksom" (6:7:8)

5.3 Upplevd tilltro till den egna förmågan att utföra assisterad patientförflyttning med en säker arbetsteknik

Informanternas tilltro till sin egen förmåga att utföra assisterad patientförflyttning skilde sig åt något. Några kände sig tveksamma, någon uttryckte *"vi försöker väl göra så gott vi kan" (5:3:4)* en annan *"jag gör som de andra gör" (4:1:19)*. Andra kände god tilltro till den egna förmågan att utföra assisterad patientförflyttning; *"Jag känner mig trygg i situationen" (6:8:16)*, *"Jag är oftast nöjd" (7:9:11)*.

5.4 ”Stimulatorer” - faktorer som upplevdes underlätta och stimulera till att använda ett säkert arbetssätt i samband med assisterad patientförflyttning

Utifrån HBM delades begreppet Stimulatorer, d.v.s. faktorer som underlättar och stimulerar till att bete sig hälsoinriktat ”göra rätt”, in i kategorierna Interna och Externa faktorer.

5.4.1 Interna faktorer

Flera av informanterna hade erfarenhet av att ha smärta, det hjälpte dem att tänka sig för och använda en bra arbetsteknik.

”Men när man har lite bekymmer med någon kroppsdel...då tänker man till innan man gör förflyttningen” (1:7:14)

Att ha god kroppsuppfattning och färsk kunskap i förflyttningsteknik upplevdes också stimulera till att man använde en bra arbetsteknik.

”Sedan utbildningen tänker jag mycket mer på hur jag står och har bra grejer lättillgängliga och tänker ut hur innan” (2:7:18)

5.4.2 Externa faktorer

Att personalen hade tillgång till hjälpmedel och kollegor som gör rätt var faktorer i omgivningen som upplevdes underlätta och stimulera till att en bra arbetsteknik användes.

”...de här hjälpmedlen använder vi, så att det inte är att ”nä men nu hinner vi inte gå och hämta det” utan att de finns lättillgängliga och nära” (7:4:13)

”Det är våra två tjejer som har det här som ansvarsområde – det är deras intresse som har gjort att de letat rätt på det hjälpmedlet vi använder nu” (1:5:10)

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Det samlade materialet från de genomförda intervjuerna motsvarar syftet att med Health Belief Model som teoretisk ram, beskriva vilka attityder till och erfarenheter av assisterad patientförflyttning kopplat till belastningsbesvär, som förekommer hos vårdpersonal på operationsavdelning. Ambitionen har inte varit att ge en fullständig beskrivning av ämnet patientförflyttning, utan snarare förmedla en djupare inblick av några enskilda personers upplevelser och erfarenheter (Malterud, Siersma & Guassora, 2015). Resultaten belyser deltagarnas upplevelser och erfarenheter ur såväl psykologiska, fysiologiska som sociala

perspektiv samt omgivningsfaktorer. Det mest framträdande resultatet i studien var att deltagarna upplevde risk att drabbas av belastningsbesvär samt att de beskrev betydligt fler hinder för, än fördelar med att använda en säker arbetsteknik vid patientförflyttning.

Enligt HBM grundar sig en individs hälsorelaterade beteende på hur hotfullt hen upplever det är att drabbas av ohälsa. Resultatet i denna studie visar att informanterna upplevde stor sannolikhet att drabbas av belastningsbesvär på grund av assisterad patientförflyttning. Samtidigt skilde sig uppfattningarna om hur vanligt förekommande detta är. Omfattande riskmedvetenhet beskriver även Lee et al. (2013b) i sin tvärsnittsstudie där sjuksköterskorna upplevde att de i mycket hög grad (83%) var i riskzonen för att drabbas av belastningsbesvär. Både generell riskupplevelse och upplevd risk för egen del samt kopplingen till ett säkert arbetssätt undersöktes. Stress, hög fysisk belastning, brist på förflyttningshjälpmedel samt befintliga muskuloskeletala symtom var de faktorer som visade högst korrelation med riskupplevelse. Ett observandum var att en stor del av sjuksköterskorna upplevde högre generell risk än individuell, d.v.s. att kollegorna skulle ha större risk att drabbas än de själva. Samma forskare påvisade i en tidigare studie (Lee et al. 2010) att varken riskupplevelse eller muskuloskeletala besvär var associerade med ett säkert arbetssätt. Det skiljer sig mot informanterna i aktuell studie som uttryckte att muskuloskeletala besvär istället stimulerade dem till att använda ett säkert arbetssätt, d.v.s. fungerade som intern stimulator enligt HBM. Informanterna angav även att en god kroppskänedom bidrog till att använda ett säkert arbetssätt.

Utifrån studiens syfte bedömdes det intressant att belysa de faktorer som upplevdes öka risken att drabbas av belastningsbesvär, även om detta inte ingår som en tydlig del av begreppet Upplevt hot i HBM. Den mest framträdande riskfaktorn var stora, tunga patienter som medför en hög fysisk belastning på de som utför förflyttningen. Patienter som vägde 150 kg och mer ansågs förekomma allt oftare i vårdarbetet. Att patientens vikt påverkar belastningen på ländryggen hos den som förflyttar, har påvisats i flera sammanhang (Mc Gill & Kavcic, 2005, Skotte & Fallentin, 2008, Weiner, Kalichman, Ribak & Alperovitch-Najenson, 2016). Värt att belysa är att inga studier om patientförflyttning som omfattar vikter över 115 kg har hittats.

Risken att drabbas av belastningsbesvär upplevdes också öka om förflyttningen utfördes med felaktig arbetsteknik. Anledningar till att man gjorde fel var flera; okunskap, upplevd tidspress eller att det var en akut situation. Akuta situationer ansågs öka risken att göra sig illa för att fokus då var på det akuta, snarare än förflyttningsmomentet. Enligt arbetsmiljöverket (AFS2012:2) finns det ett starkt samband mellan belastningsbesvär och såväl tunga lyft och arbetsrörelser, som högt arbetstempo. Detta belyser vikten av att

vårdpersonal inom verksamheter med ett högt arbetstempo, inte bara bör ha tillgång till underlättande hjälpmedel utan även att de får lära sig hur hjälpmedel ska användas med en riktig teknik.

Enligt HBM ska personalen, för att vara benägen att ändra sitt arbetssätt vid assisterad patientförflyttning, uppleva att nuvarande arbetssätt innebär en ökad risk att drabbas av belastningsbesvär och samtidigt tro att en ny arbetsteknik skulle minska den risken eller ha andra viktiga fördelar (Champion et al. 2008). Resultaten visar att en fördel med att använda ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning, var att det upplevdes skonsamt för såväl personal som patient. Flera av informanterna i aktuell studie hade erfarenhet av ett nytt förflyttningshjälpmedel som med rätt teknik upplevdes underlätta förflyttningen och även göra momentet säkrare för patienten.

I denna studie framkom det att kollegors attityd och färdighet både kunde verka hindrande men även stimulera till att använda ett säkert arbetssätt vid förflyttningar. Upplevs hindren överväga fördelarna, är det inte troligt att vårdpersonalen kommer ändra sitt arbetssätt enligt HBM. Detta gäller även om risken att drabbas av belastningsbesvär upplevs som stor (Champion et al. 2008). Framträdande hinder var att de kollegor man arbetade med inte kunde eller förstod värdet av att använda en riktig förflyttningsteknik. Även bristande kunskap för egen del, upplevdes hindra användande av ett säkert arbetssätt samt öka risken att drabbas av belastningsbesvär. Enligt Arbetsmiljöverkets (2012) bör arbetsgivaren erbjuda utbildning i förflyttningsteknik som utgår ifrån belastningsergonomiska principer, är praktiska och regelbundet återkommande. På aktuella avdelningarna i denna studie hade endast ett fåtal av personalen gått den förflyttningutbildning som all vårdpersonal vid sjukhuset erbjuds. Anledningen till detta skulle kunna bero på att förflyttningsteknik inte är ett prioriterat område inom operationsverksamhet.

I en fokusgruppstudie (Schoenfisch, Myers, Pompeii & Lipscomb, 2011) undersöktes faktorer som underlättar och hindrar för vårdpersonal att använda ett säkert arbetssätt och hjälpmedel vid patientförflyttning. Man fann att vid avsaknad av tydliga rutiner och väldefinierade ansvarsområden tenderar vårdpersonal att agera som kollegorna gör, istället för som de själv anser vara rätt. Detta är något som skulle kunna överensstämma med resultaten i aktuell studie då några av informanterna uttryckte just att "jag gör som de andra gör". Chefen har en viktig roll i att se till att skapa tydliga arbetsrutiner samt att medarbetarna får information och utbildning (Skoglund-Öhman & Kjellberg, 2011). Utbildning i förflyttningsteknik ökar inte bara personalens kunskaper utan kan även leda till en attitydförändring (O'Donnell et al., 2011).

Viktigt att poängtera är dock att man som vårdpersonal även har ett egenansvar för att använda ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning (AFS:2012:2).

Det råder dock delade meningar om effekterna av utbildning inom förflyttningskunskap. Studier visar att utbildning i förflyttningsteknik kan öka deltagarnas kunskap såväl teoretiskt som praktiskt (Carta et al., 2010; Skoglund-Öhman & Kjellberg, 2011). Samtidigt påvisar en systematisk litteraturstudie (Verbeek et al., 2012) att olika sorters utbildningsinsatser och hjälpmedelshantering med syfte att förebygga ländryggssmärta hos flera yrkesgrupper, inkl. vårdpersonal, inte har någon effekt. En tänkbar förklaring till detta skulle enligt forskaren kunna vara att ländryggsbesvär kan bero på andra orsaker än bristande förflyttningsteknik. Det skulle också kunna bero på att det inte räcker med enskilda utbildningsinsatser för att åstadkomma en kvarstående beteendeförändring av ett säkert arbetssätt (Schoenfisch et al., 2011). Det krävs mer sammansatta insatser menar Skoglund-Öhman & Kjellberg (2011) som med fokusgruppsintervjuer undersökt om personal inom hemsjukvården använde sig av förflyttningskunskap och vad som upplevdes underlätta och hindra ett säkert arbetssätt. Utbildning i förflyttningsteknik gav en ökad kunskap som deltagarna försökte använda, men det räckte inte för att medföra ett förändrat arbetssätt. De fann att hänsyn måste tas till flera faktorer som den fysiska arbetsmiljön, arbetsrutiner samt chefens delaktighet och den övergripande säkerhetskulturen. Resultaten i aktuell studie antyder även att individfaktorer som fysiska förutsättningar hos personalen har betydelse.

Att vid behov använda förflyttningshjälpmedel ingår i ett säkert arbetssätt vid patientförflyttning eftersom det kan minska risken att drabbas av muskuloskeletal smärta (Lee et al., 2013a). Flertalet studier har påvisat att vårdpersonal inte använder hjälpmedel i någon större utsträckning (Koppelaar et al., 2012, Salmani Nodooshan et al., 2016, Trinkoff, Brady & Nielsen, 2003). Det skiljer sig från resultaten i denna studie där informanterna uppgav att hjälpmedel i form av glidskivor och draglakan eller förflyttningsslakan användes i mycket stor utsträckning.

Viktiga faktorer för att hjälpmedel ska användas är att de finns lättillgängliga och att man känner sig trygg med hur de ska användas (Lee et al., 2013a; Schoenfisch et al., 2011). Det överensstämmer med informanternas uppfattning om att tillgång till hjälpmedel och kollegor som gör rätt var faktorer som stimulerade till att använda ett säkert arbetssätt vid assisterad patientförflyttning. Även om hjälpmedel användes i stor utsträckning vid förflyttningar beskrev informanter att det inte alltid användes med en riktig teknik. För att ha en avlastande funktion krävs att hjälpmedlet används med en riktig teknik och en bra hållning (Mc Gill & Kavcic 2005, Weiner et al., 2016).

6.2 Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte användes semistrukturerade intervjuer som analyserades med en kvalitativ manifest innehållsanalys eftersom metoden lämpar sig väl att använda för att just beskriva enskilda individers upplevelser (Lundman et al., 2012). Det var svårt att få informanterna att berätta hur och vad de upplevde för egen del, de uttryckte sig ofta ”när vi...” eller ”det är många som...” Detta kan förstås bero på att studiens författare saknar tidigare erfarenhet av att intervjua och bristande intervjuteknik. Det skulle också kunna bero på att de förflyttningssituationer som åsyftades sker i samverkan med andra kollegor och att det därför är naturligt att referera till ”vi”, ”oss” eller ”man”. För att erhålla en djupare förståelse för informanternas erfarenheter av assisterad patientförflyttning hade intervjuerna kunnat kompletteras med observationer. Inom tidsramen för denna studie bedömdes detta dock inte vara möjligt.

Den metodologiska ansatsen var deduktiv och som teoretisk referensram vid analysen användes The Health Belief Model. Att använda en deduktiv ansats anses lämpligt om forskaren har för avsikt att utgå ifrån en teori, modell eller hypotes (Elo & Kyngäs, 2008; Rusell, Lubinsky & Domholdt, 2011). Begreppen inom HBM bedömdes svara väl mot syftet med studien samt även utgöra ett bra underlag för utvecklandet av en framtida utbildningsinsats i förflyttningskunskap för personal inom operationsverksamhet.

Avsikten i denna studie var att göra ett strategiskt urval då detta kan användas för att nå så stor variation som möjligt hos informanterna och därmed öka resultatens giltighet (Lundman et al., 2012). Intresserade av att delta besvarade bakgrundsfrågor för att i urvalet eftersträva att inkludera 1. vårdpersonal med olika yrkestitel som 2. ofta/sällan använde hjälpmedel, 3. hade/hade inte förflyttningutbildning samt 4. med/utan muskuloskeletala besvär de senaste 12 månaderna. Eftersom endast åtta personer anmälde intresse att delta i studien kunde ett strategiskt urval inte göras. Antalet deltagare bedömdes dock utgöra en lämplig urvalsstorlek för att kunna erhålla god informationskraft (engelska: Information power), så samtliga erbjöds att delta (Malterud et al., 2015).

Samtliga informanter var kvinnor vilket kan ses som en begränsning av urvalet och resultatets giltighet eftersom både män och kvinnor arbetar på operationskliniken avdelningar. Inga läkare ingick heller i urvalet, men det är undersköterskor och sjuksköterskor som oftast utför patientförflyttningar inom operationsverksamhet. Bland informanterna var det en relativt jämn fördelning mellan personal från ortoped- och kirurgoperation (4–3). Av informanterna hade tre stycken erhållit utbildning i förflyttningskunskap de senaste 5 åren, varav två inom det senaste året. Övriga fyra

informeranter hade inte erhållit någon utbildning alls eller inte på länge (> 5 år). Detta medförde en god spridning inom urvalet och kan ses som en styrka eftersom det ökar möjligheterna att få ämnet belyst utifrån olika erfarenheter (Lundman et al., 2012). Det kan dock inte ses som representativt för personalgruppen eftersom statistik från utbildningsenheten på sjukhuset visar att 6 personer av drygt hundra anställda vid aktuella avdelningar erhållit grundutbildning i förflyttningskunskap under de senaste 5 åren. Samtliga informanter uppgav att de använde hjälpmedel ofta eller mycket ofta, vilket under intervjuerna beskrevs som ett allmängiltigt förfarande på avdelningarna. En faktor som inte efterfrågades i bakgrundsinformationerna men som kan påverka deltagarnas kunskap inom ämnet är yrkeserfarenhet. Under intervjuerna framkom att det var en god spridning, från att ha arbetat 1,5 år till mer än 30 år inom vården, vilket ökar urvalets informationskraft (Malterud, et al., 2015). Hade en enkätstudie istället använts hade ett större urval kunnat ingå för att erhålla en större spridning och resultaten hade då kunnat ses som mer generaliserbara. Någon lämplig enkät utifrån studiens syfte, som var validitets- och reliabilitetstestad, hittades dock inte.

Studiens författare är medveten om att dennes roll och kunskaper inom förflyttningskunskap skulle kunnat påverka informanterna och har därför eftersträvat en neutral hållning under intervjuerna. Att en intervjuguide användes kan ses som ett sätt att minska risken att påverka deltagarna. En god förståelse i ämnet kan samtidigt vara betydelsefull under såväl datainsamling som bearbetning och öka resultatens tillförlitlighet (Lundman et al. 2012). Studiens författare har också eftersträvat att ge en noggrann beskrivning av urval, informanter och datainsamling för att stärka studiens trovärdighet och överförbarhet. I slutändan är det ändå läsaren som avgör om resultaten kan anses överförbara till en annan kontext och därför är det viktigt att tillvägagångssättet framgår tydligt (Graneheim & Lundman, 2003).

Den kvalitativa innehållsanalysen skedde utifrån en i förväg utarbetad kodningsmall som baserats på HBM och däri ingående begrepp. Tolkningsnivån var manifest, vilket innebär att det direkta, uppenbara innehållet i texten beskrivs i form av kategorier (Lundman et al., 2012). Analysarbetet var tidskrävande och upplevdes utmanande på grund av att begreppen inom HBM ligger relativt nära varandra och koder inom samma kategori ska höra ihop men bör inte tillhöra flera kategorier. Begreppen inom HBM bildade huvudkategorierna och ett par kategorier i kodningsmallen, men för att inkludera samtliga koder som svarade mot studiens syfte, lades flera kategorier till kodningsmallen (Graneheim et al., 2003). För att fördjupa analysarbetet och stärka studiens tillförlitlighet har materialet fortlöpande granskats av författarens handledare samt diskuterats dem emellan. Att diskutera

meningsskiljaktigheter upplevdes av författaren vara en givande process som medförde ett vidgat perspektiv. Inom kvalitativ forskning finns uppfattningen att flera tolkningar är möjliga och kan ses som giltiga fast de är olika, beroende på förståelsen hos den som tolkar. (Lundman et al., 2012).

En reflektion som gjorts av författaren under studien är att eftersom HBM beskriver faktorer som påverkar en individs benägenhet till beteendeförändring hade modellen sannolikt passat bättre att använda i en interventionsstudie för att t.ex. jämföra attityder före och efter en utbildningsinsats. Då resultaten i aktuell studie visar att hindren mot att använda ett säkert arbetssätt till stor del upplevdes bero på resursbrister och kollegors beteende, alltså omgivningsfaktorer, kunde Social Kognitiv Teori (Social Cognitive Theory på engelska, SCT) varit en lämplig teoretisk referensram att använda. En grundläggande del i denna teori är just omgivningsfaktorer, främjande och hindrande, som har betydelse för ett beteende. Teorin utgår ifrån att mänskligt beteende bygger på ett samspel mellan personliga, beteendemässiga och omgivande faktorer. Begreppet reciprocal determinism innebär att en eller en grupp individers beteende påverkas av omgivningen, men kan också omvänt ha påverkan på omgivningen. Enligt begreppet leder t. ex inte inlärning till en beteendeförändring om inte omgivningen stödjer det (McAlister, Perry & Parcel, 2008). Att använda HBM upplevdes ändå värdefullt eftersom informanternas upplevelser och erfarenheter av assisterad patientförflyttning till stor del omfattades av begreppen inom modellen.

Det begränsade urvalet och att assisterad patientförflyttning i studien bara omfattar förflyttningar i samband med operation minskar resultatens överförbarhet. Studien kan ändå ses som intressant eftersom det finns få kvalitativa studier inom området patientförflyttning som belyser upplevelser och erfarenheter hos vårdpersonal inom operationsverksamhet.

7 SLUTSATS

Assisterad patientförflyttning upplevdes vara förknippad med risk för att drabbas av belastningsbesvär hos vårdpersonal vid operationsavdelning. Att använda ett säkert arbetssätt som omfattar en bra arbetsställning, riktig teknik och att använda förflyttningshjälpmedel upplevdes innebära fördelar för såväl personal, som patient. De mest framträdande hindren mot att använda ett säkert arbetssätt vid assisterad patientförflyttning var bristande resurser samt kollegornas attityd och kompetensbrist. Dessa resultat kan vara viktiga att ta i beaktande vid utformandet av en utbildningsinsats och för att lyckas implementera ett nytt hälsoinriktat arbetssätt inom operationsverksamhet. Resultaten kan

även vara av intresse för såväl berörd arbetsledning, som de som arbetar med utbildning eftersom värdet av kunskap och färdighet i förflyttningskunskap behöver förankras i verksamhetens rutiner och övergripande riktlinjer för att åstadkomma en bestående beteendeförändring. Studien ger beskrivningar av förekommande upplevelser och erfarenheter av assisterad patientförflyttning hos vårdpersonal på operationsavdelning men för att erhålla en ökad förståelse skulle det vara intressant att komplettera studien med observationer av det faktiska tillvägagångssättet vid assisterad patientförflyttning.

REFERENSLISTA

AFS 2012:2 Arbetsmiljöverkets författningssamling om belastningsergonomi (2012).

AFS 2003:4 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (2003).

Ahrne, G. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Arbetsmiljöverket, arbetsställning och belastning – ergonomi. (2016). Hämtat från internet 17-02-27: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/arbetsställning-och-belastning---ergonomi/#1>

Bohannon, RW. (1999). Horizontal transfers between adjacent surfaces: forces required using different methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(7),851-3.

Broberg, C. & Lenné, R. (2016). Fysioterapi. Profession och vetenskap. Fysioterapeuterna.

Champion, V., & Sugg Skinner, C. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and education: Theory, research and practice* (pp.45-65) San Francisco: Jossey-Bass.

Davis, KG., & Kotowski SE. (2015). Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Human Factors*, 57(5), 754-92.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Garg, A., Kapellusch, JM. (2012). Long term efficacy of an ergonomic program that includes patient-handling devices on reducing musculoskeletal injuries to nursing personnel. *Human Factors* 54(4):608-25.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). The scope of health behavior and health education. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. (4th ed.) (pp.3-22). San Francisco: Jossey-Bass.

- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004), Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Hjalmarson, J. (2015). *Förflyttningsskunskap och ergonomi i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Hooft, van S.M., Dwarswaard, J., Bal, R., Strating, M.M., Staa, van AL., (2016). What factors influence nurses' behavior in supporting patient self-management? An explorative questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies*, 63(2016), 65-72.
- Hunter D., & Silverstein B. (2014). Perceptions of risk from workers in high risk industries with work related musculoskeletal disorders. *Work*, 49, 689-703.
- Kjellberg, Lagerström & Hagberg. (2004). Safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique. *Journal of Advanced Nursing*. 47(3):251-9.
- Kjellberg, K., Lindbäck, L., & Hagberg, M. (1998). Method and performance: two elements of work technique. *Ergonomics*, 41, 798-816.
- Koppelaar, E., Knibbe, H.J.J., Miedema, H., & Burdorf, A. (2012). The influence of ergonomic devices on mechanical load during patient handling activities in nursing homes. *The Annual Occupational Hygiene*, 56, 708-718.
- Lee, S-J., Faucett, J., Gillen, M., & Krause, N., & Landry L. (2010). Factors associated with safe patient handling behaviors among critical care nurses. *American Journal of Industrial Medicine* 53, 886-897.
- Lee, S-J., Faucett, J., Gillen, M., & Krause, N. (2013). Musculoskeletal pain among critical-care nurses by availability and use of patient lifting equipment: an analysis of cross-sectional survey data. *International Journal of Nursing Studies* 50, 1648-1657.
- Lee, S-J., Faucett, J., Gillen, M., Krause, N., & Landry, L. (2013). Risk perception of musculoskeletal injury among Critical nurses. *Nursing Research* 62, (1), 36-44.

- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M., Granskär & B., Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187–201) Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K., Siersma, V.K., & Guassora, A.D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research* DOI: 10.1177/1049732315617444
- McAlister, A.L., Perry, C.L., & Parcel, G. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. Rimer & K Viswanath (Eds.), *Health behavior and education: Theory, research and practice* (pp.169-188) San Francisco: Jossey-Bass.
- McGill, SM., & Kavcic, NS. (2005). Transfer of the horizontal patient: The effect of a friction reducing assistive device on low back mechanics. *Ergonomics*, 48(8), 915–929.
- Modern Arbetsteknik 3J AB. (2014). *Förflyttningskunskap, Anpassad instruktörsutbildning 7 dagar*, Utbildningsmaterial, version 13.09. Modern Arbetsteknik 3 J AB, Flöjelbergsgatan 7 A, 431 37 Mölndal.
www.modernarbetsteknik.se
- O’ Donell, JM., Goode, JS., Henker R., Kelsey, S., Bircher, NG., Peele, P., Bradle, J., Close, J., Engberg, R. & Sutton-Tyrell, K. (2011). Effect of a simulation educational intervention on knowledge, attitude and patient transfer skills: from the simulation laboratory to the clinical setting. *Simulation Healthcare*, 6(2):84-93.
- Russell, C., Lubinsky, J., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation research, principles and applications*, 4 ed. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Salmani Nodooshan, H., Choobineh, A., Razeghi, M., & Shahnazar, T. (2016). Designing, prototype making and evaluating a mechanical aid device for patient transfer between bed and stretcher. *International Journal of Occupational Safety Ergonomics*. 31, 1–28. DOI: 10.1080/10803548.2016.1274161.
- Schoenfisch, A., Myers, D., Pompeii, L., & Lipscomb, H. (2011). Implementation and adoption of mechanical patient lift equipment in the hospital setting: The importance of organizational and cultural factors. *American Journal of Industrial Medicine* 54:946–954.

- Skoglund-Öhman, I., & Kjellberg, K. (2011). Factors that influence the use of safe patient transfer technique in home care service. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), 433-444.
- Skotte, J., H., & Fallentin, N. (2008). Low back injury risk during repositioning of patients in bed: The influence on handling technique, patient weight and disability. *Ergonomics*, 51, 1042-1052.
- Tomioka, K., Higuchi, Y., & Shindo H. (2007). A validation study of devices designed to reduce loads in provision of care: whether these assistive devices are used, or not, and whether work posture is appropriate or not. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 49(4), 113-21.
- Trinkoff, AM., Brady, B., & Nielsen, K. (2003). Workplace prevention and musculoskeletal injuries in nurses. *Journal of Nursing administration*. 33(3), 153-8.
- Trinkoff, AM., Lipscomb, JA., Geiger-Brown, J., Storr, CL., & Brady, BA. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal Preventive Medicine* 24(3), 270-5.
- Verbeek, J., Martimo, K-P., Kuijer, P., Karppinen, J., Viikari-Juntura, E., & Takala E-P. (2012). Proper manual handling techniques to prevent low back pain, a Cochrane systematic review. *Work* 41, 2299-2301.
- Vetenskapsrådet, Codex. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2017-02-16 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Weiner, C., Kalichman, L., Ribak, J., Alperovitch-Najenson, D. (2016). Repositioning a passive patient in bed: Choosing an ergonomically advantageous assistive device. *Applied Ergonomics* 60(2017), 22-29.
- Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning: från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Informationsbrev inför medverkan i studien: ”Patientförflyttning – tankar och erfarenhet hos vårdpersonal inom operationskliniken”

Under vårterminen 2017 ämnar jag, Pernilla de Flon-Forsberg, leg Fysioterapeut och utbildningssamordnare, göra ett magisterexamensarbete vid Mälardalens Högskola.

Syftet med intervjustudien är att undersöka tankar kring och erfarenheter av assisterad patientförflyttning hos sjukvårdpersonal inom operationskliniken. Studien kan ge värdefull information som grund för åtgärder i syfte att minska fysisk arbetsbelastning och förbättra rutiner vid patientförflyttning.

Om du är intresserad av att delta i studien, ber jag dig att svara på tre bakgrundsfrågor samt uppge dina kontaktuppgifter på bifogat formulär. Därefter kommer jag att inom en vecka kontakta dig för att boka tid för intervju. Intervjun tar ca 60 minuter och sker på arbetstid, enskilt i lokal på sjukhuset: på Rehabenheten medicin, på Lärcentrum eller annan lokal utifrån dina önskemål.

Intervjun kommer att spelas in och därefter renskrivas ordagrant av mig. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga att du inte kommer att kunna identifieras varken som individ eller utifrån dina svar i det färdiga examensarbetet. Intervjumaterialet kommer att förvaras kodat i låst arkivskåp. När examensarbetet är godkänt av examinator, raderas allt material. Enbart studenten och handledaren har tillgång till materialet. Studien kommer att ske under vetenskaplig handledning och du får ta del av den om så önskas. Studien kommer även publiceras i Digitala Vetenskapliga Arkivet, DIVA.

Att delta i studien är naturligtvis frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att behöva ange någon orsak. Har du några frågor så kontakta mig eller min handledare:

Pernilla de Flon-Forsberg

Leg. Fysioterapeut och Utbildningssamordnare

Magisterstudent Mälardalens Högskola

pernilla.de.flon.forsberg@regionvastmanland.se

Tel. 021-17 52 43

Handledare: Maria Sandborgh

Lektor Mälardalens högskola,

Avdelningen för fysioterapi

maria.sandborgh@mdh.se

Tel. 021-101395

BILAGA B

Bakgrundsfrågor.

Namn:

Profession:

Mailadress:

Telefon:

Hur ofta använder du förflyttningshjälpmedel under en arbetsdag?
(utgå ifrån den senaste månaden)

Mycket ofta

Ofta

Sällan

Mycket sällan

Har du gått någon förflyttningsutbildning under de senaste 5 åren?

Ja

Nej

Har du, eller har haft besvär från rygg, nacke och/eller axlar de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej

BILAGA C

Frågeguide.

Intervjuaren inleder med att informera om vad som menas med assisterad patientförflyttning och att det är det som informanten ska ha i åtanke under intervjun.

1. Tankar och erfarenheter av patientförflyttning.

- *Kan du berätta om dina tankar och erfarenheter av assisterad patientförflyttning*

2. Förmåga att utföra assisterad patientförflyttning.

- *Hur ser du din egen förmåga att utföra assisterad patientförflyttning?*

- *vad är du nöjd/missnöjd med?*

- *Vad tycker du underlättar/försvårar för dig att utföra assisterad patientförflyttning?*

- *Vilka möjligheter har du att påverka ditt sätt att göra assisterad patientförflyttning?*

3. Tankar om och erfarenheter av belastningsbesvär på grund av patientförflyttning.

- *Hur ser du på risken att få ont i rygg, nacke, axlar eller någon annan stans på grund av de assisterade patientförflyttningar som du gör i ditt arbete?*

- *Vad tror du det skulle innebära för dig att ha ont i muskler och leder?*

- *Vad tycker du påverkar risken att drabbas av belastningsbesvär i samband med assisterad patientförflyttning?*

4. Användande av hjälpmedel.

- *Vilka erfarenheter har du av att använda förflyttningshjälpmedel?*

- *Vad underlättar/försvårar för dig att använda förflyttningshjälpmedel?*

Tillägg;

Berätta mer!

Hur menar du nu?

Samt återkoppling – har jag förstått dig rätt...?!

BILAGA D

Kodningsmall.

Huvudkategori	Kategori	Underkategori
Upplevt hot	Upplevd riskfaktor	
	Upplevd utsatthet	
	Upplevd allvarlighet/konsekvenser	
Upplevda fördelar		
Upplevda hinder		
Tilltro till sin förmåga		
”Underlättare”	Interna faktorer	
	Externa faktorer	

