



EVALUERING AF SUNDHEDSPERSONA-
LES ANVENDELSE AF FORFLYTNINGS-
HJÆLPEMIDLER TIL PATIENTFORFLYT-
NINGER I ETABLERET KLINISK PRAKSIS
PÅ ET HOSPITAL I REGION NORDJYL-
LAND

Specialeprojekt



1. JUNI 2016
AALBORG UNIVERSITET

Evaluering af sundhedspersonales anvendelse af forflytningshjælpemider til patientforflytninger i etableret klinisk praksis på et hospital i Region Nordjylland

Opgavetype:

4. Semester projekt

Speciale projekt

Kandidatuddannelse i Klinisk Videnskab og Teknologi

Aalborg Universitet

Studiegruppe:

16gr10506

Gruppemedlemmer:

Maibritt Vestergaard Iversen

Mette Thiessen

Afleveringsdato:

1. juni 2016

Sideantal:

108

Anslag med mellemrum:

261.396

Bilagsantal:

7

Vejleder:

Lotte N. S. Andreasen Struijk, lektor ved institut for medicin og sundhedsteknologi

Resumé

Introduktion: På landets sygehuse foretager sundhedspersonale mange forflytninger af patienter for at mobilisere dem i rehabiliteringssituationen. Tilsvarende assisterer terapeuterne patienten i træningssituationer for at øge patientens funktionsniveau i behandlingssituationen. Patienten guides i aktiviteten, og i disse situationer anvendes der også diverse forflytningshjælpemidler.

Den foreliggende forskning dokumenterer ikke, at anvendt forflytningsteknik mindsker de arbejdsrelateret muskelbelastningsskader hos sundhedspersonale. I stedet dokumenteres det, at ergonomiske tilgange som politikker og retningslinjer for patientvurdering, begrænsning af løft og brug af hjælpemidler reducerer arbejdsrelaterede muskelbelastningsskader hos sundhedspersonale.

Ergo- og fysioterapeuter har risiko for skader i forbindelse med forflytning af patienter, og der kan ud fra international forskning og erfaringer foretages tiltag for at sikre både terapeuter og patienter og samtidigt bibeholde patientens rehabilitering. Med baggrund i forskelle i kultur og sygehusorganisering fremstår et behov for dansk forskning i terapeuters anvendelse af hjælpemidler til rehabilitering af patienter.

Der eksisterer dog mange barrierer i forhold korrekt anvendelse af hjælpemidler i praksis, hvorfor der i dette projekt undersøges terapeuters og andet sundhedspersonales anvendelse af hjælpemidler til patienthåndtering, og terapeuters holdning til anvendelsen af hjælpemidler. Efterfølgende er der vurderet anbefalede tiltag for at forbedre sikkerheden for ergo- og fysioterapeuter, der foretager forflytning af patienter i selve forflytningssituationen fra seng til stol på et hospital i Region Nordjylland.

Metode: Projektet følger PDSA-modellens proces, idet der udføres en undersøgelse efter indførelsen af en handleplan, og der gives forslag til, hvordan man kan tilpasse handleplanen, og forbedre praksis. Dette er i forbindelse med et strakspåbud i forhold til at terapeuter udfører forflytninger.

Undersøgelsen indeholder kvalitative semistrukturerede observationer og interviews med terapeuter, der foretager daglige forflytninger i forbindelse med rehabilitering af patienter. For at afdække informanternes refleksioner om deres praksis og holdningen til anvendelse af hjælpemidler, er den metodiske struktur baseret på anvendelse af TEKU-modellen. Efterfølgende er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse om terapeuternes og andet sundhedspersonales anvendelse af hjælpemidler.

Resultat: I spørgeskemaundersøgelsen findes der for sundspersonalet, at 43 % bruger hjælpemidler 1-3 gange om dagen, 7 % bruger hjælpemidler 4-6 gange om dagen og 50 % bruger hjælpemidler 7-9 gange dagligt. Igennem observationerne og interviews er der fundet at, terapeuterne foretager planlægning inden forflytningerne, hvor der foretages risikovurdering, vurdering af patienten, og der overvejes valg af hjælpemidler.

Igennem informanternes udtalelser er der fremkommet en positiv holdning til anvendelsen af hjælpemidler. De oplever dog, at der er barriere i forhold til deres kompetencer og erfaring med hjælpemidlerne, hvorfor nogle terapeuter føler sig utrygge ved anvendelsen af hjælpemidler.

Mange udtaler, at hjælpemidler skåner terapeuterne for mange tunge løft, og anvendelsen af hjælpemidler gør patienten mere aktiv i forflytningen, samt at patienten kan mobiliseres tidligere i forløbet. Nogle terapeuter føler, at hjælpemidler støtter samarbejdet terapeuter imellem og i arbejdet med patienten.

For at undgå, at terapeuterne foretager de tunge løft og u hensigtsmæssige forflytninger, så er der i den situerede praksis foretaget tiltag med indkøb af nye hjælpemidler som Walker og ReTurn. Der opleves dog problemer i form af, at Walker er stor og u-handy, at have med at gøre, og der opleves en problemstilling ved, at kommunerne ikke har ReTurn til patienterne, når de kommer hjem fra sygehuset. Terapeuterne har begrænset indsigt i indførelsesprocessen på det besøgte Regionshospital, og de vil gerne være en del af idéfasen, når der skal indkøbes nye teknologier til afsnittet, samt derudover ønskes, at afprøvning og udbredelsen af anvendelsen af hjælpemidler foretages, så hjælpemidlerne bliver afprøvet flere gange under introduktion, og terapeuterne dermed opnår bedre kendskab til hjælpemidlet. I rapporten udarbejdes forslag til relevante tiltag med forbedringer af nuværende handleplan.

Diskussion: Det fremgår af projektets resultat, at dette er tilsvarende en anden dansk spørgeskemaundersøgelse i forhold til anvendelsen af hjælpemidler hos sundhedspersonale, der dagligt foretager forflytning. Projektets spørgeskemaundersøgelse underbygger denne viden, og videre tilføjer den viden om, hvilke hjælpemidler sundhedspersonale anvender.

Der er tidligere i danske studier belyst, at der kan foretages holdningsændring til hjælpemidler og anvendelse heraf hos medarbejdere i hospitalsregi med ergonomiske tiltag og øgning af hjælpemidler, hvilket også understøtter den valgte tiltag. Terapeuternes refleksioner om deres praksis er tilsvarende sygeplejerskers holdning om praksisfællesskabets betydning for professionen, ligesom der ses ligheder i forhold til modstanden, der er i forbindelse med forandringer.

Det er en begrænsning for dette studie, at det er foretaget på en lille gruppe informanter, samt at resultaterne afspejler den casebaserede praksis. Ved en validering af dette eksemplificeret casestudie kan det derfor kritiseres, at der ikke nødvendigvis er samme holdning og barriere ved anvendelsen af hjælpemidler i andre terapeutiske praksis.

Evaluation of health professionals using of patient handling devices for patient transfer in established clinical practice in a hospital in North Denmark Region

Type of assignment:

4. Semester group assignment

Master's Thesis

Master of Clinical Science and Technology

Aalborg University

Group identification:

16gr10506

Group members:

Maibritt Vestergaard Iversen

Mette Thiessen

Date of completion:

June 1th, 2016

Pages:

108

Characters with spaces:

261.396

Annexes:

7

Supervisor:

Lotte N. S. Andreasen Struijk, lector Department of Health Science and Technology, Aalborg University

The content of this paper is publicly available but citations (with references) are only allowed with permission from the authors, based upon the Danish law of copyright no. 1144 by October 23th 2014

Abstract:

Introduction: In rehabilitation situations in hospitals, healthcare personnel transfer patients to mobilize them, and therapists assist patients in training situations to increase the patient's functional level.

In these situations, lift aid devices are used while the patient is guided in physical activities. Research shows that transfer techniques do not reduce work-related muscle strain injuries. With an ergonomic approach, such as policies on patient assessment, reducing lift and use of assistive devices, reduces muscle strain injuries among health care workers, however, occupational therapists and physiotherapists are at risk for these injuries.

Initiatives can be taken to ensure both therapist and patient as well as keeping the patient's rehabilitation, which shows the need for research for therapist's use of devices for rehabilitation of patients. However, there exists many barriers against the correct use of these devices in practice. Therefore, in this project we examine the therapist and other health care workers use of devices in handling and the therapist's position in the usage of devices as well as recommendations to improve safety factors for occupational and physiotherapists that in fact, transfer patients from bed to chair in a hospital in Region Nordjylland.

Method: The project follows a PDSA model, as an investigation after the introduction of an action plan, in connection with an immediate injunction in relation to therapists performing transfers, and offers suggestions on how to adapt the action plan, and improve practice.

The study includes qualitative semi-structured observations and interviews with therapists who make daily transfers in connection with the rehabilitation of patients. To uncover participants' reflections on their practice and attitude to use of aids devices, was the methodical structure based on the use of the Teku model. In addition, a survey was taken of therapists' and other professionals' use of aid devices.

Result: In the survey it showed that for health care staff, 43 % used devices 1-3 times a day, 7 % use 4-6 times a day and 50 % use 7-9 times per day. Through observations and interviews, it has been found that therapists preplanned before transfers were performed, where risk, assessment of the patient and considered choice of aid devices were evaluated.

Through participants' opinions, a positive attitude to the use of auxiliary-devices has appeared. They experience, however, that there is a barrier as to their skills and experience towards devices, which is why some therapists feel uncertain in the use of aid devices.

Many experts agree that aid devices protect them from heavy lifting and make the patient more active in the transfer, and the patient can be mobilized earlier. Some therapists feel that aids support the cooperation between therapist and patient. To avoid therapists making heavy lifts and inappropriate transfers, efforts included the purchase of new equipment such as Walker and Return. However, experience showed problems that Walker was big and unhandy to work with. In relation to the use of ReTurn, the biggest problem participants experienced was that the city municipality did not have ReTurn available to patients when they returned home from the hospital. Besides this, the therapists have limited insight into the introduction process at the hospital. There are opinions that the participants would like to be a part of the concept phase during the purchase of new technologies for their section, and that the testing and deployment of the use of aid devices should involve that the devices are used several times during the introduction so therapists are fully introduced to the device. A relevant report should include the action needed for an improvement of the present Action Plan.

Discussion: The project's result is similar to another Danish survey in relation to the use of assistive devices by healthcare professionals who daily make transfers. The project survey reinforces this knowledge and adds knowledge to which aid device health-care professionals use.

Therapist reflections on their practices are similar to nurses' attitude about practical importance for the profession and the resistance that is associated with change. There are earlier Danish studies that highlighted that there can be a change of attitude towards aid devices and their use by employees in hospitals with ergonomics that will increase the use of aid devices. This supports our selected actions. The limitations of this study is that it is conducted on a small group of participants, and the results reflect the present practice, which is not necessarily the same attitude and/or barrier to use of aid devices in other therapeutic areas.

Forord

Denne specialerapport er udarbejdet af studerende fra 4. semester af kandidatuddannelsen i klinisk Videnskab og teknologi ved institut for medicin og sundhedsteknologi, Aalborg universitet. Specialerapporten er udarbejdet i projektperioden februar 2016 til juni 2016. Studiegruppen består af to studerende, som har en sundhedsfaglig baggrund, bestående af én ergoterapeut og én fysioterapeut.

Som baggrund for at dette projekt opstod var, at studiegruppen har en fælles interesse inden for arbejdsmiljø og har en underen, hvorfor der hos sundhedspersonale bliver givet strakspåbud fra arbejdstilsynet.

Resultaterne fra denne specialerapport henvender sig til alle, der har en interesse inden for arbejdsmiljø og interesse for, hvordan nye tiltag med udgangspunkt i teknologier til personforflytning kan implementeres.

Til sidst skal der være en stor tak til følgende:

Informanter, der har deltaget under dataindsamlingen, og i den forbindelse skal der også lyde en tak til de patienter, der sagde ja til, at vi måtte observere terapeuterne udføre deres arbejde.

Et regions hospital i Nordjylland, for samarbejdet om at gøre det muligt, at vi har kunne indsamle data til projektet.

Welfare Denmark for deres vidensdeling omkring deres produkt virtuel forflytning samt kommunerne, som har deltaget i interview omkring brugen af virtuel forflytning.

Derudover vil vi gerne sige en tak til familie og venner, som har støttet os i gennem hele uddannelsen.

Til sidst vil vi gerne sige tak til vores vejleder Lotte N.S. Andreasen Stuijk, Lektor ved Aalborg Universitet, for konstruktiv vejledning og sparing igennem hele projektperioden.

Læsevejledning

I rapporten anvendes Vancouver som referencesystem. Referencerne er genereret i Mendelay. Referencerne er indsat efter afsnit, hvor referencen står efter punktum og ved enkeltstående sætninger inden punktummet. Henvises i teksten til referencens forfatter(e) er referencen indsat efter forfatterens/forfatternes navn.

Dette projekt omhandler en evaluering af anvendelse af forflytningshjælpemidler og arbejdsrutiner forbundet med anvendelsen af disse. Forflytningsteknologiens og professionernes historiske perspektiv indgår ikke i denne rapport og indsigt i dette overlades til læseren som supplerende baggrundsviden, da det forventes at en læser med sundhedsprofessionsfaglighed har kendskab til dette, ligesom forfatterne har indsigt i dette gennem deres professionsbaggrund.

Når der i rapporten tales om forflytning, så vil der hele tiden være tale om forflytningssituationer, som foregår på et sygehus, og derfor er det forflytning af personer. Hvis der er tale om andre forflytningssituationer, vil dette stå i forbindelse med det nævnte.

Indhold

1. Indledning	1
2. Projektgruppens forforståelse	2
3. Problemfelt	3
3.1 Samfundsmæssigt perspektiv	3
3.2 Politisk fokus på arbejdsmiljø	5
3.2.1 Forflytningsmetode ifølge Arbejdstilsynet.....	6
3.2.2 Tilsyn i virksomhed	8
3.3 Undervisning af personale	9
3.4 De grundlæggende principper for forflytning	9
3.4.1 Arbejdsstillingens betydning for belastningen	11
3.4.2. Biomekanisk perspektiv	11
3.4.3. Ergonomiske stillinger.....	11
3.4.4. Løft af objekter	11
3.5 Den gode og dårlige forflytning	12
3.6 Forflytningshjælpemidler.....	13
3.6.1 Anvendelse af hjælpemidler.....	13
3.6.2 Redskaber til forflytning.....	14
3.7 Fremtidens forflytning	15
3.7.1 Teknologiske hjælpemidler	16
3.7.2 Robotter	16
3.7.3 Virtuel Forflytning i Danmark	19
3.7.4 Virtuelt hospital	20
3.8 Teknologianvendelses betydning	20
3.9 Problemanalyse	21
3.9.1 Brugen af hjælpemidler nedsætter arbejdsskader	21
3.9.2 Terapeuter er ikke immune over for skader ved forflytning	23

3.9.3	Terapeuters anvendelse af og holdning til hjælpemidler	24
3.9.4	Opsummering på problemanalysen	24
3.10	Problemformulering.....	25
3.11	Afgrænsning	25
4.	Metode og teori.....	26
4.1	Studiedesign	26
4.2	Empirimetode	29
4.3	Videnskabelig tilgang	29
4.4	Litteratursøgning	30
4.5	Casestudiet som forskningsdesign	31
4.5.1	Casebaseret praksis	32
4.6	Valg af informanter	33
4.7	Etik	33
4.8	Præinterviews.....	34
4.9	Observationer.....	35
4.9.1	Databearbejdning af observationer	37
4.10	Interviews	37
4.10.1	Interviewguide for interview på Regionshospitalet	39
4.10.2	Tematisering og analyseproces	40
4.10.3	Databearbejdning	44
4.11	Spørgeskema	45
4.11.1	Udarbejdelse af spørgeskema	45
4.11.2	Bearbejdning af spørgeskema	46
4.12	Triangulering af metoden	47
4.13	Forbedringsmodel, PDSA-modellen.....	48
4.14	Ramme for analyse.....	49
4.14.1	Praksisfællesskaber	49

4.14.2 Implementering	51
5. Præsentation og analyse af fund.....	54
5.1 Præsentation af fund.....	54
5.1.1 Observationer	54
5.1.2 Interviews.....	56
5.2 Analyse	58
5.2.1 T – Teknologi	58
5.3 E – engagement.....	61
5.3.1 Planlægning i situeret praksis	61
5.3.2 Hjælpemidlers anvendelse i arbejdsrutiner	65
5.3.3 Risikofyldt arbejdsbyrde.....	65
5.3.4 Hjælpemidler før og nu.....	66
5.3.5 Konsekvens af anvendelse af forflytningshjælpemidler	69
5.3.6 Samarbejde imellem terapeuter og med patienten	71
5.3.7 Motivation og holdning.....	72
5.4 K – komplekse veje.....	73
5.4.1 Afdelingens værdier og normer.....	73
5.4.2 Øget anvendelse af hjælpemidler	75
5.4.3 Indførelse af nye tiltag	76
5.4.4 Retningslinjer på stedet.....	77
5.5 U – Udvikling af professionsfaglighed	78
5.6 Resultat af spørgeskema.....	80
5.7 Syntese af teknologianvendelsen i situeret praksis	83
6. Tiltagssyntese med videreudvikling af handleplan	87
6.1 Retningslinjer individuelt for afdelingen	87
6.2 Fokus på anvendelsen af hjælpemidler.....	87
6.3 Virtuel Forflytning.....	88

6.3.1 Kommunal skriftlig dokumentation	88
6.3.2 Målgruppe for anvendelse af programmet	89
6.3.3 Programmets funktioner	90
6.3.4 Tiltag med ekstern virksomhed som kursusudbyder	91
6.3.5 Økonomi	91
6.3.6 Andre programmer	91
6.4 Relevante hjælpemidler	92
7. Diskussion	94
7.1 Resultatdiskussion	94
7.1.1 Anvendelse af hjælpemidler	94
7.1.2 Holdningsændring	96
7.1.3 Risikofyldte forflytningssituationer	97
7.1.4 Arbejdstilsynets krav	98
7.1.5 Terapeuters refleksioner om situeret praksis.....	99
7.1.6 Praksisfællesskab betydning iforhold til læring.....	100
7.2 Metode diskussion.....	101
7.2.1 Samarbejdet med eksterne part	101
7.2.2 Dataindsamlingsmetoder	102
7.2.3 Datamætning	103
7.2.4 Metodekritik	103
7.2.5 Verifikation af spørgsmål.....	104
7.2.6 Litteratursøgning.....	105
8. Konklusion.....	106
9. Perspektivering.....	108
10. Litteraturliste	109
Figur 1:Antal anerkendte skader (2).....	3

Figur 2: Antal anmeldte skader (2).....	3
Figur 3: Skema over vægt fordeling (18).....	12
Figur 4: Projektets vej fra problem til perspektivering	26
Figur 5: De syv stadier i følge Kvale (86).....	39
Figur 6: Triangulering mellem dataindsamlings teknikker.....	47
Figur 7: Udførelse af PDSA-modellen. (95).....	48
Figur 8 PDSA-modellen (105).....	49
Figur 9: Fordelingen af fundene temaer efter meningskondensering.....	57
Figur 10: Resultat fra spørgeskemaundersøgelse, Procentsats for anvendte hjælpemidler	81
Figur 11: Procentvis af oplæring af ReTurn Figur 12: Procentvis i oplæring af Walker.....	82
Figur 13: Helhed af meningkondensering ud fra TEKU-modellen	83
Tabel 1: Procentvis fordeling af smerter i ryg, nakke/skulder og knæ (11)	4
Tabel 2: Fokuspunkter til arbejdspladsvurdering ved personhåndtering.....	7
Tabel 3: Antallet af påbud på området for personforflytning. (2)	8
Tabel 4: Oplevelsen af rygskeer ved baseline og follow-up (62).....	22
Tabel 5: Et eksempel på PICO.....	30
Tabel 6: Eksempel på litteratursøgning med MeSH og fritekst	31
Tabel 7: Eksempler på observationsfund.....	54
Tabel 8: Eksempler på udtalelser fra interviewene	57

1. Indledning

Arbejdsmiljøet på de danske arbejdspladser er reguleret af en lang række love og bekendtgørelser. Det er Arbejdstilsynet, der er tilsynsførende myndighed i forhold til arbejdsmiljøet på alle landets arbejdspladser, og dermed er det også Arbejdstilsynet, der foretager tilsyn med arbejdsmiljøet inden for sundhedssektoren. Den danske arbejdsmiljøindsats indebærer, at myndighederne holder uanmeldte tilsyn med virksomheder, hvor de kan give forskellige anbefalinger eller påbud (1). Ser man på, hvor mange strakspåbud, der blev givet i 2015, var det oppe på 46 strakspåbud i forbindelse med personforflytninger (2).

Der er politisk planlagt besparelser på sundhedsområdet for over 2 milliarder i år 2016. Denne besparelse kan ses i, at sygehusene blandt andet vil have færre sengepladser og færre medarbejdere til stigende antal patienter (3). Selvom der er færre senge og personale, skal indlæggelsestiden være så kort som mulig, og dette kræver effektiviseringer.

Samtidigt er der politisk lagt op til, at der skal være fokus på nye teknologiske løsninger, som skåner sundhedspersonalet i deres arbejdsbyrde for at undgå, at der kommer flere strakspåbud i forbindelse med besparelserne i regionerne (3). I år 2014 blev der anmeldt 3.054 erhvervssygdomme fra sundhedsvæsenet og sociale foranstaltninger (4). For at mindske antallet af skader er der politisk lagt op til, at der udvikles, afprøves og implementeres nye eller allerede anvendte hjælpemidler. Dette skal gøres ved at afprøve og indføre hjælpemidler i den enkelte virksomhed. (5) For at kunne gøre dette på en god måde er det vigtigt, at ledelsen og politikere kender medarbejdernes perspektiv. Dette syn kan være usynlig for ledelsen og politikere, og derfor giver denne rapport et videnskabeligt udbytte i form af at afdække dette perspektiv i en casebaseret tilgang. Projektrapporten giver indsigt i arbejdsmiljøindsatsens relevans på forflytningsområdet på danske hospitaler i forhold til dets fortsatte politiske fokusområde, og samtidigt bidrager dette til at supplere grundlaget for overvejelser om at udføre besparelser eller investeringer på området, hvor der fortsat er behov for at gøre en indsats med relevante tiltag for at mindske skader hos de sundhedsprofessionelle. (3,6)

Projektet fokuserer på forflytninger på danske hospitaler og nedsættelsen af skader hos de sundhedsprofessionelle. Strakspåbud angående personforflytninger vakte projektgruppens interesse for arbejdsmiljøindsatsen med tiltag i den enkelte virksomhed, og i denne forbindelse fokuseres der på en specifik organisation, der har modtaget et strakspåbud og udarbejdet en handleplan. Der gives i rapporten forslag til tiltag for at forbedre forflytningssituationen i den situerede praksis.

Målgruppen for resultatet af dette speciale er først og fremmest sundhedspersonale, der arbejder med personforflytning på sygehus og hospitaler. En sekundær målgruppe kunne være terapeuter,

der foretager personforflytninger. Disse vil kunne bruge resultatet mere professionsrettet, da dataindsamlingen er foregået med terapeuter.

2. Projektgruppens forforståelse

Som terapeuter består forforståelse af, at ergoterapeuter og fysioterapeuter ofte sætter deres eget arbejdsmiljø til side for at sikre, at patienten føler sig tryk, når de forflyttes fra sengen til stolen. Ses der på, hvordan det opleves, så er det oftest i starten af den første arbejdsperiode, at man gerne vil have "hands-on" frem for at bruge hjælpemidlerne. Samtidigt skal patienterne have så kort en indlæggelse som muligt, så derfor skal deres behandling gå hurtigt, hvilket kan betyde, at patienten kommer hurtigere ud af sengen, hvilket er en risikofyldt situation for medarbejderne, og derfor bliver arbejdsmiljøet tilsidesat.

Projektgruppen har også en forforståelse af, at der findes retningslinjer internt i organisationen, som medarbejder skal følge, og disse medvirker til at effektivisere og professionalisere behandlingen (7,8). Når ergoterapeuten og fysioterapeuten udfører sin daglige profession, kan medarbejderen opleve at skulle udføre sit arbejde med et dagligt modsætningsforhold mellem arbejdsmiljøhensyn, effektiviseringer og interne retningslinjer for arbejdets udførelse.

3. Problemfelt

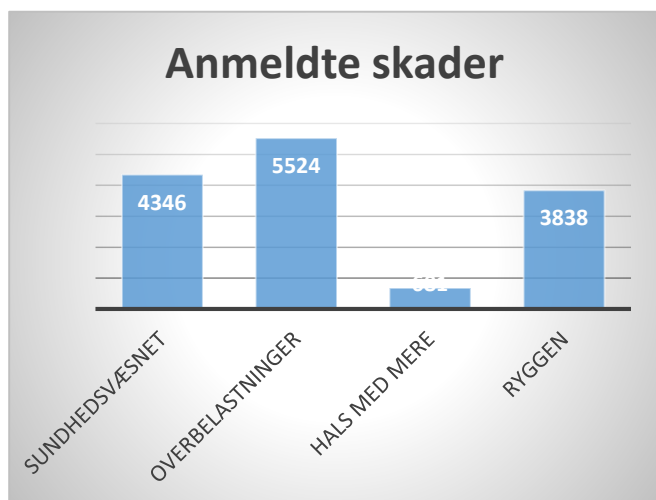
I dette vil skadesomfanget for forflytninger hos sundhedspersonale blive afdækket samt belysning af det politiske fokus på arbejdsmiljøet. Det analyseres også, hvordan man bør forflytte en patient samt hvilke hjælpemidler, der er anvendelige til dette. Til sidst vil der blive beskrevet nye teknologiske løsninger til forflytninger for at mindske skadesomfanget.

3.1 Samfundsmæssigt perspektiv

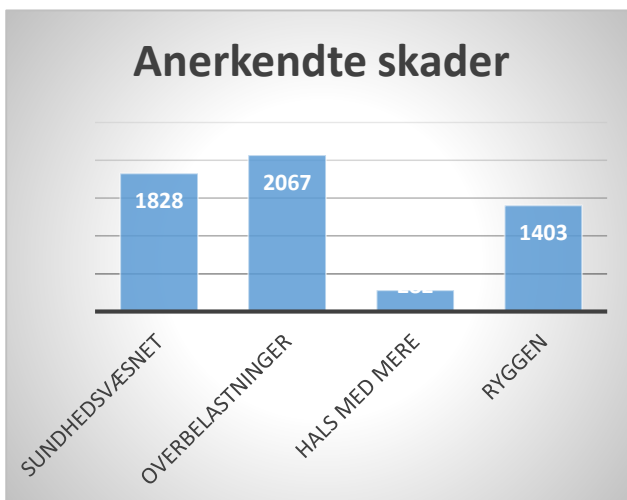
Formålet med dette afsnit er at gøre det klart hvor mange i sundhedssektoren, der oplever arbejdsskader, samt hvad dette koster samfundet.

Antallet af anmeldte og anerkendte skader i 2014 for sundhedsvæsenet og sociale foranstaltninger ligger på 4.346 anmeldte skader, hvoraf 1.828 er blevet anerkendt. Ser man på, hvor mange anmeldelser, der er indgivet på grund af overbelastninger for alle arbejdsgrupper, ligger dette på 5.524 skader, hvoraf 2.067 blev anerkendt som skader. Overbelastningsskaderne kan blandt andet være forårsaget af, at arbejdsteknikken indebærer dårlige løft og vrid. Dette viser, at der opstår arbejdsskader hos alle arbejdsgrupper, men der er i den systematiske litteratursøgning ikke fundet nærmere tal på hvor mange, der inden for hospitaler oplever arbejdsskader på grund af forflytninger. Tilsvarende har det ikke været muligt at finde opgørelse for antallet af disse arbejdsskader specifikt indenfor terapeuternes arbejdsområde.

Ses der nærmere på skadens placering, er der anmeldt 681 skader for hals med mere, og for ryggen er der anmeldt 3.838 skader (se figur 2). Antallet af anmeldte skader på hals med mere, er steget i forhold til 2010, hvor antallet af skader var nede på 576. Antallet af anmeldte rygskader er faldet



Figur 2: Antal anmeldte skader (2)



Figur 1: Antal anerkendte skader (2)

ganske lidt i forhold til 2010, hvor antallet af skader var oppe på 4.035. Andelen, der har fået anerkendt deres skader i 2014, var på 282 halsskader og 1.403 anerkendte rygskeer (se figur 1). (4)

Disse områder, der er valgt at se på, er udvalgt med baggrund i, at det er områder på kroppen, som er udsat, når man laver forflytninger. Disse tal er fordelt ud på alle arbejdsgrupper i Danmark. Der findes ingen specifikke tal på, hvor mange af disse anerkendte skader, der er for sundhedspersonale.

I en stikprøve i form af en spørgeskemaundersøgelse fra 2014 (9) med ca. 27.000 danske lønmodtagere som deltagere svarede 6,7 %, at de har været udsat for én eller flere arbejdsulykker, der har resulteret i sygefravær på mere end én dag. Dette tal er steget fra 6,5 % i 2012. Disse tal er gældende for alle arbejdsgrupper. Ud fra spørgeskemaet er gennemsnittet, der har været udsat for en eller flere arbejdsulykker, på 6,68 %. Går man længere ind og vælger at se på gruppen, der foretager forflytninger, for eksempel fysio- og ergoterapeuter, så ligger de procentvis under det samlede gennemsnit for alle grupper, nemlig 3,7 %, der har været udsat for en eller flere arbejdsulykker. (9) Dette vil sige, at fysio- og ergoterapeuter oplever færre arbejdsulykker end andre brancheområder; dog er de stadig i risikogruppen for arbejdsulykker (10). Der er i den systematiske litteratursøgning ikke fundet tal, der siger, hvor mange skader, der er forårsaget på grund af forflytninger, da disse indgår i den samlede gruppe for den registrerede skadestype. Hvis man får en skade i ryggen, kan den være forårsaget af forflytning, men gruppen af skadeslidte indeholder også andre skadesbegrundelser.

Table 1: Procentvis fordeling af smerter i ryg, nakke/skulder og knæ (11)

Musculoskeletal pain	Mean (SD) or percentage
Low Back pain (%)	
Pain intensity 0-2	50 %
Pain intensity 3-5	38 %
Pain intensity >5	12 %
Neck/shoulder pain (%)	
Pain intensity 0-2	46 %
Pain intensity 3-5	37 %
Pain intensity >5	17 %
Knee pain (%)	
Pain intensity 0-2	76 %
Pain intensity 3-5	18 %
Pain intensity >5	6 %

Ifølge Danmarks statistik blev der i hele landet fordelt på alle arbejdsgrupper tildelt 129.522 førtidspensioner i 2014 (12), og dette tal skyldes ikke udelukkende arbejdsskader. I 2015 første 3 kvartaler er 12,64 % af alle tildelte førtidspensioner tildelt personer med lidelser i bevægeapparatet (13). Risikoen for længerevarende sygefravær hos det danske kvindelige sundhedspersonale i kommunalt regi er især smerter af moderat til svær grad i lænderyg, skulder/nakke eller knæet, hvilket har en signifikant betydning for sygefravær. Oplevelsen af moderate smerter ligger på 38 % ved lænderyg smerter, 12 % oplever svær smerte i lænderyggen, og 37 % oplever moderate smerter i skulder/nakke området, 17 % oplever svær smerte i skulder/nakke området, og 18 % oplever moderate smerter i knæet, 6 % oplever svær smerte i knæet (se tabel 1), og 0,5 % oplever smerter i alle tre kropsdele. Der blev foretaget en måling på smerteniveauet i lænderyg, skulder/nakke og knæ, hvor skalaen gik fra 0-9: nul var ingen smerte, og 9 var værst tænkelige smerte. Grænseværdierne er henholdsvis 5 for lænderyggen, 4 for skulder/nakke og 3 for knæet, og dette medfører risiko for sygefravær. (11)

3.2 Politisk fokus på arbejdsmiljø

Dette afsnit belyser det politiske fokus på arbejdsmiljøet, og at ergonomiske tiltag i form af vejledning i forhold til forflytninger har relevans på nationalt plan.

Den danske VK-regering med støtte fra Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti og Radikale Venstre udarbejdede i 2011 en fremtidsplan, som indeholder en prioritering af den danske arbejdsmiljøindsats frem til år 2020. Denne indsats er bygget op på baggrund af arbejdstilsynets anbefalinger ud fra et fagligt grundlag om arbejdsmiljøproblemer og relevante indsatsområder (14,15). Det er afgørende, at den ældre befolkning er voksende, og at den demokratiske udvikling sigter mod færre på arbejdsmarkedet. Derudover er der nye teknologier og organisationsformer, der forandrer arbejdslivet. Problemet forventes i særdeleshed at berøre den offentlige sektor inden for social- og sundhedsområdet.

Arbejdsmiljøproblemerne er belyst af Statens Institut for Folkesundhed, hvor tallene fra 2005 er anvendt til fremtidsplanen 2020, og der er lavet en nyere undersøgelse i 2010 (16,17). I forhold til muskelskeletsygdomme og symptomer, psykosocialt arbejdsmiljø og arbejdsulykker er arbejdsmiljøindsatsen relevant, og disse områder har betydning i forhold til påvirkning af sygefravær, hurtig tilbagevenden efter sygdom, førtidspension, efterløn og tab af selvforsørgelse.

De traditionelle arbejdsmiljørelaterede risikofaktorer vil stadig forekomme, så et ergonomisk arbejdsmiljø har stadig stor betydning. Ud over at muskelskeletbesvær stadig udgør en stor del af arbejdsskaderne, er det vigtigt at se de fysiske faktorer i kombination med psykosociale risikofaktorer, da der er stigende krav og kompleksitet på arbejdspladsen grundet ny teknologi, nye ledelsessystemer og nye arbejdsprocesser. Aldersudviklingen øger presset på pleje- og sygehussektoren, og derfor stiger presset på de ansatte, og behovet for effektivisering øges. Det forventes, at muskelskeletbelastninger blandt sundhedspersonalet stiger fremover grundet en øget arbejdsbyrde kombineret med

tunge løft forbundet med manuel håndtering af patienter i belastende arbejdsstillinger. For at forebygge nedslidning af sundhedspersonalet giver arbejdstilsynet udvidet vejledning til virksomheder, der modtager en afgørelse inden for ergonomi og psykisk arbejdsmiljø. Kommunikationen til virksomhederne bør være målrettet, konkret og løsningsorienteret til den enkelte virksomhed.

Ifølge arbejdstilsynet, som i samarbejde med det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og arbejdsskadestyrelsen, har udgivet en rapport om fremtidens arbejdsmiljø (3), forventes en markant udvikling af og brug af tekniske hjælpemidler indenfor pleje- og sygehussektoren, som kan forventes at nedsætte muskelskeletbelastningerne.

De høje krav og større usikkerhed ved anvendelsen af nye teknologier er indvirkende på medarbejderens mentale belastning, og dette bør ikke glemmes i arbejdsmiljøindsatsen. Ligeledes er indførelsen af teknologi, blandt andet robotteknologi, forbundet med frygten for, at teknologien erstatter den nuværende arbejdskraft. Ifølge rapporten om fremtidens arbejdsmiljø er denne frygt ikke aktuel, da der er mangel på arbejdskraft på disse områder indenfor pleje- og sygehussektoren. På nuværende tidspunkt er der flere nyansatte for at dække arbejdsbyrden, og oplæring bør være et fokuspunkt i arbejdsmiljøindsatsen. Derudover er der behov for øget viden for at kunne varetage de nye og krævende arbejdsopgaver i forbindelse med anvendelsen af ny teknologi på arbejdsmarkedet (3). Selvom de sundhedsfagligt uddannede er opmærksomme på, at der er tunge løft i forflytningerne, er det problematisk at forbygge dette, da det indgår som en del af arbejdsbyrden, så tiltagene til at mindske muskelskeletbesvær bør overvejes i forhold til tilrettelæggelsen af arbejdet.

Det er relevant at se både på den samlede arbejdsmiljøindsats, men også på effekten af den enkelte aktørs indsats. Der er fortsat behov for forskning på de traditionelle arbejdsmiljøområder og at finde virkemidler til forbedring af disse.

3.2.1 Forflytningsmetode ifølge Arbejdstilsynet

Ifølge ekspertudtalelse fra fremtidens arbejdsmiljø 2020 (3) skal ledelsen og beslutningstagere påvirkes, hvis man vil have en organisation til at arbejde med arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøindsatsen er afhængig af påvirkning fra ledelse og medarbejdernes engagement. Organisationens påvirkning har betydning for, hvorfor det er vigtigt at øge viden om arbejdsmiljø, særligt hos ledelsen. De har behov for viden om løsning af arbejdsmiljøproblemer for at kunne udbrede løsningen i organisationen. Medarbejderne skal ligeledes være involveret i arbejdsmiljøforbedringen, da de skal vide, hvad de skal leve op til. Det kan være svært at motivere medarbejdere til at gøre mere i forhold til arbejdsmiljø. Viden om arbejdsmiljø kan øge motivationen for forbedring af dette, og organisationer har behov for viden om de løsninger, der kan indvirke på et godt arbejdsmiljø. Myndighedernes dialog og rådgivning skal medvirke til dette. (3) Denne rådgivning foregår blandt andet via arbejdstilsynets

vejledning om forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer (18), som indeholder arbejdsmiljøproblemer, arbejdsmiljøreglerne og muligheder for reduktion af risikoen ved forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer.

Manuel håndtering af personer er omfattet af de generelle regler for manuel håndtering. Manuel håndtering af personer omfatter forflytning, løft, træk og skub, samt anden hjælp og støtte til personer, der skal flyttes for eksempel fra seng til stol. Dette adskiller sig fra andet løftarbejde, da patienterne aktivt kan deltage i planlægning og gennemførelsen af forflytningen, eller de kan modsætte sig forflytningen. Der kan ske uventede hændelser i forflytningen, og der skal tages hensyn til patientens tilstand.

Forflytning, løft og håndtering af personer kan indebære risiko for akut overbelastning, bevægeapparatbesvær og nedslidning. I henhold til arbejdspladsvurderingen for personhåndtering bør følgende være i fokus (se tabel 2):

Tabel 2: Fokuspunkter til arbejdspladsvurdering ved personhåndtering

Fokuspunkter:	Beskrivelse:
Instruktion og oplæring	De ansatte skal have modtaget tilstrækkelig instruktion og oplæring til, at arbejdet kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. Der opnås viden om forflytning og hjælpemidler, og sundhedspersonalet skal vurdere patientens funktionsniveau, så forflytning kan foretages hensigtsmæssigt. Derudover oplæres sundhedspersonalet i at reagere ved uventede hændelser. Oplæringen bør gentages efter behov, for eksempel ved anvendelse af nye tekniske hjælpemidler.
Arbejdets planlægning, tilrettelæggelse og udførelse	Arbejdet skal planlægges og tilrettelægges, så forflytning, løft og anden manuel håndtering kan foretages sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt ud fra patientens funktionsniveau, pladsforhold, egnede tekniske hjælpemidler, belastningens omfang og risikoen for uventede pludselige belastninger.
Personen, der skal forflyttes	Der bør tages hensyn til patientens tilstand, evne til at samarbejde, vægt samt forflytningssituationen, så der anvendes de egnede tekniske hjælpemidler ud fra den ansattes skøn.
Arbejdsstedet	Der skal være tilstrækkelig plads til at udføre forflytningen, og at arbejdet kan udføres i hensigtsmæssige arbejdsstillinger.
Tekniske hjælpemidler	Der er mange tekniske hjælpemidler til forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer. Egnede tekniske hjælpemidler skal være anskaffet i tilstrækkeligt omfang, og hjælpemidlerne skal tilpasses den konkrete opgave. De skal anvendes og vedligeholdes i henhold til leverandørens anvisninger.

Det er arbejdsgiverens ansvar at sørge for, at arbejdet med manuel håndtering planlægges, tilrettelægges og udføres ud fra gældende regler om forflytning. Dette indebærer, at manuel håndtering, der

indebærer risiko for sikkerhed og sundhed, skal undgås, eller at der træffes effektive foranstaltninger, så grænsen for vægtbelastning ikke overskrides, og at de ansatte instrueres og oplæres i, at den manuelle håndtering af personer foretages på en forsvarlig måde, samt at der anvendes god arbejdsteknik og korrekt brug af tekniske hjælpemidler. (18)

3.2.2 Tilsyn i virksomhed

Myndighederne foretager tilsyn i virksomhederne, hvor arbejdstilsynet kan reagere med for eksempel vejledning, et påbud med frist, et rådgivningspåbud, strakspåbud, et forbud, en administrativ bøde eller en politianmeldelse, hvis virksomheden ikke lever op til sine forpligtigelser efter arbejdsmiljøloven (1). Arbejdstilsynet har i 2015 givet 46 strakspåbud i forbindelse med personforflytning (tabel 3). Det er dog vigtigt, at virksomhederne fastholder løsningerne for at efterkomme påbud om at reducere belastningerne for de ansatte i det daglige, for at indsatserne er effektive på lang sigt.

Tabel 3: Antallet af påbud på området for personforflytning. (2)

Antal tilsynsreaktioner	§21-Påbud	Afgørelse uden handling	Afgørelse uden påbud	Forbud	Påbud	Strakspåbud	Vejledning	total
2016: Muskel- og skeletbesvær (MSB)	5	36	14	3	247	412	482	1.199
2016: Personforflytning		2	1		4	24	10	41
2015: Muskel- og skeletbesvær (MSB)	13		123	8	769	888	1129	2930
2015: Personforflytning			7		15	46	21	89

Virksomhederne kan motiveres til at forbedre deres arbejdsmiljø ved casebaserede arbejdsmiljøindsatser med deres betydning for både det økonomiske og arbejdsmæssige plan. Konkrete løsninger på problemerne og personlig rådgivning giver de bedste forudsætninger for at forbedre arbejdsmiljøet. Det vil i praksis kræve holdningsændringer at prioritere arbejdsmiljøet, og tiltagene skal give mening for den enkelte virksomhed. Der skal følges op på tiltagene, da der ellers er risiko for, at de ikke bliver anvendt. (3)

3.3 Undervisning af personale

I dette afsnit afdækker effekten af oplæring i forflytning.

Tiltag for at mindske forekomsten af lænderyg-besvær består overvejende af kurser i principperne for forflytningsteknik. Det er ud fra den antagelse, at undervisning og indlæring i forflytningsteknik vil nedsætte belastningen hos den enkelte sundhedsperson og derved modvirke lænderyg-besvær (19).

Det er en almen holdning, at ergonomisk arbejdsteknik anvendes til forebyggelse af rygskader, når der foretages tunge løft eller patienthåndtering, som ikke kan undgås. Derudover skal tekniske hjælpemidler indgå til at mindske arbejdsbyrden. Arbejdsgiveren skal sikre, at medarbejderen får passende træning til at håndtere forflytninger og i at foretage risikovurdering (20).

Der er tvivl om, hvorvidt undervisning har en effekt på smerter i ryggen, hvorfor der i 2008 blev foretaget et systematisk review (20) af litteraturen om effekten af oplæring, instruktion og undervisning i forflytningsteknikker, som ikke havde positive effekter på sundhedspersonales lænderyg-besvær. I nogle af disse undersøgelser er der rådet til at anvende tekniske hjælpemidler, men ingen har specifikt fokus på, om hjælpemidlerne anvendes (21–26). Dette review blev opdateret i 2011 (27), hvor der i dette Cochrane review findes, at råd om og træning i forflytning med eller uden tekniske hjælpemidler tilsvarende ingen eller har minimal intervention i forhold til effekten på rygsmerter. Tre af studierne i dette review er fra Danmark (23,24,28). Studierne i reviewet bruger henholdsvis en oplært ergonomisk underviser udefra eller en forflytningsvejleder fra det specifikke afsnit. (27) Interventionerne indeholdt instruktion og mulighed for at øve forflytning enten i undervisningsregi eller i praksis. Et enkelt studie (28) er foretaget med sygeplejersker, hvor de får specifik instruktion om patientforflytningsteknik ud fra de grundlæggende principper for forflytning. Ingen af studierne anvender modeller for adfærdsændring af helbredsmæssige forhold (27).

I Cochrane reviewet stilles spørgsmålstejn ved, om interventionen indeholdt passende tiltag. I reviewet rapporteres der fra studierne, at medarbejderne var tilfredse med interventionerne, og at de var overbeviste om, at det var et effektivt tiltag til at forebygge skader. Hvis de deltagende i interventionen ikke opnåede den ønskede kompetence, kan dette være årsag til den manglende effekt. Ligeledes er, at rygsmerter ikke nødvendigvis er direkte relateret til dårlig eller forkert løfteteknik, og dette kan være en mulig årsag til at studierne i reviewet ikke viser effekt af interventionen. (27) Et tilsvarende review fra Bos 2006 (29) viser ligeledes, at oplæring og undervisning ikke er nok til at opnå færre muskelskelet symptomer.

3.4 De grundlæggende principper for forflytning

Her gennemgås de grundlæggende principper for forflytning, ud fra Per Halvor Lundes tilgang.

Når man snakker om forflytningsteknikker, er der en række grundprincipper, som man skal forholde sig til inden og under forflytningssituationen. De fem grundprincipper er a) Det naturlige bevægelsesmønster, b) trykpunkter, c) bådprincippet, d) vægtstangsprincippet og e) brug borgerens ressourcer. Herunder vil der komme en kort gennemgang af, hvad der skal lægges vægt på i de forskellige punkter. (30)

a) Det naturlige bevægelsesmønster

Den måde, som mennesker bevæger os på uden at tænke over det, og den måde, hvorpå tyngdekraften påvirker kroppens måde at bevæge sig på. Det naturlige bevægelsesmønster er næsten det samme ved alle mennesker. Et eksempel kunne være, når man vender sig i sengen.

Der er få regler for det naturlige bevægelsesmønster:

- Minimer gnidningsmodstanden. Når andre skal forflyttes, skal man tænke over, at det her også handler om at minimere gnidningsmodstanden.
- Del bevægelsen op i flere små bevægelser. Ved at dele forflytningen op i flere små dele bliver det nemmere for borgeren at følge med og tage højde for tempo, rytme og afstand (31).

b) Trykpunkter

Som nævnt overfor så er kroppen påvirket af tyngdekraften. Denne kraft gør, at man bliver presset ned mod underlaget. Dette pres gør, at når kroppen ligger ned, er der særligt fem punkter på kroppen, hvor tyngdekraften gør, at man er tungere, og dermed giver mere gnidningsmodstand. De fem punkter er hovedet, skulderne, balderne, læggene og hælene. Ved forskellige forflytninger er der forskellige trykpunkter, og derfor skal man, inden man begynder, finde de punkter, der udgør en gnidningsmodstand ved den præcise forflytning for at kunne minimere denne gnidningsmodstand (31).

c) Bådprincippet

Det kan beskrives ved, at man samler vægten mod det, som man gerne vil have patienten til. Et eksempel kunne være, hvis man ønsker at få en patient længere op i sengen, så kan man bede patienten om at bøje benene og sætte hælene i og så skubbe sig selv op i sengen igen, og der kan lægges et glidestykke under skulderen. (30)

d) Vægtstangsprincippet

Jo længere væk man er fra det, man skal forflytte, jo nemmere er det at flytte. For eksempel, hvis man skal have en patient fra rygliggende til sideliggende, vil det være nemmere at få patienten om på siden ved at skubbe og trække i patientens knæ end hofte. (30)

e) Brug borgerens ressourcer

Her handler det om at få patienten til at hjælpe, så meget han/hun kan. Jo mere patienten selv kan deltage, jo større følelse af selvkontrol og selvverd får patienten, og den, der forflytter, får mindre belastning på egen krop (30).

3.4.1. Arbejdsstillingens betydning for belastningen

Ifølge epidemiologiske undersøgelser er der en forhøjet risiko for lænderyg-besvær ved at udføre løft i asymmetriske stillinger (32). Det er vigtigt med en god grundstilling, når man skal forflytte personer. En god stilling kunne være gangstående, hvor man både har god balance og bevægelighed. Ved brug af denne stilling bruger man de store lårmuskler, og på den måde bruger man ikke rygmusklerne. Det er også vigtigt, at man holder armene ind til kroppen og låser dem fast ind mod kroppen. Ved at man kombinerer disse to, vil man bruge de store lårmuskler. Man skal dog være OBS på, at man som hjælper også skal være flyttet for eksempel 10 cm, hvis patienten er forflyttet 10 cm (31).

3.4.2. Biomekanisk perspektiv

Set ud fra et biomekanisk syn, så vil et løft belaste kroppen på et relativt højt niveau, hvis den udføres i en stilling, hvor musklernes maksimale styrke er mindsket. Når man ikke har fuld styrke i musklerne, vil musklerne hurtigere blive trætte, og der er øget risiko for u hensigtsmæssig intervention.

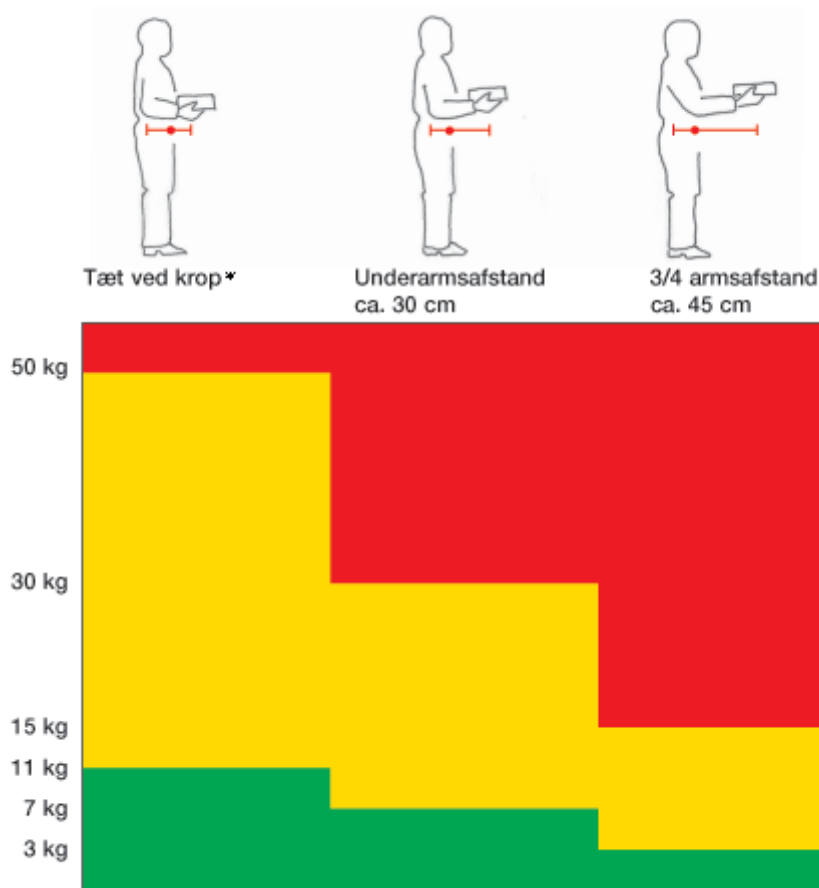
3.4.3. Ergonomiske stillinger

Det er en forværende stilling at arbejde i, hvis ryggen vrides, bøjes forover eller til siden. Dette er især, hvis de kombineres, så man kommer til at stå i en foroverbøjet vredet stilling. Ved løft fra siden belastes ryggen med omkring dobbelt så meget, som hvis der løftes midt for kroppen og med begge hænder. Heraf fremgår det, at løftarbejde mest hensigtsmæssigt udføres i en stabil stående stilling, så man har kroppens store muskler til at arbejde for en (32).

3.4.4. Løft af objekter

Ved løft og forflytninger af personer kan der forekomme risiko for helbredsskader i form af overbelastninger, bevægeapparatlidelser og nedslidninger. Ifølge arbejdstilsynet er der forskel på, hvor meget man må bære i forskellige afstande fra kroppen. For eksempel ved armene i underarmsafstand fra kroppen skal der foretages nærmere vurdering ved vægt mellem 7-30 kg. Se nedenstående figur

3



Figur 3: Skema over vægt fordeling (18)

Indenfor det røde område er det sundhedsskadeligt, og der skal træffes foranstaltninger for at nedsætte risikoen. Ved løft i det gule område, skal der foretages en nærmere vurdering, om der kan være andre sundhedsskadelige belastninger. Ved løft indenfor det grønne område er der normalt ikke en sundhedsskadelig risiko (18).

3.5 Den gode og dårlige forflytning

Herunder gennemgås en forflytning der giver anledning til strakspåbud og hvordan denne forflytning skulle være foretaget.

En forflytning på et dansk hospital bør foretages ud fra forflytningsprincipperne. Et eksempel på en ikke optimal forflytning kan foregå med to terapeuter, og lignede situationer er set flere steder.

Patienten skal fra sengeliggende til stående stilling. Sengen var kørt op, så patienten var halvsiddende i sengen. Herefter tager den ene terapeut fat om patientens ben, og den anden tager fat om skulder/ryg, og derefter drejer de patienten op at sidde på sengekanten i en koordineret bevægelse. Den, som havde fat om skulder/ryg, står nu i dårlig arbejdsstilling med foroverbøjet og vredet ryg.

Idet patienten skal fra siddende på sengekanten til stående, står terapeuterne på hver side af patienten. Den ene har fat rundt om skulderne, og den anden har fat under armen af patienten, og så løfter/støtter de patienten op at stå i en koordineret bevægelse. Da terapeuterne kun arbejder med én hånd, arbejder de med en skæv fordeling af vægten. (Bilag 1)

Ser man på, hvordan man vil gøre det, hvis man var rask og har fri bevægelighed, så vil man læne sig over til den side, som man gerne vil over til, og så er omdrejningspunktet på denne side. Der vil også være afstand mellem benene, og denne afstand er for at holde balancen i bevægelsen. Benene bevæges skiftevis ud mod sengekanten, og så drejes der omkring sædekuden, der er tættest på kanten. Jo roligere bevægelserne foregår, jo nemmere er det for patienten at følge med og hjælpe det, de nu selv kan. For at komme fra siddende på sengekanten til stående stilling skal patienten have mulighed for at læne sig frem. Sengen kan igen bruges, og man kan hæve sengen så meget som muligt, men patienten skal stadig have hele fodsålen i gulvet, og ved dette får man patienten så tæt på den stående stilling. På denne måde skaber sundhedspersonalet en god arbejdsstilling for sig selv (31).

Der fokuseres meget på sundhedspersonalets arbejdsmiljø samtidig med, at det fremhæves, hvor vigtig aktivering er for den syge, de ældre og handicappede for at bevare integriteten og personligheden, hvorfor det er naturligt at kombinere disse to tiltag ved forflytningen. Det skal være det grundlæggende, at man altid starter med at lade patienten gøre så meget som muligt selv. At være en god forflytter drejer sig endvidere om også at have en bevidst holdning til arbejdsmiljøet (33).

3.6 Forflytningshjælpemidler

Her belyses, hvilke hjælpemidler der er til rådighed, og hvordan forflytningshjælpemidlerne bør anvendes.

3.6.1 Anvendelse af hjælpemidler

Den person, der skal flyttes fra et sted til et andet, skal selv tage aktivt del i processen, og hjælperen skal bruge sin viden om de fysiske love og sit kendskab til menneskes naturlige bevægelsesmønstre for at spare sig selv og løfte mindst muligt. Der er altså fokus på størst mulig brug af patientens egne ressourcer, og mindst mulig negativ fysisk belastning for sundhedspersonalet. Desværre har sundhedspersonalet en vis evne til at strække sig længere end kroppens fysiske forudsætninger tillader.

Grænsen for, hvad en hjælper eller to hjælpere kan klare med en patient, afhænger af flere faktorer. Der er sat grænser for løft såvel nationalt som internationalt. Studier viser, at belastningslidelserne og specielt ryglidelser begrænses, når man overholder den anbefalede grænse på max 25 kg for manuelle løft i 30 cm afstand fra lænderyggen i stående stilling (33). I USA er grænsen

for kompressionstryk i lænderyggen 3.400 newton, hvilket overskrides i forflytning af patienter fra seng til stol (19). Dette understreger vigtigheden af anvendelsen af tekniske hjælpemidler.

Dertil kommer så en del meget afgørende faktorer ud over patientens rent fysiske vægt: Hvordan en forflytning håndteres afhænger af selve opgaven, hvor meget patienten selv kan medvirke samt de tilgængelige hjælpemidler (33).

I forflytningsteknik prøver man at undgå alle former for løft. Det betyder ikke nødvendigvis, at alle løftesituationer skal undgås. I forflytningen bruges relevante hjælpemidler, som kan aflaste sundhedspersonalet. Der anvendes først og fremmest hjælpemidler, som nedsætter friktionen mellem patient og underlag. Der skal altid anvendes det hjælpemiddel, der er bedst for både sundhedspersonale og patienten. Hvis det ikke er praktisk muligt at forflytte en patient på en sikker og let måde, bruges i stedet personløftere/lifts, som er konstrueret til at løfte (33).

3.6.2 Redskaber til forflytning

Der findes forskellig former for hjælpemidler, både fysiologiske og som fysiske redskaber. Herunder kommer der en kort beskrivelse af, hvad der ifølge Per Halvor Lunde kan bruges (33):

Hænderne kan du bruge til at nedsætte friktionen mod underlaget, når du trækker en patient hen imod dig.

Knæet og låret kan du bruge til at lave et skråplan, når du for eksempel skal forflytte en patient, der ligger i en lav seng eller på en sofa, som står op mod en væg.

Stiklagenet, er et lille lagen med mange anvendelsesmuligheder. Det kan for eksempel hjælpe dig til en god arbejdsstilling, når du skal flytte en patient fra seng til kørestol eller omvendt. Du kan også få en god arbejdsstilling, når du bruger stiklagenet til at hjælpe en patient fra siddende til stående stilling eller omvendt. Stiklagenet kan fungere som en forlængelse af dine arme. Et stykke gjordbånd (1,5-2 meter langt og cirka 5 centimeter bredt) kan i mange tilfælde anvendes på samme måde som et stiklagen.

Et *sengebånd (sengetømme)* er et hjælpemiddel, som kan fæstes forskellige steder på sengen afhængigt af, hvad patienten skal bruge det til. En patient kan for eksempel trække sig op til siddende stilling ved hjælp af sengebåndet, når det er fæstet på sengegavlen. Et sengebånd kan også bruges, når en patient skal trække sig fra kørestolen og over i sengen.

En forflytningsmåtte, en *glidemåtte*, er et hjælpemiddel, som nedsætter friktionen mellem patienten og underlaget. Når der anvendes en forflytningsmåtte eller andre friktionsnedsættende hjælpemidler, er der nogle fællestræk. Princippet for placeringen under patienten er den samme, hvad enten måtten har håndtag til at trække i, eller den ligner en afklippet

sovepose. Brugsmæssigt er der forskel. Forflytningsmåtten med håndtaget, som hjælperen kan trække i, giver den bedst mulige arbejdsstilling. Trækkraften overføres direkte fra de områder under patienten, der har størst vægt. Ved brug af den anden type forflytningsmåtte er det nødvendigt at lægge et lagen eller lignende under patienten på oversiden af måtten for at få noget at trække i.

Plastik kan også bruges til at nedsætte friktionen mellem patient og underlag, hvis du ikke har en glidemåtte. Hvis du skal forflytte en patient fra seng til kørestol, kan du for eksempel bruge en plastikbæreposer eller to stykker plastik.

Et *forflytningsbræt* er det samme som et glidebræt. Det kan bruges, når en patient skal fra seng til kørestol eller fra kørestol og ind i en bil. Brættet er helt fladt med en glat overflade, som patienten let kan trække sig hen over.

Et *forflytningsbræt med håndtag* gør det nemmere at trække patienten til sig. Brættet kan fås i forskellige længder, således at det også kan bruges til at flytte en liggende patient med. Der findes også et *buget forflytningsbræt*. Det er velegnet, hvis der er højdeforskel mellem sengen og operationsbord eller røntgenbord. Dette bræt kan med fordel anvendes sammen med et stiklagen eller glidemåtte.

Anti-glidemateriale kan bruges, når man for eksempel vil forhindre patientens fødder i at glide, når han skal højere op i sengen. Det er lavet af et specielt gummimateriale eller måske af skumplast.

En *drejeskive* er velegnet, når man skal dreje en patient i stående stilling, hvis patienten ikke selv kan dreje sig eller flytte benene, men godt kan stå.

Ved hjælp af »*håndtag*« kan en patient nemmere løfte sædet frit fra underlaget i sengen; hænderne synker ikke ned i madrassen.

Hvis patienten ikke kan stå forsvarligt på benene, vil det være en ide at bruge en *aktiv personløfter*. Der findes forskellige typer af disse produkter, hvor princippet er nogenlunde det samme. Patienten støttes ved hjælp af et bælte om sædet og selestropper under armene. Det kan være nødvendigt med knæstøtte for at få patienten helt op i stående stilling.

3.7 Fremtidens forflytning

Dette afsnit fokuserer på, hvordan forflytninger kan blive udført i fremtiden, og hvordan man kan supplere oplæring af forflytnings teknikker for at belyse mulige forandringer.

3.7.1 Teknologiske hjælpemidler

Der findes teknologier, der kan hjælpe sundhedspersonalet med at få patienterne nemmere op fra sengen, og det kunne for eksempel være OPUS 5 plejeseng, som er et resultat af et innovationssamarbejde mellem Region Midtjylland og sengeproducenten KR (34). Med denne seng kan patienten nemmere være med i aktiviteten ”at komme op og stå”. For sundhedspersonalet minimerer den de belastende løft og dårlige arbejdsstillinger (35). Hvis en person er faldet og ikke selv er i stand til at komme op, kan man bruge en teknologi, der hedder Raizer, som samles omkring personen, og i løbet af 5 minutter kan patienten komme op at stå (36). Sara Stedy er et mobilitetsfremmende forflytningshjælpemiddel, og med Sara Stedy kan man motivere de mobile patienter til selv at stå op. Sara Stedy er med til at minimere plejepersonalets manuelle håndtering af patienter. Når patienten er oppe og stå i Sara Stedy, kan man slå et sæde ind under patienten, så patienten kan sidde ned under forflytningen (37).

3.7.2 Robotter

Omsorgsteknologi kan defineres som teknologi, der yder pleje i relation til mennesker, der har behov for særlig omsorg. Omsorgsrobotter anses som meget væsentlige for udviklingen indenfor plejesektoren i fremtiden, når der bliver mangel på arbejdskraft. I modsætning til mange andre teknologier, der mekanisk kan udføre praktiske opgaver, skal omsorgsrobotten derimod have indtænkt den andens behov for omsorg i sit design, og den skal påvirke følelser snarere end udøve fysisk omsorg.

I nedenstående citat ses betydningen af nye teknologier anvendt til en borger i primærsektoren:

”For mange ældre vil de teknologiske løsninger komme som en befrielse fra en omklamrende plejekultur, hvor de fjernes fra hjemmet og placeres på et plejehjem. I andre tilfælde vil en manglende teknologiforståelse kunne medføre, at den ønskede rehabiliteringstænkning fører til tillidsbrud og angst” (5).

Citatet viser to sider af den nye teknologi, som dels betyder, at den kan medvirke til at gøre patienten mere selvstændig og have mindre behov for, at personalet skal hjælpe patienten, men samtidig kan robotteknologi stille større krav til patienten, og den kan være en begrænsning for en patient, der ikke har ressourcer til at anvende teknologien.

Derudover producerer teknologierne nye forståelser af, hvad det vil sige at være patient. Disse forståelser bliver en del af det, man møder patienterne med i sit sundhedsprofessionelle arbejde, idet det er patienten, der skal betjene teknologierne. Dette medfører etiske overvejelser, idet den menneskelige relation skiftes ud med robot-menneske relationer (5).

Der skal også tænkes i alternative hjælpeforanstaltninger, når menneske-maskine-relationen bryder sammen. Teknologier bryder som en hovedregel sammen. Det er ikke undtagelsen, men normen, at

professionsuddannede skal lære at håndtere teknologinedbrud (38). Ændringen af teknologien placerer reelt en stor del af ansvaret for omsorg på patientens skuldre. I fremtiden er det patienten, der skal være uddannet til at håndtere teknologien og eventuelle nedbrud heraf. Det skal dog klargøres, hvem der har ansvaret for udbedring af teknologien under disse situationer, og hvordan teknologierne håndteres. Dette er både af patienten og af de sundhedsprofessionelle i forhold til patientens behandling (5).

Forventningerne til fremtidens forflytninger er, at der kommer til at indgå mere og mere automatiserede hjælpemidler; for eksempel robotter til at løfte patienterne. Ideen om, at robotter har en aktiv rolle i sundhedssystemer, har været kendt i årtier, og de har primært været udviklet til træning i rehabilitering og personlig assistance i almen daglig livsførelse. Omsorgsrobotter er udviklet i nyere tid (39).

Assistive Robotics er hjælpemiddelrobotter, der giver hjælp eller støtte til en menneskelig bruger, herunder rehabiliteringsrobotter, kørestolsrobotter og andre mobilitets-hjælpemidler. Desværre er interessen i praksis begrænset, da der ikke endnu er samstemning mellem den tekniske udvikling og behovet i klinisk praksis (39).

Der findes forskellige typer løftmekanismer inden for robotteknologi til at forflytte mennesker. Man har brugt robotter med menneskelignende arme, eller robotter, hvis arme er plader, der føres ind under personen. Derudover er der specialudviklede senge, som kan monteres på robotteknologien og senge, der kan omformes til kørestole. En anden løsning er robotteknologi til at støtte medarbejdernes ryg under forflytning. Denne teknologi kan medvirke til at mindske skader, men den er ikke umiddelbart anvendelig i klinisk praksis, fordi sundhedspersonalet også har en masse andre opgaver i forbindelse med forflytningen, hvor teknologien ikke er praktisk at anvende (40).

Ri Man (41) er udviklet i 2006 i Japan. Anvendelsen er dog begrænset, da denne robot ikke havde løfteevne til mere en 18,5 kg, og den havde begrænsninger i form af ledbevægelsen, som gjorde, at robotten ikke kunne sætte forsøgsdukken ned. Derudover kunne denne robottype ikke håndtere komplekse situationerne i omgivelserne (40).

For at kunne forflytte patienter har Daihen Corporation udviklet patientforflytningsapparatet C-Pam (42). Panasonic har udviklet Transfer Assist Robot (40), Robotic Nursing Assistants fra Hstar Technologies (43), og Japan Logic Machine har udviklet Care Robot Yurina (44), som ved hjælp af arme med flader på kan forflytte en patient fra seng til en kørestol med tilt-funktion. Disse robotter kan dog pga. deres armes udformning ikke forflytte patienten til en kørestol uden tiltefunktion, og robotterne tager lang tid at anvende. (40)

Som efterfølger til Ri Man er der udviklet RIBA (Robot for Interactive Body Assistance), som er en forflytningsrobot udviklet med menneskelignende arme og et nyt styresystem baseret på taktil guidning. Den kan forflytte en person fra seng til kørestol, og de menneskelignende arme giver mulighed for at forflytte en person og tilpasse situationen, så der for eksempel kan foretages forflytning fra seng til en kørestol uden tilt-funktion (40).

Robotten Riba kan anvendes til at assistere ved rehabiliterings-træning, og den kan udføre forskellige forflytnings- og løfteopgaver. Da robotten har menneskelignende arme, giver det mulighed for at indføre robotens arme i smalle områder, således at der kun skal laves begrænset plads under patientens knæ, og patientens ryg skal kun løftes minimalt fra lejet for, at robotten kan få sin arm under patienten. Det er sundhedspersonalets opgave at styre med taktil guidning, og man skal vurdere omgivelserne for Riba. Når Riba er placeret korrekt, foregår løftet af patienten automatisk. Riba har taktile sensorer i hænder, arme og skuldre for sensorisk feedback, men der er dog ikke sensorer i Riba's led. Robotten har stemmegenkendelse, så den kan reagere på stemme-kommandoer. Riba er produceret med mulighed for, at den kan komme igennem døre og være på en smal plads ved sengen. Den er designet i et materiale med bløde og glatte overflader, så det ikke er ubehageligt for patienten. Ulempen ved Riba er, at der er sandsynlighed for funktionsfejl på grund af den komplicerede armstruktur, og dette kan medføre en risiko for, at robotten taber patienten. Derudover er det bekosteligt at producere denne type komplicerede robotter. I 2010 var Ribas maximale løfteevne 63 kg. (40)

Toyota's Care Assist Robot fra 2011 fungerer som assisterende til, at patienterne liftes til og fra seng, men kan også anvendes til transport af patienten. Det kræver en operatør at anvende denne teknologi. Denne teknologi er en kørestolslignende anordning, som kan løfte patienten fra siddende til stående og til et monteret sæde. Den kan også anvendes til at forflytte patienter til toilet. Dog er denne teknologi ikke beregnet til at forflytte patienten fra liggende til siddende. (45)

Panasonic Self Reliance Support Robot er en robot, der støtter patienten. The Self-Reliance Support Robot assisterer patienter fra seng til stol eller til toilet. Den kan anvendes i flere dagligdags funktioner. Den har sensorer, der registrerer patientens bevægelser, og den forudser bevægelsesmønstret baseret på den indsamlede information. Robotens motor anvender så den kraft, der er nødvendig for, at patienten kan rejse sig, men den tillader samtidig, at patienten anvender sin egen muskelstyrke, og derved forbygges muskelatrofi og overanstrengelse. Robotten forbygger skader ved sundhedspersonalet, da de ikke skal løfte patienten, men tillader samtidig en træningssituation (46).

Det er næsten umuligt at bygge en robot, der er fuldautomatisk og kan udføre en patientforflytning i hospitalsfaciliteter. Det er svært at få robotten til at opfange menneskers position og kropsholdning i et varierende miljø for at planlægge en passende løftebevægelse ud fra indhentet information. Det er nødvendigt at tage hensyn til patientens fysiske og mentale tilstand, hvorfor der er behov for, at

robotten kan opfange ansigtsudtryk og kropssprog for at afgøre, om patienten er klar til at blive løftet. Derudover er det besværligt at registrere farlige og uventede hændelser ud fra sensorisk information (40).

Honda's Aismo er en robot, der har menneskelignende arme med fuld bevægelighed, og den kan efterkomme kravene i omgivelserne og bevæge sig blandt mennesker. Den kan bære og flytte på objekter, og dens bevægемuligheder, posturale kontrol og intellekt til at genkende menneskers bevægelser og ansigtsudtryk giver den potentiale for at anvendes i patientsituationer. På nuværende tidspunkt kan robotten dog kun interagere med mennesker i underholdningsammenhænge, da den ikke er klar til at foretage forflytninger endnu, men det er forventningen, at den kommer til at hjælpe ved menneskers mobilitet. (47)

3.7.3 Virtuel Forflytning i Danmark

Et firma, som har udviklet et program, der kan lære sundhedspersonel at forflytte, uden at de skal have patienter i hånden, er Welfare Denmark. Welfare Denmark er et samarbejde mellem to markedsledende virksomheder, Idisplay Interactive, som udvikler interaktive systemer, og Virtual Lab, der udvikler træningssoftware og undervisningsprogrammer (48). Ser man på, hvad de to firmaer kan, så er begge firmaer inden for IT-udvikling, innovative digitale løsninger, hvor de tager højde for teknologi og brugervenligheden (49,50). Welfare Denmark har et tæt samarbejde med danske kommuner og SOSU-skoler. Indenfor velfærdsteknologi er Welfare Denmark et førende firma, og det tilbyder testet og effektive virtuelle løsninger til rehabilitering (51). Virtuel Forflytning, som programmet hedder, er baseret på Microsoft Kinect. Programmet er udviklet til at give sundhedspersonalet en daglig og dokumenteret feedback. Det vil også kunne reducere rehabiliteringstiden, og sundhedspersonalet vil dermed få mere tid sammen med patienterne (51). Programmet foregår i et virtuelt 3D miljø, så det bliver så realistisk som muligt. Dette program har til formål at forbedre læring, spare ressourcer og sikre en enkel og målbar tilgang til at udføre forflytningen af patienter (52). Sundhedspersonalet kommer igennem forskellige øvelser, som de skal bestå (53). Med dette program lærer sundhedspersonalet, hvordan de skal forflytte patienter på en korrekt måde, og det er uden, at de bliver skadet, og på den måde skabes der et højere kompetenceniveau.

Der er søgt evidens om Virtuelt Forflytning, og hvem der anvender programmet. Her er det fundet, at der ikke er lavet videnskabelige undersøgelser om Virtuel Forflytning, og at produktet kun er præsenteret som produktbeskrivelse på producenternes hjemmeside. Der er fundet, at Syddjurs kommune i 2014 foretager en projektperiode med anvendelse af programmet i borgerens hjem og i deres kommunale afdelinger (54). SOSU Nord har holdt et arrangement i 2013, hvor kommunale aktører som ledende terapeuter og driftsledere samt rehabiliterings- og forflytningsundervisere kunne få

kendskab til programmet (55). Der er videre fundet, at Esbjerg Kommune, Varde Kommune, Gladsaxe Kommune og Horsens Kommune har kendskab til programmet, men det vides ikke i hvilket omfang, de har anvendt dette. Horsens kommune skriver at afprøvningsperioden er afsluttet, og programmet er i drift (56). Gladsaxe kommune har brugt programmet i 2014, men de har i 2015 udfaset systemet, da det i stedet indgår som undervisningsmateriale på SOSU-skolerne (57).

3.7.4 Virtuelt hospital

Et virtuelt hospital er en tredimensionel interaktiv verden, hvor de studerende logger ind som avatars, og de skal udføre kliniske opgaver (5). Dette ses for eksempel i Second Life, hvor der er oprettet hospitaler i et virtuelt miljø, hvor det er muligt at agere som sygeplejerske og skulle forholde sig til patientens situation. Det kan også være som en patient, som oplever at skulle indlægges på hospitalet for at gennemgå en procedure, for eksempel en scanning og efterfølgende operation. Undervejs er der forskellige valgmuligheder, og nogle sekvenser skal gøres i den rette rækkefølge, før du kan vælge funktionerne. For eksempel skal du interagere ved at vaske hænder, før du kan tage kontakt til patienten (58). Dette program har dog stadig problematikker, der skal løses, før de kan implementeres fuldt ud i uddannelsessystemet og i praksis (59).

3.8 Teknologianvendelses betydning

Dette er en kort beskrivelse af, hvordan sundhedspersonale kan komme til at reflektere over de teknologier, de anvender i praksis.

Teknologier griber ind og forandrer professionernes selvforståelse, arbejdsopgaver og forståelse af professionalismisme (6). Ved at sundhedspersonalet reflekterer over deres praksis og medvirker til løsninger af konfliktelementerne ved indførelse af ny teknologi, kan motivationen for forandringen af praksis øges (60). Teknologiers indflydelse på det faglige arbejde kan også undervurderes eller overses helt, hvilket resulterer i, at teknologier ikke anvendes optimalt og skaber grundlæggende ofte ureflekterede forandringer i professionsarbejdet (6).

Denne refleksion kan føre til professionel og personlig udvikling (61). Man skal også være kritisk reflekterende og "innovativ" i sit fag som sundhedsprofessionel, fordi der nu i uddannelsesbekendtgørelserne er krav om dette (5). Selvom der er stort behov for at diskutere teknologiers påvirkning af hverdagen i praksis, er der ligeledes behov for, at medarbejderne opnår fælles viden, der kan fastholde overvejelser og refleksioner om relationen mellem teknologi og faglighed (6).

Får man på arbejdspladserne ny teknologi, søger man på uddannelserne ofte at følge arbejdspladsernes udvikling, idet man på forskellig vis matcher de nye teknologier i undervisningsforløbene. Et eksempel på dette er undervisning omkring TEKU-modellen. TEKU-modellen skal ses som en ny måde at forstå, tænke og tale om teknologi på, der gør det muligt at håndtere professionsudøvelse

med teknologiforståelse. Det gør teknologi til en integreret del af professionen. Der fokuseres ikke på beherskelsen af en bestemt teknologi, men i stedet analyseres teknologiers betydning for professionen og arbejdslivet.

TEKU-modellen er dannet ud fra empirisk forskning. Den har fire fokusfelter, som udgør den analytiske ramme for de professionelles nye fælles viden og teknologiforståelse. Modellen ser teknologi som kulturformende kraft og fokuserer på at analysere effekter af design, situeret praksis, organisationen og forandring af professionsfagligheden. TEKU-modellen er nærmere beskrevet i metode- og teoriafsnittet.

Teknologien indvirker som en kulturkraft, der forandrer både den måde, arbejdet udføres på og den måde, arbejdet tænkes på. Sundhedspersonalet skal lære at anvende teknologierne og udvikle deres egen indgangsvinkel til at lære teknologiens anvendelse. Der er dog stor forskel på individers teknologiforståelse. (6)

3.9 Problemanalyse

Dette afsnit indeholder dokumentation for problemfeltets videnskabelig betydning og der afdækkes behovet for at undersøge problemstilling indenfor anvendelse af forflytningshjælpemidler og arbejdsmiljøtiltag.

3.9.1 Brugen af hjælpemidler nedsætter arbejdsskader

I et kohorte-studie fra 2014 (62) foretaget blandt 36 kommuner i Danmark, undersøges arbejdsrelaterede risikofaktorer for rygskeer blandt sundhedspersonale. I studiet deltog 5.017 personer udvalgt blandt det kvindelige sundhedspersonale i kommunalt regi. Studiet viser, at der forekommer muskelskeletale skader hos sundhedspersonalet, specielt når der er tale om patienthåndteringssituationer. Det er for eksempel forflytninger, og disse belastninger er især hos sundhedspersonale på hospitaler og plejehjem.

Studiet viser, at der ikke skal mere end 1-2 forflytninger til dagligt, før der er en risiko på op til 66 % for at få en rygskeer. Studiets resultater viser, at har man daglig forflytning, oplever 5,0 % at have ondt i ryggen ved baseline, og ved follow-up oplevede 4,4 % at have ondt i ryggen. Hos dem, som sjældent laver forflytninger, oplevede 3,2 % at have ondt i ryggen ved baseline, efter follow-up oplevede 2,2 % at have ondt i ryggen (tabel 4). Studiet konkluderede, at sundhedspersonale, der dagligt foretager forflytninger, er i risikogruppe for rygskeer. Denne risiko vil kun stige, jo flere forflytninger man foretager per dag. Ved at sundhedspersonalet bruger hjælpemidler, så falder andelen af rygskeer. (62)

Tabel 4: Oplevelsen af rygskeer ved baseline og follow-up (62)

	All (N=5017)			Less than once per day patient transfer (N=1187)			Daily patient transfer (N=3830)		
	Mean	SD	% ^a	Mean	SD	% ^a	Mean	SD	% ^a
Age (years)	46	9		46	9		46	9	
Back injury - baseline			4,6			3,2			5,0
Back injury – follow-up			3,9			2,2			4,4
Incidence			3,4			2,2			3,8
Recurrence			0,5			0,0			0,6

Dette understøttes af et studie fra USA. Studiet er et observations- og registrerings studie, hvor der evalueres på raten for bevægeapparats skader, dage væk fra arbejde og begrænset arbejde blandt sundhedspersonale i et sundhedscenter og offentlig hospitaler i USA over en periode på 13 år, hvor der i perioden blev indført i minimal-løftepolitik. Studiets resultater viser, at der på sundhedscentret ikke var nogen forbedring efter interventionen, men i hospitalsregi var der sket en reduktion på 44 % (63).

Med en nul-løft-politik forstås, at personalet ikke må løfte på patienterne, men de skal i stedet bruge hjælpemidler (64). Forskning viser, at nul-løft-politik vil kunne nedsætte antallet af lænderyg-skader hos sundhedspersonale (62,64). Ved at indføre en nul-løft politik vil der ske en reduktion af rygproblemer over hele sundhedssektoren (65).

I et studie af Chhokore et al. (66) pointeres, at biomekanisk analyse og undersøgelser af sygeplejerskers opfattelser viser, at manuelle løft og patienthåndtering er højrisiko aktiviteter for belastningsskader (66). Særligt hospitalspersonale er i risiko for skader. De arbejdsrelaterede skader skyldes vrid, tunge løft og belastende statiske stillinger (67). Dette har ført til en betydelig indsats for at udvikle metoder til at sikre sundhedspersonale under forflytning af patienter.

Forskning viser, at anvendt forflytningsteknik ikke mindsker arbejdsrelaterede muskelbelastningsskader. Ergonomiske tilgange så som politikker for patientvurdering, begrænsning af løft samt brug af hjælpemidler kan reducere arbejdsrelaterede muskelbelastningsskader hos sundhedspersonale (68). På grund af et stigende antal opgaver i sundhedsvæsenet skabes både økonomiske og personalemæssige udfordringer. Personalet bliver udfordret i forbindelse med, at det skal gå hurtigere, og der kun er én person til at udføre flere mands arbejde. For at kunne imødekomme dette stigende problem, kan det være nødvendigt at implementere hjælpemidler, der kan afhjælpe personalet (3). Sundhedspersonalet bliver årligt undervist i forflytningsprincipper (69), men ud fra studier ses, at det ikke vil nedsætte lænderyg-skader hos sundhedspersonale (27). Der er behov for tiltag for korrekt brug af forflytningshjælpemidler, ligesom Arbejdstilsynet ofte giver påbud om dette.

Det er nødvendigt at finde relevante alternativer, herunder forflytningshjælpemidler for at undgå unødvendige tunge løft i sundhedssektoren. I henhold til regeringens handleplan bør indsatsen for arbejdsmiljø foretages i den enkelte virksomhed (3). Selvom der er internationale undersøgelser på området, er der er imidlertid ikke nødvendigvis samme kultur, organisationsstruktur for hospitalerne, uddannelse, fysisk og psykisk arbejdsmiljø og forflytningshjælpemidler i Danmark, som der er i de andre lande, hvorfor der er behov for dansk forskning på området (62)

3.9.2 Terapeuter er ikke immune over for skader ved forflytning

I rehabiliteringssituationer på sygehuse foretager sygeplejersker, terapeuter og ergoterapeuter forflytninger af patienter for at mobilisere patienten, og terapeuterne assistere patienten i træningssituationer for at øge patientens funktionsniveau, hvor målet er dermed at skabe bedre selvstændighed hos patienten. I disse situationer anvendes forflytningshjælpemidler, mens terapeuterne guider patientens aktiviteter (70). Ligeledes foretager terapeuterne vurdering af patientens funktionsniveau inden udskrivelser til overvejelse af hvilket hjælpemiddel, patienten bør anvende fremover (71,72).

I et studie fra USA (73) med interviews af fysioterapeuter, der har oplevet arbejdsskader, undersøges terapeuternes holdning til skader i deres profession. De giver udtryk for, at der er en kulturel indstilling inden for den fysioterapeutiske profession til, at hvis forebyggelses strategier anvendes, forekommer skader ikke. Det er dog problematisk, at der er en kultur omkring, at terapeuter grundet deres viden og kompetencer er immune over for skader, når de netop er i risiko for skader i forbindelse med løft og patienthåndtering (10,74–76).

Både ud fra dansk lovgivning om uddannelserne for fagprofessionerne (77–79) og international forskning er der forskel på terapeuter og plejepersonales arbejdsområder (70), og derfor er der forskel på deres udførelse af forflytninger. Fysioterapeuter og ergoterapeuter fremstår som professionelle med øget viden om forflytning og forebyggelse og behandling af muskulære skader (77,79). Terapeuterne er dog også i høj risiko for muskelskeletale skader i forflytningssituationer. (10,80,81) Nogle terapeuter uddanner forflytningsvejledere, og de kan vejlede også andre i en forflytningssituation. Andre har stor viden om arbejdsredskaber og anvendelsen af hjælpemidler til patienterne (71).

Forflytningshjælpemidler anvendes til sikre både terapeut og patient, og hjælpemidler medvirker til at øge patientens deltagelse og aktivitets niveau, samt at patienten kan mobiliseres tidligere i behandlingforløbet, men der kan også være begrænsninger ved hjælpemidlernes anvendelse i miljøet og i forhold til den enkelte patient og aktiviteterne, der skal foretages (70).

Da ergoterapeuter og fysioterapeuter foretager forflytninger anderledes i patientens rehabilitering, og de anvender hjælpemidler i patientens træningssituation, og de derfor har et andet formål med forflytning, ses behov for forskning i terapeuters anvendelsen af hjælpemidler til forflytning af patienter. Ligeledes er dette forskningsbehov begrundet i, at terapeuter ikke er immune for skader, og

de derfor trods deres øget kendskab har behov for tiltag til at forbedre forflytningssituation (73,80,81)

3.9.3 Terapeuters anvendelse af og holdning til hjælpemidler

Der er i et dansk studie belyst, at der kan foretages holdningsændring til hjælpemidler og anvendelse heraf hos medarbejdere i hospitalsregi med ergonomiske tiltag og øgning af hjælpemidler (82). Der eksisterer dog mange barrierer mod korrekt forflytning og anvendelse hjælpemidler i praksis (83). Hvordan terapeuter anvender hjælpemidler, og hvilken indflydelse hjælpemidler har intreret i en terapeut praksis, er afdækket i et studie fra USA (68), men der er ikke fundet dansk forskning, der afdækker terapeuters holdning og barriere ved anvendelsen af hjælpemidler, hvorfor dette perspektiv ligeledes ønskes afdække igennem specialeprojektet.

3.9.4 Opsummering på problemanalysen

I rehabiliteringssituationer på hospitaler foretager sygeplejersker, terapeuter og ergoterapeuter forflytninger af patienter for at mobilisere patienten, og terapeuterne assistere patienten i træningssituationer for at øge patientens funktionsniveau. I disse situationer anvendes hjælpemidler, mens patienten guides i aktiviteten. (70) Sundhedspersonale, der dagligt foretager patientforflytninger, er i risiko for rygskeer, og anvendelsen af hjælpemidler mindsker risikoen for rygskeer i denne erhvervsgruppe. Sundhedspersonale i Danmark angiver, at 5 % af dem, der foretager forflytninger, dagligt har oplevet rygskeer inden for det sidste år, og blot 1-2 forflytninger om dagen er forbundet med en forøget risiko for rygskeer på 66 % (62).

Ergoterapeuter og fysioterapeuter er i risiko for disse skader, og der kan foretages tiltag for at sikre både terapeuten og patienterne samt bibeholde patientens rehabilitering. (80,81,84) Derfor ses behov for dansk forskning i terapeuters anvendelsen af hjælpemidler til rehabilitering af patienter. Formålet med denne opgave er at forbedre sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen for fysio- og ergoterapeuter, der foretager løft i form af håndtering og forflytning af patienter.

Der eksisterer dog mange barrierer mod korrekt anvendelse hjælpemidler i praksis (83), hvorfor der igennem dette projekt undersøges terapeuters og andet sundhedspersonales anvendelse af hjælpemidler til patienthåndtering og terapeuters holdning til anvendelsen af hjælpemidler. (68) Der anbefales endvidere tiltag for at forbedre sikkerheden for fysio- og ergoterapeuter, der foretager forflytning af patienter med hjælpemidler i forflytningssituationen fra seng til stol på et hospital i Region Nordjylland. Ud fra dette fremkommer følgende problemformulering:

3.10 Problemformulering

Hvordan anvendes forflytningshjælpemidler nu, og hvilke tiltag skal der til for at mindske skade i forflytningssituationen fra seng til stol i en situationet praksis på et hospital i Region Nordjylland?

3.11 Afgrænsning

Herunder afgrænses rapportens fokus.

Denne rapport afgrænses til terapeuternes holdning til og deres anvendelse af hjælpemidler til forflytninger. Dansk forskning på sundhedsområdet er baseret på det samlede sundhedspersonale, men dette specialeprojekt fokuserer kun på terapeuternes udførelse af forflytninger, da disse ikke har helt sammenlignelige arbejdsforhold i forhold til patienterne som det øvrige sundhedspersonale.

Da forflytning af patienter fra seng til stol, er en særligt belastende forflytning at foretage (85), er der i projektet fokuseret på denne forflytning, og dermed afgrænses der fra andre forflytningssituationer. Denne type forflytning er endvidere valgt på baggrund af, at det dels er denne forflytning, hvor der er givet strakspåbud i terapeuters udførelse af patienthåndtering under forflytningen, og dels at der var utilstrækkelig anvendelse af hjælpemidler for at skåne terapeuterne under udførelsen, og dette specialeprojekt har fokus på forhold, hvor der netop er afgivet et strakspåbud.

Der vil i projektet blive undersøgt anvendelsen af hjælpemidler, samt årsag til valg og fravalg af specifikke hjælpemidler hos sundhedspersonale, der daglige foretager forflytninger, men der afdækkes ikke andet sundhedspersonales holdning til anvendelsen af hjælpemidler. Dette er igen fordi, terapeuterne ikke har helt sammenlignelige arbejdsforhold i forhold til det øvrige sundhedspersonale i arbejdet med til patienterne, og det er disse terapeuter, der er i fokus i dette projekt.

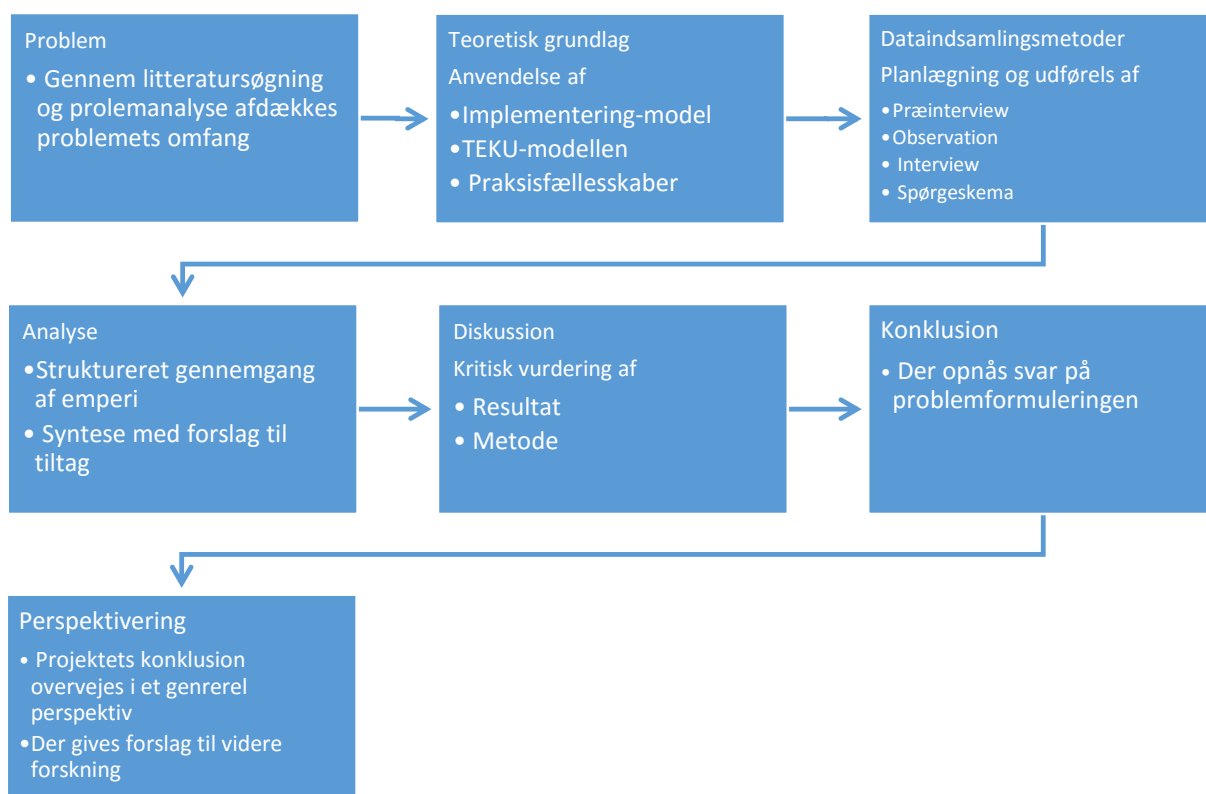
4. Metode og teori

Metode- og teori afsnittet uddyber de enkelte videnskabelige arbejdsmetoder og teoretiske overvejelser, der er anvendt i projektet.

4.1 Studiedesign

Dette afsnit indeholder designet af projektets forløb fra start til slut.

Denne projektrapport søger at afdække en sundhedsfaglig personalegruppes anvendelse af forflytningshjælpemidler, og projektets proces forventes at føre frem til relevante tiltag, der giver mulighed for at forbedre den situerede praksis. For at afdække problemstillingen gennemgås følgende



projektproces (se figur 4).

Figur 4: Projektets vej fra problem til perspektivering

Problemanalyse

Der foretages dokumentation for problemfeltets videnskabelige betydning, og der afdækkes behovet for undersøgelse af problemstilling inden for anvendelse af forflytningshjælpemidler og arbejdsmiljøtiltag. Formålet med projektet er at afdække anvendelsen af forflytningshjælpemidler i en situeret praksis, og projektet fører til relevante tiltag for at forbedre forflytningssituationen i den situerede praksis. Det videnskabelige udbytte er et bidrag til indsigt i arbejdsmiljøproblematikker i hospitalsorganisationen, og projektets resultat vil indebære implementeringsforslag til forbedring af praksis. Projektet er afgrænset til terapeuters anvendelse af hjælpemidler. Påbud i forbindelse med forflytningssituationer fokuserer på terapeuternes udførelse af forflytning, hvorfor der vil være i fokus på dette i rapporten, men der inddrages også andre sundhedspersonales anvendelse af hjælpemidler.

Litteratursøgning

Systematisk litteratursøgning afdækker problemfeltet igennem videnskabelig evidens og viden om forbedringstiltag på forflytningsområdet.

Teoretisk grundlag

- Implementeringsteori, hvor implementeringsprocessens elementer er overordnet struktur for projekt som en evalueringsundersøgelse i et casestudie. PDSA –modellen i ”study-”fasen og ”act-” fasen indebærer, at der i projektet undersøges aktuel praksis og foretages analyse af målgruppe og ramme, hvorved der reflekteres om ændring af handleplanen og udvælges implementeringstiltag.
- TEKU-modellen anvendes som ramme for interviewguide og for analysen. TEKU-modellen anvendes med fokus på at fremme en reflektiv tilgang hos medarbejderne til vurdering af hjælpemidlernes anvendelse.
- Praksisfællesskaber indgår til dybere forståelse af den aktuelle organisations praksis fællesskab, der giver teoretisk indsigt i informanternes kultur.

Anvendelse af casestudie

Der præsenteres overvejelser i forbindelse med at anvende et casestudie i dette specialeprojekt, og der afvejes de metodiske overvejelser, der ligger i at anvende en case som eksemplarisk forskningsdesign.

Dataindsamlingsmetoder

En vigtig del af at belyse problemstillingen er at overveje kompleksiteten af daglig praksis og rutiner i en klinisk praksis, så implementering kan inddrage aktiviteter til at forbedre praksis og lokalisere

styrker og svaghedspunkter i arbejdsgangene. Der undersøges derfor aktuel praksis og foretages analyse af målgruppe og ramme ud fra en case-baseret tilgang, hvor problemstillingen afdækkes i forhold til en situeret praksis.

- Præinterview: Indledende kontakt med afklaring af implementeringsprocessen af handleplan i forbindelse med strakspåbud fra Arbejdstilsynet til et afsnit på et Regionshospital i Region Nordjylland.
- Observation: Undersøgelse af aktuel praksis.
- Interview: Afdækker kompleksiteten af daglig praksis og rutiner i klinisk praksis og problemstillinger ved anvendelse af hjælpemidler.
- Spørgeskemaundersøgelsen: Afdækker hvilke hjælpemidler, der anvendes af personale fra ergo- og fysioterapien og fra sundhedspersonale på afdelingen.

Spørgeskema og observation triangulerer en afdækning af, hvilke hjælpemidler der anvendes, samt hvor triangulering af observationer og interview lokaliserer styrker og svaghedspunkter i arbejdsgangene ved anvendelse af hjælpemidler.

Analyse

Systematisk gennemgang af indhentet empiri: Dybere forståelse og fortolkning af informanternes udsagn i relation til analyserammens elementer gennem meningskondensering og kodning af empiri, hvorved der afdækkes problemstillinger ved anvendelse af hjælpemidler.

Fund

Resultaterne af hvilke hjælpemidler, der bruges, og oversigt over resultaterne fra tematiseringerne i den systematiserede analyse.

Syntese

Opsummering af forflytningshjælpemidlers anvendelse og problemstillinger samt en tilrettet handleplan for forandring.

Implementeringstiltag

Ud fra problemstillingen belyses forflytningshjælpemidlernes anvendelse og projektets resultat anvendes til implementeringsforslag med relevante tiltag til at forbedre brugen af forflytningshjælpemidler i praksis.

Diskussion

Der foretages kritisk refleksion med teoretiske fortolkninger af resultater til at belyse fundene og kritisk refleksion af metode.

Konklusion

Problemformuleringen søger at afdække informanternes anvendelse af forflytningshjælpemidler, og projektets proces forventes at føre frem til relevante tiltag, der giver mulighed for at forbedre den situerede praksis. Der konkluderes, om projektets problemstilling er besvaret, og om projektet har opnået sit formål.

Perspektivering

For at opnå det videnskabelige udbytte går analysen ud i et bredere perspektiv, og her er der inddraget overvejelser i en mere generel sammenhæng, så der analyseres, hvordan hjælpemidlers muligheder og problemstillingerne er i forhold til professionen og dennes udvikling. Derudover perspektiveres der til videre forskning.

De enkelte elementer i projektets proces vil være uddybende forklaret i metodeafsnittet samt anvendt i projektets enkelte afsnit.

4.2 Empirimetode

I dette afsnit afdækkes dataindsamlingsmetoder, i forbindelse med en casebaseret tilgang, hvor problemstillingen afdækkes i forhold til situeret praksis.

4.3 Videnskabelig tilgang

I dette afsnit afdækkes projektets videnskabelige tilgang.

I dette projekt er den videnskabelige tilgang ud fra et hermeneutisk-fænomenologiske videnskabs-syn. Dette er baseret på, at informanterne både taler om, og viser os ind i deres lokale og situerede praksis (38). I et fænomenologisk perspektiv er der åbenhed for interviewpersonernes oplevelser, og der søges efter væsentlige betydninger i udsagnene (86). Hermeneutisk forståelse er meningsfortolkning af centrale temaer, og der lægges vægt på, at fortolkernes forforståelse påvirker emnet, der undersøges. Der fortolkes på udsagnene for at finde deres mening inden for de centrale temaer, der udtrages fra et helhedsindtryk baseret på en analytisk teoretisk ramme. Det at kombinere den fænomenologiske tilgang med det tolkende aspekt fra den hermeneutiske tilgang giver en dybere refleksionsproces i forhold til de undersøgte fænomener (86).

Igennem projektet opnås et Onto-Epistemologisk videnskabssyn, således at der læres ting om informanternes livsverden (ontologi), og der udvikles en forståelse af denne, ved at projektgruppen gennem analysen gennemgår en erkendelsesproces og dermed opnås øget kendskab og forståelse af informanternes livsverden og dens konsekvenser. I undersøgelsen er det kun muligt at opnå et øjeblikbillede af de problematikker, der er i praksis, afhængigt af informanternes handleviden. Der

søges informanternes forståelse af deres egen viden, erfaringer og situerede praksis, der har betydninger for deres handlinger i konteksten. (38)

Der er i forbindelse med projektgruppens forforståelse afdækket, at de værdier og normer som en fysioterapeut og en ergoterapeut har fra deres fagområde, påvirker medarbejdernes kritiske refleksion. Derfor anvendes et kritisk realistisk perspektiv på forskning i situerede kontekster. Det vil sige, at forskerne reflekterer analytisk på den opnåede viden om informanternes livsverden. Observationer vil være præget af et klinisk blik, ved at forskerne har relevante professionsfaglige uddannelser, og ligeledes er der i interviewbearbejdning mulighed for at inddrage fagligt kendskab for at øge sensitiviteten og den kritiske vurdering af informanternes udsagn. (38)

4.4 Litteratursøgning

Dette afsnit indeholder strukturen for den systematiske litteratursøgning.

Der udføres litteratursøgning til at afdække problemstillingen og status inden for sundhedspersonales anvendelse af tekniske forflytningshjælpemidler i Danmark. Søgningen vil blive foretaget i videnskabelige databaser, mere specifikt vil der blive søgt i PubMed, CINAHL with full text samt Cochrane library.

Til den eksplorative søgning anvendes forskellige søgeord, som ikke er systematiseret. Med en sådan søgning skabes der en bred viden hos projektgruppen, samt der dannes en emneafgræsning. Med viden fra den eksplorative søgning er der dannet grundlag for at foretage en systematisk søgning. Den eksplorative søgning er blandet andet foretaget i Google Scholar, faglitteratur og fagbaserede hjemmesider.

Til den systematiske litteratursøgning anvendes bloksøgning til at afdække områderne. Bloksøgning er opbygget ud fra ”Patient / problem / population, Intervention, Comparison og Outcome” (PICO). Med PICO opnår man præciserede spørgsmål tilpasset emnet. Med PICO kommer der søgeord, man kan bruge i systematisk litteratursøgning. De forskellige blokke er kombineret med ”boolske operatører”, som for eksempel kunne være AND, NOT eller OR. I disse søgninger er der gjort brug af AND og OR. Et eksempel på søgeord kan ses herunder (tabel 5). Ud over bloksøgning anvendes der også kædesøgning, som foregår ved at gennemgå de referencer, der er i de artikler, man har fundet i den systematiske litteratursøgning. (87)

Tabel 5: Et eksempel på PICO

<u>Emne</u>	Underspørgsmål	Patient	Intervention	Comparison
Terapeuters anvendelse af forflytningshjælpemidler	Hvorfor anvender terapeuterne hjælpemidler eller	Terapeuterne	Anvendelse af hjælpemidler	Ingen anvendelse af hjælpemidler

	hvorfør anvender de ikke forflytningshjælpemidler?	----- therapists	----- use of mechanical device	----- no use of mechanical device/ manuel handling in moving patients
--	--	---------------------	-----------------------------------	---

Ved at der er søgt efter "MeSH"-ord, i søgningen fremstår definering af søgeord, som derefter er sat sammen med ord søgt i fritekst. Et eksempel på sådan en søgning kunne se sådan ud, se tabel 6.

Tabel 6: Eksempel på litteratursøgning med MeSH og fritekst

Litteratursøgning					
Emne	Anvendelse af forflytningshjælpemidler				
MeSH	Self-Help devices OR technology OR	health personnel OR physiotherapist OR	low back pain OR back injury	Human Engineering OR Workload OR	Patient
Fritekst	transfer OR device OR assistivet OR techniques	patient care providers OR Occupational Therapist OR health workers		ergonomic OR intervention OR evaluation OR handling OR patient handling OR biomechanics	
Filter	Mennesker, voksne 19+				
Resultater efter søgning	PubMed	4/3	CINAHL	o	Cochrane Library

Der opsættes kvalitetskrav for at sikre, at den fundne og anvendte litteratur har en høj kvalitet:

- Litteraturen fra artikler må ikke være ældre end år 2000, alt fra før 2000 er derfor fravalgt.
- Danske, svenske, norske samt engelske artikler er anvendt, og andre sprog er fravalgt grundet manglende sprogkendskab.
- Artiklerne skal omhandle/være fra lande, som kan sammenlignes med danske forhold.

Det kan forekomme, at der er faglitteratur, der er ældre end år 2000, og såfremt der er henvist til denne litteratur, vil dette være fagligt relevant for det aktuelle emne.

4.5 Casestudiet som forskningsdesign

Dette afsnit klarlægger anvendelsen af casestudie og hvilke overvejelser der ligger til grund for den udvalgte case.

Casestudiet som tilgang kan dateres tilbage til Aristoteles, som var optaget af det konkrete og det situationsafhængige frem for det universelle. Casestudie er en forskningsstrategi, hvor der undersøges et konkret og afgrænset fænomen, og i dette tilfælde indhentes en detaljeret beskrivelse og evaluering af en praksisbaseret viden. Casestudiet er skræddersyet til dybtgående undersøgelser af komplekse, aktuelle og måske enkeltstående fænomener. Casestudiet kan med fordel bruges til kvalitets sikring af metoderne i behandlingsforløb.

Dog kan forskeren ikke kontrollere den situeret praksis, der undersøges, og der kan således ikke kontrolleres variablerne i undersøgelsen. Man har således ikke mulighed for at sikre, at fænomenerne er statistisk repræsentative, hvilket vil sige at man nødvendigvis ikke finder de samme fænomener i en anden casebaseret praksis. (88)

4.5.1 Casebaseret praksis

Den case-baserede tilgang skal opfylde et behov for forståelse af problemstillingen ud fra etableret klinisk praksis. Forflytningshjælpemidler anvendes både på sygehus, på plejehjem og i borgerens eget hjem. Dette projekt fokuserer på anvendelsen af forflytningshjælpemidler anvendt til patienter i forflytningssituationer, som foregår i hospitalsregi. På hospitaler foretages mange forflytninger af patienten fra seng til stol (67), hvilket er en af de mest belastende forflytninger for sundhedspersonale. (85)

Casen, der anvendes i dette specialeprojekt, er på et hospital i Region Nordjylland. Hospitalet har fået et strakspåbud (se bilag 1) fra Arbejdstilsynet angående deres terapeuter, der udfører forflytninger af patienter i en bestemt afdeling. Dette strakspåbud er givet, da forflytningen ikke er udført korrekt, og terapeuterne derfor er i fare for skader under forflytningen af patienten. Forflytningen, der udløser strakspåbudet, er beskrevet i tidligere afsnit 3.5 i rapporten.

Der er i Region Nordjylland krav til, at afdelingsledelsen sikrer, at de udarbejdede instruktioner med fremgangsmåder er kendt af medarbejderne, at de er ajourførte og forefindes tilgængeligt på de enkelte afdelinger. Der skal være fokus på hjælpemidler; herunder anskaffelse, vedligehold, instruktion, oplæring og organisering, så hjælpemiddelområdet er velfungerende. Alle relevante medarbejdere skal have mulighed for at lære og øve forflytninger, og nyansatte skal inden for den første måned introduceres til forflytningsteknik og hjælpemidler. Der er i Regionshospitalet organisation en forflytningsgruppe bestående af en forflytningsvejleder per afsnit med patientrelateret arbejde og en koordinerende forflytningsinstruktør for hele Regionshospitalet Nordjylland. Forflytningsgruppen arbejder med at forebygge forflytningsskader. Det sker via undervisning, oplysning og gennem instruerede forløb med forflytninger til mobilisering af patienterne. I Region Nordjylland er der stort fokus på det ergonomiske arbejdsmiljø i forbindelse med forflytninger og håndtering af patienter.

Det accepteres ikke, at medarbejdere ansat på hospitaler i regionen kommer til skade, eller bliver nedslidte af de mange forflytninger, der udfører dagligt. Principielt må Regionshospital Nordjyllands personale ikke ”løfte” patienterne, men alene ”forflytte” dem med udgangspunkt i at udnytte patienternes egne ressourcer. (89) Da der trods arbejdsmiljøindsatsen i regionen fortsat gives straks-påbud, findes denne case relevant for at belyse denne problemstilling.

4.6 Valg af informanter

I dette afsnit belyses processen for udvælgelse af informanter i situeret praksis.

Projektgruppen har kontakt til en samarbejdspartner, som er et Regionshospital i Region Nordjylland. Dette hospital er valgt ud fra en geografisk placering med acceptabel kort køreafstand fra forskningsenheden. Der er på dette hospital udvalgt en specifik afdeling, da der er givet et strakspåbud til terapeuterne på udførelsen af forflytning af patienterne indlagt på denne afdeling, og de tilknyttede terapeuter indgår som informanter til interview, observation samt deltagelse i spørgeskemaundersøgelse.

I forbindelse med projektet foretages interview med ledelsen, forflytningsvejleder og terapeuter fra den bestemte afdeling for at få afklaret status på og problemstillinger ved anvendelse af tekniske hjælpemidler samt tiltag til forbedring af forflytningssituationen. Afdelingen får tilsendt deltagerinformation fra projektgruppen, hvor de informeres om, hvad interviewende skulle bruges til, forventede tidspunkt, samt tidsrammen for interviews. (Bilag 2) Informanterne vil ikke på forhånd have kendskab til interviewguiden.

Til dette speciale rekrutteres informanter ud fra forud formulerede kriterier. De informanter, der har interesse for dette speciale, er terapeuter, der laver forflytning dagligt, og terapeuter, der bruger hjælpemidler til forflytning. Der opsættes følgende kriterier for at sikre, at informanterne har den rigtige viden:

- Skal være Fysio – eller ergoterapeuter af profession eller have en terapeutisk funktion, herunder social- og sundhedsassistenter, som assisterer terapeuterne i forflytningerne.
- Skal lave flere forflytninger dagligt.
- Der inkluderes informanter uanset alder, køn og antal års ansættelse på stedet.

4.7 Etik

Herunder kommer der en kort beskrivelse af de etiske problemstillinger, som der skal tages stilling til.

Projekter, der alene indeholder ikke-følsomme oplysninger om deltagerne, skal ikke anmeldes til Datatilsynet eller have tilladelse. Da interviews og observationer ikke indeholder personfølsomme data, er der ikke grundlag for indberetning til datatilsynet, men de indhentede data behandles fortroligt i henhold til persondataloven – ligesom dataindsamlingen overholder Helsinki -deklarationen II.

Deltagelse i observationen foregår i forbindelse med den almene behandling, hvorfor forflytningen har tilsvarende risici. Patienten har risiko for at falde, og terapeuten har risiko for arbejdsulykker i forbindelse med forflytningen, men denne risiko mindskes hvis terapeuten udfører en risikovurdering inden forflytningen og planlægger forflytningen med sikre forhold og anvendelse af korrekte tekniske hjælpemidler. Patientens deltagelse i projektet vil på ingen måde påvirke den igangværende behandling.

Alle informanter, samt deltager modtager mundtlig og skriftlig information om projektet formål. Der indsamles fra alle deltagere i observationerne og interviews informeret samtykke for at sikre, at alle deltagere har viden omkring formålet med projektet. Derudover vil de også blive gjort opmærksom på, at det er frivilligt at deltage, og at de har ret til at trække deres udtalelse tilbage på et hvilket som helst tidspunkt. Deltagerne bliver kun informeret omkring, hvilken situation der er tale om, og ikke dybere ind i emnet for at kunne få deltagernes nuværende mening. (86) Der bliver ikke foretaget nogen form for økonomisk kompensation for deltagelse i disse observationer og interview.

Alle deltagere vil i rapporten være anonymiserede. Dette er for at beskytte personen mod at kunne blive identificeret, og der vil på intet tidspunkt blive brugt detaljeret beskrivelse af informanterne, hvorfor alle navne, der vil dukke op i rapporten, vil være opdigtede (86). Når alle informanter i dette speciale vil være anonymiserede, vælges dette for at få muligheden for at få så reelle udtalelser som muligt. Ved at gøre dem anonyme kan det være, at der kommer andre udtalelser end de, der forventes at fremkomme, hvis de ikke var anonyme.

4.8 Præinterviews

Her belyses grundlæggende kontakt til samarbejdspartneren.

Der vil i forbindelse med samarbejdsafdelingens deltagelse i projektet være præinterview, der omhandler, hvilke hjælpemidler de har til rådighed, politikker for forflytning for afdelingen og på hospitalet, behov for ændringer i forbindelse med forflytninger, om der forefindes strakspåbud og handleplaner i forhold til forflytninger, og hvilke udfordringer, der ledelsesmæssigt ses på afdelingen i forbindelse med forflytning og anvendelsen af hjælpemidler, samt hvilke terapeuter og afdelinger,

der har mulighed for at deltage i en uddybende undersøgelse. Disse oplysninger fremkommer af møder, afholdes med hospitalet. Der skrives referat af disse møder. Der udvælges en afdeling, der har en problemstilling i forbindelse med udførelsen af forflytninger og anvendelsen af ikke egnede hjælpemidler, hvilket har medført strakspåbud fra arbejdstilsynet.

Der udarbejdes en samarbejdskontakt mellem projektgruppen og Regions Hospitalet.

4.9 Observationer

Her belyses metodiske overvejelser om observation til undersøgelse af aktuel praksis, samt analysetilgang til bearbejdning af materiale.

I dette speciale vil der blive foretaget semistruktureret observation, da der arbejdes kvalitativt. Observation er valgt, idet der ønskes at se på adfærden og interaktionen internt mellem terapeuterne samt interaktionen mellem terapeut og patient, idet det kan være svært at spørge terapeuterne om dette samt at få et realistisk svar fra terapeuterne (86).

Metoden er ikke-deltagende observation, idet projektgruppe ikke er en del af forflytningen. Projektgruppen er derfor i situationen tilhørere til det, der bliver sagt mellem patient og terapeut, og tilskuer, da der iagttages situationen mellem patienten og terapeuten. Begge projektgruppens medlemmer vil deltage ved observationerne. Dette er for at sikre, at der ikke bliver overset noget under observationen.

Med et ustruktureret observationsstudie kan man ende med en masse datamateriale, som kan være svært at overskue (90), og derfor vælges der at semistrukturere observationerne ud fra et teoretisk udgangspunkt, hvor der forud for observationerne udarbejdes nogle få kategorier, som der skal ses efter under selve situationen. (Se bilag 3) De kategorier, med hvilke forflytningssituationen ses, er inspirerede af Arbejds miljøinstituttet, hvor der ses på forflytning af patienter ud fra tre faser: Forberedelse, aktuel udførelse og afslutning. Under hver af disse faser ses på forskellige forhold; for eksempel kommunikation, arbejdsteknik hos terapeuten, udnyttelse af patientens ressourcer og hvilke forflytningsredskaber, der bliver anvendt (91). Inden der udføres observationer på stedet, bliver observationsskemaet pilottestet ved, at projektgruppen analyserer forflytningsvideoer på youtube.com. Gruppens medlemmer noterer observationer fra forflytningen og gennemgår derefter skemaet for at sammenholde observationerne for de forskellige punkter. Der bliver derved defineret og samstemmet, hvad der skulle stå inden for de forskellige punkter.

Af etiske grunde fravælges anvendelse af video- og lydoptagelser, idet videooptagelser kan hæmme arbejdssituationen ved være i vejen for terapeuterne under behandlingen. Det er også svært at fange

arbejdssituationen fra den rette vinkel for at opnå arbejdsfunktionen på video. Videoptagelser gør medarbejdere og patient opmærksomme på, at de bliver observerede ud fra Hawthone effekten. (92)

Ved brugen af observation ønskes der at finde frem til, hvad terapeuterne rent faktisk gør i forflytningssituationen samt at sikre, at det, terapeuterne siger, de gør, faktisk også er det, de gør, når de er inde ved patienten. Med observation får man et levende øjebliksbillede af, hvordan situationen foregår.

Fordelene ved at bruge observation er, at det kan være urealistisk og vanskeligt at indsamle data omkring sådanne situationer ved brug af spørgeskema og interview alene. Derfor vil der efter observationer foretage interviews med de observerede terapeuter.

Der er opstillet in- og eksklusion kriterier for de patienter, der skal forflyttes af terapeuter for at sikre, at patienterne ikke har et for højt funktionsniveau, således at det i situationen er relevant at anvende hjælpeforanstaltninger.

- Patienterne skal have en CAS score på 1, og derfor vil alle, der har en CAS score på 0 eller 2, blive ekskluderet.
- Patienterne skal have brug for hjælp i form af hands-on af terapeuten eller et eller flere hjælpemidler.
- Patienterne ekskluderes, hvis de går selvstændigt med hjælp fra krykker og rollator.

For at sikre at alle patienter, der deltager i observationen, vil få den samme information, er det på forhånd aftalt, at det var den samme fra projektgruppen, der oplyste omkring, hvad der skulle foregå og patientens rettigheder. (se bilag 4) Såfremt patienten har behov for det, yder terapeuten assistance i denne information. Der bliver indhentet mundtligt samtykke fra patienterne, og dette bliver dokumenteret ved, at samtykket noteres i observationsskemaet.

I denne undersøgelse observeres syv medarbejder med terapeutisk funktions og to sygeplejersker. Terapeuterne vurderer ud fra inklusions og eksklusionskriterierne, hvilket patientsituationer, der var relevante for projektgruppen at observere. Der udføres i alt observation af 13 situationer med patientforflytninger. Derudover er der en mulig observationssituation, hvor patientens ikke samtykker til deltagelse, og en observationssituation, som bliver ekskluderet fra studiet, da patientens kritiske tilstand ikke gør det muligt at foretage forflytning med patienten, samt der ekskluderes en situation, hvor terapeuten fejlvurderer, patientens funktionsniveau således at patienten er selvstændig i forflytningssituationen.

4.9.1 Databearbejdning af observationer

Under selve observationerne bliver der taget stikordsnoter i observationsskemaer med kategorier. Efter endt observation uddybes stikorderne individuelt for at sikre, at formuleringerne er fyldestgørende, og at der ikke er noget, som man senere ikke forstår. Observationerne noteres i et samlet observationsskema, hvor hver observation har hver sin farve, så der opnås et helhedsbillede af de opsamlede data. Når observationsstudierne er færdige, foretages der en meningskondensering. Dette gøres for at få hovedbetydningen frem, ved at lange beskrivelser bliver kortere, altså mere koncise formuleringer (86).

Koncepter og temaer der vælges til analysen afhænger af formålet med studiet og observatørernes teoretiske perspektiv. Observationsskemaet er rettet mod fænomenerne af interesse, og der afdækkes følgende: Personalets adfærd i forhold til planlægning af forflytninger, hvordan forflytninger udføres i praksis og hvilke hjælpemidler, der anvendes. I Herbert Blumers sensibiliserende koncept søges der at afdække den empiriske verden ved at definere fænomener af interesse og binde fænomenerne til et teoretisk udgangspunkt, hvor data analyseres og syntetiseres ud fra en opdeling i kategorier og sammenkædning med meningsenhederne fra interviewene (60).

4.10 Interviews

Her belyses metodiske overvejelser om interview til undersøgelse af kompleksiteten af daglig praksis og rutiner og problemstillinger ved anvendelse af hjælpemidler, samt analysetilgang til bearbejdning af materiale.

Observationerne vil blive fulgt op med kvalitative interviews. Der laves dybdegående interviews med de terapeuter, der foretager forflytninger i forhold til casen, omkring hvordan situationerne kan forbedres, og hvilke tiltag der er relevante. Terapeuternes tilgang til forflytningerne undersøges, samt hvilke hjælpemidler der anvendes, og hvordan arbejdsgangen er for forflytninger.

Interviews kan struktureres på forskellige måder; de kan være ustrukturerede, semistrukturerede og strukturerede. I dette speciale vil der blive gjort brug af semistrukturerede interviews for at opnå en forståelse af, hvordan terapeuterne har det med anvendelse af teknologiske hjælpemidler. Ved brugen af semistrukturerede interviews, hvilket giver informanterne og interviewerens mulighed for at komme med andre input undervejs i interviewet. Disse input kan være noget, som projektgruppen ikke har tænkt over, før interviewet foretages, eller der kan være behov for uddybelse af det berørte emne. En interviewguide, der er udarbejdet ud fra et semistruktureret interview, indeholder åbne spørgsmål, og bestemte emner, som interviewerens kan bruge som inspiration til at stille de spørgsmål, som der er behov for svar på.

Til stede under interviewene er to fra projektgruppen, som på forhånd har aftalt en rollefordeling, hvor den ene er hovedinterviewer, og den anden er bi-interviewer og observatør. Ansvarsfordelingen imellem de to gruppemedlemmer er, at hovedinterviewerne ledede selve interviewet og bringer informanten igennem interviewguiden samt at opfange relevante input under interviewet. Bi-interviewere har ansvaret for det tekniske udstyr til optagelse af interviewet, at tidsrammen ikke bliver overskredet samt stille uddybende spørgsmål, efter interviewguiden er gennemført.

Interviewene gennemføres på sygehuset på tidspunkter, hvor det passer ind i terapeutens tid. Interviewene gennemføres efter mindst to observationer med terapeuten. Idet at interviewene vil blive foretaget på et kendt sted for terapeuten, ville dette skabe et trygt forum for terapeuterne. Interviewene bliver optaget, for at de senere kunne transskriberes.

Inden interviewereren begynder på interviewspørgsmålene, bliver der gjort opmærksom på følgende forskellige ting:

- Informanten og sygehuset anonymiseres i rapporten
- At det er frivilligt at deltage i interviewene
- Informanterne kan til en hver tid trække sine udtalelser tilbage

Da nogle terapeuter ikke har mulighed for at snakke med os, mens projektgruppen er på afdelingen, foretages telefoninterview med dem. Der vælges at inddrage deres udtalelser med, da to ergoterapeuter, en fysioterapeut og en forflytningsvejleder, der er indenfor målgruppen, ikke har mulighed for at deltage, imens projektgruppen er til stede på Regions Hospitalet. De bliver stillet de samme spørgsmål, som anvendes til interviews på Regions Hospitalet. Disse interviews bliver også optaget for senere at blive transskriberet. Der bliver indhentet skriftligt samtykke, såfremt det er muligt, og hvis skriftligt samtykke ikke er muligt, indhentes mundtligt samtykke, hvilket er dokumenteret ved, at dette samtykke er optaget.

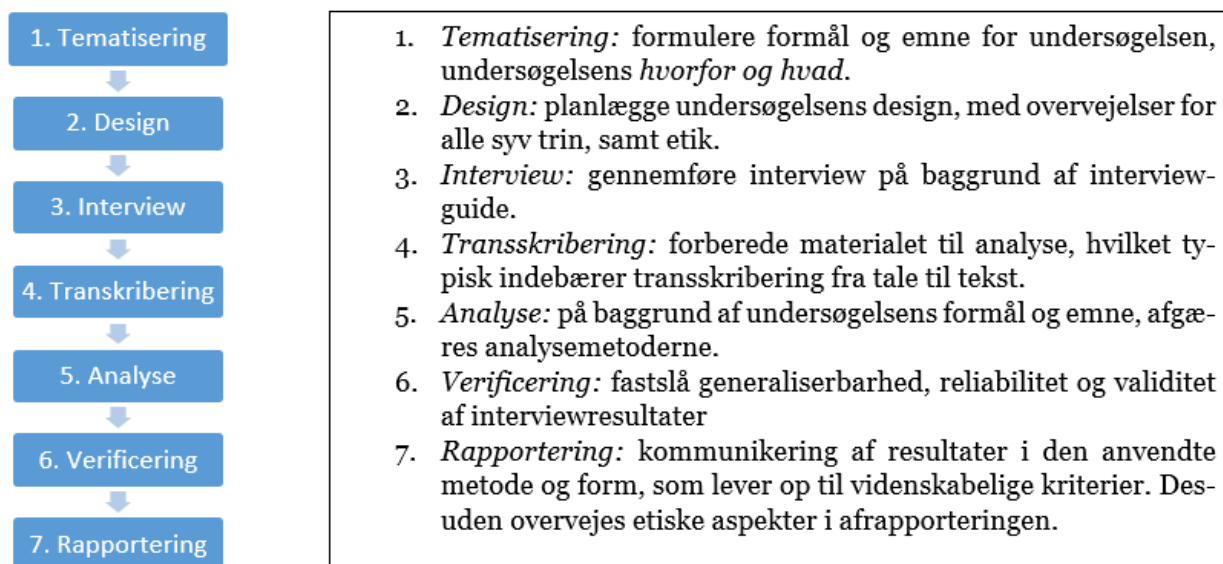
Der foretages ialt interview med 9 medarbejder, herunder ledelse, forflytningsvejleder, terapeuter og terapeutisk assisterende personale.

Ud over interview med terapeuter vil der også blive foretaget telefoninterview med en velfærdsteknologikonsulent fra Welfare Denmark. Dette interview omhandler firmaets tanker og grundlag for at udvikle Virtuel Forflytning. De forberedte spørgsmål bliver sendt til konsulenten, så konsulenten kan forberede sig lidt på interviewet. Interviewet bliver optaget for senere at blive transskriberet. Efter dette interview kontaktes en anden konsulent fra Welfare Denmark, som muligvis kan vide noget omkring økonomi. Der bliver også sendt mail til de nordjyske kommuner, om de har kendskab til Virtuel Forflytning, for at få feedback omkring hvilke erfaringer, de har opnået med anvendelsen af Virtuel Forflytning. Der bliver også foretaget telefoninterview med kommuner, som har kendskab til Virtuel Forflytning. Der udarbejdes en interviewguide til dette interview, se bilag 5.

Ved alle telefoninterviews gives der mundtligt samtykke, og dette samtykke optages. Informanterne oplyses om, hvad deres udtalelser skal bruges til, og hvordan materialet vil blive behandlet. (93,94) Der foretages to interviews med Welfare Denmark, et interview med en uddannelsesinstitution og et interview med en kommune, der anvender Virtuel Forflytning, samt interview med to kommuner der har kendskab til Virtuel Forflytning, men ikke anvender dette i deres praksis.

4.10.1 Interviewguide for interview på Regionshospitalet

Til de dybdegående interviews udarbejdes en interviewguide (se bilag 6), hvor der først udvælges temaer, som der derefter formuleres forskningsspørgsmål til, og som derefter omformuleres til interviewspørgsmål (se figur 5). (86) De temaer, der i dette speciale bliver lagt vægt på, er temaer fra TEKU-modellen (se afsnit 4.9.2), samt implementeringshåndbogens punkter omkring god implementering (95).



Figur 5: De syv stadier i følge Kvale (86)

Selve guiden er gennemgået flere gange for at undgå, at der er flere spørgsmål, hvor svaret vil være det samme, samt at ordlyden og forståelsen ikke er ladet på nogen måde. Spørgsmål som ville give "nice to know" viden bliver frasorteret. Efter projektgruppens gennemretning af interviewguiden foretages pilotinterview forinden de planlagte interviews for at teste, om spørgsmålene fra interviewguiden er formuleret, så de kan forstås. Én frivillig medstuderende deltager i pilotinterviewet, forbi den medstuderende har kendskab til emnet. Efter endt pilotinterview bliver interviewguiden rettet på baggrund af det, den medstuderende har af kommentarer. Dette sker for at identificere mulige forbedringer af interviewguiden og skabe en højere kvalitet i spørgsmålene. Derved sikres at spørgsmålene er forståelige og berører de teoretiske aspekter som ønsket. (60)

4.10.2 Tematisering og analyseproces

TEKU-Modellen er et analyseredskab, hvor der reflekteres over hjælpemidlernes indvirkning i praksis (6). Der bliver i interviewene spurgt ind til de fire tematiseringer i modellen og afklaret elementer, som indgår som undertematiseringer.

For at afdække hjælpemidlers anvendelse og deres indflydelse er interviewguiden baseret på anvendelsen af TEKU-modellen. Hjælpemidlers indflydelse på det faglige arbejde bør have større fokus for at fastholde fokus på faglighedens kvalitet, således at der overvejes om hjælpemidlerne anvendes optimalt i stedet for at skabe ureflekterede og eventuelt uhensigtsmæssige forandringer i professionsarbejdet.

Der tages i interviewet udgangspunkt i de professionelles praktiske arbejdsliv, og der kategoriseres og skabes forståelse af, hvordan hjælpemidlerne har situeret betydning for og påvirker dette. I dette projekt stilles der ikke krav til, at informanterne opnår fuld teknologiforståelse, men modellen anvendes til, at de professionsfaglige igennem interviewenes spørgsmål opnår refleksion om hjælpemidlernes påvirkning af praksis.

Modellen er ikke bundet til en bestemt anvendelse, men TEKU-modellen forstås som en ny måde at tænke og tale om teknologier. Det er ifølge den sociomaterielle teori muligt, at teknologiforståelse kan gives videre til andre i form af tankereds kabler. Derfor anvendes TEKU-modellen i dette projekt til inspiration for interviewguiden, så medarbejderne ledes til refleksioner om, hvilken rolle forflytningsteknologi spiller i deres praksis. Medarbejdernes refleksioner om deres praksis og observationer af hjælpemidlernes anvendelse er afgørende, da der er store forskelle på, hvad der gøres i hverdagen, og hvad der er officielt italesat som nødvendigt at gøre, såsom de krav der stilles i forbindelse med straks påbuddets og ledelsens ønsker til tiltag i forbindelse hermed. Teknologiforståelse er løbende at kunne lære, vurdere og analysere: ny teknologi, teknologi i en situeret praksis, teknologiens komplekse veje og teknologiers indflydelse på professionerne og samspillet mellem disse faktorer.

Teknologier er langt fra bare redskaber, der understøtter professionernes virke og professionalisering, men de finder anvendelse og påvirker praksis ved at forandre arbejdsopgaver og de professionelles forståelse af professionen.

TEKU-Modellen er et analyseredskab, hvor der reflekteres over teknologiernes indvirkning i praksis (6). Der er i interviewene spurgt ind til de fire tematiseringer i modellen og afklaret elementer, som indgår som undertematiseringer. TEKU-modellen er udviklet til praktiserende professionelle inden for alle fagligheder som et redskab til at analysere den måde, teknologi indgår i en professionel prak-

sis på. En analytisk forståelse af sammenhængen mellem teknologi og praksis kan betyde, at professionsuddannede kan bidrage til at udvikle bedre og mere hensigtsmæssige anvendelser af teknologi og forbedringer af arbejdsgange.

TEKU-modellen indeholder fire fokusfelter, som i samspil udgør den analytiske ramme for de professionelles viden. Teknologiens kulturformende kraft analyseres ved at se på de fire elementer i ”TEKU” -modellen hver for sig og deres samspil i en helhedsforståelse af modellen. Der opnås en analytisk forståelse af sammenhængen mellem teknologi og praksis. De fire områder analyseres hver for sig som udvalgte elementer af denne relation.

En analytisk forståelse af sammenhængen mellem teknologi og praksis kan bidrage til at udvælge eller udvikle bedre og mere hensigtsmæssig teknologi til at forbedre arbejdsgange, ledelse af arbejdsgange og organisationen. I projektets problemstilling sættes fokus på forflytningsteknologiens indvirkning på arbejdslivet i praksis, men der ses på alle fire felter i forhold til, at modellens fokusfelter påvirker hinanden, og derved anvendes modellen som helhed, idet alle elementer omkring teknologi afklares.

4.9.2.1. T - Teknologi som designet og læringskrævende

I dette perspektiv undersøges om teknologierne anvendes optimalt i forhold til deres formål. Forflytningsteknologiens muligheder, og om disse muligheder giver mening i arbejdslivets rutiner, afdekkes. Ved at forstå den funktion og det formål, som teknologien skal anvendes til, får man en konkret mulighed for at kunne bestemme fordele og ulemper ved teknologiens design. Det analyseres også, om teknologierne er til rådighed i optimalt omfang i den aktuelle praksis.

Inden for temaet ”teknologi som designet og læringskrævende” er der udarbejdet spørgsmål, der afdækker informanternes vurdering af forflytningshjælpemidlers design samt medarbejdernes eksisterende viden og læringsstrategier. Herved undersøges teknologiens brugerpotentiale, og om der er overførbarhed mellem anvendelsen af teknologien og designets formål, hvilke teknologier informanterne betragter som nyere indførte teknologier i forbindelse med strakspåbuddet, og hvilke hjælpemidler, de allerede kendte og anvendte. Dette skal få informanterne til at reflektere over betydningen af forandringen i praksis i forbindelse med indførelse af hjælpemidlerne. Derudover undersøges muligheder og begrænsninger, og herved afklares teknologiens brugervenlighed og hjælpemidlernes tilgængelighed i praksis.

Dette skal medvirke til at opnå en forståelse af den specifikke teknologis omfang og indflydelse, og det er afgørende for, hvilke aspekter af praksis, der kan forbedres gennem dens anvendelse.

4.9.2.2. *E - Engageret anvendelse af teknologi i praksis*

At teknologi læres situeret, betyder at man tager udgangspunkt i hele situationen, når man analyserer teknologianvendelse, eksempelvis om den er nem at få adgang til og konsekvenserne heraf, når man anvender teknologien med et bestemt formål. De professionelle må tage stilling til, om teknologien nu også er et ønskværdigt redskab. Gennem kommentarer og reaktioner i hverdagen lærer de professionsuddannede løbende at vurdere teknologiens anvendelse, herunder fordele og ulemper ved at anvende teknologien, og om teknologien giver mening for dem at anvende i deres praksis. Der skal i dette tema analyseres, hvordan situeret praksis rekonfigurerer teknologi, og hvordan teknologi rekonfigurerer praksis, da konsekvenserne af teknologianvendelse viser sig i deltagelsen i den daglige problemløsning i en situeret praksis. Situeret praksis understøttes nogle gange af teknologien, men i andre tilfælde udfordres denne praksis. Om teknologi virker understøttende eller ej afhænger af de konsekvenser, det har at anvende den. Det udforskes, og der reflekteres over, hvordan teknologierne forandrer praksis i situationen, og hvilke konsekvenser forandringen har i en situeret praksis. Dermed udforskes relationen til teknologien, og hvad teknologier gør ved relationen.

I tematiseringen ”*Engageret anvendelse af teknologi i praksis*” undersøges informanternes oplevelse af forflytningshjælpemidlernes anvendelse i en situeret praksis. Her afdækkes teknologiernes betydning i samspil med arbejdslivet, herunder mennesker og andre teknologier, og samarbejdet med kollegaer ved anvendelsen af forflytningshjælpemidler. Der er fokus på teknologiernes oversættelse, det vil sige hvordan forflytningshjælpemidlerne er anvendelige i den situerede praksis og giver mening at anvende i praksis. Derudover undersøges der også, hvilken holdning informanterne har til anvendelsen af teknologien og medarbejdernes motivation til at anvende forflytningshjælpemidler. Der spørges til, om medarbejderen finder sin viden om forflytningshjælpemidler tilstrækkelig for at fremme en refleksion om, hvorvidt der mangler viden i forhold til anvendelsen af forflytningshjælpemidlerne i den situerede praksis. Dette spørgsmål er relevant, da medarbejderne arbejder efter standardiserede retningslinjer, og de er derfor ikke nødvendigvis vant til at reflektere over, om deres kompetencer er passende til anvendelse af teknologier.

Der er forskellige holdninger til teknologier, som er velkendte for os, og de teknologier, som er nye. Det påvirker engagement med både nye og gamle teknologier, hvorfor det analyseres, hvilken holdning og motivation medarbejderne har for anvendelsen af forflytningsteknologi, og hvad dette betyder i praksis. Teknologi forandrer samarbejdsformer i lokale og foranderlige arbejdssituationer der 'rekonfigurerer' både arbejde og teknologi. Her undersøges teknologiernes betydning i samspil med arbejdslivet, herunder mennesker og andre teknologier.

4.9.2.3. *K – komplekse veje*

Her vurderes, hvordan og hvorfor teknologierne finder vej ind i professionen, så derfor undersøges de strukturelle rammer for, hvad der påvirker ledelsen til at udvælge teknologierne for den specifikke afdeling, og hvordan påvirkningerne giver udtryk for magtforhold og organisering i de professionelles arbejde. Det skal analyseres, hvor teknologierne kommer fra, hvem der har besluttet, at de skal indføres, og hvorfor de kommer ind på arbejdspladsen. Det vil blive afklaret, hvilken politik og økonomi, som påvirker ledelsen til at udvælge nye teknologier. Der vil blive analyseret på forflytnings-teknologiernes tilknytning til praksis og konsekvenser for de professionsuddannedes arbejde. Det er vigtigt at kunne analysere, hvordan eksisterende normer og værdier påvirker anvendelsen af teknologien.

De ”komplekse veje”, teknologier er spundet ind i, er ofte modsætningsfulde. De afdækkes ved, at den professionsuddannede skal tænke over begrundelser for indkøb og rammerne for de bagvedliggende beslutningsprocesser, før man kan vurdere, om indkøbene passer med ens egen praksis. Der afklares, om der er individuelle og kulturelle forhold, der knytter sig det faglige fællesskab og får betydning for teknologiens komplekse veje, herunder organisationens strukturering af arbejdsrutiner. Her fokuseres der på medarbejderens faglige værdier og normer samt kendskabet til de standardiserede retningslinjer i organisationen, samt de politiske, økonomiske, behovsmæssige og ledelsesmæssige interesser, som ligger til grund for indførslen af nye forflytningshjælpemidler og til grund for indkøbet af de hjælpemidler, der er til rådighed nu. Dette medvirker til at gøre aspekterne ved teknologiens komplekse veje synlige.

Dette aspekt er ofte usynligt for de professionelle i arbejdslivet (6), men spørgsmålene medvirker til at synliggøre perspektivet og afklare, hvad medarbejderens indsigt i dette er. Der er også foretaget interview med ledelsen og forflytningsvejleder for at afdække dette perspektiv fyldestgørende i forhold til aktørers interesser og påvirkende strukturer. Man får herved indblik i, hvilke forhold der har været udslagsgivende for valg af en konkret teknologi. Teknologiens kompleksitet i et bredere organisatorisk og samfundsmæssigt perspektiv analyseres.

4.9.2.4. *U - udvikling af professionsfaglighed*

Hvis analyserne udelukkende relateres til det situationelle niveau, handler det om at analysere hverdagens problemer og forbedre arbejdspladsen. Her skal analyseres, hvordan teknologi påvirker det professionelle arbejde over tid, og de faktorer, der griber ind i professionalismen og i de standardiserede måder, man tidligere har udført arbejdet på.

Analyserne omfatter teknologiens udvikling af professionsfagligheden. Således analyseres hvordan den indvirker på ens professionelle kompetence til at anvende egen og andres viden i en kollektiv professionel kontekst.

Der skal analyseres, om teknologiens indgriben giver mening i forhold til udvikling af faget, da disse har betydning for samarbejdet og arbejdsrutinerne i dagligdagen, hvilket kan føre til udvikling af strategier for professionen og analyse af organisationskulturelle aspekter på samspillet mellem professionen og teknologiens præmisser, det vil sige, at der foreslås tiltag til at forbedre praksis og anvendelsen af hjælpemidler i en større kontekst.

I temaet *"udvikling af professionsfaglighed gennem teknologianvendelse"* fokuseres der på, hvad det betyder for de professionsuddannedes professionsfaglighed, at nye teknologier forandrer arbejdet. Der afklares, hvordan teknologierne forandrer professionen over tid. Medarbejderne skal forholde sig til, hvilken betydning teknologien har for deres faglighed og samarbejde i forhold til andre kollegaer og i samarbejdet med patienten. Der vurderes, om denne udvikling er hensigtsmæssig i forhold til de standarder, der er for professionsarbejdet. Det forsøges at få medarbejdernes viden ud i en større og mere generel sammenhæng, og forflytningsteknologis anvendelse i forhold til professionsfaglighed og professionalisme vurderes.

4.10.3 Databearbejdning

Interviewene transskriberes ordret fra lydoptagelserne. Inden transskriberingen bliver påbegyndt, laves en transskriptionsguide, så transskribering bliver gennemført standardiseret. Transskriptionsguiden udarbejdes med inspiration fra Gail Jeffersons notation (96,97) i forhold til personhenvisning, tegnsætning, ordlyde og pauser. Der vælges at undlade notering af de gængse udtryk "øh" og "ja/nej-svar" som aktiv lytning undervejs i den andens udtale for at gøre teksten mere overskuelig for læseren, dog uden at det indvirker på meningsforståelsen. Der anvendes skriftsprogsregler for ordformer og endelser i henhold til "Dansk standard for udskrifter og registrering af talesprog" (98). Efter alle interviews er transskriberet, bliver de gennemlæst samtidig med gennemlytning af lydoptagelserne. Dette bliver foretaget ved, at gruppemedlemmerne bytter materiale, så det andet gruppe-medlem, som ikke har foretaget transskriberingen, foretager gennemlæsningen. Dette er for at kontrollere, at transskriberingen er tro mod det, som der er sagt i interviewene.

Efter endt transskribering bliver interviewene læst med øje for at inddele interviewene i emner for at skabe en meningskategorisering ud fra TEKU-modellen. Dette er for at strukturere interviewene samt for at finde frem til nye mulige emner, som ikke er med i interviewguiden.

Interviewene vil efterfølgende blive kodet. Kodning bliver udført med Van Mannen som reference. Han har fire trin i forhold til at bearbejde informanternes udsagn. De fire trin er 1) at man søger efter

relevante strukturer baseret på erfaringsgrundlag, 2) beskriver, hvordan strukturen tematiserer fænomenerne, 3) søger efter afgørende og spontant opståede temaer og 4) forklarer og fortolker temaerne. (60) Der bliver udarbejdet et kodetræ ud fra tematiseringen i TEKU-modellen, og kodningen foretages derudfra. Hvis der findes noget, som ikke passer ind i kodetræet, er det muligt at lave en kode, der passer til det. Er der steder, hvor et udsagn er kodet flere steder, bliver det taget med begge steder, og findes der flere udsagn til det samme emne, vælges det udsagn, som står stærkest (99). Fænomenerne bliver struktureret i hver tematisering, og essensen af informanternes udsagn analyseres og beskrives samt understøttes med citater fra informanterne. I analysen vil udsagn fra informanterne være omformuleret til skriftsprog, for at de ikke fremstår som usammenhængende samt for at lette læsningen (100). Ved en omformulering fra tale- til skriftsprog skal man være så tro og loyal mod det, som bliver sagt i interviewene (101). Tematiseringerne vil i analysen blive fortolket ud fra forskernes teoretiske viden og TEKU-modellens aspekter.

4.11 Spørgeskema

Her belyses metodiske overvejelser om spørgeskema til undersøgelse af hvilke hjælpemidler der anvendes af terapeutisk personale og andet sundhedspersonale på afdelingen, samt bearbejdning af materiale.

Der vil blive foretaget en struktureret spørgeskemaundersøgelse. Den er struktureret i den form, at spørgsmålene er stillet på forhånd, og der både er fastlagte og åbne svar muligheder.

Der vælges, at det er en bestemt gruppe, der skal besvare spørgeskemaet, men selvom det er en bestemt gruppe, så skal besvarelsen være individuel. Til stede vil der være en eller flere fra projektgruppen for at kunne motivere svarpersonerne og for at kunne opklare eventuelle spørgsmål omkring spørgsmålene i skemaet. En fordel ved at gøre brug af spørgeskema er, at man hurtigt og nemt kan tilkomme data fra en større række deltagere, samt det er tidsbesparende, i det der kan opnås konkrete kvantitative data, og korte præcise beskrivelser fra deltagerne, som kan anvendes til at triangulere andet materiale med. Ulemper ved at bruge spørgeskema er, at man ikke får uddybet deltagerens perspektiv, men dette opnås ved også at gøre brug af interview. (102)

4.11.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Når der udarbejdes et spørgeskema, er der forskellige ting, der skal tages hensyn til; for eksempel formuleringen af spørgsmålene og hvordan selve layoutet er på skemaet. Når man stiller spørgsmålene i et spørgeskema, skal man være opmærksom på, at et spørgeskema er en skrøbelig konstruktion, idet at hvis der sker ændringer i spørgsmålenes ordlyd eller rækkefølge, kan det give forskellige besvarelser. Det er derfor vigtigt, at der i spørgsmålenes ordlyd er taget højde for sproglige normer.

Dette kan gøre, at deltagerne forstår spørgsmålene anderledes end projektgruppen. Dette kan mindskes ved for eksempel at bruge så få ord med bibetydning, og at spørgsmålene er kortfattede. Der skal være mulighed for at kunne svare "ved ikke" eller "har ingen mening om". Dette kan modvirke, at man får svar, som reelt ikke er rigtige, da personen ikke ved det eller ikke kan huske det.

Hvis antallet af spørgsmål i spørgeskemaet er 30 eller derover, så kan man opleve, at svarviljen falder, men vigtigst af alt handler det om, at svarpersonerne er motiverede til at svare. Rækkefølgen af spørgsmålene i spørgeskemaet kan også have betydning for svarviljen samt svarenes gyldighed. I starten bør der være enkle og interessante spørgsmål, hvor de mere specifikke og komplicerede spørgsmål bør komme efter dette. Man skal være opmærksom på, at forståelsen fra de foranstående spørgsmål kan påvirke forståelsen af de efterfølgende spørgsmål. (102)

Design og layout kan også påvirke svarprocenten. På forsiden skal der være en forklaring på, hvorfor spørgeskemaet er lavet, hvorfor de respektive respondenter er valgt til at besvare skemaet, samt hvad skemaet indeholder; altså emnet for skemaet. Derudover skal der også fremgå, hvordan spørgsmålene skal besvares. Der skal også oplyses omkring anonymitet, for eksempel: "Svarene vil kun blive brugt til statistiske udregninger, og du vil være anonym" (udklip fra forsiden på spørgeskemaet). Der er fordele og ulemper ved fuldstændig anonymitet. Fordelen kan være, at man kan få flere besvarelser af skemaet, da nogle måske kun vil svare under fuldstændig anonymisering. Ulempen er, at man ikke kan "prikke" til dem, som ikke har svaret. Spørgeskemaet vil blive omdelt personligt, men der forventes ikke, at de skal besvare skemaet, mens projektgruppen er til stede i samme lokale, så de på den måde også oplever anonymitet. (102)

Når spørgeskemaet er færdigt og er klar til at blive testet, skal det igennem tre faser. Første fase er, at den skal gennemgås af en anden person, som har kendskab til området. I dette tilfælde er det vejleder, der har læst skemaet og kommet med rettelser. Anden fase er, at spørgeskemaet skal udfyldes af personer med samme baggrund, hvorefter det igen rettes til. Som sidste fase bør der foretages en egentlig afprøvning på samme antal respondenter som undersøgelsespopulationen; denne fase er dog ikke set mulig i dette projekt. Inden spørgeskemaet bliver uddelt, kan man med fordel skabe opmærksomhed omkring emnet. Dette er gøres ved, at projektgruppen befinder sig på afdelingen, hvor både terapeuter og plejepersonale har hørt lidt om, hvad det er, der undersøges. (102)

4.11.2 Bearbejdning af spørgeskema

Spørgeskemaet besvares af plejepersonale og terapeutisk personale tilknyttet ortopædisk afsnit. Der indhentes i alt 16 besvarelser, hvoraf en informant ikke anvendte forflytningshjælpemidler og en udførte en ufuldstændig besvarelse, som ekskluderes fra studiet. Derudover har en af medarbejderne fra plejepersonalet ikke tid til besvarelsen, og to af informanterne fra interviewene har ikke mulighed for at besvare spørgeskemaet.

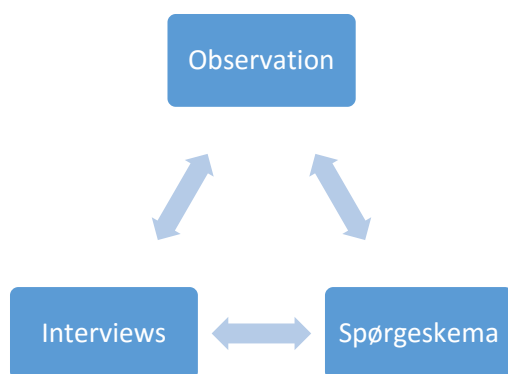
For at få et dækkende billede af, hvordan det er på lige præcis denne afdeling, hvor der foretages dataindsamlingen, er det vigtigt, at der er en høj svarprocent på omkring de 60 %. Hvis svarprocenten er under 30 %, bør der foretages en bortfaldsanalyse, og der findes to af slagsen. Der kan sammenlignes på baggrund af baggrundskendetegn (for eksempel køn, alder og erhverv). Stemmer dette overens, kan besvarelsene gælde for hele populationen, men der vil altid være en usikkerhed. Ved den anden er man som projektgruppe mere opsøgende i forhold til at få svar på de vigtigste spørgsmål fra dem, som ikke har svaret. Dette kan ske ved for eksempel telefoninterview eller opsøgende interview. Herefter kan man sammenligne, om "bortfalds gruppen" adskiller sig fra de indkomne besvarelser. (102)

Ved de lukkede spørgsmål vil der blive foretaget en procent-beregning af frekvensen for hver kategori af de indkomne svar for at finde ud af, hvor stor en andel af de ansatte, der gør brug af hjælpemidler. Ved de åbne spørgsmål vil svarene indgå som citater.

4.12 Triangulering af metoden

I dette afsnit belyses metodiske overvejelser om triangulering af de anvendte dataindsamlingsmetoder.

Triangulering forekommer, når en problemstilling angribes fra flere forskellige vinkler. Dette kan gøres på fire måder, både kvalitativ og kvantitativ, ved forskellige kvalitative datakilder og når flere projektmedlemmer ser den samme situation. I dette projekt er der gjort brug af tre af disse: der anvendes både en kvalitativ tilgang, idet der foretages observationer og interviews, og kvantitativ tilgang, der udarbejdes et mindre spørgeskema. (se figur 6) Ved at kombinere disse to dataindsamlingsmetoder, kommer der en bedre belyst besvarelse af problemstillingen, og nogle pointer vil stå stærkere.



Figur 6: Triangulering mellem dataindsamlingsmetoder

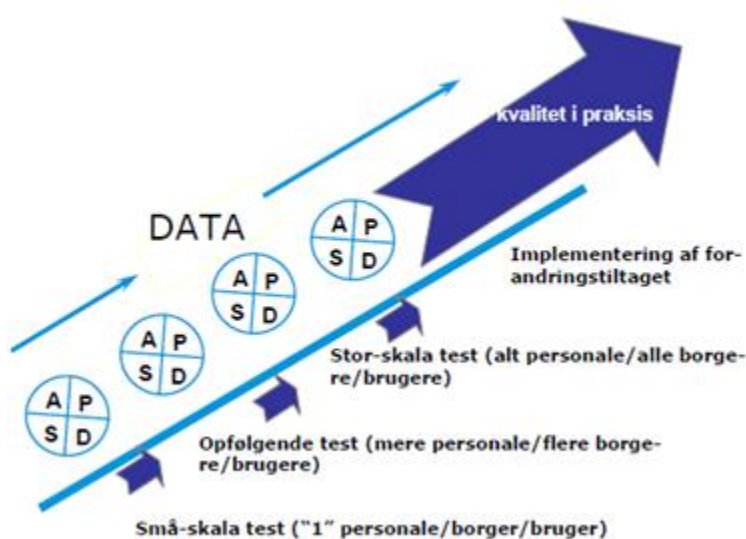
Som nævnt anvendes både interview og observation, hvilket her er gjort i form af feltarbejde.

Den sidste måde, hvorpå der er trianguleret, kan henføres til den interne arbejdsgang: der vælges at, der ikke kun er den ene fra projektgruppen, der skulle deltage i at observere og interviewe.

4.13 Forbedringsmodel, PDSA-modellen

I dette afsnit beskrives den teoretiske tilgang for forandringsproces og projektgruppens tilknytning i denne proces.

PDSA-modellen er en model, der skal hjælpe til med at sikre kvaliteten af de forbedringstiltag, som en organisation gerne vil lave. Idéen med at lave en PDSA er, at ændringstiltag planlægges til først at blive afprøvet i mindre skala, for at en mindre gruppe fra organisationen kan lære af det. Herefter at evalueres tiltaget, og der foretages eventuelle ændringer, og så planlægges en ny afprøvning i en større skala, se figur 7.



Figur 7: Udførelse af PDSA-modellen. (95)

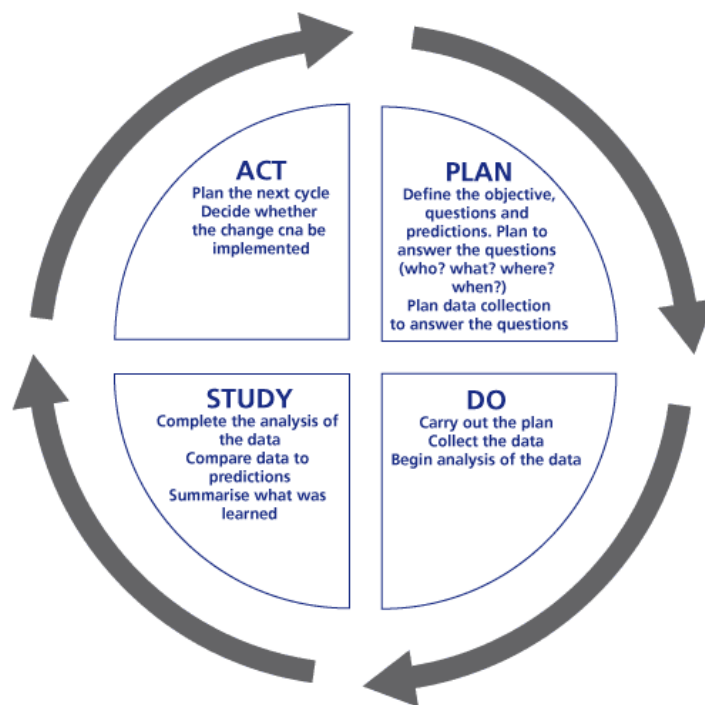
PDSA- modellen er opbygget af fire punkter; Plan-Do-Study-Act. Figur 8.

Plan: I denne fase forbedres og afklares mål og formål, spørgsmål og forudsigelser, samt der planlægges i detaljer hvem, hvad, hvor og hvornår dette ændringstiltag skal foregå.

Do: Her gennemføres første test af, hvad der er planlagt i første fase. Der indsamles også data til næste fase.

Study: Her analyseres de indhentede data fra sidste fase, samt der reflekteres over, hvad der er kommet ud af den første test. Derefter foretages en vurdering, om målene kan opfyldes. Til sidst fastlægges hvilke forbedringer, der nu skal foretages.

Act: I denne fase vurderes det, om tiltaget testes videre eller opgives. Dette foretages på baggrund af de resultater, der er kommet frem i den foregående fase. De bruges også til at foretage forbedring til at lave en ny PDSA-cyklus (103,104).



Figur 8 PDSA-modellen (105).

Ved at man inddrager personalet, som man gør, ved at bruge/lave en PDSA-cyklus, opnår man, at personalet følger sig godt tilpas med ændringstiltagene. De føler, de har et ejerskab til løsningen, og efterlever derfor nemmere ændringerne, hvilket medfører mindre tidsspilde og færre frustrationer fra personalet. (61,95,105)

I forhold til dette projekt foretages der en undersøgelse baseret på, at der var givet et straks påbud, som skulle efterleves inden for en kort periode, hvilket har ført til at Regions Hospitalet har lavet en handleplan, som efter kort tid blev udført i praksis. Herefter kommer dette projekt ind, og projektgruppen ser på, om der findes andre relevante hjælpemidler end de indførte, ligesom projektgruppen undersøger medarbejdernes arbejdsrutiner og indsamler data om anvendelse af hjælpemidler. De indsamlede data vil blive analyseret, hvilket fører til en evaluering af hvilke tiltag, der kan ændres for at optimere forflytningssituationen. Derefter kan Regions Hospitalet vurdere, om de vil gøre andet end de allerede har gjort, eller om de ikke vil.

4.14 Ramme for analyse

I dette afsnit afdækkes de teoretiske perspektiver, der fremstår som ramme for analysetilgang.

4.14.1 Praksisfællesskaber

Som menneske er man altid en del af praksisfællesskaber, både på arbejdet og i fritiden. Det anvendes i hverdagen - uden at man faktisk ved af det - praksisfællesskaber, da det handler om en dynamisk

og ikke en individuel begrebsættelse af læring. Læring er her en social og situeret aktivitet, hvor de ansatte deltager i social praksis. Begrebet praksisfællesskaber gør det muligt at se på tværs af mange forskellige sociale grupper. Det belyser, at mennesket er aktivt forbundet og lærer af hinanden.

Som person er man ikke altid interesseret i, hvad andre engagerer sig i. Sideløbende med de projekter, som man personligt er optaget af og engageret i, agerer man også med andre og med hele verden. Med det menes, at der hele tiden justerer ind og tilpasser relationen til hinanden og hele verden. Forklaret på en anden måde: At der læres ved at gøre ting sammen. Praksisfællesskaber kan være meget faste, men de kan også være meget flydende og uformelle. Begrebet er ikke automatisk, fordi der for eksempel er samme uddannelse eller profession, da disse ting er ydre betingelser, og praksisfællesskaber bygges op af det, der gøres og skabes sammen. (106)

I 1991 definerede Lave og Wenger, at praksisfællesskaber er noget, der er skabt over tid igennem en proceslegitim perifer deltagelse (107). Praksisfællesskaber kan opsummeres til tre karakteristika: Domæne, fællesskab og praksis:

Domæne vil sige, at man har et fælles vidensdomæne i praksisfællesskabet. For eksempel har en gruppe, der arbejder på et sygehus, udviklet en vis måde at være på, når de er der. De forskellige grupper værdsætter den måde at lave tingene på, og de lærer af hinanden. Det kan være svært at være uden for en bestemt gruppe, for eksempel hvis man ikke er uddannet inden for sundhedsfeltet, kan det være svært at værdsætte det samme som de, der er inde i gruppen.

Fællesskab er til, for at man kan udvikle sit domæne, og derfor engagerer man sig i fælles aktiviteter og diskussioner. Dette hjælper os til at forholde os til hinanden og på den måde hjælpe hinanden, og med det deler man sine erfaringer med andre. Idet der deles erfaringer, så skabes der en social praksis, som både indeholder gensidigt engagement og fælles udfordringer.

Praksis er en gruppe, der har fælles repertoire af ressourcer, som for eksempel erfaringer, historier, redskaber, og måder at håndtere tilbagevendende problemer på.

Det kan være svært at se og forstå praksisfællesskab udefra. For at kunne forstå et fællesskab må man tæt på deres hverdag, og dette opnås ved at deltage i observationer. Endvidere har en person fra projektgruppen tidligere selv været en del af dette praksisfællesskab, og derfor har hun nogen indsigt og erfaring med deres domæne, fællesskaber og praksis. (106)

Praksisfællesskabet, som findes på sygehuse, er præget af organisationens struktur. Vaner kan anskues som indarbejdede i kulturen i praksisfællesskabet, og vanerne kan ses som de selvfølgelig måder at agere og forholde sig på i praksis. Den aktive professionsfaglige refleksion kan finde sted, når disse vaner brydes af for eksempel nye tiltag, ny teknologi, eller når teknologi bryder sammen.

Praksisfællesskaber er arbejdsfællesskaber, hvor mennesker både lærer at udøve et håndværk og lærer den faglige identitet, værdier og hierarkier knyttet til fællesskabet. I praksisfællesskabet finder der en situeret læring sted, der på fundamental vis er en forandring af de mennesker, der indgår i fællesskabet. Når man lærer i et situeret praksisfællesskab, indebærer det en forandring både af viden, identitet og ens sociale tilhørsforhold i en proces. Læring i et arbejdsliv tager udgangspunkt i specifikke situationer og bygger på tidligere erfaringer i praksisfællesskabet. Der er tale om en situeret læring i et praksisfællesskab, hvor det, der læres, hele tiden står i forhold til det, der gøres. Ved analyse af praksisfællesskabet afdækkes den konkrete anvendelse af hjælpemidler i praksis og hvilke spændinger, der eksisterer i de konkrete arbejdssammenhænge. Praksisfællesskaber er langt fra idylliske, og de er konfliktfyldte, som bl.a. kommer til udtryk i arbejdet med teknologi. Udfordringer opstår her på grund af divergerende perspektiver, der findes mellem ledere og de professionsuddannedes perspektiver på hverdagens praksis. (6)

4.14.2 Implementering

I den komplekse organisation som et hospital er, er det vigtigt at inddrage de mange faglige og ledelsesmæssige overvejelser, der har indvirkning på arbejdspladsens valg og evaluering af hjælpemidler. I implementeringsperioder kan eksponeringen af de nye hjælpemidler organiseres ved formelle oplæringskurser eller ved brug af superbrugere, som får en aktiv rolle, og de professionelle kan hele tiden fortsætte med at få support af superbrugerne. Et vigtigt aspekt af disse kurser er samspillet mellem dem, der har fået kurset, og den kontakt, de har med andre, der ikke har. Ligeledes kan læring i praksisfællesskabet foregå ved, at man iagttager anvendelse af hjælpemidler, når man følger andres praksis. Til en vis grad er hjælpemidler en del af det kollektive arbejdsmiljø, og teknologierne opleves og anvendes sammen med andre. Man yder praktisk assistance og udveksler tips og tricks. (6)

Arbejdsgangen på hospitaler er karakteriseret ved en forholdsvis stringent hierarkisk opbygning. Det er ledelsen, der træffer beslutningen vedrørende anskaffelse af nye hjælpemidler. Teknologianskaffelse og anvendelsen bliver knyttet til organisationens standardisering. Indførte nye hjælpemidler kræver en omorganisering af praksisrelationer, hvis de skal blive de foretrukne teknologier i praksis gennem rekonfigureringer, som kan indvirke på for længst etablerede arbejdsformer. Hjælpemidlernes anvendelse kan være præget af organisationskulturen, hvor anvendelsen af standarder og kliniske retningslinjer er forbundet til hjælpemidlernes anvendelse, idet den bliver knyttet til et pligtetisk begrundet krav ovenfra om, at proceduren skal udføres med en bestemt fremgangsmåde. Det vil sige, at i en organisation, der bygger på bureaukratiske og standardiserede arbejdsgange, kan det være sværere at agere på anden vis end ved at følge standarderne, hvilket potentielt hæmmer medarbejderens refleksion over hjælpemidlernes anvendelsesmuligheder i praksis. (38)

Politiske, organisationsmæssige og økonomiske strukturer kan betyde, at medarbejdere har en følelse af, at teknologier gennemtrumfes og tilsidesætter ellers udmærket fungerende fremgangsmåder, hvilket kan medføre usikkerhed og modstand. (38) Orientering, indsigt og terapeuternes deltagelse i processen medvirker til at øge motivationen for processen (61). Der er behov for at undersøge forflytningshjælpemidlernes indvirkning på eksisterende praksis og holdningen til hjælpemidlerne i den situerede praksis for at danne meningsfulde forslag til ændring af praksis. Set fra det strategiske organisatoriske niveau vil ændringer kæmpe med konsekvenserne af, hvordan nye hjælpemidler bedst indføres, og hvordan de eksisterende medarbejdere kan blive oplært, informeret om og uddannet til at tilpasse sig de nye vilkår. (38)

Casen er baseline for forandringstiltaget. En vigtig del af at belyse problemstillingen er at overveje kompleksiteten af daglig praksis og rutiner i klinisk praksis, så implementering kan inddrage aktiviteter til at forbedre praksis og lokalisere styrker og svaghedspunkter i arbejdsgangene.

Planlægningen af implementeringsstrategier kræver forståelse af opfattelse, behov, bekymringer og arbejdssituationens realiteter (108). Der lokaliseres parametre, som kan hæmme og fremme den forandring, der er sket i forbindelse med indførelsen af nye hjælpemidler, så implementeringsplanen kan tilpasses. Målgruppen har kendskab til behovet for forandring, da implementeringen er knyttet til deres ønske om forbedringer og forventninger til, hvad der er muligt i forandringsprocessen. Indsigt i disse faktorer er afgørende for at udvælge tiltag. Der undersøges, om den individuelle behandler har den nødvendige viden og kompetence til at anvende forflytningshjælpemidler. Organisationens muligheder med ressourcer, opgavefordeling og logistik undersøges for at kunne tilpasse de ønskede tiltag til afdelingens muligheder (61).

Der forekommer både negative og positive reaktionsfaser, når en organisation skal foretage og acceptere en forandring. Der skal afklares og bekræftes, hvilke problemstillinger afdelingen har med at anvende forflytningshjælpemidler. Med det menes, at man som menneske gennemgår forskellige reaktionsfaser, hvis ændringerne kommer uforberedt.

Disse faser er chokket, hvad vil det komme til at betyde for mig? Dernæst kommer *benægtelse*, her fremkommer forskellige negative holdninger til ændringen. Næste fase er *depression*, hvilket er oplevelsen af afmagt, og man risikerer, at nogle melder sig helt ud af processen. Derefter begynder en mere positiv fase, *modstræbende accept*, hvor det går op for organisationen, at de bliver nødt til at ændre. Næste fase er *afprøvning*, hvor organisationen prøver at finde en måde at implementere ændringerne. Næstsidst kommer *Konsolideringsfasen*, her handler det om at få befæstet de ændringer, der er kommet. Til sidst er der *tilpasning*, hvor organisationen accepterer den nye ændring. (109)

I analysen af frivillige og ved strakspåbud "tvungne" teknologitiltag, vil ovenstående organisations-teori være i mente, så bearbejdningen af de indsamlede data bliver håndteret og analyseret i den rette kontekst.

5. Præsentation og analyse af fund

Herunder vil fundene af dataindsamlingen præsenteres, og derefter analyseret ved hjælp af TEKU-modellen.

5.1 Præsentation af fund

I dette afsnit vil fundene fra dataindsamlingen blive præsenteret.

5.1.1 Observationer

5.1.1.1 Hjælpemidler til rådighed

Der er i forbindelse med præinterviews orienteret om, at afdelingen har krykker, rollatorer, drejetårn, ReTurn med tilhørende bælte, Walker, høje gangvogne med hydraulik og elektriske loft- og gulvlifte med forskellige sejl og spilerdug, glidebræt og diverse Packs. Beskrivelse af disse hjælpemidler findes i bilag 7. Der er ikke observeret, at gulvlifte forefindes på afdelingen, men loftlifte forefindes på stuerne. Der er observeret en ReTurn og en Walker til rådighed, og andre forflytningshjælpemidler findes til rådighed i rigeligt omfang.

5.1.1.2 Cas-score

For at sikre at eksklusion og inklusionskriterierne er overholdt i forbindelse med, at terapeuterne udvælger patientsituationerne, som skal observeres, vurderer projektgruppen patientens funktionsniveau under observationen i forhold til behovet for hjælp, og der vurderes, om patientens CAS-score ligger på 1 for at kunne inkludere observationen.

5.1.1.3 Fælles planlægning

Der forekommer en fælles planlægning terapeuterne imellem, om hvilke terapeuter der behandler de forskellige patienter. Der overdrages informationer om patienternes funktionsniveau terapeuterne imellem, og såfremt en terapeut har kendskab til patienten, er det ofte den samme, der laver forflytningen med patienten.

5.1.1.4 Opsummering af observationsskema

Noter fra observationerne er indført i observationsskemaets kategorier. Nedenfor ses fundene fra de forskellige kategorier (tabel 7):

Tabel 7: Eksempler på observationsfund

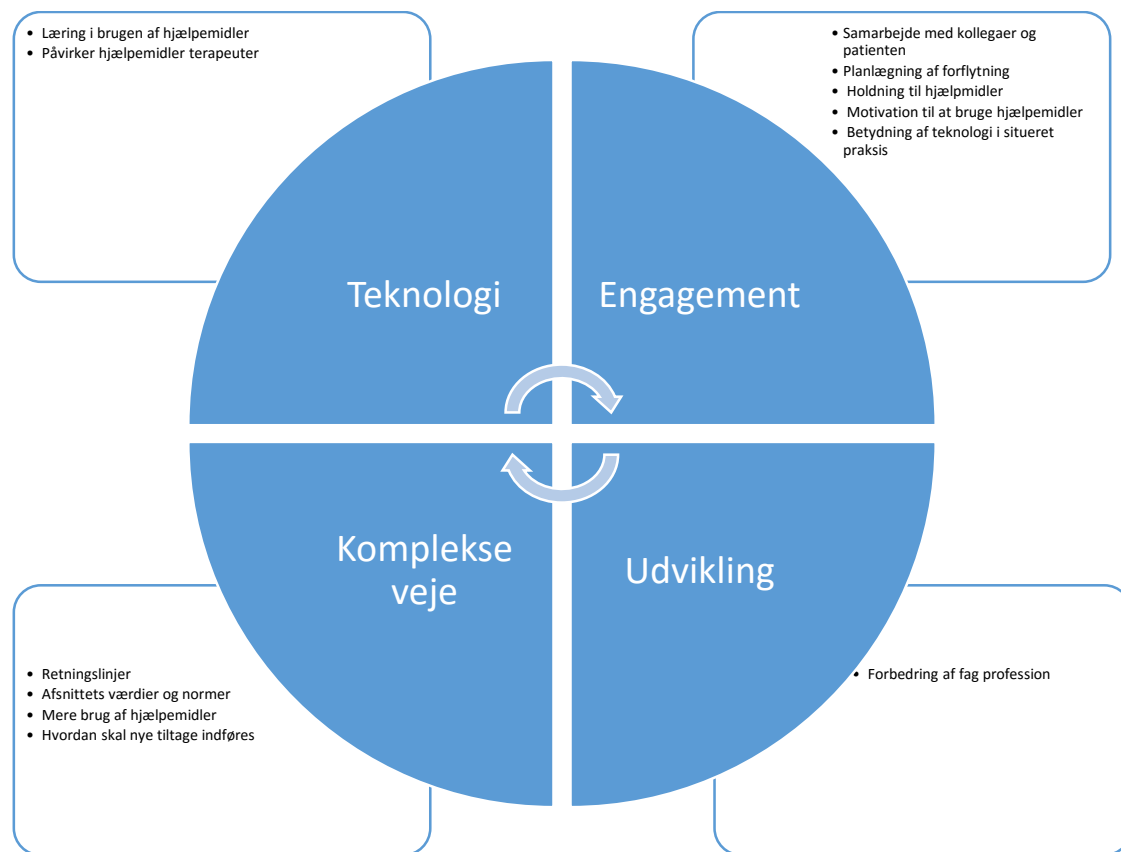
Fase	Emne	Fundene fra 13 observationer af forflytnings-situationer.
------	------	---

Forberedelse	Kommunikationsform	Her ses, at terapeuterne gør brug af instruktion (4 observationer) og samtale med et stille og roligt stemmeleje (7 observationer). Ved en enkelt observation er terapeuterne trøstende, og ved en anden observation anvender terapeuten bestemt stemmeleje.
	Information	Patienterne instrueres i anvendelsen af hjælpemidler (2 observationer) og i funktionen der udføres (4 observationer). Der foretages forklaringer af aktiviteternes forløb (7). Der spørges ind til patientens nuværende funktionsniveau og patientens situation (6 observationer).
	Planlægning	Der overvejes valg af hjælpemidler, og der afklares patientens funktionsniveau af enten terapeuten selv eller terapeuter imellem, hvis der er flere terapeuter til forflytningen. Der foretages 8 observationer, hvor en terapeut udfører forflytningen, 3 observationer af to terapeuter, der udføre forflytning i fællesskab, og 2 observationer, hvor de to terapeuter får hjælp af en sygeplejerske. Der skabes plads på stuerne inden forflytningen (7 observationer) og undervejs (1 observation). For enkelte observationer er der ikke lavet plads nok, så terapeuterne må foretage uhensigtsmæssige forflytninger (2 observationer).
Aktuel udførelse	Timing	Der observeres timingen mellem patienten og terapeuter. Forflytningerne foretages timet i en koordineret bevægelse, hvor terapeuter og patient arbejder sammen om forflytningssituationen (10 observationer). Derudover ses i et enkelt tilfælde, at patienten ikke er klar til at rejse sig, i et andet tilfælde er terapeuterne ikke klar, når patienten rejser sig, og i et tredje tilfælde modarbejder patienten terapeuterne i forflytningen.
	Arbejdsteknik/biomekanisk	Der er observeret både hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige arbejdsteknikker i forflyt-

		ningsituationen. Biomekanisk er der observeret forskel på, hvordan terapeuterne bruger deres krop; for eksempel om de vrider i ryggen.
	Brug af løfteredskaber	Der anvendes følgende hjælpemidler til de observerede forflytningssituationer: Krykker (1 observation), Rollator (2 observationer), Høj gangvogn (9 observationer), Drejetårn (1 observation). Der anvendes sengens funktioner i fem af disse observationer og spilerdug i to af observationerne. I en situation anvendes der sengebånd, og i en situation trækkes en toiletstol bag patienten, mens patienten går med høj gangvogn. For en enkelt situation er forflytningshjælpemidler fejlvurderet til patienten, og rollatoren nedgraderes til høj gangvogn. I en enkelt situation er der overvejet at anvende ReTurn, men dette fravælges alligevel, og der anvendes drejetårn i stedet.
	Udnyttelse af patientens ressourcer	Patienten deltager så selvstændigt som muligt i forflytningerne. Terapeuterne foretager guidning og støtte af patienterne efter behov.
Afslutning	Genetablering af forholdene omkring patienten	Efter endt forflytning sættes inventaret på plads, og der sikres, at patienten ligger/sidder godt, og at nødkaldet er inden for patientens rækkevide.

5.1.2 Interviews

Med baggrund i den meningskondensering, som tidligere er beskrevet, i afsnit 4.9.3, i forhold til at finde fund i interviewene, findes frem til følgende temaer for interviewene (figur 9):



Figur 9: Fordelingen af fundene temaer efter meningskondensering

Fundene er delt op ud fra de fire punkter, som der er i TEKU. Under hver af disse punkter findes der relevante temaer, som ses nedenfor (tabel 8):

Tabel 8: Eksempler på udtalelser fra interviewene

Temaer	Antal fund	Et eksempel på en udtalelse er:
Læring i brugen af hjælpemidler	52	"når der kommer nye, så introduceres de til de basale forflytningsteknikker og de hjælpemidler, der er, de kan bruge. Og de gamle de kan så komme med"
Påvirker hjælpemidler terapeuter	24	"Jeg synes, det giver mig en tryghed, at jeg har et hjælpemiddel, og det gør, at jeg føler, at jeg kan udføre et arbejde, som er trygt og sikkert både for mig og patienten"
Planlægning af forflytning	100	"Men som udgangspunkt, så siger vi, første gang, vi har en patient oppe, i hvert fald de der dårligere ældre medborgere, så er vi to som udgangspunkt"
Samarbejde med kollegaer og patienten	32	"Jeg synes egentlig ikke, at det påvirker vores samarbejde, fordi jeg synes egentlig, i 98 % af tilfældene er vi enige om, hvad vi skal gøre"

Holdning til hjælpemidler	60	<i>"Jamen holdningen er helt absolut, at vi er glade for vores hjælpemidler, og dem kan vi slet ikke undvære, så der er en 100 % positiv holdning, som jeg oplever det"</i>
Motivation til at bruge hjælpemidler	15	<i>"jeg synes jo, det er sådan set vores hovedformål altså at finde et hjælpemiddel for også at kunne selvstændiggøre patienten mest muligt".</i>
Betydning af teknologi i situeret praksis	132	<i>"du kan godt i en sindssyg forflytning komme til at tappe patienten fuldstændigt for kræfter og energi, og så har man faktisk også selv forslæbt sig"</i>
Retningslinier	19	<i>"Nej, ikke noget særligt synes jeg ikke. Der kunne man godt mangle information om sådan noget der. Det er heller ikke noget, man har noget særligt af på skolen, som jeg husker det i hvert fald"</i>
Afdelingens værdier og normer	25	<i>"Så der er en god kultur, når man starter et sted, så bliver det jo nemmere at tage til sig, for sådan gør vi bare her, ikke. Det tror jeg, det er den bedste måde ligesom og implementere det"</i>
Mere brug af hjælpemidler	14	<i>"En uddannelse i, hvad nytte hjælpemidlerne gør både for os og for patienten, og så en uddannelse i, hvordan de bruges"</i>
Hvordan skal nye tiltag indføres	18	<i>"Det er tid, at der bliver sat tid af til det. Så folk kan vænne sig til at bruge det og se muligheden i det, at det er en fordel for dem, at bruge det, ikke?"</i>
Udvikling af fagprocession	41	<i>"Der vil det jo gøre, at vi forhåbentlig kan arbejde i flere år uden kropslige skavanker, fordi vi har hjælpemidlerne til at tage den største belastning"</i>

5.2 Analyse

I dette afsnit bliver der set på, hvad der er kommet ud af de interviews, der er foretaget i forbindelse med casen. Som afslutning vil der komme en syntese, som vil sammenholde forskellige teknologier, som der er fundet frem til i dette projekt. Analysen er baseret på de fire elementer i TEKU-modellen, og der opstilles en syntese på hjælpemidler til forflytning, og til sidst en analyse af spørgeskemaet.

5.2.1 T – Teknologi

Under dette afsnit vil temaerne "læring i brugen af hjælpemidler" og "teknologiens påvirkning af terapeuterne" blive analyseret. Disse to temaer findes relevante, da man som person og professionel lærer på forskellige måder, og at hjælpemidler påvirker terapeuter på hver sin måde.

5.2.1.1 Instruktion og oplæring i brugen af hjælpemidler

I dette analyseafsnit bearbejdes udtalelser om, hvordan terapeuterne lærer, og hvordan de er blevet undervist i brugen af de hjælpemidler, der er til stede i casen.

Ud fra de udtalelser, der er omkring terapeuternes læring, og den måde de har fået undervisning, eller hvordan deres kendskab til forflytningshjælpemidler er opstået, siger nogle, at de har fået et introkursus af forflytningsvejlederen, da de var nyansatte.

"... det har været introkurser, da jeg var nyansat, med forflytningsvejlederen instruerede os nye..."

En del af den undervisning, de får, når de starter, omhandler en introduktion til basale forflytningsteknikker og præsentation af, hvilke hjælpemidler, de har i afdelingen. Ved et sådant kursus kan de øvrige ansatte også deltage og få opfrisket deres forflytningsteknikker.

"... når der kommer nye, så introduceres de til de basale forflytningsteknikker og de hjælpemidler, der er, de kan bruge. Og de gamle de kan så komme med..."

De fleste terapeuter udtaler, at metoden til at lære og anvende hjælpemidlerne på afdelingen er ved, at de ser, hvordan kollegaerne gør det og ved "learning by doing" Dette fremgår også af nedenstående citat:

"Jeg føler ikke, jeg ved en masse om det sådan i teorien, men ved learning by doing. Jeg har lært at bruge det ved noget instruktion, og så ellers bare med erfaring, og på den måde så synes jeg faktisk, jeg har en legal viden om det, i hvert fald til brug i praksis"

Denne udtalelse støttes op af andre udtalelser omkring, at de lærer ved at se på eller tale med andre eller ved at søge viden andre steder.

"Jeg vil afprøve det, sammen med en kollega, selv eller forsøge at læse om det, hvis jeg kan, på hjælpemiddelbasens hjemmeside, eller tale med en leder eller snakke med andre kollegaer, som jeg ved har erfaring i brugen af det bestemte hjælpemiddel"

Andre mener ikke, at dette er en god nok måde at gøre dette på, da de føler, at de mangler et kursus i at bruge de forskellige hjælpemidler, der er til stede på afdelingen.

"Ellers så prøver man sig jo lidt frem i forhold til, hvordan man har set, andre de gør og så videre. Jeg tænker, man sagtens kunne have nogle flere kurser og har nogle forskellige ting"

Omkring oplæring eller undervisning i brugen af nye forflytningshjælpemidler udtales der, at terapeuterne har fået lidt undervisning i at bruge det, men at det kræver, at man prøver den i praksis, før man bliver 100 % sikker i at bruge den.

”Vi har lige fået en helt ny, den hedder ReTuner, og der kan jeg godt mærke, den har jeg kun brugt to gange. Jeg har en teoretisk viden om det, kan man sige, omkring hvordan man skal bruge den, men det kræver lige ... Den er sådan lidt mere kompliceret at bruge, så den kræver lidt mere praktisk træning, så den er jeg ikke sådan 100 procent fortrolig med endnu. Men det kommer efterhånden, som jeg får det brugt lidt mere”.

Med denne udtalelse ses det, at det ikke bare er at sætte nye teknologier op på afdelingerne og så tro på, at det bliver brugt fra dag et.

Visse udtalelser omhandler, at terapeuterne godt kunne tænke sig at have muligheden for at kunne ”lege” med hjælpemidlerne, for på den måde at få dem ind under huden. På den måde kan de i de forskellige grupper dele fif og tricks med hinanden, og på den måde kan de hurtigere komme til at bruge hjælpemidlerne.

”Det kan godt være, der ikke er så meget hokus pokus over sådan et drejetårn, men jeg tænker stadig, at der er nogle fif og nogle ting, der ville kunne hjælpe en, hvis man fik noget mere viden omkring det”.

”Hvis der var mere tid til at undervise i brugen af dem, og hvis der var noget mere tid til, at plejepersonalet kunne øve sig i at bruge det. Hvor der ikke var patienter til stede, vi vil jo gerne have sådan nogle, hvad skal man sige, nogle øve-laboratorier, ikke, hvor man kunne gå og så lege lidt med tingene og prøve tingene og få lov til at bruge dem”.

De to ovenstående udtalelser giver et indblik i, at terapeuterne godt kunne tænke sig at få et lokale, hvor de kunne øve sig, uden at der skulle indgå patienter. På den måde kunne terapeuterne finde ud af, hvordan de forskellige hjælpemidler fungerer og påvirker deres arbejde.

5.2.1.2 Hjælpemidlers designs påvirkning af terapeuter

Forflytningshjælpemidler teknologiske udformnings indflydelse på de terapeuter, der anvender teknologien afdækkes i dette afsnit. Der bliver der citeret udtalelser, der siger noget om, hvordan brugen af hjælpemidler påvirker terapeuter i deres arbejde med at rehabilitere patienter.

Mange af informanterne betragter forflytningshjælpemidler som noget, der er skånsomt for terapeuterne i deres arbejde. På spørgsmålet om, hvordan hjælpemidler påvirker dem som terapeut, svarede de, at det påvirker dem på den måde, at de føler sig trygge og sikre, når de udfører deres arbejde, men at det samtidig også beskytter patienten i forflytningssituationen. Dette understøttes af udtalelser, der ligner disse:

”Jeg tænker, det skulle jo gerne være, så det er mere hensigtsmæssigt for patienten, at man udnytter patientens ressourcer bedst muligt, og hvor man samtidig aflaster sig selv bedst muligt”.

Én udtaler, at vedkommende måske af og til kan blive lidt modig i det, at der nu er mulighed i at lokke patienterne med anvendelse af ny hjælpemiddelteknologi, og at dette måske får patienterne ud af sengen tidligere. Det er oftest positivt for patienten, at vedkommende kommer tidligere ud af sengen, da det kan være, at de også kommer tidligere hjem.

”Det kan det gøre, at jeg kan, jeg var lige ved at sige, lokke en patient til at være villig til at blive forflyttet, fordi patienten kan se meningen med det, og (red. de) kan se, at det her, føler jeg mig tryk ved”.

Anvendelse af teknologiske hjælpemidler kan også betyde for nogle, at det tager længere tid at behandle en patient. Man skal måske først lige finde det hjælpemiddel, som patienten kender til, eller hvis der kun findes et eksemplar af dette hjælpemiddel, og hjælpemidlet samtidigt anvendes af en kollega.

”Nu har vi kun en ReTurner oppe på afdelingen. Hvis den er i brug et andet sted, så er jeg jo nødt til at stå og vente eller gå til en anden patient i mellemtiden, kan man sige, så det påvirker lidt på den måde, at der ikke er flere af den type hjælpemidler til rådighed”.

For andre betyder det, at det går hurtigere, når man først har hjælpemidler med.

”De hjælpemidler, vi har deroppe nu, de er jo med til at gøre, at man hurtigere kan lave de her forflytninger på en sikker måde også for patienterne. Så det påvirker på en positiv måde, tænker jeg”

Så ser man samlet på de udtalelser, der har været, så udtaler terapeuterne sig meget positive omkring, hvordan brugen af hjælpemidler påvirker deres arbejde. Dette kan samles op i følgende udtalelse om anvendelse af teknologiske hjælpemidler: *”Jeg synes at det er godt, det er rart at have, altså det er en positiv påvirkning”*

5.3 E – engagement

I dette afsnit analyseres den situerede praksis. Der afdækkes de professionelles holdning til, om teknologien er anvendelig og meningsfuld i praksis.

5.3.1 Planlægning i situeret praksis

Terapeuternes arbejdsrutiner klarlægges ved at spørge ind til, hvilke overvejelser de gør sig, og hvordan de vil foretage en forflytning fra seng til stol. Der opnås overvejelser om en tænkt forflytningssituation, som afdækker de standardiserede arbejdsrutiner.

Den samlede situation omkring forflytningen består af arbejdets planlægning, tilrettelæggelse og udførelse, personen, der skal forflyttes, arbejdsstedet og de tekniske hjælpemidler, som samlet set udgør en risikovurdering, hvorom en informant udtaler:

”Allerførst så skal jeg jo tænke på risikovurdering. Er det noget, jeg kan gøre alene, eller skal jeg; skal vi være flere om det. Og jeg tænker også på, at jeg skal observere patienten, hvilken tilstand patienten er i. Om hvor meget patienten selv kan medvirke til den her forflytning. (...) Og så skal jeg tænke over de fysiske ting omkring”.

Nedenfor uddybes de forskellige elementer omkring en forflytning, og disse underbygges af informanternes udsagn. Der er enighed blandt alle informanterne om, at en risikovurdering bør foretages.

5.3.1.1 Planlægning af behandlingen

Det er fra observationerne set, at der forekommer en fælles planlægning for hvilke terapeuter, der behandler de forskellige patienter. Der overdrages informationer om patienternes funktionsniveau terapeuterne imellem, og såfremt en terapeut har kendskab til patienten, er det ofte den samme person, der også laver forflytningen med patienten. Derefter planlægges den enkelte forflytning, og det er enten af den enkelte terapeut eller terapeuterne imellem. Dette er afhængig af antallet af terapeuter, der medvirker til at udføre forflytningen.

5.3.1.2 Tilrettelæggelse og udførelse

Terapeuten vurderer, om forflytningen skal udføres alene eller i samarbejde med en anden terapeut ud fra patientens funktionsniveau samt hvilket hjælpemiddel, der er passende at anvende.

”Om vi skal være en eller to omkring forflytningen, og om jeg skal bruge et hjælpemiddel, så der er sådan mange parametre, jeg tænker, jeg sådan lige har i spil, inden jeg bare går i gang”

Der er faste arbejdsrutiner i forhold til, hvordan forflytningen udføres i starten af behandlingen, og dette ses ved udtalelser som denne:

”... men som udgangspunkt, så siger vi, første gang vi har en patient oppe, i hvert fald de der dårligere ældre medborgere, så er vi to som udgangspunkt”.

5.3.1.3 Personen der skal forflyttes

Terapeuterne indhenter oplysninger om patientens diagnose, nuværende funktionsniveau og habituelle funktionsniveau fra journalen, og der søges oplysninger tværfagligt hos plejepersonalet. Dette ses for eksempel i udtalelsen:

”Det kunne være, man lige skulle snakke med plejepersonalet først, og så ellers selvfølgelig læse i journalen, hvad vedkommende er opereret for, og hvilket funktionsniveau havde personen før”.

Ud fra de indhentede oplysninger og terapeutens kendskab til patienten, vurderes patientens funktionsniveau, samarbejdsevne og nuværende tilstand, hvilket ses i understående udsagn.

”Ja, så det er noget med en vurdering af det rent kognitive og kropslige, i hvilken stand de er, og hvor meget vi kan forvente, at de kan hjælpe til”

Nedenstående udsagn er et eksempel på, hvad patientens tilstand, samarbejdet, samt fysiske og kognitive funktion kan betyde for forflytningen:

”Mange gange så er det alt muligt andet, der spiller ind i en forflytning. Er patienten dårlig, er det en tung, arbejder de med, arbejder de imod? Så nogle gange, så er det, som man nemt kan tænke til, at det skal være en hensigtsmæssig forflytning, (red. men det) bliver bare ikke altid hensigtsmæssigt, fordi patienten ikke reagerer, som du havde tænkt, patienten ville reagere”.

Der er således mange forhold, der kan påvirke en konkret forflytningssituation.

5.3.1.4 Pladsforhold i situeret praksis

Flere af informanterne giver udtryk for, at der er trange forhold til at udføre forflytningerne; dog er dette pt. delvis begrundet af ombygning.

”Lige aktuelt, der er det ikke så godt, som det plejer at være, fordi de ligger i flytterod. Vi er ved at få lavet nye facader og så videre, så man har fået flyttet sengestuer nogle steder hen, hvor der ikke plejer at være patienter, og både patienterne og personalet er blevet trængt sammen på mindre rammer, end de plejer at have”.

Medarbejderne oplever pladsmangel på stuerne, og dette undgår de ved at flytte rundt på interiøret på stuerne. *”Vi har jo ikke så meget plads. Men man kan jo altid flytte lidt på sengen og lave lidt mere plads”.*

Dette er bekræftet af projektgruppens observation. Der forekommer dog stadig risikofyldte arbejdsrutiner, hvor terapeuterne er udsat for vrid og dårlige løft, da der ikke er plads nok under forflytningerne. Terapeuterne bliver lukket inde mellem patientens hvilestol og sengen, fordi der ikke er lavet plads nok til at foretage forflytningen. De fleste terapeuter laver plads på stuerne inden forflytningen, og nogle gør det undervejs, hvis der er behov for dette. Pladsmanglen er særligt observeret, når der skal flere terapeuter til at foretage forflytningen, da der på to-mandstuerne reelt ikke er plads til, at personalet kan foretage forflytningen hensigtsmæssigt.

5.3.1.5 De tekniske hjælpemidler

Der er mange tekniske hjælpemidler til forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer. Det er et krav, at hjælpemidlerne skal tilpasses den konkrete opgave.

En fysioterapeut udtaler sig om vigtigheden af progrediering af hjælpemidlet i behandlingen. Målet er, at patienten bliver så selvstændigt som mulig.

”Man skal være opmærksom på, at man hele tiden skal progrediere forflytningshjælpemiddel, så man hele tiden udfordrer patienten mest muligt, og så man træner dem for, at de bliver så selvstændige som muligt”.

Ligeledes observeres, at terapeuterne foretager tilpasning af blandt andet rollator. I situationer, hvor der anvendes høj gangvogn, anvendes hydraulikken i hjælpemidlet således, at højden tilpasses undervejs, mens patienten rejser sig.

Egnede tekniske hjælpemidler skal være anskaffet i tilstrækkeligt omfang. Terapeuterne udtaler sig om omfanget af hjælpemidlerne, de har til rådighed. De fleste synes, at hjælpemiddelsbeholdningen er passende, og det er særligt efter tiltagene i forbindelse med strakspåbuddet. Der udtales: *”Ja, nu har vi lige fået nye hjælpemidler til at flytte med. Det har gjort det bedre”.*

Men der er også nogle terapeuter, der fortsat synes, at der er mangel på hjælpemidler til rådighed.

”... og der er nogle gange, hvor man tænker, at det kunne være bedre, hvis man havde noget andet, men det har vi ikke til rådighed”.

Dette uddybes med en beskrivelse af et specifikt ønske til anskaffelsen af hjælpemidlet: *”Jamen, det kunne måske være lækkert, hvis der var en i hver ende af afdelingen”.*

Det ses, at særligt ergoterapeuterne efterspørger dette, for når fysioterapeuterne bruger det enkelte hjælpemiddel, så er det ikke ledigt, når ergoterapeuten har behov for dette.

Der ses ved en anden udtalelse, at terapeuterne er glade for, at der er kommet en ReTurn, men at der ikke er opnået dækning af hjælpemiddelbehovet:

”Nu har vi lige fået sådan en ReTurner, og den er rigtig god, synes jeg, men ellers så kan der godt være lidt kamp om dem også”.

Hvis hjælpemidlerne ikke er til rådighed, kan det medfører stress og frustrationer hos personalet. Dette kan føre til fravalg af anvendelse af hjælpemidler. Ligeledes kan personalenormeringen være en problematik, for det kan føre til fravalg af samarbejde med en kollega om forflytningen, hvis der ikke er en kollega til rådighed.

”Så bliver det sådan en stress- og frustrationsfaktor for personalet. Og så står vi der i tvivl, skal vi gøre det, eller skal vi ikke gøre det. Ja, det skal vi, og så bliver de irriteret over, at de skal gå og lede efter et eller andet, eller hvis man skal være to om at bruge et eller andet, er der så lige en to'er til at hjælpe til. Det kan godt være, at der er nogen, der vil synes, at det her det kunne jeg akkurat lige så godt gøre selv uden (red. hjælp eller/og hjælpemidler). Det kan være en stressfaktor”.

Flere terapeuter udtaler, at hvis hjælpemidlet ikke er til rådighed, så klarer man forflytningen uden hjælpemiddel:

”Jeg vil ikke lyve og sige, at jeg aldrig har gjort det, og så går det jo nogle gange, om ikke nemmere, men så går det i hvert fald hurtigere”.

En terapeut udtaler, at det kan føre til fravalg af hjælpemidler, hvis de ikke har kendskab til anvendelsen, og de er trygge ved at anvende dem:

”Jeg vil kun fravælge det, hvis jeg føler det, at jeg gør det på en usikker måde, og at det ikke er holdbart over for patienten, den måde jeg gør det på. Ellers så ville jeg bruge hjælpemidlet”.

Det kan derfor konkluderes, at det både er nødvendigt, at der de rette hjælpemidler til rådighed i tilstrækkeligt antal, men fysiske forhold, personalenormering og indsigt i den til rådighed værende teknologi har også indflydelse for valget af anvendelse af hjælpemidler.

5.3.2 Hjælpemidlers anvendelse i arbejdsrutiner

Terapeuterne fortæller i interviewene at hjælpemidlernes anvendelse er integreret i den faste rutine, og at det ikke er muligt for terapeuterne at udføre deres arbejde uden hjælpemidler.

”Jeg tror bare, man er vant til at gå så meget i det, og det bliver så stor en del af ens arbejde, at man slet ikke kan forstille sig det uden. Og man tager dem bare som en ting, der skal være med”.

Anvendelsen og valget af hjælpemidler er afhængig af terapeutens arbejdsopgave. Terapeuterne omtaler, at deres opgave er at vurdere patienternes funktionsniveau, *”Men så er man jo oppe imod, at vi står med genoptræningen, og tit er det os, der skal vurdere, hvad kan patienten”.*

Terapeuterne påpeger, at deres mål er, at vurdere patientens funktionsniveau, men de befinder sig i en gråzone, hvor forflytningen kan foregå på grænsen til en risikofyldt situation.

”Vores mål det er egentlig også at finde ud af, hvor meget kan patienten. Så vi bevæger os også nogle gange lidt i en; altså på grænsen i en gråzone, altså giver dem så lidt hjælp som muligt og ser, hvordan det så går”.

Der foretages således et individuelt fagligt skøn, når terapeuten skal vælge hjælpemidler til den enkelte session sammen med patienten.

5.3.3 Risikofyldt arbejdsbyrde

Terapeuterne oplever risikofyldt arbejde, da patienten skal mobiliseres så tidligt som muligt, og dette påvirker arbejdsrutinen:

”Vi har patienterne på så tidligt tidspunkt, hvor det vil sige, at de overhovedet ikke er klar til at komme ud af sengen. De er ikke klar til forflytning, men det skal vi jo.

En terapeut mener dog, at de er mindre belastet end plejerne, da terapeuterne har færre forflytninger.

”Vi har en patient eller to, der skal forflyttes, men vi har jo ikke ti hver dag, hvor vi skal stå og gøre det samme ved. Så vi er nok ikke så belastet som i plejen”.

Under observationsstudiet er der dog set, at terapeuterne foretager flere forflytninger per dag, end terapeuten her giver udtryk for.

En ergoterapeut gør opmærksom på, at deres normering af ergoterapeuter har betydning for arbejds-situationen, og de derfor er nødt til at gå alene eller samarbejde med fysioterapeuten.

”Vi er jo kun to ergoterapeuter, som skal nå det samme antal som fysioterapeuterne, og de er fire. (...) Vi kan ikke gå to sammen, så bliver det en ergoterapeut og en fysioterapeut, og så bliver det ikke det samme, jeg ser”.

Det er ikke nødvendigvis en ulempe for behandlingen, at de er tvunget til at samarbejde med fysio-terapeuten. Ergoterapeuten og fysioterapeuten har hver sit fokus i deres arbejdsopgave, hvilket ergoterapeuten også påpeger i citatet, og det kan betyde, at ergoterapeuten vælger at gå alene for at fagspecialisere sin behandling.

5.3.4 Hjælpemidler før og nu

Der gives udtryk for, at der i forbindelse med strakspåbuddet er indført hjælpemidler, som allerede forefindes på andre afdelinger, hvorfor der er kendskab til deres potentiale for forbedring.

”Dem der er til rådighed nu, det er jo nogle, som vi har brugt tidligere, som vi har afprøvet, og som vi kender og synes, at de fungerer godt”.

Der ses dog, at det har stor betydning for arbejdsrutinerne og terapeuternes ressourcer, at hjælpemidlerne er tilgængelige på afdelingerne. Der udtales, at der tidligere har været behov for at hente hjælpemidler på andre afdelinger:

”Der har vi jo transporteret hjælpemidlerne mellem afdelinger. Nu skulle de gerne, i hvert fald dem, der har ønsket noget - de skulle gerne have fået det, sådan at man ikke skal transportere det imellem afdelinger”.

Der udtales, at det er effektivt med de nye hjælpemidler, og at hjælpemidlerne har forbedret situationen både for personalet og patienter. Der udtales, at hjælpemidlerne medvirker til *”... at forbedre situationen. Det er både, det er for patienten men også for personalet”.*

Terapeuterne omtaler, at der er givet et strakspåbud i forhold til forflytning, og at dette har givet krav til ændrede arbejdsrutiner, og der er indført flere hjælpemidler.

”... at vi har været for usikre omkring forflytning, og så er der kommet flere hjælpemidler til at gøre det sikkert, tænker jeg. Og for at skåne os selv på bedst mulige måde. Det er også derfor, vi får påbuddet, fordi vi ikke gør det ordentligt”.

ReTurns har været ønsket i længere tid. En informant udtaler *”vi har manglet den (red. ReTurn) (...), men det tog noget tid inden vi fik dem”*. Terapeuten giver udtryk for, at det har taget lang tid få noget nyt.

Der er flere af informanterne, der udtaler, at påbuddet har været en øjenåbner, der har gjort det muligt at få anskaffet ReTurn og Walker til afdelingen: *”Nogle gange så skal der måske et arbejds-tilsyn på besøg, før vi får noget; men så sker der også noget”*.

En terapeut fokuserer på, at det kræver en indsats at ændre arbejdsrutinerne, hvis vanens magt skal brydes:

”Jeg har nogle vaner med mig og noget tradition, og sådan plejer jeg at gøre. Jeg plejer at vende mine hænder sådan ikke, altså. Og derfor skal vi også arbejde meget med at bruge hjælpemid-lerne, nu hvor vi har fået et påbud, fordi vi har (...) arbejdet så meget sammen, at du går næsten ind, og gør tingene på rygraden”.

Det er således ikke nok, at der kommer nye og flere hjælpemidler på en afdeling, Man skal også både lære at betjene og vænne sig til at arbejde med disse nye hjælpemidler.

5.3.4.1 Fordele og ulempen ved ReTurn

Personalet nævner, at de ikke er trygge ved anvendelsen af ReTurn endnu: *”Der er nogle, der ikke er hele trygge ved at bruge for eksempel ReTurneren”*. Andre mener, at anvendelse af hjælpemidlet medfører større tryghed for patienterne og terapeuterne, og de er rigtig glade for den. Som én udta-ler: *”... en sikker og god måde at forflytte på. Både for patienten, men også for terapeuter”*.

En anden terapeut ligger vægt på, at der er fordele ved at bruge drejetårnet i det, der er mere støtte for patienten: *”De der nye ReTurnere, som også er rigtig gode, og hvor man har mulighed for at ligesom at støtte mere”*. Denne udtalelse bekræftes af et udsagn fra spørgeskemaundersøgelsen: *”Re-Turneren er en del nemmere og mere stabil end et drejetårn, og (red. den er) mere skånsom for os som terapeuter”*, og det nævnes, af terapeuterne som det mest anvendte hjælpemiddel på afdelingen. *”Så har vi de her ReTurns, moderne drejetårn. Det er sådan dem, vi bruger mest”*, men der er også overvejelser om, at der er et andet krav til patientens funktionsniveau ved anvendelsen af Return i forhold til drejetårnet. Der er under observationerne ikke set, at dette hjælpemiddel bliver anvendt. I en enkelt situation er det overvejet, men det fravælges alligevel, og der anvendes drejetårn i stedet. Dette begrundes med, at der ikke er ReTurn i kommunen. Der forekommer flere udtalelser som denne:

”Og så er der så ulempen ved, at hvis vi bruger en masse hjælpemidler, og de så ikke har de hjælpemidler, når de bliver sendt videre: For eksempel ved jeg, at ReTurner (...), der er i hvert fald nogle kommuner, de ikke har den i, så det er sådan lidt, at vi bruger den her på afdelingen. Det giver jo ikke så meget mening i forhold til, at vi sender dem videre, og så kan man ikke bruge den, så går man over til et drejetårn i stedet for. Jeg ved godt, de minder lidt om hinanden, men stadigvæk, den kan lidt mere, den ReTurner”.

5.3.4.2 Fordel og ulempe ved Walker

Terapeuterne omtaler, at Walkeren er god, fordi der er mere sikkerhed i den. Walkeren's anvendelsesmuligheder ses blandt andet i denne udtalelse: *”Hvis der sker det, at patienten lige pludselig knækker sammen i knæene, så falder patienten ikke på gulvet”.*

Dog er der også i forhold til brugen af Walkeren nogle terapeuter, der ikke er trygge ved anvendelsen af dette hjælpemiddel, hvilket ses i dette udsagn: *”Det er fordi, den er ny. Den er, ja, den er man måske ikke blevet helt tryk ved at bruge endnu”.*

Der er også nogle ulemper ved Walkeren. Der er ikke plads til den inde ved patienterne. Dette understreges ved, at Walkeren betragtes som det store monstrum, samt at det kan skræmme patienterne.

”Det, er at den fylder for meget, og der ikke altid er plads, og de der stoleben og sengeben og alt sådan noget. Der er ikke altid plads til det store monstrum” og ”Men jeg har så også oplevet, at nogle patienter bliver forskrækket over, at sådan en stor ting skal komme og hjælpe ham/hende ud af sengen”.

Fra spørgeskemaerne er det nævnt, at det *”... tager lang tid at få spændt patienten i”*, og hjælpemidlet vurderes som dårligt, *”hvis ikke patienten kan samarbejde”*. Sygeplejere og Social- og Sundhedsassistenter påpeger i spørgeskemaundersøgelsen, at det kun er fysioterapeuter, der anvender denne. Dette er i overensstemmelse med svarprocenten. Ved indsamling af data er der nogle på afdelingen, der ikke ved, hvad det er for et hjælpemiddel, og en kollega forklarer: *”Det er det store monstrum nede for enden af gangen”*. Dette hjælpemiddel er ikke set anvendt i observationsperioden.

Selvom der er nyindkøbte forflytningshjælpemidler til rådighed, så anvendes disse ikke i det omfang, som de kunne og burde, da der er begrænsninger i anvendelse med baggrund i deres udformning og øvrige tilgængelighed i forhold til både patienterne, de daglige rutiner og kendskabet til det enkelte hjælpemiddel.

5.3.4.3 Anvendelse af lift

Der er i observationerne set, at personalet overlader liftsituationen til plejepersonalet. Dette bekræftes også i udtalelser på spørgeskemaet: *"Lift er plejen der bruger den. Men giver en hånd med, hvis det er nødvendigt"*.

En terapeut udtaler til spørgsmålet, om der er lifte til rådighed:

"Ja, jeg er lidt i tvivl på, om vi har loftlifte i alle rum. Det er jeg lige ved at tro, vi har. Det er jo også ... Det er heller ikke uvæsentligt, om der er mulighed for at sætte en lift op, fordi nogle gange kan en manuel forflytning jo være for hård for alle, også for patienten. Altså, det er også et spørgsmål om, hvad man vil, og få brugt patientens kræfter rigtigt, og så er liften jo det eneste rigtige".

På spørgeskemaet er der et udsagn om, hvorfor liften fravælges: *"Den kan være meget tidskrævende, og kræver ofte flere personer, samt (red. vi har) dårligt kendskab til brugen af lift"*. Ligeledes er der et udsagn, der giver udtryk for, hvornår liften tages i brug. *"Bruger lift, hvis patienten overhovedet ikke kan samarbejde eller er totalt udmattet"*, og en anden skriver, at liften anvendes til patienter, der er dårlige eller tunge, for at beskytte personalet: *"Jeg bruger altid lift, når det er nødvendigt for at beskytte mig selv"*.

En terapeut udtaler i forbindelse med, at plejen anvender lift til en patient, at terapeuten ikke nødvendigvis vil ty til lift, men i stedet vurdere, om patienten kan mobiliseres på anden vis.

"... og det tager jeg med i mine overvejelser. Det fortæller i hvert fald noget om, at patienten ikke så godt har kunnet samarbejde omkring forflytningen, men det er ikke ensbetydende med, at jeg automatisk lige springer til lift. Så vil jeg nok alliere mig med en kollega i forflytningen for at se, om vi kunne få patienten mobiliseret sammen, inden jeg i første omgang springer til lift".

Denne terapeut fremhæver i denne forbindelse også betydningen af, at der er Walker og ReTurn til rådighed som alternativ til liften.

"Så jeg tænker da, at det er med til at fremme patientens funktionsniveau, at vi har mulighed for at gøre brug af de hjælpemidler, som kan få patienten mere aktiv i selve forflytningen, end at vi bare nødvendigvis anvender en loftlift. Der er de jo passive i den forflytning".

5.3.5 Konsekvens af anvendelse af forflytningshjælpemidler

Der er tidligere i analysen afklaret, hvordan hjælpemidler påvirker terapeuterne. Terapeuterne giver udtryk for, at det har konsekvenser at anvende hjælpemidlerne. En terapeut sætter fokus på erfaringens betydning i anvendelsen af hjælpemidler:

”Jeg tror, at man vælger, det man har mest erfaring med, og at man jo selvfølgelig; det man er mest tryk ved, er det man vælger”.

En terapeut giver udtryk for, hvilken betydning hjælpemidler har for forflytningssituationer i praksis:

”Det kunne være, man havde taget en person; en under hver arm og hjulpet rundt. Hvorimod man kan give patienten noget at støtte sig til, og så skal man ikke holde i patienten, for man skal ikke hive i patienten og løfte patienten. Så kan hjælpemidlet gøre det for en, og så kan man mere guide frem for (...) at hive i patienten”

Terapeuterne nævner, at deres anvendelse af hjælpemidler fører til, at patienten kan delagtigøres i forflytningen, og det fører til en mere sikker patienthåndtering, der aflaster både patienten og terapeuten:

”Du kan godt i en sindssyg forflytning komme til at tappe patienten fuldstændigt for kræfter og energi, og så har man faktisk også selv forslæbt sig”.

Patienten kan ligeledes deltage mere aktivt i forflytningen.

”Jeg behøver ikke og skal hen og have fat i patienten, så at de selv kan komme op ved hjælp af hjælpemiddel. At de kan lægge hænderne over på et drejetårn for eksempel og så rejse sig op på den måde. I stedet for at de skal have hænderne over på mig og så rejse sig op. Det er jo ikke holdbart”.

Hjælpemidlerne medfører også en selvstændighed og en tryghed for patienterne:

”Et hjælpemiddel, det er jo en tryghed for patienten, at patienten selv er lidt herre over, hvad patienten kan tage i. Vi er jo ikke så stabile, som de her hjælpemidler, vi har, så for patienten er det også en god tryghed”.

En terapeut udtaler, at de er mere modige i forflytningen, fordi de har hjælpemidler til rådighed, og at disse muliggør andre aktiviteter med patienten:

”De kan i hvert fald hjælpe os til og turde at mobilisere og træne med nogle patienter, som man måske ikke ville have gjort”.

En anden terapeut sætter denne udtalelse på spidsen, ved udtalelsen: *”Det havde slet ikke været realistisk, hvis ikke vi havde haft de gode hjælpemidler, vi har”.*

Terapeuterne fokuserer også på, at hjælpemidlerne forbedrer deres arbejdsmiljø ved, at de skåner terapeuterne og mindsker skader.

”Fordelen er, at det gør det mere sikkert for os, så vi undgår skader, og så vi undgår, at vi skal have hænder på patienterne under forflytningerne, så vi skåner os selv på bedst mulig vis”.

Derudover medvirker hjælpemidlerne som ressourcebesparende. En terapeut udtaler: *”Nogle gange kan man nøjes med at være en person, fordi vi har det hjælpemiddel til brug”.*

Der er også besparelser i forbindelse med, at hjælpemidler mindsker skader.

”Og det sparer jo. Altså, hvis vi nu så igen ser på personalet. Det sparer jo skader, det sparer sygedage, det sparer fravær. Det, der kan være: Nogle, der kunne gå hen og blive så skadet, så de slet ikke kunne arbejde mere”.

Der er også ulemper ved anvendelsen af hjælpemidler, når der fokuseres på, at hjælpemidler kan virke fremmed for patienten, og at forkert afvendelse af hjælpemidler er en ulempe. En terapeut kommer med et eksempel på, at der i situationen er valgt det forkerte hjælpemiddel, hvilket fører til en utilsigtet hændelse.

”Det gjorde jeg jo egentlig selv i går ved den ene, hvor jeg starter med at tage rollatoren. Hun kommer op og stå, og kan dårligt komme op og stå, og hun synker sammen i knæene. Hun havde brug for den støtte, der var i den høje gangvogn, så det var for tidligt, at hun kommer afsted. Det jo egentlig en slags falsk tryghed i, at der er noget sikkerhed, og den er ikke god nok til hende. Den slår ikke til, til hendes behov”.

Terapeuterne finder det meningsfuldt at anvende hjælpemidler i deres praksis. Dog kan de ikke finde mening i anvendelsen af ReTurn, når den ikke er til rådighed i kommunen, hvorfor en terapeut udtaler: *”Så vil det give bedre mening at bruge et hjælpemiddel, som de har der (red. i kommunen)”.*

Ligeledes udtaler terapeuterne, at patienterne finder meningsfuld anvendelse af hjælpemidlerne.

”Altså, er det en, der er frisk og med, forstår de godt også, at man skal bruge den, og så giver det også god mening for patienten, at de har noget andet at støtte sig til”.

Efter terapeuternes opfattelse er de teknologiske hjælpemidler til glæde for både patienter og personale. Hjælpemidlerne skal blot anvendes i den rette kontekst.

5.3.6 Samarbejde imellem terapeuter og med patienten

Terapeuterne siger, at hjælpemidlerne ikke påvirker samarbejdssituationen.

”Jeg synes egentlig ikke, at det påvirker vores samarbejde, fordi jeg synes egentlig i 98 % af tilfældene er vi enige om, hvad vi skal gøre”.

Dog kan der godt forekomme uenighed terapeuterne imellem, og i forhold til plejen om valget af hjælpemiddel.

”Nogen gange kan personalet, måske også to terapeuter; en social- sundhedsassistent, være lidt uenige om: skal vi eller skal vi ikke? Og det er selvfølgelig vigtigt at snakke om, at i de situationer, så skal vi, hvis der er nogen, der synes, at det her, det virker for usikkert”.

En terapeut udtaler, at fordi et hjælpemiddel anvendes, bør det ikke påvirke arbejdsrutinen:

”Jeg er lært til, at et hjælpemiddel, det er en hjælp, det er ikke en ekstra person, så (...) jeg samarbejder med mine kollegaer på samme måde, som hvis ellers ikke man havde noget”.

Terapeuterne mener, at anvendelsen af hjælpemidler øger kontakten til patienten, idet man skal samarbejde med patienten, og være i dialog med patienten:

”Altså, du skal oparbejde en samarbejdsrelation på en anden måde med patienten, så jeg synes, at kontakten bliver bedre, i og med, at du skal have patienten til at være aktiv selv i selve forflytningen”.

Der nævnes dog også, at demente patienter godt kan blive bange for hjælpemidlet, og derfor kan de have svært ved at samarbejde: *”Det er uvant for dem. De plejer at kunne gøre det uden, og så forvirrer det dem, især hvis de er demente patienter”.*

En terapeut udtaler, at deres arbejdsrutiner kan have indvirkning på patienten, idet patienten ikke får tid til at udføre funktionen:

”Vi er for hurtige, tit alt for hurtige. Så tager vi fat, og så gør vi noget, men nogle gange skal vi prøve at få patienten til og gøre mest muligt selv (...). Tit så gør det jo faktisk hunde ondt at blive rykket i et brækket ben, og så får du egentlig sådan en kontra ikke også, så trækker patienten; arbejder patienten imod, ikke også”.

Nye og kendte hjælpemidler skal anvendes med omtanke. Der er specielt visse situation, hvor der skal tages særligt hensyn til den enkelte patient. Tilsvarende skal personalet være afklaret for egen anvendelse af forflytningshjælpemidler.

5.3.7 Motivation og holdning

Flere terapeuter siger, at motivationen er begrundet i, at man skal skåne sig selv. En terapeut siger: *”Det er simpelthen såre egoistisk, det er simpelthen mit helbred”*, og dette underbygges af, at medarbejderen skal være til rådighed på arbejdsmarkedet længere.

”Nu er pensionsalderen, den er jo (...) forhøjet lidt, ikke også, og der skal jeg jo tænke på, at jeg skal kunne holde nogle år endnu. Så (...). Det synes jeg, jeg tænker på, når jeg vælger at tage noget, ganghjælpemiddel eller et (red. andet) hjælpemiddel til hjælp”.

Medarbejderne motiveres også til at passe på sig selv.

”Det bliver jo sagt højt, (...) og det er blevet sagt her i forbindelse med arbejdstilsynsbesøg, men også i andre situationer, at så bliver det sagt højt, og alle er jo enige. Så der, hvor det kan blive svært, det er så i dagligdagen, om det så også bliver gjort”.

Hospitalsafsnittets holdning er positiv, og de er glade for at bruge hjælpemidler i forflytningssituationer. Dette er kommet frem ved flere forskellige udtalelser uafhængige af hinanden. Herunder er forskellige udsagn:

”Jamen, holdningen er helt absolut, at vi er glade for vores hjælpemidler, og dem kan vi slet ikke undvære, så der er en 100 % positiv holdning, som jeg oplever det”.

Der ses også, at terapeuterne har en holdning til, at hjælpemidlerne skal bruges, og denne holdning udbredes i afdelingen:

”Det ikke kun er i fysio- og ergoterapien, vi snakker om det, men at vi også er enige med afdelingens (red. øvrige) personale om, at det er det, vi gør”.

Én terapeut udtaler, at den positive holdning til forflytningshjælpemidler er forbundet med, at alternativet er, at terapeuterne skal foretage løft: *”Jeg synes, det er en rart ting at have. At man kan bruge de hjælpemidler i stedet for, at man skal bruge sig selv”.*

Dog mener terapeuterne, at påbuddet har medført, at fokus er øget på forflytning i afdelingen. En terapeut udtaler: *”Jeg synes, det er først nu, der er kommet lidt fokus på det, efter vi har fået det der påbud”.*

Der kan dog også ses modstand mod brugen af hjælpemidler, men terapeuterne har en forståelse for, at hjælpemidlerne skal anvendes ved forflytninger, hvilket ses i dette citat:

”Altså, det er jo ikke, fordi jeg nødvendigvis synes, det er super sjovt. Jeg ville hellere have, at de gik uden, men for at det skal være forsvarligt, og for at patienten ikke skal havne på gulvet igen, så er man nødt til at have det”.

Det ses, at terapeuterne bakker op om det udsendte påbud.

5.4 K – komplekse veje

I dette afsnit behandles temaer som retningslinjer, afdelingens værdier og normer, mere brug af hjælpemidler og hvordan nye tiltag skal indføres. Disse fire temaer findes relevante, fordi de siger noget om de strukturelle rammer, og hvordan organisationen ser på at indføre nye hjælpemidler.

5.4.1 Afdelingens værdier og normer

Herunder vil udtalelser om afdelingens værdier og normer blive analyseret.

Et par af terapeuterne oplever, at afdelingen har nogle positive værdier i forhold til, at de er ”open minded”, når der skal indføres noget nyt på afdelingen. Det er noget, ledelsen bare tager med, når det kommer op på afdelingen. Samtidig med at de er ”open minded”, så vil de heller ikke have alt, hvad der er på markedet.

”Jeg oplever, at man er open-minded i forhold til, hvis der kommer noget nyt, at man er villig til at prøve det. Ikke, at man bare vil have, at alt er nyt, men er det noget, der både er nyt og bedre og nemt at arbejde med; jamen, så vil vi da gerne det”.

En informant ser en værdi i, at der er en god kultur, når der kommer nye ind i afdelingen, og at de bliver introduceret til, hvordan man gør tingene her. Det letter implementeringen, når de nye personaler kender til måden, man håndterer tingene på afdelingen.

”Så der er en god kultur, når man starter et sted. Så bliver det jo nemmere at tage tingene til sig, for sådan gør vi bare her, ikke. Det tror jeg, det er den bedste måde ligesom og implementere det”.

Værdien for de fleste terapeuter ved at bruge hjælpemidler er, at det skal hjælpe dem i deres arbejde, så de kan holde i flere år uden skader, end hvis patienterne skal bruge terapeuterne som hjælpemiddel.

”Det er nemmere og skånsomt for mig, at jeg ikke behøver og skal hen og have fat i patienten; at de selv kan komme op ved hjælp af hjælpemiddel, og at de kan lægge hænderne over på et drejetårn for eksempel og så rejse sig op på den måde. I stedet for at de skal have hænderne over på mig og så rejse sig op. Det er jo ikke holdbart”.

En anden udtaler også, at vedkommende sætter en værdi i, at det skal være skånsomt for vedkommende at tage på arbejde: *”Der er en værdi i, at jeg kan gå på arbejde og have en rask ryg i stedet for en ryg, der er ødelagt efter ti tunge løft”.*

For én er der en værdi i, at vedkommende kan få sine patienter op af sengen og ud på for eksempel badeværelset. Dette er i forhold til vedkommendes uddannelse, hvor det handler meget om, at de aktiviteter, der foretages sammen med patienten, skal have værdi for patienten. Og derfor ser vedkommende det som en værdi, at patienterne kan komme ud af sengen, og vedkommende ikke skal foretage alt i sengen:

”Så de er jo med til at muliggøre en masse aktivitet. Det vil sige andre steder end kun i sengen. Hvis ikke vi havde dem, så var vi jo nødt til at sidde og lave påklædning i sengen og sådan nogle ting. Nu har vi måske muligheden for at komme ud på badeværelset og lave en påklædning der ude, og andre ting der ude”.

For én har det stor værdi, at hun kender og ved, hvordan hun skal anvende de forskellige hjælpemidler:

”Det er en stor værdi for mig, at når jeg skal anvende et hjælpemiddel, at jeg har kendskab til hjælpemidlet. At jeg ved, hvordan det skal anvendes, (...) og jeg ved, hvordan patienten skal anvende det”.

Som udtalelsen ovenover udtrykker, så er der en værdi i, at terapeuterne ved, hvordan de skal bruge hjælpemidlerne. Når medarbejderne ved, hvordan de skal anvende hjælpemidlerne, så kan det føre til en øget anvendelse af disse hjælpemidler.

5.4.2 Øget anvendelse af hjælpemidler

De kommende udtalelser omhandler terapeuternes tanker om, hvordan der muligvis kan skabes en øgning i anvendelsen af hjælpemidler.

Mange af udtalelserne om, hvordan de ser mulighederne for, at der skabes en øgning i anvendelse af de hjælpemidler, de har nu i afdelingen, handler om, at medarbejderne gerne ser, at der er mere undervisning i brugen af hjælpemidler, og at de bliver mindet om, hvilke hjælpemidler der er til rådighed på afdelingen.

”Så tror jeg det ville være dejligt med sådan en årlig refresher-ting, hvor man en gang om året lige bliver mindet”.

Én ønsker, at der i introduktionen bliver gjort opmærksom på, hvilke fordele der er ved at anvende hjælpemidler. Dette kan måske afstedkomme noget omkring, at det er godt at bruge hjælpemidler, og det er både for terapeuterne og for patienterne.

”En uddannelse i, hvad nytte hjælpemidlerne gør; både for os og for patienten... og så en uddannelse i, hvordan de bruges”.

Andre ønsker kort og godt at: *”... hvis man satte mere fokus på hele forflytningsområdet.*” for på denne måde at øge viden omkring, hvilke fordele der er ved at bruge hjælpemidler i forflytnings-situationer.

Et andet problem kunne være det økonomiske i, at der skal være penge til at indkøbe flere hjælpemidler, for hvis der er flere hjælpemidler til rådighed, mener vedkommende, at der også vil blive anvendt flere. Vedkommende udtaler også, at mere viden om teknologiske hjælpemidler generelt vil øge anvendelsen af disse, ligesom at man ved at have muligheden for at sætte sig ind i de hjælpemidler, de har, kan påvirke anvendelsen af disse hjælpemidler.

”For det første skal der være penge til at købe dem ind. Jo, fordi jeg tror, at hvis der var flere, så ville der også blive brugt flere, men der skal også være noget økonomi til at købe det ind, jo. Og

selvfølgelig, også mere viden om, hvad der findes af nye hjælpemidler. Det vil også gøre, at man vil bruge dem, tænker jeg. Men det er igen det der med, at man også skal sættes ind i tingene, før man får lyst til at bruge et hjælpemiddel. Så det er sådan lidt en blanding af det hele”.

Andre udtaler, at de ikke mener, der er behov for, at der sker en øgning af anvendelse af hjælpemidler, for de synes, de hjælpemidler, der er til rådighed, bliver brugt, som de skal:

”Jeg synes jo egentlig, at vi bruger det så rigeligt, så jeg ved ikke, om vi har brug for at øge hjælpemidlerne. Altså, jeg tror, vi bruger dem jo til det, vi skal”.

Som afslutning på dette afsnit, så udtales der, at det er vigtigt, at man ved fælles hjælp holder sig ”up to date”, hvad angår at brugen af hjælpemidler. De bliver hele tiden videreudviklet, og viden omkring de forskellige hjælpemidler skal holdes ajourført.

”Det er da i hvert fald vigtigt, at vi holder os selv i ørene i afdelingen: Underviser hinanden, går med hinanden, sikrer os, at vi får den rigtige undervisning omkring hjælpemidler, og at vi ... Så vi hele tiden holder os ajour med, hvordan er det lige, at vi bruger de forskellige hjælpemidler?”

5.4.3 Indførelse af nye tiltag

Dette afsnit analyserer på, hvad terapeuterne udtaler om, hvordan nye hjælpemidler skal indføres, for at de også bliver anvendt på afdelingen.

Flere af terapeuterne udtaler, at de føler, at de ikke er sat godt nok ind i, hvordan man bruger de forskellige hjælpemidler. Ved at de ikke har en tilstrækkelig viden, bliver flere nødt til at spørge en anden, der har anvendt hjælpemidlet mere.

”Jeg føler ikke rigtigt, jeg er blevet sat ordentligt ind i det. Så er man jo nødt til bare at spørge enten en fysioterapeut eller en ergoterapeutkollega, om de har styr på det her, og så se lidt, hvordan de gør. Det er sådan set den måde, jeg har fået det ind på”.

Andre udtaler, at de ikke har brug for mere uddannelse i at bruge hjælpemidlerne, men at de gerne vil have mere praktisk afprøvning og erfaring, så de på den måde kan få anvendelsen af hjælpemidlerne ind under huden. Når de har det, så kan de koncentrere sig om, hvad patienten siger til, at de skal forflyttes med et hjælpemiddel. Hvis man ikke lytter til patienten, så kan det påvirke patienten til, for eksempel, at de modarbejder terapeuten.

”Men det er også nogle gange, at det er jo fint nok med tænkte eller teoretiske eksempler på, hvordan man forflytter en patient. Mange gange så er det alt muligt andet, der spiller ind i en forflytning. Er patienten dårlig, er det en tung, arbejder de med, arbejder de imod. Så nogle gange, så det som man nemt kan tænke sig til, at det skal være. En hensigtsmæssig forflytning bliver bare

ikke altid hensigtsmæssig, fordi patienten ikke reagerer, som du havde tænkt, patienten ville reagere”.

Nogle mener, at det ikke er nok med at modtage undervisning, men at hjælpemidlerne også skal være synlige på afdelingen, så man har muligheden for at se, andre bruger det. På den måde kan man lære af det, og idet man ser, hvordan andre anvender hjælpemidlerne, er dette med til at skabe en tradition for at anvende hjælpemidler.

”Der er meget information og oplæring, og så (red. er der) synlighed af hjælpemidlerne... og så det, at man ser hinanden bruge hjælpemidler. Altså det smitter. Så man får ..., så bliver det tradition. Og rigtig meget har jo flyttet sig med meget mere viden og øvelse og kendskab”.

Tiden har også en betydning for, om nye tiltag bliver indført, så de bliver anvendt. Her følger udtalelser omkring, at terapeuterne og andet personale skal bruge tid til at lære hjælpemidlet at kende, før de anvender det til patienter:

”Det er tid. At der bliver sat tid af til det, så folk kan vænne sig til at bruge det og se muligheden i det. At det er en fordel for dem, der bruger det, ikke”.

En anden vigtig ting i forhold til, at noget skal indføres, så det bliver anvendt, er, at det ikke kun bliver en ledelsesmæssig beslutning: *”... at det er det, vi skal have, og så har vi det, og så burde det være godt nok”.*

”Altså, folk de vil gerne være med til at vælge og se den an og prøve det af, og så; Så det tror jeg, at det skal. Hvis der skal være sådan noget nyt, så er det noget, der skal prøves af, (red. og det er) ikke bare et eller to steder. (...) Jeg tænker, der skal være flere, der skal med ind over. Det tror jeg er rigtig vigtigt”.

5.4.4 Retningslinjer på stedet

I dette analyseafsnit bearbejdes udtalelser om, terapeuterne kender til stedets retningslinjer.

Under spørgsmålet, om personalet kender til retningslinjer for forflytning af personer, så udtaler mange, at de ikke som sådan har noget kendskab til, om der forefindes sådanne retningslinjer specifikt for Regions Hospitalet, men de kender til, at der er nogle retningslinjer, der gælder for hele regionen: *”Vi har ikke nogen i afdelingen. Vi har kun det, der ligger regionalt”.*

Igen en udtalelse om at vedkommende ikke tror, der findes nogle lokale retningslinjer. Men kender til, at der er nogle overordnede i arbejdsmiljøhåndbogen, og der er nogle retningslinjer for regionen:

”Nej, det tror jeg ikke, der er; ikke sådan mere, altså. Der er jo selvfølgelig de overordnede, ikke også, i forhold til arbejdsmiljøloven og sådan noget, ikke. Og så (red. er der) regionens retningslinjer, ikke. Vi har ikke nogle specielle (red. retningslinjer) her for afdelingen”.

En anden udtaler, at det eneste, vedkommende kender til retningslinjer, er fra skolen, og derfor mangler der information omkring afsnittets retningslinjer:

”Nej, ikke noget særligt, synes jeg ikke. Der kunne man godt mangle information om sådan noget der. Det er heller ikke noget, man har noget særligt af på skolen, som jeg husker det i hvert fald”.

Selvom der ikke forefindes specifikke retningslinjer for det pågældende afsnit, så ligger de regionale retningslinjer tilgængeligt på hospitalets hjemmeside: *”Det ligger på vores hjemmeside, så der kan de altid gå ind og finde det, hvis der er noget, de er i tvivl om”.*

5.5 U – Udvikling af professionsfaglighed

I dette afsnit analyseres hvordan teknologi påvirker det professionelle arbejde over tid og de faktorer som har betydning for udvikling af professionalismen.

Samarbejdet om patientforflytningerne er i professionen tværfagligt. Der er på tværs af afdelingerne lavet en standardisering af arbejdsrutinerne i forhold til udførelsen af forflytningen.

”Der er aftalen jo, og det har vi snakket om, at det er altid den, der har den laveste fællesnævner, vi skal bruge. Altså, hvis der er nogen, der har brug for hjælp, og synes at det; Hvis der bare er den, der synes, at det her kan vi ikke gøre uden hjælpemidler, så bruger vi et hjælpemiddel”.

Der er ud fra fagprofessionen lagt op til, at fysioterapeuter og ergoterapeuter har øget viden om ergonomi og forflytninger. Flere mener dog, at deres kompetencer til forflytningen er begrænsende på dette område, og udgangspunktet for dette går tilbage til oplæringen på professions-skolen. En terapeut udtaler om sine kompetencer:

”Det kan godt ske, at jeg er fysioterapeut, men jeg er overhovedet ikke ekspert i ergonomi eller forflytninger. Altså, vi har haft det som ... Vi har lært lidt, ikke også, men jeg er ikke nødvendigvis bedre til at lave en forflytning, end en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent er”.

I et historisk perspektiv er den arbejdsmiljøindsats, der er udført i organisationen i forbindelse med påbuddet, der har givet øget fokus på anvendelsen af hjælpemidler, og det er en indsats, der bliver sat fokus på med jævne mellemrum. En informant udtaler:

”Der har været flere sådanne tiltag gennem årene, hvor man har haft fokus på et eller andet bestemt område af det (red. arbejdsmiljø) i en periode”.

Forflytningsperspektivet har forandret sig igennem tiden, og arbejdsrutinerne har forandret sig med. Citatet nedenfor giver et syn på historisk indsigt i professionens udvikling:

”Der kaldte man to portører til at hjælpe, hvis man skulle have noget. Der forflyttede vi jo heller ikke, der løftede vi jo. Der hed det jo løfteinstruktør og løftevejledning. Der var det ikke forflytninger, så det har udviklet sig meget i gennem tiden”.

En terapeut udtaler om en tidligere tilgang til forflytninger:

”Altså, hver guru har nok sin, ikke også. En gang da var det jiu jitsu- tanken, der var inde over; at man brugte sig selv og sådan noget”

Der er en holdning til, at der i professionen ville kunne forebygges skader ved at indføre tiltag til at forbedre forflytningssituationen. En terapeut udtaler:

”Der vil det jo gøre, at vi forhåbentlig kan arbejde i flere år uden kropslige skavanker, fordi vi har hjælpemidlerne til at tage den største belastning”.

En terapeut lægger fokus på det hårde arbejde, og holdningen har ændret sig til, at der er mere fokus på skader. Det er fortsat problematisk, at når man er ung og frisk, tænker man ikke over, at man skal holde til være på arbejdsmarkedet længe. Informanten siger:

”Men jeg synes, der er et holdningsskred. Men jeg tror stadigvæk, at når du er ung, frisk og rask, så tænker du ikke over, at du har ondt i dine knæ om 20 år, og du måske, som tiderne ser ud nu, så skal du holde, til du er 65 og 70 år. I et (= alt i alt), både for fysioterapeuter og ergoterapeuter, så er det altså et mandfolkearbejde, vi er ude i nogle gange”.

Der ses en holdningsændring inden for professionen om tilgangen til patienten i forhold til, at terapeuterne skal passe på sig selv og anvende hjælpemidler. Det er i stedet for at ofre sig med belastninger på egen krop til følge. En terapeut siger:

”Det er jo for at beskytte os selv, at vi skal bruge dem, og det har da været, hvad skal man sige, en anden måde at se tingene på, end mange har været vant til, at hvor det altid var patienten, der var i centrum, så måtte vi ofre os, men den har vi fået vendt, føler jeg”.

Der fokuseres på, at det har en betydning for terapeuterne, at de skal skåne sig selv. Dette ses på, at faggruppen aktivt forsøger at ændre holdning til det slid, der er forbundet med professionens arbejde. En terapeut siger:

”... og vi har tit diskussionen (...) Altså, hvad er det, der slider en? Er det arbejdet, eller er det alt det andet, man laver, men jeg tror på ... Jeg kan i hvert fald mærke over 30 år, på (red. sliddet fra) arbejdsmarkedet i min krop”.

Terapeuterne lægger fokus på, at udviklingen af fagene fremover vil effektiviseres gennem teknologi. En terapeut udtaler: *”... og så kan du altså gøre det på en hurtigere og bedre måde ved at anvende eller bruge teknologien”.*

En terapeut siger, at det ikke kun er teknologi, der udvikles, men også hele holdningen til forflytning: *”Det er meget teknologisk udvikling også, men det er også en udvikling i tankesættet”.*

En terapeut mener, at denne udvikling vil blive imødekommet af medarbejderne på afdelingen. Der udtales:

”Jeg tror på, at der er en stor udvikling indenfor området. Det tror jeg, og (...) og det tror jeg på at stedet her er med på, og mine kollager er med på”.

Men det tænkes ikke, at tiltag vil have indvirkning på den situerede praksis og skadesbelastningen, da de næsten ikke har skader. Der udtales:

”Altså, hvis det kunne forbedre forflytningssituationen, så ville det jo kunne teoretisk give nogle færre skader, men vi har altså næsten ikke skader”.

Der er således sket en ændring af professionen inden for ergoterapi og fysioterapi i forhold til forflytning, anvendelse af hjælpemidler og en øget arbejdsmiljøindsats. Dette kan medvirke til at mindske det belastende arbejde, som terapeuter udsættes for. Terapeuterne udviser i dag en anden adfærd under flytning af patienter, men der skal fortsat arbejdes for at forbedre arbejdsforholdene for denne faggruppe.

5.6 Resultat af spørgeskema

I dette afsnit præsenteres spørgeskemaundersøgelsens resultater.

Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser at af sundpersonale, der foretager daglige forflytninger er der 14 % foretager forflytning 1-3 gange dagligt, 29 % der foretager forflytninger 4-6 gange dagligt og 57 % der foretager forflytninger 7-9 gange dagligt, heraf er der ingen der bruger hjælpemidler mindre end gang om dagen, 43 % bruger hjælpemidler 1-3 gange om dagen, 7 % bruger hjælpemidler 4-6 gange om dagen og 50 % bruger hjælpemidler 7-9 gange per dag.

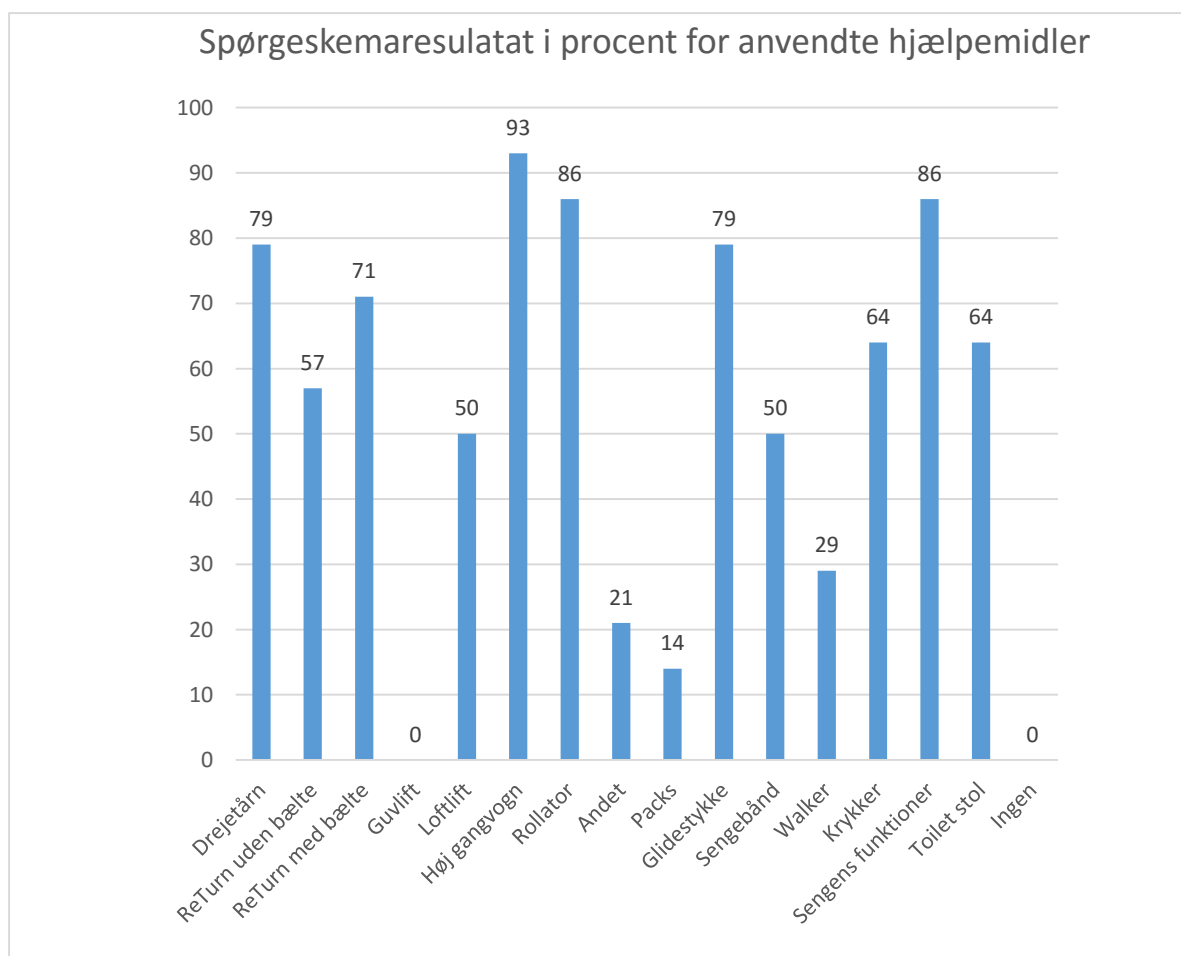
Der er i spørgeskemaet registret, hvilke hjælpemidler sundhedspersonalet anvender, når de foretager forflytning fra seng til stol. En beskrivelse af de forskellige hjælpemidler findes i bilag 6. Der er i spørgeskemaet mulighed for at registrere flere typer anvendte hjælpemidler. Det er bemærkelsesværdigt, at selvom en informant udtaler i interviewene, at Packs er indført i forbindelse med straks-påbuddet, mens der i besvarelserne fra spørgeskemaet kun er 14 %, der anvender dem.

Det hjælpemiddel, der bliver brugt mest på afdelingen, er høj gangvogn, hvor 93 % (se figur 10) af personalet bruger dette hjælpemiddel til at forflytte fra seng til stol. Restgruppen, som ikke anvender høj gangvogn, er 7 %, hvilket kun er én besvarelse. Denne medarbejder anvender henholdsvis drejetårn og/eller ReTurn i stedet.

Der er 87 % af personalet, der anvender rollator til forflytninger af patienterne, 57 % der anvender ReTurn med bælte, og 71 % anvender ReTurn uden bælte (se figur 10) . Der er 7 % af personale, der ikke anvender ReTurn, og de udtaler det er ”fordi jeg ofte bruger andre hjælpemidler”, vedkommende bruger i stedet for drejetårnet, som ligner ReTurn.

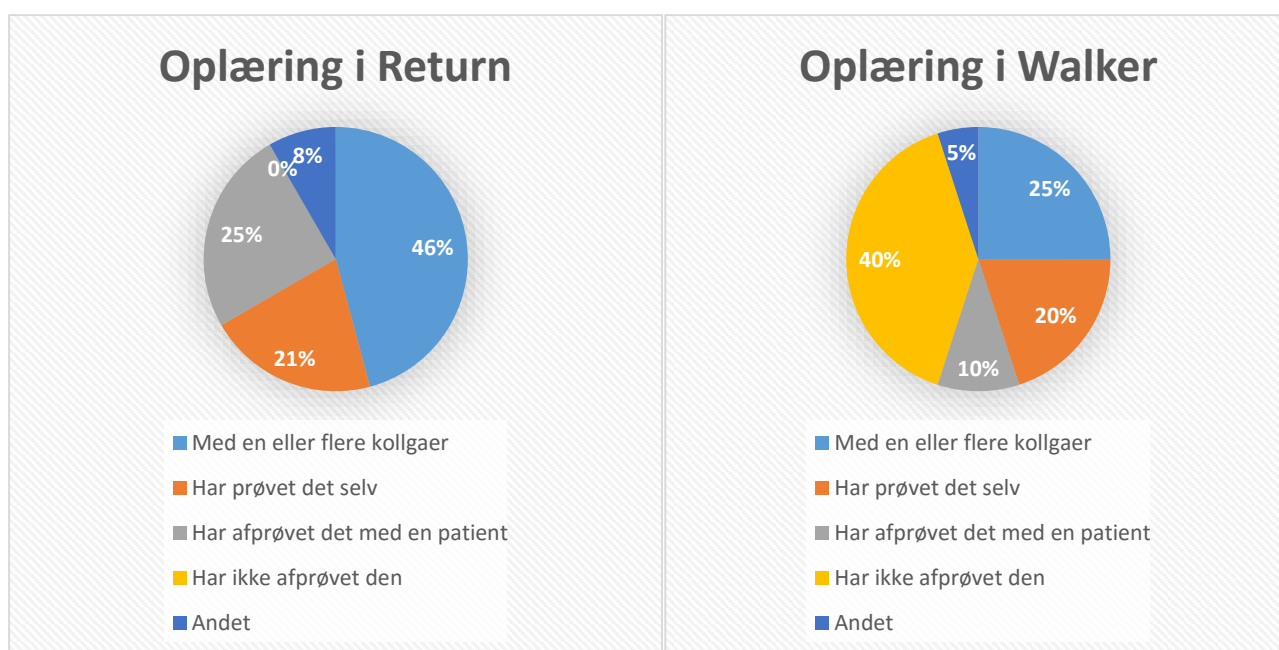
Der er ingen, der har svaret, at de gør brug af gulvlift, men der er 50 %, der anvender loftlift. Besvarelser omkring, hvorfor personalet ikke anvender lift, er, at: ”Det er en opgave for plejen. Det sker, jeg hjælper til, men ikke meget”. Det er besvarelser, der ligner denne, der er omkring ingen anvendelse. Andre svarer, at det ”den kan være meget tidskrævende og kræver ofte flere personer” eller ”Dårligt kendskab til brugen af lift”.

Det formodes, at der er tidspres både i forhold til at lære forflytningshjælpemidler at kende og anvende disse i dagligdagen, og derfor bliver de anvendt i begrænset omfang i praksis. Der er også besvarelser om, hvorfor man anvender lift: ”Jeg bruger altid lift, når det er nødvendigt for at beskytte mig selv. ”Alle besvarelser omkring, hvorfor de anvender lift, handler om, at det er skånsomt for både patienterne og personalet.



Figur 10: Resultat fra spørgeskemaundersøgelse, Procentsats for anvendte hjælpemidler

Ser man på, de hjælpemidler, der er indkøbt til at forbedre arbejdsmiljøet efter de har fået et straks-påbud, så er der forskel på, hvordan sundhedspersonalet på afsnittet bliver oplært i at bruge hjælpemidlerne. Da ReTurn ligner drejetårnet som anvendes på afdelingen i forvejen, har det måske været nemmere for personalet at sætte sig ind i, hvordan ReTurn anvendes. Det antages, at personalet hellere vil bruge dette hjælpemiddel frem for den samtidigt indførte Walker, som terapeuter og plejepersonale betragter som et ”stort monstrum”. I oplæring af brugen af Walkeren kan man se, at der stadig er en stor procentdel (40 %) (se figur 12), der på nuværende tidspunkt ikke har afprøvet Walkeren, og det er primært terapeuter der anvender Walkeren på afdelingen.



Figur 11: Procentvis af oplæring af ReTurn

Figur 12: Procentvis i oplæring af Walker

I forbindelse med at Regions Hospitalets afsnit fik et strakspåbud, blev der indkøbt hjælpemidler for at forbedre deres arbejdsmiljø. I figurerne ovenfor (figur 12 og 13) ses, hvordan sundhedspersonalet er oplært i anvendelsen af ReTurn og Walker. Ser man på de besvarelser, der er omkring, hvorfor de anvender eller ikke anvender både ReTurn og Walker, så er der både positive og negative kommentarer. ”ReTurneren er en del nemmere og mere stabil end et drejetårn, og mere skånsom for os som terapeuter”. Disse besvarelser viser igen, at de hjælpemidler, de har på afdelingen, er med til at skåne både patienten og personalet.

Der er også negative besvarelser i forhold til, når patienten for eksempel skal træne sin gangfunktion. I en besvarelse kan man læse: ”Den er dog dårlig i forhold til patientens egen deltagelse og aktiviteter i en forflytning”. Dette gør det sværere, at patienten skal have så kort en indlæggelse som muligt.

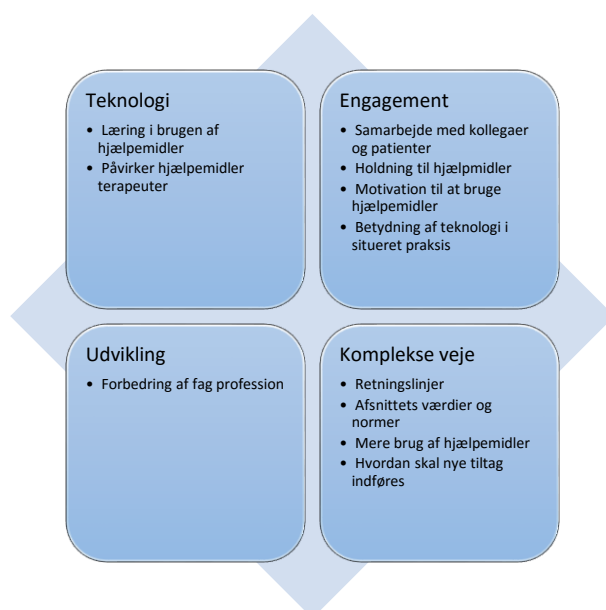
Der er flere besvarelser om, hvorfor terapeuterne ikke anvender ReTurn. Det er særligt det med, at hjemkommunerne ikke har den: ”Kommunerne har ikke ”ReTurn. De bruger drejetårn” og ”Ulem-
pen er, at hjælpemidlet ikke kan leveres af hjemkommunen”.

Terapeuterne anvender derfor ofte drejetårn i stedet for ReTurn. Andre svarer, at den er ”... dårlig,
fordi den ikke giver det reelle billede af patientens funktionsniveau”, hvilket er med til, at den ikke
bliver brugt. Ved Walkeren er de positive besvarelser, at den igen skåner personalet, hvis patienten
har en usikker gangfunktion. Det ses for eksempel i følgende besvarelse: ”God støtte til patienter
med usikker gangfunktion. Til de patienter, man er usikker på, om de kan gå”. De negative besva-
relser er for det meste omkring, at Walkeren er stor og tager lang tid at anvende: ”... er dog stor, og
det tager lang tid at få spændt patienten i”, og ”den hæmmer gangfunktionen, hvis patienten kan
klare andet ganghjælpemidler”. Det kan måske være derfor, at Walkeren ikke bliver anvendt ret
meget i praksis.

5.7 Syntese af teknologianvendelsen i situeret praksis

Syntesen er baseret på, at man ud fra analysen er i stand til at udlede en viden, der ikke var til
stede før. Der opsummeres problemstillinger, der er fundet i analysen, og der laves en plan for
yderligere relevante tiltag til anvendelse i praksis.

Denne syntese er resultatet af trianguleringen foretaget under dataindsamlingen. I et teoretisk per-
spektiv er der i analysen anvendt TEKU-modellen, som er opdelt i de fire tematiseringer. For at opnå
en syntese af teknologiens indvirkning i praksis, ses nu på alle elementerne som en samlet helhed
(figur 13) (6).



Figur 13: Helhed af meningkondensering ud fra TEKU-modellen

Ud fra informanternes udsagn er følgende afdækket i forhold til forflytningssituationen.

Der forefindes en rutine med, at alt nyt tilkommende personale bliver introduceret til de basale forflytningsteknikker, når de starter på afdelingen. Selvom de får denne introduktion, så føler mange, at den måde, de lærer hjælpemidlerne at kende på, er ved "learning by doing". Altså, hvor man enten får en af de andre med ind, når de skal bruge et nyt hjælpemiddel, eller man er med rundt sammen med en, der kender hjælpemidlet, hvilket sker ud fra den enkelte terapeuts ønske, og dette ses i udtalelser fra interviewene. Flere af terapeuterne udtaler, at de mangler et sted, hvor de kunne gå hen og "lege" med hjælpemidlerne, for på den måde at finde ud af hvordan de fungerer. Terapeuterne udtaler sig også om, hvordan hjælpemidlerne påvirker dem som terapeuter, men de ved også, at der er mangel på tid, og de er derfor presset nok på det område.

Det kom frem, at mange af terapeuterne udtaler sig om, at det påvirker dem positivt at anvende hjælpemidler. I den situerede praksis efterkommes Arbejdstilsynets krav til risikovurdering ved planlægning og udførelse af forflytning, hvilket kommer til udtryk i udtalelser fra interviewene, og dette er også set og hørt under observationen. Nogle af terapeuterne mener dog ikke, at der er hjælpemidler nok til rådighed i afdelingen.

Terapeuternes vurdering af patientens funktion og afprøvning af hjælpemiddel kan føre dem ud i risikofyldte situationer, hvor patienten udfordres, når der anvendes så lidt hjælp eller et så lille hjælpemiddel som muligt. Dette er analyseret i afsnit 5.3.3.

Ved anvendelse af hjælpemidler udtaler flere terapeuter, at det skåner dem i forflytningssituationer. Hjælpemidlet mindsker belastningen på terapeuten, og patienten kan mobiliseres tidligere og opnå helbredsmæssig effekt herved. Terapeuterne overlader liftarbejdet til plejen, men enkelte terapeuter er indstillet på at hjælpe til, hvis der er behov for dette, mens andre har slet ikke kompetencer til at anvende liften.

Der er både fordele og ulemper ved anvendelse af henholdsvis Walker og ReTurn, som er beskrevet i analysen, afsnit 5.3.4. Disse hjælpemidler er indført i forbindelse med strakspåbuddet, som afdelingen fik i forbindelse med arbejdstilsynets observation af en forflytning fra seng til stol, men medarbejderne har ikke indarbejdet anvendelsen af disse hjælpemidler. Walkeren bliver ikke brugt ret meget, da der er pladsmangel, og både terapeuter og patienter kan være utrygge ved anvendelsen af denne. Ud fra spørgeskemaundersøgelsen, som er præsenteret i afsnit 5.6, er der fundet, at den slet ikke bliver anvendt af plejepersonalet til patienterne.

Terapeuterne udtaler, at de har svært ved at finde mening i at anvende ReTurn, når patienterne ikke kan få udleveret dette hjælpemiddel efter udskrivelse, da ReTurn ikke er til rådighed i hjemkommunen. Det er problematisk, at terapeuterne fravælger anvendelse af ReTurn, da fordelene ved at anvende dette hjælpemiddel er, at sundhedspersonalet skånes for tunge løft. Der er dog ønske om at få

mere end én ReTurn på afdelingen. Der er i observationen af terapeuterne ikke set anvendelse af hverken Walker, lift og ReTurns og Packs. I spørgeskemaundersøgelsen bekræftes den begrænsede anvendelse af Walkeren ved, at kun 28 % af sundhedspersonalet anvender hjælpemidlet i dagligdagen. Fra spørgeskemaet kom der et udsagn om, at det kun er terapeuterne, der anvender Walker.

Terapeuterne sætter en stor værdi i, at hjælpemidlerne skal være med til at skåne både terapeuter og patienter, hvilket fremgår af interviewene. Samtidig er kulturen på stedet god i forhold til at modtage nye medarbejdere, da de bliver sat ind i, hvordan hjælpemidlerne fungerer. Derudover fremgår det ud fra interviewene, at der er en positiv indstilling i forhold til at være "open minded", når der kommer nye hjælpemidler, men terapeuterne er fortsat utrygge ved at anvende disse nye hjælpemidler. Selvom det fremgår af interviewene, at de er "open minded", så bliver hjælpemidlerne ikke brugt, bare fordi de bliver købt, da der opleves barriere ved anvendelsen.

Flere udtaler, at der skal være mere undervisning i, hvordan man anvender hjælpemidlerne. En terapeut udtaler i interviewene, at denne undervisning for eksempel kunne være et genopfriskningskursus eller som en anden terapeut udtaler: Et kursus i nytteværdien i at anvende hjælpemidler for på den måde at kunne øge anvendelsen. I forbindelse med indførelsen af ny teknologi udtaler flere terapeuter, at de mener, det er vigtigt, at personalet får en instruktion og oplæring i at anvende hjælpemidler. Dette ses i analyse afsnit 5.2.1.1.

Derudover udtaler én terapeut, at det er vigtigt, det ikke kun bliver en ledelsesmæssig beslutning at indkøbe / indføre nye teknologier, da dette kan skabe en barriere i anvendelsen af hjælpemidlerne, hvilket kan ses i analyse afsnit 5.4.3. Disse barrierer kan muligvis nedbrydes ved, at der laves nogle retningslinjer, som kan hjælpe personalet med at foretage forflytninger på en så korrekt måde som muligt (82), da der kun findes et sæt retningslinjer, som er gældende for hele Regionen.

Arbejdsmiljøtiltag er forekommet jævnlige i praksis, og i forbindelse med påbud på afdelingen er der igen kommet fokus på forflytning og brug af hjælpemidler. Nye teknologier udvikles fortsat, hvilket fremover kan betyde, at arbejdet bliver mindre belastende for terapeuterne. De forventer dog ikke at kunne overtage terapeuternes arbejde fuldt ud, hvilket betyder, at terapeuter fortsat vil udføre risikobaseret arbejde. Ud fra undersøgelsen vurderes, at teknologierne indført i forbindelse med strakspåbuddet ikke er fuldt accepteret, da de ikke rigtig bliver brugt på afdelingen. Terapeuterne udtaler, at de mangler erfaring i anvendelsen, hvilket bør medføre en ændring af handleplanen. Det kan enten være til oplæring og accept af teknologien, eller det kan være helt nye tiltag.

Der er igennem undersøgelsen fundet følgende problemstillinger:

- Der er ikke nok hjælpemidler til rådighed på afdelingen. Der ønskes flere ReTurn, og Sara Stedy er også nævnt som relevant for afdelingen.

- Behov for yderligere fokus på anvendelsen af ReTurn og Walker med henblik på at oplære personalet i at bruge dem samt skabe erfaring i anvendelsen af disse.
- Oplæringen er ikke tilstrækkelig, da der fortsat er terapeuter, der er utrygge ved anvendelsen af hjælpemidlerne; særligt de to nye hjælpemidler og liften.
- Der er behov for standardiserede retningslinjer for udførelse af forflytning for det enkelte afsnit/den enkelte terapeutgruppe, hvor der fokuseres på, hvilken type patienter, der forflyttes. Dette er for at sikre både terapeuterne og patienterne mod unødvendige eller u hensigtsmæssige løft.
- Der bør ændres holdning til, at hjælpemidlerne ikke bør anvendes, fordi de ikke er til rådighed i hjemkommunen, og dermed kan terapeuterne beskyttes mod unødige ricisi.
- Behov for koordinationsmøder angående anskaffelse af hjælpemidler i kommunen, og samarbejde om patientforløbet for at undgå, at terapeuterne fravælger anvendelsen af bestemte hjælpemidler, da de ved, at disse ikke findes i kommunerne.

Problemstillingerne fører til følgende mulige relevante tiltag til implementering i handleplanen i afdelingen for bedre anvendelsen af nuværende teknologi i udførelsen af forflytningssituation:

- Der bør i afdelingen foretages anskaffelse af flere ReTurns, så hjælpemidlet er til rådighed i tilstrækkeligt omfang. Hermed undgås, at personalet skal stå og vente på, at ReTurn bliver ledig, eller anvendelse af hjælpemidler helt fravælges i forflytningssituationen, fordi det ikke er til rådighed på afdelingen.
- Da handleplanens tiltag fortsat ikke er accepteret i afdelingen, bør implementeringsprocessen af de nye hjælpemidler forsættes. Tryghed hos medarbejderne med større af anvendelsen af Walker og ReTurn bør opnås gennem en implementeringsproces, hvor tiltag og afprøvning har fokus på dette.
- Der gives i slutningen af denne rapport forslag fra projektgruppen til andre relevante hjælpemidler. Disse teknologier skal ligeledes gennemgå den cykliske implementerings proces for at kunne opnå accept i praksis jævnfør afsnittene om implementering (4.14.2) og forbedringsmodel (4.13)
- Da der forefindes læring på stedet, men terapeuterne fortsat er utrygge ved anvendelsen af hjælpemidlerne, foreslås det, at der fremover suppleres med læring igennem andre medie; for eksempel Virtuel Forflytning, se afsnit 6.
- I forhold til hjemkommunernes anskaffelse af flere hjælpemidler, er handlingstiltag på dette felt udenfor projektets perspektiv, og emnet vil derfor ikke blive behandlet yderligere.

6. Tiltagssyntese med videreudvikling af handleplan

Der laves yderligere en syntese med de relevante tiltags potentialer, for at afdække tiltagenes anvendelsesmuligheder i forhold til implementering i den aktuelle praksis.

Ud fra overstående problemstillinger er der lavet en handleplan og udarbejdet en implementeringsstrategi for den aktuelle praksis. Der bør fremadrettet foretages afprøvning af tiltagene, og derefter bør tiltagene udbredes i praksis. Formålet med tiltagene skal være meningsfuld i forhold til medarbejderne overvejelser fra empirien, så medarbejderne får mulighed for at opleve meningsfuldt fremskridt i tiltaget.

For hvert tiltag er der overvejelser om, hvilken effekt der skal skabes. Disse overvejelser inddrages for at skabe transparens i de foreslåede beslutningstiltag til fremtidig handleplan.

Der ses ud fra analysen, at der skal tages hånd om de ovennævnte punkter før implementering af nye hjælpemidler og handleplaner kan ske på en sådan måde, at de også kan anvendes i praksis.

6.1 Retningslinjer individuelt for afdelingen

Her belyses tiltag for problemstillingen om, at der er behov for standardiserede retningslinjer for udførelse af forflytning.

Det er kommet frem under interviewene, at mange af informanterne ikke rigtig kender til og ved, om der findes retningslinjer omkring forflytningen, men de fleste informanter har dog en idé om, hvor de skal finde disse retningslinjer.

Ifølge et studie udført på hospitaler i Danmark, hvor der blev foretaget 1-årig ergonomisk intervention bestående af organisatoriske tiltag til fremme af hjælpemiddelbrug, blev der tildelt 100.000 kr. til anskaffelse af nye hjælpemidler samt foretaget undervisning i brug af hjælpemidler og i forflytning. Resultatet viser, at en systematisk tilgang til og evaluering af forflytningsprocessen med fokus på anvendelse af hjælpemidler fører til, at der findes en signifikant ændring i holdningen til hjælpemidler og anvendelsen heraf. Interventionsgruppen opnåede større viden om og forudsætninger for at kunne bruge forflytningshjælpemidler. (82)

Derfor ville det være anbefalet, at få lavet nogle specifikke retningslinjer til personforflytning på hospitalet og de enkelte afdelinger samt i terapeutgrupperne.

6.2 Fokus på anvendelsen af hjælpemidler

Her belyses tiltag for problemstillingen om, at der er behov for fokus på anvendelsen af hjælpemidler.

Ud over disse tiltag, ses det, at der kan være problemer ved implementering. Dette ses ved, at de nye hjælpemidler, som er købt for at forbedre arbejdsmiljøet efter strakspåbuddet, bare står, og de bliver kun brugt af og til. Problemet kunne være det, at der kommer noget fra nogen enten ude fra eller ovenfra og siger, at nu skal I bruge dette eller hint. Dette ses som negativ dynamik, da informanterne muligvis ikke føler sig hørt, hvor de måske slet ikke er blevet spurgt om, hvad de kunne tænke sig. Dette kan medføre, at personalet kan tabe energien i forhold til at anvende nye hjælpemidler, og de dermed modarbejder de nye tiltag. (110) Derudover kan det medføre en u hensigtsmæssige anvendelse af hjælpemidler (6). Modarbejdningen af anvendelsen af hjælpemidlerne, ses ved at medarbejderne fravælger anvendelsen af ReTurn, selvom dette hjælpemiddel har øget sikkerhed for terapeuterne (111). Der skal foretages en holdningsændring af denne modstand, for at forbedre sikkerheden for Ergoterapeuter og Fysioterapeuterne. Én informant kommer med et forslag til, at medarbejderne gerne vil medtages i beslutningen om anskaffelse af ny løfteteknologi.

6.3 Virtuel Forflytning

Her belyses tiltag for problemstillingen om, at oplæring ikke er tilstrækkelig i form af supplerende oplæring med virtuelle programmer.

Virtuel Forflytning fremstår som et læringsredskab, hvor sundhedspersonale kan oplæres virtuel i forflytningsteknikker. Der er for at afdække anvendelsespotentialer af Virtuel Forflytning foretages i projektet en undersøgelse af, hvor programmet anvendes og mulighederne for dets anvendelse. Programmet er afprøvet af projektgruppens medlemmer, som har fundet det anvendeligt til oplæringen i forflytninger i forhold til patientforflytninger i hospitalsregi.

Det har igennem systematisk litteratursøgning ikke været muligt at finde evidens om Welfare Denmarks program Virtuel Forflytningen: Der er derfor taget kontakt til Welfare Denmark, om de har kendskab til upubliceret dokumentation for programmet. Der udtales fra firmaet:

”Vi har jo, hvad de (red. brugerne fra kommunerne) fortæller os om, at nu har vi også brugt den i de her situationer, men vi har ikke noget økonomisk eller videnskabelige undersøgelser på det”.

Programmet er udviklet i samarbejde med Per Halvor Lunde, som har udviklet forflytningsprincipperne nævnt tidligere i rapporten. Derudover deltog 7 kommuner i udviklingen af programmet.

6.3.1 Kommunal skriftlig dokumentation

I Varde Kommune er der fremført en sagsakt om et forsøg på at højne medarbejdernes arbejde med forflytninger, hvor Welfare Denmarks softwareplatform forslås anvendt. Programmet indeholder et 3D-miljø, hvor der kan gennemgås en række forflytninger, som medarbejderen kan anvende i forflytningssituationer med og uden brug af hjælpemidler. Medarbejderen kan udføre og teste sin viden

om forflytningerne, og man kan øve sit kendskab til forflytninger, men der ligger også vejledning i forflytninger. Samtidig har ledere mulighed for at følge med i, hvor medarbejdernes færdigheder med fordel kan forbedres. Programmet kan fungere som et supplement til den undervisning af sundpersonale, hvor den nuværende undervisning består forflytningsoplæring fra professionsuddannelser og kurser i forflytning for eksempel udbudt af arbejdsgiveren.

Programmet vurderes anvendelig, da det giver mulighed for at nå mange ansatte gennem et forholdsvis enkelt system. Programmet kan være med til at øge personalets opmærksomhed på selve forflytningen, planlægning af de enkelte forflytninger og deres kommunikation indbyrdes omkring forflytninger. Herudover kan Virtuel Forflytning bruges til undervisning af nye medarbejdere. Det er forvaltningens i Varde Kommune's vurdering, at programmet vil kunne medvirke til at forebygge arbejdsskader. Det er dog forventeligt, at implementering af programmet vil kræve noget afsat tid til oplæring. (112)

I dokumentation fra Horsens Kommune er det beregnet hos kommunerne, at en arbejdsskade inden for forflytning i gennemsnit koster 75.000 – 85.000 kr. ud over de rent menneskelige omkostninger. Virtuel Forflytning kan medvirke til reduktion af arbejdsskader/nedslidning og borgerskader i forbindelse med forflytninger. I gennem anvendelse af programmet skal opnås gode ensartede forflytningsrutiner, og der skabes indblik i eventuelt sammenhæng mellem arbejdsskader og manglende forflytningsrutiner. Ved visualiseringen af forflytninger udvides viften af læringsredskaber på området, og det virtuelle læringsmiljø danner basis for medarbejdernes refleksion over egen praksis enten individuelt eller i grupper. I Horsens Kommune er implementeringsperioden for programmets afsluttet, og programmet er i drift (56).

6.3.2 Målgruppe for anvendelse af programmet

Programmet Virtuel Forflytning er udviklet i samarbejde med kommuner, og kommunerne er set som de primære brugere af dette. Nu er anvendelsen af Virtuel Forflytning ved at blive udbredt på grunduddannelserne for sundhedspersonale, hvor Social- og Sundhedsskolerne har fundet anvendelse af programmet til at uddanne fremtidens medarbejdere. Virtuel Forflytning anvendes på nuværende ikke i hospitalspraksis, men producenten Welfare Denmark vil ikke udelukke programmets anvendelse på hospitaler fremover.

Programmet er udviklet på baggrund af, at kommunerne gav udtryk for, at de havde mange udgifter i forbindelse med forflytningsskader, og at der var behov for et læringsredskab. Medarbejderne skal forbedre egne bevægelser og arbejdet med deres egne krop ved forflytninger for at nedbringe nedslidningen af kroppen, ligesom arbejdet med borgere skal optimeres for at minimere skadesomfan-

get og gøre medarbejderen mere rustet til at udføre forflytninger. Derfor blev programmet udarbejdet i en innovation proces, hvor flere kommuner deltog i at definere behovet og kravene til programmet, hvor både ledere og terapeuter deltog i denne proces.

Fra de kommuner, der deltog i innovationsprocessen, er der dog kun én kommune, der fortsat anvender programmet, og denne kommune har fået tilføjet en udvidelse af forflytningssituationerne, så programmet var tilpasset deres specifikke behov.

I undersøgelsen har der ligeledes været kontakt til en Nordjysk kommune, der ikke var med i udviklingen af programmet, men kommunen kender blot til programmet. Denne kommune vil ikke udelukke anvendelsen Virtuel Forflytning, men de anvender det ikke på nuværende tidspunkt, da de bruger en del andre ressourcer på undervisning i forflytning. De har derfor ikke på nuværende tidspunkt planlagt at bruge programmet, men de finder potentiale ved anvendelse af programmet som opslagsværk.

6.3.3 Programmets funktioner

Flere af de kontaktede kommuner nævner, at Virtuel Forflytning er et godt opslagsværk for, hvordan man udføre forflytninger bedst muligt ud fra forflytningsprincipperne. Programmet indeholder de mest almindelige forflytninger, som man bruger ude i praksis. De er som 3D animerede film inde i systemet, og man kan slå op i vejledningen, og derved kan programmet anvendes som en manual til, hvordan man udfører forflytningerne korrekt. Programmet indeholder information om forflytningsprincipperne med blandt andet en beskrivelse af trykpunkterne.

Forflytningerne er i programmet inddelt ud fra WHO's inddeling af patientens funktionsniveau ifølge ICF. Programmet kan gennemføres både med hjælp og uden hjælp, og der er en testfunktion med feedback om gennemførelse i form af videosekvenser af, hvilken konsekvens valget fører til i forhold til patienten samt feedback om, funktionen var udført rigtig eller forkert. Hvis man for eksempel, laver en fejl, hvor borgeren ryger på gulvet, så får man at vide, at man skal starte forfra, eller ved en mindre fejl orienteres man om dette, og må fortsætte i programmet. Derudover er der statistisk over gennemførelsen, så medarbejder og leder har mulighed for indsigt i medarbejderne kompetencer, hvilket kan anvendes til en specifik kompetenceøgning med undervisning i de forflytninger, hvor medarbejderne har behov for dette, hvilket kan være ressourcebesparende. Programmet kan anvendes med en individuel bruger, men kommunerne udtrykker fordele ved at anvende programmet på gruppebasis til at fremme diskussion om den gode forflytning.

Programmet kritiseres dog for, at animationerne ikke har fulgt med tiden. Det er simpelt animeret, og det er ikke alle steder i programmet, at speakeren følger handlingen. Ligeledes er det en hindring, at man skal gennemføre hele forflytningen, der udvælges i programmet, og at der ikke kan springes frem og tilbage mellem de enkelte trin.

Programmet ses dog fortsat kun som inspirationskilde og opslagsværk, da programmet ikke kan træde i stedet for praktisk oplæring, men det kan give mulighed for at fokusere indsatsen for den praktiske oplæring og undervisningen, og derved kan programmet også være ressourcebesparende. Ligeledes kan øget viden om forflytningsprincipperne gøre medarbejderne mere trygge ved at udføre forflytninger og dermed medvirke til at mindske skadesomfanget.

6.3.4 Tiltag med ekstern virksomhed som kursusudbyder

Der er flere af brugerne, der ikke ønsker at anvende programmets testfunktion, da de ikke vil anvende det til at holde kontrol med deres medarbejdere. Derfor har Welfare Denmark oprettet samarbejde med en uddannelsesinstitution, som tilbyder at vurdere resultaterne fra en organisation. Dermed kan der udarbejdes præciseret kursusmateriale og udbydes kurser tilpasset den enkelte virksomheds behov. Dette tiltag findes ressourcebesparende, da man så har mulighed for at udbyde kurser til flere virksomheder med de samme behov, eller man kan fokusere indsatsen i den enkelte virksomhed, og derved kan man opnå en besvarende i forhold til oplæringsudgifterne.

Det kunne for eksempel være, at Regionen købte programmet, og derefter sendte det ud til Hospitalerne, som så kunne bruge det. Derved undgår man, at det er ledelsen i de enkelte afdelinger, der overvåger deres egne medarbejdere, men det kunne være en ansat i Regionen eller en ekstern virksomhed, der gjorde dette.

6.3.5 Økonomi

Der skal købes en licens for at bruge programmet. Den årlige licenspris på programmet andrager 120.000 kr. årligt. Foruden licensprisen er der udgifter til en supportaftale på 14.400 kr. årligt. De dækker over adgang til en online helpdesk og telefonisk support indenfor almindelig åbningstid samt mulighed for at få besøg af en konsulent fra Welfare Denmark (112). Den økonomiske udgift skal overvejes i forhold til forflytninger og arbejdsmiljøtiltag generelt. Det er et relativt dyrt produkt, hvis det ikke anvendes i organisationen, men hvis det kan mindske udgiften i forbindelse med skader under forflytninger for både patient og medarbejdere, så opvejes denne udgift af fordelene. Det er i forbindelse med samarbejdet med kursusvirksomheder mulighed for at flere, både kommunale enheder og hospitaler, går sammen om at optimere deres medarbejderes kompetencer, og dermed kan den samlede udgift mindskes.

6.3.6 Andre programmer

Der findes ligeledes algoritmer for forflytningsovervejelser som APP til smartphone. Der er mulighed for at vurdere forflytninger via videoanalyse blandt andet med Myvideopost, som er begyndt at vinde indpas i kommunal regi. For disse produkter er det op til den enkelte medarbejder og afdelingen, om det skal tages i funktion, og der er ikke som sådan er forbundet udgifter hermed.

Et andet program, der kunne være aktuelt, og som ikke har de samme animationsproblemerne nævnt for Virtuel Forflytning, er Second Life, som på nuværende tidspunkt anvendes til oplæring af sygeplejersker i forhold til patientkontakt. Dette program er dog ikke programmeret til anvendelse i forhold til forflytningsprincipper, og det vil derfor kræve udvikling af programmet for, at dette kunne blive anvendeligt i praksis. Derudover har dette et program en ulempe i forhold til, at det tager lang tid at bevæge sig rundt i det virtuelle miljø, og dette kan føre til frustration hos medarbejderne og fravalg af anvendelse i en presset hverdag. Ligeledes har programmet stadig andre børnesygdomme i forhold til anvendelse i klinisk praksis, så der ville skulle foretages udviklingstiltag, hvis dette program skal have potentiale for at blive anvendt i praksis. (58)

Virtuel Forflytning er det eneste fundne program, som viser animerede forflytningsfunktion og foretager oplæring af forflytninger i et virtuelt miljø.

6.4 Relevante hjælpemidler

I dette afsnit belyses tiltag for problemstilling om, at der ønskes andre hjælpemidler til rådighed.

I problemanalysen er der nævnt flere forskellige teknologier, som enten ligner de nuværende hjælpemidler, eller som muligvis kan aflaste sundhedspersonales løft og forflytninger på anden vis. Der er nævnt tre, Sara Stedy, Raizer og Opus 5.

Sara Stedy er et forflytningshjælpemiddel, som ligner ReTurn. Fordelen ved Sara Stedy er, at man kan slå et sæde ind under patienten, så patienten kan sidde ned, når man forflytter patienten over længere distancer, eller når patienten er kommet op og stå. Ulempen er, at man ikke kan spænde patienten fast med et bælte, som man kan med ReTurn. Prisen på Sara Stedy ligger mellem 15.000 kr. til 20.000 kr. afhængigt af, hvor man kigger henne.

Det andet hjælpemiddel er Raizer, hvilket er et hjælpemiddel til at få patienter, der enten er faldet eller ligger på gulvet, op og stå uden at sundhedspersonalet bliver udsat for unødvendige løft. Dette ses som en mulig løsning, da der på afdelingen både er dårlige og ældre patienter, og det er en mulighed, at patienter kan falde. Med dette hjælpemiddel gør, at sundhedspersonalet ikke manuelt skal håndtere patienter, der ligger på gulvet.

Det tredje hjælpemiddel er Opus 5, som er en seng, der kan hjælpe patienter op og stå ved, at den rejser sig op til fodenden, så man kan ”stå ud af sengen”, uden at man skal over sengekanten først. Økonomisk koster den 38.000 kr. at anskaffe. Sengen er ifølge firmaet i store udstrækning vedligeholdelsesfri, og den er derfor absolut bedste kvalitet. Sengen har en forventet levetid på 15 år.

Alle indkøb, der foretages, skal igennem en proces, før end at den kan indkøbes og implementeres på sygehuset. Denne proces, som kan være forskellig fra sygehus til sygehus, er ofte politisk betinget, hvor afdelingen skal have en økonomisk godkendelse for at kunne købe nyt udstyr.

7. Diskussion

I dette afsnit diskuteres rapportens resultater og metode ud fra kritiske overvejelser og anden videnskabelig litteratur.

7.1 Resultatdiskussion

I dette afsnit vil projektets fund blive diskuteret med kritiske refleksioner ud fra et teoretisk perspektiv samt sammenholdt med anden relevant videnskabelig litteratur.

Formålet ved denne undersøgelse er afdækning af anvendelsen af forflytningshjælpemidler og forslag til tiltag for at forbedre forflytningssituationen. Selvom der tidligere er foretaget internationale undersøgelser om terapeuters holdning til anvendelsen af hjælpemidler (68), er der ikke overførbarhed mellem internationale undersøgelser og dansk hospitalspraksis. Der er ikke nødvendigvis samme organisationsstruktur og kultur for hospitalerne, baggrunduddannelse hos sundhedspersonalet kan være anderledes, og der kan være forskel på det fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Endelig kan der også være forskelle på anvendelsen af forflytningshjælpemidler og hjælpemidler til rådighed kan være anderledes i Danmark. Ifølge Andersen et al. (62) er vigtigt, at der foretages danske undersøgelser for dette emne, og resultaterne fra dette studie er medvirkende til at øge dette videnskabelige vidensfelt.

7.1.1 Anvendelse af hjælpemidler

Specialeprojektets resultater viser, at blandt sundpersonalet (n=16), der foretager daglige forflytninger, er der 14%, der foretager forflytning 1-3 gange dagligt, 29 % foretager forflytninger 4-6 gange dagligt og 57 % foretager forflytninger 7-9 gange dagligt. Ved optælling af, hvor mange af disse personer, der anvender hjælpemidler, viste det sig, at alle respondenterne benyttede hjælpemidler dagligt: 43% bruger hjælpemidler 1-3 gange om dagen, 7 % bruger hjælpemidler 4-6 gange om dagen og 50% bruger hjælpemidler 7-9 gange per dag.

Der er i en dansk spørgeskemaundersøgelse af Andersen et al. (62) for forekomsten af skader hos sundhedspersonale fundet resultater for, hvor ofte sundhedspersonale, der dagligt foretager forflytninger, anvender hjælpemidler. Her ses, at ud af 3.830 sundhedspersonale anvender 0,7 % aldrig hjælpemidler, 3,1% sjældent anvender hjælpemidler, 16,8% anvender hjælpemidler af og til, 30,8% anvender hjælpemidler ofte, og 48,5% anvender hjælpemidler meget ofte. (62)

I begge studier ses, at sundhedspersonale anvender hjælpemidler, og der er derfor henholdsvis 0,7 % (n=3830) (62) og 0% (n=16) (spørgeskemaundersøgelse i specialeprojektet), der ikke anvender hjælpemidler, hvorfor disse kategorier ikke sammenholdes.

Anvendelse af hjælpemidler i kategorierne "Sjældent" og "af og til" (62) findes ikke sammenlignelige med specialeprojektets data, da der ikke findes tilsvarende kategorier i vores undersøgelse. Projektgruppen vælger derfor at sammenlægge og sammenligne "Sjældent" og "af og til" med anvendelse af hjælpemidler "1-3 gange dagligt". Her finder vi, at der rimelig overensstemmelse mellem de 2 undersøgelser med hhv. 20,0 % sammenlagt fra Andersen og 16.8 % fra vores undersøgelse.

Det overvejes af projektgruppen om kategorien anvendelse af hjælpemidler "ofte" (62) kan sammenholdes med anvendelse af hjælpemidler 4-6 gange dagligt. Dog ses at 30,8% (n=3830) anvender hjælpemidler ofte, 7 % (n=16) anvender hjælpemidler 4-6 gange dagligt, så de to resultater er ikke tilsvarende, og dette kan skyldes at resultaterne ikke kan sammenholdes. Her skal også gøres opmærksom på, at 7 % (n=16) forekommer som kun én besvarelse i specialeprojektet undersøgelse, hvorfor vores undersøgelse er langt mindre repræsentativ end undersøgelsen af Andersen et al. (62).

Projektgruppen vurderer, at anvendelsen af hjælpemidler "meget ofte" kan sammenholdes med anvendelsen af hjælpemidler "7-9 gange dagligt", hvor der findes at 48,5% (n=3830) anvender hjælpemidler meget ofte 50% bruger hjælpemidler 7-9 gange per dag. Disse undersøgelses resultater ligger meget tæt op af hinanden, og vi finder samlet, at vi har lavet en undersøgelse, der kan sammenholdes med anden videnskabeligt arbejde.

Projektets undersøgelse viderebygger på vidensfeltet ved, at der i projektets spørgeskemaundersøgelse anvendes numeriske kategorier for, hvor ofte sundhedspersonale, der foretager forflytning, anvender hjælpemidler. Ligeledes tilføjes hvilke hjælpemidler, sundhedspersonalet anvender, samt hvorfor de vælger og fravælger ReTurn, Walker og lift.

Under observationerne er ReTurn og Walker ikke anvendt, men ud fra spørgeskemaet er fundet, at 71% siger, de anvender ReTurn, og 29% siger, de anvender Walker. Resultatet fra spørgeskemaet kan være præget af at informanterne føler sig forpligtet til, at de skal svare, at de nyindførte hjælpemidler anvendes, for at afdelingen kan leve op til kravet om at handle på det givne strakspåbud, uden at hjælpemidlerne nødvendigvis anvendes i praksis. Disse hjælpemidler anvendelse bakkes op ad informanternes udtalelser om hjælpemidlernes anvendelse, idet de forholder sig til aktuelle eksempler fra praksis, hvor hjælpemidlerne anvendes. Dette viser anvendelse af hjælpemidlerne forekommer, idet det er svært at give reelle praksiseksempler, hvis ikke hjælpemidlerne anvendes. Denne overvejelse er baseret på, at projektgruppen vurderer, at informanten fortæller om sin situerede praksis, og at de ikke kun tænker i eksempler.

Derudover er projektets andre resultater for anvendelse af hjælpemidler undervejs i projektet trianguleret imellem de anvendte datateknikker, og resultaterne betragtes derfor som gyldige for informanternes faktiske anvendelse af hjælpemidler.

7.1.2 Holdningsændring

Der er i dette studie fundet, at der er en positiv holdning til anvendelsen af hjælpemidler, men der er fortsat behov for accept af de nye hjælpemidler.

Det kan yderligere konstateres, at der er behov for en holdningsændring begrundet i, at man i højere grad bør tages hensyn til terapeutens sikkerhed, i stedet for i dagligdagen at fravælge de mest hensigtsmæssige hjælpemidler, der netop er indført i forbindelse med strakspåbuddet. Dette bør ske uanset, om patientens har adgang til anvendelse af de samme hjælpemidler efter hjemsendelsen. Der er tidligere i danske studier lagt vægt på holdningsændring igennem organisationstiltag og indførte retningslinjer, hvorfor netop disse tiltag er fundet relevant som intervention i den aktuelle praksis.

Der er i et dansk studie belyst, at der kan foretages holdningsændring til hjælpemidler og anvendelse heraf hos medarbejdere i hospitalsregi med ergonomiske tiltag ved indførelse af retningslinjer for forflytning og fokus på øget anvendelse af hjælpemidler. Dette understøtter valget af netop de foreslåede tiltag til den situerede praksis.

Dette danske studie er foretaget i hospitalsregi, hvor det er fundet, at intervention bestående af 1-årig ergonomisk intervention med organisatoriske tiltag til fremme af hjælpemiddels brug, 100.000 kr. til anskaffelse af nye hjælpemidler samt undervisning i brug af hjælpemidler og i forflytning, kan føre til en holdningsændring hos sundhedspersonale (82). Studiet af Risør (82) kan ikke helt sammenholdes med den aktuelle praksissituation, da der i udviklingsperioden i det større studie tilføres en stor sum penge, som det ikke er muligt at tilføje i forbindelse med denne projektperiode. Resultatet af dette studie viser dog, det at ergonomisk intervention kan præge praksis og ændre holdningen. Studiet af Risør (82) understøtter hermed de internationale studier om, at ergonomiske tiltag med indførelse af retningslinjer for forflytning fører til en positiv holdning til anvendelsen af hjælpemidler (68).

I et andet interventionsstudie foretaget i kommunalt regi, hvor der undersøges betydningen ved indførelse af forflytningspolitikker, var der kun en vag tendens til, at plejepersonalet mente, at indsatsen havde betydning for deres helbred og anvendelse af forflytningshjælpemidler. Informanterne angav, at de har fået bedre viden om, hvilke hjælpemidler der findes, og hvordan de skal bruges. Det ser ikke ud til, at interventionen med de indførte forflytningspolitikker havde effekt på forekomsten af besvær i lænderyg og nakke/skuldre, idet forekomsten ikke ændrede sig i undersøgelsesperioden på to et halvt år.

Med sammenholdning af resulterne fra de to ovennævnte danske studier, er det aktuelt at anbefalde, at der indføres retningslinjer om forflytning. Selvom om der i studierne ikke er fundet nedsat skadesomfang, antages det stadig relevant at indføre retningslinjerne, da de øger kendskabet til brugen af hjælpemidler. Dermed kan retningslinjer kan medvirke til, at terapeuterne bliver mere trygge i at udføre forflytninger.

7.1.3 Risikofyldte forflytningssituationer

Der er i gennem projektets undersøgelse fundet, at terapeuterne vurderer deres eget arbejde som indeholdende risikofyldte situationer, hvor patienten udfordres, og der anvendes så lidt hjælp, eller et så lille hjælpemiddel som muligt. Terapeuternes udsagn er tilsvarende den videnskabelige evidens, som ses i problemanalysen, hvor anvendelse af hjælpemidler skåner terapeuterne i denne situation, da hjælpemidlet mindsker belastningen for terapeuten, og patienten kan mobiliseres tidligere, og opnå helbredsmæssig effekt ved anvendelse af de mest hensigtsmæssige hjælpemidler. Nye teknologier udvikles fortsat, hvilket fremover kan betyde, at arbejdet er mindre belastende for terapeuter, men de forventes ikke at kunne overtage terapeuternes funktion ved forflytning af patienter. Dette betyder, at terapeuter fortsat vil udføre risikobaseret arbejde, hvilket ses i analyse afsnit 5.3.3. Samlet betyder dette, at terapeuterne fortsat vil være i risiko for skader, hvorfor tiltagene, der påpeges i dette speciale projekt, er yderst relevante for at forbedre det arbejdssituationen, både i den casebaserede situation og i andre forflytningssituationer, hvor terapeuter foretager forflytninger. Tilsvarende forventer studiegruppen, at effekten af tiltagene om sikker patienthåndtering vil forberede terapeuternes arbejdsmiljø med de foreslåede forbedringstiltag i dette specialeprojekt.

Forskningen for sikker patienthåndtering er baseret på to vigtige elementer. Den første er, at forflytningsteknik, hvor der er fokus på kroppens mekanismer under skub, løft samt andre tekniker til at flytte patienten, der mindsker arbejdsrelateret muskelbelastningsskader. (113) Den anden er, at ergonomiske tilgange, så som politikker for begrænsning af løft og brug af hjælpemidler patientvurdering og brug af algoritmer til at udvælge redskaber reducerer arbejdsrelaterede muskelbelastningsskader hos sundhedspersonale. (114–116) Da fysioterapeuter og ergoterapeuter ofte foretager patientforflytninger, vil sikker patienthåndteringsprogrammer mulighvis kunne reducere risikoen for belastningsskader, dog kan anvendelsen af hjælpemidler hæmme patientens rehabiliteringsforløb, hvilket er baseret på designet af hjælpemidler. Dette kan påvirke patientens naturlige bevægelsesmønster og gøre patienten passiv i forflytningen.

I et studie af Darragh, Campo og Olson fra 2009 (84) er der fundet, at anvendelsen af hjælpemidler er særlig anvendelig til patienter, der er overvægtige, immobiliserede og svækkede, hvor ergoterapeuter og fysioterapeuter er i risiko for skader, og at sikre patienthåndteringsprogrammer har potentiale både for at sikre terapeuten og patienten samt bibeholde patientens rehabilitering.

I et studie fra tre sundhedsfaciliteter i USA undersøgelse fra Darragh et. al (68) identificeres, hvordan hjælpemidlerne er anvendt i rehabilitering, og hvordan forflytningshjælpemidler er anvendt i terapeuters praksis. I studiet (84) afdækkes, at 10-25% af terapeuters arbejde består af forflytninger, og de bruger en stor variation af hjælpemidler. Der er angivet tre hovedtemaer for anvendelsen af forflytningshjælpemidler. Det første er *valget af hjælpemiddel* baseret på patientens fysiske og

kognitive funktion, patientens adfærd, forskellige hjælpemidlers fordele, samt tids- og pladsmæssige forhold. Det andet er *potentiale for hjælpemidlernes anvendelse*, hvor terapeuter oplever, at de kan udføre flere aktiviteter med patienterne, og at patienterne kan mobiliseres tidligere i forløbet. Dette kan påvirke patientens humør og velvære og gøre det muligt for patienten at deltage mere aktivt. Terapeuten er således ikke den begrænsende faktor, og patienten kan anvende sit potentiale i stedet for at være afhængig af terapeuten. Den tredje tema er, at *patientsikkerheden bliver større* ved anvendelse af hjælpemidler og sikkerheden bliver større for terapeuterne, men det kræver dog, at hjælpemidlerne bliver anvendt korrekt.

Dette specialeprojekts resultater viser, at der overvejes for planlægning af forflytning, og konsekvenser af at anvende hjælpemidler i praksis, hvilket er overensstemmende med ovenstående resultater fra Darragh et al. (84). Selvom det amerikanske studiet ikke nødvendigvis kan sammenholdes med specialestudiet foretaget i Danmark, er det stadig en bekræftelse af vores resultater, at der findes tilsvarende internationale resultater. Terapeuternes udtalelser i specialeprojektet om planlægning af forflytning overvejes yderligere i afsnittet nedenfor.

7.1.4 Arbejdstilsynets krav

Der er i dette specialeprojekt fundet, at terapeuterne vurderer patientens tilstand. Ud fra denne konkrete vurdering foretager terapeuterne valg af mest hensigtsmæssige hjælpemiddel. Denne vurdering fremstår også i resultaterne fundet i undersøgelsen fra USA nævnt ovenfor (68). I analysen kom det også frem, at mange af terapeuterne udtalte, at det påvirker dem positivt at anvende hjælpemidler.

Der er igennem specialeprojektets analyse fundet, at den situerede praksis lever op til kravene fra arbejdstilsynet om overvejelser for arbejdets planlægning, tilrettelæggelse og udførelse af forflytningen (18). I den situerede praksis følges Arbejdstilsynets krav til oplæring. Dette ses bl. a. ved, at alt nyt tilkommende personale bliver introduceret til de basale forflytningsteknikker jævnfør Arbejdstilsynets krav om instruktion af medarbejdere. Ligeledes er personalet en del af et praksisfællesskab, hvor der er superbrugere, hvor der læres ved "learning by doing" og kollegaerne følger andre ansatte.

Dette påkrav fra Arbejdstilsynet indeholder også en passus om, at medarbejderne skal have modtaget tilstrækkelig oplæring til, at arbejdet kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt (18). Det er tvivlsomt, om dette er opnået, idet medarbejderne kender til overvejelserne forbundet med sikker forflytning, men de er fortsat utrygge ved at anvende hjælpemidlerne. Denne utryghed kan føre til usikkerhed blandt patienterne, og den kan få personalet til at fremstå uprofessionelt (6), hvorfor det vurderes, at der fortsat er behov for oplæring og erfaringsdannelse i anvendelsen af hjælpemidlerne for at imødekomme arbejdstilsynets krav til patientforflytninger (18).

Der er krav fra Arbejdstilsynet til, at egnede tekniske hjælpemidler skal være anskaffet i tilstrækkeligt omfang, hjælpemidlerne skal tilpasses den konkrete opgave, og hjælpemidlerne skal anvendes og vedligeholdes i henhold til leverandørens anvisninger. Nogle af terapeuterne mener ikke, at der er hjælpemidler nok til rådighed i afdelingen, og dermed er dette krav ifølge informanterne ikke fuldt indfriet trods tiltag i forbindelse med handleplanen udarbejdet til at forbedre strakspåbuddet, og derfor bør der foretages intervention for at udbedre dette snarest muligt. Selvom det er ledelsesmæssigt vurderet, at hjælpemidlerne er til stede i tilstrækkeligt omfang, ses her vigtigheden af, at medarbejdernes mening overvejes, idet de har større kendskab til behovet i praksis, og derfor har de en bedre vurdering af arbejdssituationen. Selvom medarbejderne ikke finder manglen på hjælpemidler kritisk, er en indsats på dette område relevant for, at sikkerheden på arbejdspladsen opretholdes og forbedres.

Det er en stor problematik, at der ikke er plads nok på stuerne til at udføre forflytning, hvor terapeuterne kan indtage hensigtsmæssige arbejdsstillinger, da der ligeledes er krav til dette fra Arbejdstilsynet (18). Dette skulle være under udbedring i forbindelse med renoveringen af sygehuset, men reelt bør der ikke foretages forflytninger under disse arbejdsforhold. Der bør i ombygningsperioden anvendes andre foranstaltninger til patientbehandlingen, da der forekommer øget risiko for at terapeuterne udfører uhensigtsmæssige løft og vrid i forbindelse med patienthåndtering.

I forhold til reglerne om patienthåndtering er det vigtigt at skelne mellem arbejdstilsynets vejledninger, som kun er vejledende, og lovgivningen om løft og forflytning, der skal overholdes. Ifølge lovgivningen skal manuel håndtering, der kan indebære risiko for sikkerhed eller sundhed, undgås, hvorfor risikofyldte situationer fra situeret praksis er i modsætningsforhold til reglerne i arbejdsmiljølovgivningen. Hvis dette ikke er muligt at undgå manuelle løft, der kan belaste medarbejderne, skal der jævnfør lovgivningen træffes effektive foranstaltninger, der imødegår risikoen (18,117), men i den situerede praksis er der ikke altid plads til at anvende aflastende hjælpemidler.

7.1.5 Terapeuters refleksioner om situeret praksis

Terapeuternes refleksioner om deres praksis svarer helt til sygeplejerskers holdning om praksisfællesskabets betydning for professionen og den modstand, der er i forbindelse med forandring (6).

Der er gennem analysen fundet frem til, at terapeuterne ikke fuldt ud har accepteret de nye forflytningshjælpemidler. Modstanden mod forandring er en stor problemstilling inden for sundhedsvæsenet, og det er særligt i forbindelse med implementeringsprocesser. Denne er baseret på, at der i sygehusorganisationen er en "top down" styring, som gør, at medarbejderne ikke har ejerskab over processen. Derfor kan personalet ikke følge de beslutninger, der er foretaget, og så opleves teknologien som om, den bliver tvunget ind i praksis (110).

Der er igennem tiden lavet omfangsrig forskning om implementeringsprocesser og accept af teknologi (61,108,109). Blandt andet kan aktionsforskning anvendes til at inddrage medarbejderen i processen, idet forskningsprincippet er baseret på at medarbejderen indgår som aktiv aktør i forandringen (60). Ligeledes kan mødestrukturen ændres ved, at lederen medinddrager personalet i beslutningsprocesserne grundlag, så der opnås transparens i lederens og/eller ledelsens beslutninger. Dermed kan medarbejderne opnå forståelse af, hvorfor teknologien er indført, og modargumentere indførelsen, hvis de fortsat ikke finder denne passende for praksis jævnfør tilgangen "fair proces" (110). Det vil sige, at når lederen ikke anvender principper for fair proces, kan det føre til holdninger og handlinger, som er uhensigtsmæssig for løsningen af de udfordringer, der er i praksis. Dette ses blandt andet ved, at Return og Walker er indført, men at terapeuterne fravælger ReTurn i visse situationer, og at Walker anvendes i begrænset omfang. Medarbejderne vil få sværere ved at se, hvad de kan gøre for at løse udfordringerne, og der kan forekomme en negativ holdning til, at ledelsen træffer de forkerte beslutninger.

Som førnævnt er der "top down" styring i en hospitalsorganisation. Dette har betydning for beslutningsnetværket i den situerede praksis (109,118). Dette kan føre til, at teknologien indføres uden medarbejdernes medbestemmelse, fordi teknologiens komplekse veje er urokkelige i den fastlagte organisering. Der opnås, at teknologierne anvendes ureflekteret af medarbejderne og ofte også uhensigtsmæssigt (6). Denne situation er set i praksis ved, at medarbejderne fravælger at anvende ReTurn. Det vil sige, at de nedprioriterer deres egen sikkerhed, idet de ikke finder anvendelsen meningsfuld i forhold til patientens situation.

PDSA modellen, som er omtalt som teoretisk perspektiv, er i gennem dens stadier en egnet tilgang til at evaluere processen for forandring, og den kan føre til indsigt i den aktuelle praksis ved at udføre en dybdegående undersøgelse. Der er dog i denne proces ikke nødvendigvis defineret, at medarbejdernes holdning til forandringen skal afdækkes, men processen tillader anvendelse af en bred vifte af metoder(61). For kritisk vurdering af de anvendte metoder henvises til diskussionen af metode.

7.1.6 Praksisfællesskab betydning iforhold til læring

Her reflekteres kritisk over analyseresultaterne omhandlende praksisfællesskaber ud fra det teoretiske perspektiv om praksisfællesskaber og grundlaget terapeuterne har for at reflektere over deres praksis. Flere af informanterne påpeger, at forflytning er præget af vanens magt, og hvis de skal ændre udførelsen af forflytning, skal deres vaner brydes. Disse vaner kan brydes ved indførelsen af ny teknologi, som medarbejderne skal forholde sig til, og derved ændres deres praksisrutiner. Vaner kan også ændres ved, at teknologier bryder sammen, og personale derfor skal reflektere over alternative løsninger.

Teknologilæring sættes i relation til vedligeholdelsen af ens kompetencer på tværs af situationer og erfaringer fra et arbejdsliv. Der er nogle aspekter af teknologien, der kun lader sig lære, og som kun kan blive til nye vaner, når den tages i brug i en konkret praksis (6).

Her har praksisfællesskabet stor betydning, da det danner den kulturelle indstilling til anvendelsen af teknologien (106). Der kan for eksempel, som det er tilfældet for denne praksis, være superbrugere, som står for oplæring af andet personale, og de er derfor forgangsbillede for de andre medarbejdere, og de er eksperter på området, som andre kan søge råd og vejledning hos (6).

I dette projekt er der også afdækket medarbejdernes refleksioner om deres egen praksis. Det kan være svært at fremkalde refleksioner i en hospitalsorganisation, da disse strukturer ikke fordrer til, at personalet tager aktiv stilling til deres teknologier til rådighed. Når en professionel kan analysere teknologianvendelse i situationen, er der dog ikke tale om tilfældige valg, men om de valg, der kommer af en systematisk analytisk tilgang til et komplekst arbejdsliv. Der er aktiv opmærksomhed på, hvordan teknologier indgår i og omformer situationer. Man kan have en aktiv stillingtagen til, hvordan man løser problemerne med de eksisterende eller nye teknologier. Selvom implementering af ny teknologi kan involvere komplekse problemstillinger, så kan positive erfaringer fra tidligere anvendte teknologier give motivation for, at nye teknologier kan accepteres som ting, man engagerer sig med. Medarbejderne kan have svært ved at forbinde teknologien med deres bredere praksiskendskab, og medarbejderne kan være påvirkede af oplevelsen af allerede at være tilfredse med andre teknologier. (6) Da terapeuterne endnu ikke har accepteret og tilegnet sig den fulde viden om de nyindførte hjælpemidler fuldt ud, er der fortsat behov for indkørings- og introduktionsforløb og eventuelt også tilgængelige manualer på arbejdspladsen.

7.2 Metode diskussion

Som anden del af diskussionen vil der blive diskuteret hvilke valg og fravalg, der er foretaget i forbindelse med dette projekt.

7.2.1 Samarbejdet med eksterne part

Dette speciale er udarbejdet på baggrund af projektgruppens interesse for arbejdsmiljø, og at en fra projektgruppen tidligere har arbejdet i Regions Hospitalets afsnit, og den ene studerende har tidligere skrevet et projekt i samarbejdet med dette hospital i Region Nordjylland. I den forbindelse kunne der opstå problemer ved, at hospitalets personale kender vedkommende, men dette oplevede projektgruppen ikke de som én udfordring. Dette kunne skabe bias for specialeprojektet, at de ansatte kendte vedkommende, da hun tidligere havde været i lige præcis på dette afsnit på Regions Hospitalet. Dette kunne skabe bias på den måde, at de for eksempel ikke viste os det reelle billede af, hvordan det foregik på afsnittet, da de tog det som en selvfølge, at det ved vedkommende da godt i

forvejen. Projektgruppen oplevede ikke som sådan, at dette skete, men der blev et par gange spurgt ind til, ”var det ikke sådan, vi plejede at gøre det”. Det med, at terapeuterne kendte én fra projektgruppen, kunne skabe en bias i form af, at informanterne ikke ville komme med ærlige besvarelser, fordi de var bange for at tabe ansigt overfor vedkommende. Der vurderes, at der opnås ærligere besvarelser fra informanterne, idet informanterne fremstår trygge i interviewsituationen, ved at der kommer uddybende udtalelser om deres praksis, og der både skildres positive og negative holdninger. Udover at der var én fra projektgruppen, der havde kendskab til samarbejdspartneren, så blev der udarbejdet en samarbejdskontrakt for at sikre, at der er mulighed for at få den empiri, der ønskes indhentet for at kunne besvare problemstillingen i dette speciale. I kontrakten blev det gjort klart, hvad der var samarbejdspartens ansvar, og hvad projektgruppen havde af ansvar, hvilket medvirker til at afklare og forbedre samarbejde i projektperioden, og det medvirker til at mindske samarbejdsproblemer (108).

7.2.2 Dataindsamlingsmetoder

Der blev i dette projekt brugt tre forskellige måder til at indsamle data på: Observation, interview og spørgeskema. Der er valgt at bruge alle tre forskellige metoder for at sikre en triangulering, så man på den måde kan sikre et bredere billede af hospitalsafsnittet, og der verificeres data fra de forskellige dataindsamlingsteknikker ved at sammenholde med data fra de andre anvendte teknikker.

Observation er valgt, fordi der ønskes at se på afdelingens arbejdsrutiner. Dette gav specialegruppen et direkte indblik i, hvordan forflytningerne fungerer i hverdagen, og dette kan være svært at afdække, ved at man kun foretager for eksempel interview, idet informanterne kan udtale en ting, men de gør noget andet i praksis (6). Ved brugen af observation kan der forekomme en Hawthorne effekt, som går ud på, at de personer og i dette tilfælde terapeuterne og patienterne kunne blive påvirket af projektgruppens tilstedeværelse, hvilket også vil være tilfældet for undersøgelsen i specialeprojektet, da dette ikke kan undgås, ved at der anvendes tilstedeværende observatører. (92)

Ved **interview** får man et her og nu billede af, hvordan terapeuterne tænker, deres brug af hjælpemidler er. Ved at kombinere dette med observationer kan der sikres, at det billede, som terapeuterne skaber, og hvad de så egentlig gør, også passer sammen.

Efter endt observation og interview blev projektgruppen interesseret i at se, om der var et lignende billede ved det plejepersonale, der er på afdelingen. Derfor er der valgt at foretage en **spørgeskemaundersøgelse** for at se, om der for eksempel var en sammenhæng mellem de hjælpemidler, som plejen bruger, og det, som terapeuterne anvender.

Til indsamlingen af data indgik informanter fra den afdeling, som arbejdstilsynet havde givet et straks påbud. Eftersom projektgruppen fra starten kun vidste, at det var en afdeling på Regions Hospitalet, der havde fået strakspåbuddet, blev informanterne valgt i samarbejde med ledelsen fra den

casebaserede praksis. Ved at informanterne var specifikt udvalgt til at deltage, kunne dette skabe bias idet, at de kunne være blevet præget fra ledelsens side. Men dette var ikke som tilfældet, da der både kom positiv, negativ og neutrale udtalelser i forhold til brugen af hjælpemidler.

7.2.3 Datamætning

Til denne specialerapport er der indsamlet data via interview fra 10 terapeuter. De havde alle en tilknytning til Regions Hospitalets afsnit, og de anvendte alle forflytningshjælpemidler. Der fremkom både forskelligartede og ensartede udtalelser. Ved at der er forskelligartede udtalelser ses ikke, at der opstår fuld datamætning. Det er dog med til at styrke denne rapport, at data fra både observation og spørgeskemaer understøtter udtalelserne fra interviewene.

7.2.4 Metodekritik

Dette projekt er et casestudie, og det kan derfor være svært sige noget om, det kan bruges i en større population. Projektets konklusion kan bruges andre steder, hvis organisationen og kulturen ligner casen fra dette projekt. I forhold til at det er et casestudie, så er informanterne til dette projekt blevet valgt ud som en stikprøve af terapeuterne, der foretager forflytninger, da det gerne skulle vise, hvordan situationen er lige præcis i denne case. Projektets resultater afspejler den situerede praksis, hvorfor der ikke nødvendigvis er samme holdning og barrierer ved anvendelsen af hjælpemidler i andre terapeutiske praksis. I den forbindelse kan resultaterne anvendes af andre med samme faglige baggrund som informanterne, da de burde have de samme værdier som disse informanter.

For at skabe gennemsækelighed, så er der truffet forskellige valg og fravalg omkring det metodiske i dette projekt. Der er igennem hele rapporten argumenteret og dokumenteret for disse valg for at gøre det muligt for andre at gennemføre et lignende studie, men det er dog et minus i forhold til gennemsækeligheden, at det er et kvalitativt studie, hvilket kan have den betydning, at der ikke nødvendigvis kommer de samme besvarelser ved en anden tilsvarende undersøgelse. Ved at der er dokumenteret for valgene hele vejen igennem rapporten, ser vi, højner reliabiliteten. (86)

Validiteten af data findes god, da der ønskes at finde svar på følgende: *"hvilke hjælpemidler, der anvendes, og hvilke tiltag, der skal til for at mindske skader i forflytningssituation"*. Resultaterne fra empirien er i høj grad med til at besvare spoliaets problemformulering. Dataene siger kun noget om, hvordan det står til på et bestemt hospitalet afsnit, og det vil være svært at sige, om det er fyldestgørende for andre afdelinger. Dataindsamlingssteknikker kunne med fordel have været mere ustruktureret interview, for at få informanternes egne tanker frem, fremfor at interviewereren har styringen af interviewet. Ved ustruktureret interviews kræver det dog, at man har en god erfaring i det at lave interviews, men det ville også skabe en masse "støj" i forhold til at svare på spoliaeprojektets problemformulering. (86,102)

7.2.5 Verifikation af spørgsmål

Der kan metodisk stilles tvivl om, om informanterne fremlægger en situeret handleviden, eller om spørgsmål reelt leder til den analytiske forståelse af hjælpemidlernes indvirkning i praksis (6). Der er risiko for, at disse refleksioner er rettet mod det, der ikke fungerer, da det er det, der kommer i fokus, fremfor at inddrage alle de positive aspekter (38).

Der er udfordringer forbundet med at stille krav til, at den fagprofessionelle reflekterer over, hvordan teknologi spiller ind på de faglige værdier. Interviewspørgsmålene er udformet, så fremme den fagprofessionelles refleksioner over, hvordan aktuel praksis relatere sig til de fysioterapeutiske og ergoterapeutiske værdier. Det er dog stadig nødvendig, at forskerne forholder sig kritisk reflekterende ved denne dataindsamling i forhold til, at forskernes forforståelse anvendes til at vurdere om informanternes udsagn inden for dette emne er gyldige. Der skal således overvejes, hvornår noget ikke stemmer overens i forhold til fagligheden, og der overvejes i hvilke situationer der findes fornuftigt at forflytningshjælpemidler til- og fravælges på grund af de faglige hensyn, som informanterne påpeger som årsag til valgene. (38)

Aspekter om valget af teknologier er ofte usynlige for de professionelle i arbejdslivet (6). Det frembringes medarbejdernes perspektiver på, hvordan teknologien har betydning for deres egen praksis, og der ses i empirien en åbenlys forskel på, hvordan medarbejdere og ledere oplever dette.

Det indhentede materiale er således et øjebliksbillede af informanternes livsverden (6). Nogle af spørgsmålene vil føre til tænkte situationer, såfremt at medarbejderen ikke relatere det til et direkte eksempel fra en patientsituation. Der er igennem interviewet forsøgt at fremkalde informanternes refleksioner om anvendelsen af forflytningshjælpemidler. Det er ud fra det indhentede interviewmateriale bekræftet, at de berørte emner er svære for medarbejderne at forholde sig til, hvilket ses ved, at der flere gange i interviewene er udtalt, at informanterne ikke ved, hvad de skal svare på spørgsmålene. Dette kan både skyldes, at informanterne ikke har viden om det reelle spørgsmål, men projektgruppens viden om den organisationsstruktur, som medarbejderen arbejder i, tolkes denne problematik, som at det er svært for medarbejderne at reflektere over forflytningshjælpemidlernes påvirkning, idet de ikke er vant til at forholde sig til denne indvirkning. Der ikke er krav til, at de forholder sig til dette i deres praksis, og spørgsmålene forholder sig til medarbejdernes tavse viden. I arbejdslivets konkrete hverdagssituationer er det måske ikke lige til at få øje på, hvordan professionsfagligheden forandrer sig ved anvendelsen af teknologien, men undersøgelsen medtager dette alligevel for at opnå et bredere perspektiv af forflytningsteknologiernes forandring af professionen over tid. Det har dog været meget svært for informanterne at besvare dette, idet der er et fåtal af informanterne, der reelt besvarer spørgsmålene, i interviews, til dette emne med udtalelser, der omhandler professionen.

7.2.6 Litteratursøgning

I denne rapport er der foretaget en litteratursøgning for, at projektgruppen kunne skabe sig et billede over, hvordan forflytningssituationen ser ud i dag, hvor mange der oplever skader, samt hvilke teknologier, der findes til forflytning af personer. Ordet forflytning kan ikke oversættes direkte, og det har derfor været nødvendigt at anvende flere ord for samme betydning. Da der ikke er fundet søgeord, der relevant litteratur, så kan det ikke udelukkes, at der findes mere relevant litteratur end det der er fundet til dette studie. Litteratursøgningen blev foretaget i databaser som PubMed og The Cochrane Library. Søgningen kunne med fordel også være foretaget i andre databaser som Pedro, CINAHL og SCOPUS for at få mere faglitteratur ind over, men dette er fravalgt, da de ønskede informationer kan findes i de øvrige databaser. Der er løbende i projektet foretaget nye søgninger for at sikre, at der tages stilling til den nyeste litteratur. Hvis der i en artikel var henvist til en anden artikel, er denne artikel er der søgt primær litteraturen og denne er anvendt som kilde. Dette er for at sikre, at den sekundære artikel ikke havde mistolket den oprindelige artikel.

8. Konklusion

Der er igennem dette specialeprojekt undersøgt følgende problemformulering:

Hvordan anvendes forflytningshjælpemidler nu, og hvilke tiltag skal der til for at mindske skade i forflytningssituationen fra seng til stol i situeret praksis på et hospital i Region Nordjylland?

Med fundene fra tre dataindsamlinger, som er anvendt til triangulering, er der skabt et indblik i, hvordan terapeuter håndterer en forflytning, og hvad deres refleksioner er i forhold til forflytning af patienter. Videre er problemformulering besvaret ved, at der er foretaget observationer, interview og spørgeskemaundersøgelse af personalet på et Hospitalsafsnit i Region Nordjylland. Derudover blev spørgeskemaundersøgelsen over al sundhedspersonale, herunder terapeuter, sygeplejersker, social og sundhedshjælper og –assistenter anvendt til, at der blev skabt et indblik i, hvor meget de nuværende hjælpemidler blev brugt. Spørgeskemaundersøgelsen gav også indblik, hvilke årsager der er til anvendelse og fravalg er i forhold til enkelte udvalgte hjælpemidler, ReTurn og Walker. Endelig er der også lavet interview med firmaet bag programmet Virtuel Forflytning, samt kommuner, der havde kendskab til dette program. Interviews er anvendt til at afdække programmets potentiale som tiltag. Fundene er herefter sammenholdt med forskningslitteraturen for at skabe en dybere forståelse af fundene.

Projektets resultater er som følgende: Ud fra observationerne er fundet, at de hjælpemidler (ReTurn og Walker), der er indkøbt for at forbedre arbejdsmiljøet i forbindelse med det strakspåbud som Regions Hospitalets afsnit fik, ikke rigtig bliver brugt i hverdagen, men ud fra spørgeskemaet er fundet, at 71 % siger, de anvender ReTurn, og 29 % siger, de anvender Walker. Som et alternativ til de to hjælpemidler anvendes et drejetårn, hvilket også er set i besvarelsen af spørgeskemaet, hvor 79 % besvarede, at de anvender drejetårnet og 93 % anvender høj gangvogn.

Ud fra besvarelsene er der fundet en positiv holdning og motivation til anvendelsen af hjælpemidler, men terapeuterne oplever barriere i forhold til at acceptere de ny indførte forflytningshjælpemidler. Derudover er der ud fra fundene også fremkommet, at terapeuterne føler, at de oplever mangel i oplæring og erfaring af anvendelsen af de nye hjælpemidler. Terapeuterne efterspørger et sted, hvor de kan anvende hjælpemidler uden at der er patienter.

Der er også i fundene set, at de interviewede terapeuter ikke alle har kendskab til retningslinjer for forflytninger, samt der fremgik ikke ensartede udtalelser om, hvor disse retningslinjer skal findes, hvorfor dette er et fokuspunkt for handletiltagene.

I forbindelse med indkøb af de nye hjælpemidler er der også fundet problemer ud over, at terapeuterne mangler oplæring og erfaring. Nogle terapeuter fravælger bevidst at anvende ReTurn, da patientens hjemkommune ikke kan stille ReTurn til rådighed, når vedkommende bliver udskrevet fra Regionshospitalet.

Ud fra disse udtalelser stilles her tre mulige tiltag for at mindske skade i forflytningssituationen fra seng til stol i situeret praksis:

- For at imødegå oplevelsen af manglende oplæring og erfaring, har programmet Virtuel Forflytning potentiale for anvendelse. Projektgruppen foreslår fremadrettet, at der købes licens enten hos Regionen eller per Hospital, hvor dette program afprøves i praksis.
- For at skabe bedre viden omkring retningslinjer anbefales det, at der bliver lavet specifikke retningslinjer for forflytning på Hospitalet og i de enkelte afdelinger.
- For at højne anvendelsen af forflytningshjælpemidler hos de terapeuter, der fravælger anvendelse af hjælpemidler, som ikke er til rådighed i hjemkommunen, anbefales, at der skabes et samarbejde mellem Hospital og hjemkommunerne angående hvilke hjælpemidler, der skal være til rådighed.

9. Perspektivering

Der er igennem dette specialeprojekt kun interviewet en lille del af terapeuter, der foretager forflytninger dagligt. I fremtidige projekter kan antallet af terapeuter med fordel være større. Udover terapeuter fra Regions Hospitaler, kan dette også udvides til at indeholde informanter fra kommunale enheder. Ved et større antal informanter vil det være muligt at opnå større datamætning, og dermed vil man få et bredere billede af, hvordan situationen er i et større perspektiv.

Resultatet fra dette specialeprojekt vil i fremtiden kunne bruges til at sætte fokus på anvendelsen af forflytningshjælpemidler. Ved at dette specialeprojekt kommer med forslag til tiltag, der kan forbedre sundhedspersonales arbejdsmiljø, så kan det være med til at inspirere andre til at øge fokus på, om deres arbejdsmiljø kan forbedres. Undersøgelsen resultater kan inddrages til den samlede viden omkring arbejdsmiljøindsatser og til fremtidig politiske overvejelser.

Der er i specialet beskrevet forskellige robotter. Informanterne har udtalt, at de godt kan se, at robotter kommer ind i rehabiliteringen på et tidspunkt, men de ikke ser det som selvstændig enhed. Informanterne mener også, at der går et godt stykke tid, før det kommer, da mange af de nuværende robotter og dem, der er under udvikling, stadig har mange ”børnesygdomme”, og derfor vil det ikke være muligt at anvende dem ved forflytninger endnu. Der vil i fremtidige studier være behov for at undersøge for eksempel, hvilke fordele og ulemper der er ved brugen af robotter til rehabilitering.

10. Litteraturliste

1. Arbejdstilsynet. Reaktionstyper ved tilsynsbesøg - Arbejdstilsynet [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://arbejdstilsynet.dk/da/tilsyn/arbejdstilsynets-reaktioner-ved-et-tilsy>
2. Arbejdstilsynet. Tilsyn i tal v10 - IBM Cognos Viewer [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: [http://cognos10.at.dk/cognos1011/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=/content/folder\[@name='Eksterne+kuber'\]/package\[@name='Tilsyn+i+tal+v10+\(kub\)'\]/report\[@name='Tilsyn+i+tal+v10%2](http://cognos10.at.dk/cognos1011/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=/content/folder[@name='Eksterne+kuber']/package[@name='Tilsyn+i+tal+v10+(kub)']/report[@name='Tilsyn+i+tal+v10%2)
3. Arbejdstilsynet. Fremtidens Arbejdsmiljø 2020. 2010;
4. Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskader 2014 - Bilag. 2014;
5. Huniche L, Olesen f. 1958 F. Teknologi i sundhedspraksis. 1. udgave. Huniche L, editor. Kbh. : Munksgaard; 2014.
6. Hasse C, Brok LS. TEKU-modellen : teknologiforståelse i professionerne. Kbh.: U Press; 2015. 227 sider.
7. Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. 2007. 35-48 p.
8. Sundhedsstyrelsen. Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer. Metod version 20 [Internet]. 2014;56. Available from: http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/metode/~/_/media/B57174DDF809475799DF899BBB1EEA11.ashx
9. Kines P, Pedersen JM. Arbejdsmiljø i Danmark: Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2012-20: Arbejdsmiljøet i ord: Faktaark om resultaterne fra 2014: Arbejdsulykker og sikkerhedskultur: Arbejdsulykker og sikkerhedsklima. 2014 [cited 2016 Mar 11]; Available from: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/arbejdsmiljoedata/arbejdsmiljoe-og-helbred-20/arbejdsmiljoeet-i-ord/2014/arbejdsulykker-og-sikkerhedskultur/arbejdsulykker-og-sikkerhedsklima>
10. Darragh AR, Huddleston W, King P. Work-related musculoskeletal injuries and disorders among occupational and physical therapists. AJOT Am J Occup Ther [Internet]. 2009;63(3):351-62. Available from: <http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE|A212210902&v=2.1&u=queensulaw&it=r&p=AONE&sw=w&asid=461ea8d16d4721f717935b9b1dfb3e45\files/201/Darragh et al. 2009.pdf\files/204/Darragh et al. - 2009 - Work-related musculoskeletal injuries and disorder>
11. Andersen LL, Clausen T, Burr H, Holtermann A. Threshold of musculoskeletal pain intensity for increased risk of long-term sickness absence among female healthcare workers in eldercare. PLoS One. 2012;7(7):3-10.
12. Lauritsen PE. Modtagere af folke- og førtidspension m.v. (pr. januar) efter område, pensionsform, alder og køn - Statistikbanken - data og tal [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 14]. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>
13. Www.ast.dk. Førtidspensioner 2015 : 3. 2015;2011-2.
14. Støjberg I. Beskæftigelsesministeriet - Arbejdsmiljøstrategi frem til 2020 [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 19]. Available from: http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et_godt_arbejdsliv/Arbejdsmiljoe/Ny_strategi_frem_til_2020.aspx
15. Venstre, Det Konservative Folkeparti, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Det Radikale

Venstre. Aftaletekst 2011 - En strategi for arbejdsmiljøindsatsen frem til 2020. 2011;14.

16. Ekholm O, Kjøller M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen A, et al. Sundhed og sygelighed i Danmark & udvikling siden 1987 [Internet]. 2006. Available from: http://si-folkesundhed.dk/upload/hele_rapporten_2005.pdf
17. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark & udvikling siden 1987 [Internet]. 2012. Available from: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed_og_sygelighed_2010,_med_sidetal.pdf
18. Arbejdstilsynet. Forflytning, løft og anden manuel håndtering af personer - At-vejledning D.3.3 - Arbejdstilsynet [Internet]. 2004 [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://arbejdstilsynet.dk/da/regler/at-vejledninger/f/d-3-3-forflytning-loft-af-personer>
19. Hansen AF, Schibye B. Ændret teknik kan gavne ryggen. Sygeplejersken [Internet]. 2002 [cited 2016 Mar 23];44:18–23. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2002-44/aendret-teknik-kan-gavne-ryggen>
20. Martimo K-P, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Takala E-P, Kuijter PPFM, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2008 Feb 23 [cited 2016 Feb 2];336(7641):429–31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2249682&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Yassi A, Cooper JE, Tate RB, Gerlach S, Muir M, Trottier J, et al. A randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2001 Aug 15 [cited 2016 Apr 19];26(16):1739–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11493843>
22. Fanello S, Jousset N, Roquelaure Y, Chotard-Frampas V, Delbos V. Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2002 Jan [cited 2016 Apr 19];4(1-2):51–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084021>
23. Hartvigsen J, Lauritzen S, Lings S, Lauritzen T. Intensive education combined with low tech ergonomic intervention does not prevent low back pain in nurses. *Occup Environ Med*. 2005;62(1):13–7.
24. Jensen LD, Gønge H, Jørs E, Ryom P, Foldspang A, Christensen M, et al. Prevention of low back pain in female eldercare workers: randomized controlled work site trial. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2006 Jul 15 [cited 2016 Apr 15];31(16):1761–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845347>
25. Lavender SA, Lorenz EP, Andersson GBJ. Can a new behaviorally oriented training process to improve lifting technique prevent occupationally related back injuries due to lifting? *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2007 Feb 15 [cited 2016 Apr 19];32(4):487–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17304142>
26. Kraus JF, Schaffer KB, Rice T, Maroosis J, Harper J. A field trial of back belts to reduce the incidence of acute low back injuries in New York City home attendants. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2002 Jan [cited 2016 Apr 19];8(2):97–104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12019686>
27. Verbeek J, Martimo KP, Karppinen J, Kuijter PPFM, Viikari-Juntura E, Takala EP, et al. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(3).
28. Warming S, Ebbelhøj NE, Wiese N, Larsen LH, Duckert J, Tønnesen H. Little effect of transfer technique instruction and physical fitness training in reducing low back pain among nurses: a cluster randomised intervention study. *Ergonomics* [Internet]. 2008 Oct [cited 2016 Feb

- 2];51(10):1530–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803093>
29. Bos EH, Krol B, Van Der Star a, Groothoff JW. The effects of occupational interventions on reduction of musculoskeletal symptoms in the nursing profession. *Ergonomics*. 2006;49(7):706–23.
 30. BrancheArbejdsmiljøRådet. Kend de grundlæggende principper for forflytningsteknik [Internet]. [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.forflyt.dk/forflytning/forflytningsteknik>
 31. Lunde PH, Kranker S. Forflytningskundskab : aktivering, hjælp og træning ved forflytning. 2nd ed. Kbh.: Gad; 2010. 300 sider, illustreret.
 32. Hansen AF, Nielsen PK, Andersen TB, Schibye B. Tunge løft og lænderygbesvær . Belysning af forværende faktorer. 2001;Dokumentat.
 33. Lunde PH, Carstensen f. 1926-09-08 B. Bevægelse og forflytning - i stedet for at løfte. 2nd ed. Kbh.: Gad; 2001. 214 sider, illustreret.
 34. Www.krbed.dk. KR lancerer Opus 5 [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://www.krbed.dk/news/item/67-kr-lancerer-opus-5>
 35. Www.cfv-nord.dk. Opus 5 [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://www.cfv-nord.dk/produkter/lejligheden/sovevaerelse>
 36. Www.raizer.dk. Liftup - Raizer® [Internet]. [cited 2016 Mar 21]. Available from: <http://raizer.dk/>
 37. Www.arjohuntliegh.dk. Mobilitetsfremmende løftehjælpemiddel sikrer værdighed og uafhængighed [Internet]. [cited 2016 May 23]. Available from: <http://www.arjohuntleigh.dk/produkter/loesninger-til-patientforflytning/staa-og-loefte-hjaelpemidler/sara-stedy/>
 38. Søndergaard KD, Hasse C. Teknologiforståelse på skoler og hospitaler. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2012. 261 sider.
 39. Butter M, Rensma A, van Boxsel J, Kalisingh S, Schoone M, Leis M, et al. Robotics in Helthcare, Final Report. Robot Helthcare. 2008;179.
 40. Mukai T, Hirano S, Nakashima H, Kato Y, Sakaida Y, Guo S, et al. Development of a nursing-care assistant robot RIBA that can lift a human in its arms. In: 2010 IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems [Internet]. IEEE; 2010 [cited 2016 Apr 27]. p. 5996–6001. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/lpdocs/epic03/wrapper.htm?arnumber=5651735>
 41. Onishi M, Luo Z, Odashima T, Hirano S, Tahara K, Mukai T. Generation of Human Care Behaviors by Human-Interactive Robot RI-MAN. In: Proceedings 2007 IEEE International Conference on Robotics and Automation [Internet]. IEEE; 2007 [cited 2016 Apr 27]. p. 3128–9. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/lpdocs/epic03/wrapper.htm?arnumber=4209568>
 42. Wang H, Kasagami F. A patient transfer apparatus between bed and stretcher. *IEEE Trans Syst Man Cybern B Cybern* [Internet]. 2008 Feb [cited 2016 Apr 27];38(1):60–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18270082>
 43. Ding J, Lim Y-J, Solano M, Shadle K, Park C, Lin C, et al. Giving patients a lift - the robotic nursing assistant (RoNA). In: 2014 IEEE International Conference on Technologies for Practical Robot Applications (TePRA) [Internet]. IEEE; 2014 [cited 2016 Apr 27]. p. 1–5. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/lpdocs/epic03/wrapper.htm?arnumber=6869137>
 44. Www.roboticstoday.com. Robot | Care Robot Yurina | Description | Robotics Today [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 27]. Available from:

<http://www.roboticstoday.com/robots/care-robot-yurina-description>

45. [Www.toyota-global.com. Toyota Global Site | Partner Robot Family_02](http://www.toyota-global.com/innovation/partner_robot/family_2.html) [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 27]. Available from: http://www.toyota-global.com/innovation/partner_robot/family_2.html
46. [News.panasonic.com. No More Power Barriers with Panasonic Assist Robots | Video Review | Panasonic Newsroom Global](http://news.panasonic.com/global/stories/2016/44969.html) [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <http://news.panasonic.com/global/stories/2016/44969.html>
47. [Asimo.honda.com. Inside ASIMO Robotics by Honda | The Technology Behind ASIMO](http://asimo.honda.com/Inside-ASIMO/) [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <http://asimo.honda.com/Inside-ASIMO/>
48. [Www.welfaretech.dk. Welfare Denmark modtager Microsofts innovationspris](http://www.welfaretech.dk/nyheder/2013/marts/welfare-denmark-modtager-microsofts-innovationspris) [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://www.welfaretech.dk/nyheder/2013/marts/welfare-denmark-modtager-microsofts-innovationspris>
49. [Www.idisplayinteractive.dk. idisplay interactive :: Home](http://www.idisplayinteractive.dk/) [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.idisplayinteractive.dk/>
50. [Www.vlab.dk. About us - Virtual Lab ApS](http://www.vlab.dk/about.html) [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.vlab.dk/about.html>
51. [Www.welfaredenmark.dk. About us - Welfare Denmark](http://www.welfaredenmark.dk/dk/loesninger/) [Internet]. Available from: <http://www.welfaredenmark.dk/dk/loesninger/>
52. [Http://www.vlab.dk. Virtual Relocation - Virtual Lab ApS](http://www.vlab.dk/sc_vfo.html) [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.vlab.dk/sc_vfo.html
53. Jørgensen AM. Virtuel Forflytning.
54. Hedegaard H-M. Virtuel Forflytning. 2014;1.
55. SOSUNord. Arrangement om Virtuel Forflytning og Virtuel Genoptræning som velfærdsteknologiske løsninger i kommunerne. (september 2013).
56. Carlsen T, Thyrring M-B, Oksfeldt K. Innovation i Velfærd og Sundhed [Internet]. 2014 [cited 2016 May 23]. p. 76. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x9o36rZKgEYJ:www.horsens.dk/-/media/ESDH/committees/62/221/Punkt_1_Bilag_1_Innovationsprojekter_august_2014_som_trykt_270814.ashx+&cd=2&hl=da&ct=clnk&gl=dk
57. [Www.gladsaxe.dk. Virtuel forflytning | Gladsaxe Kommune](http://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/seniorer/velfaerdsteknologi/afsluttede_projekter/virtuel_forflytning) [Internet]. 2016 [cited 2016 May 23]. Available from: http://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/seniorer/velfaerdsteknologi/afsluttede_projekter/virtuel_forflytning
58. Stewart S, Pope D, Duncan D. Using Second Life to enhance ACCEL an online accelerated nursing BSN program. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2009 Jan [cited 2016 Apr 18];146:636–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19592919>
59. Rasmussen LZ. Pilotprojektet CaseConnexion – cases i et virtuelt univers til brug i den teoretiske undervisning på Sygeplejerskeuddannelsen. 2010.
60. Holloway I. *Qualitative research in health care* : edited by Immy Holloway. Maidenhead: Open University Press; 2005. 300 s.
61. Grol R. *Improving patient care : the implementation of change in health care*. 2nd ed. Chichester: Wiley Blackwell; 2013. xvii, 374 s., il.
62. Andersen LL, Burdorf A, Fallentin N, Persson R, Jakobsen MD, Mortensen OS, et al. Patient

transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(1):74–81.

63. Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Pompeii LA, Myers DJ, Dement JM. Musculoskeletal injuries among hospital patient care staff before and after implementation of patient lift and transfer equipment. *Scand J Work Environ Heal*. 2013;39(1):27–36.
64. Charney W, Simmons B, Lary M, Metz S. Zero Lift Programs in Small Rural Hospitals in Washington State. *AAOHN J*. 2006;54(8):355–9.
65. Martin PJ, Harvey JT, Culvenor JF, Payne WR. Effect of a nurse back injury prevention intervention on the rate of injury compensation claims. *J Safety Res. National Safety Council and Elsevier Ltd*; 2009;40(1):13–9.
66. Chhokar R, Engst C, Miller A, Robinson D, Tate RB, Yassi A. The three-year economic benefits of a ceiling lift intervention aimed to reduce healthcare worker injuries. *Appl Ergon* [Internet]. 2005 Mar [cited 2016 May 30];36(2):223–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15694077>
67. Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan N. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 Mar [cited 2016 May 30];65(3):516–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19222649>
68. Darragh AR, Campo MA, Frost L, Miller M, Pentico M, Margulis H. Safe-patient-handling Equipment in therapy Practice: implications for rehabilitation. 2013. p. 45–53.
69. RegionNordjylland. Personalehåndbog fra Regions Hospital Nordjylland [Internet]. [cited 2016 Mar 22]. Available from: <https://personalenet.rn.dk/CookieAuth.dll?GetLogon?curl=Z2FpersonaleZ2FArbejdsmiljoeZ2FSiderZ2Fdefault.aspx&reason=0&formdir=3>
70. Campo M, Shiyko MP, Margulis H, Darragh AR. Effect of a safe patient handling program on rehabilitation outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;94(1):17–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.08.213>
71. Søren S. Forflytningsguide. BrancheArbejdsmiljørådet. 2011;
72. Thode H. Fysioterapi til indlagte patienter med collum femoris fraktur eller pertrochantær femur fraktur osteosynteret med glideskrue [Internet]. [cited 2016 Apr 21]. Available from: https://pri.rn.dk/Sider/12246.aspx#a_Toc372035136
73. Cromie JE, Robertson VJ, Best MO. Work-related musculoskeletal disorders and the culture of physical therapy. *Phys Ther* [Internet]. 2002 May [cited 2016 May 30];82(5):459–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991799>
74. Alnaser MZ. Occupational Therapy Practitioners with Occupational Musculoskeletal Injuries: Prevalence and Risk Factors. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 May 30];25(4):763–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26044946>
75. Olkowski BF, Stolfi AM. Safe patient handling perceptions and practices: a survey of acute care physical therapists. *Phys Ther* [Internet]. 2014 May [cited 2016 May 30];94(5):682–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578520>
76. Passier L, McPhail S. Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 May 30];12:24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3038991&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
77. Rasmussen TK. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi - retsinformation.dk [Internet]. 2008 [cited 2016 Apr 27]. Available from:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=121015>

78. Bonde JS. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje - retsinformation.dk [Internet]. 2008 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=114493>
79. Rasmussen TK. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi - retsinformation.dk [Internet]. 2008 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=120781>
80. West DJ, Gardner D. Occupational injuries of physiotherapists in North and Central Queensland. *Aust J Physiother* [Internet]. Australian Physiotherapy Association; 2001;47(1989):179–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60265-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60265-8)
81. Campo M, Weiser S, Koenig KL, Nordin M. Work-Related Musculoskeletal Disorders in Physical Therapists: A Prospective Cohort Study With 1-Year Follow-up. *Am Phys Ther Assoc*. 2008;88(4):608–19.
82. Risør BW. Fokus flyt fokus- forflyt sikkert. 2012;1–79.
83. Rebien H V, Nielsen K. Forflytning i et bredere perspektiv. 55.
84. Darragh AR, Campo M, Olson D. Therapy practice within a minimal lift environment: perceptions of therapy staff. *Work* [Internet]. 2009 Jan [cited 2016 May 26];33(3):241–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759423>
85. Fallentin N, Faber A, Sharipova M. Fysiske belastninger i plejearbejdet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2007. 26 p.
86. Kvale S. Interview : en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Kbh.: Hans Reitzel; 1997. 318 sider.
87. Rienecker L, Stray Jørgensen P. Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. Vejen: KLO; 2006.
88. Ramian K. Casestudiet i praksis. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2012. 200 sider, illustreret.
89. RegionsHospitalNordjylland. Arbejdsmiljøhåndbog. 2011;
90. Bowling. Unstructured and structured observational studies. p. 315–34.
91. Andersen I. Arbejdsmiljø i Sygehussektoren. 2001;
92. Yanes AF, McElroy LM, Abecassis ZA, Holl J, Woods D, Ladner DP. Observation for assessment of clinician performance: a narrative review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015;bmjqs – 2015–004171. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004171>
93. Krag E. Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. - retsinformation.dk [Internet]. 1998 [cited 2016 May 12]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=21075>
94. www.stps.dk. Styrelsen for Patientsikkerhed [Internet]. 2009 [cited 2016 May 12]. Available from: <http://stps.dk/da/borgere/patientinformation/patienters-retsstilling/informeret-samtykke>
95. [Www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk). Gennemfør planen [Internet]. 2014 [cited 2016 May 9]. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/implementeringshaandbog/model-for-implementering/gennemfoer-planen>
96. Seale C. Qualitative research practice. Paperback . London: SAGE; 2004. xvii, 534 s.
97. Jefferson G. Issues in the Transcription of naturally-Occurring Talk: caricature versus Capturing Pronunciation Particulars. 1983.

98. Gregersen K. Dansk standard for udskrifter og registrering af talesprog. 1992;2(December):45–56.
99. Jørgensen T, Christensen E, Kampmann JP. Klinisk forskningsmetode : en grundbog. 3rd ed. København: Munksgaard; 2011. 229 s., illustreret.
100. Kvale S, Brinkmann S, Watson A. Interview : introduktion til et håndværk [Internet]. Kbh.: Nota; 2013. Available from: <http://www.e17.dk/bog/39552>
101. Birkler J. Videnskabsteori : en grundbog. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2005. 151 sider, illustreret.
102. Launsø L, Olsen L, Rieper O. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. 2011. p. 250.
103. Wwv.centerforkvalitet.dk. Forbedringsmodellen [Internet]. Center for Kvalitet; 2015 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://www.centerforkvalitet.dk/wm350426>
104. Batalden PB, Godfrey MM, Nelson EC. Quality by design : a clinical microsystems approach [Internet]. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007. 459 s. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip074/2006036606.html>
105. Wwv.institute.nhs.uk. Plan, Do, Study, Act (PDSA) [Internet]. 2008 [cited 2016 May 9]. Available from: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/plan_do_study_act.html
106. Busch-Jensen P. Praksisfællesskaber [Internet]. 2013 [cited 2016 May 3]. Available from: <http://www.leksikon.org/art.php?n=5225>
107. Lave J, Wenger E. Situated learning : legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
108. Cummings TG, Worley CG. Organization development & change. Internatio. Mason, Ohio: South-Western; 2008. xx, 772 s., illustreret.
109. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer : en indføring i organisation og ledelse. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. 494 sider.
110. Vestergaard B. Fair proces : fra upopulære forandringer til medarbejdere, der udvikler løsninger. Aalborg: Fair Proces; 2013. 100 sider, illustreret (nogle i farver).
111. Wwv.handicare.dk. Siddende-til-stående position: SystemRoMedic™ – ReTurn7500i - handicare.dk [Internet]. [cited 2016 Apr 18]. Available from: <http://www.handicare.dk/produkter/forflytning-loeft/siddendetilstaende-position/systemromedic-return7500i/c-221/c-38519/p-293>
112. Wwv.vardekommune.dk. Virtuel Forflytning. 2013;
113. Hignett S, Crumpton E, Ruzala S, Alexander P, Fray M, Fletcher B. Evidence-based patient handling: Systematic review. Nurs Stand. 2003;17:33–6.
114. Collins J, Wolf L, Bell J, Evanoff B. An evaluation of a “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. Inj Prev. 2004;10:206–11.
115. Evanoff B, Wolf L, Aton E, Canos J, Collins J. Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace. Am J Ind Med [Internet]. 2003 Nov [cited 2016 Feb 2];44(5):451–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14571508>
116. Nelson AL, Motacki K, Menzel N. the illustrated guide to safe patient handling and movement. New York Springer. 2009;

117. Jensen J. Løft, træk og skub - At-vejledning D.3.1 - Arbejdstilsynet [Internet]. 2005 [cited 2016 Mar 1]. Available from: <https://arbejdstilsynet.dk/da/regler/at-vejledninger/l/d-3-1-loft-traek-og-skub>
118. Mintzberg H. Structure in fives : designing effective organizations. Ny udgave. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1993. vii, 312 sider, illustreret.