



UNIVERSITETET I
NORDLAND

**Profesjonshøgskolen
Institutt for sykepleie og helsefag
Bachelor i Sykepleie**

”Vi har ikke tid”

Hvorfor er det viktig for sykepleiere å ha kunnskap om forflytning?

SY180H 000

Bacheloroppgave i Sykepleie

29.04.11

Kandidatnummer:

97

Kull 08H – Våren 2011

BODØ



Tiden

Du løper forbi meg, og vet jeg kan se
Du følger med tiden, jeg gjør ikke det
For meg er tiden en annen, fordi
Mitt liv er forandret, men ikke forbi

Hjelpen

Jeg gjør som du vil, ser du jeg prøver?
Det blir ikke riktig, selv om jeg øver
Du tror jeg er trygg, og hjelper meg opp
Men må ikke glemme – det her er min kropp.

Hjelperen

Sliten og lei, det verker
Arbeidet blir ikke bra
Roller blir byttet, du merker
Hvem skal så hjelpe til da?

Lederen

Sliten og lei, å nei du
Her kan vi alle stå på
Lærdom og samarbeid, du
Her skal du hjelpen få

Skrevet av: Marlene Katrin Skålvold, 07.04.11

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	3
1.1 Presentasjon av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 En fortelling fra praksis	7
2 Hva er metode?	8
2.1 Begrunnelse for metode.....	8
2.2 Oppgavens oppbygging	10
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Valg av sykepleieteoretiker	14
3 Teori og refleksjon	15
3.1 Hva er forflytningskunnskap?.....	15
3.1.1 Hva er forflytningsteknikk?.....	16
3.1.2 Hva med hensynet til pasienten?.....	17
3.1.3 Hva med hensyn til oss som sykepleiere?	19
3.1.3.1 Hva er arbeidsbelastning?	23
3.2 Ansvar for egen helse?	25
3.3 Kan forebygging hjelpe?.....	27
3.4 Hvordan kan forflytningskunnskapen forbedres?	29
4 Oppsummering	34
Litteraturliste	35

Antall sider totalt: 38

1 Innledning

Jeg er sykepleierstudent og går tredje året på Bachelorstudiet i Sykepleie. Før jeg ble sykepleierstudent har jeg arbeidet på et sykehjem som assistent. Under utdannelsen har jeg vært i praksis ved tre ulike sykehjem, og fortsatt arbeidet som assistent ved sykehjemmet. Jeg har derfor erfaring fra fire ulike sykehjem. Når jeg har vært i praksis har jeg skrevet flere oppgaver og undervist om forflytningskunnskap. Min første praksis var på sykehjem. Der hadde jeg, mine medstudenter, kontaktsykepleieren og læreren flere interessante diskusjoner om forflytning. Jeg fikk også flere erfaringer om forflytning i sykehjem der. Ut fra min erfaring ser jeg at pasientene i sykehjem er mer pleietrengende i dag, og trenger mye hjelp til forflytning. Forflytningen er også en betydelig del av arbeidet til sykepleierne og øvrig helsepersonell i sykehjem. I oppgaven ønsker jeg å bruke en situasjon fra praksis for å belyse temaet forflytning, og velger å trekke inn min egen erfaring i form av en fortelling. Fortellingen vil være den røde tråden i oppgaven.

Antall ord: 9 900

1.1 Presentasjon av tema

På bakgrunn av mine observasjoner og erfaringer, fenget forflytningskunnskap min interesse tidlig i studiet. Jeg husker ennå forelesningen vi hadde om forflytning. Det jeg husker best er da læreren forklarte oss studenter at feilbelastning av kroppen i forflytningssituasjoner kan føre til yrkesskader. Før undervisningen var jeg ikke like bevist dette forholdet. Jeg husker også de praktiske forflytningsmetodene vi lærte gjennom video, bilder og egne praktiske øvelser. Disse illustrasjonene var lærerike, og viser at det ofte er fantasien som setter grenser for hvilke forflytningsmetoder vi som sykepleiere kan bruke i praksis.

Undervisningen om forflytningskunnskap skapte et ønske om å lære mer. I tillegg gjorde undervisningen at jeg så muligheten til å forbedre forflytningskunnskapene til sykepleiere og helsepersonell på sykehjem. Jeg ønsker å fordype meg i forflytningskunnskap slik at jeg kan bidra som en ressurs i arbeidslivet. Jeg vil bruke forflytningskunnskapen min i praksis slik at den kan komme meg selv, mine kollegaer og pasientene til gode. Kunnskapen kan være til fordel for helsepersonell ved at de forstår hvordan de kan forebygge yrkesskader hos seg selv. Den kan også være til fordel for pasientene ved at de får riktig hjelp i forflytningssituasjoner som ivaretar deres ressurser, kropp og verdighet.

I sykehjem er pasientgruppen som oftest eldre mennesker med ulike lidelser. Eldre mennesker kan ha et komplekst sykdomsbilde med ulike og sammensatte sykdommer. Et problem kan være redusert mobilitet (bevegelse) av kroppen (Amstrup 2006:27). Lidelser som kan hemme den fysiske funksjonen er for eksempel hjerneslag, Parkinsons sykdom, brudd og leddgikt. De eldre kan derfor være mer utsatt for immobilitet (redusert bevegelse) (Ek 2006:229). Overvekt og fedme er et problem som har blitt økende i vårt land, og som kan representere en utfordring i helsetjenesten, deriblant sykehjem (Bonsaksen et al. 2011:1). Dette kan være noen årsaker til at eldre pasienter trenger mer hjelp til forflytning, og at forflytning av pasienter har blitt mer utfordrende arbeidsoppgaver for helsepersonell i sykehjem. Jeg reflekterer over om de tunge forflytningene av pasientene kan være en medvirkende årsak til belastningslidelser hos sykepleiere?

Sykehjemmene som jeg har erfaring fra, har personell med ulik kompetanse. Det er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. I denne oppgaven konsentrerer jeg meg mest om sykepleiere i sykehjem, siden jeg er sykepleierstudent og har mest erfaring fra sykehjem. Når jeg bruker ordet helsepersonell relateres det til de øvrige ansatte ved sykehjemmet. Sykepleierne i sykehjemmene har ofte funksjoner som virksomhetsledere og avdelingsledere. Dette medfører at sykepleiere sjeldnere har direkte pleieoppgaver overfor pasientene i forhold til øvrig helsepersonell. Sykepleiere har kanskje også lært mer om forflytning i sin utdanning, enn øvrig helsepersonell. Jeg reflekterer over om fordelingen av personell i sykehjem kan være en medvirkende årsak til at pasientforflytning ikke blir prioritert og utført slik det er ønskelig?

Ved sykehjemmene er det forskjellige hjelpemidler tilgjengelig for å bruke i ulike forflytningssituasjoner. Jeg har selv benyttet flere av dem. Eksempler på hjelpemidler til pasienter er: personløfter eller ståheis, turner, belter, easyslide, silkelaken, elektronisk seng, og rullator. I noen situasjoner er det mulig at kun et helsepersonell hjelper en pasient å forflytte seg. I andre tilfeller bør det være flere helsepersonell. Forflytningen kan foregå hos pasienter som er sengeliggende, sitter ubehagelig i stol, skal fra seng til stol, og fra sittende til stående. Forflytningen skjer oftest i stellsituasjoner, i spisesituasjoner, ved toalettbesøk, hvis noen faller, når sykepleiere forflytter pasienter som er sengeliggende for å forebygge trykksår eller liknende (Lunde 2011).

”Vi har ikke tid” er sagt av noen sykepleiere når jeg har arbeidet som assistent, eller har vært i praksis på sykehjem. Jeg har ofte hørt dette utsagnet når sykepleiere skal begrunne hvorfor pasientforflytning ikke blir prioritert og utført slik det er ønskelig. Spørsmålet er om tidsaspektet er en god nok faglig begrunnelse når det gjelder å utføre forflytning av pasienter på en optimal måte?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Slik lyder problemstillingen som er grunnlaget for oppgaven:

”Hvorfor er det viktig for sykepleiere å ha kunnskap om forflytning?”

Jeg mener den er formulert som et åpent spørsmål med rom for diskusjon. Jeg ser også at spørsmålet er aktuelt for alle sykepleiere, uansett hvilken arbeidsplass det gjelder.

Temaet forflytningskunnskap har jeg valgt fordi det er et tema som jeg interesserer meg for, og som jeg ser er sykepleiefaglig relevant. I arbeidet med oppgaven prøver jeg å finne svar på denne problemstillingen, slik at jeg kan få en større forståelse for hvorfor jeg som sykepleier bør ha kunnskap om forflytning. Som sykepleiere skal vi alltid utføre en faglig forsvarlig praksis til pasientene, jfr. *Lov om helsepersonell* (1999) § 4. Jeg ønsker derfor å fordype meg mer i temaet forflytningskunnskap, slik at jeg kan utvikle en viktig og faglig kompetanse på området. Målet er å bli en sykepleier med økt kunnskap om forflytning for å gi best mulig sykepleie til pasientene, samtidig som jeg tar vare på min egen kropp og helse for å forhindre belastningslidelser.

1.3 En fortelling fra praksis

”I min første praksis som sykepleierstudent er jeg 8 uker på sykehjem. Der har jeg fått i oppgave å lage en undervisning om et emne innenfor læreplanen. Jeg skal se kritisk på hvordan de sykepleiefaglige rutineene ved sykehjemmet er i forhold til kunnskapsbasert praksis. Mitt emne er forflytningskunnskap. Jeg holder en presentasjon for medstudentene, læreren, noen ansatte og en avdelingsleder på sykehjemmet. I presentasjonen begrunner jeg hvorfor det er viktig å ha kunnskap om forflytning. Jeg demonstrerer noen forflytningsteknikker med en medstudent, viser bilder og illustrasjoner, og henviser til kilder som kan brukes for å se ulike illustrasjoner.

Etter at jeg er ferdig med presentasjonen starter vi opp med de vanlige arbeidsoppgavene i avdelingen. En pasient triller mot meg i rullestolen sin. Han ønsker hjelp til å komme lenger bak i rullestolen for å få bedre støtte i ryggen. Dette er en eldre, litt kraftig mann, som er halvsidig lammet, og som kun har kraft i den ene kroppshalvdelen. Jeg er sammen med en sykepleier som nettopp har hørt presentasjonen min. Idet hun skal hjelpe pasienten tar hun tak i armen hans og bukselinningen. Hun greier ikke dette alene og ønsker derfor hjelp fra meg. Jeg spør henne om hun ikke husker hva jeg hadde snakket om i presentasjonen? Jeg viser henne en annen metode jeg har lært for å hjelpe pasienten lenger bak i rullestolen sin. Jeg forklarer pasienten at jeg skal hjelpe han å skyve seg lenger bak i stolen, hvordan det skal gjøres, og at han også må hjelpe til selv. Dermed aker han baken sin vekselvis bakover i stolen så mye han klarer. Samtidig skyver jeg vekselvis et og et kne ved å holde den ene hånden min på kneet til pasienten og den andre hånden på motsatt skulder. Metoden fungerer og pasienten sitter godt til rette i stolen.”

2 Hva er metode?

Begrepet metode defineres som et redskap vi bruker for å tilegne oss ny kunnskap, eller en fremgangsmåte som brukes for å løse et problem. Så lenge vi bruker et middel som har til formål å svare på et problem eller gi ny kunnskap, kan det betraktes som en metode (Dalland 2007:81).

2.1 Begrunnelse for metode

For å prøve å få svar på problemstillingen har jeg hovedsakelig valgt å bruke en kvalitativ tilnæringsmetode. Denne metoden fokuserer på å fange opp mening og opplevelse som vi ikke kan tallfeste eller måle, i motsetning til en kvantitativ undersøkelse. Begge metodene har som mål å bedre forståelsen av samfunnet vi lever i, og hvordan mennesket alene, i grupper, og institusjoner handler og samhandler. Utover dette målet, er metodene beskrevet som ganske forskjellig på flere områder (Dalland 2007:82-83).

Det vitenskapsteoretiske kunnskapssynet jeg har valgt er hermeneutisk. Hermeneutikk betyr fortolkningslære og fokuserer på å studere en menneskelig handling ut fra egen forståelse og tolkning, humanvitenskapen. Jeg ønsker å forklare et fenomen slik jeg forstår og fortolker det (Dalland 2007:53-54). Mitt fenomen er forflytning av pasienter i sykehjem, og jeg ønsker å besvare et spørsmål som har med sykepleieres kunnskap om forflytning å gjøre. Det kan være vanskeligere å forklare fenomenet ut fra det jeg ser, enn fra hvilken forståelse jeg har om sykepleieres kunnskap om forflytning. Derfor vil det være mer naturlig at oppgaven ses fra en hermeneutisk tilnærming, og ikke fra positivistisk tilnærming som fokuserer på å forklare det vi ser, ikke det vi forstår (Aadland 2004:176). Svaret på problemstillingen kan jeg få gjennom den litteraturen jeg velger å bruke, og den tolkningen jeg gjør meg ut fra mine erfaringer. En annen sykepleierstudent kan få andre svar på denne problemstillingen enn jeg, fordi han har andre erfaringer og tolker litteraturen annerledes. Derfor kan ingen av oss være sikre på at vår tolkning er den rette, men dersom vi sammen diskuterer vår forståelse kan vi komme til en enda dypere forståelse om forflytningskunnskap (Aadland 2004:176,179,183-5).

Selv om min oppgave baserer seg på hermeneutisk tilnærming, ser jeg at en positivistisk tilnærming kan være til hjelp for å forstå den hermeneutiske. Positivismen fokuserer på det naturvitenskapelige: å forklare det vi ser (Aadland 2004:126, Dalland 2007:49). Hvis jeg har både naturvitenskapelig og humanvitenskapelig forståelse av mennesket, kan det bli lettere å møte pasienten som et helt menneske med egne erfaringer og opplevelser (Dalland 2007:56). Min forforståelse av forflytningskunnskap kan blant annet basere seg på den positivistiske kunnskapen jeg har om for eksempel kroppens anatomi, og sykdomslære. Eksempelvis kan det bli lettere for meg å forstå at feil belastning av ryggen kan føre til skade av virvelsøylen ved å ha kunnskaper om kroppen og sykdom, som er naturvitenskapelig (Schjøll:56-57). Nærmere forklaring om belastning av virvelsøylen vil jeg komme tilbake til i teoridelen. Jeg tenker det er viktig å ha naturvitenskapelig kunnskap om anatomi og sykdomslære, for å forstå den hermeneutiske tilnærmingen om forflytningskunnskapen.

2.2 Oppgavens oppbygging

Innholdet i oppgaven omhandler teori om forflytningsteknikk, ivaretagelse av pasienters ressurser og mestringsfølelse, pasienters rettigheter, sykepleiers ansvar, plikter og rettigheter. Deretter foreslås noen tiltak som kan bidra til bedre forflytningskunnskap og bruken av den, blant helsepersonell i sykehjem. Disse områdene er valgt fordi jeg ser de kan være sentrale for å få en god forståelse for hvorfor forflytningskunnskap er viktig. Teorien er avgrenset på grunn av begrensningen av oppgavens omfang. Jeg er også oppmerksom på at mine valg av forskning og litteratur kanskje ikke fanger hele bredden av problemstillingen. Den teorien og forskningen som presenteres vil jeg drøfte ut fra egne erfaringer og sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsteori, og prøve å få svar på problemstillingen. Hvilken betydning vil god forflytningskunnskap ha for pasienten? Vil god forflytningskunnskap redusere yrkesskader hos helsepersonell? Kan reduserte yrkesskader bidra til bedre pleie og oppfølging av pasientene?

2.3 Kildekritikk

Det kan være en utfordring å finne data som er relatert til problemstillingen, slik at jeg får best mulig svar på oppgaven. Forflytningskunnskap er et nytt og lite forsket område, så det er begrenset med forskningsartikler og litteratur på området (Lunde 2011). Likevel har jeg samlet data som er relevant for min problemstilling. Dataen har jeg samlet inn fra bøker, forskning, og artikler. Jeg har brukt *Bibsys*, bibliotekets søkebase, og internett for å hjelpe meg å finne relevant litteratur. Databasene jeg har brukt for å finne forskningsbaserte artikler er: Helsebiblioteket, PubMed, NORART, og Google. I NORART har jeg brukt søkeordene: forflytning, og forflytning and sykehjem. Der fikk jeg 16 resultat på første søk, men fant jeg ingen relevante artikler. I PubMed har jeg brukt søkeordene: safe patient handling movement, og evidence-based patient handling. I første søk fikk jeg 40 resultater, der to artikler var relevant, og en var tilgjengelig på nett. I andre søk fikk jeg 71 resultater, der en artikler var relevant men ikke tilgjengelig på nett. I Google søkte jeg på ordene: Evidence-based patient handling, tatt fra Per Halvor Lundes kildehenvisning. Resultatet jeg fikk var over 100 000 artikler. Den artikkelen jeg egentlig søkte på var ikke fullt tilgjengelig fra nett. Den fantes som bok, men ikke i skolens bibliotek. Jeg valgte derfor å bruke en annen artikkel med tilnærmet likt navn som det søkeordet jeg skrev.

Den artikkelen jeg har valgt heter ”*Evidence-Based Practices for Safe Handling and Movement*”. Det er en studie gjort av Audrey Nelson og Andrea S. Baptiste. Nelson har Ph.D. og 27 års erfaring i sykepleie, og er nasjonal leder i sikkerhet for pasient og sykepleier. Baptiste er biomekanist/ergoterapeut ved ”The Patient Safety Centre” (Nelson og Baptiste 2004). Forskningen går ut på å oppsummere aktuell evidens (bevis) for tiltakene som er satt i gang for å redusere yrkesskader hos helsepersonell, et problem som har vært blant helsepersonell i flere tiår. Det er sterke bevis på at den mest vanlige måten som brukes for å forflytte pasienter, den ”gamle metoden”, er lite effektiv. Og det vokser mer bevis for å støtte nye inngrep som er effektive, og reduserer muskel- og skjelettplager og skader hos helsepersonell (Nelson og Baptiste 2004:366). Siden dette er en studie som forsker på tidligere resultater fra flere forskningsartikler om forflytning, har jeg valgt å ha dette som den eneste forskningsbaserte artikkelen i oppgaven. I tillegg har jeg også med litteratur fra Per Halvor Lunde som selv har forsket på forflytning, og har med annen ny og relevant forskning i sin litteratur.

Jeg har også brukt lovverket som er aktuelt for sykepleiere, og offentlige publikasjoner slik som Stortingsmelding nr. 47, ”*Samhandlingsreformen*”. Reformen ønsker bedre samhandling i helsetjenestene slik at helse- og omsorgstjenestene kan fordele oppgaver seg imellom for å nå et felles mål, og samtidig gjennomføre oppgavene på en koordinert måte.

Samhandlingsreformen vil også svare til pasientens behov for koordinerte tjenester, og på de samfunnsøkonomiske utfordringene (St. meld.nr.47:13-14).

Litteraturen fra Per Halvor Lunde er anvendt mye i oppgaven. Per Halvor Lunde er M. Ph. og fysioterapeut. Han har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, og ergonomi. Grunnen til at jeg valgte hans litteratur er fordi han har erfaring i arbeid med slagrammete pasienter, erfaring fra hjemmepleie, sykehjem, sykehus, bedriftshelsetjenesten og Arbeidstilsynet. Han har i flere år arbeidet med undervisning om arbeidsmiljø, både nasjonalt og internasjonalt. Han har også ledet flere prosjekt, og arbeidet i et forskerteam med forskning om arbeidsmiljøspørsmål ved Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo. Hvert halvår arrangerer han seminarer og nordiske kurs som er tverrfaglige. Han har forsket mye på forflytningskunnskap, og refererer til mange ulike forskningsartikler og annen litteratur. (Lunde 2011:1).

I oppgaven har jeg også med statistikk om sykefraværet i den norske helsetjenesten. Tallene er hentet fra Statistisk sentralbyrå som er en norsk virksomhet med hovedansvar for å dekke behovet for statistikk om vårt samfunn. Statistikken gir oss en forståelse av forskjeller og sammenhenger i samfunnet. Den synliggjør hvordan miljø, økonomi, utviklingstrekk for befolkningen og levevilkår, og næringsvirksomheten er i samfunnet vårt. Behandlingen og formidlingen gjøres av høy kvalitet i følge administrerende direktør Øystein Olsen (Statistisk sentralbyrå 2009:1). Jeg har med statistikk om sykefraværet i omsorgsinstitusjon for å få en bedre forståelse av om det kan ha en sammenheng med den tunge arbeidsbelastningen som er i sykehjem.

Jeg har med en hovedrapport om ”*Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det*”. Den presenterer resultater fra en levekårsundersøkelse gjort av Statistisk sentralbyrå i 2006, og får frem hvordan yrkesaktive i Norge opplever arbeidsmiljøet og helsen sin.

Hovedrapporten er gjort av NOA (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø- og helse). NOA er en avdeling innenfor Statens arbeidsmiljøinstitutt. Den har som oppgave å overvåke det norske arbeidsmiljøet og helseforholdene for å gi kunnskap til norsk arbeidsliv og myndigheter (Tynes et al. 2008:1,3).

Jeg har forståelse for at det kan være annen litteratur jeg har oversett, og som har hatt bedre svar og pålitelige kilder. Jeg har prøvd å være så kritisk som mulig til den data jeg har samlet. Etter beste evne har jeg forsikret meg om den faglige bakgrunnen til forfatterne, sjekket ut tidligere publikasjoner og betraktet dataens reliabilitet. Selv om jeg er kritisk til den data jeg bruker, har jeg forståelse for at noe kan være feilaktig, og forskning kan ha blitt gjort utenfor gjeldende retningslinjer. Jeg har i hovedsak prøvd å ha med nyest oppdatert data, og har prøvd å unngå litteratur som er eldre enn 10 år. Jeg har også forståelse for at de erfaringene jeg har, kan påvirke og sette begrensninger for svarene jeg får i oppgaven. De fire sykehjemmene jeg har erfaring fra trenger ikke nødvendigvis å representere alle de norske sykehjemmenes utførelse av forflytning. Likevel har de fire sykehjemmene gitt meg en viss forståelse for hvordan forflytning av pasienter forekommer, og er med på å bidra til mitt svar på problemstillingen.

2.4 Valg av sykepleieteoretiker

Kari Martinsen (f.1943) er en Norsk sykepleieteoretiker med magister i filosofi og dr.philos. i historie. Hun er skolert innenfor humanvitenskap, en form for hermeneutisk kunnskapssyn. Hun har også vært lærer ved ulike Høgskoler og Universitet (Martinsen og Eriksson 2009:1,14). Martinsen har skrevet flere bøker om omsorgsfilosofi, der hun stiller seg samfunnskritisk til den tradisjonelle teoretiseringen av sykepleiefaget (Kristoffersen 2011:247). Hun hevder at omsorg er et viktig begrep for å forstå sykepleie. For å kunne gi god omsorg, sier hun at vi som sykepleiere må forstå den andres situasjon (Aadland 2004:208). Jeg valgte Martinsen i min oppgave fordi jeg ser at hennes teori kan ha relevans til problemstillingen, siden forflytningskunnskap blant annet handler om kunnskap for den andres situasjon, i dette tilfellet omsorgen til pasienten. Martinsen hevder at uten faglig kunnskap kan det bli vanskeligere å forstå den andres situasjon, og omsorgen blir mer ufølsom. Hun hevder at dersom vi som sykepleiere har fagkunnskaper, er det viktig å bruke den fordi vi ønsker å hjelpe den andre på best mulig måte (Aadland 2004:208).

3 Teori og refleksjon

I dette kapittelet vil jeg trekke inn teori som skal prøve å besvare problemstillingen, samtidig som jeg skal drøfte den ut fra egne erfaringer, faglitteratur, forskning og Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Teorien vil forklare hva forflytningskunnskap er. Jeg vil også belyse hvilke hensyn vi bør ta overfor pasienten og sykepleieren i forflytningssituasjoner, og løfte fram ulike sider ved forflytning. Jeg vil definere de ulike begrepene jeg bruker i oppgaven fortløpende. Til slutt vil jeg trekke fram ulike tiltak som kan iverksettes for å skape god forflytningskultur blant helsepersonell i sykehjem.

3.1 Hva er forflytningskunnskap?

Forflytningskunnskap er et begrep som er tatt i bruk i den senere tid. Ifølge Lunde forklares det som kunnskap om: å hjelpe, trene, stimulere og pleie syke pasienter. Han hevder at forflytningskunnskap er tverrfaglig kunnskap som skal komme både helsepersonell og pasienten til gode. Ifølge Lunde har helsepersonell seks ganger høyere risiko for yrkesskader enn andre yrkesgrupper i samfunnet. Han viser til flere studier som bekrefter at antall yrkesskader i helsetjenesten kan reduseres ved blant annet å bruke riktig utstyr og hjelpemidler for å avlaste helsepersonell (Lunde 2011:11,13 og 56). Ordet forflytningskunnskap er et bevist valg for at vi skal fokusere tankene våre på det nye begrepet. Det er viktig å gå bort fra ord som løfting og bæring. Lunde hevder ordvalgene styrer tankene og handlingene våre. De kan også være med på å skape ny tenkning, eller bidra til ny forståelse. Forflytningskunnskap omhandler flere emner som arbeidsteknikk og arbeidsstillinger, hensynet til pasientene, hensynet til meg selv som sykepleier, hvordan vi kan bruke forflytningskunnskapen og hvordan vi kan organisere fagkunnskapene (Lunde 2011:16).

3.1.1 Hva er forflytningsteknikk?

Forflytningsteknikk forklares som den teknikken vi bruker for å redusere den fysiske belastningen på kroppen til et minimum. Prinsippet bak denne teknikken er at vi alltid jobber med tyngdekraften, ikke mot. Som sykepleiere bør vi arbeide horisontalt, i form av å rulle, skyve, dra eller redusere friksjon mellom pasienten og underlaget. Denne måten å arbeide på kan være med på å redusere faren for negativ belastning av muskler og ledd hos sykepleiere og helsepersonell. Når vi arbeider horisontalt, prøver vi også å få pasienten til å delta mest mulig selv i forflytningen i den grad han klarer (Lunde 2011:13,15).

Løfteteknikken er annerledes enn forflytningsteknikk fordi den i hovedsak har fokus på hvordan sykepleieren bruker kroppen sin ved løfting av pasienten. Arbeidet blir utført vertikalt, mot tyngdekraften. Pasienten blir i større grad passivisert fordi sykepleierne gjennomfører forflytningen for dem (Lunde 2011:15-16). Løfteteknikken har jeg selv observert blant helsepersonell i sykehjem. I fortellingen kommer det fram hvordan sykepleieren vil bruke sin innlærte løfteteknikk for å hjelpe pasienten i rullestolen, selv om jeg hadde forklart og demonstrert en ny forflytningsteknikk i presentasjonen. Dersom hun hadde brukt løfteteknikk for å hjelpe pasienten lenger bak i rullestolen sin, ville hun ifølge Lunde arbeidet mot tyngdekraften. Da kunne pasienten blitt passivisert fordi han selv hadde bidratt lite i forflytningen.

3.1.2 Hva med hensynet til pasienten?

”Å hale og dra i pasienters armer og ben eller å lempe dem på en løftekladd eller et stikkklaken er ikke et fag.” (Lunde 2011:13).

Løftmetoden til sykepleieren i fortellingen kan få følger for pasienten. Eldre mennesker har gjerne skjøre ledd på grunn av de fysiologiske forandringene som skjer når vi eldres. Eksempelvis er skulderleddet det mest bevegelige leddet i kroppen, og har derfor lettere for å luxere (gå ut av ledd) (Schjøll 2003:54). Dersom vi som sykepleiere hjelper pasienter å forflytte seg ved å ta tak under armene og løfte dem, kan det øke sjansen for at vi skader pasienten under forflytningen. Skulderleddet kan slites og luxere, og skaden kan påføre pasienten ekstra lidelse. Ifølge Lunde bør vi derfor ta utgangspunkt i naturlige bevegelser hos det friske mennesket når vi hjelper til å forflytte pasienten. En metode kan være å bruke oss selv som eksempel. Hvordan er det jeg forflytter meg når jeg skal opp fra en stol, ut av senga eller vil sitte bedre i stolen?

Friske mennesker bruker et naturlig bevegelsesmønster. Etter hvert blir bevegelsene automatiske som vi ikke tenker over. Ved at vi som sykepleiere har kunnskap om dette, bør vi derfor stimulere pasientene til å bruke sitt naturlige bevegelsesmønster i den grad de klarer (Lunde 2011:56). De naturlige forflytningene tar hensyn til tyngdekraften, og når vi skal forflytte oss bruker vi små vekselvise bevegelser. Eksempelvis dersom vi skal flytte oss lenger bak i stolen, er det naturlig å ake seg vekselvis lenger bak (Lunde 2011:15). I fortellingen kommer det fram at jeg hjalp pasienten ved å bruke denne metoden. Jeg reflekterer over hvordan min opplevelse ville vært dersom noen hadde løftet meg etter armene for å hjelpe meg lenger bak i stolen?

Pasienten i fortellingen var med i forflytningen så mye han klarte, selv om jeg hjalp han. Han var i en situasjon der vi som helsepersonell hadde flere valgmuligheter om hvordan vi skulle hjelpe han. Jeg ønsket å hjelpe han ut fra den kunnskapen jeg hadde om forflytning. Forflytningskunnskapen ønsker at sykepleiere skal velge forflytningsmetoder som er til det beste for pasienten, ut fra den situasjonen han er i. Ifølge Kari Martinsen er det viktig at vi har forståelse for pasientens livssituasjon for å kunne gi omsorg. Hun hevder at en god situasjonsforståelse vil gi en balansegang mellom hvor mye sykepleieren overtar ansvaret for pasienten, og respekten for menneskets selvbestemmelse (Martinsen 2003:16).

Som sykepleiere får vi mye undervisning om å forstå pasienten, og å sette oss inn i hans situasjon (empati). Kari Martinsen beskriver dette som omsorgsmoral. Hun sier at omsorg handler om nestekjærlighet: å handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss. Vi må kunne se pasienten ved å identifisere oss med han, og forestille oss at vi bytter roller. På den måten får pasientene bedre mulighet til å leve det beste livet de er i stand til (Martinsen 2003:14,17).

Dersom vi som sykepleiere har empati for pasienten kan det være med på å styrke pasientens verdighet og selvfølelse. Empati forklares som å leve seg inn i, og bli berørt følelsesmessig av en annen persons tilstand (Kristoffersen og Nortvedt 2011:106). I forskjellig sykepleiefaglig litteratur er det alminnelig enighet om at opprettholdelse av verdigheten til pasienter er et viktig element i sykepleien. Dette er også høyt verdsatt av pasientene (Walsh og Kowanko 2002:143). Et annet element som kan forsterke pasientens verdighet er evnen til å kunne se pasientens ressurser, og bidra til ivaretagelse av dem. Pasientens ressurser (evnen til å bidra/assistere) kan være ulik bevegelse ved forflytning, eller andre aktiviteter som å kle på seg, stelle seg, og hente et glass vann. Ved redusert bevegelse kan pasienten likevel ha ressurser i form av å løfte armer og ben i den grad han klarer, eller forsøke å spise selv. Dersom vi som sykepleiere ser pasienten i fortellingen og setter oss inn i hans situasjon, kan det bli lettere å se hvilke ressurser han har. Vi kan da bidra til å motivere pasienten til å bruke de ressursene han har. Under sykepleiestudie har jeg også lært at motivasjon til egen aktivitet er viktig for å stimulere blodsirkulasjon, vedlikeholde muskler og skjelett og forebygge komplikasjoner ved inaktivitet.

I fortellingen så jeg at pasienten hadde evne til å bidra med hjelp i forflytningen. Vårt samarbeid kunne ha medvirket til en følelse av mestring hos pasienten. Når pasienten kan hjelpe til i den grad han klarer, kan det føre til større følelse av kontroll over sin egen kropp, som igjen kan gi mestringsfølelse. Dersom vi som sykepleiere overtar arbeidet for pasienten selv om han er i stand til å bidra, kan det øke avhengighetsfølelsen. Ifølge Kari Martinsen er avhengighet forbundet med diskriminering og negativ holdning i den vestlige kultur. Hun forklarer avhengighet i et kulturelt betinget personlighetstrekk som å ikke kunne hjelpe seg selv, at det fører til mindre respekt og anseelse hos andre, og hos seg selv. Hun sier også at de holdninger og forventninger samfunnet har til avhengighet, kan slå ut i menneskenes oppfatning av seg selv (Martinsen 2003:43-44).

3.1.3 Hva med hensynet til oss som sykepleiere?

Forflytningskunnskap handler om å ha kunnskap om hvordan forflytning kan skje på best mulig måte for pasienten og sykepleieren. For å forstå hvordan vi som sykepleiere kan bruke forflytningskunnskapen, må vi ha kunnskap om hvilke praktiske ferdigheter (forflytningsteknikk) vi trenger for å hjelpe pasienten i enhver situasjon. For å få kunnskap om dette bør vi ha teoretisk innsikt om anatomi, fysiologi og sykdomslære, og forståelse innenfor forflytningskunnskap og sykepleie (Lunde 2011:71). Vi bør også ha kunnskap om hva som kan skje dersom vi ikke bruker riktig forflytning, og lære for hvorfor det er viktig for sykepleieren. Det kan hjelpe oss å forstå hvorfor forflytningskunnskap er viktig.

Kunnskap defineres som: viten, lærdom og innsikt (Alnes 2011). Kunnskapen kan vi tilegne oss fra ulike kilder som forskning, litteratur, egen erfaring, fra pasienter, pårørende eller kollegaer. Hvis vi som sykepleiere benytter oss av alle de ulike kunnskapene i utøvelsen av sykepleie, vil det gi en kunnskapsbasert praksis. For å nå dette må vi som fagutøvere holde oss faglig oppdaterte kontinuerlig, og anvende de ulike kunnskapene i praksis. Målet for sykepleiere er å utvikle seg faglig gjennom kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al. 2007:15). I tillegg stilles det krav i flere av helselovene om at vi som sykepleiere holder oss faglig oppdaterte (Normann 2008:4). Det står blant annet i *Lov om Helsepersonell m.v.* (1999), § 4:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Ved å bruke kunnskapsbasert praksis kan det dermed hjelpe oss som sykepleiere å følge lovverket. Det forstås i denne lov at vi som sykepleiere blant annet skal gi faglig forsvarlig hjelp ut fra den enkelte situasjon, eksempelvis forflytningssituasjonen. Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund sier at: *”Faglig forsvarlig sykepleie skal bidra til at pasienter tilbys trygge og sikre helsetjenester og ikke utsettes for unødvendige belastninger”* (Normann 2008:3). Grunnen til at kravet om faglig forsvarlighet spesifiseres i loven, er for å sikre pasienten mot handlinger som er i strid med normen om faglig forsvarlighet. Den enkelte sykepleier har derfor et eget ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse (Normann 2008:4-5). Imidlertid står det også i paragrafen at vi skal gi faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut fra våre kvalifikasjoner som forventes. Jeg reflekterer over om sykepleiere og annet

helsepersonell alltid vet hvilke kvalifikasjoner som forventes av dem innenfor forflytningskunnskap?

Kvalifikasjon er definert som: skikkethet, kompetanse, og egenskaper som gjør oss skikket til å fylle en stilling (Store Norske Leksikon). For å få egenskaper og kompetanse kan det være nødvendig å tilegne oss ulik kunnskap og erfaring. Innenfor kunnskapsbasert praksis fokuseres det at sykepleiere skal tilegne seg brukerkunnskap, forskningsbasert-, og erfaringsbasert kunnskap som skal brukes i praksis. Kari Martinsen hevder at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter hører sammen. Ved at vi utøver pleie gjennom en kombinasjon av fagkunnskapene og praktiske ferdigheter, vil vi kunne utøve faglig dyktighet (Martinsen 2003:75).

Forskningsbasert litteratur inneholder faglige opplysninger som er forsket på. Forskning defineres som kunnskap som er tilegnet gjennom kreativ virksomhet som utføres systematisk. Forskning kan gi svar på opplevelser pasienter har innenfor ulike områder, vise statistikk over effekt av tiltak eller gi nye hypoteser (Nortvedt et al. 2007:15). Denne kunnskapen bør være en av tre kunnskapsformer som anvendes i praksis, der jeg som sykepleier bør holde meg faglig oppdaterte siden forskning stadig er i utvikling. Jeg reflekterer over om dersom jeg ikke er oppdatert på den nyeste forskning om forflytningskunnskap, kan jeg da utføre optimal kunnskapsbasert praksis? Og vil jeg utfylle de kvalifikasjoner som forventes av meg i lovverket?

Den erfaringsbaserte kunnskapen er et viktig punkt i utøvelse av sykepleie. Denne kunnskapen tilegner jeg meg gjennom erfaring i praksis. Erfaring får jeg gjennom refleksjon av det praktiske arbeidet som for eksempel fra feil jeg gjør, feil andre gjør, hvilke valg jeg tar, eller reaksjoner fra pasienter og pårørende. Kari Martinsen sier at dersom vi som sykepleiere har lite erfaring i praksis, vil vi handle ut fra rutiner og innlærte regler. Reglene vil gjemme de fellesmenneskelige erfaringene og verdiene. Dersom vi har mer erfaring fra ulike situasjoner, kan handlingene bli mindre regelstyrte. På den måten vil erfaringsbasert vurdering og skjønn spille hovedrollen i sykepleien, og vi kan engasjere oss i situasjonens helhet og overveie ulike handlingsalternativer. Martinsen beskriver dette som tilegnelse av etisk kompetanse som kan kalles praktisk visdom (Martinsen 2003:49).

Kari Martinsen hevder også at erfaring og ferdigheter er noe jeg som sykepleierstudent tilegner meg i praksis gjennom blant annet veiledning fra sykepleiere. Veiledningen skjer ved at jeg følges opp igjennom hele praksisprosessen, slik at jeg gradvis kan ta mer del i pasientens tilstand. Denne prosessen vil være en bidragsyter til min yrkeskompetanse som sykepleier, og omsorgen læres gjennom yrkeskompetansen og dagliglivet (Martinsen 2003:21). Erfaringsbasert kunnskap kan også være at jeg har evne til å anvende ulik kunnskap i praksis, og kan finne og bruke forskningsbasert kunnskap ut fra de erfaringer jeg gjør meg fra den enkelte pasient (Nortvedt et al. 2007:16). Jeg reflekterer over om dersom jeg er oppdatert på forskning om forflytningskunnskap, og bruker mine erfaringer om forflytning fra ulike pasienter: Kan det være lettere å anvende riktig forflytning til den enkelte pasient? I fortellingen min, var jeg som student mer oppdatert på forflytningskunnskap enn sykepleieren som hadde arbeidet ved sykehjemmet i flere år?

Den tredje kunnskapen kalles brukerkunnskap. Det er den kunnskapen, de ressursene og ønskene pasienten i sykehjemmet har om seg selv, og er en viktig ressurs for vurdering av hvilken helsehjelp han skal få. Pasienten kjenner seg selv og sin kropp best. I tillegg bør sykepleieren legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med pasienten. Martinsen sier at sykepleieren må gjøre pasienten til deltaker. Noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon er å bruke fagkunnskaper gjennom redskaper som pasienten er kjent med i sitt daglige liv (Martinsen 2003:76). Vil jeg som sykepleier kunne gi en god forflytning til pasienten, dersom jeg ikke tar i bruk pasientens kunnskaper om seg selv og samarbeider med pasienten? Alle disse tre kunnskapsformene er viktige på hvert sitt område. Når vi anvender dem i praksis skal de utfylle hverandre slik at den kunnskapsbaserte praksisen inneholder lik verdi av brukerkunnskap, forskningsbasert-, og erfaringsbasert kunnskap. På den måten anvender vi ulik kunnskap som kan gi helhetlig sykepleie til pasienten (Nordtvet et al. 2007:17).

Lunde hevder at god kunnskap om forflytning innebærer: å ha kunnskap om forflytningsteknikk til pasienten, hvorfor det er til fordel for pasient og for sykepleieren. Og hvordan vi kan ta i bruk den nye forflytningskunnskapen i arbeidet vårt. Kunnskap om forflytningsteknikk kan eksempelvis lære oss som sykepleiere hvordan vi bruker en elektrisk seng til pasienten på en riktig måte og som et hjelperedskap i forflytningen. Den kan også hjelpe oss å forstå hvordan vi kan redusere friksjonen under pasienten for å få minst mulig

motstand, og hvordan vi kan sette grenser for hvor mye vi kan hjelpe en pasient med begrenset mobilitet alene. Eller hvordan to sykepleiere kan forflytte en pasient sammen (Lunde 2011:14).

Kunnskap om forflytningsteknikk alene er ifølge Lunde ikke nok for å ha helhetlig god kunnskap om forflytning. Den forskningsbaserte studien "*Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement*" viser også at det å lære seg riktig arbeidsteknikk alene, ikke gir noen bedre effekt i reduksjon av yrkesskader. Studien er gjort av Audrey Nelson og Andrea Baptiste. Forskningen oppsummerer aktuell evidens (bevis) for tiltakene som er satt i gang for å redusere yrkesskader hos helsepersonell. Artikkelen får fram at det er sterke evidens på at de mest vanlige metodene som brukes i dag for å forflytte er ineffektive. Det må flere strategier til enn bare å lære forflytningsteknikk. De strategiene er: å ta hensyn til hvilket utstyr som brukes i forflytningssituasjonen, ergonomiske vurderingsprotokoller ved pasientforflytning, ikke-løft prinsippet, å trene på riktig bruk av hjelpemidler til forflytning og å ha et forflytningsteam for pasientene. Dersom alle strategier tas hensyn til i praksis, vil det gi større sannsynlighet for å redusere yrkesskader hos helsepersonell, enn hvis bare en strategi tas i bruk. For å kunne ta i bruk alle strategiene kreves en systematisk forandring i helseinstitusjoner (Nelson og Baptiste 2004:366). Jeg vil senere i oppgaven trekke inn videre teori fra denne forskningsartikkelen.

Sykepleieren i fortellingen er kanskje en bekreftelse på forskningsartikkelens bevis på at det ofte er en utfordring å endre gamle vaner i forflytningssituasjoner. I hennes situasjon kunne hun valgt å bruke en personløfter for å hjelpe pasienten lenger bak i stolen. Eventuelt kunne hun brukt et stikklaken som hjelp til å forflytte pasienten, eller hun kunne brukt den metoden jeg viste henne, der jeg og pasienten samarbeidet om forflytningen. Jeg reflekterer over hvorfor hun ikke valgte disse alternativene? Kanskje var det en utfordring for henne å endre de praktiske forflytningene hun har lært på skolen og har anvendt i praksis i flere år? Eller var det fordi hun ikke klarte å se de ulike mulighetene av forflytningsteknikker fordi hun ikke hadde nok øvelse og kunnskap om andre metoder?

3.1.3.1 Hva er arbeidsbelastning?

Bruk av ordet belastning er ofte et negativt ladet ord. Likevel er en viss mengde belastning av muskler, ledd, sener og knokler nødvendig for å bevare god funksjon. Belastningen bør være i av en grad som styrker kroppen, slik som bevegelse ute, forskjellig idrett, lek, og fysisk aktivitet. Ensidig arbeid og feil arbeidsstilling er det vi vil unngå, fordi det kan gi uheldige belastninger på kroppen. En belastningsskade kan utvikle seg når summen av de fysiske og psykiske belastningene vi utsettes for blir større enn vi takler (Schjøll 2003:66).

Et eksempel på en belastningslidelse som kan oppstå er isjiaslidelse. Den kan oppstå ved akutt, eller langsomt framtreddende skade av virvelsøylen. Virvelsøylen består av 24 virvler og har blant annet til oppgave å holde kroppen i likevekt i stående stilling, og beskytte ryggmargen (nervecellene i ryggen). Imellom hver virvel ligger det mellomvirvelskiver. De består av en fast bruskring på utsiden, og en kjerne med bløt konsistens på innsiden. Når vi eldres blir mellomvirvelskivene sprøere, og fra ung alder finnes små sprekker i ytterste del av dem. Dersom mellomvirvelskivene utsettes for akutt- eller langsomt framtreddende skade, kan kjernen i dem bli presset gjennom sprekke, som igjen kan trykke på isjas-nerveroten og gi isjassmerter (Schjøll:56-57). Dette er altså en skade som mennesker kan bli rammet av ved feil og langvarig arbeidsbelastning av ryggen.

I den tidligere nevnte forskningsartikkelen kommer det fram at mange pasienter i sykehjem forflyttet på måter som gir uheldige arbeidsstillinger for helsepersonell, som å bøye eller strekke seg over sengen med bøyd rygg (Nelson og Baptiste 2004:366). Over lengre tid kan dette medføre belastningslidelser. Ifølge Hovedrapport som presenterer resultater fra en levekårsundersøkelse gjort av Statistisk sentralbyrå i 2006 om Arbeidsmiljø og Helse, kommer det fram at "Pleie- og Omsorgsarbeidere" og "Ufaglærte" er to av fem yrkesgrupper som sliter med arbeidsmiljøbelastningen: "løft i ubekvem stilling" (Tynes et al. 2008:42). Rapporten får fram hvordan yrkesaktive selv opplever arbeidsmiljøet sitt. Formålet med rapporten er at den skal være en bidragsyter til nye program og tiltak som fremmer god mental og fysisk helse på norske arbeidsplasser (Tynes et al. 2008:3).

Sykepleiere er også med som en egen yrkeskategori i tabellen, men de er ikke blant de fem yrkesgruppene som er mest belastet med løft i ubekvem stilling. Ut fra min erfaring er funnene noe overraskende. Imidlertid vet jeg ikke nøyaktig hvor disse sykepleierne arbeider, og hva de arbeider som. Er flere av dem ledere? Arbeider flertallet i psykiatrien der det kan være mindre tunge belastninger? Er det færre som arbeider i sykehjem? Jeg reflekterer over disse spørsmålene med tanke på resultatet av undersøkelsen, siden det er ulike arbeidsoppgaver innenfor de forskjellige arbeidsplassene. Eksempelvis kan sykepleiere i sykehjem ha en større arbeidsbelastning med fysiske forflytninger tatt pasientgruppen i betraktning, enn for eksempel sykepleiere på en barneavdeling på sykehuset. Samtidig er mitt inntrykk at det er flere hjelpepleiere og øvrig helsepersonell som arbeider i sykehjem, enn sykepleiere. Kanskje det var en medvirkende årsak til resultatet?

Gjennom sykepleierstudiet har jeg blitt opplært til den holistiske tilnærmingen der vi skal se hele pasienten. Å se hele pasienten i en forflytningssituasjon kan bety å observere hvilke ressurser pasienten har, og hvordan han opplever forflytningen. For å kunne se hele pasienten i forflytningssammenheng, krever det kunnskap om pasienten, forflytningkunnskap og erfaring hos sykepleieren. Hvis en sykepleier ikke har kunnskap om hvordan hun skal ta vare på seg selv og sin egen helse under omsorgsarbeidet, kan det bety at hun over tid påfører seg selv belastningslidelse. En belastningslidelse kan være med på å redusere livskvaliteten, og tilværelsen kan bli uutholdelig (Schjøll 2003:67). Det kan igjen føre til at det blir tyngre å arbeide, og at sykepleieren ikke klarer å yte like god pleie som hun burde.

3.2 Ansvar for egen helse?

”Det er så mye vi skal gjøre på sykehjemmet, og vi er for få helsepersonell på arbeid til å rekke over alt”. Et slikt eksempel kan være et argument som brukes av helsepersonell for å forklare hvorfor riktig forflytning ikke blir prioritert. Kari Martinsen sier at vi må gi rom for tiden. Hun hevder at hvis vi ikke tar oss nok tid, kan vi bli syke av det (Gripsrud 2003:1). Jeg reflekterer over om dersom vi som sykepleiere ikke tar oss nok tid til å hjelpe pasienter med riktig forflytning, vil det føre til at pasientene og vi som sykepleiere blir mer syke? Jeg reflekterer også over om det var tiden og travelheten som gjorde at sykepleieren i fortellingen ville hjelpe pasienten på sin vante måte? Dersom vi velger å si at vi ikke har tid til å hjelpe pasienten i hverdagen med forflytning og dermed daglig aktivitet, hvilken omsorg vil vi da gi pasienten?

Kari Martinsen sier at omsorgen er et mål i seg selv. Hennes omsorgsteori innebærer at sykepleieren skal handle aktivt til det beste for pasienten i dagligdagse situasjoner. Teorien legger også vekt på at sykepleieren skal handle ut fra en faglig merforståelse på den måten at den er til det beste for pasienten (Kristoffersen 2011:215). Ut fra det hun sier reflekterer jeg over om dersom vi har faglig forståelse om forflytningskunnskap, og lærer hvordan vi skal bruke den i praksis, vil det være til det beste for pasienten? Og kan de tunge belastningene vi utsetter oss for gjennom forflytning av pasienter i sykehjem være en medvirkende årsak til høyere sykefravær i helsetjenesten?

Ifølge statistikk om arbeidsfravær med legemeldt sykefravær etter næring, utgjør næringen ”Pleie- og omsorgstjenester i institusjon” nest høyest prosentandel for sykefravær i helsesektoren på 8,7 %. Denne næringen kan blant annet representere sykehjem. Den høyeste prosenten på sykefraværet er 9,1 %, og den finner vi hos ”Sosiale omsorgstjenester uten botilbud” innefor helsetjenesten, og ”Rengjøringsvirksomheten” (Statistisk Sentralbyrå 2010). I tillegg kommer det fram i den tidligere nevnte forskningsbaserte artikkelen at 13,5 % av helsepersonell i sykehjem lider av muskel- og skjelettplager som er arbeidsrelatert, og at prosentandelen fortsetter å øke (Nelson og Baptiste 2004:366). Resultatene fra de arbeidsrelaterte lidelsene av helsepersonell kan være en forklaring på sykefraværet i helsetjenesten.

Fra de resultatene som kom fram i den tidligere nevnte Hovedrapporten tenker jeg det er viktig å få fram helsepersonells og ufaglærtes belastning, selv om resultatene er ut fra generell basis og ikke bare sykehjem. Øvrig helsepersonell samarbeider med sykepleierne i sykehjem, og deltar mye i pleien og det praktiske arbeidet med pasientene. Gjerne mer enn sykepleierne, som har andre arbeidsoppgaver. Resultatene viser at helsetjenesten er en av fem yrkesgrupper der det er betydelige arbeidsbelastninger. Som sykepleiere i arbeid på sykehjem, er vi en del av de ansatte og et team som skal gi best mulig pleie til pasientene. Dersom en del av teamet (øvrig helsepersonell) har større belastninger grunnet mer praktisk arbeid, kan det være større sannsynlighet for at de blir sykemeldt på grunn av belastningslidelser. Det kan føre til at færre kan bidra i teamarbeidet. Selv om sykepleiere kanskje har mindre fysiske belastninger enn øvrig helsepersonell i sykehjem, har vi likevel et ansvar for å sikre et godt arbeidsmiljø. I *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (2005), § 2-3 står det:

”Arbeidstaker skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.”

Denne lovgivningen viser at vi som arbeidstakere plikter til å bidra med organisert arbeid som skaper et godt arbeidsmiljø. I tillegg plikter vår arbeidsgiver (virksomhetsleder) å sørge for at denne bestemmelsen og alt annet i *Lov om arbeidsmiljø mv.* (2005) blir overholdt jfr. § 2-1. Arbeidsgiver plikter også overfor andre enn egne arbeidstakere, som kan være innleide arbeidstakere at: *”... egen virksomhet er innrettet og egne arbeidstakeres arbeid er ordnet og blir utført på en slik måte at også andre enn egne arbeidstakere er sikret et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.”* (*Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* § 2-2). Ut fra denne lovgivningen skal for eksempel et sykehjem ha organisert arbeidet slik at det kan bli utført på en måte som sikrer et forsvarlig arbeidsmiljø, enten det gjelder egne arbeidstakere eller andre som for eksempel innleide ekstravikarer.

3.3 Kan forebygging hjelpe?

I *Lov om kommunehelsetjenester* (1982) § 1-3 står det at helsetjenesten blant annet skal inneholde oppgaver som skal fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte, og gi pleie og omsorg. Forebygging av sykdom betyr at vi ønsker å forhindre at sykdom skal oppstå (Mæland 2005:13). I følge ”*Samhandlingsreformen*” er forebygging av sykdom et område innenfor helsesektoren som er blitt lite prioritert. På grunn av lite prioritering har det ført til mer behandling av kroniske sykdommer (St. meld nr. 47, 2008-9:22-23). Kronisk sykdom betyr sykdom som er langvarig eller vedvarende. Belastningslidelser eller yrkesskader kan bli kronisk, og forringe livskvaliteten til den som rammes (Nylenna 2009:255, Schjøll 2003:67). For å forhindre kronisk sykdom og annen lidelse mener ”*Samhandlingsreformen*” at det må settes inn tiltak og ressurser i samfunnet så tidlig som mulig, slik at sykdom kan unngås, utsettes eller reduseres. Det kan føre til fordeler for den enkelte i samfunnet, men det vil også lønne seg samfunnsøkonomisk med behov for mindre behandling (St. meld. nr. 47 2008-9:23).

Sykehjemmene i Norge representerer en del av samfunnsøkonomien. Dersom prosentandelen av sykemeldte i ”pleie- og omsorgsinstitusjoner” er like høy eller øker, kan det koste samfunnet mer. Det er også en lovpålagt plikt for helsepersonell å sørge for at helsehjelpen som gis, ikke påfører pasienter og helseinstitusjon unødvendige utgifter (*Lov om helsepersonell m.v.* 1999 § 6). Ut fra denne loven ser jeg derfor at sykehjem som helseinstitusjon har plikt til å organisere arbeidet slik at den helsehjelpen som gis ikke påfører unødige belastningslidelser for pasienten, eller hos helsepersonell slik at de blir sykemeldte. Sykemeldinger kan føre til at samfunnet må bruke utgifter på tapte arbeidsdager, uføretrygd og førtidspensjon (Schjøll 2003:68). Kari Martinsen snakker om omsorg i sosial- og helsepolitisk sammenheng. Denne omsorgen er den rettsplikten samfunnet har, og den forpliktelsen det offentlige har til å gripe inn overfor medmennesker som trenger hjelp (Martinsen 2003:34).

For sykehjemmene kan det også bli vanskelig å få nok sykepleiere og helsepersonell til å arbeide for de som er sykemeldte. Dersom det leies inn nye ekstravikarer som har lite erfaring med å pleie de eldre i sykehjem, tenker jeg at kvaliteten og kontinuiteten i pleien kan bli redusert. Kanskje er flere av vikarene ufaglærte assistenter som trer inn i arbeidet for de sykemeldte. Ufaglærte har kanskje ikke den samme kunnskapen om sine lovpålagte plikter og

rettigheter i arbeid på sykehjem, og pasientens rettigheter. De har kanskje ikke den fagkunnskapen som de bør ha for å arbeide i sykehjem. Kanskje ser de ikke at svekket kunnskap om forflytning i sykehjem kan påføre pasienten ekstra fysisk lidelse og slitasje, og mindre ivaretagelse av deres ressurser? Lunde hevder at bruk av riktige forflytningsteknikker for å hjelpe pasienter, reduserer belastninger og skader på helsepersonell. Å være en forflytter er å ha omsorg for pasientene, men også for seg selv og kollegers helse (Lunde 2011:269). Martinsen sier at å ha omsorg for hverandre er balansert gjensidighet basert på likeverdig gi- og ta-forhold. Slik omsorg er den vanlige omsorgsrelasjon mellom friske voksne mennesker (Martinsen 2003:73).

I fortellingen fikk pasienten hjelp til å bidra selv i forflytningen, noe som kan føre til økt aktivisering av pasienten, ivaretagelse av hans ressurser og verdighet. Samtidig kan arbeidsbelastningen til personalet bli redusert. Dersom sykepleieren fortsetter å hjelpe pasienten slik hun er vant med, viser tidligere nevnte forskningsartikkel at det kan øke faren for at hun utsettes for yrkesskade, som igjen kan føre til sykemelding. De ufaglærte i sykehjem ser kanskje ikke at de kan påføre seg selv belastningslidelser dersom de ikke har kunnskap om hvordan hjelpemidlene i forflytningssituasjoner skal brukes, eller hvilken arbeidsstilling som bør benyttes. Dette kan skape en ond sirkel der flere pasienter trenger mer hjelp og behandling på grunn av svekket bruk av egne ressurser eller slitasje av ledd. Det økende behovet for hjelp kan kreve flere helsepersonell med fagkunnskaper. Det kan bli vanskelig å dekke behovet, siden tidligere nevnte statistikk viser høy prosentandel av sykemeldte i helsetjenesten. Sykehjemmene må kanskje leie inn ufaglærte vikarer som har mangelfull kunnskap om forflytning, påfører seg belastningslidelser og kanskje blir sykemeldte selv. Slik kan den onde sirkelen fortsette. Jeg reflekterer over om økt kunnskap om forflytningskunnskap i sykehjem kan medvirke til å forhindre denne onde sirkelen?

3.4 Hvordan kan forflytningskunnskapen forbedres?

I *"Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie"* (1988) er det et krav om at sykehjem skal ha en administrativ leder. Ledelse forklares som en avansert form for samhandling. Samhandlingen skjer mellom involverte mennesker som gjennom sine handlinger, sammen kan realisere organisasjonens mål og verdier (Orvik 2004:289). Et sykehjem som en organisasjon er et system som er konstruert for å virkeliggjøre bestemte mål gjennom å løse ulike oppgaver organisasjonen har ansvar for (Orvik 2004:45). I et sykehjem kan sykepleiere ha en rolle som faglig leder (Orvik 2004:99). En faglig leder har ansvar for å påse at det er god faglig standard på oppgavene som hun og medarbeidere har ansvar for. Ansvarer inkluderer en plikt til å følge opp uerfarne kollegaer og medarbeidere med mindre kompetanse enn seg selv som sykepleier (Orvik 2004:99-100).

I sykehjemmet fra fortellingen arbeider både en virksomhetsleder, avdelingsledere, sykepleiere, helsepersonell og ufaglærte. Alle har kanskje ulik erfaring og kunnskap omkring forflytning. Dersom avdelingslederen ved sykehjemmet i fortellingen for eksempel ser at det er for lite kompetanse på fagområdet forflytning, vil det dermed være hennes plikt ifølge Orvik og lovverket for helsetjenesten, å følge opp de uerfarne og medarbeiderne ved sykehjemmet. Dette kan gjøres ved å starte et prosjekt som fokuserer på forflytningskunnskap.

Et prosjekt er en organiseringsform som kan brukes ved større endringsprosesser. En endring kan være nødvendig for å forbedre sykepleiernes arbeid og sikre at ressursene i en organisasjon blir brukt forsvarlig. Endringen i form av et prosjekt, skal derfor ta hensyn til både pasienten, profesjonen og produksjonen (Orvik 2004:355). Før prosjektet starter kan lederen og de som er med i planleggingen kartlegge hvordan nåværende status ved sykehjemmet er: Hvor høyt sykefravær er det? Hvor mye bidrar pasientene selv i forflytningen? En slik oversikt kan brukes når prosessen av prosjektet evalueres. Det kan være til hjelp for å se om det er forbedring av de tiltak som er iverksatt ved å sammenlikne resultatene før, under og etter prosjektet. Oversikten kan være en pekepinne på om de ønskelige målene med prosjektet er oppnådd.

En prosjektgruppe kan bestå av ulike fagpersoner med spesiell kompetanse (Orvik 2004:361). Fysioterapeuter og ergoterapeuter kan være aktuelle i et prosjekt med hensikt å bedre kunnskap om forflytning. Et slikt tverrfaglig samarbeid kan gjøre at prosjektet blir løst mer tilfredsstillende. Kvaliteten på arbeidet kan bedres under tverrfaglig samarbeid, som kan gi pasienten den kompetansen og ekspertise han har krav på (Jakobsen 2005:156). En fysioterapeut har kunnskap om kroppens oppbygging og funksjon, og hvilke behov og muligheter det er for bevegelse (Norsk Fysioterapeutforbund 2011). En ergoterapeut har deltakelse og aktivitet som mål, og kan vurdere hvordan omgivelsene hemmer eller fremmer aktivitet for pasienten (Norsk Ergoterapeutforbund 2008). De ulike yrkesgruppene kan være viktige bidragsytere i endringsprosessen ved sykehjemmet.

Et sykehjem som organisasjon, har en form for kultur. Kulturen går ut på at en gruppe mennesker over tid bearbeider inntrykk, og utvikler et atferdsmønster av mening, holdninger og verdier gjennom kunnskap og erfaring (Orvik 2004:60). Forflytningskultur beskrives som de holdninger og den atferd helsepersonell har til forflytning. Å endre på holdninger og atferd hos helsepersonell vil ifølge Lunde ikke skje raskt. I tidligere nevnte forskningsartikkel sies det at det er en utfordring å få sykepleierne til å endre de praktiske forflytningene som er lært på skolen (Lunde 2011, Nelson og Baptiste 2004:366).

Innlærte arbeidsvaner er vanskelige å avlære selv om vi kan argumentere faglig og nevne gode intensjoner med formålet. Årsaken kan være fordi vi har en innebygd motstand mot endring som for eksempel lojalitetskonflikter og bindinger til kollegaer. Videre gir Lunde et godt eksempel som forklarer hvorfor helsepersonell heller løfter manuelt enn å bruke forflytningsteknikk: Jeg som sykepleier tenker at det ikke er grunn for å slutte å løfte når jeg ikke har hatt noe problem med det hittil. Det går også raskere å løfte slik jeg er vant med. Dersom jeg tenker slik, fremhever jeg min egen begrunnelse for handling, og glemmer den faglige begrunnelsen sett fra pasientens perspektiv. Den handlingen jeg gjør som faglig sett er uønsket, forsvarer jeg ved at den er enklere og tar kortere tid, selv om at den reelt sett er mye tyngre (Lunde 2011:271). Min opplevelse fra sykehjemmet i fortellingen var at de ansatte hadde en slik forflytningskultur. I ettertid av undervisningen jeg hadde for dem, merket jeg heller ingen forskjell på forflytningskulturen. Forklaringen til Lunde kan kanskje forklare noe av årsaken til at sykepleieren i fortellingen valgte sin ”gamle” og vante løfte metode?

De arbeidsvanene vi har, får vi gjennom den kulturen som er der vi arbeider, og den kan gjerne forsterke etablerte atferdsmåter. Vanene og rutinene kan føre til at sykepleieren blir ukritisk til sitt arbeid og passiviserer pasienten (Lunde 2011:37). Lunde sier at for å kunne endre kulturen i et sykehjem kreves flere trinn med ulike tiltak: å etablere en god forflytningskultur, involvere alle de ansatte, innkjøp av passende hjelpemidler, organisere og undervise om bevegelses- og forflytningskunnskap. Undervisning og praktiske øvelser som viser nye forflytningsteknikker, begrunner faglig hvorfor det er viktig og hvem det er viktig for, kan bidra til å styrke kompetansen innen forflytningskunnskap. Arbeidstakerne har også rett til å få undervisning om hvordan de kan ta vare på sin egen helse. I *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (2005) § 3-2* står det at arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker får kjennskap til de ulykker og helsefarer som kan være forbundet med arbeidet, og at arbeidstaker skal få den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig. Undervisning om forflytningskunnskap er dermed lovpålagt da den lærer om farer og skader helsepersonell kan påføre seg ved feil belastning av kroppen. Dersom alle de ansatte i sykehjemmet får undervisning om dette, kan de få bedre forståelse for de fordeler og ulemper forflytning har for pasienten og seg selv som pleier. Martinsen mener også at gjennom kunnskap, ferdigheter og organisasjon kan vi møte den syke med omsorg i omsorgsarbeidet (Martinsen 2003:75).

Undervisningen kan blant annet inneholde kroppsbevegelse for den enkelte ansatte. I arbeid som er fysisk belastende er det viktig at vi tar vare på kroppen ved å være fysisk aktive eller trene. Noen kan tenke at vi får nok trening på arbeid ved sykehjemmet fordi det krever fysisk kraft, men som regel vil vi heller slite mer på kroppen enn vi bygger den opp (Schjøll 2003:91). *Lov om arbeidsmiljø mv. (2005) § 3-4* pålegger arbeidsgiveren (virksomhetslederen) å vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant de ansatte. Et tiltak for virksomhetslederen ved sykehjemmet i fortellingen kan være å melde på sine ansatte til ”Sykle til jobben” kampanjen. Det er en lagkonkurranse som er Norges største innen fysisk aktivitet i arbeidslivet, og arrangeres av bedriftsidrett. Den har som formål å motivere flest mulig til å være fysisk aktiv, der premie tildeles de lagene som har et aktivitetsgjennomsnitt på 30 minutter per deltaker (Norges Bedriftsidrettsforbund 2011). Et annet forslag kan være at sykehjemmet inngår en bedriftsavtale med et treningsstudio, der arbeidstakere får medlemsrabatt (Friskhuset 2009). Det kan motivere til mer fysisk trening hos de ansatte i sykehjemmet.

Etter at de ansatte ved sykehjemmet i fortellingen har fått undervisning om egen kroppsbevegelse, kan de deretter knytte kroppsbevegelsene til arbeidet, analysere forflytningsoppgaver og løse oppgaver med pasienter som innhold. Etterpå kan de utføre forflytningsoppgavene sammen med pasientene, og så samle seg for å reflektere og gi tilbakemelding om hvordan forflytningen var. Arbeidet kan også evalueres der leder er med. Lunde sier at et av kravene til å endre holdning og atferd hos helsepersonell er at leder er engasjert i de tiltak som settes i gang. Dersom lederen er med i undervisningen og evalueringen kan hun få en oversikt over utviklingen i prosjektet. Etter undervisningen og videre fagbasert praksis av forflytningskunnskap kan sykehjemmet for eksempel en gang i halvåret følge opp de ansatte i ettertid, og ha gruppesamtaler om erfaringer og råd for videre arbeid. Lunde hevder at et slikt arbeid over tid kan hjelpe å gi en god forflytningskultur hos helsepersonell ved et sykehjem (Lunde 2011:271-272).

Et annet forslag til hvordan forflytningskunnskapene kan forbedres er å lage en individuell plan til alle pasientene. Den bør inneholde hvordan forflytningen til hver enkelt pasient bør foregå, til det beste for pasienten og den ansatte. Alle pasienter som har behov for langvarige eller koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan ifølge *Lov om pasientrettigheter* (1999). En slik plan har som formål at pasienten får helsehjelp som er helhetlig, individuelt tilpasset og koordinert. Den skal også sikre at pasienten hele tiden har en tjenesteyter som følger han opp, og sikrer at han mottar den helsehjelpen han har krav på (*Forskrift om individuell plan* 2004).

For å sikre pasientene en tjenesteyter kan sykehjemmet i fortellingen skaffe en ordning med primærsykepleiere. Kanskje kan de få ansvar for å lage en billedlig oversikt over ulike forflytninger som brukes til den enkelte pasienten. En slik oversikt kan for eksempel henge på rommet til pasientene i sykehjemmet, synlig for alle som hjelper dem slik at det blir lettere for de ansatte å hjelpe pasientene riktig. Primærsykepleierne kan også få ansvar for å følge opp enkelte pasienter og deres individuelle plan (Orvik 2004:302). Eksempelvis kan en sykepleier få tildelt to pasienter hun har ansvaret for. Når hun lager en individuell plan til dem, kan hun beskrive hvilke forflytningsteknikker som egner seg best for de ulike pasientene og hvordan de bør utføres. Planen vil dokumentere skriftlig hvilke løsninger som fungerer for den enkelte pasient, og eventuelt endringer som fører til at andre metoder bør brukes. Endringer kan bli nødvendig dersom pasienten får bedre eller verre fysisk helsetilstand. På den måten sørger

primærsykepleieren for at pasientens rett til individuell plan blir overholdt og tilpasset etter pasientens individuelle behov. Samtidig har de øvrige ansatte, som kanskje ikke er like godt kjent med pasienten, mulighet til å lese og tilegne seg nødvendig og oppdatert informasjon om hvilke forflytningsmetoder som bør brukes hos den enkelte pasient (Orvik 2004:81). En individuell plan vil inneholde dokumentert beskrivelse av systematiske tiltak som igjen kan sikre internkontroll. Internkontroll er et lovpålagt system virksomhetslederen og de ansatte skal utføre for å påse at tjenesten blir planlagt, utført og vedlikeholdt (*Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten* 1984, § 3). En slik internkontroll er en del av kvalitetssikringen for sykehjemmet, som skal sikre at tjenestene gir tilfredsstillende kvalitet av pleien til pasientene (Jakobsen 2005:47-48).

4 Oppsummering

Igjennom arbeidet med denne oppgaven og på bakgrunn av problemstillingen har jeg fått mer kunnskap om forflytning. Jeg ser at anvendelse av riktig forflytningskunnskap i sykehjem kan ivareta både helsepersonells og pasientens helse, som gjør at vi som sykepleiere kan gi god omsorg til pasienten. God kunnskap om forflytning krever faglig innsikt fra forskning, erfaring og pasientene, samt innsikt fra lovverket. Ved å anvende den brede kunnskapen i praksis, kan det komme pasientene og helsepersonell til gode. Kunnskap om forflytning kan være viktig for sykepleiere fordi den kan bidra til ivaretagelse av pasientenes fysiske funksjon, ressurser og verdighet. Forflytningskunnskap kan også redusere yrkesskader og dermed sykefraværet blant de ansatte i sykehjem og helsetjenesten forøvrig. Dette kan lønne seg både for helsepersonell, pasienter og samfunnsøkonomisk.

Når jeg ser tilbake på dette studiet om forflytningskunnskap syns jeg at jeg har belyst problemstillingen i den grad jeg ønsket. Min nye kunnskap kunne jeg fordypet grundigere enn det som kommer fram i oppgaven. Imidlertid har begrensningen av oppgavens omfang medvirket til at innholdet i oppgaven ikke er grundigere utdypet. Fortellingen som har vært den røde tråden igjennom oppgaven, har også hjulpet meg å begrense innholdet i oppgaven. Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik prosess, og den kunnskapen jeg har tilegnet meg vil jeg ta med meg videre i mitt arbeid som sykepleier. Dersom jeg ved en senere anledning skal fordype meg mer i forflytningskunnskap, vil jeg stille spørsmålet: *”Hvordan kan jeg som sykepleier skape en god forflytningskultur i praksis?”*

Litteraturliste

Pensumlitteratur

Aadland, Einar (2004) «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, John Gunnar (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Orvik, Arne (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.

Jakobsen, Rita (2005) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lover

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988)

Forskrift om individuell plan (2004)

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (2005)

Lov om helsepersonell m.v. (1999)

Lov om kommunehelsetjenester (1982)

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984)

Lov om pasientrettigheter (1999)

Selvvalgt litteratur

- Alnes, Jan Harald (2011). Kunnskap. I: ”*Store Norske Leksikon*”. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.snl.no/kunnskap> [06.04.11] Antall sider: 1
- Amstrup, Kirsten (2006). De geriatriske gigantene. I: Tuntland, Hanne (red.) et al. (2006) *Sykdommer hos eldre*. Danmark: Nørhaven Book AS. (S.26-32) Antall sider: 7
- Bonsaksen, Tore et al. (2011) Lærer å mestre sykelig fedme. I: *Sykepleien 2011 99(02)* [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/599027/L%E6rer%20%E5%20mestre%20sykelig%20fedme.pdf> [12.04.11] (S. 58-60) Antall sider: 3
- Ek, Anna-Christina (2006) Immobilitet og sengeleie. I: Bondevik, Margareth, Nygaard, Harald A. (red.) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget. (S.229-230) Antall sider: 2
- Friskhuset (2009) For bedrift – bedriftsavtale. I: *Friskhuset* [Online] Tilgjengelig fra: <http://friskhuset.no/ansatte.aspx> [24.04.11] Antall sider: 1
- Gripsrud, Silje (2003) Omsorgsfilosofi i kamphumør. I: *forskning.no*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2003/januar/1042620965.27> [29.03.11] (S.1) Antall sider: 1
- Kristoffersen, Nina Jahren og Nordtvedt, Per (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, Nina Jahren et al. (2011) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (S.104-110) Antall sider: 7
- Kristoffersen, Nina Jahren (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren et al. (2011) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (214-215, 247-258) Antall sider: 14
- Lunde, Per Halvor (2011) *Forflytning – kulturforandring og utvikling*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.perlunde.no/page/show/83> [13.04.11] (S.1) Antall sider: 1
- Lunde, Per Halvor (2011) *Forflytningskunnskap: Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (S. 13-36, 37-53, 55-70, 71-83, 265-268, 269-273) Antall sider: 79
- Lunde, Per Halvor (2011) *Forflytningskunnskap for helsepersonell*. Intutor AS: perlunde.no. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.perlunde.no/page/show/83> [13.04.11] Antall sider: 1

- Martinsen, Kari og Eriksson, Katie (2009) *"Å se og Å innse – Om ulike former for evidens"*. Oslo: Akribe AS. (S.1, 9-34, 75-77) Antall sider: 30
- Martinsen, Kari (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Universitetsforlaget. (S. 14-39, 42-66, 67-83) Antall sider: 68
- Nelson, Audrey og Baptiste, Andrea (2004) *Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement. I: The Online Journal of Issues in Nursing, Volume 9 – 2004, No. 3, Sept'04* [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/EvidenceBasedPractices.asp#ANelson> [13.02.11] (S. 366-377) Antall sider: 12
- Nordtvedt, Monica W. et al. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. (S. 13-23) Antall sider: 11
- Norges Bedriftsidrettsforbund (2011) *Om aksjonen - Nyttig informasjon*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.sykletiljobben.no/t2.asp?p=53784> og <http://80.252.164.163/syklestart/index.asp> [24.04.11] Antall sider: 2
- Normann, Lisbeth (2008) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Online] Tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf> (S.3-5) Antall sider: 3
- Norsk Ergoterapeutforbund (2008) *Eldres helse*. Oslo: Nexus Consulting. [Online] Tilgjengelig fra <http://ergo.nxc.no/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse/Fagomraader/Eldres-helse> [13.04.11] Antall sider: 1
- Norsk Fysioterapeutforbund (2011) *Vil du bli fysioterapeut?* Oslo: Nexus Consulting. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/STUDENTER/Vil-du-bli-fysioterapeut> [13.03.11] (S.1) Antall sider: 1
- Nylenna, Magne (2009) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget og Gyldendal Norsk forlag AS. (S.255) Antall sider: 1
- Schjøll, Inger (2003) *Ergonomi – arbeidsmiljø og helse*. Oslo: Yrkeslitteratur as. (S. 49-65, 66-76, 91-105) Antall sider: 43
- Statistisk sentralbyrå (2009) *"Dette er Statistisk sentralbyrå – en institusjon som teller"* [Online] Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/omssb/dette_er_ssb/Dette_er_SSB_web.pdf [13.04.11] (S.1) Antall sider: 1

- Statistisk sentralbyrå (2010) ”*Arbeidstakere med legemeldt sykefravær etter næring. Absolutte tall og i prosent av arbeidstakere i alt ved utløpet av kvartalet. Kvartalstall.*” [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/sykefratot/tab-2011-03-22-17.html> [29.03.11] (S.1-3) Antall sider: 3
- Store Norske Leksikon (2011) *Kvalifikasjon*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.snl.no/kvalifikasjon> Antall sider: 1
- Tynes, Tore et al. (2008) ”*Arbeidsmiljø og Helse – slik norske yrkesaktive opplever det.*” Hovedrapport. Oslo: NOA. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.stami.no/arbeidsmiljoe-og-helse-hovedrapport> [24.03.11] (S. 2-10, 39-44) Antall sider: 15
- Walsh, Ken, og Kowanko, Inge (2002) ”*Nurses’ and patients’ perceptions of dignity*”. I: International Journal of Nursing Practice, Volume 8, Issue 3. [Online] Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x/full> [05.04.11] (S. 143) Antall sider: 1

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 310