

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Malin Thomassen

Arbeidsrelaterte Muskel-og Skjelettplager hos Sykepleiere

Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Nurses

Dato: 19.05.2016

Totalt antall sider: 46

“...hvis man tar utgangspunkt i en ansatt i helsesektoren som har en karriere på 40 år i yrkeslivet, vil den som utsettes for et tungt fysisk arbeid oppleve 140 uker med sykefravær, mens den som arbeider med moderat og lett fysisk arbeid, vil oppleve 30 uker sykefravær i sine 40 år i bransjen.”

Alex Burdorf (2009), gjengitt av Per Halvor Lunde (udatert)

Abstrakt

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse faktorer assosiert med muskel-og skjelettplager hos sykepleiere, med fokus på pasientforflytning.

Introduksjon: Helsepersonell har seks ganger høyere risiko for å pådra seg helseskader sammenliknet med andre yrkesgrupper, og pasientforflytning viste seg å være en stor faktor som utgjør den høye forekomsten.

Metode: Det ble utført en allmenn litteraturstudie, skrevet med IMRaD-struktur. Inkluderer 12 forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viste at sykepleierens holdninger og kunnskap omkring tema pasientforflytning spiller en rolle for hvordan forflytningen blir. Gode holdninger og et støttende klima var positivt, men uttrykket ”mangel på tid”, underbemanning og umotiverte ledere førte til mangel på trygg pasientforflytning. Resultatene tydet på at pasientens status kan ha endel å si for hvordan forflytningen blir, blant annet om pasienten er trøtt, dement eller overvektig. Funnene tydet også på at forflytningskulturen på en arbeidsplass kan bli preget av den eksisterende kulturen der og av fasilitetene på arbeidsplassen.

Diskusjon: I samsvar med resultatet kan sykepleierens atferd og motivasjon omkring pasientforflytning ha en innvirkning på om den blir god eller ikke. Den mest utbredte barrieren var ”dårlig tid”, et begrep med ingen faglig gyldighet.

Konklusjon: Sykepleierne har en viktig rolle i å sørge for korrekt pasientforflytning kontinuerlig i det lange løp. Hvis sykepleierne ikke sitter inne med kunnskaper om forflytning kan det bli mye gråsoner. Sykepleieren må lære å kjenne sine egne begrensninger, i tillegg så viser grensesetting mer faglig skjønn.

Nøkkelord: Pasientforflytning, ergonomi, arbeidskultur, arbeidshelse, sykepleie, muskel-og skjelett, rygg smerter.

Abstract

Aim: The aim of this study was to highlight factors associated with musculoskeletal problems among nurses, focusing on patient handling.

Introduction: Healthcare workers have six times higher risk of incurring work-related injuries compared with other professions, and patient handling is found to be an important factor that accounts for the high incidence.

Method: Literature review, written with IMRaD structure. Includes 12 scientific articles.

Result: The results show that nurses' attitudes and knowledge about patient handling can affect the outcome. A good attitude and a supportive climate was shown to be positive, in contrast with the phrase “lack of time”, understaffing and unmotivated managers who led to lack of safe patient handling. The results indicate that the patient status have some impact too, including whether the patient is tired, suffers from dementia or overweight. The findings also suggest that the patient handling culture in a workplace can be affected by the existing culture and the facilities at the workplace.

Discussion: In accordance with the results can nurses' behavior and motivation towards patient handling have an impact on whether it will turn out good or not. The most common barrier was “time”, a term with no professional validity.

Conclusion: Nurses have an important role in ensuring good quality patient handling. Absence of such knowledge can create a lot of gray zones. Nurses must learn to recognize their own limitations, in addition to this; setting boundaries shows professional judgement.

Keywords: Patient handling, ergonomics, work culture, occupational health, nursing, musculoskeletal, back pain.

Innholdsfortegnelse

1.0.	Innledning.....	1
1.1.	Relevans for sykepleie.....	2
1.2.	Hensikt.....	2
2.0.	Metode.....	2
2.1.	Datasamling.....	3
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	4
2.3.	Etiske overveielser.....	4
2.4.	Analyse.....	5
3.0.	Resultat.....	6
3.1.	Faktorer relatert til sykepleieren.....	7
3.1.1.	<i>Planlegging og prioritering.....</i>	<i>7</i>
3.1.2.	<i>Bruk av hjelpemidler/forflytningsutstyr.....</i>	<i>7</i>
3.1.3.	<i>Arbeidsstillinger.....</i>	<i>8</i>
3.1.4.	<i>Sykepleierens alder.....</i>	<i>8</i>
3.1.5.	<i>Sykefravær og selvrapporing av arbeidsskader.....</i>	<i>9</i>
3.2.	Faktorer relatert til pasienten.....	9
3.2.1.	<i>Rehabiliteringspasienter.....</i>	<i>9</i>
3.2.2.	<i>Overvektige pasienter.....</i>	<i>10</i>
3.2.3.	<i>Uforutsette hendelser.....</i>	<i>10</i>
3.2.4.	<i>Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....</i>	<i>10</i>
3.3.	Faktorer relatert til organisasjonen.....	10
3.3.1.	<i>Bemanning.....</i>	<i>11</i>
3.3.2.	<i>Økonomi.....</i>	<i>11</i>
3.3.3.	<i>Støttende ledelsesklima.....</i>	<i>12</i>
3.4.	Faktorer relatert til forhold på arbeidsplassen.....	12
3.4.1.	<i>Arbeidsmiljø og kultur.....</i>	<i>12</i>
3.4.2.	<i>Plass/lokaler og forflytningsutstyr/ergonomisk utstyr.....</i>	<i>13</i>
3.4.3.	<i>Undervisning og forflytningstrening.....</i>	<i>13</i>
3.4.4.	<i>Type institusjon.....</i>	<i>14</i>
4.0.	Diskusjon.....	14
4.1.	Resultatdiskusjon.....	15
4.1.1.	<i>Faktorer relatert til sykepleieren.....</i>	<i>15</i>
4.1.2.	<i>Faktorer relatert til pasienten.....</i>	<i>17</i>
4.1.3.	<i>Faktorer relatert til organisasjonen.....</i>	<i>19</i>
4.1.4.	<i>Faktorer relatert til forhold på arbeidsplassen.....</i>	<i>20</i>
4.2.	Metodediskusjon.....	21
5.0.	Konklusjon.....	22
6.0.	Referanseliste.....	24
7.0.	Vedlegg.....	30

Antall ord: 7500

1.0. Innledning

Arbeidsrelaterte muskel-og skjelettplager hos sykepleiere har lenge vært et kjent problem, og pasientforflytning viser seg å være en stor faktor som utgjør den høye forekomsten av blant annet smerter i korsryggen hos sykepleiere (Hignett et al. 2003; Caspi et al. 2013). Disse muskel-og skjelettplager kan resultere i ubehag, smerter og funksjonsnedsettelse, som kan føre til sykemelding og uførepensjon, som igjen kan påføre samfunnet store utgifter (Veiersted, 2003). Videre sier Veiersted at Norge er et av få vestlige land som ikke gir mulighet for erstatning ved arbeidsbetingete belastningsslidelser, og er det eneste land som eksplisitt ekskluderer ”belastningsslidelser som er ervervet over tid” som mulig yrkessykdom. Overlege Bo Veiersted har publisert flere vitenskapelige artikler omkring tema yrkesskade, samt at han har doktorgrad i muskel-og skjelettlidelser. I følge Lunde (2011) har helsepersonell seks ganger høyere risiko for å pådra seg helseskader sammenliknet med andre yrkesgrupper. Han sier videre at forskningen på tema viser gode eksempler på hvor enkelt det er å redusere antall skader ved å bruke riktig teknikk og hjelpemidler, men samtidig at annen forskning belyser hvor vanskelig det er å redusere ved å satse på endret arbeidsteknikk alene. Altså effekten av å lære ansatte riktig forflytningsteknikk alene har vært liten, å endre arbeidsvaner og arbeidsmåter er mer enn å forandre arbeidsteknikk. Det handler om å forandre en hel avdelings kultur eller en hel institusjon måte å tenke kollektivt på (Lunde, 2011). I følge Geiger (2013) er faktorer som bidrar til denne høye risikoen blant annet økende antall overvektige pasienter og økt arbeidsbelastning på grunn av utilstrekkelig bemanning og en stor andel av eldre kvinnelige ansatte.

Ergonomiske risikofaktorer for å utvikle muskel-og skjelettskader/plager inkluderer repeterende løfting, løft over skuldre eller under knær, statiske fremoverbøyde og vridde stillinger (Geiger, 2013). En studie gjort av Stenger, Montgomery & Briesmeister (2007) fant at å løfte mer enn 23 kg under ideelle forhold ikke er anbefalt, men det kommer fram at sykepleiere rutinemessig tror 45 kg er lett, noe det helt klart ikke er. De fleste ryggskader er et resultat av fysiologiske sykdommer som utvikler seg over en periode på uker, måneder eller år som et resultat av langvarig mekaniske påkjenninger på muskel- og skjelettsystemet (Stenger et al. 2007).

Forflytning er en bevegelse fra ett sted til et annet med en pasient eller en gjenstand, en bevegelse som i all hovedsak foregår i en horisontal retning ved å rulle, trekke eller skyve. Forflytningsteknikk bygger på grunnprinsippene om ”kroppens naturlige bevegelsesmønster” og samarbeidet med de fysiske lovene (Lunde, 2011). Boken Forflytningskunnskap – aktivisering, hjelp og trening ved forflytning har vært med å motivere til valg av tema. Forfatteren av boken, Per Halvor Lunde, er fysioterapeut med

videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid og ergonomi. Han har egen nettside, seminarer, kurs, prosjekter etc. om tema rundt om i verden. Han er en guru innen forflytning, og hans teorier blir brukt aktivt i diskusjonsdelen.

Oppgaven er skrevet i et sykepleieperspektiv, hvor det blir identifisert faktorer forbundet med muskel- og skjelettplager eller også kalt belastningslidelser hos sykepleiere. Det finnes garantert mye interessant forskning og litteratur på forflytning med hensyn til pasienten, men i denne omgang blir det hovedsakelig fokusert på sykepleieren.

1.1. Relevans for sykepleie

Temaet er sykepleierelevant siden pasientforflytning skjer daglig verden rundt, og som nevnt innledningsvis er muskel- og skjelettplager hos sykepleiere/helsepersonell et kjent problem. For å avgrense tema har en valgt å fokusere på muskel-og skjelettplager hos sykepleiere/helsepersonell. Under utdanningens løp har det vært undervisning om tema forflytning på skolen, og både gode og dårlige forflytningsteknikker er observert i praksis. Dette har skapt et sterkt ønske om, og en motivasjon til å lære mer om tema, både for å være en ressurs for andre helsepersonell og ikke minst for at pasientene skal bli behandlet med riktig teknikk for sin egen kropp, medvirkning og verdighet.

1.2. Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å belyse faktorer assosiert med muskel-og skjelettplager hos sykepleiere, med fokus på pasientforflytning.

2.0. Metode

Metoden som er anvendt er en allmenn litteraturstudie, hvor oppgaven er skrevet med IMRaD-struktur. En litteraturstudie (literature review) er i følge Polit & Beck (2012) en gjennomgang av forskning på et emne, med mål om å oppsummere eksisterende funn.

2.1. Datasamling

For å søke etter vitenskapelige artikler er hovedsakelig artikkeldatabasen Medline anvendt, det har også blitt utført manuelt søk. For å finne relevante artikler opp i mot oppgavens hensikt ble følgende søkeord brukt: ergonomics, nursing, back pain, injuries, patient handling, musculoskeletal, work culture og occupational health. Avgrensningene i søket har vært år og abstrakt. Se utdrag fra tabell 1 under for en synlig og strukturert oversikten over søkestrategiene, tabellen i sin helhet ligger som vedlegg.

Tabell 1. Eksempel på oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff og lest artikkelens tittel	Lest artikkelens abstrakt	Lest i sin helhet	Artikkelen valgt ut for granskning og vurdering	Antall valgte
Medline 7. januar 2016	2007-2016 Abstrakt	Ergonomics (med subjekt heading; human engineering), nursing (nursing AND nursing staf), back pain Kombinert med AND	9	5	5	5	2

I et av søkene på Medline ble det kun søkt på en spesifikk forfatter, "Hignett S", for å utforske forskning denne hadde utført og publisert. Dette søket ga 46 treff fra år 1993 til 2013 hvor mye omhandler sikker pasientforflytning og ergonomi. Grunnet til at dette søket ble utført er hovedsakelig fordi Lunde (2011)

forteller at Hignett og 5 andre forskere hadde skrevet det han mener er den viktigste litteraturstudien gjennomført på dette området. ”*Evidence-based patient handling: systematic review*”. Forskerne hadde samlet inn litteratur fra de siste 30 år (1960 – 2001), dette var interessant lesning og var med på å gi oversikt over forskning over flere ti år. Det ble utført 3 manuelle søk, via å gjennomgå referansene i annen anvendt forskning.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Muskel-og skjelettplager hos sykepleiere grunnet forflytning
- IMRaD-struktur
- Forståelig tabellresultat
- Måtte inneholde faktorer/grunner til muskel-og skjelettplager hos sykepleiere

Eksklusjonskriterier:

- Muskel-og skjelettplager hos pasienter grunnet forflytning
- Review artikler
- Tabellresultat som ikke er beskrevet med ord
- Artikler eldre enn 2000

2.3. Etiske overveielser

I litteraturstudien er det blitt gjort etiske overveielser, artikler som ble funnet relevante i forhold til oppgavens hensikt ble valgt ut for vurdering og analyse. De inkluderte artiklene er vurdert i forhold til om de er godkjent av etiske komite, og at deltakerne i studiene er anonymisert. 7 av forskningsartiklene var godkjent av etisk komite, sykehus og universitet. De resterende forskningsartiklene kunne tilsynelatende ikke vise at de var godkjent av en etisk komite, men alle nevner at deltakerne hadde fått innbydelse, lest informasjon om studien og at de deltok frivillig. En artikkel nevner at de hadde samlet data i samsvar med Dutch Code of Conduct for Observational Research med de krav til ikke-identifiserbar datainnsamling. I all forskning som involverer mennesker og dyr må forskere ta hensyn til etiske overveielser (Polit & Beck, 2012). Rettighetene til deltakerne må opprettholdes, i en av artiklene fikk deltakerne mulighet til å lese over intervjuet sitt for å kunne sjekke selv om anonymiteten ble

beskyttet. 2 av forskningsartiklene ga deltakerne gaver og penger som en kompensasjon for tiden deres, til informasjon var disse to godkjent av etisk komite. De inkluderte artiklene var alle på engelsk språk, som i beste evne har blitt oversatt til norsk språk. Mistolkninger av resultat i forskningen kan forekomme, noe som kan påvirke resultatet i denne litteraturstudien.

2.4. Analyse

Etter å ha utført artikkelsøk ble en nøyere granskning av artiklene utført for å vurdere kvalitet og om resultatdelen i artikkelen svarer på hensikten. Det ble laget en granskningstabell med oversikt over de inkluderte artiklene (se vedlegg 2), hvor det blant annet står hvilken metode studien har brukt, kommentarer i forhold til kvalitet, forfattere, år etc. Ved gjennomgang av artiklene i sin helhet ble det også fylt ut et skjema kalt *artikkelgranskning/vurdering* for kvalitetsvurdering av artiklene (se vedlegg 3). For å kvalitetsvurdere ytterligere ble databasen kalt DBH (database for statistikk for høyere utdanning) anvendt, der blir tidsskriftet gitt en karakter fra nivå 1 til nivå 2, hvor 2 er best. Med studiens hensikt i fokus ble det funnet meningsbærende enheter i artiklene, disse ble notert i en tabell (se tabell 2) . Flere meningsbærende enheter ble satt sammen til subkategorier som igjen ble satt sammen til kategorier.

Tabell 2. Eksempel på kategorisert

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<p>Sykepleierne har ofte tid til å planlegge at forflytningen blir best mulig, men gjør det ikke (Engkvist, 2007).</p> <p>Over de kliniske settingene var det standard praksis for sykepleierteamene å utsette beslutning om pasientens forflytning og mobiliseringsbehov til fysioterapeuten. Samt at det noen ganger dessverre var forsinkelser fra fysioterapeutens side med å vurdere pasienter og for å fortelle sine råd og behandlinger for sykepleieteamet. Noe som kan forsinke rehabiliteringspasientens fremgang (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2014).</p>	Prioritering og planlegging	Faktorer relatert til sykepleieren
I 11%-20% av forflytningene må sykepleieren	Uforutsette	Faktorer relatert til pasienten

reagere raskt siden pasienten faller, det skjer noe uventet (Engkvist, 2007).	hendelser	
Selv om ny opplæring av ansatte innebærer en kostnad, vil det være kostnadseffektivt siden opplæring kan føre til potensielle langsiktige positive effekter som reduksjon i personskader (Finkelstein & Theis, 2013).	Økonomi	Faktorer relatert til organisasjonen
I vår studie viser det seg at sykehjems sykepleiere knapt løfter, forflytter pasienter i seng eller stol siden denne jobben vanligvis gjøres av pleieassistenter. I motsetning til rehabiliterings sykepleiere som jobber sammen med pleieassistenter ved forflytning. Ettersom det er færre pleieassistenter og mer profesjonelle sykepleiere i rehabiliteringsavdelinger, må disse sykepleiere utføre omfattende manuell pasienthåndtering, sammenlignet med sykepleiere som arbeider i sykehjem (Alperovitch-Najenson, Sheffer, Treger, Finkels & Kalichman, 2015).	Type institusjon	Faktorer relatert til forhold på arbeidsplassen

3.0. Resultat

Kategoriene som ble utarbeidet i analysen; Faktorer relatert til sykepleieren, faktorer relatert til pasienten, faktorer relatert til organisasjonen og faktorer relatert til forhold på arbeidsplassen. Kategoriene *organisasjon* og *arbeidsplass* kan virke noe likt, derfor velges det å utdype forskjellene mellom disse. En *organisasjon* er kort definert som ”...et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål” (Orvik, 2015). På en avdeling på et sykehus eller et sykehjem er det som regel en administrativ leder eller en avdelingssjef, administrativ ledelse utgjør sentrale deler av lederrollen på organisasjons- og avdelingsnivå (Orvik, 2015). Det er noe som kalles *organisasjonskultur* og *avdelingskultur*, med organisasjonskultur ser en organisasjonen som helhet eller som én stor homogen kultur, som har verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene (Bang, 2013). Hvordan kulturen er på en avdeling kan variere fra plass til plass, hver sykepleier på en avdeling har egne normer og verdier, noe som kan skape subkulturer innen sykehusets eller avdelingens felles kultur (Orvik, 2015). Faktorer relatert til organisasjonen og faktorer relatert til avdelingen ble fordelt i beste evne.

3.1. Faktorer relatert til sykepleieren

3.1.1. Planlegging og prioritering

Sykepleieren har ofte tid og mulighet til å planlegge forflytningene i forkant slik at det blir best mulig for alle parter, men gjør det ikke. Og det viste seg at mange av ulykkene skjer i de planlagte forflytningene (Engkvist, 2008). Pasientens mobiliseringsbehov blir ofte besluttet i samråd med fysioterapeuter. Fysioterapeuten kan gi råd om hvilken forflytningsmetode som er mest hensiktsmessig for pasienten. Med en slik pasientspesifikk prosedyre unngår pasienten å oppleve forflytninger som avhenger av den enkelte sykepleieren som assisterer (Koppelaar, Knippe, Miedema & Burdorf, 2013). Hvis denne beslutningen blir utsatt av sykepleieren (som ofte er pasientens primærkontakt), kan det føre til usikre og risikofulle forflytninger og ikke minst forsinket rehabiliteringsfremgang for pasient (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2014).

3.1.2. Bruk av hjelpemidler/forflytningsutstyr

Mange sykepleiere vegrer seg for å utføre pasientforflytninger, spesielt manuelle løft av pasienter. Bruk av forflytningsutstyr, særlig personheiser viste seg å minske risikoen for utvikling av muskel-og skjelettplager hos sykepleiere, samt at sykepleierne vegrer seg mindre (Aynan, Cockran, Faraklas & Morris, 2013). I studien gjort av Engkvist (2008) mente en sykepleier at det ikke var nødvendig å bruke forflytningsutstyr i akutte situasjoner, og begrunnet det med at det ikke fantes et passende utstyr og at utstyret var ubeleilig oppbevart.

Sykepleierens atferd og motivasjon for å bruke forflytningsutstyr ved pasientforflytninger var i følge Koppelaar et.al (2013) assosiert med kunnskap om eksisterende retningslinjer på arbeidsplassen, om sykepleieren hadde opplevd ryggsmarter de siste 12 måneder, tilgjengeligheten av utstyr, samt tilstedeværelsen av veileder om riktig forflytningsteknikk til de forskjellige pasientenes behov. Faktoren å ha hatt smerter i ryggen de siste 12 måneder er en sterk motivator for å bruke hjelpemidler, løfteanordninger er imidlertid ment for å hindre både utbruddet, samt gjentakelse av episoder med ryggsmarter. Derfor bør sykepleiere uten ryggsmarter bli oppmuntret til å bruke hjelpemidler, spesielt i risikofylte forflytninger for å hindre en eventuell utvikling av ryggsmarter (Koppelaar, Knippe, Miedema & Burdorf, 2011).

Flere sykepleiere nevner at "tid" er en barriere for å ta i bruk forflytningsutstyr. Utstyret skulle hentes,

bringes til rommet, gjøres klart på rommet (som kunne medføre at de må flytte rundt på møblene på rommet), så skulle selve forflytningen utføres, for så å sette utstyret tilbake på lageret (Engkvist, 2007; Schoenfisch, Meyers, Pompeii & Lipscomb, 2011). I studien av Schoenfisch et al. (2011) var det en sykepleier som sa at dette var med på å ødelegge gleden med å bruke utstyret, og en annen sykepleier indikerte at vanskelighet med å finne utstyret gjorde henne umotivert til å bruke det.

3.1.3. Arbeidsstillinger

Sykepleiere vedtar ofte usikre stillinger og posisjoner, og flytter tungt last for å gi pleie og omsorg de føler er best for sine pasienter. Sykepleiere kan oppleve å stå i en intern konflikt mellom plikten til omsorg kontra ønske om å beskytte seg selv mot skade og forpliktelsen til å adlyde regler (Kneafsey et al. 2014). Fremover bøying viste seg å være en sentral faktor i å utvikle smerter i korsryggen (Alperovitch-Najenson, Sheffer, Treger, Finkels & Kalichman, 2015). Som nevnt tidligere er bruk av personheis anbefalt, det gir en større trygghet for pasienten og sykepleieren trenger i liten eller i ingen grad å løfte pasient manuelt. En ulempe for sykepleiere er at utformingen av heisene og pasientsengene ikke alltid er like heldig. Ofte må heisen flyttes frem og tilbake flere ganger for å få heisens ben under sengen, og med begrenset plass rundt pasients sengen må sykepleierne stå i usikre positurer mens de gjentatte ganger må trekke og skyve tung belastning (Kneafsey et al. 2014).

3.1.4. Sykepleierens alder

En høyere alder har blitt funnet å kunne øke risikoen for ryggsmarter og ryggskader, og rehabiliteringssykepleiere viste seg ofte å være eldre i følge Alperovitch-Najenson et al. (2015), sammenlignet med sykepleiere ellers. En studie fant at sykepleierne som hadde fått en skade hadde lengre erfaring i profesjonen, samt lengre erfaring i de spesifikke oppgavene som skulle utføres (Engkvist, 2008). En faktor som kan føre til at sykepleierbesetningen på en avdeling kan være av en eldre alder, er hvis de har gjennomgått en periode med flere oppsigelser. I følge juridiske regler for oppsigelse er det den siste personen som ble ansatt som må gå, noe som kan føre til økt gjennomsnittsalder grunnet tap av yngre personell (Engkvist, 2008).

3.1.5. Sykefravær og selvrapporing av arbeidsskader

Selvrapporing av pasienthåndteringskader er i følge Schoenfisch & Lipscomb (2009) utbredt blant sykepleiere. Likevel fullfører en stor prosent ikke rapporten, selv om de er under medisinsk behandling for skaden. Mulige årsaker til at noen velger å ikke rapportere er oppfatninger om at skaden ikke er alvorlig eller ”er bare en del av jobben”, frykt for å miste jobben og lite støtte på jobben (Schoenfisch & Lipscomb, 2009). Noen sykepleiere kan føle et press fra kolleger til å ikke ta fri eller sykemelde seg siden bemanningsproblemer kan føre til at de ikke finner en erstatter, og det kan medføre en økt eksponering for de som blir ’igjen’ (Nelson, Matz, Chen, Siddharthan, Lloyd & Fragala, 2006). Nelson et al. (2006) fant at underrapporing var mer utbredt enn å rapportere, spesielt før en eventuell intervensjon på tema som øker bevisstheten rundt det. I noen tilfeller kan en skade gjøre at en må sykemeldes eller ta noen dager fri, i følge studien gjort av Beija et al. (2005) trengte de med skade og/eller smerter i korsryggen 4,5 dager fri før de kunne jobbe igjen.

3.2. Faktorer relatert til pasienten

Bruk av forflytningsutstyr (eller ikke-bruk) er i følge Schoenfisch et al. (2011) delvis drevet av pasientens tilstand.

3.2.1. Rehabiliteringspasienter

I studien gjort av Kneafsey et al. (2014) ble det samlet inn data på 3 forskjellige rehabiliteringsenheter, hvor nesten halvparten av sykepleierne mente at deres arbeid med rehabiliteringspasienten var i en ”gråsoner”, og konkluderte med at forflytningsretningslinjene ikke gjenspeilet kompleksiteten i sitt daglige arbeid (Kneafsey et al. 2014). En sykepleier forteller:

“I say to them (Moving and Handling Trainers), what about a patient in rehab because we have to have the element of risk, we’ve got to let the patient do something, so they are going to be at risk, and they say ‘as long as you’re not going to hurt yourself or the patient’. But when you say ‘where do we stand with the cover?’ they say, ‘you should do what you are taught in your moving and handling sessions.’ So really, we’ve got to take that risk with ourselves and the patients if we are going forward”.

3.2.2. Overvektige pasienter

I følge Engkvist (2008) er en stor andel av pasienter som må forflyttes i dag overvektige, og i verste fall kan noen bli for tung for personheisene, som ofte har en vekt restriksjon (Engkvist, 2007). Utstyr laget for tung belastning er avgjørende for forflytning av overvektige og bariatriske (sykelig overvektige) pasienter, uten disse hadde forflytningen vært nær umulig. Dermed er det viktig at pasientens vekt er kjent, uten den kan ikke den som skal forflytte vite om pasienten overskrider den maksimale toleransen (Schoenfisch et al. 2011).

3.2.3. Uforutsette hendelser

I 11%-20% av forflytningene skjer det noe uventet og sykepleieren må reagere raskt for å hindre at pasienten faller, og tapen av kontroll i et fall kan forårsake overanstrengelse i ryggen hos sykepleieren (Engkvist, 2008; Koppelaar, 2013). Og i studien gjort av Alperovitch-Najenson et al. (2015) opplevde deltakerne ofte uventede bevegelser av pasienter og jobbet ofte med forvirrede pasienter.

3.2.4. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Kommunikasjon mellom pasient og forflytter er essensielt, slik kan pasienten være forberedt samt at pasienten kan behjelpe med det han/hun er i stand til. Pasienter som må forflyttes har ofte både fysiske og psykiske begrensinger som kan medføre begrenset samarbeid under forflytningen: snakker et annet språk, dement, bevisstløshet, under narkose, innlagt kateter eller tuber og andre ledninger (Engkvist, 2007; Engkvist 2008; Schoenfisch et al. 2011).

3.3. Faktorer relatert til organisasjonen

Organisatoriske faktorer som blant annet mangel på tid, ansatte, penger, vanskeligheter med å endre kulturen, mangel på utstyr og plass er noen forventete hindringer blant mange sykepleiere (Engkvist, 2007).

3.3.1. Bemanning

Sykepleieren har ofte ansvaret for flere pasienter som kan føre til begrenset tid de kan bruke på sikre forflytningsmetoder, som igjen kan resultere i økt risiko for skade både for hjelperen og for pasienten (Theis & Finkelstein, 2014). Slike arbeidsforhold kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å finne tid til å trene på forflytning. I en studie gjort av Schoenfisch, Meyers, Pompeii & Lipscomb (2011) viste sykepleierne bekymring siden slike forhold gjorde det vanskelig for dem å sette av en dag til trening, og selv med en avsatt dag var det flere som ikke kunne komme til den. I følge Kneafsey et al. (2014) er det nesten umulig å forflytte pasienter på den tryggeste måten med lav bemanning, da spesielt sengeliggende pasienter. En sykepleier forteller:

“For somebody who’s on bed rest...with a new injury maybe...I mean we really should have three or four people who effectively should be lifting. Staffing levels are such, you know...you do it with just two. Now you have to do it because if you don’t move that patient they’re going to get worse pressure sores, but should anything go wrong I assume the Trust wouldn’t back you, because you’re taking that decision when I suppose you shouldn’t. So you’re stuck between a rock and a hard place really”.

(Kneafsey et al. 2014, s. 294).

Underbemanning og forhold som nevnt over kan være en barriere for å ta i bruk forflytningsutstyr, grunnet at det ofte er relatert til oppgaver som må ytes under press og/-eller i et hektisk miljø (Schoenfisch et al. 2011).

3.3.2. Økonomi

Selv om opplæring av ansatte i forflytning innebærer en kostnad, vil det være kostnadseffektivt siden opplæring kan føre til potensielle langsiktige positive effekter som reduksjon i personskader (Theis & Finkelstein, 2014). At organisasjonen reserverer penger til nødvendig forflytningsutstyr er essensielt hvis bruken av utstyret skal øke (Koppelaar et al. 2011). I tillegg så ble sykepleierens atferd mot bruk av utstyr påvirket av om organisasjonen brukte penger på vedlikehold av utstyret de allerede hadde (Koppelaar et.al 2013).

3.3.3. Støttende ledelsesklima

Faktorer knyttet til sykepleierens motivasjon og atferd for å bruke forflytningsutstyr viste seg å være ledelsesstøtte og et støttende ledelsesklima, spesielt ved organisasjoner med høyere hierarkiske nivåer (Koppleaar et al. 2013). Studier viste at en synlig leder fremmer bruken av forflytningsutstyr, spesielt hvis lederen oppmuntrer og veileder. I motsetning til ledere som ikke investerer tid til å hjelpe, og som har en holdning som tilsier at de ikke foretrekker bruken grunnet 'mye styr rundt det' (Schoenfisch, Myers, Pompeii & Lipscomb, 2011). Mange av studiene med likt tema baseres på intervensjoner, som eksempelvis kan ha til hensikt å forbedre praksis. Engkvist (2007) sier noe om at god kommunikasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er en avgjørende faktor for at en intervensjon skal få best mulig utfall. Studien gjort av Alperovitch-Najenson et al. (2015) sier også noe om forholdet mellom disse partene, her at anerkjennelse fra overordnede kan være en faktor for trivsel på arbeidsplassen, samt så viste det seg at smerter i korsryggen kan assosieres med mangel på anerkjennelse (Alperovitch-Najenson et al. 2015).

3.4. Faktorer relatert til forhold på arbeidsplassen

Mange sykepleiere blir tildelt en pasient som de skal følge opp den dagen eller den vekten, altså så kan en pasient ha helt forskjellige sykepleiere hvert skift under oppholdet sitt. Dette kan komplisere bruken av korrekt forflytningsmetode for denne pasienten, og utfordrer sykepleierne til å ha gode rapporter og god kommunikasjon hvor disse detaljene informeres om og videreformidles (Schoenfisch et al. 2011).

3.4.1. Arbeidsmiljø og kultur

I følge Alperovitch-Najenson et al. (2015) kan et stressfullt arbeidsmiljø øke sjansen for utvikling av skade i korsryggen hos sykepleiere. Ved endring og forbedring av forflytningskulturen på en arbeidsplass har den eksisterende kulturen på arbeidsplassen mye å si for hvordan intervensjonen vil bli akseptert og integrert i daglig bruk, og om det er mulig å oppnå målene i intervensjonen. Ansatte som har en positiv holdning til intervensjonen viste seg å være mer villige til å vedta de foreslåtte endringene (Engkvist, 2007). Å endre arbeidskultur er krevende og kan ta tid. Og i en travel hverdag på et sykehjem eller et sykehus er "tid" ofte en barriere for å ta i bruk forflytningsutstyr, og noen kan føle seg presset til å ikke bruke det, spesielt hvis medarbeiderne ikke støtter deg i valget ditt

(Schoenfisch et al. 2011; Koppelaar et.al 2013). En sykepleier beskrev interaksjonen med en akuttisykepleier:

“You’re (going to get the equipment and) saying ‘I’ll be right back’ while everybody is waiting...and the ER nurse is waiting to go back...so everyone is like standing still...you have six people in that unit saying ‘Let’s do it.’ They say ‘Hee-hi-ho, over we go’ and the patient is in the bed.”

(Schoenfisch et al. 2011, s. 948)

3.4.2. Plass/lokaler og forflytningsutstyr/ergonomisk utstyr

Sykepleiere er mer utsatt for belastningslidelser siden de ofte jobber under forhold hvor pasienten ikke kan senkes eller heves til riktig arbeidshøyde, slikt som toalett (Theis & Finkelstein, 2014). Tak-og golvheiser begynner i følge Koppelaar et al. (2011) å bli et kjent forflytningsverktøy/ergonomisk utstyr. Heiser brukes mest på sykehjem enn på sykehus, noe som kan forklares med den raske forbedringen i funksjonell mobilitet hos pasienter på sykehus. Noen faktorer assosiert med bruk av heis, samt annet utstyr, er tilgjengelighet av pasientspesifikke prosedyrer, som nevnt i kapittel 3.1.1, regelmessige kontroller av tilgang til ergonomisk utstyr, og gode rutiner på vedlikehold av ergonomisk utstyr (Koppelaar et al. 2011). Utstyr som er i ustand er en faktor som kan føre til ulykker og skader både hos sykepleieren og pasienten (Koppelaar et.al 2013). Bruk av takheis i stedet for golvheis kan i følge Koppelaar et al. (2013) være et bedre valg av utstyr siden den alltid er tilgjengelig inne på rommet hos pasienten, men flere sykepleiere kritiserer utformingen av personheiser og pasientsenger. Ofte må heisen flyttes fram og tilbake flere ganger for å få heisens ben under sengen, og med begrenset plass kan det bety at de ansatte må stå i usikre posisjoner mens de gjentatte ganger må trekke og skyve tung belastning (Kneafsey et al. 2014).

3.4.3. Undervisning og forflytningstrening

For å opprettholde det som blir lært er det i følge Engkvist (2007) viktig å ha gjentatte forflytningstreninger og nok forflytningsutstyr slik at sykepleiere ikke faller tilbake til gamle vaner. Mangel på kunnskap er en stor barriere i gjennomføringen av ergonomiske tiltak (Koppelaar et al. 2013). Oppfriskningskurs i hvordan å bruke de forskjellige ergonomiske hjelpemidlene var i følge Schoenfisch et al. (2011) viktig siden en ofte ikke bruker alle de forskjellige hjelpemidlene daglig,

dermed kan man glemme det man har lært om det. Hvordan undervisningen blir holdt kan også ha en påvirkning på hvor mye sykepleierne lærer av det. I studien gjort av Schoenfisch et al. (2011) indikerte sykepleierne at det hadde vært mer hjelpsomt å ha scenario basert trening. Ved fravær fra denne opplæringen kan en se at skadeomfanget vender tilbake (Theis & Finkelstein, 2014).

3.4.4. Type institusjon

Stillingsbeskrivelser viste seg å variere mellom sykepleiere i rehabiliteringsavdelinger og sykepleiere på sykehjem. I følge Alperovitch-Najenson et al. (2015) viste det seg at sykehjems sykepleiere knapt løfter, forflytter pasienter i seng eller stol siden denne jobben vanligvis gjøres av pleieassistenter. I motsetning til rehabiliterings sykepleiere som jobber sammen med pleieassistenter ved forflytning. Ettersom det ofte er færre pleieassistenter og mer profesjonelle sykepleiere i rehabiliteringsavdelinger, må disse sykepleiere utføre omfattende manuell pasienthåndtering, sammenlignet med sykepleiere som arbeider i sykehjem (Alperovitch-Najenson et al. 2015).

Det viste seg at pasientspesifikke forflytningsprosedyrer var noe vanskelig å ta i bruk på sykehus kontra sykehjem siden pasientene oftere ble skiftet ut der, som førte til at prosedyren for det første ikke ble fastsatt, og for det andre at den ikke ble oppdatert ved forandring av pasientens status (Koppelaar et al 2013).

4.0. Diskusjon

For at sykepleiere skal kunne utføre korrekt forflytning må de ha den aktuelle kunnskapen om det. Det er to viktige grunnprinsipp i forflytning; å bruke vårt naturlige bevegelsesmønsteret som grunnlag for hver forflytning (flytte en kroppsdel om gangen og overføre tyngden fra kroppsdel til kroppsdel), og å jobbe med de fysiske lovene (sørge for minst friksjon og flytte horisontalt i stedet for vertikalt på grunn av tyngdekraften) (Laila Dåvøy, 1999). Friske mennesker bruker det naturlige bevegelsesmønsteret sitt hele tiden, og etter å ha brukt det helt siden småbarnsalderen, i 60, 70 eller 80 år, er disse bevegelsene automatisert (Lunde, 2011). Uttrykket *danseposisjon* blir ofte brukt i sammenheng med forflytning, både for pasienten og for sykepleieren. I en slik posisjon skal ryggen holdes i en stående stilling, slik at tyngden blir mest mulig vertikalt over føttene (som man skal bruke mest i forflytning), slik blir også belastningen på ryggen minst, samt å holde føttene litt fra hverandre.

Andre viktige elementer er; tilpasset arbeidshøyde, plassering av hjelpemidler der trykket fra pasienten mot underlaget er størst og å holde armene nært kroppen. Det naturlige bevegelsesmønsteret danner grunnlaget når pasienter skal hjelpes på en trygg måte, den vanligste unnskyldningen å vike fra dette er 'dårlig tid', et begrep med ingen faglig gyldighet (Lunde, 2011). Begrepet "tid" faller naturlig inn i alle hovedkategoriene i oppgaven.

4.1. Resultat diskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse faktorer assosiert med muskel-og skjelettplager hos sykepleiere, med fokus på pasientforflytning. Det ble identifisert 4 hovedkategorier, hver kategori i resultatdelen vil bli diskutert. I følge Statens arbeidsmiljøinstitutt (02/2007, s. 2) er arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager; *"...en fellesbetegnelse på smerter, ubehag eller annen tilstand i muskel, muskelfester, sener, ledd eller nerver, hvor det er vist en sammenheng med yrke/arbeidsoppgaver"*. En skade oppstår når belastningen på vevet overskrider vevets toleranse (Stevens, Rees, Lamb & Dalsing, 2013). Psykososiale risikofaktorer for muskelskjelettsmerter er blant annet lite støtte fra kolleger, nærmeste overordnede, samt et lite støttende klima på arbeidsplassen, lite kontroll over arbeidssituasjonen, lav tilfredshet med jobben og nedbemanninger (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 03/2007).

4.1.1. Faktorer relatert til sykepleieren

I følge resultatet er sykepleiernes atferd og motivasjon til å bruke forflytningsutstyr under pasientforflytning assosiert med blant annet kunnskap om eksisterende retningslinjer på arbeidsplassen, tilgjengelighet av utstyr og tilstedeværelse av veileder. Pasientspesifikke prosedyrer viste seg å føre til tryggere forflytninger som var tilpasset pasienten. Utviklingen av slike prosedyrer for bestemte pasienter er viktig og burde i følge Geiger (2013) være en sentral del i retningslinjene på en avdeling.

Mye av ansvaret ligger hos sykepleieren selv, i resultatet kom det fram at en stor andel av ulykkene som oppstår var i forflytninger som var planlagt. Sykepleierne må kunne tørre å sette egne grenser for hvilke unødvendige fysiske belastninger de skal utsettes for. I følge Stenger, Montgomery & Briesmeister (2007) er manuelle løft av pasienter en stor risiko for å utvikle rygg og skulderskader hos sykepleiere, den maksimale og ideelle vektgrensen for løft, som skjer flere ganger i løpet av vakten og

ofte under mindre ideelle forhold, viste seg å være 7–10 kg for kvinner og 10–15 kg for menn. I forflytning skal man rulle, skyve eller trekke, ikke løfte. Det finnes ingen helt trygge måter å manuelt løfte pasienter (Stevens et al. 2013).

Funnene tyder på at sykepleiere rapporterer pasienthåndteringsskader, men at denne rapporten i stor grad ikke blir fullført siden sykepleiere har en oppfatning om at det bare er en del av jobben og at de ikke oppfatter skaden som alvorlig nok. I følge Cunningham, Flynn & Blake (2006) var varigheten på de mest hyppig rapporterte sykefraværene grunnet smerter i korsryggen, 2 dager, noe som er over 100 % mindre enn funnen i denne studien. Differansen kan forklares med at skadeomfanget kan variere fra person til person, men det gir en pekepinn på hvor mange fraværsdager som må til. Sykefraværet hos helsepersonell med direkte pasientoppgaver er høyt, og det rapporteres om høyt arbeidspress grunnet manko på folk på jobb, som igjen kan føre til at faste ansatte må jobbe ekstravakter i tillegg til sin turnus (Lunde, 2011).

Funnene tyder på at utvikling av muskel- og skjelettplager hos sykepleiere kan øke med alderen, de som hadde fått en skade hadde lengre erfaring i profesjonen og/eller lengre erfaring i å utføre forflytningene. Eldre sykepleiere som har jobbet lenge i profesjonen har ikke nødvendigvis mye eller mer kunnskap en nyutdannede, kunnskapsutviklingen i faget gjør at det de lærte i utdannelsen for flere tiår siden ikke holder mål i dag (Skogstrøm & Jordheim, 2016).

I følge de Castro (2004) er omfanget av muskel- og skjelettplager blant Amerikanske sykepleiere urovekkende med tanke på dagens sykepleiemangel. En rapport i tidsskriftet Sykepleien angående sykepleiermangelen i Norge sier at grunner til denne mangelen er at; avgangsalderen er lav, at gjennomsnittsalderen er 57 år, at omkring 10 000 sykepleiere jobber innenfor andre områder og at så mange som halvparten av sykepleiere jobber deltid (Hofstad, 2016). Statistikker og tabeller publisert av Norsk Sykepleie Forbund (2011, 2012, 2013 og 2014) angående aldersfordelinger viste gjennomsnittsalder og prosentandel innenfor aldersspenn på sykepleiere både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Den viste mer eller mindre en gjennomsnittsalder på 40-49 år, og en prosentandel på 7-8% av sykepleiere i alder 60-65 år. Snittalderen for å forsvinne ut av yrket er i følge Gro (2016) rundt 56-57 år.

”Stoppeklokkene må bort og arbeidstidsutvalgets innstilling skrotes. Dere rekrutterer ikke ved å brutalisere. Sykepleierløftet med blant annet pasientfokusert bemanningsnorm, kompetanseheving og lønnsløft må realiseres. Målet må være å sikre sykepleiere gode arbeidstidsordninger, arbeidsplasser med tilstrekkelig bemanning og ivaretagelse av det viktige partssamarbeidet i arbeidslivet. Da slipper vi kanskje at 26-åringer må kaste inn håndkleet og bli en del av frafallsstatistikken.”

Gro (2016, avsnitt 9.)

Sykepleiemangel med tanke på lite rekruttering fører til at sykepleierne som er nå, altså i en alder av ca. 45 år, eldes og kan øke gjennomsnittsalderen ytterligere (Mayeda-Letourneau, 2014). Tap av styrke og smidighet som ofte følger med i aldring kan påvirke den ”gamle” sykepleieren sin evne til å utføre tunge pasientforflytninger (de Castro, 2004).

Sykepleiere må ofte utføre oppgaver i jobben sin som kan sette dem i risiko for skader hos seg selv, for andre yrkesgrupper som bru-byggere eller malere er faktorer som sikkerhetsline og maske med på å beskytte dem mot skader. Hvis de likevel velger å ikke bruke masken eller sikkerhetslinen, setter de seg selv i risiko, og det sies at den menneskelige naturen både kan og gjør det som er risikofyllt enda mer farlig (Foley, 2004). Noe som bekrefter resultatet.

Fordi løftekulturens løsninger krever mye krefter, fører disse ofte til brå bevegelser. En måte å unngå dette på er å la pasienten selv gi kommandoen. På denne måten blir pasienten subjekt og sentrum for oppmerksomheten. Med en profesjonell atferd blant sykepleiere vises gode holdninger og en faglig kompetanse, da først kan man snakke om å ”sette pasienten i fokus” (Lunde, 2011).

4.1.2. Faktorer relatert til pasienten

Resultatene tyder på at pasientens status har endel å si for hvordan forflytningen blir. Det kreves kunnskaper for å vurdere pasientens atferd gjennom døgnetts 24 timer, blant annet kunnskaper i sykdomslære, forflytninger ved sår, av- og påkledning i sittende og liggende stilling, bruk av forflytningshjelpemidler og så videre (Lunde, 2011). Situasjonen må vurderes på et faglig grunnlag, og det kan ikke kreves det samme fra pasienten som dagen før. Det er avgjørende å vurdere pasientens mobilitetsstatus, spesielt for å vurdere risikoen for fall (Boynton, Kelly & Perez, 2014). Faktorer som dårlig balanse, fatigue og nedsatt søvnhygiene er med på å svekke pasientens evne til å mestre

forflytningen, i tillegg så må pasienten føle seg trygg for å tro at han skal mestre det. Videre så har pasientens kunnskap rundt sin behandling økt, og med den økte kunnskapen og innflytelsen som er blitt fokusert mye på de siste ti år, kan de være med på å sette grenser for forflytningen (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 3–1).

I følge resultatet er mange av pasientene som må forflyttes overvektige, og forflytning av svært overvektige pasienter utgjør en spesiell utfordring innen forflytningsområdet (Plambech, Bøgedal & Lunde, 2011). Det er behov for flere pleiere under forflytningen, det må planlegges nøye og det kreves mer plass. Overvektige pasienter har en sterk frykt for å falle, og de kan oppleve det flaut at det tar fire eller fem pleiere for å forflytte dem under toalettbesøk eller bare ut og inn av sengen. Sikker pasienthåndtering og forflytning av overvektige pasienter krever dyktighet og spesialisert utstyr (Kumpar, 2014). En utfordring helsepersonell kan oppleve i møte med den overvektige pasienter er fordommer mot overvekt. Det er viktig å være oppmerksom på kroppsspråk og ansiktsuttrykk, og å unngå å vise frustrasjon eller utålmodighet under vanskelige forflytninger (Plambech et al. 2011). I følge de Ruiters (2008) finnes det en oppfatning om at sykepleie kan være en skitten og emosjonell jobb. For eksempel nevnes det at en pasient dekket med kroppsvæske eller som er svært utagerende kan bli håndtert annerledes.

Resultatet viste videre at noen pasientgrupper utgjør en risiko ved forflytning, slik som blant annet rehabiliteringspasienter. De skal ofte klare mye på egen hånd hvis de har planer om å reise hjem igjen, noe som ofte setter sykepleieren i en passiv rolle i forflytningen. På forhånd skal det alltid, som nevnt over, vurderes hvor mye pasienten er i stand til å klare selv. Dagsformen kan ha mye å si for hvor mye pasienten klarer å bidra med selv. Under forflytninger med pasienter som skal forsøke å utføre mest selv, må forholdene legges til rette for det. Skrekken er at pasienten skal falle på gulvet, noe som kan føre til en følelse av panikk for hjelperen. En feil man ser hos nye og uerfarne er at de handler tankeløst for å hjelpe pasienten hurtigst mulig opp igjen, som medfører løfting, hal og dra (Lunde, 2011). Dette er svært belastende for ryggen hos hjelperen, siden de bøyer seg framover og nedover samtidig som ryggen vrir. Egen helse skal ikke risikeres for å hjelpe pasienter opp fra gulvet, ”...*hilsen myndighetene og arbeidsmiljøloven*” (Lunde, 2011). Forfatteren av oppgaven har erfart både at pasienter har blitt løftet etter armene fra gulvnivå, men også at hjelperen var rolig og hentet en personheis/gulvheis samt flere hjelpere. Et annet hjelpemiddel i slike situasjoner er personløfteren *StandUp*, som er lett transportabel (perfekt i tjenestebiler). Den er egnet til de som til vanlig klarer seg selv, men som trenger hjelp til å komme opp igjen etter et fall (Lunde, 2011). Pasienters synspunkter på å bli løftet manuelt eller forflyttet, viste at de ikke overraskende velger forflytningsløsninger

(Lunde, 2011). Det kan likevel ikke ses bort fra at enkelte pasienter og pårørende insisterer på bruk av manuelle løft foran forflytningsutstyr. I slike tilfeller kan det være nødvendig med et skriv hvor det står skissert viktighetene rundt sikker pasientforflytning. Blant annet at utstyr brukes i en terapeutisk måte med mål om å fremme uavhengighet, og at utstyr tvert i mot kan gi støtte og en følelse av sikkerhet for pasienten (Garcia, 2014).

4.1.3. Faktorer relatert til organisasjonen

I følge resultatet fremmer synlige og støttende ledere i organisasjonen bruken av hensiktsmessige forflytningsteknikker og forflytningsutstyr. I et prosjekt utført i Overhalla kommune med fokus på kvalitetsutvikling innen forflytningsteknikk, kom det fram i rapporten at en motiverende faktor var at arbeidsgiveren var den som satte i gang prosjektet (Brataas, Hellesø & Flått, 2011). Ledelsesstøtte omfatter engasjement fra arbeidsgiveren, og et slikt klima referer til en arbeidssituasjon der intervensjonen blir fremmet i stedet for hindret (Koppelaar, Knibbe, Miederma & Burdorf, 2009). Noe som bekrefter funnene. Avdelingslederen har en viktig rolle som kulturpåvirker og styrer av utvikling. Jo flere som snakker om forflytning og praktiserer forflytning i stedet for løfting, desto mer rom skader man for teamet (Lunde, 2011). Garcia (2014) mente at alle organisasjoner bør ha en prosedyre for rapportering av sikkerhetsproblem. For eksempel i situasjoner hvor det var bekymring for pasienten eller sin egen sikkerhet.

Funnene typer på at underbemanning er en barriere for å ta i bruk utstyr, spesielt da oppgaver ofte må ytes under press i et hektisk miljø. ”Stress i arbeidet” er i den alminnelige diskusjonen en utbredt mening om for stor arbeidsmengde, som igjen kan skyldes for få ansatte. En hektisk arbeidsplass med lite folk på jobb er dermed, ikke overraskende nok, en årsak til utbrenthet og høyt sykefravær blant helsepersonell, spesielt da dette kan medføre at faste ansatte må jobbe ekstravakter i tillegg (Lunde, 2011). Ekstra arbeid kan også forekomme når kolleger har en nedsatt fysisk tilstand, som dårlig rygg, som medfører at dens kolleger igjen må jobbe hardere til tross for at de kanskje også har en dårlig fysisk tilstand. Sykepleiere kan ha en tendens til å glemme seg selv å komme på jobb selv om de opplever muskel- og skjelettplager, siden de er redde for å intensivere arbeidsmengden til sine kolleger med sitt fravær (Ando et.al. 2000). Et sykehjem Lunde (2011) arbeidet på i 2003 rapporterte en avdelingssykepleier at 80 % av dagen hennes besto av å ringte etter ekstrahjelp.

4.1.4. Faktorer relatert til arbeidsplassen

I følge resultatet er gjentatte undervisninger og trening i forflytning viktig for at sykepleiere ikke skal falle tilbake til gamle metoder, men i følge Hignett et al. (2003) holder det ikke å bare få opplæring i forflytning. I resultatet kom det fram at kollegastøtte var essensielt når det kom til bruk av korrekt forflytningsteknikk, da at en sykepleier følte seg presset til å utføre et manuelt løft av pasienten siden kollegaene var stresset og ønsket effektivitet over kvalitet. Hun ble ikke støttet i valget om å hente forflytningsutstyr, men effektivitet som unnskyldning for at det skal gå hurtig har ingen faglig begrunnelse (Lunde, 2011).

I resultatet kom det fram at kulturen på arbeidsplassen spilte en rolle for om de ansatte ville akseptere endring innen forflytning. Det viste seg å være utfordrende å oppnå og opprettholde en kultur for trygg pasientforflytning, spesielt hvis kulturen ikke er motivert, siden alle må være sammen om det (Stevens et al. 2013; Lunde, 2011). I studien av Stenger, Montgomery & Briesmeister (2007) skulle de "*create a culture of changes*" og de fant at en viktig faktor var motivasjon, her at noen sykepleiere på en avdeling ble forflytningscoacher, og at en viktig del av den jobben var å være motivert og motivere avdelingen til å endre forflytningskulturen til det bedre. I tillegg kan det skapes subkulturer på en avdeling hvis de ikke har klare og tydelige prosedyrer på forflytning, hvor folk arbeider etter sine egne vaner og uvaner. En slik subkultur kan ødelegge for fellesskapet og det psykososiale arbeidsmiljøet (Lunde, 2011). Hadde de ansatte derimot en positiv innstilling til endring kunne dette påvirke om de tok i bruk disse endringene. Denne oppfatningen understøttes av Myers, Schoenfisch & Lipscomb (2012); Orvik (2015) som sier at tiltaket må oppleves som meningsfullt for de ansatte for at intervensjonen eller endringen skal gi suksess. En sjelden, men potensiell reaksjon fra de som ikke finner intervensjonen meningsfull er i verste fall sabotasje (Myers, 2012). DuBose (2014) mente at endring bare kommer med et bevisst fokus på tre viktige spørsmål: Hva er det vi gjør? Hvorfor gjør vi det? Hva er min rolle? Og at full engasjement og kulturell transformasjon bare kan skje når alle gruppemedlemmer kan svare på disse spørsmålene med full forståelse.

I resultatet ble det identifisert faktorer som fører til dårlige forflytninger; vanskelige arbeidsforhold som blant annet lite plass, ikke-regulerbare/elektriske senger og stoler, og tilgjengelighet av utstyr. Heiser viste seg å være et nødvendig og praktisk forflytningsverktøy, men hvis forflytningen skjer under vanskelige arbeidsforhold kan det by på problemer som usikre arbeidsstillinger for sykepleieren. I situasjoner hvor heis ikke er tilgjengelig burde friksjonsreducerende ark brukes, eller man kan plassere sengen i Trendelenburg posisjon hvor hode tiltes ned og føttene opp for å forflytte med

gravitasjonen som hjelp (Wiggermann, 2014). Bruken av forflytningsutstyr fører til en reduksjon av skader hos sykepleiere, samt reduksjon i fravær fra jobben grunnet skader og bør til det ytterste brukes (Powell-Cope et al. 2014). Forflytningsutstyr som redskap for tryggere pasientforflytning har ikke bare vist seg å gi mindre skader, men også å redusere alvorligheten av skader (Occupational Safety and Health Administration, 2013).

Det kom også fram at gode arbeidsvilkår blant annet var fasilitetene på arbeidsplassen, fokus på helse og sikkerhet, arbeidsmengden og de sosiale forholdene. *Arbeidsmiljøloven* sier noe om dette:

”Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon...”

(Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-4)

Når en institusjon blir bygget eller ombygget bør den yrkesgruppen som arbeider der bli inkludert i planleggingen. Dette fordi de vet hvor stor plass de forskjellige rommene og gangene trenger å være for å være optimal for hva de skal brukes til (Garcia, 2014).

4.2. Metode diskusjon

I søkeprosessen ble Medline anvendt, en anerkjent database for vitenskapelige artikler, søkeordene som ble anvendt i søket der ble også forsøkt i andre databaser uten hell etter forfatterens mening. Så det kan tenktes at relevant forskning ikke har blitt inkludert av den grunn. Det ble utført manuelle søk i artiklens referanser, dette ga treff på gode artikler. I metoden ble det ikke gjort avgrensninger på hvilket land studiene kom fra, og det var for å ikke utelukke relevant forskning. Artiklene som ble anvendt var fra USA, Nederland, Sverige, Storbritannia, Israel og Tunisia. En svakhet med å anvende forskning globalt er at det blant annet kan være kulturforskjeller, men positivt sett får man et bredt innblikk. For å svare på en hensikt som spør etter faktorer, ble det funnet at kvantitative studier var mest relevant å anvende siden de oppsummerte faktorer og ofte hvordan effekten av intervensjonen var. En av artiklene var kvalitativ, den gikk mer i dybden og ga eksempler på hvordan sykepleierne opplevde forflytning på sin arbeidsplass.

Noen av artiklene som ble anvendt var tilsynelatende ikke godkjent av en etisk komite, men i analysen av artiklene ble det midlertid gjort en kontroll om disse var publisert i anerkjente tidsskrift godkjent av DBH (database for statistikk for høyere utdanning), noe som reflekterer god kvalitet på artiklene. I tillegg ble de funnet relevant for hensikten. En av forskningsartiklene var koblet opp mot fysioterapeuter, og flere av artiklene nevner flere helsepersonell enn kun sykepleiere. Med oppgavens hensikt i grunn ble det funnet at de svarte på hensikten og var relevant for sykepleie. Funnene i studien var stabile og strakk seg i en tidsperiode fra 2005–2015, noe som viste pålitelighet av data (Polit & Beck, 2012).

Det kan forekomme tolkningsfeil i oppgaven siden forskningen er skrevet i engelsk språk med tanke på at forfatter av oppgaven ikke har dette som morsmål. Samt at oppgaven kan påvirkes av forfatterens tolkning av forskningen, det finnes mange tolkninger. I oppgavens analyse skulle de meningsbærende enhetene som ble funnet settes inn i kategorier, der ble det utfordrende siden to av kategoriene opplevdes som noe like; *organisasjon* og *arbeidsplass*. Disse ble i beste evne fordelt. I analysen av artiklene ble det observert at de også kategoriserte disse forskjellig, noen koblet de sammen, mens andre brukte andre identiske ord som organisatorisk, institusjon, ansatte og ledelse. Det ble noe gjentakelse av faktoren ”tid”, dette var fordi denne påvirket alle kategoriene. Denne oppgaven kunne være maks titusen ord, men det ble utfordrende å skrive så mye fordi forskningen rundt tema ofte hadde samme eller likt resultat. I tillegg til at dette tema oppleves som kort og konkret.

5.0. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse faktorer assosiert med muskel-og skjelettplager hos sykepleiere, med fokus på pasientforflytning. Denne konklusjonen er basert på funn i resultatdel og diskusjonsdel:

- En av de mest utbredte barrierene eller faktorene for å utføre korrekt pasientforflytning var ”dårlig tid”. Med tid menes blant annet tiden det tar å planlegge forflytningen, tiden det tar å hente utstyret, tiden det tar å hente hjelpere, underbemanning, stor arbeidsbelastning og om det fokuseres på effektivitet over kvalitet.
- Sykepleiernes rolle er blant annet å forebygge, her å forebygge skader hos pasientene sine og seg selv. Sykepleierne har derfor en viktig rolle i å sørge for korrekt pasientforflytning kontinuerlig i det lange løp. Men hvis sykepleierne ikke sitter inne med denne kunnskapen kan det bli mye

gråsoner i forflytningene. I resultatet kan man se at selv med opplæring i forflytning blir resultatet det samme, det hjelper ikke å lære korrekt forflytning hvis avdelingen i sin helhet ikke er motivert for å omfavne en endring.

- Det hadde vært interessant å inkludert et egen kapittel som omhandlet mer om konsekvenser for pasienten, men det ville gjort oppgaven for vid.
- Sykepleieren må lære å kjenne sine egne begrensninger, i tillegg viser grensesetting mer faglig skjønn.

6.0. Referanseliste

- Alperovitch-Najenson, D., Finkels, T., Kalichman, L., Sheffer, D., & Treger, I. (2015). Rehabilitation versus Nursing Home Nurses' Low Back and Neck-Shoulder Complaints. *Rehabilitation Nursing*, 40, 286–293. DOI: 10.1002/rnj.172
- Ando, S., Ono, Y., Shimaoka, M., Hiruta, S., Hattori, Y., Hori, F., & Takeuchi, Y. (2000). Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 211–216. DOI: 10.1136/oem.57.3.211
- Anyan, W., Cochran, A., Faraklas, I., & Morris, S. (2013). Overhead lift systems reduce back injuries among burn care providers. *Journal of Burn Care & Research*, 34(6) 586–90. DOI: 10.1097/BCR.0b013e3182a2a8b7
- Arbeidsmiljøloven. (2005). (2015). *Krav til arbeidsmiljøet: Krav til det fysiske arbeidsmiljøet*. Hentet 13. April 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4
- Bang, H. (2013). *Organisasjonskultur*. (4. utgave, 2. opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bejia, I., Younes, M., Jamila, H, B., Khalfallah, T., Salem, K, B., Touzi, M., Akrouit, M., & Bergaoui, N. (2005). Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine*, 72, 254–259. DOI: 10.1016/j.jbspin.2004.06.001
- Boynton, T., Kelly, L., & Perez, A. (2014, September). Current topics in safe patient handling and mobility: Implementing a mobility assessment tool for nurses. *American nurse today*. Hentet den 15. Mai 2016 fra http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf
- Brataas, H, V., Hellesø, N, S., & Flått, T, M. (2011). Forflytningsteknikk i pleie- og omsorgstjenesten. *Tjenestekvalitet – forebygging – helse*. Rapport nr. 72. Steinkjer. ISSN: 1504–7172.
- Caspi, C, E., Dennerlein, J, T., Hashimoto, D., Hopica, K., Kenwood, C., Sorensen, G., & Stoddard, A, M. (2013). Results of a pilot intervention to improve health and safety for health care workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 55(12), 1449–1455. DOI: 10.1097/JOM.0b013e3182a7e65a
- de Castro, A, B. (2004). Handle with care: The American nurses association's campaign to address work-related musculoskeletal disorders. *The Online Journal of Issues in Nursing*. Hentet 8. Mars 2016 fra

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/HandleWithCare.html>

Cunningham, C., Flynn, T., & Blake, C. (2006). Low back pain and occupational among Irish health service workers. *Occupational Medicine*, 56, 447–454. DOI: 10.1093/occmed/kql056

DuBose, J. (2014, September). Current topics in safe patient handling and mobility: Developing a sling management system. *American nurse today*. Hentet den 15. Mai 2016 fra

http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf

Dåvøy, L. (1999, 28. Oktober). Kunsten å forflytte. Hentet 4. April 2016 fra

https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kunsten_a_forflytte/id263288/

Engkvist, I-L. (2007). Nurses' expectations, experience and attitudes towards the intervention of a 'no lift policy'. *Journal of Occupational Health*, 49, 294–304. DOI: 10.1539/joh.49.294

Engkvist, I-L. (2008). Back injuries among nurses – A comparison of the accident processes after a 10-year follow-up. *Safety Science*, 46(2), 291–301. DOI: 10.1016/j.ssci.2007.06.001

Foley, M. (2004, 30. September). Caring for those who care: A tribute to nurses and their safety. Hentet den 8. Mars 2016 fra

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/TributetoNursesSafety.html>

Garcia, A. (2014, September). Current topics in safe patient handling and mobility: Standards to protect nurses from handling and mobility injuries. *American nurse today*. Hentet den 15. Mai 2016 fra

http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf

Geiger, J, S. (2013). Establishing a Physical Therapist-Driven Model of Safe Patient Handling and Movement Programs in a General Hospital. *Work*, 45(2), 147–60. DOI: 10.3233/WOR-121526.

Gro. (2016, 27. April). *Helseskadelig helsehjelp*. Hentet den 14. Mai 2016 fra

<http://maddam.no/2016/04/helseskadelig-helsehjelp/>

Hignett, S., Crumpton, E., Ruszala, S., Alexander, P., Fray, M., & Grad, B, F. (2003). Evidence-based patient handling: systematic review. *Nursing Standard*, 17(33), 33–36. DOI:

<http://dx.doi.org/10.7748/ns2003.04.17.33.33.c3383>.

- Hignett, S., Fray, M., Rossi, M. A., Tamminen-Peter, L., Hermann, S., Lomi, C., Dockrell, S., Cotrim, T., Cantineau, J. B., & Johnsson, C. (2007). Implementation of the manual handling directive in the healthcare industry in the European Union for patient handling tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 37, 415–423. DOI: 10.1016/j.ergon.2007.01.003
- Hofstad, E. (2016, 29. Mars). Sykepleiermangelen er dokumentert. Hentet 6. April 2016 fra <https://sykepleien.no/2016/03/sykepleiermangelen-er-dokumentert>
- Kneafsey, R., Clifford, C., & Greenfield, S. (2014). Perceptions of hospital manual handling policy and impact on nursing team involvement in promoting patients' mobility. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 289–299. DOI: 10.1111/jocn.12659
- Koppelaar, E., Knibbe, J. J., Miedema, H. S., & Burdorf, A. (2009). Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 66, 353–369. DOI: 10.1136/oem.2008.042481
- Koppelaar, E., Knibbe, J. J., Miedema, H. S., & Burdorf, A. (2011). Individual and organisational determinants of use of ergonomic devices in healthcare. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 68, 659–665. DOI: 10.1136/oem.2010.055939
- Koppelaar, E., Knibbe, J. J., Miedema, H. S., & Burdorf, A. (2013). The influence of individual and organisational factors on nurses' behaviour to use lifting devices in healthcare. *Applied Ergonomics*, 44, 532–537. DOI: 10.1016/j.apergo.2012.11.005
- Kumpar, D. (2014, September). Current topics in safe patient handling and mobility: Prepare to care for patients of size. *American nurse today*. Hentet den 15. Mai 2016 fra http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf
- Lunde, P. H. (2011). *Forflytningskunnskap – aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lunde, P. H. (udatert). *Forflytningskunnskap er sunn fornuft og faglig basert atferd*. Hentet den 21. April 2016 fra http://www.perlunde.no/Forflytningskunnskap_er_sunn_fornuft_og_faglig_basert_atferd-18051s.html
- Mayeda-Letourneau, J. (2014). Safe patient handling and movement: a literature review. *Association of Rehabilitation Nurses*, 39, 123–129. DOI: 10.1002/rnj.133

- Myers, D. J., Schoenfisch, A. L., & Lipscomb, H. J. (2012). Cultural influences on workplace safety: An example of hospital workers' adopting of patient lifting devices. *Safety Science*, 50, 494–501. DOI: 10.1016/j.ssci.2011.10.015
- Nelson, A., Matz, M., Chen, F., Siddharthan, K., Lloyd, J., & Fragala, G. (2006). Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 717–733. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.09.004
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Tall og fakta om sykepleiere – Statistikk 2011*. Hentet 4. Mars 2016 fra https://www.nsf.no/Content/770018/Statistikkhefte_2011.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2012). *Tall og fakta om sykepleiere – Statistikk 2012*. Hentet 4. Mars 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/1135708/statistikkhefte%202012-web.pdf.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Tall og fakta om sykepleiere – Statistikk 2013*. Hentet 4. Mars 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/1312937/2013-Statistikkhefte%5B1%5D>
- Norsk Sykepleierforbund. (2014). *Tall og fakta om sykepleiere – Statistikk 2014*. Hentet 4. Mars 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2198564/seefile>
- Occupational Safety and Health Administration. (2013, September). Safe patient handling programs: Effectiveness and cost savings. Hentet den 16. Mai 2016 fra <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3279.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. (2. utgave). Oslo: J.W. Cappelens Forlag A/S.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2015). *Retten til medvirkning og informasjon*. (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 13. April 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets%20loven#KAPITTEL_3
- Plambech, L., Bøgedal, G., & Lunde, P. H. (2011). *Arbeid med bariatriske pasienter* I Lunde, P. H. (2011). *Forflytningskunnskap: Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research, Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9. utgave). Philadelphia: Wolters Kluwer Health & Lippincott Company.
- Powell-Cope, G., Toyinbo, N., Patel, N., Rugs, D., Elnitsky, C., Hahm, B., Sutton, B., Campbell, R., Besterman-Dahan, K., Matz, M., & Hodgson, M. (2014). Effects of a national safe patient handling

program on nursing injury incidence rates. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 525–534. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000111

de Ruiter, H-P. (2008). To lift or not to lift: An Institutional Ethnography of Patient Handling Practices. (Doktoroppgave, Universitetet i Minnesota). Minnesota: H-P. de Ruiter.

Schoenfisch, A, L., & Lipscomb, H, J. (2009). Job characteristics and work organization factors associated with patient-handling injury among nursing personnel. *Work*, 33, 117–128. DOI: 10.3233/WOR-2009-0847

Schoenfisch, A, L., Meyers, D, J., Pompeii, L, A., & Lipscomb, H, J. (2011). Implementation and adopting of mechanical patient lift equipment in the hospital setting: the importance of organizational and cultural factors. *American Journal of Industrial Medicine*, 54, 946–954. DOI: 10.1002/ajim.21001.

Skogstrøm, L., & Jordheim, H. (2016, 9. Februar). Ansatte i eldreomsorgen kan for lite om å behandle syke eldre. Hentet 6. April 2016 fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Ansatte-i-eldreomsorgen-kan-for-lite-om-a-behandle-syke-eldre-8347216.html>

Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2007, 02). Arbeidsrelaterte nakke- og skulderplager. *Arbeid og helse*. Hentet 8. Mars 2016 fra http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288310/-1/stamirapporter_14.pdf

Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2007, 03). Muskel- og skjelettsmerter. *Arbeid og helse*. Hentet 7. April 2016 fra http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288313/-1/stamirapporter_15.pdf

Stenger, K., Montgomery, L, A., & Briesmeister, E. (2007). Creating a culture of changes through implementation of a safe patient handling program. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19, 213–222. DOI: 10.1016/j.ccell.2007.02.007

Stevens, L., Rees, S., Lamb, K, V., & Dalsing, D. (2013). Creating a culture of safety for safe patient handling. *Orthopaedic Nursing*, 32(3), 155–164. DOI: 10.1097/NOR.0b013e318291dbc5

Theis, J, L., & Finkelstein, M, J. (2014). Long-term effects of safe patient handling program on staff injuries. *Rehabilitation Nursing*, 39, 26–35. DOI: 10.1002/rnj.108

Veiersted, B. (2003). Muskel-og skjelettplager som yrkessykdom. *Arbeidsvern*. Side 20–21. ISSN: 0332-7124.

Wiggermann, N. (2014, September). Current topics in safe patient handling and mobility: The sliding patient: how to respond to and prevent migration in bed. *American nurse today*. Hentet den 15.Mai 2016

fra http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant9-Patient-Handling-Supplement-821a_LOW.pdf

7.0. Vedlegg

Vedlegg 1:

Tabell 3. Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff og lest artikkelens tittel	Lest artikkelens abstrakt	Lest i sin helhet	Artikkelen valgt ut for gransking og vurdering	Antall valgte
Medline 7. januar 2016	2007-2016 Abstrakt	Ergonomics (med subjekt heading; human engineering), nursing (nuring AND nursing staf), back pain	9	5	5	5	2
Medline 8. januar 2016	Abstrakt	Patient handling (moving and lifting patients), AND injuries (wounds and injuries)	80	18	6	6	1
Medline 22.februar 2016		Musculoskeletal Diseases or exp workplace , moving and lifting patients, occupational health or exp occupational injuries Inkluderte alle søkeord	8	2	2	2	1

		og kombiner te de med AND					
Medline 26.februar 2016	Abstract	Work culture: exp *Educatio n, Nursing/ or exp *Nurse- Patient Relations/ or exp *"Attitud e of Health Personnel "/ or exp *Nursing Staff, Hospital/ or exp *Nursing Staff/ or exp *Organiza tional Culture/ or exp *Workpla ce/ Patient handling: Moving and lifting patients Kombiner te de to med AND	38	13	5	6	5

Vedlegg 2:

Tabell 4. Oversikt over inkluderte artikler.

”Perceptions of hospital manual handling policy and impact on nursing team involvement in promoting patients’ mobility”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Kneafsey, Clifford og Greenfield Jornal of Clinical Nurcing 2014 Storbritanni a	Å få en subjektiv forståelse av sykepleieteame ts engasjement i å opprettholde og fremme innlagte pasienters mobilitet.	Grounded theory study Data ble samlet inn fra tre ulike sykehus i England, og tre forskjellige avdelinger (generell rehabilitering sengepost, spinal enhet og hjerneslag rehabilitering s avdeling).	33 deltakere (22 sykepleier e og 11 pleieassist enter)	Pleieteamet brukte begrenset oppmerksomhet på å opprettholde og fremme pasientens mobilitet, og fokuserte mer på å holde pasientene trygge	IMRaD struktur Etisk godkjent Synspunktene som ble uttrykt i studien kan være unikt kun for disse tre rehabilitering senhetene Nivå 2 i DBH

“Rehabilitation versus Nursing Home Nurses’ Low Back and Neck-Shoulder Complaints”.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Alperovitch -Najenson, Sheffer, Treger, Finkels, og Kalichman Rehabilitati on Nursing	Hensikten med studien var å evaluere faktorene assosiert med jobb-relatert muskelskjelett plager i korsryggen og	Tverrsnitts- observasjons- studie Spørreunders økelse	111 deltakere (57 sykepleier e fra en rehabiliteri ngsenhet og 54 sykepleier	At sykepleierne på rehabiliterings avdelingen rapporterte signifikant høyere prevalens av smerter i korsrygg og nakke- skuldre enn sykepleiere på sykehjem. Fremoverbøyd	IMRaD struktur Etisk godkjent Ingen menn ble inkludert i studien. De

2015 Israel	nakke-skuldre, for sykepleiere på rehabiliterings avdeling og sykepleiere på sykehjem, samt å sammenligne prevalensen av disse plagene for sykepleiere på rehabilitering vs. sykehjem.		e fra et sykehjem)	overkropp, statisk arbeidsstilling, repeterende arbeidsoppgaver og erkjennelse fra sin overordnede var assosiert med smerter i korsryggen.	ekskluderte sykepleiere som hadde vært i en trafikkulykke, jobbulykke med skade som utfall, gravide eller de som hadde jobbet mindre enn ett år. Ikke godkjent tidsskrift i følge DBH (obs nyere artikkel)
----------------	--	--	--------------------	--	---

“The influence of individual and organisational factors on nurses’ behaviour to use lifting devices in healthcare”.

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Koppelaar, Knibbe, Miedema og Burdorf Applied Ergonomics 2013 Nederland	Hensikten deres med studien var å evaluere påvirkning av individuelle og organisatoriske faktorer på sykepleiers atferd til å bruke løfteutstyr i helsevesenet.	Tverrsnittstudie	338 deltakere fra 19 sykehus og 19 sykehjem	Sykepleiernes atferd og motivasjon for å bruke løfteutstyr under forflytninger med pasienter var assosiert med kunnskap om eksisterende retningslinjer på arbeidsplassen, tilgjengelighet av utstyr, samt tilstedeværelse av veileder om riktig forflytningsteknikk til de forskjellige pasientenes behov.	IMRaD struktur Tilsynelatende ikke etisk godkjent Nivå 1 i DBH

”Back injuries among nurses – A comparison of the accident processes after a 10-year follow-up

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Engkvist Safety Science 2008 Sverige	Hensikten med denne studien var å undersøke om faktorer og hendelser involvert i ulykkesprosessen (overanstrengelse, ryggskader etc.) blant sykepleiere hadde endret seg sammenlignet med 10 år tidligere.	Prospektiv dynamisk populasjonsstudie Kvantitativ 2 studier med 10 år mellom, til sammenligning	44600	Studiene viste at de fleste ulykkene skjedde i ordinære planlagte pasientforflytninger.	IMRaD struktur Tilsynelatende ikke etisk godkjent Nivå 1 i DBH

”Overhead Lift Systems Reduce Back Injuries Among Burn Care Providers”.

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Anyan, Cochran, Faraklas og Morris Journal of Burn Care & Research 2013 USA	Studiens hensikt var å evaluere hyppigheten av arbeidsrelaterte ryggskader før og etter installasjon av OLS (tak-heis) i en brannskade intensivavdeling.	Retrospektiv studie	45	Under den 11-år lange forskningsperioden fikk 45 ansatte muskel- og/eller skjelettskader. De fant at skadeomfanget blant ansatte fortsatte å stige selv med etterutdanning og opplæring i forflytning. Etter at den første heisen ble installert, kunne de se at skadeomfanget begynte å falle, og det mente de kunne ha med å gjøre at på disse rommene som heisene ble installerte lå det relativt tunge pasienter.	IMRaD struktur Etisk godkjent Nivå 1 i DBH

”Long-Term Effects of Safe Patient Handling Program on Staff Injuries”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Theis og Finkelstein Rehabilitati on Nursing 2014 USA	Studiens hensikt var å sammenligne antall personskader hos personell under den 1,5- år lange perioden etter treningen og gjennomføring en av sikker pasienthåndteri ng, og fastslå om reduksjon i skader ble varende på lang sikt	Kvantitativ	55	Antallet skader var signifikant redusert etter treningen, men reduksjon i skader ble ikke opprettholdt på lang sikt.	IMRaD struktur Etisk godkjent Ikke godkjent tidsskrift i følge DBH (obs nyere artikkel)

”Individual and Organisational Determinants of Use of Ergonomic Devices in Healthcare”.

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Koppleaar, Knibbe, Miedema og Burdorf Occupation al and Environmen t Medicine 2011 Nederland	Hensikten med studien var å identifisere individuelle og organisatoriske determinanter forbundet med bruken av ergonomiske apparater under pasienthåndteri ng	Tversnittstudi e	343 sykepleier e 96 bortfall	Bruken av forflytningsutstyr var høyere på sykehjem enn på sykehus. Bruken av utstyr i pasienthåndteringer var sterkt assosiert med motivasjonen blant sykepleiere i å bruke det, og om de hadde opplevd ryggplager de siste 12 måneder, samt tilgjengeligheten av pasientspesifikke protokoller med strenge retningslinjer for bruk av ergonomiske apparater.	IMRaD struktur Tilsynelatend e ikke etisk godkjent Nivå 2 i DBH

				Organisatoriske faktorer var støtte fra ledelse og et støtende ledelsesklima.	
--	--	--	--	---	--

”Implementation and adoption of mechanical patient lift equipment in the hospital setting: the importance of organizational and cultural factors.”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Schoenfisch , Myers, Pompeii og Lipscomb American journal of industrial medicine 2011 USA	Studiens hensikt var å beskrive barrierer og promoterer som påvirker gjennomføring og bruk av løfteutstyr og MMLE (minimal- manual lift environment) policyen på to sykehus.	Kvalitativ	80 stk	Flere faktorer som påvirker adopsjon av utstyr-og pasienthåndtering policy ble notert: tid, kunnskap/evne, bemanning, egenskaper ved pasienten, og organisatoriske og kulturelle aspekter ved arbeidet. De fant at prosessen med å adoptere var kompleks, og at det var betydelig variasjon mellom sykehusene og på tvers av enhetene.	IMRaD struktur Etisk godkjent Nivå 1 i DBH

”Nurses’ expectations, experiences and attitude towards the intervention of a ’no lifting policy.’”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Engkvist Journal of occupational health 2007 Sverige	Studiens hensikt var å evaluere forventninger og holdninger mot en ’no lifting policy’ program (no lift system) blant sykepleiere på	Tverrsnittstu die	457 stk	De fleste sykepleierne på begge sykehusene hadde positive holdninger til ’no lift’ systemet. Forventningene var høye på sykehuset hvor en introduksjon av ’no lift’ systemet var planlagt, og intervensjonen viste seg	IMRaD struktur Etisk godkjent Nivå 1 i DBH

	sykehus hvor en introduksjon av intervensjonen var planlagt, og å sammenligne sykepleierens erfaringer og holdninger på et sykehus hvor intervensjonen allerede hadde blitt implementert.			å være suksessfull på sykehuset hvor intervensjonen var implementert.	
--	---	--	--	---	--

”Job characteristics and work organization factors associated with patient-handling injury among nursing personnel.”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Schoenfisch og Lipscomb Work 2009 USA	Studiens hensikt var å utforske jobb karakteristiske og organisasjons messige faktorer assosiert med rapportering av pasienthåndteringskader blant sykepleiere og assistenter som jobbet på en akuttavdeling for innlagte pasienter på et stor tertiær omsorgssenter, og et assosiert lokalsykehus.	Tverrsnittstudie	585 deltakere 58 bortfall	Pasienthåndteringskader rapportering forekom spesielt blant de som hadde minst ett års erfaring med pasienter, og respondentene antydte at unnlattelse av å fullføre en slik skaderapport (selv for de skader som må søke etter medisinsk behandling) var vanlig.	IMRaD struktur Etisk godkjent Ikke godkjent tidsskrift i følge DBH

”Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff.”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Bejia, Younes, Jamila, Khalfallah, Salem, Touzi, Akrouit og Bergaoui Joint bone spine 2005 Tunisia	Studiens hensikt var å avgjøre forekomsten av korsryggsmert er blant sykehusperson ell, analysere medisinske og faglige konsekvenser samt undersøke forhold knyttet til dette helseproblemet	Spørreunders økelse	350 stk	Medisinsk behandling var nødvendig i 61,9% av tilfellene, radiologisk utredning var nødvendig i 45% av tilfellene, sykefravær var observert i 26,1% av tilfellene og en yrkesmessig endring var nødvendig i to tilfeller. Trening viste seg å være en forebyggende faktor mot LBP.	IMRaD struktur Tilsynelatend e ikke etisk godkjent Nivå 1 i DBH

”Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks”

Forfattere Tidsskrift, År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Nelson, Matz, Chen, Siddharthan , Lloyd og Fragala Internationa l Journal of Nursing Studies 2006 USA	Studiens hensikt var å skape tryggere arbeidsmiljø for pleiepersonell som gir direkte pasientbehandl ing, ved å designere og implementere et allsidig program som ville integrere kunnskapsbase rt praksis, teknologi og sikkerhets forbedringer.	Kvantitativ, prospektiv	825 stk	Programmet resulterte i forbedringer i skadefrekvens, tilpassede arbeidsdager, jobbtilfredshet, kostnader og i selvrapportering av usikre pasientforflytninger. Antall tapte arbeidsdager var reduert, men var ikke statistisk signifikant.	IMRaD struktur Tilsynelatend e ikke etisk godkjent Kommenterer egen kvalitet Nivå 1 i DBH

	Samt å evaluere effekten av programmet på skadefrekvensen, tapte og modifiserte arbeidsdager, trivsel, selvrapporing av hendelser med utrygge pasientforflytninger, nivået av støtte for programmet, ansatte og pasientens aksept, program effektivitet, kostnader og lønnsomheten i investeringen.				
--	---	--	--	--	--

Vedlegg 3:

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database : Datum:

Tittel:
.....

Forfattere:
.....

År: Tidsskrift/journal:

Land hvor studien ble gjennomført:

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse
.....
..... Fortsatt

vurdering: Ja Nei

Motivering:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....
.....
.....
.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
 Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomisert Kontrollert
 Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensing/Problemformulering? Ja Nei

Er perspektiv/kontekst presentert? Ja Nei

Finns et etisk resonnement? Ja Nei

Er utvalget relevant? Ja Nei

Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja Nei

Er metoden tydelig beskrevet? Ja Nei

Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja Nei

Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....