



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

FÖRFLYTTNINGSUTBILDNING

Utvärdering av utbildning i kommunal verksamhet - från kännedom till kompetens

FRIDHA SÖDERQVIST

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete i Fysioterapi med inriktning mot
beteendemedicin Västerås
Avancerad nivå
15hp
Fysioterapeutprogrammet
FYSo19

Handledare: Maria Sandborgh
Examinator: Charlotta Thunborg

Datum: 2013-07-06

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Arbets-skador är vanligt förekommande inom vård- och omsorgsyrken. En kommun i Mellansverige utbildar därför all tillsvidareanställd vårdpersonal i en 20 timmars förflyttningsutbildning.

Syfte: att undersöka effekterna av en verksamhetsanpassad och kompetensinriktad förflyttningsutbildning inom kommunal verksamhet med avseende på vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt i förflyttnings-situationer, sjukfrånvaro, upplevd arbetstyngd och arbetsrelaterade besvär, jämfört med vårdpersonal som inte genomgått utbildning under motsvarande tid.

Metod: En kvasiexperimentell utvärderingsstudie med intervention- och jämförelsegrupp om 30 deltagare i varje grupp. Utbildningen hade sin grund i modellen PRECEDE-PROCEED med fokus på 1) mottagliggörande faktorer, 2) förstärkande faktorer och 3) möjliggörande faktorer då dessa anses viktiga för att lyckas med implementering av ett nytt arbetssätt. Utbildningen var uppdelad på 5 halvdagar om 20h totalt. Deltagarna fick svara på en studiespecifik delvis webbaserad enkät före, direkt efter och 6 månader efter avslutad utbildning. Repeated measures ANOVA användes för statistisk analys.

Resultat: Vårdpersonalen rapporterade ingen förändring i arbetssätt; att stimulera brukarens egen aktivitet och förmåga att påverka sin arbetstyngd. Vårdpersonalens upplevda arbetstyngd generellt och kopplat till förflyttnings-situationer minskade jämfört med jämförelsegruppen. Färre personer rapporterade arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaron ökade i mindre omfattning i interventionsgruppen efter utbildning.

Slutsats: Arbetsrelaterade besvär och upplevd/självrapporterad arbetstyngd generellt och kopplat till förflyttnings-situationer minskade efter genomförd förflyttningsutbildning.

Nyckelord: Förflyttning, utbildning, arbetsbelastning, sjukfrånvaro, vårdpersonal

ABSTRACT

Background: occupational injuries are common in health care and social welfare professions. Therefore, the municipality offers all permanent nursing staff a 20-hour course in staff-assisted transfers.

Objective: to investigate the effects of this course in assisted client transfers with respect to self-reported health care professionals' approach in moving situations, sick leave, perceived work load and work-related musculoskeletal disorders in the municipal activities, compared with health workers that have not received education during the same time.

Method: A Quasi-experimental study with intervention and comparison group of 30 participants in each group. The course was based on the PRECEDE-PROCEED model with focus on 1) predisposing factors, 2) reinforcing and 3) enabling factors as these are considered important for the success when implementing a new work approach. The course was divided into 5 half-days and 20 hours in total. The participants responded to a study-specific partly Web-based survey before, immediately after and six months after the education. Repeated measures ANOVA were used for data analyses.

Results: The nursing staff reported no change in working methods; to stimulate the patient's own activity and ability to influence their working load. Health care employees perceived work load in general and linked to transfer situations decreased compared to the comparison group. Number of people with self-reported work-related musculoskeletal disorders decreased and sick-leave increased less in the intervention group after the course.

Conclusion: Perceived/self-reported work load related to mobility situations and generally decreased after the movement training.

Key words: Transfer, education, work load, sick leave, nursing staff

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Fysioterapi och beteendemedicin	1
1.2	Arbetsrelaterade besvär	2
1.3	Smärta från rörelseapparaten.....	3
1.4	Prevention av arbetsrelaterade skador	3
1.5	Förändring av arbetssätt – från kännedom till kompetens.....	4
1.6	PRECEDE-PROCEED modellen.....	4
1.7	Problemformulering	6
2	SYFTE	6
2.1	Frågeställningar.....	7
3	METOD	7
3.1	Design	7
3.2	Urval	7
3.3	Datainsamlingsmetod	10
3.4	Genomförande.....	11
3.5	Intervention.....	11
3.6	Databearbetning och analys	13
3.7	Etiska överväganden.....	14
4	RESULTAT	14
4.1	Vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt	14
4.2	Sjukfrånvaro	15
4.3	Självrapporterad arbetstyngd.....	15
4.4	Självrapporterade arbetsrelaterade besvär	16
5	DISKUSSION	17
5.1	Resultatsammanfattning.....	17

5.2 Resultatdiskussion.....	17
5.3 Metoddiskussion	20
5.4 Etikdiskussion	22
5.5 Slutsatser	22
REFERENSLISTA	24
BILAGA A: UTBILDNINGENS INNEHÅLL	
BILAGA B: ENKÄT	
BILAGA C: MISSIVBREV	
BILAGA D: SAMTYCKE	
BILAGA E: TIDPLAN FÖR DATAINSAMLING	

1 BAKGRUND

1.1 Fysioterapi och beteendemedicin

Fysioterapeuter arbetar inom många områden som handlar om både primär- och sekundärpreventivt arbete. Primärprevention innebär att förebygga att specifika problem ska uppstå för enskilda individer eller i grupp med definierade hälsorisker. Sekundärprevention däremot handlar om att förebygga ökade problem för de som redan har hälsoproblem. Fysioterapeuternas fackförbund skriver att ”Fysioterapeutens viktigaste uppgift är att visa sambandet mellan rörelse och hälsa och hur rörelse kan användas som medel för att leva ett aktivt liv med god livskvalitet” och att ”Fysioterapeuter har en vetenskaplig underbyggd kompetens att hjälpa människor stärka sin hälsa, förebygga sjukdomar och skador samt rehabilitera dessa för att bättre kunna möta livets krav” (Broberg & Tyni-Lenné, 2009, s.1). Centrala begrepp i fysioterapivetenskap är människans kropp, rörelse, funktion och interaktion i förhållande till hälsa ur ett bio-psyko-socialt perspektiv (Broberg, 2003). Man menar att kroppen och dess rörelse ska ses i en kontext med kognitiva, emotionella och sociala faktorer (Broberg, 2003). Den dynamiska systemteorin menar att rörelse kan förklaras inte bara genom kroppsliga och kognitiva funktioner utan också genom påverkan från omgivningen (Broberg & Tyni-Lenné, 2009). Funktion kan beskrivas som förutsättningar, förmågor och beteenden (Broberg, 2003). Interaktion är viktigt för att människan ska kunna använda sina resurser, vilket är en förutsättning för lärande och förändring där det handlar om hur människan påverkas av och påverkar den omgivning i vilken hon lever (Broberg, 2003).

Fysioterapivetenskapen och fysioterapeutprofessionen bidrar i samhället till en förståelse av hälsa och sjukdom, och färdigheter i att främja hälsa och att förebygga och behandla olika hälsoproblem och sjukdomar eller skador. Fysioterapeutens åtgärder och behandling handlar nästan alltid om att patienten måste genomföra en hälsorelaterad beteendeförändring för att förebygga eller minska besvär (Denison & Åsenlöf, 2012). I beteendemedicin integreras biologiska, fysiska, psykologiska, sociala och omgivningsfaktorer i bedömning, behandling och utvärdering av patienter med olika typer av hälsoproblem. Beteendemedicin är ett tvärvetenskapligt och interdisciplinärt kunskapsområde. För fysioterapeuten handlar det om att fokusera på mer än bara den fysiska orsaken till besvären då det t ex kan ha sin grund i

hur man utför en aktivitet eller hur/vad man tänker och känner inför den aktivitet man ska utföra.

Arbetsrelaterade besvär är ett aktuellt område inom vård- och omsorgsyрken. Det är därför ett viktigt fokusområde för Fysioterapeuter (Ft) där beteendemedicin ses som en viktig grund för att förebygga nya eller förvärrade besvär.

1.2 Arbetsrelaterade besvär

Det finns ingen tydlig definition för begreppet Arbetsrelaterade besvär (Myny et al., 2011). En tidigare studie menar att arbetsrelaterade besvär måste ses utifrån flera perspektiv som kognitiva-, fysiska- och emotionella faktorer (Humphries et al., 2013). Det handlar om faktorer som stress, fysiska besvär som begränsar arbetsförmågan och den fysiska belastningen på rörelseorganen (Huntington et al., 2010). Humphries et al. (2013) och Huntington et al. (2010) visar i sina studier att uteblivet stöd från ledning och arbetsgivare är en faktor som påverkar arbetsrelaterade besvär. Arbetsmiljöverket (2005) beskriver att 30 procent av personal som jobbar inom Hälso- och sjukvård under åren 2008–2013 angav belastning som orsak till anmäld arbetssjukdom. Arbetsbelastning som definition är precis som arbetsrelaterade besvär inte helt entydig då även den påverkas av flera arbetsmiljöfaktorer; organisatoriska, sociala, fysiska, kognitiva och ergonomiska förhållanden på arbetsplatsen (Arbetsmiljöverket, 2015:4). Ergonomi innefattar fysiska, organisatoriska och mentala aspekter och handlar om att anpassa arbetsplatsen och uppgifterna till den anställde för att förebygga risker för ohälsa och olycksfall (Arbetsmiljöverket, 2012:2). Det är viktigt att se till både arbetstagarnas förutsättningar och de tekniska och organisatoriska förutsättningarna vid ergonomiska förbättringsarbeten (Arbetsmiljöverket, 2012:2). Föreliggande studie har fokus på den fysiska delen av arbetsbelastning som påfrestande arbetsställningar under långa perioder, tungt och påfrestande arbete när patienter behöver hjälp att förflytta sig och trånga utrymmen (Arbetsmiljöverket, 2005). Den fysiska arbetsbelastningen kopplat till arbetsställningar och arbetsrörelser och är den näst vanligaste orsaken till arbetsrelaterade besvär bland såväl kvinnor som män (Arbetsmiljöverket, 2014). I den nya föreskriften om organisatorisk- och social arbetsmiljö (Arbetsmiljöverket, 2015:4) menar man att det är väsentligt att identifiera orsakerna bakom arbetsbelastningen för att åtgärder ska ha effekt. Frågor som rör åtgärder kan även behöva hanteras på en annan nivå eller i en annan del av organisationen. Arbetsmiljöverket (2015:4) har därför tagit fram en riskbedömningsblankett för att identifiera riskfaktorer i arbetet som verksamheter inom vård och omsorg rekommenderas att använda. Det ställer höga krav på vårdpersonalen att genomföra riskbedömningar som handlar om att

identifiera risker kring förflyttningar. I en mellansvensk kommun står arbetsmiljöskador i vård och omsorgsyрken för nästan 50 % av alla anmälda arbetsmiljöskador i den kommunen (Arbetsmiljöverket, 2015:2). Det är därför av stor vikt att vårdpersonalen får förflyttningsutbildning för att de själva ska kunna känna igen risker i god tid då smärta från rörelseapparaten är tidiga tecken på begynnande skada.

1.3 Smärta från rörelseapparaten

Ländrygg-, nack- och skuldersmärta är mycket vanligt förekommande hos framförallt kvinnor i vården (Silvia et al., 2002). Nelson och Baptiste (2004) menar att huvudorsaken till detta är patientarbetet som ofta innebär förflyttningar, lyft och att ändra kroppsställning. Nelson et al. (2006) menar dock i sin studie att ryggsmärta är mer komplext än så och kan bero på fler faktorer än bara den fysiska arbetsmiljön vilket de visar med studiens resultat. En sammanställning av studier som Martimo et al. (2008) gjort visar att endast traditionell utbildning innehållande träning av arbetsställningar och arbetsrörelser i olika yrken inte har effekt på ryggsmärta.

1.4 Prevention av arbetsrelaterade skador

Flera studier har visat att risken för arbetsrelaterade skador minskar med ökad användning av och kunskap om hjälpmedel i förflyttningsituationer (Engkvist, 2006 och Guthirie et al., 2004). Förbättrad arbetsteknik som enskild faktor har inte visat sig ha några eller väldigt små effekter på antalet skador (Hignett, 2003 och Martimo et al., 2008). Flertalet studier visar att det är viktigt att ta hänsyn till fler faktorer som exempelvis arbetstid, hjälpmedel och miljö (Engkvist, 2004 och Yassi et al., 2001). Nelson et al. (2006) visar med sina resultat att man måste jobba multifaktoriellt för att nå resultat.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter i en mellansvensk kommun har under flera år uppmärksammat brister i arbetsställningar och arbetsrörelser samt bristande kunskap om förskrivna hjälpmedel. De har också uppmärksammat vårdpersonalens bristande kunskaper i hur det förskrivna hjälpmedlet ska användas och till vad samt att ordinationer inte följs. Detta påverkar så väl brukartrygghet som vårdpersonalens arbetsmiljö och tyder på bristande förståelse för hur hjälpmedel kan underlätta i personalens arbete för att minska belastning (Engkvist, 2006).

Med detta som grund tog Vård- och omsorgsförvaltningen i en mellansvensk kommun beslut om att samtlig tillsvidareanställd vårdpersonal skulle genomgå en obligatorisk utbildning i

förflyttningskunskap innehållande en mix av ergonomi, kroppskännedomsträning, tekniker vid manuella förflyttningar och hjälpmedelskunskap.

1.5 Förändring av arbetssätt – från kännedom till kompetens

Flertalet av den kommunanställda vårdpersonalen har kännedom om förflyttningar. Detta genom en kortare introduktion i förflyttning antingen i sin undersköterskeutbildning eller genom en semesterintroduktion om 3-4h. Att nå kompetens inom området förflyttning är en helt annan sak. I boken "Att lära och utvecklas i sin profession" (Pettersson, 2015) skriver författaren att kompetens handlar om "tillräckligt god förmåga för viss verksamhet" (Pettersson, 2015, s.24). Begreppet innefattar tre komponenter; kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Den klassiska definitionen på kunskap enligt Platons dialog *Theaitetos*, är en sann, välgrundad övertygelse vilket innebär att man måste tro på det man vet. Färdighet definieras i svenskt lexikon som "förmågan att utföra något i praktiken" och förhållningssätt ett "uttryck för en viss inställning" (Svenska Akademin, 2015). Kompetens innebär att dessa tre komponenter kommer till uttryck tillsammans och anpassas för varje situation och beslut, och kompetens är fullt möjligt att utveckla (Pettersson, 2015).

Boström, Kajermo, Nordström och Wallin (2008) har studerat barriärer för att implementera ny forskning i sjuksköterskors arbetssätt inom äldreomsorgen. De kom i sin studie fram till att socialt stöd från kollegor och chef är viktigt för att lyckas samt tid för diskussion och övning i det nya arbetssättet. Boström et al. (2008) kom också fram till att det är viktigt att forskningen var användarvänlig och på svenska och bör finnas lättillgänglig nära arbetsplatsen för att underlätta implementering. Grimshaw et al. (2001) visar i sin studie en sammanställning av forskning som undersökt viktiga faktorer för att få till en implementering. Grimshaw et al. (2001) visar i sina resultat att det är viktigt att identifiera och ta hänsyn till barriärer för ett förändrat arbetssätt i den specifika situationen.

Med hänsyn till att rådande forskning visar att det är viktigt att ta hänsyn till fler faktorer än bara arbetsställningar och arbetsrörelser för en förbättrad förflyttningssituation används i denna studie modellen PRECEDE-PROCEED som ett ramverk vid planering och implementering av förflyttningsutbildningen i en mellansvensk kommun.

1.6 PRECEDE-PROCEED modellen

PRECEDE-PROCEED är en hälsopsykologisk modell som använts vid implementeringsinsatser för hälso- och sjukvårdspersonal (Gielen et al., 2008). Modellen är indelad i tre delar med sammanlagt nio faser. PRECEDE står för Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation och innefattar; del 1 (fas1-3) som handlar om bakgrundsinformation och planering. Del 2 (fas 4-6) handlar om implementering (Green och Kreutzer, 2005). PROCEED står för Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development och innefattar del 3 i modellen som handlar om (fas 7-9) utvärdering och uppföljning ur ett organisatoriskt perspektiv (Green & Kreutzer, 2005). Modellen är en stor övergripande modell varför författaren till denna studie valt att fördjupa sig i fas 3 i del 1, se figur 1.

Modellen lyfter i del 1 och fas 3 fram tre viktiga faktorer att ta hänsyn till inför upplägg av ny utbildningsinsats för att lyckas med implementering; *Mottagliggörande faktorer* så som kunskap, attityder, uppfattningar och värderingar vilket är faktorer som Pettersson (2015) menar är viktiga komponenter för att uppnå kompetens. Det kan handla om övning för att bli bra på det man ska göra men också vilken uppfattning man har om vad utbildningen ska ge. Många som jobbar inom vården saknar helt förflytningsutbildning och vissa anställda har endast fått 3 h utbildning i sin grundutbildning.

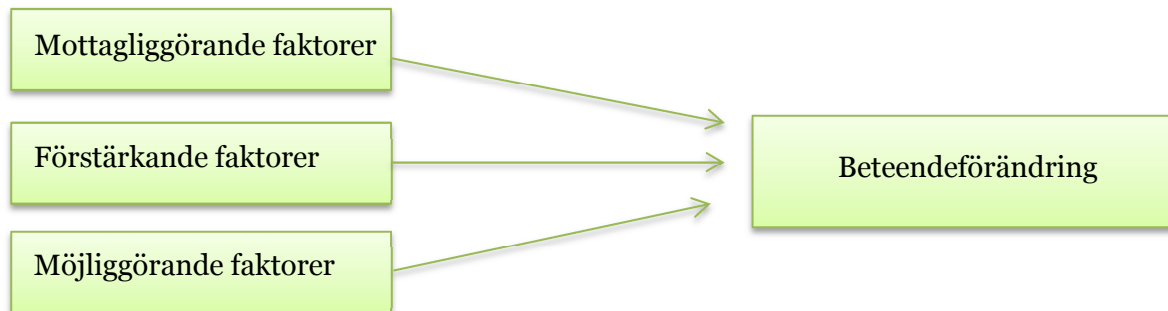
Förstärkande faktorer som belöning och återkoppling menar man i denna modell är viktiga faktorer för att förändringen ska genomföras. Belöning och återkoppling som förstärkande faktorer beskrivs av Skinner i begreppet Operant betingning (Törneke, 2013). Det innebär att ett beteende kan förstärkas eller släckas ut beroende av upplevelsen av positiva eller negativa konsekvenser. I PRECEDE-PROCEED menar man att det är viktigt att förstärka ett beteende genom belöning och återkoppling för att öka sannolikheten för ett förändrat beteende.

Möjliggörande faktorer innebär befintliga resurser, hinder och kompetens inom en organisation. Det handlar om de faktorer/resurser som finns och som föregår en beteendeförändring dvs. det som gör beteendeförändringen möjlig att genomföra, där nämns motivation som en viktig faktor (Green & Kreutzer, 2005).

Chaisson et al. (2015) och Mazloomymahmoodabad, Masoudy, Fallahzade och Jalil (2014) har utgått från bakomliggande orsaker utifrån möjliggörande-, mottagliggörande- och förstärkande faktorer som modellen PRECEDE-PROCEED menar har betydelse för ett ändrat arbetssätt för vårdpersonal. I båda studierna har man kommit fram till att dessa faktorer är viktiga att ta hänsyn till och att det leder till ökad sannolikhet för ett förändrat arbetssätt efter en intervention. Chaisson et al. (2015) visar i sina resultat att när personalen ändrat arbetssätt och använder feedback till patienten utifrån identifierade hinder för ett förändrat beteende ökar sannolikheten för ändrat beteende hos patienterna.

Mazloomymahmoodabad et al. (2014) visar i sin studie att de äldre som har anhöriga som

genomgått utbildning och får socialt stöd ändrar sitt beteende genom att stötta sina anhöriga att utföra mer aktivitet i dagliga livet (ADL) självständigt. Khaldoun, Aldiabat och Navenec (2013) visar i sina resultat att när vårdpersonalen tar hänsyn till dessa faktorer vid rökavvänjning ökar sannolikheten för ett ändrat beteende och ökad livskvalité hos patienterna.



Figur 1. Faktorer viktiga för beteendeförändring enligt PRECEDE-PROCEED. Modifierad bild utifrån Green och Kreutzer (2005).

1.7 Problemformulering

Det finns en hel del forskning inom området förflyttning i vård och omsorg som fokuserar på förflyttningsutbildningens påverkan på upplevelsen av ländryggsbesvär för vårdpersonal och sjuksköterskor (Hignett, 2003 och Martimo et al., 2008). Det finns dock begränsat forskningsunderlag med fokus på verksamhetsanpassad förflyttningsutbildning som inte bara innehåller ergonomi utan även hjälpmedelskunskap samt hur den utbildningen påverkar vårdpersonalens upplevda arbetstyngd, arbetsrelaterade besvär och eventuellt förändrat arbetssätt. Forskning med sin grund i en beteendemedicinsk teori eller modell saknas inom området förflyttning. Med detta som grund är det av intresse att utvärdera denna verksamhetsanpassade förflyttningsutbildning med sin utgångspunkt i den beteendemedicinska modellen PRECEDE-PROCEED. Utbildningen har fokuserat på mottagliggörande-, förstärkande- och möjliggörande faktorer enligt modellen. Detta för att se om det är möjligt att påverka upplevd arbetstyngd och arbetsrelaterade besvär när hänsyn tagits till fler faktorer än bara ergonomi.

2 SYFTE

Att undersöka effekterna av en verksamhetsanpassad och kompetensinriktad förflyttningsutbildning med avseende på vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt i

förflyttningssituationer, upplevd arbetstyngd och arbetsrelaterade besvär samt registrerad sjukfrånvaro inom kommunal verksamhet, jämfört med vårdpersonal som inte genomgått utbildning under motsvarande tid.

2.1 Frågeställningar

- Hur påverkar en verksamhetsanpassad förflyttningssutbildning:
 1. vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt med avseende på a) att stimulera brukarens egen aktivitet b) den egna förmågan att påverka arbetstyngd?
 2. sjukfrånvaron gällande besvär från rörelsestödjearganen i antal dagar under en 3 månaders period för vårdpersonalen?
 3. självrapporterad arbetstyngd a) generellt och b) kopplat till förflyttningssituationer?
 4. självrapporterade arbetsrelaterade besvär

3 METOD

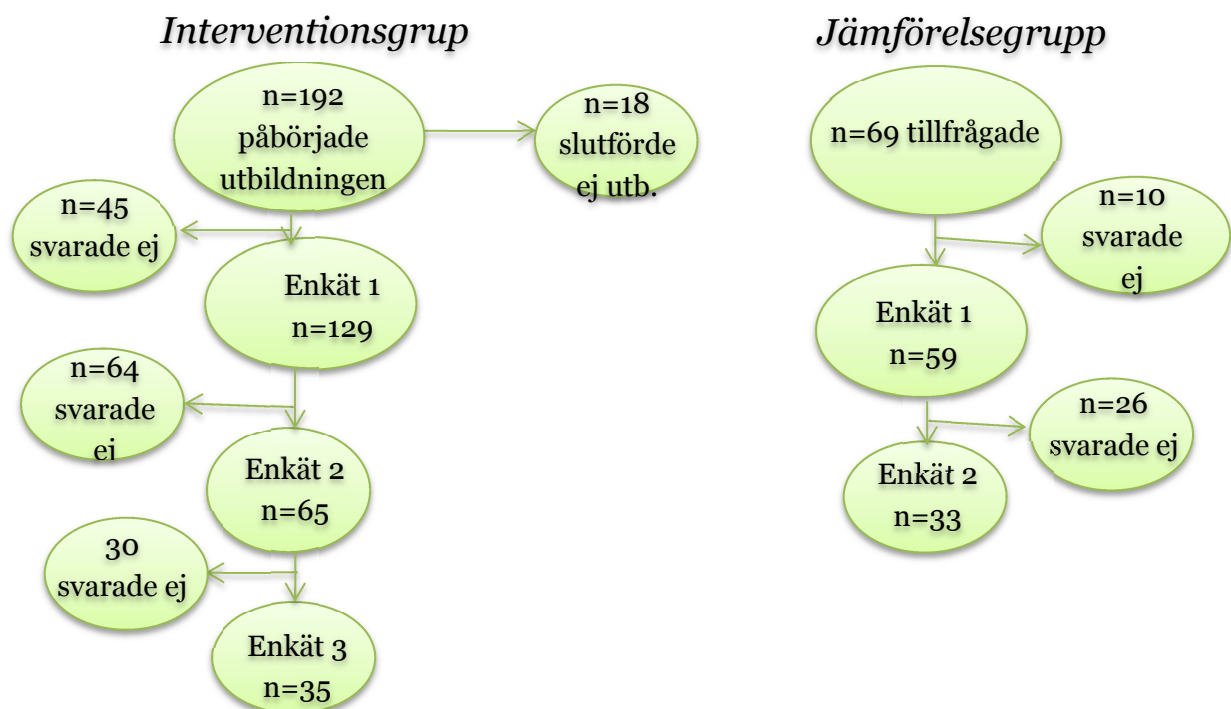
3.1 Design

Studien är en kvasiexperimentell utvärderingsstudie med en jämförelsegrupp. Det innebär att studien är prospektiv, med mätningar före, direkt efter samt 6 månader efter intervention och att analys av skillnader mellan och inom grupper över tid görs (Domholdt, 2006) men också att randomisering till grupper inte var möjlig (Campbell & Stanley, 1963). Jämförelser sker mellan interventionsgrupp som går utbildningen och jämförelsegrupp som kommer att genomgå utbildningen inom de närmaste fyra åren men inte under tiden för aktuell studie.

3.2 Urval

Ett ändamålsenligt urval (Domholdt, 2005) för interventionsgruppen gjordes baserat på vilka som hade störst behov av utbildningsinsatsen. Personalansvariga i kommunen valde ut de vård- och omsorgsboenden/hemtjänstgrupper med högst sjukfrånvaro gällande rörelsestödjearganen att genomgå utbildningen först. Siffror på detta inhämtades via

kommunhälsans 2020-databas där samtliga anställdas sjukfrånvaro registreras. Utifrån denna statistik valde personalansvariga ut fyra enheter med högst sjukfrånvaro kopplat till rörelsestödjeorganen, två vård- och omsorgsboenden och två hemtjänstenheter. Det var vissa avdelningar på de utvalda enheterna som visade hög sjukfrånvaro kopplat till *rörelsestödjeorganen* och då valde man att utbilda hela enheten samtidigt. Eftersom en sjuksköterska ringer upp på tredje sjukdagen finns även typ av problem registrerade, så som besvär kopplat till rörelsestödjeorganen, psykosociala problem, övrigt och influensa. Vid de tillfällen den sjukskrivne inte svarar i telefon när sjuksköterska ringer registreras sjukfrånvaron som *övrigt*. I denna studie har *övriga sjukdomar* lagts till gruppen *sjukskrivning för rörelsestödjeproblem*. Vid rapportering av sjukfrånvaro inkluderades samtlig tillsvidareanställd vårdpersonal, 230 personer, på utvalda enheter samt ytterligare 2 enheter i jämförelsegruppen, med sammanlagt 104 personer. All vårdpersonal som hade en tillsvidareanställning på ett vård- och omsorgsboende eller i en hemtjänstgrupp i en mellansvensk kommun och som genomgått utbildningen under våren 2015 erbjöds delta i studien genom att svara på enkäten. 204 planerade platser för deltagarna fanns under våren 2015 men bara 192 anställda anmälde till utbildningen och 174 av dem avslutade samtliga utbildningstillfällen under våren.



Figur 2. Antal svarande och antal bortfall vid respektive mätperiod för interventionsgrupp och jämförelsegrupp.

Jämförelsegruppen bestod av anställda vid ett vård- och omsorgsboende och en hemtjänstgrupp som inte genomgått utbildning under datainsamlingsperioden. Enheterna i jämförelsegruppen valdes utifrån att de anställda som jobbar där inte skulle komma att vikariera på de enheter som skulle genomföra utbildningen våren 2015. Eftersom flera hemtjänstgrupper samarbetar vid exempelvis sjukdom kan det ibland förekomma ett enhetsbyte vilket skulle kunna bidra till att de får jobba med en personal som gått utbildningen.

Sammanställning av bakgrundsfaktorer för deltagarna (tabell 1) visar en jämn fördelning mellan män och kvinnor. Det är dock en något högre andel som jobbat längre än 10 år i interventions- jämfört med jämförelsegruppen. I övrigt är grupperna jämförbara.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer för deltagarna i studien.

Variabler	Jämförelsegrupp		Interventionsgrupp	
	Före	Efter 6 mån	Före	Efter 6 mån
Kvinna/Man	55/4	28/2	125/4	30/0
Undersköterska/Vårdbiträde	53/6	28/2	111/18	28/2
Tjänstgöringsgrad i medelvärde	92,54%	91,83%	79,88%	92,40%
Antal år i yrket	0-10 år = 24 11-20 år = 20 >20 = 15	0-10 år = 12 11-20 år = 10 >20 = 8	0-10 år = 36 11-20 år = 48 >20 = 46	0-10 år = 3 11-20 år = 12 >20 = 15
Förflytningsutbildning i grundutbildningen	Inte alls = 27 1-4h = 18 5-8h = 8 >8h = 6	Inte alls = 13 1-4h = 11 5-8h = 3 >8h = 3	Inte alls = 50 1-4h = 49 5-8h = 15 >8h = 13	Inte alls = 5 1-4h = 15 5-8h = 5 >8h = 5
Antal kurser i förflyttning efter grundutbildningen	Ingen = 12 1-3 = 35	Ingen = 5 1-3 = 20	Ingen = 34 1-3 = 87	Ingen = 2 1-3 = 18

	>3 = 12	>3 = 5	>3 = 6	>3 = 10
--	---------	--------	--------	---------

3.3 Datainsamlingsmetod

För att svara på studiens frågeställningar togs en enkät fram baserat på en tidigare enkät utvecklad av Kindblom-Rising, Wahlström, Nilsson Wikmar, och Buer (2011). Kindblom-Rising et al. (2011) enkät har validitetstestats på 20 undersköterskor som då inte ingick i deras studie och reliabilitetstestats genom test-retest på 50 undersköterskor för att mäta stabilitet för svaren över tid men det framkommer inte vilken analys som använts. Enkäten kortades ner från 51 till 25 frågor och omarbetades något för att passa denna studies syfte, se Bilaga B. Frågorna som berör bakgrundsfaktorer (fråga 1-9, bilaga B), en fråga som berör brukarens egen aktivitet (fråga 10, bilaga B), två frågor om självrapporterad arbetstygnd generellt (fråga 14 och 17, bilaga B) och ytterligare två frågor (fråga 16 och 18, bilaga B) är direkt hämtade från Kindblom-Rising et al. (2011) enkät. Fråga 19-25 om arbetsrelaterade besvär är hämtade från Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPQ) (Linton, 2003) men användes också av Kindblom-Rising et al. (2011). Detta screeninginstrument avseende riskfaktorer för aktivitetsnedsättning och sjukskrivning är både validitets- (Westman, Linton, Öhrvik, Wahlén & Leppert, 2008) och reliabilitetstestat med goda resultat (Opsommer, Hilfiker, Raval-Roland, Crombez & Rivier, 2013). Opsommer et al. (2013) har undersökt test-retest reliabiliteten för ÖMPQ instrumentet på 30 personer med kronisk ländryggsmärta. Intraclass correlation coefficients (ICCs) var 0,89 (95% konfidensintervall [CI] 0.79–0.95) (Opsommer et al., 2013).

Svarsformatet är en 11-gradig numerisk skattningsskala med svarsalternativ från 0-10 där 0 står för "inte alls", "instämmer inte alls", "aldrig" och 10 "i hög grad", "instämmer", "alltid". De frågor som inte besvaras på en 11-gradig skala är de 9 bakgrundsfrågorna och en fråga om kroppsliga besvär (fråga 20) som besvaras med ja och nej, se Bilaga B.

Vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt mäts med avseende på att stimulera brukarens egen aktivitet (fråga 10 och 13, bilaga B) och den egna förmågan att påverka arbetstygnd (fråga 12, bilaga B). Sjukfrånvaron gällande besvär från rörelsestödjeorganen i antal dagar i genomsnitt per anställd mäts under en 3 månaders period för vårdpersonalen utifrån statistik från kommunhälsan från före utbildningen oktober - december 2014 samt 6 månader efter avslutad utbildning oktober - december 2015. Självrapporterad arbetstygnd mäts generellt (fråga 11, 14, 17 och 24, bilaga B) och kopplat till förflyttningssituationer (fråga 15, bilaga B). I denna studie mäts även självrapporterade arbetsrelaterade besvär (fråga 21,22 och 25, bilaga B). Författaren har valt att plocka bort fyra frågor (fråga 16, 18, 19 och 23,

bilaga B) som inte redovisas i denna studie. Dessa frågor plockades bort då den inre överensstämelsen inte gav bra resultat och inte visade sig bilda en mätbar komponent utifrån frågeställningarna.

3.4 Genomförande

Interventionen skedde under våren 2015 och data samlades in under hela året 2015. Deltagare i interventionsgruppen anmäldes av sina chefer till olika utbildningsgrupper under våren 2015. Alla deltagare fick ett missivbrev ihop med enkäten med information om utvärderingen innan beslut om deltagande i studien, se Bilaga C. Information om innehållet i utbildningen gavs vid första kurstillfället. De som valde att delta i studien fick sedan svara på enkäten före-, direkt efter- och 6 månader efter avslutad utbildning. Tanken från början var att även samla in data 1 år efter avslutad utbildning men pga. för få svarande 6 månader efter avslutad utbildning uteblev sista mätningen. Enkäten skickades ut via e-post före kursstart. Eftersom flera deltagare inte hunnit se enkäten innan utbildningsstart fick de som inte sett enkäten innan möjlighet att vid första kurstillfället svara via en pappersenkät. De gavs då tid att fylla i enkäten innan kurstillfälle 1 påbörjades. Insamlade svar på enkäter matades in i ett webbsystem (Quicksearch Group, 2013) av enkätansvarig i kommunen där studien utfördes. Efter varje avslutad utbildningsgrupp meddelade projektansvarig till enkätansvarig vilka deltagare som fullföljt utbildningen vid tillfälle 1-5. Enkätansvarig skickade då ut samma enkät igen via mail till de som avslutat samtliga utbildningstillfällen. Dessa fick 3 veckor på sig att svara på enkäten och 2 påminnelser skickades ut, en efter respektive vecka. Alla deltagare i utvärderingen har svarat på enkät 2 under en period på 5 veckor till 5 månader beroende på när de avslutade utbildningstillfälle 5. Även jämförelsegruppen fick enkäten utskickad via e-post. Enkätsvaren var svåra att få in från deltagarna i jämförelsegruppen via webbenkäten. Projektansvarig åkte därför ut och informerade om utvärderingen på jämförelsegruppernas enheters arbetsplatsträffar (APT). Detta gjorde att det drog ut på tiden för att få in svar i jämförelsegruppen vilket resulterade i att det endast var möjligt att genomföra 2 mättillfällen som kan jämföras mot *före utbildningen* och *direkt efter utbildningen*. De som önskade delta i studien svarade på enkäten vid ett APT vid 2 olika tillfällen.

3.5 Intervention

Utbildningen utformades av 5 förflyttningsinstruktörer; 2 ergonomer från kommunhälsan, 1 friskvårdskonsulent från kommunhälsan, en arbetsterapeut och en fysioterapeut från ReHabenheten i den mellansvenska kommunen. Interventionsgruppen delades upp i 17 olika utbildningsgrupper som genomgick utbildningen under våren 2015. Utbildningen bygger på 5 tillfällen om 4 tim./gång där kommunhälsan ansvarar för tillfälle 1 och 2, kommunhälsan och ReHabenheten ihop tillfälle 3 och ReHabenheten tillfälle 4 och 5. Alla utbildningstillfällen har sin grund i några förflyttningsprinciper för analys av förflyttningsituationen. Dessa är inspirerade av Kristina Kindblom "Friska förflyttningar" (Kindblom, 2009) och Modern arbetsteknik (Janson & Johansson, 2008). Personalen får träna på att analysera förflyttningar utifrån brukare, personal och miljö/omgivning under utbildningstillfällena och mellan tillfällena i sin verksamhet. Personalen uppmanas ta reda på varje brukares förutsättningar att hjälpa till i förflyttningen och att ta tillvara naturligt rörelsemönster. Deltagarna utbildades och uppmanades att arbeta med principer utifrån områdena personal, omgivning/miljö och brukare då flera faktorer från dessa områden har en inverkan på förflyttningen. För personalen innebär det att arbeta i gångstående med tyngdöverföring, armarna intill kroppen, upprätt rygg och jämna lugna rörelser. Utifrån miljö/omgivning handlar det om att se till att skapa utrymme i den mån det går och att planera så hjälpmedel som behövs finns nära till hands. Utifrån brukaren handlar det om att ta reda på brukarens fysiska förutsättningar och ta tillvara på dessa förutsättningar samt att utnyttja naturligt rörelsemönster.

Mottagliggörande faktorer så som kunskap, attityder, uppfattningar och värderingar lyfts fram löpande under hela utbildningsinsatsen. För att uppnå kompetens får deltagarna möjlighet att tillämpa principerna genom öppna övningar och repetition vid varje utbildningstillfälle. Mellan tillfällena får deltagarna en hemuppgift där de ska analysera en förflyttning i sin verksamhet utifrån grundläggande principer om egen arbetsställning, brukarens rörelsemönster och behov av hjälpmedel. Vid start av varje nytt utbildningstillfälle följs detta upp genom samtal och reflektion. Deltagarna får också möjlighet att ställa frågor som de funderat på sedan föregående tillfälle. För att ta hänsyn till *möjliggörande faktorer* finns utbildade arbetsterapeut och fysioterapeut som vårdpersonalen kan vända sig till för att få hjälp med förflyttningsärenden kopplat till en specifik brukare i en viss verksamhet. Detta som hjälp för att föra vidare kunskapen från utbildningen ut i verksamheten. *Förstärkande faktorer* lyfts fram genom att vårdpersonalen får stöd och hjälp med förskrivning av hjälpmedel för specifika förflyttningsituationer av ansvarig arbetsterapeut/fysioterapeut för att underlätta införande av arbetssättet i sin verksamhet. Vårdpersonalen och arbetsterapeut/fysioterapeut kan sedan få stöd och hjälp av utbildade förflyttningsinstruktörer vid färdighetsträning, om behov finns. För att vårdpersonalen ska få stöd från sin närmaste chef (Boström et al., 2008) vid implementering av nytt arbetssätt

erbjuds enhetscheferna för den vårdpersonalgrupp som utbildas en utbildning om 4 timmar, också detta som en *förstärkande faktor*. Denna utbildning innehåller information och träning utifrån chefens ansvar vad gäller arbetsmiljö kopplat till förflyttningssituationer. För att vårdpersonalen ska kunna få stöd av varandra utbildas all tillsvidareanställd personal på samma arbetsplats inom en 5 månaders period.

För detaljerad beskrivning av utbildningens innehåll se Bilaga A.

3.6 Databearbetning och analys

Materialet importerades till statistikprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) version 22 (2013) direkt ifrån webbprogrammet Quicksearch för analys. Eftersom enkäten inte tidigare använts i andra studier utan skapats för utvärderingens syfte genomfördes en principal komponents analys (Engelska: Principal Component Analysis, PCA) för att se vilka frågor som bildar en gemensam komponent (Arrindell & van der Ende, 1985, Guadagnoli & Velicer, 1988, Schoenmann, 1990, Steiger, 1990 och Velicer & Jackson, 1990). Utifrån PCA bildades 6 komponenter med 1-, 1-, 2-, 6-, 3 och 4 frågor för respektive komponent. Cronbach´s Alpha användes sedan för att säkerställa den inre överensstämmelsen mellan frågorna för respektive komponent. En av komponenterna fick då plockas bort pga för låg Chronbach´s alpha (Nunnally, 1978 och Nunnally & Bernstein, 1994). Ett index skapades för varje komponent (Streiner, 2003) och omvandlades till z-värde (Domholdt, 2005). Dessa komponent-index var; självrapporterat arbetssätt med avseende på att stimulera brukarens egen aktivitet (2 frågor) och förmåga att påverka sin arbetstyngd (1 fråga), upplevd arbetstyngd generellt (1 fråga) och kopplat till förflyttningssituationer (6 frågor) samt upplevda arbetsrelaterade besvär (4 frågor). Sjukfrånvaro redovisas i antal dagar i genomsnitt per tillsvidareanställd under en 3 månaders period och räknas ut genom att dividera totalt antal sjukdagar med antal tillsvidareanställda under mätperioden. Skillnaden mellan mättillfälle 1 och 2 presenteras i antal dagar i genomsnitt per person och i procent för respektive grupp, intervention- och jämförelsegrupp. Frågorna i den 6:e komponenten (fråga 16, 18, 19 och 23, bilaga D) plockades bort då den inre överensstämmelsen för komponenten var för låg, Cronbach´s Alpha 0,583 (Nunnally, 1978 och Nunnally & Bernstein, 1994). Dessa frågor bedömdes heller inte svara på studiens frågeställningar. Repeated measures ANOVA (Domholdt, 2005) användes för att jämföra grupperna med avseende på variablerna; vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt, sjukfrånvaro, upplevd arbetstyngd och självrapporterade arbetsrelaterade besvär och redovisas med p-värde för den eventuella skillnaden. En jämförelse gjordes mellan grupperna interventions- och jämförelsegrupp från första till andra mätning. Ytterligare

analys gjordes inom interventionsgruppen från första till tredje mättillfället med hjälp av Repeated measures ANOVA. Signifikansnivån som använts är $p < \text{eller} = 0,05$.

3.7 Etiska överväganden

Eftersom studien är en utvärdering inom kommunen behövs inget etiskt godkännande av etisk kommitté för att genomföra studien (Codex, 2016). Studien har genomförts i enlighet med de fyra grundprinciperna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008). Enligt autonomiprincipen har alla deltagare fått skriftlig (se Bilaga C) och muntlig information om studien samt att deltagande är helt frivillig och att de när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande genom att inte svara på enkäten. Det kan dock upplevas känsligt för en del personer att delta i studien eftersom arbetsgivaren vet vilka enheter som ingår i utvärderingen. Dock redovisas inga resultat på individnivå utan endast på gruppnivå. Personuppgifter hanteras enligt PUL (Datainspektionen, 2015) och underlaget är bara tillgängligt för projektansvarig och enkätansvarig i kommunen. Varje deltagare som valt att ingå i utvärderingen har gett ett skriftligt samtycke till att författaren till studien hanterar personuppgifter och att de tagit del av och godkänt deltagande i utvärderingen (se Bilaga D). Utbildningen syftar till minskad upplevd arbetstyngd, arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro för deltagarna helt i enlighet med godhetsprincipen. Det har ett värde för deltagarna att minska sina problem och för arbetsgivaren nyttan att de anställda kan jobba vilket kan minska kostnader för verksamheten och öka närvaron för brukarna. Utbildningen förväntades inte leda till skada för deltagarna. I enlighet med rättvisepincipen kommer samtlig vårdpersonal få genomgå utbildningen.

4 RESULTAT

4.1 Vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt

För självrapporterad förmåga att stimulera brukarens egen aktivitet förelåg ingen skillnad mellan grupperna, $p=0,561$. En skillnad ses över tid mellan första och andra mätningen i båda grupperna, $p=0,007$, men inte mellan alla tre mätningarna i interventionsgruppen,

p=0,237. Det var inte möjligt att göra en jämförelse vid mättillfälle tre då enkätsvar från jämförelsegruppen uteblev.

Vårdpersonalen rapporterade ingen förändring i arbetssätt med avseende på förmågan att påverka sin arbetstygnd jämfört med jämförelsegruppen, p=0,402. Det var inte heller någon skillnad över tid i enbart interventionsgruppen, p=0,826. Antal deltagare som besvarade frågeformuläret vid samtliga mätningar var 30 för respektive grupp.

4.2 Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron gällande besvär från *rörelsestödjearganen och övrigt* ökade med 11% (0,42 dagar) i interventionsgruppen och 27 % (1,22 dagar) i jämförelsegruppen från före utbildning till 6 månader efter avslutad utbildning. Antal tillsvidareanställda i interventionsgruppen var 230 och i jämförelsegruppen 104.

Tabell 2 Sammanställning av sjukfrånvaro. Antal dagar är ett snitt per anställd under en 3 månaders period.

Grupp	Antal anställda	Dagar totalt i gruppen före	Dagar totalt i gruppen efter	Snitt/ person före	Snitt/ person efter	Skillnad i dagar	Skillnad i procent
Intervention	230	914,85	1011,71	3,98	4,40	>0,42	>11%
Jämförelse	104	467,08	593,92	4,49	5,71	>1,22	>27%

4.3 Självrapporterad arbetstygnd

Vårdpersonalen rapporterade generellt minskad upplevd arbetstygnd i interventionsgruppen medan jämförelsegruppen rapporterade en ökning mellan mätningarna före till direkt efter utbildningen, p=0,027. Ingen skillnad finns mellan alla tre mättillfällen inom interventionsgruppen, p=0,160. Antal svarande var 30 deltagare i respektive grupp och mätningar.

Vårdpersonalens upplevda arbetstyngd kopplat till förflyttningssituationer minskade i interventionsgruppen jämfört med jämförelsegruppen från före till direkt efter utbildningen, $p=0,004$. En minskning syns vid analys mellan alla tre mätningar i interventionsgruppen, $p=0,003$.

4.4 Självrapporterade arbetsrelaterade besvär

Det var 29 deltagare i interventions- respektive 28 i jämförelsegruppen som svarade på frågan om de hade eller hade haft arbetsrelaterade besvär de senaste 3 månaderna. Några av dessa hade svarat på enkäten att de varken hade eller hade haft arbetsrelaterade problem de senaste 3 månaderna. Detta medförde bortfall på frågorna gällande arbetsrelaterade besvär, särskilt vid mättillfälle tre för interventionsgruppen. Antal personer med arbetsrelaterade problem minskade i interventionsgruppen från före till direkt efter utbildningen jämfört med jämförelsegruppen, $p=0,044$ (tabell 1, *upplevda arbetsrelaterade besvär a*).

Det var 18 i jämförelsegruppen och 10 i interventionsgruppen som upplevde sig ha arbetsrelaterade besvär efter utbildningen. De som upplevde sig ha eller ha haft arbetsrelaterade besvär de senaste 3 månaderna fick svara på ytterligare några frågor. Dessa resultat visar ingen signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegrupp före och direkt efter utbildning, $p=0,271$ (tabell 1, *upplevda arbetsrelaterade besvär b*). Det är inte heller någon skillnad mellan mättillfällena i interventionsgruppen, $p=0,057$.

Tabell 3. Sammanställning av resultatskillnader utifrån respektive frågeställning över tid mellan interventions- och jämförelsegrupp.

Frågeställning	$p < 0,05$
1 a) Förmåga att stimulera brukarens egen aktivitet	$p=0,561$
1 b) Förmåga att påverka sin arbetstyngd	$p=0,402$
3 a) Generell upplevd arbetstyngd	$p=0,027$
3 b) Upplevd arbetstyngd kopplat till förflyttningssituationer	$p=0,004$
4. Upplevda arbetsrelaterade besvär a)	$p=0,044$
4. Upplevda arbetsrelaterade besvär b)	$p=0,271$

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

Studien syftade till att undersöka effekterna av en verksamhetsanpassad och kompetensinriktad förflyttningsutbildning med avseende på den kommunalt anställda vårdpersonalens självrapporterade arbetssätt i förflyttningssituationer, upplevd arbetstyngd och arbetsrelaterade besvär samt registrerad sjukfrånvaro. Ingen skillnad kunde ses mellan interventionsgrupp och jämförelsegrupp gällande självrapporterad förmåga att stimulera brukarens egen aktivitet eller förmåga att påverka den egna arbetstyngden. Resultatet visar att sjukfrånvaron ökar i mindre omfattning i interventionsgruppen och att den generellt upplevda arbetstyngden och kopplat till förflyttningssituationer minskar för interventionsgruppen vid jämförelse med jämförelsegruppen. Resultatet tyder också på att deltagare i interventionsgruppen nu har en grund för att inte öka den generellt upplevda arbetstyngden medan deltagare i jämförelsegruppen inte har det. Studien visar att denna förflyttningsutbildning ledde till att färre antal personer i interventionsgruppen uppger att de har eller har haft arbetsrelaterade besvär de senaste 3 månaderna.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar ingen effekt gällande deltagarnas självrapporterade förmåga att stimulera brukarens egen aktivitet. Detta beror på att det visade sig vara en signifikant skillnad i både interventions- och jämförelsegruppen mellan mätning 1 och 2. Kindblom (2009) menar att det är viktigt att i förflyttningsutbildning lägga mycket fokus på att med ord beskriva vad som menas med naturligt rörelsemönster och hur vi kan använda oss av det för att brukaren ska göra så mycket som möjligt själv. Det kan vara så att brukarna som deltagarna jobbar med kräver mycket fysisk hjälp och att resultatet därför inte visar någon effekt gällande att stimulera brukarens egen aktivitet efter förflyttningsutbildning. Man kan också fundera på om resultatet kan förklaras utifrån att deltagarna började reflektera över sin förmåga att ta tillvara brukarens egen aktivitet efter att ha svarat på frågan vid mättillfälle 1. Det skulle då kunna förklara varför det är en skillnad i båda grupperna över tid.

Resultaten av denna verksamhetsanpassade förflyttningsutbildning minskar vårdpersonalens upplevda generella arbetstyngd och kopplat till förflyttningssituationer. Ett flertal studier har visat att det är viktigt att ta hänsyn till fler faktorer än bara ergonomi, som exempelvis arbetstid, hjälpmedel och miljöfaktorer (Engkvist, 2004 och Yassi et al., 2001). Därför lades stor vikt i denna utbildning på att få med flera delar som personal (ergonomi), miljö

(hjälpmedel, utrymme) och brukare (egen aktivitet, naturligt rörelsemönster). Dessa är faktorer är också viktiga påverkansfaktorer enligt modellen PRECEDE-PROCEED (Green & Kreutzer, 2005).

Resultatet tyder på att utbildningen har gett deltagarna kompetens inom området förflyttningsskunskap som leder till upplevt minskad arbetstyngd vid förflyttningssituationer. Kompetensbegreppet innefattar tre komponenter; kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Enligt Pettersson (2015) är kompetens fullt möjlig att utveckla och innebär att dessa tre komponenter kommer till uttryck tillsammans och anpassas för varje situation. Utbildningen hade därför tydligt fokus på att deltagarna skulle få ihop delarna personal, miljö och brukare. De fick med stöd från fysioterapeut, arbetsterapeut, ergonom och folkhälsovetare träna på detta i olika förflyttningssituationer utifrån principer som är direkt överförbara till olika sammanhang. Resultatet minskad upplevd arbetstyngd i förflyttningssituationer, stärker vikten av att fysioterapeuten utgår från en specifik aktivitet vid bedömning och åtgärd av ett upplevt problem samt att träna på delarna till en helhet som Denison och Åsenlöf (2012) lyfter fram är viktigt för att uppnå en beteendeförändring. Den generellt minskade upplevda arbetstyngden och arbetstyngden specifikt kopplat till förflyttningssituationer skulle kunna förklaras utifrån att fysioterapeut och arbetsterapeut ser en ökad efterfrågan av hjälpmedel. I motsats till detta svarar deltagarna i enkäten att de inte upplever sig kunna påverka sin arbetstyngd, vilket är intressant med tanke på att de upplever minskad arbetstyngd efter utbildningen. Det skulle kunna vara så att deltagarna tar hänsyn till fler faktorer än förflyttningssituationer gällande påverkan av arbetstyngden. Arbetsmiljöverket (2015:4) visar i en ny lag att stress och den psykosociala arbetsmiljön är en viktig del av upplevd arbetstyngd, vilket är faktorer en utbildningsinsats i förflyttningsskunskap inte kan påverka.

Det förelåg en skillnad mellan interventions- och jämförelsegrupp gällande sjukskrivning, där sjukfrånvaron i snitt per person ökade 3 gånger mer i jämförelsegruppen jämfört med interventionsgruppen. Grupperna är inte helt jämförbara eftersom jämförelsegruppen bara är hälften så stor som interventionsgruppen. Man kan fundera på om sjukfrånvaron hade skilt sig ännu mer om jämförelsegruppen varit lika stor. Snittet i antal dagar av sjukfrånvaro kopplat till rörelsestödjearganen var något högre i jämförelsegruppen vid mätning 1 vilket gör grupperna lite olika vid baslinjemätningen. Interventionsgruppen har ett lägre snitt vid mätning 1 pga. att vissa avdelningar på en enhet hade en låg frånvaro medan andra avdelningar på samma enhet hade en mycket hög sjukfrånvaro. Den höga frånvaron på vissa avdelningar låg till grund för att personalansvariga i kommunen ville att dessa skulle bli först att gå utbildningen. För att alla anställda på samma enhet skulle få genomgå utbildningen samtidigt valdes hela enheten ut även om inte alla avdelningar hade hög sjukfrånvaro. Kanske är det så att utbildningen har störst effekt för de som har mest problem. Detta kan

antas hänga samman med den minskade upplevda arbetstyngden som deltagarna upplever i interventionsgruppen.

Studien visar en signifikant skillnad mellan grupperna för antal personer som inte längre har några arbetsrelaterade besvär efter avslutad utbildning vilket visar goda resultat för denna utbildningsinsats för interventionsgruppen. Andra studier har visat att ökad användning av och kunskap om hjälpmedel minskar risken för arbetsrelaterade skador (Engkvist, 2006 och Guthrie et al., 2004). Man kan fundera på om detta skulle kunna vara fallet i denna studie också men det är svårt att säga något om eftersom studien inte mäter användning av hjälpmedel. Eftersom flera i interventionsgruppen uppger att de inte längre har besvär efter utbildningsinsatsen är svarsfrekvensen i denna studie för låg för att dra några slutsatser gällande de som uppgett att de har upplevda arbetsrelaterade besvär. Detta eftersom flera deltagare svarat att de varken har eller har haft arbetsrelaterade problem de senaste 3 månaderna efter avslutad utbildning. Detta var särskilt tydligt i interventionsgruppen vid mättillfälle tre.

Utbildningen tog hänsyn till *Mottagliggörande-, förstärkande- och möjliggörande faktorer* som Green och Kreutzer (2005) har sett är viktiga faktorer för att lyckas med implementering och beteendeförändring. Deltagarna fick mycket tid för övning under utbildningstillfällena och har även haft stöd från en fysioterapeut och arbetsterapeut ute i verksamheten vilket denna studie ser som möjliggörande faktorer. Man kan tänka sig att detta varit en framgångsfaktor då personalen får stöd att generalisera kunskapen till verksamheten. Något som denna studie inte har mätt men som flera deltagare uttryckte efter utbildningens slut var att det tyckte att utbildningen gav tillfälle att öva och innehöll bra kunskap kring hjälpmedel som de upplevde sig ha direkt nytta av i vardagen. Man kan tänka sig att delen kring hjälpmedel är så vardagsnära att den är lätt för personalen att direkt applicera i sitt arbete. En förstärkande faktor som flera deltagare nämnde under utbildningens gång var att samtlig personal från en enhet genomgick utbildningen under en avgränsad tid. De upplevde att det var lättare att ändra arbetssätt när alla genomgått utbildningen. Detta skulle kunna vara en förstärkande faktor då de uppmuntrar varandra att ändra arbetssätt vilket skulle vara intressant att undersöka vidare i en annan studie. Att alla på samma enhet genomgick utbildningen skulle kunna vara en anledning till det goda resultatet kring generellt minskad upplevd arbetstyngd och kopplat till förflyttningssituationer. Att flera deltagare under utbildningen fick möjlighet att själva känna hur mycket ett hjälpmedel kan underlätta i en förflyttningssituation skulle kunna ses som en positiv förstärkning som ökar sannolikheten att det nya arbetssättet implementeras. Förstärkande-, möjliggörande- och mottagliggörande faktorer kan i denna studie ses som en framgångsfaktor för att uppnå minskad upplevd arbetstyngd. Man kan tänka sig att genom ökad kompetens i förflyttningssituationer minskar

den upplevda arbetstyngden generellt och kopplat till förflyttningssituationer och därmed arbetsrelaterade besvär och ev. sjukfrånvaro. Viktiga faktorer kan vara ökad kompetens och användning av hjälpmedel samt ökat stöd från arbetsterapeuter och fysioterapeuter ute i verksamheten.

5.3 Metoddiskussion

Den studiespecifika enkät som använts är inte validitets och reliabilitetstestad, vilket är en svaghet med mätmetoden i denna studie. För den enkät som användes som grund var det svårt att utläsa vilka frågor som hade reliabilitetstestats (Kindblom-Rising et al., 2011). En styrka är dock att enkätens begreppsvaliditet för studiens frågeställningar har undersökts med principal komponent analys och inre överensstämmelse för respektive komponent med Cronbach´s Alpha. Resultatet av analyserna visar på en acceptabel (0,685) till hög (0,875) inre överensstämmelse för respektive komponent. Mätvaliditeten för komponenten *förmåga att ta tillvara brukarens egen aktivitet* var god enligt principal komponent analysen men då det bara var två frågor kunde inte Cronbach´s Alpha användas för reliabilitets kontroll. Därför har den inre överensstämmelsen för dessa frågor inte undersökts, vilket försvårar säkra slutsatser gällande denna frågeställning. Kindblom (2009) använde flera öppna frågor för att få fram skillnader före och efter utbildningen kopplat till brukarens egen aktivitet och naturligt rörelsemönster. En svaghet i frågeformuläret är att det inte är någon av frågorna som är direkt uttryckta med orden "naturligt rörelsemönster" som var det begrepp som användes i utbildningen. Frågor gällande *förmåga att ta tillvara brukarens egen aktivitet* behöver troligen omformuleras vid eventuell användning av enkäten framöver.

Den inre överensstämmelsen för komponenten *upplevd arbetstyngd kopplat till förflyttningssituationer* var god (Cronbach´s Alpha=0,866) vilket styrker frågornas reliabilitet. Begreppsvaliditeten var god enligt principal komponent analysen för *upplevd arbetstyngd generellt* och inre överensstämmelse acceptabel för denna komponent (Cronbach´s Alpha=0,67). Den inre överensstämmelsen för upplevda arbetsrelaterade besvär var också den god (Cronbach´s Alpha=0,778). Inför nästa gång enkäten ska användas kan fyra frågor plockas bort eftersom dessa inte mäter vad vi hade för avsikt att mäta (fråga 16, 18, 19 och 23, bilaga B). De verkar dessutom vara svåra att förstå för deltagarna vilket i sin tur påverkar reliabiliteten och validiteten i denna studie. När det gäller sjukfrånvaro finns det felkällor som påverkar tillförlitligheten. Det förekommer att anställda vid uppföljning av sjuksköterska vid tredje dagens sjukskrivning inte svarar i telefon. Dessa personer registreras då som *övrig sjukskrivning*. För att ändå få med alla sjukskrivningar valdes *övriga sjukdomar* att räknas till *rörelsestödjearganens sjukdomar* i denna studie. En svaghet med

denna metod är att alla tillsvidareanställda på enheterna som ingår i intervention- och jämförelsegrupp inkluderats. Det innebär att det inte med säkerhet är alla som ingår i mätningen som har genomgått utbildningen vilket inte ger en helt rättvisande bild i interventionsgruppen jämfört med jämförelsegruppen. Eftersom mätningen gjordes lika i båda grupperna och vid samtliga mättillfällen är resultaten jämförbara och möjliga att generalisera till övriga vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst.

Den kvasi-experimentella studiedesignen i sig är en styrka för studiens interna validitet (Domholdt, 2005) då jämförelsegrupp finns vilket gör att tiden som confounder kan uteslutas. En slumpmässig fördelning mellan grupperna kunde dock inte genomföras eftersom HR valde ut de enheterna med högst sjukfrånvaro kopplat till rörelsestödjeorganen att bli först ut att genomföra utbildningen. Grupperna är därför inte helt jämförbara då interventionsgruppen hade en högre sjukfrånvaro vid baslinjemätningen jämfört med jämförelsegruppen. Detta kan påverka vilka slutsatser vi kan dra av effekterna gällande sjukfrånvaro. Om endast interventionsgrupp funnits hade det varit en osäkerhet i resultatet då man inte kunnat utesluta att tiden i sig var orsaken till förändringen. Jämförelsegruppen gör det möjligt att dra kausala slutsatser av studien. En svaghet för studiens design kopplat till den interna validiteten (Domholdt, 2005) är dock den låga svarsfrekvensen vid samtliga mättillfällen. Svarsfrekvensen halverades till respektive mättillfälle. Det skulle kunna vara så att de som svarat vid mättillfälle två och tre är de som var mest motiverade och var positiva till utbildningen. Boström et al. (2008) visar i sin studies resultat att deltagarnas motivation är viktigt för att lyckas med implementering av nytt arbetssätt. Svarsfrekvensen för enkäten före utbildningen var god. Det kan ha haft betydelse att deltagarna fick svara på arbetstid och i pappersform vilket underlättade att det blev av. Vid tillfälle två och tre skickades enkäten ut via e-post och deltagarna svarade via en webbenkät. Med tanke på dagens inflöde av e-post och information kan detta vara en anledning till att så många missade eller avstod från att svara. Eventuellt hade det varit bättre att lämna ut pappersenkät på arbetsplatserna och att deltagarna fått svara på enkäten vid sina arbetsplatsträffar. Att lämna ut, samla in och mata in pappersenkäter är tidskrävande och var inte en möjlig metod i denna studie. Det hade inneburit mer tid för både projektansvarig och enkätansvarig. I jämförelsegruppen samlades data in via pappersenkäter för att få in svar. Detta gjordes då det från början inte kom in ett enda svar. Ifyllda enkäter matades in manuellt. Denna skillnad i hantering av enkäter är en svaghet för studien eftersom deltagarna i interventions- och jämförelsegrupperna kan vara lite olika. Det skulle kunna vara så att i jämförelsegruppen har alla valt att svara som fått möjligheten medan bara de mest motiverade deltagarna i interventionsgruppen svarat. Detta kan också påverka den externa validiteten (Domholdt, 2005) genom att vi inte vet om grupperna är jämförbara och på så sätt med försiktighet ska generalisera till andra verksamheter. Det stärker den externa validiteten att både vård- och omsorgsboende och

hemtjänstgrupper deltog i både jämförelse- och interventionsgrupp. Detta gör det möjligt att generalisera resultaten till liknande verksamheter. Antal år i yrket skiljer sig något åt i respektive grupp. Det är en något högre andel som jobbat längre än 10 år i interventionsjämfört med jämförelsegruppen. Detta kan vara en confounder då man kan tänka sig att de som jobbat längre har mer besvär vilket gör att de är mer motiverade att ändra sitt arbetssätt. Det skulle också kunna vara tvärtom att de som jobbat länge har svårare att lära om.

5.4 Etikdiskussion

Alla deltagare skrev sitt namn och mailadress vid första mättillfället för möjlighet att kunna följa dem genom samtliga mättillfällen. Detta kan ha medfört att flera deltagare har valt att inte svara på enkäten då den inte var helt anonym. Det kan upplevas känsligt för en del personer att delta i studien eftersom arbetsgivaren vet vilka enheter som ingår i utvärderingen, dock inte på individnivå men på gruppnivå. En styrka är dock att alla har fått information att det endast är projektansvarig och enkätansvarig som har tillgång till enkätsvaren och att all data redovisas på gruppnivå. Det är inte möjligt för arbetsgivaren att spåra resultaten till en specifik enhet då resultaten inte redovisas per enhet. Med tanke på studiens goda resultat gällande generellt upplevd arbetstyngd och kopplat till förflyttningssituationer samt minskade antal personer med arbetsrelaterade besvär, är det viktigt att även de som i studien tillhört jämförelsegruppen får genomgå utbildningen. Detta med hänsyn till rättvisepincipen att alla ska få ta del av en intervention som ger positiva resultat för deltagarna.

5.5 Slutsatser

Denna verksamhetsanpassade och kompetensinriktade förflyttningssituationer har bidragit till generellt minskad upplevd arbetstyngd och kopplat till förflyttningssituationer samt färre antal personer med arbetsrelaterade besvär. Signifikant färre personer uppgav sig ha arbetsrelaterade besvär efter genomgången utbildningen och sjukfrånvaron ökade i betydligt mindre omfattning i interventionsgruppen. Utbildningen har inte lett till ett självrapporterat förändrat arbetssätt i förflyttningssituationer med avseende på att stimulera brukarens egen aktivitet och förmåga att påverka sin arbetstyngd. Tyvärr är svarsfrekvensen för de som fortsättningsvis upplevde sig ha eller ha haft arbetsrelaterade besvär de senaste 3 månaderna för låg för att dra några slutsatser om effekt av utbildningen. Ingen signifikant skillnad finns mellan grupperna för de 10 respektive 18 som svarat. Resultatet styrker vikten av att

personalen får en verksamhetsanpassad förflyttningsutbildning som tar hänsyn till *Mottagliggörande-, förstärkande- och möjliggörande faktorer* för att lyckas med implementering av ett förändrat arbetssätt.

5.6 Framtid

Enkätfrågorna som användes för att svara på frågeställningen förändrat arbetssätt behöver ses över inför eventuella framtida studier då psykometriska egenskaper för frågeformuläret är oklara. Fortsatt forskning på större material behövs för att kunna generalisera resultaten till andra typer av verksamheter inom vården som exempelvis personlig assistans, LSS-boende med flera. Det skulle vara intressant att undersöka hur denna utbildningsinsats påverkat samarbetet med ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut ute i verksamheterna och vilken påverkan deras stöd har för implementering av utbildningsinsatsning. En kvalitativ studie kring hur personalen upplever utbildningen och på vilket sätt de använder kunskapen från utbildningsinsatsen i verksamheten vore också intressant. Framöver finns inplanerade uppföljningstillfällen om 2h för de som genomgått utbildningen. Det skulle då vara intressant att göra en mätning efter att deltagarna genomgått det uppföljande utbildningstillfället för att se om skillnaden kvarstår eller har förändrats ytterligare.

REFERENSLISTA

Arbetsmiljöverket (2005). *Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 2015-10-01, från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/>

Arbetsmiljöverket (2014:4). *Arbetsorsakade besvär*. Hämtad 2015-11-10, från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/lagar-och-regler-om-arbetsmiljo/>

Arbetsmiljöverket (2015:2) *Ergonomi i kvinnors arbetsmiljö – Inspektioner 2012-2014 med fokus på bedömning av risker för belastningsskada*. Hämtad 2015-11-10, från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/lagar-och-regler-om-arbetsmiljo/>.

Arbetsmiljöverket (2015:4) *Organisatorisk- och social arbetsmiljö*. Hämtad 2016-04-01, från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-afs-20154/>

Arbetsmiljöverket (2012:2). *Belastningsergonomi*. Hämtad 2016-06-09, från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/arbetsstallning-och-belastning---ergonomi/>

Boström, A-M., Nilsson Kajermo, K., Nordström, G. och Wallin, L (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science*, 3(24). doi:10.1186/1748-5908-3-24

Broberg, C. och Tyni-Lenné, R. (2009). Sjukgymnastik som vetenskap och profession. *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*. Hämtad 2016-05-16, från <http://www.fysioterapeuterna.se/Professionsutveckling/Om-professionen/>

Broberg C. (2003). Om teori- och begreppsutveckling i sjukgymnastik i ett historiskt perspektiv. *Sjukgymnasten Vetenskapligt Supplement*, 1, 5-17. Hämtad 2016-05-18 från, http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?Dok_ID=33585

Codex – regler och riktlinjer för forskning. (2016). Hämtad 2016-02-17, från <http://codex.vr.se/manniska3.shtml>

Carlson Gielen, A., McDonald, E. M., Gary, T. L. och Bone, L. R. (2008). Using the PRECEDE-PROCEED model to apply health behavior theories. K. Glanz., B. K. Rimer., och Viswanath. K (Red./4th ed.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (s.407-433). San Francisco: A Wiley Imprint.

Campbell, D.T. och Stanley, J.C. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally College Publishing.

Chaisson, L. H., Katamba, A., Haguma, P., Ochom, E., Ayakaka, I., Mugabe, F., Miller, C., Vittinghoff, E., Davis, J. L., Handley, M. A., & Cattamanchi, A. (2015). Theory-Informed Interventions to Improve the Quality of Tuberculosis Evaluation at Ugandan HealthCenters: A Quasi-Experimental Study. *Public Library of science ONE*, 10(7), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0132573

Datainspektionen (1995). *Personuppgiftslagen*. Hämtad 2015-11-10, från http://www.datainspektionen.se/lagar-och-regler/personuppgiftslagen/forskning/Statistiska_analyser

Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation Research: Principles and Applications*. St. Louis Missouri: Elsevier Saunders.

Engkvist, I.L. (2006). Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics*, 37, 141-148.

Engkvist, I.L. (2004). The accident process preceding back injuries among Australian nurses. *Safety Science*, 42, 221-235.

Green, L. W., & Kreutzer, M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A & O'Brien, M.A. (2001). Changing Provider Behavior: An Overview of Systematic Reviews of Interventions. *Medical Care*, 39(8), 112-1145.

Guthrie, P., Westphal, L., Dahlman, B., Berg, M., Behnam, K. & Ferrell, D. (2004). A patient lifting intervention for preventing the work-related injuries of nurses. *Work*, 22, 79-88.

Hignett, S. (2003). Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. *Occupational Environmental Medicine*, 60, 1-13. doi:10.1136/oem.60.9.e6

- Humphries, N., Morgan, K., Conry, MC., McGowan, Y., Montgomery, A. & McGee, H. (2013) Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *International Journal of Health Care*, 27(4) 293-307 DOI: 10.1108/IJHOQA-08-2012-0087
- Huntington, A., Gilmour, J., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D. & Turner, C. (2010). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10) 1413-1422. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03602.x>
- IBM Corporation. (2013). IBM Statistical Packages for the Social Sciences for Macintosh, Version 22.0. Armonk, New York: IBM Corporation.
- Janson, S. & Johansson, C. (2008). Rätt arbetsteknik skapar hälsa och trygghet – anpassad instruktörsutbildning 7 dagar Förflyttningkunskap. *Modern arbetsteknik*. Version 13.09.
- Khaldoun, M., Aldiabat, & Navenec, C.L. (2013) Developing Smoking Cessation Program for Older Canadian People: An Application of PRECEDE-PROCEED model. *American Journal of Nursing Science*, 2 (3), 33-39. doi: 10.11648/j.ajns.20130203.13
- Kindblom-Rising, K., Wahlström, R., NilssonWikmar, L., & Buer, N. (2011). Nursing staff's movement awareness, attitudes and reported behaviour in patient transfer before and after an educational intervention. *Applied Ergonomics*, 42 (3), 455-465. doi:10.1016/j.apergo.2010.09 .003
- Kindblom, K. (2009). Movement awareness and communication in patient transfer: an educational intervent (Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, department of Neurobiology, Care Sciences and Society).
- Linton S. (2003). Early Identification of Patients at Risk of Developing a Persistent Back Problem: The Predictive Validity of The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19(2), s. 80-86.
- Martimo, K. P., Verbeek, J., Karppinen, J., Furlan, A.D., Takala, E.P., Kuijjer, P.P., Jauhiainen, M., & Viikari-Juntura, E. (2008). Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *British Medical Journal*, 336, 429-431. doi: 10.1136/bmj.39463.418380.BE
- Mazloomymahmoodabad, S., Masoudy, G., Fallahzadeh, H. & Jalil, Z. (2014). Education Based on Precede-Proceed on Quality of Life in Elderly. *Global Journal of Health Science*, 6(6), 178-184. doi: 10.5539/gjhs.v6n6p178

Myny, D., Goubergen, D.V., Gobert, M., Vanderwee, K., Hecke, A.V., & Defloor, T. (2011). Non-direct patient care factors influencing nursing workload: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2109-29. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05689

Nelson, A. & Baptiste, A.S. (2004). Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 9 (3). Hämtad 2016-05-12: http://www.nursingworld.org/handlewithcare/situational_pain_scale_in_patients_with_chronic_low_back_pain.

Nelson, A., Matz, M., Chen, F., Soddhartan, K., Lloydm J. & Fragala, G. (2006). Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling task. *International Journal of Nursing*, 43, 717-733.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Opsommer, E., Hilfiker, R., Raval-Roland, B., Crombez, G. & Rivier, G. (2013). Test-retest reliability of the örebro musculoskeletal pain screening questionnaire and the situational pain scale in patients with chronic low back pain. *Swiss Medical Weekly*, 6, 143:w13903 doi: 10.4414/smw.2013.13903.

Quicksearch Group. (2013). Quicksearch. Hämtad: 2016-01-30, från <http://dm.quicksearch.se/dm/>

Silvia, C.E., Bloswick, D.S., Lillquist, D., Wallace, D. & Perkins, M.S. (2002). An ergonomic comparison between mechanical and manual patient transfer techniques, *Work*, 19 (19-34).

Streiner, D.L. (2003). Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha Does and Doesn't Matter. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 217-222, doi: 10.1207/S15327752JPA8003_01

Svenska akademien (2015). *Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. (Fjortonde upplagan). Stockholm: Svenska akademien.

Törneke, N. (2013). *Relational frame theory – Teori och klinisk tillämpning*. Studentlitteratur. Lund.

Westman, A., Linton, S. J., Öhrvik, J., Wahlén, P., & Leppert, J. (2008). Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain? A validation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *European Journal of Pain*, 12 (5), 641–649.

doi: 10.1016/j.ejpain.2007.10.007

World Medical Association (2008). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, adopted by the 18th WMA general Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, latest revision by the General Assembly, Seoul. Ferney-Voltaire, France.

Yassi, A., Cooper, J. E., Tate, R. B., Gerlach, S., Muir, M., Trottier, J., & Massey, K. (2001). A Randomized Controlled Trial to Prevent Patient Lift and Transfer Injuries of Health Care Workers. *Spine*, 26(16), 1739-1746.

BILAGA A; UTBILDNINGENS INNEHÅLL

Tillfälle 1: Teori i kroppens anatomi med fokus på axel, skuldra och rygg. Praktiska övningar där vårdpersonalen övar på att stå i gångställning och göra tyngdöverföringar med armarna intill kroppen. Praktiska hållningsövningar för att hitta en bra utgångsposition. Introduktion i naturligt rörelsemönster från sittande till stående.

Tillfälle 2: Teori i naturligt rörelsemönster för vändning i säng och uppresning. Manuella förflyttningar vid vändning utan hjälpmedel och uppresning utan hjälpmedel. Teori och praktik i olika grepp och att förlänga sina armar med hjälpmedel för en upprätt ställning.

Tillfälle 3: Genomgång av förflyttningsprinciper inspirerade av Modern Arbetsteknik och Friska förflyttningar. Teori och praktisk övning i olika tekniker utifrån förflyttningsprinciperna för att förflytta en brukare i sängen med hjälp av två personal och hjälpmedel. Praktisk övning i manuella förflyttningar att vända en brukare i säng, flytta en brukare högre upp i säng och från liggande till sittande på sängkanten.

Tillfälle 4: Praktisk repetition av manuella förflyttningar i och vid sängen. Teori och praktik av olika överflyttningshjälpmedel som rollator, return, gåbord och glidbräda. Teori och praktisk träning att ta på och av stödstrumpor samt påklädning byxor och tröja kopplat till minskad friktion.

Tillfälle 5: Teori och praktik vid användning av golvlyft och stålyft och dess olika lyftselen. Alla deltagare får prova att bli lyfta och själva lyfta samt att placera i rullstol. Allt sker utifrån förflyttningsprinciperna. Teori och praktik för placering av lyftsele med olika hjälpmedel för en brukare som har svårt att hjälpa till eller är svår att vända i sängen vid placering. Genomgång av lyft från golv samt att guida en person upp från golv.

BILAGA B; ENKÄT

Frågeformulär vid förflyttningsutbildning

Datum och Namn.....

Bakgrundsfrågor

Sätt ett kryss i rutan eller skriv på anvisad rad.

1. Är du kvinna eller man?

kvinna

man

2. Vilket år föddes du?

19.....

3. Vilket yrke/utbildning har du?

sjuusköterska

Sjukvårdsbiträde

Undersköterska

Annan, vad

4. På vilket boende eller inom vilket hemtjänstområde arbetar du?

Lagersbergsgården

Ärlagården

Skiftinge hemtjänst

Svalans hemtjänst

Annat.....

5. Arbetar du dag eller natt?

dag

natt

6. Vilken tjänstgöringsgrad har du?

.....%

7. Hur många år har du arbetat inom hälso- och sjukvård?

.....år

•

8. Ingick patientförflyttning i din grundutbildning?

inte alls

ja, 1-4 tim

ja, 5-8 tim

ja, mer än 8 tim

9. Hur många kurser har du gått i patientförflyttning förutom din grundutbildning?

ingen

1-3 kurser

fler än 3 kurser

Några frågor om förflyttningar

Ringa in den siffra som bäst stämmer med din uppfattning

10. När jag utför förflyttningar aktiverar jag vårdtagaren

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Instämmer
Inte alls

11. När jag tänker på hur jag vanligtvis har det upplever jag min arbetstyngd som

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Låg Mycket hög

12. Till vilken grad upplever du att du kan påverka din arbetstyngd

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

13. Jag ser till att brukaren är så fysiskt aktiv som möjligt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Instämmer
Inte alls

14. Jag är rädd att jag ska skada mig när jag hjälper någon att förflytta sig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Instämmer
Inte alls

15. Till vilken grad upplever du att följande förflyttningssituationer med brukare är tunga och besvärliga

från sittande till stående

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

från stående till sittande

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

från sittande till liggande på rygg

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

från liggande till sittande på sängkant

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

vända i sängen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

Längre bak i stol

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls I hög grad

16. Jag visar vårdtagaren med min kropp hur han/hon ska förflytta sig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Inte alls Instämmer

17. Det är lätt hänt att hjälpa till för mycket vid en förflyttning

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Inte alls Instämmer

18. Mina föreställningar om brukarens förmåga påverkar hur aktiv brukaren är i förflyttningar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Instämmer
Inte alls

Instämmer

Några frågor om arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro

Ringa in ett alternativ

19. Jag blir medveten om min kropp först när jag får ont i den

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Instämmer Instämmer
Inte alls

20. Har du under de tre senaste månaderna haft kroppsliga besvär som du anser är arbetsrelaterade?

Ja Nej, gå vidare till fråga 24.

21. Hur ont har du haft i genomsnitt de senaste tre månaderna?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
inte alls outhärdligt
ont ont

22. Hur ofta har du haft ont i genomsnitt de senaste tre månaderna?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
aldrig alltid

23. Med tanke på det du gör under en genomsnittlig dag för att hantera eller klara av din smärta: Hur stora är dina möjligheter att minska den?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ingen möjlighet fullständig
att minska smärtan smärtlindring

24. Hur spänd eller stressad har du känt dig den senaste veckan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
helt lugn mycket spänd

25. Som du upplever det hur stor är risken att ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ingen risk

mycket stor risk

Tack för din medverkan!

BILAGA C; MISSIVBREV

2015-01-27

TILLFRÅGAN OM DELTAGANDE I UTVÄRDERING AV UTBILDNING I FÖRFLYTTNINGSKUNSKAP

Du tillfrågas härmed om deltagande i utvärdering gällande den förflyttningsutbildning du kommer att gå under våren. Syftet är att utvärdera om utbildningen kan bidra till ett ändrat beteende utifrån förflyttningsprinciper som ger minskad arbetstyngd för dig som personal vid brukarförflyttningar. På längre sikt förväntas detta kunna minska antalet sjukskrivningar samt bidra till trygga förflyttningar för brukaren.

Delar av materialet kommer att användas för en magisteruppsats i fysioterapi vid Mälardalens högskola. Materialet kan komma att användas för en vetenskaplig artikel framöver.

Utbildningen sker i samarbete mellan ReHabenheten och Kommunhälsan och genomförs av utbildade förflyttningsinstruktörer.

Du deltar i utvärderingen genom att svara på enkäten elektroniskt före första utbildningstillfället. Du kommer sedan att få ytterligare en enkät direkt efter, 6 månader och 1 år efter avslutad utbildning. Det tar ungefär 10 minuter att svara på enkäten. Ditt deltagande är frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan några konsekvenser för dig i ditt arbete eller deltagande i förflyttningsutbildningen.

Enkäten kodas och dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ingen person kommer att kunna identifieras i magisteruppsatsen eller vid en ev. publikation. Personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204). Ansvarig för dina personuppgifter är webbenkätansvarig inom kommunen.

Om du väljer att inte delta i studien behöver du inte göra någonting. Uteblivet svar tolkas som att du inte vill delta i studien.

Vid första kurstillfället kommer du att få en samtyckesblankett som du ska skriva under om du väljer att svara på enkäten. Då samtycker du med din underskrift till att delta i utvärderingen. Denna blankett lägger du sedan i en postlåda i utbildningslokalen.

Har du frågor om utvärderingen är du välkommen att kontakta Fridha Söderqvist. Det går också bra att ställa frågor under kursens gång.

Med vänlig hälsning

Fridha Söderqvist, Leg. Sjukgymnast

████████ kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, ReHabenheten

fridha.soderqvist@████████.se, Tel. 016-7108771

Karin Björkryd, Verksamhetschef

████████ kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, ReHabenheten

Karin.bjorkryd@████████.se

Personuppgiftsansvarig: Pär Avén, par.aven@eskilstuna.se

BILAGA D; SAMTYCKE

2015-01-30

Samtycke,

Du har fått en enkät via webben och har där skriftligt informerats om denna utvärdering av förflyttningsutbildningen du nu kommer att gå. Materialet kommer att användas i en magisteruppsats och ev. för en framtida vetenskaplig artikel. Därför behövs ditt skriftliga samtycke om du valt att svara på enkäten.

Materialet kommer att hanteras och bearbetas enligt forskningsetiska regler. Namn och personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (PuL, SFS 1998:204).

Jag har tagit del av och förstår den skriftliga informationen om utvärderingen av förflyttningsutbildningen. Jag förstår hur utvärderingen kommer att gå till, att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange några skäl även om jag idag med min underskrift tackar ja. Jag samtycker även till en eventuell framtida publicering av studien samt att mina personuppgifter behandlas enligt PuL.

Ort, boende/hemtjänstområde och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA E; TIDPLAN FÖR DATAINSAMLING

Tidsplan 2015	Enkät 1	Enkät 2	Enkät 3
Januari	28/1 gr.1-3 + Jämförelsegr. 30 pers		
Februari	16/2 gr.6-8 + Jämförelsegr. 30 pers	27/2 gr.1-3	
Mars	4/3 gr.9-10 24/3 gr.11-13	17/3 gr.4-5	
April	20/4 gr.14-16 + Jämförelsegr enkät lämnas ut på resp APT	2/4 gr.6-7 10/4 gr. 8 25/4 gr 9-10	
Maj	4/5 gr.17 + Jämförelsegr enkät lämnas ut på resp APT	5/5 gr.11 14/5 gr.12-13	
Juni		11/6 gr.14-16 17/6 gr.17	
Augusti			27/8 gr. 1-3
September			14/9 gr.4-5 +
Oktober			2/10 gr.6-8 21/10 gr.9-10 + Jämförelsegr enkät lämnas ut på resp APT
November			9/11 gr.11-13 Jämförelsegr enkät lämnas ut på resp APT
December			14/12 gr.14-17



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se