



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Omvårdnad/Avdelningen för omvårdnad

Lena Stumle

Uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats

- intervjustudie med vårdpersonal på kommunalt
vårdboende

Perceptions of patient movement after education effort

- interview with nursing staff at municipal nursing home

Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng
Fristående kurs

Datum/Termin: 2012 11 29

Handledare: Mona Persenius

Examinerande lärare: Inger Johansson

Svensk sammanfattning

Sammanfattning (Svensk)

Titel: Uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats – intervju med vårdpersonal på kommunalt vårdboende

Perceptions of patient movement after education effort- interview with nursing staff at municipal nursing home

Fakultet: Fakulteten för Samhälls- och livsvetenskaper, Karlstad universitet

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15hp

Författare: Lena Stumle

Handledare: Mona Persenius

Examinerande lärare: Inger Johansson

Sidor: 44

Månad och år för examination: November, 2012

Nyckelord: Patientförflyttning, utbildning i förflyttningskunskap, erfarenheter, fenomenografi

Arbete inom vård och omsorg är ofta fysiskt påfrestande. Patientförflyttning utförs frekvent, varje förflyttningssituation är unik och vårdpersonal ska använda ett funktionsbevarande arbetssätt. Olika utbildningsstrategier genomförs i syfte att minska arbetsbelastning och skador. Svårigheter att implementera rekommenderade metoder förekommer där hinder och möjligheter ej är tillräckligt belysta i forskning.

Syfte: Studiens syfte var att belysa vårdpersonals uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats. *Metod:* Genom fenomenografisk ansats gjordes en empirisk beskrivning av olika sätt att uppfatta patientförflyttning. Kvalitativa intervjuer genomfördes med åtta anställda, sju undersköterskor och ett vårdbiträde, på tre kommunala vårdboenden. *Huvudresultatet* utmynnade i tre huvudkategorier, sex beskrivningskategorier med sexton kvalitativt skilda uppfattningar. Huvudkategorierna uppmärksammade faktorer som underlättade genomförandet av ett förändrat arbetssätt innehållande beskrivningskategorierna ”stärkt av ökad kompetens” och ”upplyft av att se förflyttning ur ett omvårdnadsperspektiv”. Faktorer som försvårade genomförandet av ett förändrat arbetssätt innehållande beskrivningskategorierna ”känslor av otillräcklighet” och ”tyngd av bristen på följsamhet” och slutligen förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen med beskrivningskategorierna ”vårdtagaren i fokus- mötets betydelse för förflyttningssituationen” och ”elimineras osäkerhet och otrygghet – skapar komfort, trygghet och välbefinnande”. *Slutsats:* Resultaten indikerar att utbildningsinsatsen varit värdefull. Kunskaper, färdigheter, förståelse, insikt och medvetenhet om risker har ökat. Mindre belastning och ryggbesvär uppfattas. Förflyttningar anses vara en betydelsefull del av omvårdnad och det ställer krav på teamarbete och en involverad organisation.

Engelsk sammanfattning

Abstract (English)

Title: Perceptions of patient movement after education effort- interview with nursing staff at municipal nursing home

Faculty: Faculty of Social and Life Sciences, Karlstad University

Course: Degree project – nursing, 15 ECTS

Authors: Lena Stumle

Supervisor: Mona Persenius

Examiner: Inger Johansson

Pages: 44

Month and year for the examination: November 2012

Key Words: Patient handling, moving and handling education, experiences, fenomenografi

Work in health care is often physically demanding. Patient movement is performed frequently, any movement situation is unique and caregivers should use a function-preserving approach. Different educational strategies are implemented in order to reduce workload and injuries. Difficulties to implement recommended practices occur where barriers and opportunities are not sufficiently clarified in the research.

Aim: The aim of this study was to examine health care professional perceptions of patient movement after education effort. *Method:* The phenomenographic approach was an empirical description of different ways to perceive patient transfer. Qualitative interviews were conducted with eight employees, eight nursing assistant at three local nursing homes. *Main result:* The main analysis resulted in three major categories, six description categories with sixteen qualitatively different perceptions. The main categories drew attention to factors that facilitated the implementation of a changed labor sown, containing the description categories: "strengthened by increased competence" and "upraised to see the movement from a nursing perspective". Factors that hampered the implementation of a changed labor sown containing the description categories' "feelings of inadequacy" and "weighed down by the lack of responsiveness" and finally attention to the approach importance during the patient movement and contained the description categories, "the resident in the focus - meeting's importance to the patient movement situation" and "eliminates the uncertainty and insecurity - creates comfort, safety and welfare." *Conclusion:* The results indicate that the training effort was precious. Knowledge, skills, understanding, insight and awareness of the risks have increased. Less stress and back pain is perceived. Movements considered being an important part of nursing and it requires teamwork and an involved organization.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Arbetsrelaterade skador	1
Omvårdnad	2
Utbildning i patientförflyttning	2
Implementering av förflyttningsmetod	3
Problemavgränsning	7
Syfte	7
Metod	8
Fenomenografi	8
Kvalitativ forskningsintervju	8
<i>Informanter och Urval</i>	9
Inklusionskriterier	9
<i>Datainsamling</i>	9
Tillvägagångssätt	10
<i>Dataanalys</i>	11
Tabell 1: Analysens framväxt	11
Forskningsetiska överväganden	12
Resultat	13
Att uppmärksamma faktorer som underlättar	14
Att uppmärksamma faktorer som försvårar	19
Att uppmärksamma förhållningssättets betydelse	22
Diskussion	27
Resultatdiskussion	27
Metoddiskussion	35
Slutsats	37
Klinisk betydelse	37
Fortsatt forskning	38
Referenslista	38
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Inbjudan att delta	
Bilaga 3 Skriftligt samtyck	

Introduktion

Arbete inom hälso- och sjukvård samt kommunal vård- och omsorg är ofta fysiskt påfrestande för vårdpersonalen (Johnsson 2005). Vårdtagare med svårighet att förflytta sig behöver daglig assistans och dessa förflyttningar utförs därför frekvent. Varje förflyttningssituation är unik och patientens behov av omvårdnad ska tillgodoses utifrån uppsatta mål. Vårdpersonal måste välja den lämpligaste förflyttningen utifrån patientens egna och omgivningens resurser, så att förflyttningen blir säker och skonsam (Johnsson 2005). Patientförflyttning innebär att assistera rörelser hos patienter med nedsatt funktion (Kindblom 2009). Förflyttning har som mål att vårdtagarna ska röra sig så självständigt som möjligt. Förflyttningen innebär dessutom ett samspel mellan vårdare och vårdtagare och som en viktig del i det dagliga livet och i den dagliga omvårdnaden (Johnsson 2005). Patientförflyttning definieras som en arbetsuppgift där vårdpersonalen assisterar, lyfter eller bär patienten under en förflyttning från en plats till en annan (Kjellberg 2003).

Bakgrund

Arbetsrelaterade skador

Ökad risk för ländryggssmärta (LBP) bland vårdpersonal har varit känt sedan lång tid (Hignett 1996; Engkvist 1999; Smedley et al. 2003; Marras et al. 2009).

I en review täckande över 80 studier visade Hignett (1996) att vårdarbete är ett högriskyrke avseende ryggsador. Nelson et al. (2007) slår fast att förekomsten av arbetsrelaterade ryggsador hos vårdpersonal ligger högst av alla yrken internationellt.

Undersköterskor och vårdbiträden har hög risk för skada på grund av olycksfall jämfört med övriga förvärsarbetande kvinnor i Sverige, och även jämförbart med sjuksköterskor. Av 8954 kvinnor i Sverige, som skadade ryggen under en tvåårsperiod, var 40% undersköterskor. De flesta olyckor uppstod vid patientförflyttning. Flera faktorer inverkade vid olyckorna såsom brister i den fysiska arbetsmiljön, att vårdpersonalen tvingades arbeta på ett riskfyllt sätt då det var trångt och ofta saknades förflyttningshjälpmiddel (Engkvist 1999).

Cameron et al. (2008) visar i en studie på sjukhus i Canada att drygt hälften av vårdpersonalen hade arbetsrelaterad smärta och obehag i ländrygg. Det näst vanliga problemet var smärta i skulderparti, följt av övre del av rygg. Nästan två tredjedelar av all vårdpersonal i åldersgruppen 45-55 år och 70% i gruppen över 56 år rapporterade muskel- och skelettproblem på arbetet (Cameron et al. 2008).

Regelbunden patientförflyttning och frånvaro av utbildning eller råd om förflyttning är associerade med ryggsador bland vårdpersonal (Engkvist et al. 2000). Den intensiva fysiska ansträngning som patientförflyttning innebär innefattar ofta obehagliga positioner, långvarigt stående och återkommande tunga lyft vilket väsentligt bidrar till belastningsbesvär (Shoenfisch & Lipscomb 2009). Den manuella hanteringen och påfrestande arbetsställningar är belastande för vårdpersonalen och främsta orsaken till arbetsrelaterade besvär (Silva et al. 2002; Nelson et al. 2007; Kindblom 2009). Det finns starka bevis för en riskökning kopplat till ryggsador hos dem som regelbundet utför patientförflyttningar, utsätts för böjda och/eller vridna arbetsställningar ofta i

kombination med lyft samt för dem som sträcker sig för att nå, skjuter eller drar (Engkvist 1999; Marras et al.1999; Rastas & Pinikahana 2000; Danyard et al. 2001; Hansson & Westerholm 2001; Hye- Knudssen et al. 2004; Hignett 2005; Bos et al. 2006; Musaed 2006; Nelson et al. 2007).

Vårdpersonal väljer att lämna yrket som ett resultat av muskel- och skelettsymtom eller skador (Foschen et al. 2006). Inom sjukvården i Texas har mer än 52% av vårdpersonalen kronisk LBP eller ryggsador och uppskattningsvis 12 % av personalen lämnar årligen yrket på grund av skador (Hunter et al. 2010).

Omvårdnad

Carlsson et al. (2002) finner att trots att det är vanligt att patienter behöver daglig hjälp för att förflytta sig omnämns inte förflyttningar i omvårdnadslitteraturen. Enligt Johnsson et al. (2002) är metod i patientförflyttning och färdigheter för att utföra patientförflyttning av betydelse för vårdkvaliteten och en aspekt av omvårdnad.

Eriksson (1987) framhåller att all professionell vård ska syfta till att understödja eller ta över den naturliga vården när den inte räcker till. Vårdande vård eller omvårdnad är den mest primära formen av vårdandet. Den har ofta sin utgångspunkt i det fysiska livsrummet, vilket omfattar upprätthållande av primära livsfunktioner. Sjuksköterskan ska bistå patienten för att tillgodose de allra mest grundläggande behoven och dit räknas behovet av rörelse.

Hendersson (1982) tar i teorin om omvårdnadens grundprinciper upp betydelsen av att hjälpa patienten inta lämplig kroppsställning vid gång, sittande eller liggande samt när patienten vill ändra ställning. Hendersson betonar sjuksköterskans ansvar för att upprätthålla en hälsosam och säker miljö. Engkvist (1999) beskriver miljö som det sammanhang inom vilket omvårdnad utförs. Den fysiska miljön har betydelse för hur patientförflyttningar kan utföras. En viktig faktor till olyckor vid förflyttning är brister i den fysiska miljön. Det är trångt, saknas förflyttningshjälpmedel vilket tvingar vårdpersonalen att arbeta på ett riskfyllt sätt.

Kjellberg (2003) beskriver relationen mellan vårdpersonalens arbetsteknik i termer av både objektiv bedömning av personalens säkerhet, egen bedömning av arbetsteknik samt patientens upplevelse av säkerhet och komfort. Det finns en relation mellan skicklighet vid förflyttning och vårdkvalitet.

Utbildning i patientförflyttning

I syfte att minska vårdpersonalens fysiska arbetsbelastning och skador har vårdpersonal tränats i att förflytta patienter på ett ergonomiskt korrekt sätt genom att använda rekommenderade metoder för förflyttning (Kjellberg 2003; Johnsson 2005). Utbildning i teknik vid patientförflyttning har varit ett vanligt tillvägagångssätt för att förhindra LBP hos vårdpersonal (Hignett 1996; Johnsson et al. 2002). I årtionden har personal lärts en lämplig kroppsmekanik för att förebygga muskel och skelettskador, med begränsat värde (Shoenfisch & Lipscomb 2009). Även om det finns bevis för att kompressionskrafterna på ryggraden minskar efter utbildning i patientförflyttning (Danyard et al, 2001) samt att ryggsproblem och fysiska krav minskar (Fanello et al.

2002; Johnsson et al. 2002; Owen et al. 2002; Engkvist 2005 och Johnsson et al. 2006) finns studier som har misslyckats med att visa effekt på minskad LBP (Yassi et al. 2001, Hartvigsen et al. 2005).

På senare tid har utbildningsinsatser som fokuserat på att minska belastningen genom att implementera hjälpmedel, använda friktionsreducerande utrustning, undvika manuella lyft, använda naturligt rörelsemönster och ett funktionsbevarande arbetssätt samt stimulera till patientmedverkan, visat lovande resultat (Kindbom-Rising et al. 2002; Johnsson et al. 2002; Engkvist 2005; Hignet 2003; Johnsson et al. 2006). Speciellt goda resultat har "No Lifting Policy" haft när hela organisationen involverades vid införandet (Engkvist 2005). Friktionsreducerande utrustning minskade framgångsrikt friktion och handkraft, ändå står det klart att vårdpersonalens förflyttningsteknik kvarstår som en kritisk faktor avseende vårdpersonalens fysiska arbetsbelastning (Mc Gill & Kavcic 2005).

Utbildning i patientförflyttning betraktas som en förebyggande åtgärd och skapar förutsättningar för en arbetsteknik som kan leda till minskad belastning (Johnsson 2005). Det behövs utbildning och träning i patientförflyttning för att förebygga skador hos vårdpersonalen och en säker patientförflyttning är en yrkesskicklighet som är underbyggd av teoretisk kunskap kombinerad med praktisk erfarenhet (Engkvist 1999; Kneafsey 2006).

Förbättringar i arbetsteknik efter utbildning i patientförflyttning framkommer tydligt (Fanello et al. 2002; Johnsson et al. 2002 och Johnsson et al. 2006). Efter utbildningsinsats minskades fysisk belastning, ryggproblem och skador samt de fysiska kraven hos vårdpersonalen (Fanello et al. 2002; Owen et al. 2002; Engkvist 2005). Muskel- och skelettpåverkan på nacke och rygg samt kronisk LBP minskade efter utbildningsinsats. Av vårdpersonal med LBP från starten hade 36% blivit fria från sina symtom (Fanello et al. 2002). Maximal belastning på ryggraden minskade i ett flertal förflyttningssuppgifter efter ändrat arbetssätt (Daynard et al. 2001). Positionerande teknik och användande av friktionsreducerande utrustning har större betydelse för minskning av ländryggsbelastning än vad patientens vikt och oförmåga har (Skotte & Fallentin 2008).

När ett säkert patientförflyttningsprogram implementerades resulterade det i minskade skador hos personalen och mindre krav på ekonomisk kompensation. Förutom den ekonomiska vinsten ökade också patienternas tillfredsställelse vid förflyttningen (Hunter et al. 2010). Det finns en tydlig koppling mellan personalens skicklighet vid förflyttningar och vårdtagarnas upplevelse av säkerhet och komfort vid förflyttningssituationen (Kjellberg et al. 2003).

Implementering av förflyttningsmetod

Följsamheten till förflyttningsrekommendationer varierar. I allmänhet ses en högre grad av följsamhet i organisationer där personalen har större möjlighet till problemlösning och högre grad av support på arbetsplatsen (Hignett 2005). Utbildning i patientförflyttning tenderar att bli framgångsrik om arbetsplatsen tar förflyttning på allvar och fortsatt träning förekommer på arbetsplatsen (Fanello et al. 2002; Kneafsey & Haigh 2007).

Att införa säker förflyttning för personal och patienter är en långsam process i en etablerad organisation. Förändrad kultur är nyckeln för att lyckas införa en organisationsövergripande förändring av rutiner. Förändring i kulturen resulterade inom sjukvården i Texas till större medvetenhet av både patient- och personalsäkerhet, med hänsyn till rygghälsa och prevention av problem relaterade till positionering och förflyttning av patienter (Hunter et al, 2010). Koppelaar et al. (2009) presenterade en review, där det framkom olika individuella såväl som omgivningsmässiga faktorer, vilka påverkade implementeringen av en förändrad metod. Faktorer i omgivningen rapporterades oftare än individuella faktorer. I de flesta fall var studierna inte inriktade på dessa fynd utan de sågs i efterhand. Forskning som identifierar hinder och/eller möjligheter när en förändrad patientförflyttning implementeras eller personalens erfarenheter av att genomföra förändringen är begränsad. Deras slutsats är att då det finns många hinder och möjligheter som inte beskrivits tillräckligt, men som är av stor betydelse för att implementera ett förändrat arbetssätt, behövs vidare forskning inom detta område (Koppelaar et al. 2009).

Organisationsforskning visar att förändringar tenderar att återgå till gamla mönster. Orsaker till detta kan vara: bristande kunskap, felaktiga förändringsmetoder och allt för förenklade organisationsmodeller (Zander 1999).

Förändringsarbete är en långsam process. När syftet är att skapa en bestående förändring är det avgörande att kunskap förmedlas till vårdpersonalen och att de i sin tur kan utveckla en positiv attityd till förändringen. Först när individer accepterar och är villiga att försöka genomföra en förändring kan andra grupper eller team påverkas och förändring kan komma till stånd (Baulcomb 2003).

Förändringar inom hälso- och sjukvård ska genomföras med patientens behov i centrum och målet med en förändring ska vara hög kvalitet på vård och omsorg. Både personal och chefer bör vara involverade eftersom det handlar om att förbättra vården för patienten (Welford 2006). Vid ett förändringsarbete måste de potentiella fördelarna med förändringen inte bara beröra de anställda och organisationen som helhet, utan patienterna måste också vara i fokus (Baulcomb 2003). Nyckeln till att ett förändringsarbete ska lyckas är samverkan och samarbete med personal inom alla discipliner, speciellt bland dem som är mest aktivt inblandade i patientvården (Varkey et al. 2006).

Vård och omsorgsförvaltningen i berörd kommun genomförde 2005 ett projekt där personal (enhetschefer, undersköterskor, förflyttningsinstruktörer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter) på vårdboende besvarade en enkät kring den personliga hälsan och den psykosociala arbetsmiljön. I slutrapporten (Lindström 2009) framgick att 70% av personalen låg i riskzonen för nack- och ryggbesvär. Resultatet visade också att en stor andel av de moment som utfördes i verksamheten hade belastningsergonomiska aspekter, 65% angav att de utförde tunga lyft, 70% att de arbetade med framåtböjd rygg och 35% att de arbetade med armarna i axelhöjd. Utifrån detta resultat utbildades förflyttningsinstruktörer enligt Modern Arbetsteknik 3J AB, där målet var att de skulle implementera ett funktionsbevarande arbetssätt hos vårdpersonalen samt utbilda sina kollegor i förflyttningskunskap. Detta skulle i sin tur förebygga belastningsskador och förbättra personalens arbetsmiljö. Syftet var att stärka arbetslagens kompetens i förflyttningssteknik och funktionsbevarande arbetssätt.

Vid uppföljningen 2009 (Lindström 2009) hade det totala antalet sjukdagar minskat, men det framkom inte om minskningen i antal sjukdagar och minskade belastningsskador gick att hänföra till ett förändrat arbetssätt. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter upplevde att vårdpersonalen blivit mer medvetna om och uppmärksammade det funktionsbevarande arbetssättet, men att det fortfarande var lång väg kvar innan arbetssättet helt kunde implementerats på enheterna. Det framkom också att kvaliteten på förflyttningskunskapen är lägre på de enheter som inte har någon instruktör eller assistent. Det fanns också en oro för att förflyttningssinstruktörernas arbete skulle kunna ”rinna ut i sanden”. Instruktörer och vårdpersonal utbildades enligt Modern arbetsteknik 3J AB. Enligt denna metod innebär förflyttningskunskap att med minimal kraftinsats förflytta vårdtagare från en position till en annan. Genom funktionsbevarande förhållningssätt skapas förutsättningar för att vårdtagaren själv, och så långt det är möjligt, ska medverka vid förflyttningen. Varje förflyttningssituation ses som unik och analyseras utifrån det som gäller i stunden. Vårdtagarens förutsättningar beaktas, förflyttningen planeras, riskanalys utförs, man sätter gränser, undviker manuella lyft, minskar friktion och använder hjälpmedel vid behov. Vidare ska vårdaren utgå från gångställning, arbeta i balans, utnyttja benstyrka och kroppstyngd, arbeta in mot kropp/höft med sänkta axlar och armbågar, sträva efter upprätt ställning samt använda mjuka och lugna rörelser.

Modern Arbetstekniks förflyttningssmetod inbegriper Natural mobility, No Lifting System och Stockholmsmodellen, vilka finns beskrivna i tidigare forskning.

Natural mobility (Naturligt rörelsemönster, frisk förflyttning)

Efter förflyttningssutbildning enligt frisk förflyttning kunde vårdpersonal öka sin rörelsemedvetenhet och kommunikationsförmåga samt stödja patientens självständiga rörelser vid förflyttningen. Genom detta kunde de minska den fysiska ansträngningen och besvär. Effekterna av förändrad arbetsteknik efter en halvdagskurs i Natural Mobility var få, men bestående och kommentarer visade att omhändertagandet av patienten hade förändrats (Kindblom-Rising et al. 2002).

Ökad medvetenhet om förflyttningar kan flytta fokus från patientens kropp till fokus på den egna kroppen och vidare till fokus på samspel (Kindblom-Rising et al 2007). Kjellberg (2009) fann att två tredjedelar av vårdpersonalen förändrade något i sitt arbetssätt vid patientförflyttning ett år efter utbildning. De rapporterade också mindre ansträngning och större tillfredsställelse i arbetet.

Enligt Kindblom-Rising et al. (2002) utgör basen vid träning i frisk förflyttning (naturligt rörelsemönster eller Natural Mobility) från hur friska individer spontant rör och flyttar sig. Utbildningen bygger på att deltagaren får förståelse för det naturliga rörelsemönstret genom att själva utföra varierade förflyttningar spontant, som att resa sig upp, vända sig eller ändra läge på stolen. Vid förflyttningen används både verbal och icke-verbal guidning. Stödet vid förflyttningen kan vara att en hand ger ett tryck i förflyttningens riktning. Deltagarna ökar sin kroppsmedvetenhet genom träning för att både hjälpa sig själva och patienten att skapa tilltro till kroppens möjligheter.

No Lifting System

När No Lifting System infördes på sjukhus i Australien rapporterade personalen mindre ryggsmärta och 20% mindre rapporterade skador än kontrollsjukhuset (Engkvist 2005).

No Lifting System framhåller att manuella lyft måste elimineras, förutom vid exceptionella eller livshotande omständigheter. Patienterna ska uppmuntras medverka. Manuella lyft är endast tillåtet om det inte innebär att man lyfter hela patientens vikt (Engkvist 2005).

Stockholmsmodellen

Utbildning enligt Stockholmsmodellen förbättrade arbetstekniken tydligt (Johnsson et al. 2002; Johnsson et al. 2006). Vårdpersonalens fysiska belastning vid förflyttning av patient från säng till stol minskade. Det fanns dessutom en tendens till minskning av både nack- och skulderproblem samt LBP hos alla deltagare (Johnsson et al. 2002).

Stockholmsmodellens grundprincip är att skonsamma arbetsställningar inte enbart bygger på teknik. Förutsättningen för en god omvårdnad och för rygghälsa hos personalen är enligt modellen en samverkan mellan vårdarens kunskaper, rörelsemönster, skonsam arbetsteknik samt respekt för patientens förmåga. Patientens förmåga och resurser bestämmer hur förflyttningen ska gå till och vilka hjälpmedel som ska användas. Ett naturligt rörelsemönster används vid förflyttningen så att patienten kan medverka. Modellen innefattar fem förflyttningsprinciper: undvika manuella lyft, arbeta i balans, använda benmuskler och kroppstyngd, arbeta nära och med ryggen i upprätt ställning (Johnsson et al. 2002; Johnsson et al. 2006).

Problemavgränsning

Vårdpersonal ska stödja patientens självständiga rörelser under förflyttningen och arbeta på ett funktionsbevarande sätt. Forskning visar dock att förflyttningar och påfrestande arbetsställningar är belastande för vårdpersonal och leder till belastningsbesvär och skador. Förbättringar i arbetsteknik och minskning av besvär och skador efter utbildningsinsats framkommer tydligt i olika studier. Det finns en tydlig koppling mellan patientens upplevelse av säkerhet och komfort när personalen använder en säker teknik. Studier visar på svårigheter att implementera förändrade metoder på arbetsplatserna. Det framkommer olika individuella och omgivningsmässiga faktorer, vilka påverkar implementeringen av en förändrad metod.

Då det finns hinder och möjligheter i samband med genomförandet av en förändrad arbetsmetod, vilka inte beskrivits tillräckligt i tidigare forskning, men som är av stor betydelse när ett förändrat arbetssätt implementeras, behövs vidare forskning inom detta område.

För att kunna utveckla och förbättra patientförflyttning ytterligare samt stärka följsamheten till ett förändrat arbetssätt är det av stor vikt att ta reda på vårdpersonalens uppfattningar av patientförflyttning efter att de tagit del av utbildning i förflyttningskunskap.

Syfte

Belysa vårdpersonalens uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats.

Metod

Fenomenografi

Avsikten med studien var att med fenomenografisk ansats (Marton & Booth 2000) göra en empirisk beskrivning av olika sätt att uppfatta patientförflyttning efter utbildningsinsats.

Den fenomenografiska forskningsinsatsen utvecklades under 1970-talet av INOM-gruppen (inläring och omvärldsuppfattning) vid Institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet (Marton 1981).

Fenomenografin gör inte uttalanden om världen som sådan utan om individers uppfattningar av världen (Marton 1986). Hur någonting är benämner Marton (1981) för första ordningens perspektiv och handlar om det som kan observeras utifrån. Andra ordningens perspektiv handlar om hur något uppfattas.

Alexandersson (1994) anger att fenomenografiska undersökningar utgår från att människan har olika uppfattningar av samma objekt då de gör olika erfarenheter genom de olika relationer de har till världen. Utifrån detta gör människor olika analyser och får därmed olika kunskaper om dessa objekt. Metoden erbjuder därmed en intressant utgångspunkt i sin förmåga att lyfta fram individers kvalitativt skilda sätt att uppfatta fenomen och världen runt oss (Alexandersson 1994). Det är individers oreflekterade uppfattningar av ett fenomen som ska belysas (Marton & Booth 2000). Fenomenografin är induktiv.

Fenomenografisk forskningsansats tillämpas med fördel inom omvårdnad och vårdutbildning och är ett kraftfullt verktyg för att öka medvetenheten om skillnader mellan individers förståelse av fenomen (Sjöström & Dahlgren 2002).

Kvalitativ forskningsintervju

Datainsamling utfördes genom kvalitativ forskningsintervju, vilken är ett samtal, som gav goda möjligheter till ny kunskap. Intervjun utmärks av en tillitsfull interaktion mellan intervjuaren och informanten. Intervjun kan jämföras med vardagssamtalet, men en viktig skillnad är att parterna inte är likställda. Intervjun har ett bestämt syfte där det är intervjuaren som ställer frågorna och styr samtalet (Kvale & Brinkman 2009)

I fenomenografiska undersökningar är intervjun den viktigaste datainsamlingsmetoden. Intervjupersonerna får själva möjlighet att utveckla sina tankar kring fenomenet. Även om intervjun blir mer eller mindre öppen ska den syfta till att nå fram till hur innehållet i något uppfattas (Alexandersson 1994).

Fenomenografins möjlighet att nå människors uppfattningar går främst genom språkliga uttryck. Framför allt utnyttjas intervjun som medel för att kartlägga uppfattningar (Kroksmark 2007). Den fenomenografiska metoden bör enligt Kroksmark (2007) uppsöka människan i hennes situation i världen. Denna närhet till en konkret situation utgör tillsammans med intervjun två grundstenar i den fenomenografiska metoden.

Informanter och Urval

Urvalet gjordes strategiskt, då skillnader i uppfattningar var önskvärt för att skapa förutsättningar att få variation i hur undersökningsgruppen uppfattade en och samma företeelse. Urvalet av informanter utfördes så att variationsbredden optimerades (Alexandersson 1994).

Informanterna rekryterades från kommunala vård- och serviceboenden. Vård- och Omsorgsförvaltningens chef kontaktades och gav sitt tillstånd till att examensarbetet genomfördes. Förflyttningsinstruktörernas samordnare kontaktades och hon valde ut tre vårdboenden och ett serviceboende utifrån att studien skulle få så stor variation som möjligt. Enhetschefer vid berörda boenden lämnade namn på tänkbara informanter.

I denna studie eftersträvades variation i kön, yrkesår och olika vårdboenden som arbetsplats, där det kunde förekomma olika former av ledarskap och omvårdnadsbehov hos vårdtagarna.

Inklusionskriterier:

Undersköterskor eller vårdbiträden, genomgått utbildning i förflyttningskunskap enligt Modern Arbetsteknik 3J under de senaste fyra åren, fast anställning, arbeta inom kommunalt vårdboende eller serviceboende och arbetat minst ett år på aktuell arbetsplats.

Urvalet resulterade i åtta informanter, sju undersköterskor och ett vårdbiträde, två män och sex kvinnor. Studiens informanter hade genomgått utbildning i förflyttningskunskap under ledning av kommunens förflyttningsinstruktörer under de fyra senaste åren, alla hade fast anställning och arbetat mellan 4 och 15 år på sin nuvarande arbetsplats. Antalet yrkesår varierade från 7 till 31 år.

Datinsamling

Informanterna kontaktades av författaren via brev och telefon med frågor om de ville och kunde delta. Information om studien gavs både muntligt och skriftligt och bestod av studiens syfte, metod samt hur studien skulle redovisas. Informanterna gav dessutom sitt skriftliga samtycke till att intervjuerna genomfördes (Inbjudan att delta Bilaga 2; Skriftligt samtycke Bilaga 3).

Intervjuer genomfördes med åtta anställda på vårdboenden, sju undersköterskor och ett vårdbiträde, två män och sex kvinnor. En undersköterska hade kompetens som förflyttningsinstruktör och en var under utbildning till instruktör. Alla var anställda på tre vårdboenden i en mellanstor kommun i Västsverige, sex stycken på vårdboende för långtidssjuka och två stycken på vårdboende för dementa. Ytterligare två undersköterskor på ett serviceboende skulle ingå i studien. Enhetschef på det aktuella boendet hade givit sitt samtycke, men återkom inte med namn på tänkbara informanter och svarade inte på upprepade kontakter. Därför uteslöts serviceboendet ur studien.

Datinsamling utfördes genom en kvalitativ forskningsintervju. En semistrukturerad intervjuguide skapades med utgångspunkt i att intervjuerna skulle lyfta fram informanternas skilda sätt att uppfatta förflyttning efter utbildningsinsats (intervjuguide

bilaga 1). De första frågorna var bakgrundsfrågor och handlade om informanternas utbildning, utbildning i förflyttningsskick, yrkesår och år de arbetat på aktuell arbetsplats. Intervjun inleddes med en på förhand bestämd inledningsfråga av öppen karaktär: Vad betyder patientförflyttning för dig? Den följdes upp med huvudfrågan: Kan du berätta om och beskriva din uppfattning av patientförflyttning efter utbildning? Därefter följdes intervjupersonernas svar upp med samtalsstödjande kommentarer, uppföljningsfrågor: Vilken betydelse har förflyttningssituationen för dig? För vårdtagaren? Vilken betydelse har utbildningen haft? Hur ser du på möjligheten att förändra metod? Vilka hinder/möjligheter finns? och sonderande frågor till exempel: Hur beskriver du detta? Har du någon idé om hur? Kan du säga något om? Kan du ge exempel på? Hur uppfattade du? (Gillham 2008, intervjuguide bilaga 1).

Intervjuerna genomfördes på eller i anslutning till informanternas arbetstid, i enskilt rum på deras arbetsplats och inom loppet av sju veckor.

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjufrågorna. En uppföljningsfråga justerades under pilotintervjuns gång. Intervjun utföll väl och inkluderades därför i studien. Informanterna gavs möjlighet att stämma av resultatet efter intervjun.

Tillvägagångssätt

Innan intervjuerna genomfördes fick vårdpersonalen skriftlig och muntlig information om studien och dess syfte, beräknad tidsåtgång för intervjuerna samt hur de skulle genomföras. Informanterna bestämde tid och plats för intervju. Författaren utförde samtliga intervjuer på informanternas arbetsplatser, i anslutning till deras arbetstid och i enskilt rum. Intervjuerna pågick mellan 25 och 40 minuter. Intervjuerna genomfördes under april – maj 2011. Samtliga intervjuer spelades in på band med hjälp av diktafon och skrevs sedan ner ordagrant i sin helhet av författaren.

Dataanalys

Analysen genomfördes enligt Alexanderssons fyra steg (1994).

I den inledande fasen lästes varje intervju upprepade gånger för att bli bekant med innehållet och få en helhetssyn. Syftet var att upptäcka kvalitativa innebördsskillnader i hur informanterna uppfattade innehållet och att finna det gemensamt uppfattade samt att identifiera helheten. Genom att öppet studera innehållet i de utskrivna intervjuerna framträdde utsagor som uttalades frekvent och med eftertryck. Här började skillnader och likheter framträda.

I nästa steg lästes varje intervju mer systematiskt och i detalj för att finna specifika utsagor, det vill säga uttalanden som beskrev hur vårdpersonalen uppfattade patientförflyttning efter utbildningsinsats.

Efter genomläsningen framkom 423 utsagor. De jämfördes med varandra för att finna kvalitativa skillnader och likheter. Genom att systematiskt göra jämförelser mellan utsagorna uppenbarade sig likheter och skillnader i de olika svaren. De utsagor som inte berörde uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats sorterades bort. Av samtliga utsagor, 416 stycken, valdes exempel som pekade mot helhetens olika delar samt hur dessa delar var relaterade till varandra.

I steg tre grupperades uppfattningarna därefter utifrån gemensamma karakteristiska drag. Dessa gemensamma drag granskades sedan noga i syfte att se om utsagorna krävde nya beskrivningar av uppfattningarna eller inte. Efter ytterligare läsning, jämförelse och reflektion upptäcktes nya betydelser vilket innebar att den beskrivande texten omarbetades och att antalet erfarenheter efterhand reducerades till sexton. Efter upprepade analyser nåddes mättnad då inga nya tolkningar framträdde. Uppfattningarna skiljde sig nu distinkt och kvalitativt åt.

Därefter sammanställdes uppfattningarna i sex beskrivningskategorier och tre huvudkategorier. Varje huvudkategori och beskrivningskategori var en del inom helheten, som inom sig bar skilda utsagor. Uppfattningarna var relaterade till varandra genom att de innehöll olika uppfattningar om samma innehåll. Det innebar att den innebörd en informant gett en bestämd företeelse, en uppfattning, nu återgavs i en beskrivningskategori vilken sedan samordnades i en gemensam struktur, utfallsrummet.

I steg fyra studerades den underliggande strukturen i kategorisystemet och utfallsrummet utgjorde studiens huvudresultat. Utfallsrummet bildade också grunden för en systematisk analys av hur uppfattningarna förhöll sig till varandra. De enskilda uppfattningarna i kategorisystemet var jämbördiga i förhållande till varandra, ingen uppfattning var viktigare än någon annan och kunde därför inte rangordnas sinsemellan.

Studien resulterade i 16 kvalitativt skilda uppfattningar som slutligen grupperades i sex beskrivningskategorier fördelade på tre huvudkategorier. Exempel på analysens framväxt från citat till beskrivningskategori synliggörs i tabell 1.

Tabell 1 Analysens framväxt från citat till beskrivningskategori.

Citat	Uppfattning	Beskrivningskategori
”Jag känner i kroppen att jag inte är lika sliten. Det är stor skillnad! Förr när jag kom hem och skulle sätta mig framför tv’n orkade man knappt. Ryggen var ju så tött. Det är inga problem nu, det är stor skillnad. Det är otroligt!” (2)	Skyddar sig själv från skada – skapar säkerhet och välbefinnande	Eliminerar osäkerhet och otrygghet – skapar komfort, trygghet och välbefinnande

Forskningsetiska överväganden

Studien berörde personal och innehöll inte frågor om hälsa, religion, politik eller av annan känslig eller personlig natur och då var det enligt etikprövningsnämnden inte nödvändigt med prövning i forskningsetisk kommitté (SSF 2003:460; Regeringens proposition 2002/03:50; Regeringens proposition 2007/08:44).

Omvårdnadsforskning ska bygga på principerna autonomi, att göra gott, att inte skada samt rättvisa. Principen om autonomi förutsätter frihet, eftertanke, reflektion och självbestämmande. Detta respekterades i studien genom att forskningen byggde på fullt och informerat samtycke (Nothern nurses´ federation 2003). Detta innebar att alla intervjupersoner fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte, att medverkan var frivillig och att de hade möjlighet att avbryta när de så önskade utan att lämna något skäl. På så sätt säkerställdes också principen om autonomi. Alla informanter gav sitt skriftliga samtycke (Vetenskapsrådet 1:2011). De fick också information om att de uppgifter de lämnade behandlades konfidentiellt. Att personalen kom från olika boenden minskade också risken för att en enskilds identitet kunde identifieras och det stärkte individens rätt att lämna uppgifter konfidentiellt. Data avidentifierades genom att inspelade band kodades med nummer så att de inte kunde härledas till en enskild informant. De förvarades inlåsta på ett säkert ställe under studiens gång och kommer att raderas när studien är avrapporterad (Kvale & Brinkman 2009; Nothern nurses´ federation 2003; Vetenskapsrådet 1:2011). Detta beskrevs i informationsbrevet och det skriftliga samtycket (bilaga 2 och 3).

Enligt principen att göra gott ska forskningen vara till nytta för omvårdnaden och de grupper forskningen avser samt bidra med nya kunskaper (Nothern nurses´ federation 2003).

Ambitionen var att forskningen som helhet skulle präglas av ordning och struktur i avsikt att göra det möjligt för andra att använda och kontrollera forskningsresultaten (Vetenskapsrådet 1:2011).

Forskaren är skyldig att följa etiska riktlinjer, konventioner och deklARATIONER och det ska omfatta alla faser i forskningsprocessen (Nothern nurses´ federation 2003). Det förekommer ingen avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom falsifiering av data, felaktig användning av metodik, ohederlig inklusion eller exklusion av data (Forsman 2007). Enligt god forskningssed är alla resultat som framkommit i studien offentliggjorda (Vetenskapsrådet 1:2011)

Resultat

Resultatet visar att uppfattningarna av patientförflyttning efter utbildningsinsats uttrycks på tre olika sätt beroende på hur informanterna uppfattade situationen. I första huvudkategorin uppmärksammas faktorer som underlättar genomförandet av ett förändrat arbetssätt. Kategorin innefattar betydelsen av kunskaper, kunskapsförmedling, framväxten av förståelse och insikt, möjligheter att fortsätta söka kunskap, förflyttningens betydelse i omvårdnad, helhetssyn, följsamhet till metod samt riskmedvetenhet och gränssättning. Här ligger fokus på faktorer som leder till framgång. Den andra huvudkategorin uppmärksammar faktorer som försvårar genomförandet av ett förändrat arbetssätt. Kategorin innefattar tidsbrist, otillräckliga resurser, ökad vårdtyngd, brister i utbildningsnivån samt bristande följsamhet till metod från både personal och vårdtagare. Fokus ligger här på hindrande faktorer. Den tredje huvudkategorin exemplifierar förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen och innefattar tillit och respekt för individens förmåga, behov, självkänsla, integritet, funktionsbevarande arbetssätt, autonomi samt säkerhet, trygghet och komfort för både vårdtagare och informanter. Här ligger fokus på att eliminera osäkerhet och otrygghet genom att skapa komfort trygghet och välbefinnande samt bemötandets betydelse under förflyttningen.

De tre huvudkategorierna innehåller sex beskrivningskategorier vilka innefattar informanternas 16 skilda uppfattningar (tabell 2). Uppfattningarna illustreras genom citat från intervjuerna.

Tabell 2 Patientförflyttning efter utbildningsinsats- huvudkategori, beskrivningskategori och uppfattning

Uppfattning	Beskrivningskategori	Huvudkategori
<p>Betydelsen av hur kunskaper verbaliseras och kommuniceras</p> <p>Framväxt av förståelse och insikt</p> <p>Möjligheter att fortsätta söka kunskap</p> <p>Synliggöra förflyttning som en del av omvårdnad och utifrån ett helhetsperspektiv</p> <p>Stärka följsamhet till metod</p> <p>Förmåga att identifiera risker och sätta gränser</p>	<p>Stärkt av ökade kunskaper och kompetens</p> <p>Upplyft av att se patientförflyttning ur ett omvårdnadsperspektiv</p>	<p>Att uppmärksamma faktorer som underlättar genomförandet av ett förändrat arbetssätt</p>
<p>Tidsbrist och otillräckliga personella resurser – att inte hinna med</p> <p>En allt mer ökad vårdtyngd</p> <p>Brister i utbildningsnivån</p> <p>Bristande följsamhet till metod av både personal och vårdtagare</p>	<p>Kämpar med känslor av otillräcklighet</p> <p>Tyngd av bristen på följsamhet</p>	<p>Att uppmärksamma faktorer som försvårargenomförandet av ett förändrat arbetssätt</p>
<p>Tillit till vårdtagarens förmåga och respekt för individens behov</p> <p>Främja vårdtagarens självkänsla och integritet i samband med förflyttningssituationen</p> <p>Uppmärksammar och skapar säkerhet och trygghet i förflyttningssituationen</p> <p>Förmåga att skapa komfort för vårdtagaren under förflyttningssituationen</p> <p>Uppmuntra ett funktionsbevarande arbetssätt för att stärka autonomi</p> <p>Skyddar sig själv från skada – skapar säkerhet och välbefinnande</p>	<p>Vårdtagaren i fokus – mötets betydelse för förflyttningssituationen</p> <p>Eliminerar osäkerhet och otrygghet – skapar komfort, trygghet och välbefinnande</p>	<p>Att uppmärksamma förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen</p>

Att uppmärksamma faktorer som underlättar genomförandet av ett förändrat arbetssätt

Informanterna hade fått en större förståelse och insikt för förflyttningssituationens betydelse, vilket också gynnade vårdtagarna. Informanterna beskrev betydelsen av hur kunskapen verbaliserades och kommunicerades under och efter utbildningen samt vikten av att fortsätta söka kunskap. Kategorin innehöll en variation som sträckte sig från överförandet av kunskap, via personalens förståelse och insikt till vårdtagarnas välbefinnande. Informanterna beskrev också faktorer som underlättade genomförandet

av en förändrad metod efter utbildningsinsats. Betydelsen av att se förflyttning som en del av omvårdnad samt att ha en helhetssyn på förflyttningssituationen framhölls. Medvetenheten om förflyttningssituationen hade ökat och vikten av att göra riskbedömningar och sätta gränser betonades.

Beskrivningskategorierna som framträdde var följande: ”Stärkt av ökade kunskaper och kompetens”, ”Upplyft av att se patientförflyttning ur ett omvårdnadsperspektiv”

Stärkt av ökade kunskaper och kompetens

Patientförflyttning efter utbildningsinsats handlade om betydelsen av att öka kunskapsnivån både teoretiskt och praktiskt. Utbildningens upplägg hade betydelse för att förståelse och insikt växte fram. Informanterna skapade också möjligheter att fortsätta söka kunskap.

Betydelsen av hur kunskaper verbaliserades och kommunicerades

Att verbalisera och kommunicera kunskap innefattade både hur kunskapen överfördes till hur den togs emot och omsattes i vårdarbetet.

Synpunkter på utbildningen i förflyttningkunskap varierade från den (en informant) som inte tyckte att det tillförde något speciellt till den som uppfattade utbildningen som avgörande för ett förändrat arbetssätt. Resterande angav att utbildningen haft stor betydelse för deras arbete och för att kunna införa ett förändrat arbetssätt.

”Före när man inte hade gått utbildningen då var det mycket av att man såg hur andra i personalen gjorde... och man tog efter och ibland gjorde man saker som var fel, alltså när det gällde förflyttningen, men sen när jag gått utbildningen så känns det, oj, ska det vara så här! Det går ju mycket lättare och smidigare för patienten och för mig.” (1)

Utbildningens utformning hade betydelse för informanternas kunskapsutveckling. Det ansågs betydelsefullt att den bestod av både teoretiska och praktiska delar. Informanterna beskrev hur utbildningen gav många ”aha-upplevelser” och att arbetssättet blivit mera komplett. De framhöll att kunskaper, tekniska färdigheter och medvetenhet om konsekvenser av olika handlande för både vårdpersonal och vårdtagare hade ökat.

”Utbildningen har haft stor betydelse, många aha-upplevelser. Man kan ha jobbat mycket med det men på ett ofullständigt sätt och helt plötsligt blir det med utbildningen komplett. Det blir självklart hur jag ska göra, det blir lättare helt enkelt”(4)

Informanterna belyste vikten av att hela arbetsgruppen fick utbildning inom en begränsad tidsperiod, då det underlättade genomförandet på arbetsplatsen. Det gav också en möjlighet att stötta varandra.

”Just att vi gick utbildningen samtidigt var ju väldigt bra. Annars hade det nog kunnat bli en situation att man stött på patrull om man hade försökt med nya idéer eller att det mynnat ut i ingenting. Så är det ju lätt att det blir. Det är bra om alla går på kurs när nya rutiner införs” (3)

Framväxt av förståelse och insikt

Genom de erfarenheter informanterna tillägnade sig, när de agerade vårdtagare i de praktiska momenten under utbildningen, ökade förståelsen och insikten om förflyttningsmomenten. Att få möjlighet att inta vårdtagarens roll gjorde att informanterna kunde föreställa sig hur förflyttningen upplevdes av vårdtagaren. Informanterna betonade att de fick insikt i vilka moment som kunde uppfattas som obehagliga eller väcka rädsla hos vårdtagaren.

”Jag tycker att det var en väldigt bra grej när man fick sätta sig själv i vårdtagarens ställe, då får man en betydligt bättre förståelse för vad som kan upplevas som obehagligt. Det kan jag väl säga att det var nästan det bästa med förflyttningsutbildningen, just för att ändra min syn och förståelse av förflyttningsteknik, att jag fick se det från vårdtagarens perspektiv.” (3)

Uppfattningarna tyder på att utbildningens teoretiska delar, samt möjligheten till reflektionen kring förflyttningsmomenten också var av vikt för att öka förståelsen.

”När jag gick min utbildning så var det ju en hel del teori också om hur man utför en förflyttning, varför, vad som ingår i en förflyttning och hur man ska tänka. Så vi fick även en förståelse för varför man gör på ett visst sätt” (6)

Möjligheter att fortsätta söka kunskap

Den här uppfattningen framhåller vikten av att fortsätta söka kunskap. Möjligheten att söka ny kunskap eller lösningar på problem betonades. En förutsättning för att fortsätta öka kunskapsnivån var att ha en förflyttningsinstruktör på plats. Uppfattningarna visar att informanterna vände sig till förflyttningsinstruktör, sjukgymnast eller arbetsterapeut för att få råd och tips på hur olika problematiska förflyttningssituationer kunde lösas.

”Jag har alltid haft ett nära samarbete med sjukgymnaster och arbetsterapeuter för jag tycker att detta är kul, alltså jag är intresserad av rehabilitering och då är det en naturlig följd att diskutera med dem” (8)

Informanterna betonade vikten av att repetera inhämtad kunskap. Uppfattningen är den att viss kunskap och teknik bleknar med tiden och då vissa förflyttningar inte utförs så ofta behövs repetition och påminnelse med jämna mellanrum, gärna en gång per år.

”Efter utbildningen är man ju väldigt... då tänker man mer på allt man gör, varenda rörelse, man har det så färskt och då tänker man på det hela tiden. Men har det gått en lång stund så kanske man... ja rutinen om förflyttning finns ju där, men det kan lätt bli att man glömmer bort sig, glömmer sig själv när man står där och lyfter eller man hjälper till när de ska ställa sig upp eller man står fel. Det är väldigt bra att få den här påminnelsen hur man ska arbeta med kroppen tycker jag” (7)

Kollegialt stöd betonades som en viktig komponent för att fortsätta öka kunskapsnivån och ge varandra stöd i inlärningsprocessen.

”Just det här att vi påminner varandra, för vissa saker fastnar hos en och andra saker hos en annan. Det är ju så med utbildning att man ska lära sig väldigt mycket och vissa saker fastnar djupare än andra” (4)

Upplyft av att se patientförflyttning ur ett omvårdnadsperspektiv

En stor del av dagens arbete och omvårdnadsåtgärder handlade om patientförflyttning. En ökad medvetenhet om detta stärkte följsamheten till metoden.

Synliggöra förflyttning som en del av omvårdnad och utifrån ett helhetsperspektiv

Uppfattningarna visade att förflyttning av vårdtagare var en stor del av dagens arbete för informanterna och de betonade att det är en viktig del av omvårdnaden för både vårdpersonal och för vårdtagaren.

”Förflyttningen är en stor del av omvårdnad det är det. Många av dem som bor här är uppe en stund och sedan ska de tillbaka i säng och så upp igen eller i rullstol fram och tillbaka. Så det är en väldigt stor del av dagen som går åt till förflyttning för många.”
(6)

En återkommande uppfattning var att stress i arbetet påverkade förflyttningssituationen. Informanterna försökte ge förflyttningen den tid krävdes då de uppfattade förflyttningen som en viktig del av omvårdnaden.

”Vid själva förflyttningmomentet i omvårdnaden får man inte vara stressad, det får ta den tid det tar, det får det göra. Städning och sådant det får ju vara” (2)

Uppfattningen var att informanternas egen medvetenhet om förflyttningssituationen som helhet hade ökat efter utbildningen. Här lyftes betydelsen för vårdtagaren av att ha en helhetssyn på förflyttningssituationen fram. Uppfattningarna pekar på att vårdtagarens förutsättningar och behov av stöd får styra när förflyttningen planeras. Dessutom beaktas konsekvenser för både vårdtagaren och informanterna när förflyttningen genomfördes med adekvata hjälpmedel och i samspel med varandra och vårdtagaren.

”Man planerar förflyttningen noga, att man tänker på förutsättningar och konsekvenser av vad man gör och inte gör och att det är en säker förflyttning. Att man ser till att man har kunskap om vad man ska göra och att man kan bedöma det tillstånd den man ska förflytta befinner sig i och att man har kunskap om vad den personen kan och inte kan och att det finns de rätta hjälpmedlen och att de är hela” (6)

Stärka följsamhet till ett förändrat arbetssätt

För att lyckas förändra arbetssätt var det av vikt att vara följsam, där vilja att förändra metod, möjlighet att utarbeta nya arbetsmetoder samt samarbete framhölls. Uppfattningarna visade att det kollegiala stödet var viktigt även för att stärka följsamheten till det nya arbetssättet. Att vara ett stöd för varandra i arbetsgruppen genom att samarbeta, hjälpa och visa varandra sågs som ett led i att implementera den nya kunskapen.

APT (arbetsplatsförlagd träff) användes som ett forum för att diskutera förflyttning och nya rutiner. Öppenhet och flexibilitet i arbetsgruppen sågs som en viktig faktor för att nå framgång. En framgångsfaktor var också att informanterna såg att de hade ”nytta av” den nya tekniken i direkt omvårdnadsarbete.

”Först och främst så har vi ändrat på en massa rutiner som varit förlegade, där har vi jobbat mycket på flexibilitet. Alltså rutiner ska vara rutiner, men det måste finnas svängrum. Nu är det så att alla har ansvar och det innebär att alla ska se till att det funkar. Funkar inte vändningen i sängen nu så får man göra en

förändring med små medel. Det tar tid innan det här går in men det går.” (8)

Uppfattningarna tyder på att förändring är en långsam process och att det återstår arbete innan metoden fullt ut är implementerad. Det framkom dock att yngre personal hade lättare att ta till sig den nya metoden.

”Samtidigt finns det mycket att jobba på också. Och vi är ju en hel generation som är på väg ut höll jag på att säga, men när de yngre tar över tror jag att det här blir ännu mer anammat för de kommer med nya friska ögon och har inga förutfattade meningar och ingen ryggsäck att dra på så det blir nog bättre och bättre faktiskt. (6)

Förmåga att identifiera risker och sätta gränser

Uppfattningarna visade att när informanternas egen medvetenhet om förflyttningssituationen hade ökat ökade också riskmedvetenheten och de ansåg att förmågan att sätta gränser förbättrades. Konsekvenser, för både vårdtagare och vårdpersonal, av förflyttningarnas utförande beaktades oftare än före utbildningen. Över huvud taget diskuterades förflyttningar mer efter utbildningen.

”Medvetenheten har höjts, förflyttning diskuteras mycket mer än vad det gjorde förut. Folk säger ifrån när det är för tungt och det handlar ju om att jag kan säga att det är för tungt även om kollegan säger att det går bra så vågar fler stå för sin åsikt. Jag är mycket tryggare i att sätta gränser efter utbildningen. För att sätta gränser... för sätter jag mig i den här situationen så ska jag reda ut den också. Det kanske inte går för det blir sådana konsekvenser av det”. (6)

Att uppmärksamma faktorer som försvårar genomförandet av ett förändrat arbetssätt

Den andra huvudkategorin beskrev hur informanterna såg på faktorer som försvårade genomförandet av ett förändrat arbetssätt efter utbildningsinsats.

Innehållet i kategorin varierade mellan personella problem som tidsbrist, personalbrist, kunskapsbrist, ökad arbetsbelastning och inställning till interpersonella problem det vill säga vårdtagare som inte ville medverka eller personal som inte ville ändra arbetsmetod. Beskrivningskategorierna som framträdde var: ”Kämpar med känslor av otillräcklighet” och ”Tyngd av bristen på följsamhet”.

Kämpar med känslor av otillräcklighet

Patientförflyttning efter utbildningsinsats väckte känslor av otillräcklighet relaterade till tidsbrist, personalbrist och ökad vårdtyngd. Uppfattningen att inte hinna med pressar informanterna-

Tidsbrist och otillräckliga personella resurser – att inte hinna med

En vanlig uppfattning var att tiden var knapp och att de personella resurserna inte räckte till. Tidsbristen medförde enligt informanternas uppfattning till att man hamnade i ogynnsamma arbetsställningar och att man inte tänkte på sig själv och sin arbetsteknik. Personaltätheten har under åren minskat och det ställer enligt informanterna andra krav på förflyttningmomenten och på en god planering av de samma.

”Vi säger ju ibland, tänk om vi vore en till, tänk om vi hade mer tid. Det är ju detta med tiden....nu kanske jag gnäller men det är tidsbrist, det är klart det är! Ibland tror jag också att patienterna ser att vi har för bråttom. Alltså det ska gå så fort, ibland är vi en kort och då måste man prioritera det är ju så.” (1)

Uppfattningarna av att inte hinna med skapade stress i det nära arbetet med vårdtagarna och ledde till att informanterna lättare föll tillbaks i de gamla förflyttningmetoderna.

”Vi har ganska många vårdtagare som är oroliga, man hör kanske att de ropar och att de behöver hjälp. Vi har ju de som ropar väldigt mycket att de vill ha hjälp och det är ju bra, men står man inne hos någon så kanske man försöker... man ska ju inte skynda sig men det blir ju liksom av farten att man ställer sig fel när man jobbar.” (7)

En allt mer ökad vårdtyngd

Flera informanter berättade att vårdtyngden och arbetsbelastningen ökat markant under senare år. Hos vårdtagarna ses ett större behov av omvårdnad, förflyttningarna är tyngre och de utförs mer frekvent vilket skapat otillräcklighet för personalen.

”De som flyttar in hos oss har ett större behov av omvårdnad och förflyttningar än vad de hade för 10 år sedan. Så det är ju tyngre nu än vad det var då. De är mer i behov av hjälp på alla vis.” (6)

Tyngd av bristen på följsamhet

Patientförflyttning efter utbildningsinsats gav känslor av att följsamheten försämras när utbildningsnivån var låg, när personal ville bevara det gamla eller när vårdtagaren inte ville medverka.

Brister i utbildningsnivån

Uppfattningarna pekade på att kunskapsbrist försvårade genomförandet av den nya arbetsmetoden. Brist på kunskap medförde också att förflyttningar utfördes utan att vårdpersonalen reflekterade över att arbeta funktionsbevarande eller att bevara vårdtagarens autonomi.

”Jag tror att det är kunskapen som fattas, det är inte så att de är slarviga eller så för att de inte gått utbildning utan att jag tänker tillbaka på att det var likadant för mig...de gör så gott de kan. Det känns som den som är vikarie gör förflyttningen för fort... jag gjorde så förr jag också, det skulle gå så fort. Vi har en som kan gå och en vikarie som inte är van sätter honom i en stol direkt och han får inte gå sin promenad, jag vet inte riktigt hur de tänker?”
(1)

Bristande följsamhet till metod av både personal och vårdtagare

Informanternas uppfattningar framhöll att interpersonella problem skapade otillräcklighet vid genomförandet av den nya arbetsmetoden. Informanterna beskrev att det förekom hinder vid implementeringen av den nya arbetsmetoden då det fanns personal som ville bevara gamla arbetsmetoder och som var ovilliga till förändring. Det kunde också finnas andra konflikter i arbetsgruppen som medförde svårigheter att införa ett bra förflyttningsarbete.

”Hindret är att de jobbar på som de gjort i 30 år, eller det är kaffe om en kvart. Det är ju fortfarande det här som man får bromsa (visar med kroppen hur en vårdtagare ”kastats” runt i en vändning) och ett sådant moment kan förstöra en påbörjad, hur ska jag förklara, ja en lugn start på dagen för vårdtagaren” (8)

Uppfattningen var också att vårdtagarna själva kunde vara ovilliga till förändring och till att delta vid förflyttningen. Detta inverkade ogynnsamt på ambitionen att stärka vårdtagarnas roll vid förflyttningen.

”Sen så har vi ju sådana (vårdtagare) som du aldrig kommer en meter med, som säger att det här är ditt jobb så det gör jag inte, nej.” (8)

Att uppmärksamma förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen

Patientförflyttning efter utbildningsinsats innebar att sträva efter ett gott bemötande under förflyttningssituationen. Bemötandet innefattade tillit till och respekt för vårdtagarens förmåga och behov samt att bevara vårdtagarens självkänsla och integritet. Förhållningssättet vid förflyttning hade även betydelse för välbefinnandet, både för vårdtagarna och för informanternas del. Uppfattningarna visade en inställning som omfattade att vårdtagarna måste kunna lita på personalen för att de ska känna sig trygga och säkra vid förflyttningssituationen till att vårdpersonalen ökade medvetenheten om egen säkerhet och arbetsrörelser vid förflyttningen. Vikt lades vid att skapa komfort för vårdtagarna under förflyttningen och informanterna arbetade funktionsbevarande genom ett arbetssätt som stimulerade vårdtagaren. Beskrivningskategorierna som framträdde var följande: ”Vårdtagaren i fokus – mötets betydelse för förflyttningssituationen” och ”Eliminerar osäkerhet och otrygghet – skapar komfort och välbefinnande”.

Vårdtagaren i fokus – mötets betydelse för förflyttningssituationen

Patientförflyttning efter utbildningsinsats belyste det positiva med att utgå från vårdtagarens förutsättningar och behov för att stärka vårdtagarens självkänsla och integritet.

Tillit till vårdtagarens förmåga och respekt för individens behov

Uppfattningarna handlade om att på olika sätt hantera förändringar som hälsoproblem och sjukdom för med sig hos vårdtagarna. Alla informanter betonade vikten av att utgå från och respektera vårdtagarens förmåga och behov när de planerade förflyttningen. Att känna till varje vårdtagares sjukdomsbild och förmåga samt att tillståndet kunde förändras under dagen ansågs vara viktigt för att kunna använda ett funktionsbevarande arbetssätt och för att planera förflyttningen utifrån varje individ.

”Kunskap och vetskap om olika sjukdomsbilder så man vet vad man kan kräva. Allt detta hänger samman, sjukdom, sjukdomsbild alla ter sig på olika sätt och har betydelse för vad personen klarar. Det är ju en sorg att inte klara någonting, det är ju också en sorg i sig att hamna på ett sådant här ställe. Det är så många bitar. Det handlar om engagemang alltihop. Det ser man väldigt ofta att man förut underskattade de boende och vad de kan” (4)

Främja vårdtagarens självkänsla och integritet i samband med förflyttningssituationen

Uppfattningarna betonade vikten av att stärka vårdtagarens självkänsla och integritet. Att vårdtagaren kände att han/hon hade en uppgift ansågs betydelsefullt och förflyttningen planerades så att individen fick möjlighet att utföra de moment de kunde själva.

”Det är ju också någonting som vi jobbar väldigt mycket med, ta inte ifrån dem. Hjälp till självhjälp. Ta inte ifrån dem det de klarar själv, den här balansgången, vad klarar personen och vad klarar

de inte. För det kan bli en överdrift åt alla håll. Då är du inne på empatibiten för det kan ju framkalla en stor sorg hos personen”

(4)

Under förflyttningmomenten eftersträvades en balans mellan krav och hjälp i syfte att stärka vårdtagarnas självkänsla. Att som vårdpersonal vara närvarande i förflyttningssituationen, skapa kontakt och att vara beredd på samspel med vårdtagaren betonades.

”Det är ju att ta det väldigt lugnt och sen prata med dem och förklara varje grej man gör. Säger till när de ska hjälpa till själv och liksom ofta ha närkontakt. Att man tittar i ögonen och är väldigt..... att man är precis i den stunden och hjälper dem med det, så man samarbetar” (7)

För att åstadkomma en bra balans mellan krav och hjälp samt för att stärka vårdtagarnas självkänsla använde informanterna samtal, inlevelse och empati för att samspela med patienten under förflyttningssituationen.

”Det är ju egentligen så lite som behövs, just det där lilla extra. Hemma när han bodde hemma tidigare och fick ingen träning så var han väldigt dålig och klarade nästan inget när han kom till oss och nu kan han stå och gå och klarar mycket mera, man ser hur glad han blir. Den känslan är viktig” (1)

Eliminerar osäkerhet och otrygghet – skapar komfort, trygghet och välbefinnande

Patientförflyttning efter utbildningsinsats handlade om att skapa trygghet och välbefinnande för vårdtagare och personal. Strategin reducerade känslor av otrygghet och osäkerhet.

Uppmärksammar och skapar säkerhet och trygghet i förflyttningssituationen

Alla informanter framhöll vikten av att skapa säkerhet och trygghet för vårdtagaren under förflyttningen. Förflyttningssituationen kunde uppfattas som ett orosmoment för vårdtagaren och de kunde uppleva rädsla. Informanterna betonade betydelsen av att alla gjorde förflyttningen på samma sätt och att de berättade steg för steg under förflyttningen vad som sker för att skapa trygghet.

”Man måste vara väldigt lugn vid förflyttningen och fråga hela tiden: hur går det sitter du bra eller? Det är inte lätt att var patient, nej det är det inte. Det, ja det är speciellt med dem som inte säger så mycket, de är verkligen i våra händer. Patienten måste kunna lita på oss personal för att känna sig trygga. Det är viktigt att vi gör lika vid förflyttningen annars blir det förvirrande för patienten” (1)

Uppfattningarna gav också en bild av vårdtagarens utsatthet vid förflyttningstillfällena och informanterna betonade värdet av att inte stressa under förflyttningen då det kunde skapa otrygghet hos vårdtagaren. Uppfattningarna visade att informanterna, med ökade kunskaper om förflyttning, kunde skapa säkerhet och tillit under förflyttningstillfällena och därmed en tryggare vårdtagare.

”Tryggt blir det ju om jag som hjälper är kunnig, de märker ju direkt om du är säker på vad du gör. De behöver alltid känna sig trygga vid förflyttning” (5)

Uppfattningarna underströk att det fanns en koppling mellan trygghet och säkerhet och ett bättre samspel med vårdtagaren. När vårdtagaren kände sig trygg under förflyttningen fungerade också samspelet mellan vårdtagare och personal bättre.

”Det här sättet att jobba på gör att de (vårdtagarna) känner sig tryggare och att de samarbetar mer, det har vi märkt.” (8)

Förmåga att skapa komfort för vårdtagaren under förflyttningssituationen

Uppfattningarna visade att komfort under förflyttningstillfällena var prioriterat. Förflyttningen bör enligt informanterna vara en behaglig upplevelse för vårdtagaren eftersom det är ett ofta återkommande moment i omvårdnaden. Uppfattningarna visade också att lugn vid förflyttningen påverkade vårdtagaren på ett positivt sätt även vad gäller att eliminera oro. Informanterna betonade vikten av att arbeta i ett lugnt tempo och inte stressa under förflyttningstillfällena då de uppfattade att vårdtagaren visar oro och ”mår dåligt” vid förflyttningen om den utförs för snabbt. Stressade situationer kunde påverka vårdtagarens komfort negativt.

”Vi arbetar i ett lagom tempo. Det märks hela dagen. Hela patientgruppen är lugnare. Vi utgår från patienten och väntar in, ger dem tid. Det finns inget som ger sådant bakslag som att stressa någon som inte riktigt kommer igång. Ju mer du ställer på desto tyngre blir förflyttningen, så man måste ge dem tid. Ibland är det jättesvårt, men även om det tar längre tid att vänta in så har vi en vinst där.” (8)

Vid förflyttningarna utgick informanterna från ett naturligt rörelsemönster så att vårdtagaren kunde medverka och för att göra förflyttningen så bekväm och smidig som möjligt så att inte vårdtagaren kände smärta eller obehag.

”Patientförflyttning innebär att göra det så bekvämt och smidigt som möjligt för den man flyttar och för den som flyttar. Att man utgår från det naturliga rörelsemönstret och tänker på vilken position som den som den man hjälper ska vä i för att det ska bli en bra förflyttning. Det ska vara en trevlig upplevelse för dem då det sker så ofta, flera gånger om dagen”(6)

Uppmuntra ett funktionsbevarande arbetssätt för att stärka autonomi

Uppfattningarna visade att när förflyttningar utfördes på ett funktionsbevarande sätt stärktes vårdtagarens autonomi. Med funktionsbevarande arbetssätt avsåg informanterna att vårdtagaren skulle få utföra så mycket som möjligt själv vid förflyttningen samt stärka förmågan att styra sig själv, som exempel aktiverades även den svagare sidan hos vårdtagare med stroke.

”Jag tänker före det gör jag, jag går inte bara in och gör en grej utan jag tänker före. Jag har liksom ett extra öga på allting. Det måste jag säga att man tänker på att just få med den boende att utföra så mycket som möjligt själv. Även om det är väldigt små saker så gör det ju förflyttningen mycket lättare och behagligare för bägge parter på så sätt att man tänker förebyggande också hela tiden och funktionsbevarande” (6)

Uppfattningarna visade att informanterna efter utbildningsinsatsen hade ökat sin ambition att stimulera vårdtagarna att göra så mycket som möjligt själva, som ett led i att stärka autonomi.

”Om någon kanske bara klarar lite så får de hjälpa till med det, kanske bara sitta på sängkanten en stund så är det bra. Om man tränar så... blir det bättre. Ja, vi är duktiga...på att tänka på att de ska göra ska göra det de kan.” (1)

Skyddar sig själv från skada – skapar säkerhet och välbefinnande

Efter utbildningen ökade informanternas medvetenhet om egen säkerhet och arbetsrörelser under förflyttningssituationen. Uppfattningarna visade att förflyttningar är ofta återkommande under ett arbetspass och informanterna påpekade att det sliter på kroppen om man inte använder en bra teknik. Deras uppfattning är att de inte känner sig lika slitna i kroppen efter att ha ändrat förflyttningssätt. Medvetenheten om hur de

använder sin egen kropp, om kroppspositioner och kroppsrörelser vid förflyttningar har ökat.

”Jag arbetar ju inte med axlar, armar och nacke på samma vis och dålig ryghållning utan nu arbetar jag ju med benmuskler på ett helt annat vis än vad jag gjorde innan och tänker på min kroppshållning så att jag sparar mig själv på ett helt annat vis” (6)

Uppfattningarna pekade också på vikten av att inte stressa vid förflyttningarna då det ökade risken för att vårdpersonalen intar en ogynnsam position med fara för att skador kan uppstå. Vikten av att ta den lilla tid som åtgår för att skapa förutsättningar för en god arbetsställning framhölls.

”Just det här med att höja sängarna i rätt höjd och låta det ta den tid det tar, det tar några extra sekunder att höja sängen men arbetsställningen blir bättre och det blir bättre för kroppen” (4)

Diskussion

Studiens syfte var att belysa vårdpersonals uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats.

Analysen utmynnade i ett resultat bestående av tre huvudkategorier: Patientförflyttning är att uppmärksamma faktorer som underlättar genomförandet av ett förändrat arbetssätt, Patientförflyttning är att uppmärksamma faktorer som försvårar genomförandet av ett förändrat arbetssätt och Patientförflyttning är att uppmärksamma förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen samt sex beskrivningskategorier innehållande 16 erfarenheter vilka skiljde sig kvalitativt åt.

Resultatet diskuteras utifrån de tre huvudkategorierna och i förhållande till tidigare forskning.

Resultatdiskussion

Resultaten avslöjar och ger exempel på informanternas uppfattningar av patientförflyttning efter utbildningsinsats. Huvuddragen i uppfattningarna identifierar både hinder och möjligheter när ett förändrat arbetssätt införs, även förhållningssättets betydelse för både vårdtagare och vårdpersonal under förflyttningssituationen urskiljs.

Faktorer som underlättar genomförandet av ett förändrat arbetssätt

Den första nivån representerar faktorer som leder till framgång. Fynden i denna studie visar att utbildningen i patientförflyttning ökade informanternas kunskaper om förflyttning, praktiska och tekniska färdigheter samt medvetenhet av konsekvenser för både vårdtagare och personal. Hur utbildningen verbaliserades och kommunicerades hade betydelse för att en förändring i personalens arbetssätt kom tillstånd. Det var betydelsefullt att utbildningen stimulerade deltagarnas aktivitet. Blandningen av teoretiska och praktiska moment där personalen bland annat fick agera vårdtagare gav personalen många ”aha-upplevelser” och detta förändrade deras arbetssätt. Kindblom (2009) beskriver denna ”aha-upplevelse” som en psykologisk term uttryckt som en underförstådd rörelse, vilken mobiliserar förståelse som i sin tur leder till en direkt förändring.

Resultaten indikerar att förståelse och insikt ökade efter utbildningen och enligt Dell Alba och Sandberg (2006) är förändringar genom inläring relaterade till förståelse. Erfarenheterna tyder på att kunskaper, egen aktivitet och möjlighet att inta vårdtagarens roll var av vikt för förändring. Därför kan det vara betydelsefullt att använda träningsprogram som leder till förståelse när utbildning i patientförflyttning genomförs. Det finns forskning och olika inläringsteorier som framhåller aktivitet och kreativitet. Marton et al. (1981) ser inläring som en process. Genom aktivitet hos individen förändras uppfattningar och inläring innebär att individen kommer att uppfatta något på ett annat sätt än tidigare och det är den viktigaste delen av inläring. Den kvalitativa kunskapssynen främjar lärande som utgår från helheter, relationella aspekter och förståelse. Förhållningssättet leder till förståelse av fenomen och den egna aktiviteten betonades som viktig. Enligt Vygotskij (2005) är kreativitet en aktivitet som skapar något nytt i den yttre världen. Han understryker betydelsen av aktivitet för lärandet, utvecklingen och handlingen. Vygotskij anser att det behövs en lärande person, en aktiv

lärare och en aktiv miljö, vilket också vårdpersonalens erfarenheter understryker. John Dewey (1997) påtalade att den lärande ska vara aktiv i sitt lärande och i hans teori "learning by doing" stimuleras detta av en verkligetsanpassad och konkret miljö samt att utgångspunkten tas i den lärandes intresse.

Kindblom-Rising et al. (2007) fann att när kunskap om patientförflyttning var begränsad startade inlärningsprocessen med att bli medveten om hur man använder den egna kroppen. Med ökad kunskap utvidgades lärprocessen med medvetenhet om kroppspositioner, förflyttningsskicklighet och användande av instruktioner och support av patienten. Uppfattningarna som kommer fram i denna studie pekar i samma riktning.

Informanterna påtalade värdet av att fortsätta söka kunskap, repetera, reflektera och lösa problem. Tidigare forskning visar att utbildning i patientförflyttning blir framgångsrik om arbetsplatsen tar förflyttning på allvar och att fortsatt träning förekommer (Kneafsey & Haigh, 2007; Fanello et al, 2002). Stöd för att fortsätta söka och fylla på med ny kunskap finns också i Marton et al. (1981). Grundtanken i hans teori är att inläring bygger på tidigare personlig kunskap som byggs på med mindre delar som en tegelvägg till en helhet. Kneafsey och Haigh (2007) ser problemlösning som en viktig del för att förbättra det individuella genomförandet och skapa följsamhet till interventioner.

Resultaten avslöjar att det finns ett behov av att fortsätta diskutera kring olika förflyttningssituationer. Green (2002) ser problemlösning och reflektion som viktiga komponenter vid utbildning i patientförflyttning. Reflektioner stödjer och utmanar enligt denna forskning personalen till att vara aktiva i sin egen inlärningsprocess och det ökar möjligheten för att den enskilde förändrar sitt praktiska handlag vid förflyttning.

Resultatet tyder på att en förutsättning för att fortsätta öka kunskapsnivån var att ha en förflyttningssinstruktör på arbetsplatsen. Utifrån förflyttningssituationer på boendet fortsatte lärandet. I en studie av Öhring och Hallberg (2001) finns stöd för denna erfarenhet. De anser att inläring av omvårdnadsåtgärder är energikrävande och att det behövs handledare som underlättar inlärningsprocessen. Med detta som utgångspunkt blir organisationen kring utbildning och uppföljning viktig. Resultatet indikerar att det var betydelsefullt att hela arbetsgruppen utbildades inom en begränsad tidsrymd, att man diskuterade förflyttning på arbetsplatsen och använde APT som forum för att utveckla och förbättra verksamheten. Åkerman Tillegård et al. (2009) kommer fram till samma önskemål i sin forskning, där personalen vill ha utbildning och träning med arbetskamrater på arbetsplatsen samt diskutera på arbetsplatsmöten.

Resultaten visar att förutom förflyttningssinstruktör sågs även sjukgymnaster och arbetsterapeuter som viktiga personer att få råd och tips från vid förflyttningssituationer. Ingen av informanterna nämner dock sjuksköterskan eller hennes roll i detta sammanhang. Äldre personer med försämrad hälsa utvecklar ofta problem med förflyttning och rörelse. Där spelar vårdpersonal en stor roll för att hjälpa vårdtagarna med dessa svårigheter. Rehabiliterande åtgärder är enligt Nolan och Nolan (1997) traditionellt kopplat till sjukgymnastik och arbetsterapi. De anser dock på att vårdpersonal på kommunala vårdboenden gör ett stort arbete under rehabiliteringsprocessen. Kneafsey (2007) kom fram till att det behövs ytterligare

forskning för att identifiera överlappningen mellan olika deltagare i rehabiliteringsteamet.

Enligt Carlsson et al. (2002) ses förflyttning på med olika ögon beroende på vilken yrkeskategori vårdpersonalen tillhör. För sjukgymnasten är förflyttningen början på rehabiliteringen och för sjuksköterskor är förflyttning en del i omvårdnadsarbetet. I resultatet framhålls vikten av att samarbeta kring förflyttningssituationer med instruktör, sjukgymnast och arbetsterapeut för att öka kompetensen.

Resultaten visar att kunskapsnivån ökat bland vårdpersonalen. Tidigare forskning avslöjar dock en skillnad i kunskapsnivå beroende på om personalen arbetade i hemvård eller på vårdboende. Personal på vårdboende hade oftast högre kunskapsnivå om patientförflyttning än personal i hemvård (Hansson & Arnetz 2008). Då serviceboendet föll bort i denna studie finns en möjlighet att det påverkat resultatet i positiv riktning.

Resultaten avslöjar att faktorer som ansågs underlätta genomförandet av en förändrad metod var att se förflyttning som en del av omvårdanden, att ha en helhetssyn på förflyttningen, att vara följsam till metod, att göra riskbedömningar samt att sätta gränser.

Resultaten indikerar att förflyttning bör ses som en betydelsefull del av omvårdnad och att stimulera vårdtagaren att utföra så mycket som möjligt själv. Stöd för denna uppfattning finns i tidigare forskning och i omvårdnadsteorier. Johnsson et al. (2002) ansåg att patientförflyttning är av betydelse för vårdkvaliten och en aspekt av omvårdnad som ofta försummas i sjuksköterskors utbildning och praktik. Eriksson (1987) och Hendersson (1982) anger att sjuksköterskan ska bistå patienten med grundläggande behov och dit hör behovet av aktivitet och rörelse. Enligt Carlsson et al. (2002) omnämns inte förflyttningar i omvårdnadslitteraturen. I nyare litteratur förekommer omvårdnadsåtgärder vid rörelsebesvär om än i mycket begränsad omfattning (Edberg & Wijk, 2010). Utifrån det faktum att resultaten visar att informanterna prioriterar att stimulera vårdtagarna till egen aktivitet finns en omvårdnadsteori som kan vara användbar. Dorotea Orem's egenvårdsteori, Self-Care Deficit Nursing Theory (Orem 1985) beskriver egenvårdskapacitet som en förvärvat förmåga som påverkas av förhållanden och faktorer i miljön. Orem (1985) har identifierat fem olika metoder för hjälp och assistans, som att göra saker för patienten, vägleda, stödja fysiskt eller psykiskt, skapa en utvecklande miljö och undervisa. Målet är att omvårdnaden ska ge stöd och utveckla individens förmåga till egenvård så att hon/han kan klara dagens aktiviteter på bästa sätt. Enligt Orem (2001) är det grundläggande vid kompensation för patientens egenvårdsbrister att inte ge mer hjälp än vad som behövs. Detta förhållningssätt medverkar till att främja patientens kvarstående förmågor, oberoende och självständighet. Människan är beroende av balans mellan aktivitet och vila. Allison (2007) utgår från Orem's teori (2001) när hon beskriver att sjuksköterskans roll är att ge stöd och hjälp för att kompensera för egenvårdsbrister. Detta kan handla om att delvis kompensera, undervisa eller emotionellt engagemang. Grundläggande är att inte ge mer stöd och hjälp än vad som behövs i situationen. Allison (2007) betonar att vårdpersonal ska vara medveten om kroppens signaler, avgöra behovet av åtgärd och fatta beslutet om hur balansen kan uppnås på ett effektivt sätt och att detta är viktiga omvårdnadsåtgärder. I resultaten betonar även informanterna det som Allison (2007) framför i sin forskning, att se patientförflyttning som en del av omvårdnad, utgå från vårdtagarnas behov, ha balans mellan krav och hjälp samt att

stimulera vårdtagaren att göra så mycket som möjligt själv. Resultaten indikerar att det finns teamarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och vårdpersonal. Teamarbetet kanske skulle kunna stärkas ytterligare genom att även involvera sjuksköterskor. Mitchell et al. (2005) ansåg att ett ökat teamarbete var ett viktigt verktyg för att generera en professionell utveckling av patientförflyttning.

Faktorer som försvårar genomförandet av ett förändrat arbetssätt

Den andra nivån representerar faktorer som försvårar genomförandet av ett förändrat arbetssätt. Precis som i tidigare forskning (Koppelaar et al. 2009) belyste resultatet att det fanns en kombination av individ- och omgivningsmässiga faktorer som påverkade implementeringen.

Stress vid förflyttningmomenten är en faktor som ofta kommer fram i intervjuerna. Stressen påverkade både personal och vårdtagare negativt genom ett minskat välbefinnande och var en försvårande faktor för implementering. En vanlig uppfattning var också att tiden var knapp och att vårdtyngden ökat. Dessa faktorer medförde att vårdpersonalen lättare föll tillbaks i gamla mönster. Tidigare studier pekar också på att tidsbrist och ökad vårdtyngd gav mindre grad av följsamhet till interventioner (Kneafsey & Haigh 2007; Åkerman Tillegård et al. 2009). Åkerman Tillegård et al. (2009) beskriver att vårdpersonalen upplevde patientförflyttning som tung och de ansåg att brist på personal, brist på träning och stöd från ledningen försvårade för dem att förbättra kunskaper i förflyttningsteknik. I Åkerman Tillegård et al. (2009) framkommer dessutom att många sjuksköterskor i arbetsledande ställning inte uppfattar förflyttningar som en stor och tung del av omvårdnadsarbetet. Detta är viktiga aspekter att ta hänsyn i både arbets- och utbildningsplanering.

Uppfattningarna åskådliggjorde att bristande kunskap gav mindre reflektion kring förflyttningssituationerna och det gav mindre grad av funktionsbevarande arbetssätt eller intentioner att bevara vårdtagarens autonomi, dessutom försvårades implementeringen av metoden. Denna erfarenhet stöds av Zander (1999) som menar att förändringar tenderar att övergå till gamla mönster genom bristande kunskap. Baulcomb (2003) beskriver förändring som en långsam process och betonar vikten av att kunskap förmedlas till personal så att de kan utveckla en positiv attityd. Först när det finns acceptans och vilja att förändra kan andra grupper påverkas.

Otillräcklighet vid genomförandet av den nya arbetsmetoden tillskrevs också att en del av arbetsstyrkan ville bevara gamla arbetsmetoder eller att vårdtagare var ovilliga att delta vid förflyttning och detta sågs som ett problem. Det finns forskning som stöder vårdpersonalens erfarenheter om att vårdtagare, som inte vill delta, upplevs som att de försvårar införandet av en förändrad arbetsmetod. Enligt Friberg och Hansson Scherman (2005) ses patienter som inte är följsamma till omvårdnadshandlingar som ett problem och finner att om man i stället för att fokusera på den icke följsamma

patientens beteende, fokuserar på patientens upplevelse och förståelse, blir det mer effektivt eftersom detta i stället kan påverka beteendet eller sättet att agera på.

Detta förhållningssätt innebär att tänka i andra banor och även här kommer den lärande aspekten in i sammanhanget. Friberg och Hansson Scherman (2005) beskriver hur den lärande delen av följsamhet kan genomföras genom att ” följa och låta sig följas”. Detta innebär en lärande situation där vårdpersonal följer patienten och guidas av patientens upplevelser och behov. Genom att följa patientens upplevelse skapas möjligheter för personalen att resonera och agera på ett sätt som patienten kan följa. Ur pedagogisk synpunkt behöver personalen enligt dem utveckla en genomtänkt pedagogisk synvinkel. För att få till en kvalitativ förändring i patientens beteende eller förståelse bör personalen reflektera genom att jämföra sitt sätt att förstå, med patientens förståelse av situationen. Detta ligger i linje med personalens uppfattningar av att utgå från vårdtagarens behov och låta dessa styra. Återigen kan jag utifrån tidigare pedagogiska referenser se att den viktigaste formen av inlärning är den som leder till en kvalitativ förändring i en persons sätt att uppleva mening, förståelse och att hanterbarhet. Den viktigaste formen av lärande är den som gör det möjligt att förändra uppfattning. Detta gäller för både vårdtagare och personal och är viktig att ta hänsyn till när utbildning planeras, genomförs och realiserar på arbetsplatserna.

En annan aspekt på att vårdtagaren är ovillig att delta kan enligt Hansson Scherman (1994) vara att händelser i livet förändrar individen på ett genomgripande sätt och att det uppfattas som ett hot mot självbilden. Då finns risk att vårdtagaren mobiliserar försvarsmekanismer för att bevara självet. Det är viktigt för vårdpersonal att känna till att det kan vara skrämmande att inte längre vara sig själv. En del av informanterna uppmärksammade att det kunde vara skrämmande och en sorg för vårdtagarna att hamna i en för den ovan situation och det ligger helt i linje med tidigare forskning.

Informanterna uppfattade också motstånd från kollegor när den nya arbetsmetoden skulle införas. Personal som ville bevara gamla arbetsmetoder sågs också som ett hinder. I intervjuerna framkommer inte anledningen till motståndet. En drivkraft till lärande är motivation. Sillen och Hård af Segerstad (2001) menar att meningsfullt lärande är starkt kopplat till motivation och viljan att lära sig något. Lennéer-Axelsson och Thylefors (1982) beskriver att alla förändringar innebär en spänning och därmed en ökad arbetsbelastning. Förändringar kan också bli ett hot mot den egna arbetsidentiteten och mot självförtroendet. De beskriver att personal kan uppfatta sig som dåliga, okunniga och misslyckade under tiden som nybörjare i den nya arbetsmetoden. För vissa innebär förändring mer eller mindre ett underkännande av det arbete man tidigare utfört och det värjer sig personen ifrån i det längsta. Ju sämre självförtroende individen har som helhet, desto större hot innebär förändringar. Lennéer-Axelsson och Thylefors (1982) anser också att yngre människor är mest förändringsbenägna, det är i linje med studiens resultat.

Förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen

Den tredje nivån representerar förhållningssättets betydelse under förflyttningssituationen. Respekt för vårdtagarens förmåga och behov samt att bevara självkänsla och integritet sågs som betydelsefullt. Resultatet indikerar att informanterna eftersträvade balans mellan krav och hjälp. Att känna till vårdtagarens sjukdomsbild och behov ansågs vara av värde för att kunna ge rätt stöd. Vårdpersonalen uppfattade att de kunde stärka vårdtagarens självkänsla genom att se till att de hade en upplevelse av att ha en uppgift. Här betonades också att vårdtagarens situation kunde medföra sorg hos individen, en sorg som bottnade i att de inte klarade sin egen förflyttning. Det är intressanta aspekter och det finns forskning som belyser hur det är att leva med sjukdom och att det kan medföra en upplevelse av sorg. Enligt Isaksson et al. (2007) kan sorgen beskrivas som förlust av hopp, kontroll av kroppen, av integritet och identitet.

I resultatet framkommer vikten av att samspela med vårdtagaren som ett led i ett bra bemötande. Att ha ögonkontakt sågs som ett sätt att skapa samspel. Tidigare forskning stödjer denna uppfattning Goodwin (1981) anser att blicken är särskilt betydelsefull i all kommunikation. Blicken föregår talet och ger signal att den andre är uppmärksam och beredd att kommunicera.

Innebörden av aktivitet är olika för olika individer. Socialstyrelsen (2003) definierar aktivitet som ”en persons genomförande av en uppgift eller handling” Hur handlingen utförs är beroende av olika omständigheter och resultaten indikerar att hänsyn tas till både fysiska aspekter, som rörlighet och förmåga och psykiska aspekter i form av tilltro till individens förmåga, motivation och förståelse.

Studiens resultat gör tydligt att vårdpersonal som person har betydelse för vårdtagarens välbefinnande. Paterson och Zderad (1976) poängterar att vårdaren genom sin person präglar vårdhandlingen. Vilken vårdhandling som väljs är bland annat beroende av vårdtagarens sjukdom, grad av behov och vårdarens förmåga att upptäcka och sörja för vårdtagarens behov av hjälp. Utifrån detta genomförs omvårdnaden så att man kan nå välbefinnande. Informanternas uppfattningar var att förflyttningssituationen hade stor betydelse för vårdtagarens välbefinnande. Både när det gällde säkerhet, trygghet, komfort samt möjlighet att bevara autonomi. När vårdtagaren klarar sin egenvård upplevs delaktighet och meningsfullhet. Enligt Socialstyrelsen (2003) är välbefinnande en term som omfattar flera mänskliga områden och då även fysiska, psykiska och sociala aspekter, vilka utgör vad som kan kallas ett ”gott liv”. Resultatets framförda uppfattningar av patientförflyttning inbegriper på samma sätt fysiska, psykiska och sociala aspekter för att skapa välbefinnande hos individen. Lawton (1994) betonar sambandet mellan att vi får använda vår mentala förmåga, själva utföra aktiviteter och engagera oss i meningsfulla aktiviteter för att uppleva hälsa och välbefinnande. När det gäller vårdtagarens möjlighet att bevara autonomi och uppleva delaktighet och meningsfullhet kan också paralleller dras till ett salutogent förhållningssätt där

hälsobegreppet ses ur ett holistiskt perspektiv. Teorins utgångspunkt är att hälsa uppstår när personen upplever en känsla av sammanhang. Denna känsla är betydelsefull för hur en individ klarar svåra situationer (Antonovsky 1991). Vid förflyttningssituationen blir det då betydelsefullt att tillvarata och stödja vårdtagarens egna resurser, se det friska hos individen och tro på hans eller hennes egen förmåga samt respektera vårdtagarens upplevelser. Allt för att upprätthålla vårdtagarens hälsa trots sjukdom och att lyfta fram vårdtagarens resurser.

Resultaten beskrev hur ökade kunskaper kom vårdtagarna till del genom att det förändrade arbetssättet som skapade säkerhet och trygghet under förflyttningsmomentet. Därmed fungerade också samspelet mellan personal och vårdtagare bättre. Denna koppling mellan patientens upplevelse av säkerhet och komfort och personalens skicklighet stöds av tidigare forskningsresultat. Kjellberg (2004) såg ett klart samband mellan personalens skicklighet vid förflyttning och patientens säkerhet och komfort. Kindblom (2005) visade att utbildning i frisk förflyttning ökade personalens förmåga att guida vårdtagarna under förflyttningen med fler och detaljerade instruktioner vilket även vårdpersonalen i denna studie uppfattar att de gör mer nu än tidigare. Utbildning i syfte att öka personalens rörelsemedvetenhet och kommunikativa kompetens i syfte att främja vårdtagarnas möjlighet att röra sig självständigt har också genomförts av Kindblom- Rising et al. (2010). Resultaten visade att det blev en markant ökning av antalet instruktioner till vårdtagarna. Vårdpersonalens ökade medvetenhet och att de gav många verbala instruktioner till patienterna vekade också öka personalens skicklighet vid förflyttningarna.

Det är sedan lång tid känt att vårdpersonal har ökad risk för ländryggssmärta (Hignett 1996; Engkvist 1999; Smedley et al. 2003; Marras et al, 2009) och att vårdarbete är ett högriskyrke avseende ryggsador (Hignett, 1996; Nelson et al. 2007; Cameron et al. 2008). Utbildningsinsatser som fokuserat på att minska belastningen genom att använda hjälpmedel, friktionsreducerande utrustning, undvikande av manuella lyft, användande av naturligt rörelsemönster och ett funktionsbevarande arbetssätt vilket stimulerar till patientmedverkan har visat lovande resultat (Kindblom-Rising et al. 2002; Johnsson et al. 2002; Engkvist 2005; Hignett 2003; Johnsson et at. 2006). Utbildningsprogrammet som användes i berörd kommun utgick från dessa principer och resultaten visar att informanterna inte kände sig lika slitna i kroppen efter att ha ändrat förflyttningssmetod. De uppfattade mindre belastning och den förbättrade arbetstekniken gav minskning av ryggsbesvär.

Resultaten visar en ökad medvetenhet om hur informanterna använde sin egen kropp under förflyttningsmomenten. Det framkommer, trots att förflyttningar utfördes frekvent, att informanterna inte var lika slitna i kroppen efter att de ändrat arbetssätt. Detta är värdefullt att beakta. Tidigare forskning visar liknande resultat. Kindblom-Rising et al. (2010) belyser att fysiska skador minskade markant efter utbildning.

Dessutom ökade personalen sin rörelsemedvetenhet, använde mer frekvent instruktioner samt uppmuntrade patienten till att röra sig mer oberoende. Därigenom minskades belastningen på personalen.

Resultaten visar att informanterna bedömer risker, både för egen del och för vårdtagarna. Erfarenheter av att vårdtagarna kunde uppfatta förflyttning som ett orosmoment samt att de kunde uppleva rädsla framkom. Kindblom-Rising et al. (2010) beskriver hur patienters rädsla gör att de lutar sig bakåt i stället för framåt vid uppstående. Att vara medveten om denna reaktion på rädsla kan hjälpa vårdpersonal att anpassa sin kommunikation för att minska patientens rädsla. Samma tankebanor agerade vårdpersonalen utifrån, när de i syfte att minska vårdtagarens rädsla under förflyttningsmomentet betonade vikten av att skapa säkerhet och trygghet. Detta åstadkom de genom att verbalt guida vårdtagaren, inte stressa, använda sina kunskaper om förflyttning samt att göra förflyttningarna på samma sätt. Även Engkvist et al. (1998) finner att motstånd hos patienter oftast är relaterat med rädsla och en huvudorsak till olyckor vid patientförflyttning. Resultaten indikerar att informanterna har vårdtagaren i fokus, visar respekt för behov och hanterar förändringar som hälsoproblem och sjukdom för att stärka självkänsla.

En annan faktor som framkommer i resultaten är betydelsen av att utföra förflyttningarna på ett funktionsbevarande sätt och att bevara autonomi. Tidigare forskning har beskrivit hur det kan upplevas att bli beroende på grund av svårigheter med det dagliga livets aktiviteter. Dessa begränsningar innebär en nedsättning av autonomin och kan leda till osäkerhet, låg självkontroll och förlorad privatzon (Ellefsen 2002). När vårdtagaren klarar sin egenvård upplevs delaktighet och meningsfullhet och det främjar välbefinnandet. Kindblom-Rising et al. (2010) fann att när personalen gav mer instruktioner använde de sina händer mindre och det gav vårdtagaren möjlighet att röra sig mer oberoende. Fonad (2008) anser att det krävs ett etiskt ställningstagande från vårdpersonalen vilket tar hänsyn till patientens oberoende och som också ger möjlighet att finna praktiska lösningar som förhindrar skada.

Uppfattningarna indikerar att det är av betydelse med en organisation som gynnar lärande och resultatet omfattar både personal- vårdtagar- och organisationsnivå. Vårdtagarna ska erbjudas säkra metoder och informanterna anser att det behövs en kontinuerlig uppdatering och utveckling av kunskaper. Vårdens kvalitet bygger på att de som arbetar där är beredda på att ständigt lära nytt och att utveckla vården. Det kan innebära att organisationen också behöver förändras. Enligt Senge (1995) finns komponenter som bygger en lärande organisation: helhetstänkande, gemensam vision, personlig drivkraft, övergivande av gamla förlegade föreställningar och gruppinläring. Resultatet framhåller flera av dessa komponenter som centrala för att patientförflyttningen ska förändras efter utbildningsinsatsen. Welford (2006) anser att för att en förändring ska kunna ske måste ett behov finnas och det ska också erkännas av personalen. Delaktighet, samarbete, kommunikation och effektiv hantering ses som nödvändiga faktorer för förändring. Dessutom behövs en pågående reflektion för att få

insikt i faktorer som ökar och hämmar processer. Resultaten i denna studie ger inblick i faktorer som gynnar respektive genomförandet av ett förändrat arbetssätt. Berthelette et al.(2012) utvärderade implementeringen av ett ergonomiskt program i avsikt att förebygga ryggsador hos vårdpersonal. Resultatet visade på svårigheter att förändra arbetsmetod och det tillskrevs att förändringarna inte var förankrade i hela organisationen. Baulcomb (2003) hävdar att för att uppnå effektiva förändringar som varar måste anställda samarbeta. Åkerman Tillegård et al. (2009) fann i sin studie brist på stöd från ledningen när det gällde att förbättra kunskaper i förflyttningsteknik, samt brist på möjligheter att diskutera problem. Velford (2006) hävdar att personal och chefer bör vara involverade när det handlar om att förändra vården för patienterna.

Berörd kommun har genomfört en stor utbildningsinsats och resultaten indikerar på att kunskaper och medvetenhet höjts. Patientförflyttning tas på allvar och ses som en betydelsefull del av omvårdnad. Resultaten indikerar att det från informanternas sida finns önskemål om fortsatt repetition, diskussion, reflektion, problemlösning och teamarbete. Genom att vårdpersonalen är involverade och kontinuerligt uppdaterade borde förändringen ha förutsättningar för att bli effektiv och permanent.

Metoddiskussion

Metoden gav möjlighet att belysa vårdpersonalens uppfattningar av patientförflyttning genom att den är relaterad till hur människor uppfattar saker och ting i en viss situation där innehållet i det uppfattade är det centrala. Studiens tillförlitlighet diskuteras utifrån begreppen: trovärdighet, pålitlighet, giltighet och överförbarhet (Streubert & Carpenter 2007).

Författaren har lång erfarenhet av ämnet vilket stödjer trovärdigheten (Polit & Beck 2006).

En begränsning för studiens tillförlitlighet var att serviceboendet ej deltog i studien. Ett serviceboende kunde ha vårdtagare med ett annat vårdbehov och vårdpersonalen kunde arbeta under annan organisation och detta kan ha påverkat studiens resultat. Studiens resultat stärktes genom att deltagarna hade varierade erfarenheter och kom från olika vårdboenden vilket kastade ljus över varierade aspekter (Granheim & Lundman, 2004).

Intervju är en rekommenderad och lämplig datainsamlingsmetod (Polit & Beck, 2006). Då fenomenografins tillträde till människors uppfattningar främst går genom språkliga uttryck är datainsamling genom intervju en adekvat metod (Kroksmark, 2007).

Att författaren själv genomförde alla intervjuer, skrev ut dem samt gav informanterna möjlighet att ge sitt stöd för det som framkom vid intervjun stärkte datamaterialets trovärdighet (Granheim & Lundman 2004).

Författarens förkunskaper är en styrka under intervjun där det är intervjuarens uppgift att nå fram till den intervjuades intellektuella, kroppsliga och känslomässiga behandling av innehållet. Denna flexibilitet ställer krav på intervjuarens kunskap om innehållet och lyhördhet för individuella skillnader i vad informanterna faktiskt säger och menar (Kroksmark 2007). Min förförståelse hanterades genom att jag närmade mig

forskningsområdet och informanternas erfarenheter förutsättningslöst och med ett öppet sinne och nyfikenhet.

Studiens giltighet stärktes genom att det fanns en semistrukturerad intervjuguide för att fånga informanternas erfarenheter, den underlättade att fokus kunde hållas under intervjun, dessutom lades vikt vid att frågorna inte blev ledande.

Giltighet innebär enligt Streubert och Carpenter (2007) ett processkriterium där målet är att så klart som möjligt illustrera bevisen och tankeprocessen fram till slutsatsen. Detta säkerställdes genom att analysen är tydligt beskriven och att kategorierna är belysta genom citat från informanterna vilket stärkte informanternas upplevelser och därmed studiens tillförlitlighet och pålitlighet (Streubert & Carpenter 2007).

Tillförlitligheten stärks ytterligare genom att studiens fokus, erfarenheter av förflyttning efter utbildningsinsats, var tydligt beskrivet (Polit & Beck 2006). För att få en så bred bild som möjligt av hur vårdpersonal erfor patientförflyttning efter utbildningsinsats gjordes ett strategiskt urval av informanter.

Genom att data har samlats in och tolkats metodiskt och omsorgsfullt har noggrannheten stärkts (Streubert & Carpenter 2007).

Informanternas tänkande av innehållet belyses och kommuniceras i kategoribeskrivningen genom citat. Beskrivningen av kategorierna är knutna till informanternas referens till patientförflyttning (VAD frågan) och till den intellektuella, kroppsliga och emotionella behandling av patientförflyttning efter utbildningsinsats (HUR frågan) och detta stärker giltigheten (Kroksmark 2007).

Studiens pålitlighet stärktes genom att ett konsensusförfarande skedde genom reflektion och diskussion med handledaren där samstämmighet vid texttolkningen nåddes (Streubert & Carpenter 2007). Det fanns en vinst i att låta handledaren kontrollera i vilken utsträckning det etablerade kategorisystemet överensstämde med tolkningen av intervjuaren (Kroksmark 2007). Informanterna hade dessutom möjlighet att verifiera resultaten efter intervjun (Lundman & Hällgren- Graneheim 2008).

En begränsning för överförbarheten kan vara att då vi en gång erfarit ett fenomen kan vi inte återvända till samma erfarenhet en gång till då det som studeras ständigt visar sig nya medvetandeinnehåll då kontext är nytt (Kroksmark 2007)

Överförbarheten är stärkt genom att kontext, sammanhang, inklusionskriterier, datainsamling och analysprocess är klart och tydligt beskrivet. Det ger möjlighet för att studiens fynd kan ha mening för andra i samma situation (Streubert & Carpenter 2007).

Slutsats

Resultaten i denna studie indikerar att utbildningen varit värdefull i avseende att kunskaper, färdigheter, förståelse, insikt och medvetenhet om risker ökat. Vårdpersonalen uppfattar mindre belastning och besvär efter utbildningen. Utbildningens utformning har haft betydelse för följsamheten genom att innehålla aktivitet, reflektion, problemlösning och att arbetsgrupperna fått utbildning inom en begränsad tidsperiod. Förhållningssättet har betydelse för säkerhet, trygghet och komfort. Hinder i form av otillräcklighet och brist på följsamhet förekommer. Resultaten indikerar vidare att förflyttningar anses vara en betydande del av omvårdnaden och det ställer krav på ökat teamarbete mellan alla yrkeskategorier som är delaktiga i vårdtagarens omvårdnad. Hela organisationen föreslås vara involverad och det bör ges möjlighet till fortsatt repetition, diskussion, reflektion och problemlösning.

Klinisk betydelse

Resultatet har relevans för klinisk verksamhet genom att det belyser möjligheter och hinder när en förändrad form av patientförflyttning implementeras, samt för att utveckla och förbättra följsamheten. Tidigare forskning visar att utbildning och metoder ibland tenderar att få dåligt genomslag på arbetsplatser och att det finns hinder som inte tillräckligt beskrivits vid införande av en förändrad form av patientförflyttning (Hignett 2005; Kneafsey & Haigh 2007; Koppelaar et al. 2009). Denna studie belyser värdefulla erfarenheter uttalade av vårdpersonal efter utbildning i förflyttningsskick. Då förflyttningar är en stor del av vårdpersonals arbete och vårdtagarnas vardag kan dessa erfarenheter vara ett stöd för andra verksamheter när utbildning i patientförflyttning planeras, genomförs och implementeras. Förhoppningsvis kan studiens resultat bidra till en mer patientcentrerad utgångspunkt vid förflyttning samt att ta tillvara både vårdtagare och vårdpersonals resurser på bästa sätt.

Fortsatt forskning

Ytterligare forskning behövs inom området. En intressant aspekt för vidare forskning är kommunikationens roll vid förflyttningssituationen. Det behöver ytterligare belysas hur vårdpersonal medvetet guidar vårdtagaren för att denna ska kunna röra sig så självständigt som möjligt. Förslagsvis genom en studie med kvasi-experimentell design. Ett annat forskningsområde som behöver belysas är hur teamarbetet kring vårdtagarens förflyttning ser ut samt hur det kan utvecklas. Förslagsvis genom intervjustudie med kvalitativ design.

Referenslista

- Alexandersson, M. (1994). *Metod och medvetande*. Akad.avh. Göteborg: Avta Universitatis Gothoburgensis.
- Allison, S.E. (2007). Self-care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus. *Nursing Science Quarterly*, 20 (1), 68-71.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium (2:a uppl)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baulcomb, J.S. (2003). Management of change through force field analysis. *Journal of Nursing Management*, 11, 275-280.
- Berthelette, D., Leduc, N., Bilodeau, H., Durand, M-J., Faye, C. (2012). Evaluation of the implementation fidelity of an ergonomic training program designed to prevent back pain. *Applied Ergonomics*, 43, 239-245
- Bos, E.H., Kroll, B., van Der Star. A., Groothoff. J.W. (2006). The effects of occupational interventions om reduction of musculoskeletal symptoms in the nursing profession. *Ergonomics*. 49 (7), 706-723.
- Cameron, S.J., Armstrong-Stassen, M., Kane, D., Mono, F.B.P. (2008). Musculoskeletal problems experienced by older nurses in hospital settings. *Nursing Forum*, 2 (43), 103-114.
- Carlsson, R., Ekman, S-L., Lagerström, M. (2002). Innebörden av patientförflyttning berättad av sjukgymnaster och sjuksköterskor. *Vård i nordn*, 63 (22), 37-41.
- Dahlgren, I.O., Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 4, (8) 150-156.
- Dall´Alba, G., Sandberg, J. (2006). Unveiling professional development: A critical review of stahemodels. *Review Educational Research*, 76, 383-412.
- Daynard, D., Yassi, A., Cooper, J.E., Tate, R., Norman, R., Wells, R. (2001). Biomechanical analysis of peak and cumulative spinal loads during simulated patient-handling activities: a substudy of a randomized controlled trial to prevent lift and transfer injury of health care workers. *Applied Ergonomics*, 32, 199-214.
- Dewey, J. (1997). *Demokrati och utbildning*. Göteborg: Daiadlos.
- Edberg, A-K., Wijk, H. (red) (2010). *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa*. Kristianstad: Studentlitteratur.
- Ellefsen, B. (2002). Dependency as disadvantage: Patients´ experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16 (2), 157-164.

- Engkvist, I-L. (1999). *Accidents leading to overexertion back injuries among nursing personel*. Diss. Stockholm: Karolinska institutet, Division of rehabilitation medicine.
- Engkvist, I.L., Hjelm – Wigeus, E., Hagberg, M., Menckel, E., Ekenvall, I. (2000). Risk indicators for over-exertion back injuries among female nursing personnel. *Epidemiology*, 11 (5), 519-522.
- Engkvist, I-L. (2005) Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics*, 37,141-148.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.
- Fanello, A., Jousset, N., Roquelaure, Y., Chotard-Frampas, V., Delbos, V. (2002). Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. *Nursing and Health Sciences*, 4, 51-54.
- Farhager, E.B., Cass, M., Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environment Medicine*, 62, 105-112.
- Fochsen, G., Josephsson, M., Hagberg, A., Toomingas, A., Lagerström, M. (2006). Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 198-201.
- Fonad, E. (2008). Older people's safety and security in community care for the elderly: Focusing on fall risk and fall, (akad. avh.). Stockholm: Karolinska institutet. Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle.
- Forsman, B. (2007). *Begrepp om forskningsfusk*. Stockholm: [Elektronisk] Rapport från Vetenskapsrådet. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: <http://www.vr.se> [120325]
- Friberg, F., Hansson Scherman, M. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 274-279.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun – Tekniker och Genomförande*. Malmö: Studentlitteratur.
- Goodwin, C. (1981). *Conversational Organization. Interaction between speakers and hearers*. New York: Academic press.
- Granheim, U.H., Lundman, B., (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Green, C.A. (2002). Reflecting on reflection: students' evaluation of their moving and handling education. *Nurse education in practise*, 2, 4-12.

Hansson, H., Arnetz, J.E. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 468-481.

Hansson Scherman, M.C. (1994). *Att vägra vara sjuk – En longitudinell studie v förhållningssättet till astma – allergi.* (avh): Göteborg: Göteborgs universitet.

Hansson, T., Westerholm, P. (2001:12). *Arbete och besvär I rörelseapparaten – en vetenskaplig värdering av frågor om samband.* Diss. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa.

Hartvigsen, J., Lauritzen, S., Lings, S., Lauritzen, t. (2005). Intensive education combined with low tech ergonomic intervention does not prevent low back pain in nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 62,13-17

Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet.* Stockholm: Liber.

Hignett, S. (1996). Work-related back pain in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1238-1246.

Hignett, S. (2003). Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, electronic pages.

Hignett, S. (2005). *Measuring the effektivness of competencybased education and training programme in changing the manual handling behaviour of health care staff.* Health and Safety Executive Research, Report 315.

Hunter, B., Branson, M., Davenport, D. (2010). Saving costs, saving health care providers' backs, and creating a safe patient environment. *Nursing Economics*, 2 (28), 130-134.

Hye-Kuudsen, C.T., Schibye, B., Hjortskov, N., Fallentin, N. (2004). Trunk motion characteristics during different patient handling tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 33, 327-337.

Isaksson, A-K., Gunnarsson, L-G., Ahlström, G. (2007). The presence and meaning of chronic sorrow in patients with multiple sclerosis. *Journal of clinical Nursing*, 16 (11C), 315-324.

Johnsson, C., Carlsson, R., Lagerström, M. (2002). Evaluation of training in patient handling and moving skills among hospital and home care personnel. *Ergonomics*, 45 (12), 850-865.

Johnsson, C. (2005). *The patient transfer task Methods for assessing work technique.* Diss. Stockholm: Karolinska institutet, Department of nursing.

Johnsson, C., Kjellberg, A., Lagerström, M.I. (2006). Evaluation of nursing students' work technique after proficiency training in patient transfer methods during undergraduate education. *Nurse Education Today*, 26, 322-331.

Kindblom, K. (2009). *Movement awareness and communication in patient transfer – an educational intervention*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Neurobiology.

Kindblom-Rising, K., Wahlström, R., Stenström, C.H. (2002). Effects on staff training in Natural Mobility; a long term follow up. *Advances in Physiotherapy*, 4, 136-134.

Kindblom-Rising, K., Wahlström, R., Ekman, S.L. (2007). Nursing staff's perception of changes in patient transfer habits after a course – a phenomenological-hermeneutic study. *Ergonomics*, 50 (7), 1017-1025.

Kjellberg, K. (2003:12) *Work technique in lifting and patient transfer task*. Diss. Göteborg: The Sahlgrenska Academy at Göteborgs University, Department of Occupational medicine.

Kjellberg, K., Lagerström, M., Hagberg, M. (2003). Patient safety and comfort during transfers in relation to nurses' work technique. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3), 251-259.

Kneafsey, R. (2000). The effect of occupational socialization on nurses' patient handling practices. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 585-593.

Kneafsey, R. (2006). The effect of occupational socialization on nurses' patient handling practise. *Journal of clinical Nursing*, 9, 585-593.

Kneafsey, R. (2007). Asystematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C), 325-340.

Kneafsey, R., Haigh, C. (2007). Learning safe patient handling skills: Student nurse experiences of university and practice based education. *Nurse Education Today*, 27, 832-839.

Koppelaar, E., Knibbe, J.J., Miedema, H.S. (2009). Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 353-360.

Kroksmark, T. (2007). Fenomenografisk didaktik – en didaktisk möjlighet. *Didaktisk tidskrift*, 17 (2-3), 1-50.

Kvale, S., Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

Lawton, M.P. (1994). Quality of life in Alzheimers disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorder*, 8 (3), 138-150.

Lindström, L. (2009). Uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbetet funktionsbevarande/funktionshöjande arbetssätt inom vårdboende.

Lenneér – Axelsson, B., Thylefors, I. (1982). *Arbetsgruppens psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys i tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- sjukvård* (Redaktörer Hranskär, M., Höglund-Nielssen). Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Marras, W.S., Bertsche, P.K., Davis, K.G., Kirking, B.C. (1999). A comprehensive analysis of low- back disorder risk and spinal loading during the transferring and repositioning of patients using different techniques. *Ergonomics*. 42 (7), 904-926.

Marras, W.S., Knapik, G.G., Fergusson, S. (2009). Lumbar spine forces during manoeuvring of ceiling-based and floor-based patient transfer devices. *Ergonomics*, 3 (52), 384-397.

Marton, F. (1981). Phenomenography – Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10, 177-200

Marton, F. (1986). Phenomenography – A research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28-49.

Marton, F., Booth, S. (2000). *Om Lärande*. Lund, Studentlitteratur.

Mc Gill, S.M., Kavcic, N.S. (2005). Transfer of the horizontal patient. The effect of friction reducing assistive device on low back mechanics. *Ergonomics*, 48 (8), 915-929.

Mitchell, E.A., Conlon, A-M., Armstrong, M., Ryan, A.A. (2005). Towards rehabilitative handling in caring for patients' following stroke: a participatory action research project. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3a), 3-12.

Musaed, Z. (2007). Occupational musculoskeletal injuries in the health care environment and its impact on occupational therapy practitioners: A systematic review. *Work*, 29, 89-100.

Nelson, A., Collins, J., Cookson, K., de Castro, A.B., Whipple, K.(2007). Short through the myths and facts to determine how you uphold best practices for patient lifting. *Nursing Management*, 3, 26-33.

Nolan, M., Nolan, J. (1997). Rehabilitation: realizing the potential nursing contribution. *British Journal of Nursing*, 6, 1176-1180.

Nothorn Nurses' Federation. (2003). Ethical guidelines for nursing in the Nordic countries. *Vård I Norden*, 23 (4), 1-19.

Orem, D. (1985). *Nursing. Concepts of practice* (Vol. 3:e uppl). New York. McGraw-Hill Book Company.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6:th ed). St Louis, MO: Mosby.

Owen, B.D., Keene, K., Olson, S. (2002). An ergonomic approach to reducing back/shoulder stress in hospital nursing personnel: a five year follow up. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 295-302.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Regeringens proposition 2002/03:50. *Etikprövning av forskning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Regeringens proposition 2007/08:44. *Vissa etikprövningsfrågor m.m.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Restas, A., Pinikahana, J. (2000). Manual handling activities and injuries among nurses: An Australian hospital study. *Journal of advanced Nursing*, 31 (4), 875-883.

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.

Senge, P.M. (1985). *Den femte disciplinen – den lärande organisationens konst*. Stockholm: Thomson Fakta.

Silva, C.E., Bolswick, D.S., Lillqvist, D., Wallace, D., Perkins, M.S. (2002). An ergonomic comparison between mechanical and manual patient transfer techniques. *Work*, 19, 19-34.

Sjöström, B., Dahlgren, L.O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 339-345.

Skotte, J., Fallentin, N. (2008). Low back injury risk during repositioning of patients in bed: the influence of handling technique, patient weight and disability. *Ergonomics*, 7 (51) 1042-1052.

Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., Buckle, P., Cooper, C., Coggon, D. 2003. Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 864-869.

Socialstyrelsen (2003). Klassifikation av funktionstillstånd och hälsa: svensk version av International classification of functioning disability health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen

SSF 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). [Elektronisk] *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Tillgänglig: <http://www.vardforbundet.se/temaplates/VFopenFile/apex+field=577777>. [20100908]

Varkey, P., Reller, M.K., Smith, A., Ponto, J., Osborn, M. (2006). An experiential interdisciplinary quality improvement education initiative. *American Journal of Medical Quality*, 21 (5), 317-322.

Welford, C. (2006). Change management and quality. *Nursing Management*, 13 (5), 23-25.

Vetnaskapsrådetets forskningsserie 1:2011. . [Elektronisk] God forskningssed. CM gruppen AB:Bromma.Tillgänglig: <http://vr.se/download/18.3a3bc20d133af0c12958000491Godforskningssed2011.1pdf>. [120326]

Vygotskij, L.S. (2005). *Fantasi och kreativitet i barndomen*. Göteborg: Daidalos.

Yassi, A., Cooper, J.E., Tate, R.B., Gerlach, S., Muir, M. (2001). A randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers. *Spine*, 26 (16) 1739-1746.

Zander, S. (1999). *Förändring med förhinder*. Stockholm: Informationsavdelningen på Sveriges kommuner och Landsting.

Åkerman Tillegård, H., Kjellberg, K., Lagerström, M. (2009) Vårdpersonals upplevelse av arbete med patientförflyttningar – en intervjustudie från två ortopedkliniker i Stockholm. *Vård i Norden*, 29 (4), 4-8.

Öhrling, K., Hallberg, I-L. R. (2001). The meaning of preceptorship: nurses lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 530-540.

”Uppvärmningsprat”

Fråga om utbildning, utbildningsår, när och hur många dagar utbildning i förflyttningskunskap och hur länge de arbetat på aktuell arbetsplats.

Frågorna ska syfta till att informanterna utvecklar sina tankar patientförflyttning efter utbildningsinsats och betydelsen av detta.

Inledningsfråga (VAD)

Vad betyder patientförflyttning för dig?

Huvudfråga (HUR)

Kan du berätta om och beskriva dina uppfattningar av patientförflyttning efter utbildning? Jämför för och efter utbildningen.

Uppföljningsfrågor

Vilken betydelse har förflyttningsituationen för dig?

Vilken betydelse har förflyttningsituationen för vårdtagaren?

Vilken betydelse har utbildningen haft?

Hur ser du på möjligheten att förändra metod?

Vilka hinder/möjligheter finns?

Sonderande frågor

Hur beskriver du detta?

Har du någon idé om hur?

Kan du säga något om....?

Kan du ge exempel på....?

Berätta....!

Hur uppfattade du....?

Vilka blir konsekvenserna.....?

Avslutningsråga

Är det något mer som du vill berätta?

Avstämning

Stämmer det jag fått fram med informantens erfarenheter

Bilaga 2



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Omvårdnad/Avdelningen för omvårdnad

Inbjudan att delta i studien: Erfarenheter av patientförflyttning efter utbildningsinsats

Du tillfrågas härmed om deltagande i en intervjustudie. Jag har fått tillgång till Ditt namn och telefonnummer genom Din enhetschef/samordnare för förflyttningsinstruktörer.

Jag är student vid avdelningen för omvårdnad på Karlstads Universitet och genomför en uppsats på Avancerad nivå (magisteruppsats).

Studiens syfte är att belysa vårdpersonals erfarenheter av patientförflyttning efter utbildningsinsats. För att kunna utveckla och förbättra patientförflyttningen ytterligare är det av stor vikt att få ta del av Dina erfarenheter.

Intervjun beräknas ta mellan 30 – 60 minuter och kommer att spelas in med hjälp av bandspelare. Intervjuerna kommer att genomföras i anslutning till Din arbetsplats. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att endast jag och min handledare har tillgång till materialet. Allt material kommer att förvaras inlåst och banden kodas så de inte kan hänföras till en enskild individ. När studien är avrapporterad kommer inspelningen att raderas. En sammanställning kommer att ske genom vetenskaplig publicering och redovisas på gruppnivå varvid ingen enskild individ kan identifieras.

Per-Olof Johansson, chef för Vård och Omsorgsförvaltningen har gett sitt tillstånd för studiens genomförande.

Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan närmare förklaring. Du är varmt välkommen att kontakta mig om Du har ytterligare frågor om studien. Samtycker Du till deltagande kommer jag under den närmaste tiden att kontakta Dig för att bestämma lämplig tid och plats för intervjun.

Tack på förhand för Din medverkan

Med vänliga hälsningar

Lena Stumle

Omvårdnadslärare

Studerande vid Institutionen för samhälls- och livsvetenskaper

Karlstads Universitet

Telefon arbete: 070 3772093

e-post: lena.stumle@karlstad.se

Handledare: Mona Persenius 054-7002291 mona.persenius@kau.se



Bilaga 3

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Omvårdnad/Avdelningen för omvårdnad

Skriftligt samtycke till att delta i studien Erfarenheter av patientförflyttning efter utbildningsinsats

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av den skriftliga och muntliga informationen angående studien och ger härmed mitt samtycke till att delta och dela med mig av mina erfarenheter av patientförflyttning efter utbildningsinsats.

Jag är medveten om att mitt deltagande är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan att ange skäl för det kan avbryta mitt deltagande utan att det på något vis påverkar mitt fortsatta arbete.

Namn _____

Underskrift _____

Datum _____

Telefonnummer _____

Lena Stumle
Omvårdnadslärare
Studerande vid Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Karlstads Universitet
Telefon arbete: 070-37 27 093
e-post: lena.stumle@karlstad.se
Handledare: Mona Persenius 054-7002291 mona.persenius@kau.se