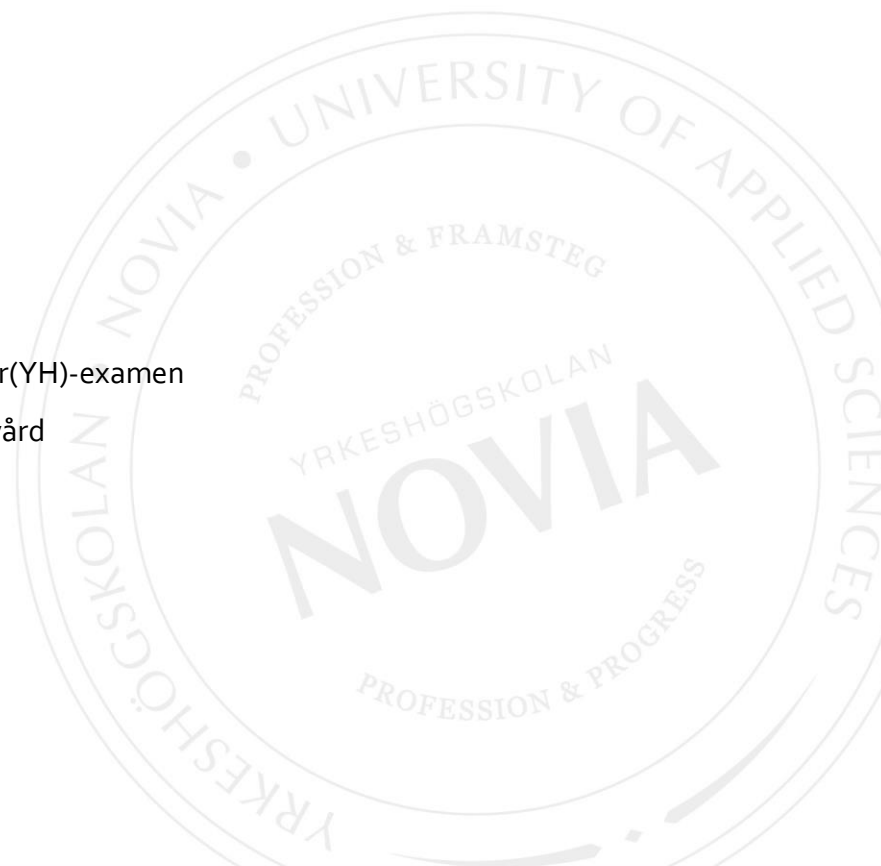


“Vi ska hålla hela arbetslivet”

En undersökning om användningen av ett ergonomiskt arbetssätt bland vårdpersonal inom äldreomsorgen

Annette Skåtar
Rose-Marie Sandin

Examensarbete för sjukskötare(YH)-examen
Utbildningsprogrammet för vård
Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Annette Skåtar & Rose-Marie Sandin
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: "Vi ska hålla hela arbetslivet"
- en undersökning om användningen av ett ergonomiskt arbetssätt bland
vårdpersonal inom äldreomsorgen

Datum 30.10.2016

Sidantal 46

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att undersöka hur ergonomin används rent praktiskt bland vårdpersonal inom äldreomsorgen, hur belastningsskador hos vårdpersonalen kan undvikas och förebyggas samt hur vårdpersonalens kunskaper kring ett ergonomiskt arbetssätt kan förbättras.

Examensarbetet är en kvalitativ studie och informationen har samlats in genom intervjuer av sex personer ur vårdpersonalen, sjukskötare och närvårdare, på ett äldreboende i Österbotten. Resultatet har därefter tolkats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys mot undersökningsstudiens bakgrund, teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. De teoretiska utgångspunkter som använts i detta lärdomsprov är Katie Erikssons teori om hälsa samt världshälsoorganisationen WHO:s definition av hälsa.

I resultatet framkommer det att den teoretiska kunskapen om ergonomi till stor del finns bland vårdpersonalen, men att det är faktorer och omständigheter, såsom utrymmen, användningen av hjälpmedel, planering och stress i kombination med den egna inställningen och motivationen som påverkar det praktiska utförandet av ett ergonomiskt arbetssätt. Informanterna ansåg att praktisk skolning i ergonomi och kinestetik regelbundet behövs för hela vårdpersonalen för att ett ergonomiskt arbetssätt ska anammas och upprätthållas.

Språk: svenska

Nyckelord: ergonomi, vårdpersonal, äldreomsorg

BACHELOR'S THESIS

Author: Annette Skåtar & Rose-Marie Sandin
Degree Programme: Nursing, Vaasa
Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: "We have to be fit for working during our whole career"
- a qualitative interview study about nurses use of ergonomics in elderly care.

Date 30.10.2016

Number of pages 46

Appendices 2

Summary

The aim of this study is to examine how nurses use ergonomics in elderly care, how to prevent and avoid strain injuries among nursing staff and how to improve nurses' knowledge of ergonomics.

This thesis is a qualitative interview study based on interviews done with six nurses, both nurses and practical nurses, working in an elderly home in Ostrobothnia. The results have been analyzed through qualitative content analysis, in relation to the background of the thesis, the theoretical basis and earlier studies. Katie Eriksson's health theory and the definition of health by the World Health Organization were used as theoretical base in this thesis.

The result of this study shows that although nurses have the theoretical knowledge of ergonomics, circumstances such as working spaces, the use of equipment, planning and stress, in combination with nurses own attitude and motivation affects the implementation of ergonomics in elderly care. The way to maintain and apply ergonomics in nursing is by regular practical training in ergonomics and kinesthetics for all nursing staff, according to the informants.

Language: Swedish

Key words: ergonomics, nursing staff, elderly care

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Annette Skåtar & Rose-Marie Sandin
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa
Ohjaajat : Anna-Lena Nieminen

Nimike: ”Työkykymme täytyy säilyä läpi koko työelämän”
- laadullinen tutkimus hoitohenkilöstön ergonomisesta työtavasta
vanhustenhuollossa.

Päivämäärä 30.10.2016

Sivumäärä 46

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tutkia millä tavalla hoitohenkilöstö käyttää ergonomia vanhustenhuollossa, miten hoitohenkilöstön rasitusvammoja voidaan välttää ja ehkäistä ja millä tavalla hoitohenkilöstön tietoa ergonomisesta työtavasta voi parantua.

Opinnäytetyö on laadullinen haastattelututkimus, missä tietoa kerättiin haastattelemalla kuusi hoitajaa. Haastatteluun osallistuivat Pohjanmaalla vanhainkodissa työskenteleviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Tulokset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin kautta vertailemalla niitä teoreettisen taustan ja aikaisemmin tehtyjen tutkimusten vastaan. Teoreettisena peruskohteena käytettiin Katie Erikssonin terveysteoriaa ja World Health Organizationin terveyden määritelmää.

Tulokset osoittivat että vaikka hoitohenkilöstöllä on aika paljon teoreettista tietoa ergonomiasta, eri tekijät kuten työskentelytilat, työn suunnittelua, apuvälineiden käyttö, henkilökunnan stressiä sekä oma asenne ja motivaatio, vaikuttavat siihen, miten ergonomia käytetään hoitotyössä. Haastateltavat olivat sitä mieltä että kinestetikan ja ergonomian säännöllistä käytännön koulutusta tarvitaan kaikille hoitajille jotta ergonomista työtapaa saadaan työpaikalla ylläpidettyä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: ergonomia, hoitohenkilöstö, vanhustenhuolto

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställningar.....	2
3. Teoretisk bakgrund.....	2
3.1 Kroppens uppbyggnad.....	3
3.1.1 Skelettet.....	3
3.1.2 Ryggradens uppbyggnad.....	4
3.1.3 Broskvävnad.....	4
3.1.4 Bindväv.....	5
3.1.5 Skelettmuskler.....	5
3.1.6 Leder.....	6
3.2 Belastning.....	6
3.2.1 Fysisk belastning.....	7
3.2.2 Psykisk belastning.....	8
3.3 Belastningsskador.....	8
3.3.1 Belastningsskador i nacke.....	8
3.3.2 Ryggskador.....	9
3.3.3 Smärta i nedre ryggen, LBP.....	9
3.3.4 Diskbråck.....	9
3.3.5 Skador i axel och skuldra.....	10
3.3.6 Knäförslitning.....	11
3.4 Ergonomiskt arbetsätt.....	11
3.4.1 Arbetarskyddslagen.....	11
3.4.2 Situationer som innebär risk för belastningsskador.....	12
3.4.3 Förebyggande arbetsätt.....	12
3.4.4 Förflyttningsteknik.....	13
3.4.5 Arbete vid säng.....	14
3.4.6 Dator- och kontorsarbete.....	14
3.4.7 Hjälpmedel.....	14
3.5 Kinestetik.....	15
3.5.1 Grunden i kinestetik.....	15
3.5.2 Beröringsområden enligt kinestetiken.....	16
4. Teoretisk utgångspunkt.....	16
4.1 WHO:s definition på hälsa.....	16

4.2 Erikssons teori om hälsa.....	16
4.2.1 Hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande.....	17
4.3 Sammanfattning	18
5. Tidigare forskningar	18
5.1 Sammanfattning av de tidigare forskningarna.....	21
6. Metod	21
6.1 Kvalitativ metod.....	22
6.2 Datainsamlingsmetod	22
6.2.1 Intervju	22
6.3 Kvalitativ innehållsanalys	23
6.4 Urval.....	24
6.5. Etiska överväganden	25
6.6 Undersökningens praktiska genomförande	26
7. Resultat.....	27
7.1 Ergonomiskt arbetsätt	27
7.1.1 Planering.....	27
7.1.2 Den egna kroppen.....	28
7.1.3 Användning av hjälpmedel.....	28
7.1.4 Förflyttningsteknik och rörelsemönster	29
7.2 Problem och förebyggande.....	30
7.2.1 Faktorer som hindrar ergonomiskt arbetsätt	31
7.2.2 Skador som följd av ett oergonomiskt arbetsätt	31
7.2.3 Fysisk aktivitet	31
7.3 Teori och praktik	32
7.3.1 Kunskap om ergonomi	32
7.3.2 Skolning	32
8. Tolkning	33
8.1 Ergonomiskt arbetsätt	33
8.1.1 Planering.....	34
8.1.2 Den egna kroppen.....	34
8.1.3 Användning av hjälpmedel.....	35
8.1.4 Förflyttningsteknik och rörelsemönster	36
8.2 Problem och förebyggande.....	36
8.2.1 Faktorer som hindrar ergonomiskt arbetsätt	37

8.2.2 Skador som följd av ett oergonomiskt arbetsätt	37
8.2.3 Fysisk aktivitet	38
8.3 Teori och praktik	39
8.3.1 Kunskap om ergonomi	39
8.3.2 Skolning	39
9. Kritisk granskning	40
9.1 Intern logik	40
9.2 Etiskt värde.....	41
9.3 Struktur.....	42
9.4 Det pragmatiska kriteriet	43
10. Diskussion	43
Källförteckning	
Bilagor	

1. Inledning

Enligt finska statistikcentralens tabeller framgår det att de äldre åldersklasserna, de över 65 år växer stadigt i storlek allt eftersom årtiondena fortlöper, ett resultat av att den förväntade livslängden ökar. Allt eftersom åldern ökar, påverkas också kroppen och dess funktioner, där bland annat rörelseförmågan försämras, skelettet blir skörare och musklernas kontraktionskraft minskar. I takt med att de äldre åldersklasserna stadigt ökar, ökar även behovet av och kravet på äldreomsorgen och dess vårdpersonal, med avseende på sjukskötare och närvårdare. (Edqvist, 2005, s.59)(Skoglund, Bodman, Lundgren & Ögren, 2007, s. 1566)(Statistikcentralen).

Redan i dagsläget är den äldre människan en stor patientgrupp inom hälso- och sjukvården och nästan varhelst en vårdare arbetar, kommer denne någon gång i kontakt med den äldre människan. Eftersom kroppens rörelseförmåga försämras när människan blir äldre, kommer behovet av bland annat förflyttningshjälp att öka i samband med olika vårdåtgärder. Inom äldreomsorgen är framför allt patientförflyttningar vanligt förekommande och dessa åtgärder kan utgöra en stor belastning på vårdpersonalens kroppar, främst i rygg, axlar och nacke. Genom användningen av ett ergonomiskt arbetssätt och genom innehavandet av en medvetenhet om den egna kroppen kan skador på rörelseapparaten, det vill säga skelettet och musklerna med tillhörande leder och vävnader, i stor grad undvikas hos vårdpersonalen. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014, s. 11-13, 22).

Ergonomi är en viktig del av vårdpersonalen yrke eftersom vårdaryrket är ett såväl fysiskt som psykiskt tungt arbete. Ett ergonomiskt arbetssätt behövs för att vårdaren i så stor mån som möjligt ska kunna upprätthålla sin arbetsförmåga genom hela yrkeslivet. Genom användningen av ett ergonomiskt arbetssätt kan uppkomstrisken för belastningsskador minska och hälsan främjas. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014, s. 11).

Ergonomi i sig är ett mycket omfattande ämne och därför har respondenterna valt att begränsa examensarbetet till den ergonomi som berör vårdpersonalens arbete inom äldreomsorgen med fokus på den praktiska användningen av ett ergonomiskt arbetssätt i samband med patientförflyttningar, dataarbete och medicindelning. Respondenterna har också valt att fokusera på ergonomirelaterade problem bland vårdpersonalen och förebyggandet av

dessa problem med hjälp av ett ergonomiskt arbetssätt, samt vårdpersonalens kunskaper kring ergonomi.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med lärdomsprovet är att undersöka hur ergonomin rent praktiskt används i äldreomsorgen inom vården samt hur belastningsskador inom vården kan undvikas med hjälp av ett ergonomiskt arbetssätt. Respondenterna vill också undersöka hur utbredd vårdpersonalens kunskap kring ergonomi är.

De frågeställningar som studien söker svar på är:

- Hur arbetar man ergonomiskt som vårdare inom äldreomsorgen?
- Vilka ergonomirelaterade problem finns bland vårdare inom äldreomsorgen och hur kan dessa förebyggas?
- På vilket sätt kunde vårdarens kunskap om ergonomi och användningen av ett ergonomiskt arbetssätt förbättras?

3. Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden kommer respondenterna att behandla den kunskap som är nödvändig för att bättre kunna förstå begreppet ergonomi och dess betydelse för kroppen.

Ordet ergonomi kommer från grekiskans ord 'ergon' och 'nomos', varav det förstnämnda betyder arbete och det sedannämnda översätts till lag. Enligt Svenska Akademiens Ordlista definieras ordet ergonomi som 'vetskapen om metoder för människans arbete'. (SAOL)(Edqvist, 2005, s.137).

En bra grund för att kunna anpassa ett ergonomiskt arbetssätt till sitt eget arbete är att ha en grundläggande kunskap om den egna kroppen, vilka rörelser som är skadliga för denne samt en personlig kroppskänedom. En korrekt kroppsuppfattning underlättar också lärandet av nya arbetssätt och rörelser. (Hjalmarsen, 2015, s.43).

Fysisk och psykisk ansträngning är vanlig inom vårdarbetet. Kroppen mår bra av en viss belastning men för stor eller långvarig sådan påverkar hälsan negativt. Då uppstår ofta problem, som värk, smärta, trötthet, styvhet i rörelseorganen. Vårdarbetet är mångsidigt men dock förekommer många lyft, framåtböjda rörelser samt mycket gående. Vid felaktigt

arbetssätt vid t.ex. patientförflyttning kan det uppkomma långvariga och ibland bestående skador i vävnaden. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014, s.11).

Fysisk belastning behövs dagligen för att kroppen ska må bra. Inom vårdarbete är det inte avsaknaden av belastning som skadar utan snarare felaktig eller för mycket belastning. Även för kort vila mellan belastningssituationerna kan orsaka besvär då musklerna inte hinner återhämta sig innan nästa belastning. För att undvika uttrötning som även belastar kroppen är en god fysisk grundkondition en viktig faktor. Genom att träna regelbundet förebyggs belastningsskador. (Hjalmarsson, 2015, s.52-53).

3.1 Kroppens uppbyggnad

Kroppen har en stödstruktur bestående av muskler, ben och leder, och kan tack vare dessa utföra rörelser. Kroppens system av muskler vilar aldrig, det är ständigt arbetande, även när vi sover. En stor del av våra muskler slappnar av vid sömn, men vissa spänns då och då för att ändra på kroppens ställning och därmed förhindra skador och dålig blodcirkulation som uppstår då blodkärl eller nerver kläms åt. (Parker, 2013, s.25).

För att stödsystemet ska fungera optimalt behövs också en tät kontakt till blodet som förser musklerna med energi samt med nervsystemet för koordination och kontroll. (Parker, 2013, s.25).

3.1.1 Skelettet

Rörelseapparaten består, bortsett från skelettmuskulaturen, till största delen av ben, leder och brosk. Skelettet ger stadga, skyddar de inre organen, samt att det fungerar som hävstänger för musklerna. Lederna och brosken ger möjlighet till olika rörelser och kroppsställningar utan att skelettet skadas. (Fasting & Hougaard, 2007, s.408).

Till det muskuloskeletala systemet hör ca 200 skelettben, där storleken på benen varierar stort. Benvävnaden består av kristalliserat kalciumfosfat vilket ger benet de hårda och fasta egenskaperna, trots att ben är relativt lätt. Tack vare att det finns kollagenfibrer insprängt i benvävnaden kan vissa ben ha egenskapen att vara eftergivliga, speciellt i belastningar som är tvärgående. Benvävnaden är levande vävnad som bryts ned och växer till beroende på belastning och ålder. Vid ny belastning, till exempel vid en ny idrottsgrens utövning, startar en nedbrytningsprocess i benvävnaden och därefter en uppbyggande sådan, för att göra

skelettet mera tåligt för den nya belastningen. Denna process tar ungefär fyra månader. (Fasting & Hougaard, 2007, s.409).

3.1.2 Ryggradens uppbyggnad

Ryggraden består av totalt 26 ryggkotor, som delas in i, från nacken och nedåt, sju cervikalkotor, tolv torakalkotor och fem lumbalkotor. Vidare följer sacrum, det vill säga korsbenet samt coccyx, svanskotan. (Vårdguiden)(Fasting & Hougaard, 2007, s.491).

Varje kota består av en kotkropp och en kotbåge. Mellan dessa finns ett hålrum, foramen vertebralis, där ryggmärgen går. Kotorna ligger ovanpå varandra och bildar så en kanal genom hålen för ryggmärgen att gå igenom. Ryggmärgen sträcker sig ner till den första eller andra ländkotan hos en vuxen person. Lägre ner i ryggradskanalen finns ryggmärgens nerver. Ryggen kröker sig i en naturlig s-form, hals-, och länddelen av ryggraden är böjda framåt medan den resterande delen, bröstryggraden och korsbenet är bakåtböjda. (Vårdguiden)(Fasting & Hougaard, 2007, s. 129, 491).

Mellan kotorna finns mellankotskivor, discus intervertebralis. Disken mellan kotorna är elastisk och bidrar till att fördela trycket mellan kotorna jämt. Med åldern minskar dess elasticitet och är en orsak till att äldre minskar i längd samt att rörligheten i ryggen minskar. Mellan varje kota finns även en så kallad facettled. Tack vare dessa är ryggen böjlig i tre plan, flexion framåt och bakåt, rotation samt rörelse i sidled. (Hjalmarsson, 2015, s.52)(Fasting & Hougaard, 2007, s. 129, 491)(Vårdguiden).

3.1.3 Broskvävnad

Hos vuxna är broskvävnaden en mycket liten del, jämfört med hos barn. Brosk innehåller inga blodkärl, dess näring tillförs genom diffusion från intercellulära substansen. Brosk i ledytor jämförs ofta med svamp, eftersom deras egenskaper liknar varandra. Den vätska som brosket innehåller pressas ut vid tryckförändringar orsakade av rörelse och belastning av leden. När leden sedan avlastas ”sugs” vätskan in i brosket igen. Detta sker bland annat nattetid då vätska återvänder till diskarna mellan ryggradens kotor. Näringstillförseln är beroende av tryckförändringarna då diffusionen stimuleras och ökar. Vid ökning eller förändring i belastningen blir brosket tjockare och starkare och anpassas, precis som hos benvävnaden, till förändringen. Nedbrytningen och uppbyggnaden av brosket vid sådana situationer tar ungefär fyra månader. Skador på brosket kan dock uppkomma om belastningen är konstant och utan

tryckförändringar, vilket leder till att diffusionen hindras och näringstillförseln hämmas. Detta kan ske vid t.ex. långvarigt stående arbete, med fastlåsta ledpositioner. (Fasting & Hougaard, 2007, s.409).

3.1.4 Bindväv

Bindväv finns i rörelseapparaten i form av muskelsenor, ledband eller ligament, ledkapslar samt muskelfascior (bindvävshinnor kring muskler), aponeuroser (senhinnor som avskiljer muskelgrupper), bursor (vävnadsskyddande vätskefyllda blåsor) och senskidor. Bindväven är stabil och har medelgoda elastiska egenskaper som gör att den fungerar väl vid överföring av kraft från muskler till skelett. Bindväven hålls elastisk och stark genom dagliga fysiska aktiviteter. Bindväven anpassas också snabbare till nya belastningsförhållanden jämfört med benvävnad. (Fasting & Hougaard, 2007, s.410).

3.1.5 Skelettmuskler

Skelettmuskulatur kallas de muskler som hör till rörelseapparaten. Dessa muskler är specialiserade för att frambringa kraft genom kontraktioner, det vill säga sammandragningar. Tack vare detta kan musklerna se till så att kroppen kan röra sig eller hålla en viss position. I medeltal utgör skelettmuskelmassan hos människor ca 35-40 procent och vi har ungefär 450 anatomiskt definierade skelettmuskler. En muskel består främst av muskelvävnad, innehållande muskelceller, samt bindväv. Vid träning ökar muskelcellerna i omfång, eftersom innehållet av myosin- och aktinproteinerna då ökar i cellen. Träning ger alltså inte ett ökat antal muskler utan gör endast så att de växer i omfång. Ett ökat omfång i musklerna kallas hypertrofi och motsatsen atrofi innebär en minskning i omfånget. (Fasting & Hougaard, 2007, s.412).

Vid vardagliga aktiviteter växlar de muskelgrupper, vars aktivitet styrs via nervimpulser, mellan olika kontraktions former och avslappning. Vid en rörelse krävs det att många olika muskler samverkar. Musklerna kan kontraheras på två olika sätt beroende på önskat resultat, muskelkontraktionen kan antingen vara isometrisk eller isotonisk. Vid statiskt muskelarbete sker isometrisk kontraktion, det vill säga muskelns längd förblir konstant fastän spänningen och belastningen ökar, medan en isotonisk kontraktion sker när muskellängden förkortas under konstant belastning. Isotonisk kontraktion av musklerna sker bland annat vid rörelsearbete. (Fasting & Hougaard, 2007, s.412).

3.1.6 Leder

En led är en förbindelse mellan två skelettdelar som möjliggör olika rörelser. Det finns många olika typer av leder, vanligen delas de in i två kategorier; oäkta leder eller synartrosor och diartrosor eller äkta leder. (Fasting & Hougaard, 2007, s.410-411).

I den förstnämnda kategorin är rörelseutslaget ofta ganska snävt, skelettdelarna rör sig i förhållande till varandra tack vare att en liten inskjuten vävnadsbit mellan benytorna deformeras. Biten kan vara brosk, bindväv eller en blandning av båda. Efter rörelsen återgår biten till det normala tillståndet. Exempel på synartrosor är ryggradens kotkroppar och lederna mellan dessa, *articulatio corpora intervertebralis*, samt *symphysis pubica*, blygdbenens led. (Fasting & Hougaard, 2007, s.410-411).

I diartrosor tillåts ofta en mera vid rörlighet och rörligheten är ofta i en bestämd riktning. De äkta lederna är ofta mera komplexa än synartrosorna och rörelsen fungerar vanligen genom att benytorna glider och rullar i förhållande till varandra. Skelettytorna har vanligen hyalint brosk längst ut, vilket gör att ytan är glatt, dessa ytor omsluts sedan av en ledkapsel, *capsula fibrosa*. Inuti bildas då en sluten ledhåla, *cavum articulare*. Rörelser innuti ledhålan kallas translatoriska rörelser. (Fasting & Hougaard, 2007, s.411).

Inuti ledhålan finns *membrana synovialis* och *liquor synovialis*, ett membran som överför näring till brosket i leden samt ledvätska som gör friktionen nästintill obefintlig vid rörelse i leden. Exempel på olika typer av äkta leder är glidled, gångjärnsled, vridled, sadelled, äggled samt kulled. (Fasting & Hougaard, 2007, s.411).

3.2 Belastning

Inför varje arbetsuppgift en människa ska utföra tar denne ställning till hur kroppen och de mentala resurserna skall användas för att uppgiften ska kunna utföras. Detta sker medvetet eller omedvetet, och en plan för hur musklerna, rörelserna och de mentala resurserna ska samverka. Varje människa har ett unikt sätt att utföra uppgiften på och på vilket sätt resurserna används i kroppen, vilka belastningar som uppstår kan vara olika för var och en. Både fysiska och psykiska faktorer inverkar på individens arbetssätt såsom muskelstyrka, längd, attityder och erfarenheter. För att klara av ett arbete med hög produktivitet utan att kroppen tar skada är en god arbetsteknik viktig och den fysiska och psykiska belastningen bör vara gynnsam för kroppen. (Toomingas, Mathiassen, & Wigaeus Tornqvist, 2008, s.19).

Kroppen anpassar sig sedan enligt den belastning som uppstår, både den fysiska belastningen och den mentala. Om belastningen fortsätter under en lång tid och kroppen inte har resurser att anpassa och på så sätt uppehålla jämvikt mellan krav och anpassning kan det leda till ofördelaktiga effekter i kroppen. Till exempel efter kraftkrävande arbetsuppgift uppstår en väldig muskeltrötthet. Detta kan i sin tur leda till sämre prestationsförmåga både fysiskt och psykiskt. Vanligtvis återhämtar sig kroppen efter belastningen så snart som den upphör och den kan då anpassa sig till nya belastningar igen. Återhämtningen varierar i tid och varierar från olika kroppsfunktioner. En konstant otillräcklig återhämtning efter påfrestande belastning kan leda till kroniskt försämrad prestationsförmåga samt försämrad hälsa och den fullkomliga återhämtningen kan ta en mycket lång tid om ursprungsläget ens är möjligt att uppnå igen i sådana fall. (Toomingas, Mathiassen, & Wigaeus Tornqvist, 2008, s.19-20).

3.2.1 Fysisk belastning

Då musklerna utför dynamiskt arbete, underlättas blodcirkulationen och bortförandet av slaggprodukter från musklerna av att dessa växelsvis spänns och slappnar av. Då musklerna utför statiskt muskelarbete och muskeln är konstant spänd och blodcirkulationen då låg, minskar tillgången till syre i muskeln och slaggprodukterna fås ej bort. Detta kan leda till stelhet, trötthet och smärta i muskeln. (Hjalmarsson, 2015, s.58).

Utmattade muskler är en subjektiv upplevelse av att musklerna inte längre orkar upprepa eller fortsätta anstränga sig. Vad som orsakar utmattningen beror på vilka typer av muskelfibrer som är involverade i muskelavändningen, om det är frågan om en dynamisk eller statisk rörelse, kortvarig eller långvarigt muskelarbete. De fysiologiska orsakerna till utmattade muskler är mångfaldiga. De inkluderar begränsat blodflöde till muskelvävnaden på grund av intramuskulärt tryck, uttömning av de tillgängliga energikällorna i muskeln samt bildning av mjölksyra, en produkt av energibildningsprocessen, samt andra faktorer orsakade av kontinuerlig muskelansträngning. (Kroemer, 2008, s.61-63).

Muskelutmattning uppstår då en person försöker utöva ett längre eller/och tyngre muskelarbete än dennes muskler orkar. Utmattningen behöver inte uppstå i den muskel som utför arbetet utan kan uppkomma i någon hjälpande muskulatur i en annan del av kroppen. Som exempel tar K.H.E Kroemer att jobba ovanför huvudhöjd, då armarna hålls uppe för att nå arbetsläget och nacken böjs bakåt för att se arbetet. I detta fall är det troligt att axelmusklerna som håller armarna uppe samt nackens muskler tröttas ut tidigare än de

muskler som verkligen utför själva arbetet. Genom att ta en paus från det arbete som orsakade utmattningen och låta musklerna vila regelbundet blir musklerna helt återställda. Utmattningen av muskler är en varningsklocka som förebygger allvarliga muskelskador. Muskel utmattning är ett tecken på att arbetsmomentet bör utföras på ett annat sätt för att undvika skador. Utmattningen beror på längden och omfattningen av arbetet, ibland kan en ökad muskelträning och utveckling av färdigheten i arbetsmomentet räcka för att förhindra utmattningen uppkommer. (Kroemer, 2008, s.61-63).

3.2.2 Psykisk belastning

Som tidigare nämnts så förekommer det inom vårdarbetet även psykisk belastning. Tidigare studier (Nuikka M-L) har visat att psykiskt tunga och ansträngande erfarenheter kan märkas i kroppen som fysiologiska förändringar. Till exempel kortvarig stress ger ökad muskeltonus som i sin tur kan leda till nacke- och ryggsmärta. Denna kan bli kronisk om det inte finns tid eller möjlighet att slappna av emellanåt. Speciellt nackbesvär är starkt kopplat till psykosociala faktorer, såsom påverkningsmöjligheter av den egna situationen, kvantitativa krav, den kollegiala stämningen, samt uppmuntran och belöning för ett gott utfört arbete. (Tamminen-Peter & Wickström, 2014, s. 21).

3.3 Belastningsskador

Som tidigare nämnts så uppstår ofta belastningsskador hos vårdpersonal i nacke, axlar, ländryggen eller knäna. Dessa har ofta uppstått på grund av en olycka, hastig rörelse eller av upprepade och långvarig belastning. (Hjalmarsson, 2015, s.58).

3.3.1 Belastningsskador i nacke

Spänningsnacke, även kallat tension neck, är en av de vanligaste orsakerna till smärta i nacke och skuldror. De förekommer speciellt hos personer som utför arbete där armarna är upplyfta, har fel arbetsställning med mycket statiska spänningar i övre delen av kroppen, och hos personer som spänner sig. Även kyla, drag och plötsliga rörelser kan vara orsaken. Förutom de tidigare nämnda är andra riskfaktorer för att utveckla smärta i nackregionen höga krav i arbetet, stor fysisk belastning på armarna, inaktivitet samt ogynnsam nackarbetsställning. En kombination av flera av dessa faktorer ökar risken att utveckla nacksymptom. Musklerna i området slappnar inte av efter arbetet och orsakar smärta i skuldror och nacke. Svag ryggmuskulatur och dålig hållning ökar risken för tension neck. I samband med tension neck

kan också yrsel, stickningar och domningar i händer samt huvudvärk förekomma. (Jaatinen & Raudasoja, 2006, s.156)(Anttila et al, 2007, s.289)(Edling & Nordberg m.fl., 2010, s.108).

3.3.2 Ryggskador

Halskotorna är de rörligaste kotorna i ryggraden, därefter följer ländryggen. Detta innebär att dessa kotor har större benägenhet att bli skadade. Ryggradens rörlighet begränsas förutom av kotornas form även av musklerna runtomkring ryggraden. (Hjalmarsson, 2015, s.52).

Risken för att ryggraden skadas är störst då disken mellan kotorna utsätts för flera olikriktade krafter samtidigt. Skjuv-, böj- och rotationskrafter är mest skadliga för ryggen. (Hjalmarsson, 2015, s.55).

Att lyfta, sänka, dra, knuffa eller bära kroppar eller laster, kräver ofta hårt arbete och innefattar både statiskt och dynamiskt arbete av musklerna. Dock är problemet vid förflyttning av tunga kroppar sällan påfrestningen av musklerna utan främst den slitning som ryggen utsätts för, med risk för en varaktig skada, främst på de lumbala ryggkotorna. (Kroemer, 2008, s.89).

3.3.3 Smärta i nedre ryggen, LBP

Den största vikten av skelettet och kroppen faller på ryggradens lumbalkotor eftersom dessa ligger belägna i nedre delen av ryggraden och således stöder upp kroppen och hindrar bröstkorgen från att falla in i bäckenet. Smärta i nedre ryggen (förkortning: LBP) sänker vitaliteten och rörligheten hos en person och kan ofta leda till långa tider av sjukfrånvaro från arbetsplatsen. Enligt en undersökning gjord i Nord Amerika är smärta i nedre ryggen en av de vanligaste orsakerna till tidig funktionsnedsättning. LBP är även vanligt bland yngre och vissa specifika yrkesgrupper drabbas mest, däribland vårdpersonal och laboratoriepersonal. (Kroemer, 2008, s.89-90).

Många som drabbas av LBP kan inte direkt sätta fingret på när smärtan började, den har inte börjat vid en specifik tidpunkt, utan den utvecklats med tiden. Tillslut blir smärtan så stark att den börjar invalidisera och hämma personen i sina rörelser. (Kroemer, 2008, s.89).

3.3.4 Diskbråck

Diskarna mellan kotorna fungerar som stötdämpare samt ger elasticitet och böjlighet åt ryggraden. Ålder och förslitning gör att en plötslig överbelastning lätt kan orsaka en akut

skada. Med åldern börjar disken försämras, dess yta blir fibrös, spröd och skör på grund av vattenförlust inuti disken. I början leder detta till att disken blir plattare och inte fungerar lika bra som stötdämpare samt ger negativ inverkan på ryggradens rörelseförmåga. Att obetydligt snubbla eller lyfta ett mindre massa kan orsaka skada på disken och svår smärta i ryggen.(Kroemer, 2008, s.90).

En progressiv försämring av disken eller en plötslig belastning kan orsaka diskbråck, då en plötslig kraft som komprimerar kotorna pressar ut det geléliknande innehållet ur den rupturerade fibrösa skivan. Sådan skada orsakar ofta påtryckning av en spinal nerv, minskat utrymme mellan ryggkotorna och skapar en spänning i ryggradens muskler och ligament. Smärta uppstår då diskbråcket trycker på nerver som utgår från ryggmärgen. Dessa nerver går ofta ner mot benen och då uppstår smärta eller domningar i ett eller båda benen, så kallad ischiassmärta. Förutom ischias kan påtryckningarna även orsaka en variation av obehag, värk samt invalidiserande problem till exempel ryggskott. (Kroemer, 2008, s.90)(Toomingas, Mathiassen & Wigaeus Tornqvist, 2008, s.148).

Forskningar som undersökt kroppshållning vid lyft samt ansträngningen på diskarna visar att en böjd eller snedvriden rygg vid lyft orsakar ett högre och mera riskfyllt tryck på diskarna än en rak hållen rygg gör vid lyft. Specifikt så skapar en böjd rygg tryck på diskarnas främre kant vilket ökar risken för ruptur och även orsakar skjuvning. En rak rygg minskar skjuvning, samt gör att facettlederna bär en del av den sammanpressade belastningen och fördelar kompressionskraften jämt över diskytan, vilka alla minskar risken för skada. (Kroemer, 2008, s.90-91).

3.3.5 Skador i axel och skuldra

Värk i axel och skuldror är vanligt förekommande och risken att utveckla smärta i dessa områden ökar vid statiskt arbete där armarna är upplyfta i mera än 60 grader, vid besvärliga arbetsställningar och vid tunga lyft. Tendinit (sensskideinflammation) i rotatorkuffens muskulatur, vanligen i m.biceps långa sena och i m.supraspinatus, är ett vanligt sjukdomstillstånd i axel och skulderpartiet och det är även ruptur av rotatorkuffen, ledsvikt i yttre nyckelbensleden (akromioklavikularledsartros) samt inflammation i bubakromiala bursan (bursit slemsäcksinflammation). Redan en 30 graders abduktion av axelleden gör att trycket i musculus supraspinatus blir högt och blodflödet i muskeln störs vilket i sin tur leder till att senan får en nedsatt blodförsörjning. Detta är en av faktorerna som kan orsaka tendinit i

rotatorkuffen. Andra faktorer som påverkar smärtutveckling i axel och skuldra negativt är ålder, trauma och diabetes. (Edling & Nordberg m.fl., 2010, s.109).

3.3.6 Knäförslitning

Andra förslitningsskador som kan uppstå i samband med tungt arbete och tunga lyft är artros i knä, kronisk inflammation i ledbrosket, som orsakar smärta i knäet. Förutom lyft är huksittande en riskfaktor för att utveckla artros i knäleden. (Toomingas, Mathiassen & Wigaeus Tornqvist, 2008, s.120).

3.4 Ergonomiskt arbetssätt

Syftet med ett ergonomiskt arbetssätt eller ett ergonomiskt tänkande är att möjliggöra en lång arbetskarriär med bibehållen hälsa och utan skador eller andra negativa symptom som dämpar personens möjlighet till livskvalitet. Som redan tidigare nämnt är belastningsskador en dominerande orsak till långtidssjukskrivningar och en stor utgift för stat och företag varje år och det är en självklarhet att en frisk vårdare kan utföra sina arbetsuppgifter lättare än en som konstant besväras av en skada. (Sundelöf Andersson, 2011, s.33).

3.4.1 Arbetarskyddslagen

Det är även lagstadgat att en god ergonomi bör användas inom de yrken där risk för belastningsskador finns. (738/2002, 1kap §1)

//..Syftet med denna lag är att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållandena för att trygga och upprätthålla arbetstagarnas arbetsförmåga samt förebygga och förhindra olycksfall i arbetet, yrkessjukdomar och andra sådana olägenheter för arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa, nedanhälsa, som beror på arbetet och arbetsmiljön..//

Enligt arbetarskyddslagen har arbetsgivaren en skyldighet att om möjligt förbättra miljön där arbetet utförs samt arbetsförhållandena, och genom detta förhindra och förebygga att i arbetet sker olycksfall, samt att trygga och upprätthålla arbetsförmågan hos de anställda. Även de anställdas fysiska och psykiska hälsa bör tryggas och skyddas från sjukdomar som är relaterade till arbetet eller miljön där arbetet utförs. (738/2002, 1kap §1)

Enligt arbetarskyddslagens (femte kapitel paragraf fyra), bör även de förflyttningar och lyft som måste utföras manuellt göras så säkra som möjliga om dessa är skadliga för hälsan, samt att de belastningsfaktorer som förekommer görs så små som möjligt. (738/2002, kap5 §4)

3.4.2 Situationer som innebär risk för belastningsskador

För att minska risken för belastningsskador har Arbetsmiljöverket i Sverige utformat föreskrifter över situationer som bör undvikas. Vid förflyttning av en tung vikt, ett föremål som är svår hanterat eller instabil ökar risken att skador uppstår. Över 25 kilogram räknas som tung vikt. Vid böjning av ryggen i över 60 grader ökar dels belastningen men även risken för skador. Rörelser där samtidig böjning av ryggen och rotation förekommer eller böjning av ryggen i sidled bör undvikas eftersom risken för belastningsskador då är stor. (Hjalmarsson, 2015, s.58-59).

En lång tid extreimböjning av knäna, eller upprepade sådana böjningar, bör också undvikas av samma orsak. Dock är det bättre att böja i knäna än i ryggen vid tunga lyft. Risken för belastningsskador i axlar och skuldror kan öka i situationer då handen är över eller i höjd med skulderbladen. Även då handen befinner sig i arbetspositioner i trekvarts armsavstånd från kroppen, eller då handen befinner sig under knähöjd riskeras belastningen bli för stor. Detta även utan någon vikt i handen. (Hjalmarsson, 2015, s.58-59).

Detta innebär att förflyttning av en patient i vården alltid medför en risk för belastningsskador för vårdpersonalen, särskilt om patienten har nedsatt balans eller är i riskzonen att falla. (Hjalmarsson, 2015, s.58).

3.4.3 Förebyggande arbetssätt

Grundläggande principer för ergonomisk arbetsställning inom vårdarbetet är att försöka förflytta den största fysiska belastningen till benmuskulaturen och undvika stor belastning på rygg, nacke och skuldror. (Sundelöf Andersson, 2011, s.36).

Tyngdöverföring, det vill säga att ha benen brett i sär och använda tyngdöverföring i sidled eller framåt alternativt bakåt, ger kroppen en optimal förutsättning att kunna avlasta ryggen och lägga största delen av belastningen på benen vid förflyttningar. Kallas även gångstående. Vid arbetsutföring görs tyngdöverföring i arbetets riktning, med hjälp av benmusklerna och den egna kroppstyngden. Att minska avståndet mellan sig själv och patienten som hjälps vid förflyttningen minskar belastningen på nacke och rygg och inger samtidigt en trygghet till patienten som också underlättar momentet. (Sundelöf Andersson, 2011, s.36-38)(Hjalmarsson, 2015, s.59-61)(Vårdhandboken).

En tredje faktor som inverkar är balansen. Genom att hitta en utgångsposition med tillräckligt stor understödningsyta, ungefär höftbredd, skapas en god förutsättning att balansen bibehålls

genom hela förflyttningen. Kroppstyngden bör behållas innanför understödningsytan. (Sundelöf Andersson, 2011, s.36-38)(Hjalmarson, 2015, s.59-61)(Vårdhandboken).

Slutligen är det också viktigt att arbeta med ryggen i upprättställning och anpassa arbetshöjden enligt längd, samt att vara rörlig och förflytta sig med bibehållen balans. Lämpliga arbetskläder som tillåter rörelser och skor som ger stadga och motverkar halkning bör användas. (Sundelöf Andersson, 2011, s.36-38)(Hjalmarson, 2015, s.59-61)(Vårdhandboken).

3.4.4 Förflyttningsteknik

Vi har alla ett naturligt rörelsemönster efter vilket vi svänger, rör och förflyttar oss. Som vårdare är det viktigt att kunna handleda, hjälpa och stöda patienten i förflyttningar utgående från detta rörelsemönster för att underlätta både för patienten och för vårdaren själv. Inför varje förflyttning bör vårdaren göra en riskbedömning och fodra hjälp ifall denne beräknar att förflyttningen utgör en för stor risk att utföra. Förflyttningen bör ske utgående från patientens individuella resurser och behov samt utgående från omgivningen så att förflyttningen blir lämpligaste möjliga för både patient och vårdare. Arbetsgivaren bör regelbundet också identifiera eventuella risker och förebygga olycksfall samt utforma rutiner för eventuella nödsituationer. (Vårdhandboken).

Eftersom varje patient är individuell och varje arbetssituation unik är det alltid skäl att bedöma och planera arbetsutföringen innan den utförs. Se vilka resurser patienten har, eventuellt be denne förflytta sig själv i mån av möjlighet för att upptäcka i vilket behov av stöd patienten behöver. Genom att bedöma riskerna på förhand, samarbeta med arbetskamraterna och patienten och använda tydlig kommunikation kan en stor del av olycksfallen förebyggas. Det är också viktigt att se till att det finns tillräckligt med utrymme för patienten och vårdaren innan till exempel förflyttningen ska utföras. (Vårdhandboken).

Att informera patienten och tydligt kommunicera med denne är en viktig utgångspunkt vid förflyttning. Om patienten förstår hur, vart och när förflyttningen sker kan denne medverka enligt sina egna resurser. Patienter kan också uppmuntras att påbörja förflyttningen på egen hand, och att stöd ges när och om denne behöver det. Vid stöd bör detta ges, som tidigare nämnts i enlighet med patientens naturliga rörelsemönster. Förflyttningen kan ske i etapper och bör utföras lugnt och metodiskt.(Vårdhandboken).

Som tidigare nämnts krävs det för en god förflyttning en bra balans, det är en grundläggande faktor. Framst fokuseras det på vårdarens egen balans, men även patientens balans bör tas i beaktande. Då minskas kraftansträngningen till ett minimum, samtidigt som risken för fall minskar. Balansen ska utgå från utgångspositionen. Genom att ha en stor understödsyta, det vill säga att stå med benen tillräckligt brett i sär, underlättas balanshållningen under hela rörelsen. (Hjalmarsson, 2015, s.60.)

Med ena foten fram och höftbredds avstånd är avstampet för förflyttningen god. Genom att använda den kraft som fås från den egna kroppsvikten, tyngdöverföring, istället för endast muskelkraft vid förflyttningar, sparar det på den egna kroppen och minskar belastning. (Hjalmarsson, 2015, s.54, 60-61).

3.4.5 Arbeta vid säng

Genom att ha britsen eller sängen i lagom arbetshöjd vid vårdåtgärder minskas belastningen på kroppen. Vid vårdåtgärder då sängen är i ett plant läge bör övre delen av madrassen vara i höfthöjd på vårdaren. Höjden ställs enligt den kortare personen. Det är viktigt att axlarna är avslappnade i arbetssituationerna. (Hjalmarsson, 2015, s.59, 62).

3.4.6 Dator- och kontorsarbete

All utrustning som behöver ses klart bör vara placerad direkt framför och på det lämpligaste läsavståndet för personen i fråga. Hit inkluderas tangentbord, skärm, dokumentkällor etc. Allt annat material bör vara placerat lågt bakom tangentbordet. De saker som bör användas med händerna bör placeras i armbågshöjd direkt framför personen inom ett lättillgängligt område. (Kroemer, 2008, s.344).

3.4.7 Hjälpmedel

Enligt arbetarskyddslagens andra kapitel, paragraf 15 bör hjälpmedel finnas till hands för personalen då det behövs för att utföra arbetet. *//Arbetsgivaren skall skaffa och till arbetstagarens förfogande ställa hjälpmedel eller annan utrustning när arbetets art, arbetsförhållandena eller ett ändamålsenligt utförande av arbetet förutsätter det och det är nödvändigt för att undvika fara för olycksfall eller sjukdom.. // Enligt arbetarskyddslagen ska arbetet underlättas med hjälpmedel vid behov, om förflyttningar eller lyft är skadliga för hälsan. (738/2002, kap2, §15).*

För att minska belastningen hos vårdpersonal behövs ibland hjälpmedel såsom personliftar, höj- och sänkbara sängar, mobila duschstolar och andra förflyttningshjälpmedel, dessa kallas ibland med samlat namn arbetstekniska hjälpmedel. Arbetstekniska hjälpmedel används för att förebygga och förhindra olycksfall eller skador samt för att ge en trygg och god miljö både för vårdare och patient. När hjälpmedel används är det viktigt att tänka på patientens behov och hjälpmedlen behöver ofta vara individuellt utprovade som till exempel lyftselar. (Vårdhandboken).

3.5 Kinestetik

Begreppet kinestetik utvecklades av Dr Lenny Maietta och Dr Frank Hatch tillsammans med vårdpersonal i Schweiz och Tyskland. Kinestetiken grundar sig på ett resursorienterat synsätt med fokus på respektfullt bemötande av individen, det naturliga rörelsemönstret och sinnesfunktioner hos människan, en kroppslig kommunikation samt alla ovannämnda faktorerers inverkan på inläringen och självkontrollen. Det talas om att assistera individen i de egna rörelserna och aktiviteterna, ej om patientförflyttningar. (Hantikainen & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry, 2011, s.6-8).

3.5.1 Grunden i kinestetik

Ordet kinestetik härstammar från orden kinesis och aesthesis, som betyder rörelse och sinnesförmåelse. Kinestetiken strävar efter att individen ska kunna utföra så mycket som möjligt av basfunktionerna och ha ett aktivt, meningsfullt liv trots sina begränsningar som sjukdom eller handikapp ger. Fokus ligger på de resurser som människan besitter, inte de oförmågor som finns. Grunden för kinestetiken är samspelet mellan beröring och rörelse. Människans rörelser kan struktureras, inläras och modifieras, de sker inte av en slump. (Hantikainen & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry, 2011, s.7).

Förutom att ge individen möjlighet att själv aktivt och meningsfullt ta del av egna aktiviteter är målet för kinestetiken dels att minska den fysiska och psykiska belastningen på hjälparen, dels att ge ökad insikt om kroppens naturliga rörlighet och uppfattning om den egna kroppen, samt att ge möjlighet för både den som hjälps och den som hjälper att utnyttja de egna resurserna maximalt. (Hantikainen & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry, 2011, s.7).

3.5.2 Beröringsområden enligt kinestetiken

Enligt kinestetiken finns det tillåtna och förbjudna beröringsområden i samband med förflyttning. De tillåtna områdena är kroppens beniga områden, eftersom det där är mera stadga och förflyttningen blir angenämare. Tillåtna beröringsområden är huvudet, det vill säga panna och bakhuvud, axel/skuldra, armbågen, underarmen, höften, skenben, samt fotvalven. Till de förbjudna områdena hör olika ledområden, såsom hals, nacke, armhålorna, armbågsveck, handled, buk, ljumske, knäveck och vrist. I en assisterande situation behöver hjälparen ta tag i individens kroppsdelar för att lättare kunna styra åt vilket håll och vart man är på väg. Om den som hjälper tar tag i ledområden begränsas klientens egen rörelseförmåga. En annan sak som betonas är att rörelsen ofta utgår från en kroppsdel, sedan följs den av de andra. Detta kräver ofta mycket lite fysisk styrka. Som exempel att, från ryggläge i säng till sidoläge i säng, börja med att förflytta handen och armen över kroppen till den sida dit svängningen går. Då startas rörelsen redan där. (Hantikainen & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry, 2011, s.22-23,25-27).

4. Teoretisk utgångspunkt

Respondenterna kommer att använda vårdteoretikern K. Erikssons teori om hälsa i kombination med världshälsoorganisationens definition på hälsa som grund för lärdomsprovet eftersom det anses tangera det valda ämnet på ett tydligt sätt. Hälsa som utgångspunkt tangerar undersökningsämnet eftersom hälsan påverkar förmågan till ett ergonomiskt arbetssätt samtidigt som bristen på ett ergonomiskt arbetssätt påverkar hälsan och känslan av välbefinnande.

4.1 WHO:s definition på hälsa

Begreppet hälsa definieras enligt världshälsoorganisationen som ett tillstånd av fullständigt psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande och inte enbart som frånvaro av funktionsstörningar och sjukdomsdiagnoser. (World Health Organization)

4.2 Erikssons teori om hälsa

Hälsa är ett mycket vitt och svårdefinierat begrepp, eftersom den som helhet är en individuell upplevelse. Samtidigt är det även svårt att definiera gränserna för vad som är hälsa och ohälsa, det vill säga var gränserna går för att klassas som frisk och att klassas som sjuk. (Eriksson, 1988, s. 11-13, 76).

Det finns flera faktorer som påverkar människans syn på att inneha hälsa, det räcker inte med enbart ett konstaterande av sjukdomsfrånvaro för att kunna definiera hälsa. Hälsa kan ses som en naturlig del av den mänskliga individen och att upphovsorsaken till ohälsa är hinder och avsteg på individens livsväg. Hälsa kan också beskrivas som en känsla av att uppleva sig hel som individ. För att vidare kunna förstå och definiera hälsa kan begreppet, som substans, delas in i ett flertal utgångspunkter, så kallade premisser. Dessa premisser är enligt K. Eriksson; hälsa är dygd, hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande samt hälsa är tro hopp och kärlek. I det här lärdomsprovet kommer respondenterna att fokusera på premissen; hälsa är sundhet friskhet och en känsla av välbefinnande. (Eriksson, 1988, s. 11-13, 26, 28-29).

4.2.1 Hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande

K. Eriksson definierar hälsa som ett samspel av flera faktorer och egenskaper, bland annat sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande. Sundhet syftar på dels psykisk hälsa, klokhed och verklighetsförankring, och dels på konsekvensinsikt och handlingsmönster. Friskhet syftar på den fysiska hälsa, att kroppen med organ och organsystem fungerar som de ska i en viss situation samt finns inom de referensvärden som råder. Känsla av välbefinnande innebär individens egen upplevelse av sin hälsa, om denne känner sig frisk, upplever en helhetskänsla, och en mening med sin tillvaro. Dessa tre delar samspelar sinsemellan och skapar en helhet som kan definieras som hälsa. (Eriksson, 1988, s.29, 36-37).

Varje faktor, det vill säga sundhet, friskhet och känsla av välbefinnande kan enligt K. Erikssons hälsoteori, anta två olika grader, en hög grad och en låg grad samt ge upphov till olika kombinationer. Genom att faktorerna kan anta olika grader och kombinationer kommer även det slutliga hälsotillståndet att få olika värden. Exempelvis kan en individ uppleva en hög grad av såväl sundhet och friskhet som känsla av välbefinnande, vilket resulterar i ett tillstånd av total hälsa. En låg grad av de tre faktorerna resulterar i sin tur i ett tillstånd av total ohälsa. (Eriksson, 1988, s. 36-40).

Graden av sundhet kan påverkas av bland annat individens handlingsmönster och den omgivande miljön, medan graden av friskhet exempelvis kan påverkas av dysfunktioner i kroppens organsystem. Graden på såväl friskhet som sundhet kan uppfattas både subjektivt och objektivt, det vill säga av både individen själv och betraktande individer i närmiljön. Graden av välbefinnandekänslan kan i sin tur påverkas av individens aktuella livssituation och

den egna inre upplevda verkligheten och till skillnad från de två föregående faktorerna kan välbefinnandekänslan enbart uppskattas subjektivt.(Eriksson, 1988, s. 36-40, 73-75).

4.3 Sammanfattning

För att uppnå och inneha hälsa behövs, enligt världshälsoorganisationen en upplevelse av såväl fysiskt som psykiskt och socialt välbefinnande. Det sociala välbefinnandet kan i jämförelse med K. Erikssons hälsoteori ses som individens egna, inre upplevelser av välmående och välbefinnande. Eftersom sundheten i K. Erikssons teori om hälsa delvist härrör och beskriver den psykiska hälsan medan friskheten kännetecknar den fysiska hälsan, kan paralleller dras mellan dessa två hälsodefinitionskällor. Genom att kombinera världshälsoorganisationens hälsodefinition med K. Erikssons hälsoteori definieras därmed hälsa som ett helhetstillstånd av fullständig sundhet, friskhet och känsla av välbefinnande. (Eriksson, 1988, s. 36-37, 44) (World Health Organization).

5. Tidigare forskningar

Respondenterna har sökt tidigare forskningar i form av olika artiklar via EBSCO Cinahl, EBSCO Academic Search Elite och Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies. De sökord som användes var ergonomics och ergonomic work i kombination med nursing, nurses elderly care och physical activity. I samband med sökningarna kryssades alternativen ”peer reviewed” och ”full text” i samtidigt som publikationsåren begränsades från 2005-2016. Respondenterna fick ett flertal träffar om ergonomi och ergonomirelaterade problem bland vårdpersonal, och de artiklar som valts anser respondenterna att har betydelse för ämnet som undersöks i lärdomsprovet.

I Sverige gjordes år 2009 en kvalitativ intervjustudie av Helena Åkerman Tillegård, Katarina Kjellberg och Monica Lagerström, med syftet att undersöka vårdpersonalens erfarenheter och reflektioner kring patientförflyttningar. Studien utfördes på två ortopediska kliniker i Stockholm där totalt 48 sjuksköterskor och undersköterskor deltog i två patientförflyttningsövningar och en avslutande intervju. Patientförflyttningsövningarna gick ut på att flytta en patient högre upp i en säng samt att förflytta en patient från säng till rullstol och förflyttningshjälpmedel fanns till förfogande.

I resultatet framkom det att patientförflyttningarna anses som ett tungt arbetsmoment och faktorer som påverkar belastningen är bland annat patientens ålder och patientens rörelseförmåga. En annan faktor som påverkar tyngden av patientförflyttningen är patientens egen förmåga och ork till hjälp och samarbete. Andra faktorer som påverkar patientförflyttningar är utrymme, tillgång till hjälpmedel och arbetsteknik. Bristande arbetsutrymmen, såsom trånga toaletter, ökar belastningen vid förflyttning. Även personal- och arbetsmängd kan påverka den fysiska belastningen i negativ mån, i många fall behövs fler vårdare i samband med patientförflyttning men på grund av stor arbetsmängd och liten personalmängd åtas dessa uppgifter av en vårdare. (Åkerman Tillegård, Kjellberg & Lagerström, 2009, s. 4-8).

Resultatet visade också att patientförflyttningar kan öka risken för uppkomst av belastningsskador och besvär i axlar, nacke och ländrygg samt att utbildning i förflyttningsteknik i sin tur kan minska uppkomstrisken av belastningsskador. (Åkerman Tillegård, Kjellberg & Lagerström, 2009, s. 4-8).

År 2012 gjordes en systematisk litteraturstudie av M. Soares, K. Jakobs, R. Schlossmacher och F.G. Amaral, med syftet att identifiera förekomsten av ländryggssmärta och associerade risker likväl som de karakteristiska och ergonomiska faktorerna presenterade i vårdrörelsen. Resultatet visade att förekomsten av symptom på ländryggssmärta hos sjukskötare var mellan 14,7%-72% och den främsta orsaken till uppkomsten smärtor i ryggen sker i samband med förflyttningar av patient från säng till stol. Resultatet visade också att förekomsten av ryggsmärta är en av de främsta orsakerna till att vårdrörelsen överges. (Soares, Jakobs, Schlossmacher & Amaral, 2012, s. 5737-5738).

I Hong Kong gjordes år 2004 en studie kring ländryggssmärta bland sjukskötare. Syftet med studien var att undersöka förhållandet mellan arbetsaktiviteter, arbetsstress, en lågaktiv livsstil och smärta i ländryggen. Studien utfördes på sex olika sjukhusdistrikt i Hong Kong och sammanlagt 144 informanter deltog genom hela studien. Respondenten använde sig av intervjuer och telefonsamtal för att genomföra studien (Yip, 2004, s. 430-440).

Resultatet av studien visade att 56 sjukskötare upplevt ny smärta i ländryggen. Detta var dock inte associerat med en lågaktiv fritid. I resultatet framkom det också att vara ny på en avdelning, att ha arbetsuppgifter som innehåller mycket böjande rörelser samt dåliga arbetsrelationer med kollegorna var negativa faktorer som kunde öka riskerna för uppkomst av ryggsmärta. (Yip, 2004, s. 430-440).

År 2012 gjordes en studie kring behandling och ergonomisk träning vid arbetsrelaterad ryggsmärta. Syftet med studien var att mäta effektiviteten av ryggt träningsprogram hos sjukskötare som levt med kronisk smärta i ländryggen en längre tid. 124 sjukskötare blev valda och slumpmässigt indelade i två grupper; en provgrupp och en kontrollgrupp. Provggruppen fick ergonomisk träning, och utbildning kring ryggt träning. Kontrollgruppen fick passiv fysioterapi, som innefattade bl.a. värmeterapi. Uppföljningsmätningar gjordes sedan efter 6 och 12 månader. Båda grupperna visade resultat på minskad ryggsmärta men kontrollgruppens resultat var mera kortvarigt, medan provgruppens resultat på mindre ryggsmärta höll i sig en längre tid. (Jaromi, Nemeth, Kranicz, Laczko, Betlehem, 2012, s. 1776-1784).

André Fringer, Martina Huth och Virpi Hantikainen gjorde år 2014 en studie kring sjukskötares upplevelser och erfarenheter av kinestetik inom äldre vården. Undersökningen var en empirisk, kvalitativ studie, som gjordes för att undersöka fördelarna med kinestetikträning för vårdpersonal. Undersökningen såg även på hur vårdpersonal upplever integrationen av kinestetik i det dagliga arbetet. Utvalda personer intervjuades i grupp.

Resultatet visade på att då kursen innehållit mest teori, gjorde det att deltagarna inte kände att de fann nya lösningar på hur kinestetiken utförs i praktiken. För att lyckas med att införa kinestetiken i arbetet krävs egen motivation, stöd för inläringen och praktisk övning. Trots positiva attityder så är ett ergonomiskt och kinestetiskt arbetssätt krävande i dagens stressade miljö. Man kom även fram till att kinestetiken borde övas bland sjuka patienter, ej endast med friska provpatienter. (Fringer, Huth, Hantikainen, 2014, s. 757-766).

I Hong Kong gjordes en undersökningsstudie kring ett mångfasetterat ergonomiprogram. Syftet med undersökningen var att undersöka effekten av ett skräddarsytt ergonomiskt program för allmänna sjukskötare. Studien utfördes under tiden augusti 2007 till september 2008. Allmänna sjukskötare från tre olika sjukhus i Hongkong deltog i studien. En försöksgrupp och en kontrollgrupp användes. Provggruppen fick ett mångfasetterat ergonomiprogram som utlärdes under 8 veckor, innehållande bl.a. gruppträning, individuella övningar i rätt miljö, förändring i arbetsredskapen, träningsprogram samt råd vid dator- och kontorsarbetet. Kontrollgruppen fick inget material eller träning. Resultatet av undersökningen visade att försöksgruppen fick förbättrade symptom poäng och bättre resultat i nack- och övre extremitetsfunktion. Hos kontrollgruppen sågs inga förändringar. Ett

mångfasetterat program kan ge effektivare resultat än ett program endast fokuserat på ergonomisk träning. (Szeto, Law K, Lee, Lau, Chan, Law S. 2010, s. 1022-1034).

5.1 Sammanfattning av de tidigare forskningarna

Alla tidigare forskningarna betonar vikten av rätt ergonomi hos sjukskötare och vårdpersonal eftersom belastningsskador i många fall kan relateras till en bristande ergonomi. , varav ryggsmärta ses som den främsta belastningsskadan. Ett rätt ergonomiskt arbetssätt, minskar således den fysiska belastningen och därmed risken att få ryggsmärta. Användningen av ett ergonomiskt arbetssätt kan också minska på smärta i ländryggen hos de vårdare som redan har ryggproblem. Därtill påvisade även de tidigare forskningarna att ett mera mångfasetterat träningsprogram för ergonomiskt arbetssätt (som inkluderar redskap, ryggräning osv.) ger ett bättre resultat än om fokus endast ligger på ergonomisk förflyttning.

I helhet lider en stor del av vårdpersonalen av belastningsskador, speciellt ryggproblem men också nack- och axelproblem, och det vore viktigt att ett ergonomiskt arbetssätt införs i ett tidigt skede. Detta kräver motivation och kontinuerlig uppföljning och uppdatering av praktiska övningar och kunskap för att fullt kunna implementeras i sjukskötarens praktiska arbete.

Rätt ergonomi kan spara tid, främst gällande den bemärkelsen att vårdare borde vara på fler ställen samtidigt på avdelningen, eftersom situationer som tidigare krävt två vårdare kan med rätt ergonomiskt arbetssätt och kinestetik lösas med enbart en vårdare. Ett ergonomiskt arbetssätt kräver en lång inläringstid, innefattande såväl planering som praktiskt genomförande. Eftersom inläringstiden för rätt ergonomiskt arbetssätt är relativt lång krävs ordentlig motivation bland vårdpersonalen för att det ergonomiska arbetssättet fullständigt ska kunna införas i vårdpersonalens praktiska arbete. Dock kan tidsbrist, exempelvis på grund av underbemanning i stor grad påverka användningen av ett ergonomiskt arbetssätt negativt, trots positiv attityd och motivation.

6. Metod

I det här kapitlet kommer respondenterna att behandla undersökningens datainsamlingsmetod, dataanalysmetod, etiska överväganden och undersökningens praktiska genomförande. Respondenterna har valt att använda sig av en kvalitativ metod i sitt examensarbete. Som

datainsamlingsmetod har respondenterna valt personlig intervju och på det material som insamlas under intervjuerna kommer sedan kvalitativ innehållsanalys att tillämpas.

6.1 Kvalitativ metod

Respondenterna har valt att använda sig av kvalitativ metod i undersökningen eftersom undersökningen ska fokusera på vårdpersonalens egna uppfattningar, åsikter, kunskaper och erfarenheter beträffande ergonomi och ett ergonomiskt arbetssätt.

Kvalitativ metod kan enligt Nationalencyklopedin (u.å.) beskrivas som en samlingsterm för olika sätt att arbeta där forskaren personligen befinner sig i interaktion med det objekt som analyseras och undersöks. Ett kännetecken för den kvalitativa metoden är att analysen görs samtidigt som data samlas in för att uppnå en helhetsbeskrivning av det som undersöks. Ett annat kännetecken för den kvalitativa metoden är att undersökningsgruppen vid studier av denna typ vanligen är färre till antalet vid jämförelse med kvantitativ metod.

Den kvalitativa metoden används i forskningssammanhang för att studera och beskriva erfarenheter, tankar och uppfattningar kring ett valt fenomen med syftet att uppnå och systematisera kunskap. Det finns flera olika infallsvinklar av kvalitativ metod men gemensamt för alla infallsvinklar är att kvalitativ metod vanligen används vid behandling av lågt strukturerade data, såsom dokument, observationer och intervjuer. (Olsson & Sörensen, 2007, s. 65-66, 79-80).

6.2 Datainsamlingsmetod

När en studie bygger på kvalitativ metod kan exempelvis observationer, dokument, intervjuer och enkäter med öppna frågor användas som datainsamlingsmetod. (Denscombe 2009, s. 367). Respondenterna kommer att använda sig av intervjuer som datainsamlingsmetod i undersökningen eftersom den metoden ansågs som bäst lämpad med tanke på att informanternas uppfattningar, åsikter och kunskaper är av stor vikt för undersökningen. (Patel & Davidson, 2011, s.82).

6.2.1 Intervju

Intervjun kan vid första anblicken anta likartade drag som vid en konversation eller ett vardagligt samtal men när datainsamlingen närmare granskas kan man se att det finns en tydlig och bestämd rollfördelning mellan parterna; den ena parten står för frågorna medan den andre står för svaren. Intervjuaren är det forskningsverktyg som i främsta hand påverkar det

slutliga resultatet av en intervju och därtill den efterföljande analysen, vilket betyder att ett välplanerat arbete krävs under hela intervjuprocessen. För att få till stånd en lyckad intervju behövs såväl noggranna förberedelser innan intervjun som strukturering under själva intervjuens gång. (Denscombe, 2009, s. 231-233) (Kvale & Birkmann, 2014, s. 206-210).

Intervjun kan, beroende på hur frågorna ställs upp, delas in i tre olika typer; ostrukturerade, semi-strukturerade och strukturerade intervjuer. Vid ostrukturerade intervjuer ges informanten fria händer till att spontant formulera sina tankar kring det valda intervjuämnet medan strukturerade intervjuer har tydliga frågeuppställningar, vilket ger informanten en begränsad frihet till att själv utveckla sina svar kring intervjuämnet. Semi-strukturerade intervjuer har i sin tur en viss frågeuppställningsstruktur men samtidigt ges den intervjuade ändå frihet till att diskutera och förmedla sina tankar. Den semi-strukturerade intervjun kan utföras på olika sätt men i många fall används personlig intervju, det vill säga att informanterna intervjuas en i taget. Fördelen med personlig intervju är att den dels är ganska lättarrangerad men samtidigt också att forskaren kan lägga all sin fulla koncentration och uppmärksamhet på varje enskild informant och dennes uttalanden. Genom att som forskare använda sig av en personlig intervju delges också informantens personliga uppfattningar och tankar kring intervjuämnet, något som eventuellt kan påverkas ifall datainsamlingen rör sig om en gruppintervju. (Denscombe, 2009, s. 233-234) (Patel & Davidson, 2011, s. 75-77) (Trost, 2010, s. 39-42, 67-68).

6.3 Kvalitativ innehållsanalys

Respondenterna kommer att använda kvalitativ innehållsanalys för att granska det data som samlas in eftersom dataanalysmetoden lämpar sig för analys av ostrukturerat material, exempelvis intervjuer.

Den kvalitativa innehållsanalysen är en analysmetod som i många fall används för att granska och analysera olika former av textmaterial, bland annat böcker, artiklar och nedantecknade intervjuer. (Patel & Davidson, 2011, s. 120).

Innehållsanalysen kan beskrivas som ett verktyg som används för att kunna sammanfatta en skriven text till olika kategorier beträffande likheter och skillnader, där varje kategori står för ett specifikt givet budskap. Innehållsanalysen kan vara såväl holistisk som tematisk. Skillnaden mellan en holistisk innehållsanalys och en tematisk innehållsanalys är att den holistiska analysen ser varje datainsamlingstillfälle som en helhet, medan den tematiska

innehållsanalysen används för att hitta gemensamma teman i det material som samlas in vid ett intervjutillfälle. (Bell & Waters, 2016, s. 145-146)(Fejes & Thornberg, 2015, s. 35, 244).

Kännetecknen för den kvalitativa innehållsanalysen är att den kan påbörjas samtidigt som datainsamlingen, det vill säga intervjuerna, genomförs. (Bell & Waters, 2016, s. 145-147). Den information som fås i intervjuerna skrivs ner i text, som noggrant läses igenom och tolkas. Liknelser och mönster med väsentlig innebörd som hittas i texterna organiseras i meningsenheter och teman genom koncentrerings. De olika meningsenheterna reduceras därefter i koder, det vill säga etiketter som beskriver varje meningsenhet. Koderna jämförs med varandra och, baserade på likheter och skillnader, struktureras dessa koder i kategorier genom kategorisering. I resultatredovisningen beskrivs dessa kategorier slutligen med respondenternas egna tolkningar varvade med citat av de intervjuade informanterna. (Fejes & Thornberg, 2015, s.35-37, 48, 51) (Patel & Davidson, 2011, s. 120-121).

6.4 Urval

I många fall kan data inte samlas in från alla personer inom den kategori som undersökningen behandlar, utan istället hänvisas man till att insamla data från en del personer inom kategorin, det vill säga genom ett urval. Ett urval kan ske på olika sätt, bland annat med hjälp av slumpen eller så kan urvalet för undersökningen handplockas av forskaren genom ett så kallat subjektivt urval. (Denscombe, 2009, s. 32-33, 37).

Ett subjektivt urval kan användas i situationer var det redan finns en viss kännedom kring personerna inom undersökningskategorin. Det subjektiva urvalet kännetecknas av att personerna medvetet väljs av forskaren för att kunna återspegla det undersökningssyfte som hela urvalet baserar sig på. Med hjälp av ett subjektivt urval kan undersökningen uppvisa en bredare variation. (Denscombe, 2009, s. 37-38).

Respondenterna har valt att intervjua 6 personer ur vårdpersonalen på ett äldreboende i Österbotten; i det här fallet 3 sjukskötare och 3 närvårdare. Syftet med examensarbetet är att undersöka sjukskötarens uppfattning och kunskap om ergonomi inom äldreomsorgen men för att få en helhetsbild av ergonomin behövs även närvårdarens kunskaper om ergonomin undersökas, eftersom de innehar majoriteten på det praktiska fältet och därtill mer praktisk kunskap. Informanterna har också valts lite på basis av ålder och arbetserfarenheter för att få

ett så brett synfält som möjligt på uppfattningen om ergonomi och ett ergonomiskt arbetssätt, innefattande problem och kunskap.

6.5. Etiska överväganden

Det är viktigt att tänka på att ha ett etiskt förhållningssätt genom hela forskningsprocessen vid utförandet av en studie. För att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt bör fyra forskningsetiska regler följas. Dessa fyra regler är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. (Patel & Davidson, 2011, s. 62-63).

Informationskravet och samtyckeskravet bygger på att informanterna informeras om forskningsundersökningen och dess innebörd samt självbestämmanderätten gällande medverkan i undersökningen. Innan intervjuerna kan påbörjas bör en intervjuanhållan sändas till föreståndaren för undersökningsplatsen. Samtidigt bör ett skriftligt samtycke sändas till informanterna, var respondenterna informerar om undersökningen, dess syfte samt tillvägagångssättet vid datainsamlingen. Genom att sända ut ett samtycke till informanterna kan det säkerställas att de frivilligt vill delta i undersökningen när intervjuerna sedan påbörjas samt att det som sägs i samband med intervjuerna får användas i den fortsatta forskningen. (Patel & Davidson, 2011, s. 62-65).

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet bygger på de insamlade uppgifterna i undersökningen. Konfidentialitetskravet avser bland annat att informanternas identitet ska skyddas genom att informanterna hålls anonyma i intervjuerna samt att det insamlade intervjumaterialet behandlas konfidentiellt och på ett sådant sätt att obehöriga inte kan få tillgång till materialet. Resultatredovisningen ska heller inte kunna härledas till en specifik informant. Med nyttjandekravet avses att de uppgifter och det material som samlas in i intervjuerna enbart får användas för det avsedda forskningsändamålet, vilket betyder att materialet inte får vidarebefordras eller utlånas till obehöriga parter. Allt material som samlas in i samband med intervjuerna ska även raderas efter slutlig sammanställning av forskningen. (Bell & Waters, 2016, s. 64-65)(Kvale & Birkmann, 2014, s.99-100) (Patel & Davidson, 2011, s. 63-65).

6.6 Undersökningens praktiska genomförande

Under våren 2016 arbetade respondenterna med bakgrunden, den teoretiska utgångspunkten och metoden för examensarbetet. I samband med bakgrundsforskningen uppkom intervjufrågorna. Undersökningsplats för studien valdes och en intervjuanhållan formades.

Intervjufrågorna uppkom i samband med genomgången av bakgrundslitteraturen till examensarbetet.

De källor som användes till bakgrunden, teoretiska utgångspunkten och metoddelen var i första hand böcker och litteratur samt olika korrekta källor från internet, såsom Nationalencyklopedin och Världshälsoorganisationens hemsida. Till de tidigare forskningarna användes vetenskapliga artiklar från databaserna EBSCO Academic Search Elite och Cinahl samt från tidskriften Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies.

Samtidigt som bakgrundslitteraturen lästes igenom växte ett flertal frågor fram kring ergonomi i kombination med ord som kunskap, belastningsskador och praktiskt utförande, frågor som respondenterna gärna ville få svar på. Intervjufrågorna komponerades, bearbetades och utformades därefter, efter noggrant övervägande, ihop till ett slutligt frågeformulär, med avseendet att kunna ge svar på de frågeställningar som blivit framlagda i examensarbetet.

Intervjuanhållan (bilaga 1) och intervjufrågorna (bilaga 2) skickades ut i maj månad till avdelningsskötaren på ett äldreboende i Österbotten. En kort stund efter att intervjuanhållan godkänts kontaktades avdelningsskötaren och tillsammans med avdelningsskötaren kom respondenterna överens om passande datum och tider för intervjuerna.

Sex informanter valdes ut till intervjuerna, tre sjukskötare och tre närvårdare, på basis av ålder, arbetserfarenhet och deltagarintresse. Varje informant gavs ett skriftligt och muntligt samtycke, var information om undersökningen, dess syfte och genomförande framkom. I det skriftliga samtycket informerades informanterna även om avidentifiering, anonymitet samt den fortsatta behandlingen av det material som samlas in under intervjutillfällena.

Informanterna intervjuades och det som sades bandades in och antecknades ned. Efter varje intervju hölls en liten reflektionsstund mellan respondenterna för att kontrollera att frågorna besvarades enligt respondenternas förväntningar.

Under sommarmånaderna skrevs de bandade intervjuerna sedan ner till text, det vill säga transkriberades, inför resultattolkningen. Efter att intervjuerna transkriberats raderades det bandade materialet. Intervjuerna lästes därefter noggrant igenom och likheter i intervjuerna

klipptes ut, samlades ihop och organiserades i meningsenheter. Dessa meningsenheter komponerades sedan ihop till teman och kategorier som kommer att presenteras i följande kapitel.

7. Resultat

Allt eftersom intervjuerna lästes igenom kunde tre teman urskiljas. Dessa tre teman som framkom i intervjumaterialet är: ergonomiskt arbetssätt, problem och förebyggande samt teori och praktik. Respektive tema har därefter delats upp i olika kategorier som kommer att redovisas i underkapitlen här nedan.

7.1 Ergonomiskt arbetssätt

Ur resultatet skönjde respondenterna olika kategorier inom temat ergonomiskt arbetssätt. De kategorier som kunde urskiljas ur intervjuerna gällande ergonomiskt arbetssätt är planering, den egna kroppen, användningen av hjälpmedel samt förflyttningsteknik och rörelsemönster.

7.1.1 Planering

I intervjuerna framgick det att planering är en av grundpelarna för ett ergonomiskt arbetssätt. Att medvetet tänka på ergonomi, ställa i ordning med till exempel olika hjälpmedel, samt att förutse och förebygga olyckor eller risksituationer ansågs vara en stor del av ergonomisk medvetenhet.

Tillräckligt med utrymme omkring patienten och vårdaren upplevdes vara en förutsättning för att kunna arbeta ergonomiskt. Annat som betonades var förhandsinformation om patienten. Att veta patientens rörelseförmåga och färdigheter ger möjlighet att planera och kunna förutse möjliga risksituationer, som till exempel eventuell fallrisk, samt ge patienten möjlighet att använda sin kropp till fullo.

”Hellre planera än att stressa och lyfta. Ställ ordentligt, det tar några sekunder extra medan jag tror att man vinner på det i långa loppet med att ”hålla”.” (4)

”Ja, att man ställer det bekvämt både åt den man hjälper och för sig själv. Att man tänker efter före. Annars kan det gå illa både för dig själv och för klienten.” (2)

”Och tänka efter hela tiden före, men emellanåt går det ju inte, ibland kan det ju vara någon som är på väg att falla och då måste man ju bara ”napp i dem i farten” och det är ju då man får skadorna.” (1)

7.1.2 Den egna kroppen

Alla intervjuade var överens om att den egna kroppen är ett av de främsta arbetsredskapen med tanke på ergonomi i vården och att den egna hållningen och balansen därför är viktig.

Ur intervjuerna framkom det att vid förflyttning av patienter bör hela kroppen användas. Genom att lyfta med benen istället för ryggen, böja i knäna och använda tyngdöverföring, behöver inte rå styrka användas och kroppen slits mindre. Att stress lätt orsakar olyckor som leder till skador framgick även i intervjuerna.

*”Just det också när man med lyftlakan lyfter upp dem i sängen, att man inte bara lyfter *tjock* [visar med armarna] sådär, utan att man faktiskt ställer sig bredbent och lyfter med hela kroppen. (1)*

”Jätte viktigt, det hur man står. Att man inte lyfter med huvudet eller nacken heller utan att man drar in byrålådan (hakan). (2)

7.1.3 Användning av hjälpmedel

Den fjärde grundpelaren i ergonomiskt arbetssätt som märktes i resultatet var användningen av de hjälpmedel som finns att tillgå. Alla intervjuade var överens om att välfungerande hjälpmedel är en resurs som bör användas maximalt och som sparar på vårdarens egen kropp. Som exempel på användbara hjälpmedel gavs höj- och sänkbara sängar och arbetsbord, mobila lifter, lyftbälten, kinestetikbollar, glidplattor och glidbräden, stolsförhöjare, rullstol samt olika typer av ställbara rullatorer. Även inom det mera administrativa vårdarbetet framkom betydelsen av hjälpmedel där dataglasögon, headset, skrivbordsstol och skor nämndes.

Anpassningen, gällande att rätt hjälpmedel används åt rätt klient, betonades hos vissa av de intervjuade, då en del hjälpmedel kräver mera funktionsförmåga av klienten än andra.

”Vi måste ju arbeta med de hjälpmedel som vi har, annars är det ju ingen vits med dem, och vi har ju ganska mycket hjälpmedel nog, så de måste man ju komma ihåg att använda.” (1)

”Att man använder hjälpmedel då det finns tillgängligt och ställ ordentligt. Det är ju det att man vill ju ”måra” och stressa ändå fastän man har hjälpmedel.” (4)

”Många gånger är det ju bråttom och så tar man i med råstyrkan istället för att använda dem (syftar på hjälpmedlen)” (6)

”Vid medicindelningen är ju det att bordet ska vara bra höjd, det är nog att höja det ganska högt så att man får ha armarna så där passligt, det är ju ganska monotona rörelser.” (5)

”Jag har ju dataglasögon, man behöver inte sitta och göra så här (visar med handen hur man lyfter glasögonen upp och ner) och om man har progressiva så ska man hitta det där stället var man ska se bäst. Dataglasögon är ju nog jättebra och det är ju ett hjälpmedel, just att du inte får besvär i nacken.” (4)

7.1.4 Förflyttningsteknik och rörelsemönster

I resultatet framkom konkret förflyttningsteknik som en betydande del av ergonomiskt arbete. De främsta teknikerna som gick att urskilja ur materialet var, förutom det som redan nämnts i kapitlet om den egna kroppen, att uppmuntra patienten att använda den egna kroppen så mycket som möjligt själv och instruera denne att använda sig av det naturliga rörelsemönstret. Genom att ”ställa” patientens kropp i ett sådant läge så att denne kan utnyttja sina resurser maximalt behövs inte rå styrka användas hela tiden. Att undvika vänd- och vridrörelser framkom också i intervjuerna då det sliter på axlar och armar samt att vid fall undvika stresslyft av patienten då det sällan är nödvändigt.

Användningen av höjbara sängar betonades hos alla intervjuade.

”Man har dem att använda kroppen sin så mycket som möjligt, för de kan ju nog. Man behöver inte ta i och lyfta med rå styrka. Bara man har dem själva att hjälpa till. Det är ganska enkelt egentligen.” (1)

”Man kan börja med att först klä på dem i säng, man behöver ju inte klä på dem i wc om där är trångt.”(2)

”När man ska ha upp någon som inte kan sätta sig upp själv så kan man ju först köra upp dem en liten bit (syftning på sängen) och sen kör man upp huvudändan, och så får de själva försöka sätta sig upp”. (3)

”Tillika många av de här äldre folket ligger ju på rygg i sängen och så väntar de att någon ska komma och lyfta upp dem. De ligger ungefär såhär, (visar rak lång liggande med båda armarna rakt upp i vädret) ”lyft åpp me”. Så jag brukar lägga dem på sidan först, ungefär som då man själv gör när man ska stiga upp, och sedan benen i golvet och sen går det automatiskt att övrekroppen kommer med. Man behöver bara pressa lite på låret så kommer de upp. (1)

”Det är ju då när de ramlar så blir det ju ofta att patienten skulle behöva upp fort. Men inte är det ju någonting som säger att de måste upp fort om det nu inte är någonting riktigt panik. Man hinner nog planera lyftet.” (4)

*”Det gick ju så behändigt att ta den där gula bönan. [hänvisning till kinestetikboll]
Man lägger dem (klienten som fallit) upp och sitta med bollen bakom ryggen och så lägger man upp dem och sitta på den där bollen då så är de ju så högt uppe så då är det bara att lägga rullstolen där bakom sedan. Det är ju bollen som gör att de kommer upp. Den är som en böna, som en jordnötsböna. (4)*

7.2 Problem och förebyggande

Inom detta tema presenteras tre kategorier som enligt respondenterna ansågs framträda ur det analyserade resultatet. Dessa kategorier är skador, fysisk aktivitet samt faktorer som hindrar ergonomiskt arbetssätt. Utöver dessa kategorier så kunde även hela föregående kategori möjligen presenteras under temat förebyggande, men respondenterna har valt att i detta tema endast presentera de ovannämnda kategorierna.

7.2.1 Faktorer som hindrar ergonomiskt arbetssätt

Vid frågan ”Vad hindrar vårdare från att arbeta ergonomiskt?” framkom i intervjuerna att det främsta hindret är tanklöshet och stress. Även utrymmesbrist gavs som en trolig orsak. Alla intervjuade var överens om att ett fuskande tankesätt lätt uppstår i stressiga situationer.

”Att ifall någon ska upp och alla andra är inne i andra rum och det är någon tung patient så kanske man tänker att jag kanske den här gången tar upp den själv då ungefär, och det kan vara en gång för mycket.”(1)

”Och ibland så finns det helt enkelt inte möjlighet, trånga wc:n och sådär, då blir det oergonomiskt.” (2)

7.2.2 Skador som följd av ett oergonomiskt arbetssätt

Resultatet från intervjuerna visade att de vanligaste ergonomirelaterade skadorna förekom i axel, nacke och rygg. Även skador i armar och händer nämndes under intervjuerna. Det visade sig att av de vårdare som intervjuats har två vårdare av sex varit sjukskrivna en längre period på grund av skador i axlar orsakade av lyft i vårdarbetet. Tre av sex vårdare upplever i sin tur direkta smärtor eller obehag i ryggen vid oergonomiskt arbetssätt.

”Jag blev nog sjukskriven och jag fick problem både dag och natt, kunde inte sova med några vanliga kuddar, och det blev riktigt problematiskt, men jag fick riktigt mycket goda redskap där [hänvisning till rehabilitering] och mycket nya övningar också, så det blev bra faktiskt, men jag jobbade ju nog, kanske två år på det, för att få den [hänvisning till axel] tillbaka som den var tidigare.” (1)

7.2.3 Fysisk aktivitet

Resultatet visade att fysisk träning i olika former var den genomgående faktorn hos alla intervjuade för att klara av det fysiskt påfrestande arbetet i vården. Träningen varierade från styrketräning på gym till löpning, cykling och simning. Alla intervjuade var överens om att en god grundkondition är avgörande för att orka med vårdarbetet. Styrketräning av speciellt ryggens muskler men även ben, armar och nacke framkom också som väsentligt med tanke på arbetet.

”Jag är ju fysiskt aktiv, har varit det i nästan hela mitt liv. Jag rör på mig och tränar och springer och går till gym.” (1)

”Man måste nog hålla upp konditionen för annars går det ju inte, det finns ju inte en chans att man skulle klara sig om man inte skulle hålla uppe konditionen och styrketräna och ”såleis”.” (2)

7.3 Teori och praktik

Inom detta tema presenteras två kategorier, kunskap om ergonomi samt skolning.

7.3.1 Kunskap om ergonomi

I intervjuerna framkom det att hälften av de intervjuade upplever att de har tillräckligt med teoretisk kunskap om ergonomiskt arbetssätt, men att kunskapen inte utnyttjas fullt ut i praktiken. Kinestetiken var något som fem av sex önskade få mera kunskap om, såväl teoretiskt som praktiskt.

”Nog vet man ju hur man ska göra, men om man nu gör det alla gånger är ju en annan sak men oftast så vet du nog vad du ska göra teoretiskt.” (3)

”Ja det är ju a och o, ergonomin är ju jätte viktigt, det är ju ett väldigt fysiskt arbete vi har, vi ska ju lyfta och lyfta och gå och gå. Och om vi förstör kropparna våra så kan vi ju inte arbeta mera, så det är ju jätte viktigt att vi lär oss rätt arbetssätt.” (1)

7.3.2 Skolning

Fyra av sex intervjuade har någon gång under sin arbetstid deltagit i en eller flera skolningstillfällen i förflyttningsteknik eller ergonomiskt arbetssätt, och praktiska skolningar hålls sporadiskt på arbetsplatsen. Dock önskade alla intervjuade regelbunden skolning i ergonomiskt arbetssätt. I resultatet framkom också att alla intervjuade i första hand önskade praktisk skolning, framförallt där förflyttningsteknik demonstreras och utövas på klienter i verklig vårdmiljö för att få en så autentisk situation som möjligt.

I intervjuerna framkom också att hela personalstyrkan borde ha möjlighet att få skolning i ergonomiskt arbetssätt för att det ska slå igenom på arbetsplatsen. Utöver praktisk skolning framkom också i resultatet att vårdpersonal önskar att bilder på ergonomisk förflyttningsteknik skulle läggas upp på väggarna och finnas tillgängliga för påminnelse och instruktion i det vardagliga vårdarbetet.

”En kurs varje år skulle nog kanske vara bra, för vissa saker glömmar man bort och vissa saker anammar man direkt” (2)

”Det är ju nog bättre att visa på klienter, för är man som vårdare exempel eller en yngre så är man ju ändå bättre i kroppen så automatiskt hjälper man ju till lite då. Men de här boende som bor här har ju redan sina krämpor och förstår kanske inte att hjälpa till och situationen blir ju riktigt autentisk då.” (1)

”... Så tror jag att för att du ska få det att slå igenom på en enhet så skulle alla behöva skolas. Att nästan alla skulle bli bra på det. Det hjälper inte att skola 5-10 om du är närmare 40 stycken, alla skulle nog behöva få skolning i det.” (6)

8. Tolkning

I detta kapitel kommer resultatet att tolkas mot underökningens teoretiska bakgrund, de teoretiska utgångspunkterna och de tidigare forskningarna. Tolkningen redovisar framkomna likheter och skillnader vid jämförelse av resultatet från intervjuerna med de teoretiska utgångspunkterna, den teoretiska bakgrunden och de tidigare forskningarna. För att åskådliggöra tolkningen på ett tydligt sätt har tolkningskapitlet delats i samma underkapitel som resultatredovisningen.

8.1 Ergonomiskt arbetssätt

Enligt Tamminen-Peter och Wickström (2004, s.11) behövs ett ergonomiskt arbetssätt för att upprätthålla vårdarens arbetsförmåga genom hela yrkeslivet och för att minska belastningsskadorna och främja hälsan. I resultatet framkom att en medvetenhet om ergonomi

hos vårdaren i det vardagliga arbetet är en av grundpelarna för ergonomiskt arbetssätt och att den egna kroppen fungerar som det främsta arbetsredskapet med tanke på ergonomin.

8.1.1 Planering

I resultatet framkom att planeringen är en del av grunden för ergonomiskt arbetssätt. Detta sker enligt informanterna genom att vara medveten om det ergonomiska arbetssättet, ställa i ordning inför arbetsmomentet samt förutse situationer och förebygga olyckor. Enligt Toomingas, Mathiassen, & Wigaeus Tornqvist tar varje människa ställning till hur kroppen och de mentala resurserna ska användas innan en arbetsuppgift utförs. En plan för arbetet bildas och detta sker medvetet eller omedvetet. Varje människa har ett unikt sätt att utföra uppgiften på beroende på tidigare erfarenheter, attityder, muskelstyrka och längd. (Toomingas, Mathiassen, & Wigaeus Tornqvist, 2008, s.19).

Enligt arbetarskyddslagens femte kapitel paragraf fyra, bör de förflyttningar och lyft som utförs manuellt göras så säkra som möjliga om dessa kan vara skadliga för hälsan. Enligt första kapitlet har arbetsgivaren skyldighet att förebygga och förhindra olycksfall i arbetet genom trygga arbetsförhållanden, och en god arbetsmiljö. (738/2002, 1kap §1, kap5 §4).

Enligt Vårdhandboken bör vårdaren inför varje förflyttning göra en riskbedömning av situationen och fodra hjälp ifall förflyttningen innebär en för stor risk att utföra. Därtill bör patientens resurser tas i beaktande, vilka behov av hjälp patienten har samt om denne eventuellt kan förflytta sig själv. Vårdhandboken betonar också att ett nära samarbete med arbetskamraterna och patienten samt tydlig kommunikation kan förebygga olycksfall. Även tillräckligt med utrymme behövs vid förflyttning. (Vårdhandboken).

8.1.2 Den egna kroppen

Enligt resultatet som framkom i intervjuerna är den egna kroppen vårdarens främsta arbetsredskap med tanke på ergonomin och den egna hållningen. Med tanke på den egna hållningen blir balansen särskilt viktig. Vid lyft eller patientförflyttningar bör hela kroppen användas, med tyngdöverföring och knäböjning snarare än lyft med rygg.

Enligt Sundelöf Andersson (2011, s.36) är de grundläggande principerna för ergonomiskt arbetsställning inom vårdarbetet att förflytta största delen av den fysiska belastningen till benmuskulaturen och därmed undvika belastning på rygg, nacke och skuldror. Även Hjalmarsson (2005,s.58-59) betonar vikten av att undvika stor belastning på ryggen och dess

samtida bøjning, över 60 grader, och rotation då detta ökar risken för belastningsskador betydligt. Denne rekommenderar också bøjning i knäna snarare än i ryggen vid tunga lyft.

Flera källor såsom Sudelöf Andersson (2011, s.36-38), Hjalmarsson (2015, s.59-61) samt Vårdhandboken anser att tyngdöverföring ger kroppen en optimal förutsättning att avlasta belastningen från ryggen och överföra den till benen vid förflyttningar. Dessa betonar även balansen betydelse under förflyttning och att en tillräckligt stor understödsyta finns för att kunna bibehålla balansen under förflyttningmomentet.

Det framkom också hos informanterna att stress ofta orsakar olyckor, som i sin tur leder till skador, vilket överensstämmer med Hjalmarssons (2015, s.58) påstående att skador hos vårdare ofta uppstår på grund av en olycka, hastig rörelse eller upprepad belastning.

8.1.3 Användning av hjälpmedel

I resultatet framkom att användningen av hjälpmedel är en viktig grundpelare i ergonomiskt arbetssätt och att dessa sparar på vårdarnas kroppar. Enligt arbetarskyddslagen bör hjälpmedel finnas och användas om arbetet är av sådan art att det behövs för att förebygga olycksfall eller sjukdom. (738/2002, kap2, §15) .

Även enligt Vårdhandboken är arbetstekniska hjälpmedlens främsta uppgift att förebygga olycksfall och skador och underlätta vårdpersonalens arbete. Förutom detta bör hjälpmedlet utgå från patientens behov och miljö samt vara anpassat till patienten så att förflyttningen är trygg. (Vårdhandboken).

Informanterna nämnde bland annat höj- och sänkbara sängar, som även Hjalmarsson nämner, ger möjlighet till lagom arbetshöjd som i sin tur minskar belastningen på kroppen. (Hjalmarsson, 2015, s.59, 62). Förutom hjälpmedel vid förflyttningar lyfts även viktiga hjälpmedel inom det administrativa vårdarbetet fram i resultatet, såsom ställbara skrivbordsstolar och dataglasögon. Just dessa hjälpmedel nämns inte av respondenternas källor, dock tangerar Kroemer ämnet; händerna bör befinna sig i armbågshöjd vid skrivbordet och all utrustning som används på lämpligt område från personen. (Kroemer, 2008, s.344).

Hjälpmidlens effekt på vårdarnas hälsa kan sammanbindas till Erikssons hälsoteori (1988, s. 36-40) då hjälpmidlen möjliggör goda lyft för vårdpersonalen, vilket i sin tur leder till att vårdare får känsla av hög friskhet som påverkar hälsan positivt.

8.1.4 Förflyttningsteknik och rörelsemönster

Informanterna uppgav att i fråga om förflyttningsteknik är patientens egna resurser och rörelseförmåga av stor betydelse. Detta överensstämmer med Vårdhandboken, alla människor har ett naturligt rörelsemönster och vårdarens uppgift är att stöda och handleda patienten utgående från detta rörelsemönster. Förflyttningen bör ske utgående från patientens individuella resurser och behov. (Vårdhandboken). Resultatet överensstämmer också med resultatet i en svensk forskning gjord 2009 som visar att belastningen vid en förflyttning påverkas av patientens ålder och rörelseförmåga samt dennes ork till samarbete under förflyttningen. (Åkerman Tillegård, Kjellberg & Lagerström, 2009, s. 4-8).

Enligt Vårdhandboken är det även viktigt att tydligt kommunicera med patienten så att denne kan använda sina egna resurser då han eller hon förstår på vilket sätt förflyttningen ska gå till. Informanterna nämnde även förfaringssättet att ställa patientens kropp enligt det egna rörelsemönstret och på det sättet få igång en rörelse, till exempel att patienten sätter sig upp. Detta grundar sig på kinestetiken och dess synsätt där patientens egna rörelsemönster och resurser betonas och assisteras så att patienten kan uppleva en meningsfullhet i det hon gör.

Där betonas även att rörelser ofta utgår från en kroppsdel, som sedan följs av de andra och att det ofta kräver knapp fysisk styrka. (Hantikainen & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry, 2011, s 6-8, 26-27).

Informanterna betonade även användningen av höjbara sängar vilket överensstämmer med Hjalmarssons litteratur. Att ha sängen på en lagom arbetshöjd innebär en minskad belastning på kroppen. Ett lagom mått är att den övre delen av madrassen bör vara i höfthöjd på vårdaren och det är viktigt att axlarna är avslappnade i arbetssituationerna. (Hjalmarsson, 2015, s.59, 62).

8.2 Problem och förebyggande

I resultatet framkom att stress kan vara en bidragande faktor till att belastningsskador hos vårdpersonal uppstår. Arbetarskyddslagens (738/2002, 1kap §1) syfte är att, som tidigare nämnts, förhindra och förebygga att olycksfall sker i arbetet och därmed trygga de anställdas fysiska och psykiska hälsa.

8.2.1 Faktorer som hindrar ergonomiskt arbetssätt

Resultatet visade på att stress är en av de största faktorerna som hindrar ergonomiskt arbetssätt. Liknande resultat framkom i en studie gjord 2014 kring sjukskötares upplevelser och erfarenheter av kinestetik inom äldreården där resultatet visade att trots positiva attityder kring ergonomiskt arbetssätt så är det krävande att använda det i dagens stressade miljö. (Fringer, Huth, Hantikainen, 2014, s. 757-766).

Informanterna nämnde även utrymmesbrist som en faktor som bidrar till försvårande av ergonomiskt arbetssätt. Detta understöder också en studie gjord 2009 av Åkerman Tillegård, Kjellberg och Lagerström (s. 4-8) där bristande arbetsutrymmen som exempel wc:n försvårar förflyttningar. I studien framkom även att personalmängden kan påverka arbetssättet negativt då förflyttningar utförs av en vårdare trots att det kunde behövas flera på grund av för liten personalstyrka. Detta nämnde också informanterna som exempel; att trots att medvetenheten om att flera vårdare kan behövas vid en förflyttning finns, görs förflyttningen ensam när tidsbristen packar på.

Enligt arbetarskyddslagen har arbetsgivaren en skyldighet att om möjligt förbättra miljön där arbetet utförs för att trygga och upprätthålla arbetsförmågan hos de anställda. (738/2002, 1kap §1).

8.2.2 Skador som följd av ett oergonomiskt arbetssätt

Bland flera av informanterna framkom skador som följd av oergonomiskt arbetssätt. Detta överensstämmer med bland annat Tamminen-Peter & Wickström (2014,s.11) som menar att felaktigt arbetssätt kan orsaka bestående eller långvariga skador i vävnaden. Informanterna nämnde skador i axel, nacke och rygg som de mest framträdande och även detta överensstämmer med litteratur som respondenterna funnit. Hjalmarsson (2015, s.58) nämner specifikt skador i nacke, axlar, ländryggen och knä bland vårdpersonal och det gör även Åkerman Tillegård, Kjellberg och Lagerström (2009, s. 4-8) i resultatet av deras studie.

Resultatet av Soares, Jakobs, Schlossmacher och Amaral studie (2012, s. 5737-5738) visade att smärta i ländryggen är en av de främsta orsakerna till att vårddyrket överges.

Flera källor såsom Jaatinen & Raudasoja, (2006, s.156), Anttila (2007, s.289) samt Edling och Nordberg m.fl. (2010, s.108) skriver om smärta i nacke eller så kallad tension neck som kan orsakas av bland annat felaktig arbetsställning med statisk spänning i övrekroppen, plötsliga rörelser och höga krav i arbetet.

Informanterna nämner även sömnlöshet som följd av skador förvärvade vid ergonomiskt arbetssätt och detta kan tolkas till en lägre grad av sundhet och friskhet enligt Erikssons hälsoteori. Situationen som informanterna beskriver passar in i hälsoteorin där individens handlingsmönster, som exempel sömnlösheten, påverkas av graden av sundhet. Skador kan sänka graden av friskhet då dysfunktion i kroppen uppstår och detta kan då i enlighet med hälsoteorin och Världshälsoorganisationens definition på hälsa tolkas som ohälsa.

(Eriksson, 1988, s. 36-44, 73-75)(World Health Organization).

Stress kan också ses som en psykisk påverkan som kan leda till upplevelser av låg sundhet hos både vårdare och patient, som i sin tur kan ses som en försämrad hälsa enligt Erikssons hälsoteori (1988, s. 36-40). En försämrad hälsa kan sedan ge ett försämrat ergonomiskt arbetssätt.

8.2.3 Fysisk aktivitet

I resultatet framkom att en god grundkondition är avgörande för arbetsförmågan hos personal inom vården. Träning i varierade former såsom löpning, simning, cykling och styrketräning framkom hos informanterna. Enligt Hjalmarsson (2015, s.52-53) behöver kroppen fysisk belastning för att må bra. I vården finns belastning men en felaktig eller för stor sådan, då musklerna inte hinner återhämta sig innan följande belastning. För att undvika detta fodras en god fysisk grundkondition, som fås genom regelbunden träning.

Muskler, bindväv och skelettet ser till att kroppen har möjlighet att utföra rörelser eller hålla kroppen i en viss position. Genom träning ökas myosin- och aktinproteinerna i muskeln, vilket ökar musklernas omfång och bindväven hålls elastisk och stark. Genom fysisk aktivitet stärks och anpassas brosk till förändringen och benvävnaden genomgår en anabolisk process som gör den mera tålig för belastningen.(Fasting & Hougaard, 2007, s.409-412)

Informanterna nämnde specifikt träning av ryggens muskler, vilket överensstämmer med Jaromis m.fl. undersökning, där resultatet visade att effektiv rygpträning hos vårdpersonal med ländryggsmärta minskar smärtan hos vårdarna jämfört med de som inte tränar. (Jaromi, Nemeth, Kranicz, Laczko, 2012, s. 1776-1784).

Dock fann respondenterna en studie kring förhållandet mellan ländryggssmärta bland sjukskötare, en lågaktivfritid, stress och arbetsaktiviteter, där resultatet skiljde sig från den litteratur och annan forskning som respondenterna funnit. Resultatet i studien påvisar att en

lågaktiv fritid inte var associerat till smärta i ländryggen hos vårdare utan att det främst berodde på andra faktorer såsom ett ergonomiskt arbetssätt. (Yip, 2004, s. 430-440).

8.3 Teori och praktik

Regelbundna skolningar i ergonomi för all vårdpersonal framkom i resultatet som en önskvärd satsning för att få till stånd och upprätthålla det ergonomiska arbetssättet på vårdfältet. Praktisk övning, stöd för inläringen och egen motivation anses även enligt Fringer, Huth och Hantikainen (2014, s. 757-766) vara den metod som bör användas för att införa ergonomiskt arbetssätt i arbetet.

8.3.1 Kunskap om ergonomi

En del av informanterna uppgav att de upplever sig ha tillräckligt med teoretisk kunskap men att den inte används i praktiken. Deras tankegångar kring teoretisk kunskap får stöd i en studie kring kinestetik och ergonomi av Fringer, Huth och Hantikainen där resultatet visade på att enbart teori gör att vårdpersonal upplever att det är svårt att implementera kinestetiken i praktiken. (Fringer, Huth, Hantikainen, 2014, s. 757-766).

I resultatet framkom att nästan alla informanter önskade få mera kunskap kring kinestetik. Enligt resultatet i Åkerman Tillegård, Kjellberg och Lagerströms undersökning (2009, s. 4-8) kan utbildning i förflyttningsteknik minska risken för att belastningsskador ska uppstå.

Hälsa definieras enligt Eriksson som ett samspel av flera faktorer och egenskaper, såsom sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande. Sundhet syftar på dels psykisk hälsa, klokhets och verklighetsförankring, och dels på konsekvensinsikt och handlingsmönster. Detta kan sammankopplas till vårdarnas kunskap om ergonomi och deras medvetenhet om ergonomiskt arbetssätt, då ett ergonomiskt arbetssätt strävar efter att arbeta säkert, vilket gör att vårdarna är medvetna om konsekvenser och kan förutse och förebygga olycksfall. (Eriksson, 1988, s.29, 36-37).

8.3.2 Skolning

Informanterna upplevde att regelbunden skolning i ergonomi, till exempel årligen, skulle behövas för att bättre kunna implementera ett ergonomiskt arbetssätt i vården bland äldre och därtill att alla bland personalen skulle delta. Detta antagande styrks av en studie gjord i Hong Kong, där effekten av mångfasetterad effektiv skolning i ergonomi undersöktes. Resultatet visade att ett mångfasetterat ergonomiprogram för vårdare, som inkluderar allt från grupp-

och individuellträning till övningar i rätt miljö, har en positiv inverkan på arbetsförmågan, speciellt med tanke på funktionsförmågan i nacken och de övreextremiteterna. (Szeto, Law K, Lee, Lau, Chan, Law S. 2010, s. 1022-1034).

Det framkom också hos informanterna att det är praktisk skolning som vårdare främst har behov av och att den gärna borde utföras i en så autentisk miljö och med så realistiska exempel som möjligt.

Liknande yttrande framkommer även i en studie utförd av Fringer, Huth och Hantikainen (2014, s. 757-766) där praktisk övning och egen motivation betonas för att lyckas införa kinestetiken i arbetet. I den studien framgick det även att övningarna bör ske på sjuka patienter i vårdverkligheten.

Informanterna önskade att ergonomisk skolning regelbundet skulle ges till alla i vårdpersonalen så att det ergonomiska arbetssättet lättare skulle fås i användning. Detta kan ses som en koppling till Erikssons hälsoteori (1988, s.29, 36-37) där ett förbättrat samarbete i arbetsmetoderna kan minska förekomsten av stress, vilket i sin tur kan ge en högre känsla av sundhet och därmed påverka hälsan i en positiv riktning.

9. Kritisk granskning

I detta kapitel kommer undersökningsstudien, dess genomförande och den valda datainsamlingsmetoden att kritiskt granskas enligt Larssons (1994) kvalitetskriterier för en kvalitativ studie. Kvalitetskriterier används enligt Larsson (1994) hela tiden inom undervisningen och inom olika forskningar. Inom den kvalitativa metoden kan kvalitetskriterierna delas in i tre olika grupper utgående från vilket område i forskningen kvaliteten beaktar, nämligen kvaliteter i framställningen som helhet, kvaliteter i resultaten och validitetskriterier. Respondenterna kommer i sitt lärdomsprov att använda sig av ett antal kriterier ur varje grupp, närmare bestämt intern logik, etiskt värde, struktur och det pragmatiska kriteriet. (Larsson, 1994, s.164-165).

9.1 Intern logik

Intern logik är ett vanligt använt kriterium inom kvalitativ forskning eftersom bedömare kan tillämpa kriteriet utan att själv inneha en djupare kunskap i det ämne som avhandlas. Den interna logiken kan benämnas som en harmoni som ska råda mellan frågeställningarna i

forskningen, datainsamlingen och analysmetoden. Därtill behöver harmoni även råda mellan forskningsantaganden och naturen hos det fenomen som studeras. (Larsson, 1994, s. 168-170).

Ett vetenskapligt arbete bör vara ett slutet system, en välsvarvad konstruktion, där varje del av arbetet har en innebörd som kan sammankopplas till varandra och bilda en tydlig helhet. Denna helhet ses som grundidé för den interna logiken. Delar som inte passar in i helheten uppfyller således inte sin funktion, och påverkar kvalitetsbestämningen på arbetet eftersom kvaliteten återspeglar graden av harmoni mellan arbetets delar och dess helhet. (Larsson, 1994, s. 168-170).

Respondenterna har följt en röd tråd genom hela lärdomsprovet, vilket till exempel kan strykas med att resultatet och tolkningen följer samma upplägg och mönster som undersökningens syfte och frågeställningar. Arbetet har utformats så att det i bakgrunden bygger upp läsarens kunskaper kring kroppens funktioner, den belastning som värdyrket kan medföra samt förebyggande åtgärder, för att läsaren sedan ska kunna förstå resultatredovisningen. En del kapitel i bakgrunden kan med tanke på studiens syfte ses som allt för djupgående, det vill säga att de inte uppfyller sin funktion i arbetet, men samtidigt kan de även ses som en del av den informativa helhetsuppbyggnaden för läsaren.

9.2 Etiskt värde

Handhavandet samt uppvisandet av en god etik ses som en viktig del i det vetenskapliga arbetet. Enligt forskningsetikens regler bör varje informant skyddas och därför bör ett övervägande göras mellan intresset att samla in ny kunskapsinformation och risken att skada de individer, av vilka den nya informationen insamlas från, inför varje forskningsarbete. För att en forskning ska uppnå god kvalitet, bör informanterna således, enligt den etiska kvalitetskriterieaspekten hållas anonyma genom hela forskningsarbetet så att de inte kan identifieras. Dock finns det en risk att graden av de övriga kvaliteterna sjunker ifall ett forskningsarbete erhåller ett högt etiskt värde eftersom resultatuppläggingarna kan begränsas och slutsatserna inte alltid kan belysas med full tydlighet, på grund av rädslan att råka kränka någon av informanternas integritet. Genom att anonymisera informanterna skyddas deras integritet men samtidigt kan det resultat som presenteras bli diffust eller falskt framställt. (Larsson, 1994, s. 171-172).

Genom att inneha en vetenskaplig hederlighet som respondent samt genom att visa god omsorg för informanterna, deras integritet samt den datainformation som samlas in av dem, och den därpå följande resultatredovisningen kan en hög kvalitetgrad erhållas. (Larsson, 1994, s. 171-172).

Enligt respondenterna har lärdomsprovet ett högt etiskt värde, baserat på undersökningens urval av informanter, hanteringen av datainsamlingsmaterialet och redovisningen av resultatet. Informanterna valdes på basis av deltagarintresse, det vill säga att informanterna själva fick välja om de ville delta i intervjun eller inte. Varje informant hölls anonym, inga namn förekom i transkriptionen av intervjuerna. Den information som respondenterna samlade in under intervjuerna behandlades konfidentiellt och det bandade materialet raderades så fort intervjuerna var ordagrant nedtecknade. Ingen tredje part har haft tillgång till det material som insamlats i intervjuerna och materialet har enbart använts till lärdomsprovet, inte för några andra ändamål. Informanterna har hållits anonyma under hela processen och inget av det material som redovisats i resultatet kan härledas till någon specifik individ. Resultaten sammanställdes med exakta citat av informanterna.

9.3 Struktur

Strukturen är ett kriterium som beskriver forskningens kvalitet hos resultatet. För att uppnå en god kvalitet på resultatet av ett forskningsarbete, bör strukturen vara tydlig och lättöverskådlig för att läsaren enkelt ska kunna bilda en uppfattning och förstå meningen av arbetshelheten. För att enkelt kunna förstå meningen med resultatet bör det även i den skrivna texten finnas en tydligt markerad skillnad på vad de olika sammanhangens huvudsak och bisak är, något som kan uppnås med hjälp av en enkel och klar struktur. (Larsson, 1994, s. 173-175).

Som tidigare nämnts så följer lärdomsprovet en röd tråd, arbetet är strukturerat i tydliga huvudkapitel och underkapitel. Strukturmässigt får läsaren lätt en överskådlig helhetsbild av lärdomsprovet och dess delar via innehållsförteckningen. En klar struktur följer genom hela arbetet, vilket kan ses genom att bland annat resultatet och tolkningen är uppbyggda enligt samma mönster som lärdomsprovets syfte och frågeställningar.

Språkmässigt har respondenterna i helhet använt sig av ett språk som är förståeligt även för personer som inte har kopplingar till vården och vårdyrket, dock förekommer en del vårdbenämningar i bakgrunden som för en utomstående kan vara svåra att förstå.

Eftersom respondenterna hade svårt att hitta aktuella vetenskapliga forskningar om ergonomi inom äldreomsorgen kan kvaliteten på strukturen i lärdomsprovet påverkas av att innehållet i de valda forskningarna var något bredare än syftet för undersökningen.

9.4 Det pragmatiska kriteriet

Det pragmatiska kriteriet hör till validitetskriterierna för kvalitativa forskningar, där fokus ligger på de konsekvenser som forskningsresultatet ger upphov till. Kvaliteten bedöms bland annat utifrån resultatets trovärdighet och betydelse för verkligheten samt resultatets användbarhet i praktiken. (Larsson, 1994, s. 185-186).

Lärdomsprovets trovärdighet kan anses som hög eftersom resultatet i undersökningen inte avviker nämnvärt från den bakgrundslitteratur som använts samt från de tidigare forskningarna. Arbetets betydelse för verkligheten är i sig inte så stor eftersom inga direkta banbrytande resultat framkom i undersökningen. Dock kan arbetet ses som en inledning för fortsatta forskningar, bland annat inom behovet och upplägget av ergonomisk skolning bland vårdpersonal. Lärdomsprovets användbarhet för vårdpersonal kan vara att arbetet kan ses som en tankeställare och väcka en medvetenhet om ergonomi och ett ergonomiskt arbetssätt samt ge små konkreta tips för det vårdpraktiska fältet.

10. Diskussion

Syftet med lärdomsprovet var att undersöka hur ergonomin rent praktiskt används i äldreomsorgen inom vården, hur belastningsskador inom vården kan undvikas med hjälp av ett ergonomiskt arbetssätt samt hur utbredd vårdpersonalens kunskap kring ergonomi är. De frågeställningar vi respondenter ville ha besvarade var: Hur arbetar man ergonomiskt som vårdare inom äldreomsorgen? Vilka ergonomirelaterade problem finns bland vårdare inom äldreomsorgen och hur kan dessa förebyggas? På vilket sätt kunde sjukskötarens kunskap om ergonomi och användningen av ett ergonomiskt arbetssätt förbättras? Utgående från resultatet ansåg majoriteten av informanterna att de till stor del innehar den teoretiska kunskapen om ergonomi och ett ergonomiskt arbetssätt, men att det bland annat är faktorer och omständigheter, såsom tillgång till hjälpmedel, stress och utrymmesbrist, och den egna motivationen och inställningen som påverkar det slutliga anammandet av ett ergonomiskt arbetssätt och som i sin tur påverkar upphovsriskerna till belastningsskador.

Tanken med lärdomsprovet var att få vårdpersonalen inom äldreomsorgen mer medveten om det egna ergonomiska arbetssättet samt att inbringa en tanke om eventuella orsaker till belastningsskador och hur belastningsskador kan förebyggas. Tanken med lärdomsprovet var även att respondenterna själva skulle få mer kunskap om ämnet ergonomi för att sedan i arbetslivet kunna tillämpa kunskapen på det vårdpraktiska fältet, med hopp om att den egna kroppen i högre grad ska kunna motstå den fysiska påfrestningen av vårddyrket.

Utifrån respondenternas eget intresse av människans fysiska rörelseförmåga, föll valet av ämne för lärdomsprovet relativt snabbt på ergonomi. Ergonomin valdes också som undersökningsämne eftersom respondenterna ville utveckla sina kunskaper inom området, eftersom deras kunskaper vid undersökningens början ansågs för bristfälliga för att kunna tillämpas fullständigt på det praktiska fältet samt för att förebygga uppkomsten av belastningsskador senare i arbetslivet.

Eftersom ergonomin i sig är ett brett område som kan tillämpas inom alla vårdområden, begränsades lärdomsprovet till äldreomsorgen eftersom äldre personer i nuläget och framöver är en stor patientgrupp inom vården samt att äldreomsorgen kan ses som det vårdområde var den fysiska påfrestningen på vårdpersonalen är som störst. Respondenterna valde också att i sitt lärdomsprov ta del av hela vårdpersonalens, såväl sjukskötares som närvårdares, syn och uppfattningar om ett ergonomiskt arbetssätt samt deras kunskaper kring ergonomi. Hela vårdpersonalen beaktades och inkluderades eftersom närvårdare inom äldreomsorgen har en lika stor, om inte större, roll vid patientkontakten och därmed även vid patientlyft och patientförflyttningar eftersom de på de flesta äldreboenden inom äldreomsorgen utgör majoriteten av den totala vårdpersonalen.

I bakgrunden beskrevs till en början den fysiska strukturen hos människan, med bland annat skelettets och musklernas uppbyggnad, för att ge en inledning om kroppens funktion samt dess påverkning av den fysiska belastningen som kroppen utsätts för inom vårddyrket. Därefter beskrevs vilka belastningsskador som kan uppkomma inom vårddyrket, vad ett ergonomiskt arbetssätt är och hur ett ergonomiskt arbetssätt kan förebygga belastningsskador.

Till den teoretiska utgångspunkten användes Katie Erikssons teori om hälsa i kombination med världshälsoorganisationens hälsodefinition eftersom de ansågs tydligast anknyta till undersökningsstudien, då ett bristande ergonomiskt arbetssätt med belastningsskador som följd påverkar individens hälsa negativt samtidigt som ett fungerande ergonomiskt arbetssätt gynnar vårdpersonalens hälsa.

Att använda sig av intervjuer som datainsamlingsmetod var en intressant upplevelse eftersom respondenterna fick möjlighet att personligen träffa alla informanter till lärdomsprovet. En fördel med att använda sig av intervju som datainsamlingsmetod var att informanterna kunde använda kroppsspråket för att förtydliga sina svar ifall inte rätta orden hittades. Det frågeformulär som användes i intervjuerna komponerades ihop av respondenterna själva samtidigt som bakgrunden sammanställdes. Någon enstaka fråga kunde dock ha omformulerats eller tagits bort och ersatts av en annan fråga eftersom det svar respondenterna förväntade sig av frågan ibland uteblev.

Respondenterna är nöjda över valet av en kvalitativ undersökning, men datainsamlingsmetoden kunde alternativt i det här undersökningsfallet ha bestått av enkäter, eftersom intervjufrågorna utformats på ett sådant sätt att de också skriftligen skulle ha kunnat besvaras. Respondenterna valde att i sin intervjuundersökning ta del av sex informanters uppfattningar av ergonomi och ett ergonomiskt arbetssätt. Det resultat som erhöles i intervjuerna överensstämde till stor del med den litteratur som användes i bakgrunden men för att öka tillförlitligheten i resultatet ytterligare kunde fler informanter ha använts, alternativt att respondenterna skulle ha valt en annan datainsamlingsmetod. En enkät skulle kanske, nu i efterhand, ha varit ett bättre alternativ eftersom genom flertalet informanter skulle ett bredare perspektiv kring vårdpersonalens upplevelser och kunskaper kring ett ergonomiskt arbetssätt ha kunnat fås fram.

Utifrån resultatet ansåg en stor del av informanterna att kinestetiken är det område inom det ergonomiska arbetssättet där kunskaperna är mest bristfälliga, och att ökad kunskap vore till stor nytta för arbetet. Samtidigt var det ganska svårt att hitta aktuella vetenskapliga forskningar om ämnet, vilket medför att kinestetiken kunde vara ett intressant ämne att ytterligare utforska och fördjupa sig i.

För att förbättra det långsiktiga användandet av ett ergonomiskt arbetssätt kunde kanske ett större fokus redan under studietiden ligga på att förbättra vårdpersonalens kunskaper inom ergonomi och kinestetik och framför allt att öka förståelsen för varför ergonomi och kinestetik bör användas. Genom att förvärva ökad kunskap och förståelse för ett ergonomiskt arbetssätt redan under studietiden, kan kanske motivationen och inställningen höjas så pass att ett ergonomiskt arbetssätt sedan fullständigt kan anammas på det praktiska fältet. För att upprätthålla det ergonomiska arbetssättet och den ergonomiska kunskapen hos vårdpersonalen under hela arbetslivet kunde regelbunden skolning genomföras på arbetsfältet. Ett

ergonomiskt arbetssätt borde medvetet eftersträvas av all vårdpersonal, oavsett vårdområde, eftersom så gott som varje arbetstagares mål och önskan inom vården är att undvika belastningsskador och att fysiskt och kroppsligt hålla hela arbetslivet.

Källförteckning

Anttila, K., Hirvlä, M., Jaatinen, T., Polviander, M., & Puska, E-L.(2005). *Sjukvård och omsorg*, Keuruu, Utbildningsstyrelsen.

Bell, J. & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken*. Studentlitteratur.

Edling, C., Nordberg, G., Albin, M., & Nordberg, M. (2010). *Arbets- och miljömedicin – en lärobok om hälsa och miljö*. Tredje upplagan, Lund, Studentlitteratur AB.

Edqvist, I. (2005). *Arbeta i vård och omsorg*. Bonniers.

Eriksson, K. (1988). *Hälsans idé*. Liber.

Fasting, U., Hougaard, J. (red.). (2009). *Fysiologi och anatomi. Den levande människan*. Nordstedts, Riga.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Liber.

Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 28(4), s. 757-766. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103858872&site=ehost-live> (Hämtat 8.12.2015).

Hantikainen, V & Suomen kinestetiikka yhdistys Ry,. (2011). *Kinestetiikan oppimateriaali*. 4:de upplagan

Hjalmarson, J. (2015). *Förflyttningkunskap och ergonomi inom vården*. Studentlitteratur AB, Lund.

Jaatinen, T.K.M., & Raudasoja, J.(2006). *Våra vanligaste sjukdomar*. Utbildningsstyrelsen, Jyväskylä.

Jaromi, M., Nemeth, A., Kranicz, J., Laczko, T., & Betlehem, J. (2012) Treatment and ergonomics training of work-related lower back pain and body posture problems for nurses. *Journal of clinical nursing*. 21(11/12) s. 1776-1784

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104445594&site=ehost-live> (hämtat: 8.12.15).

Kroemer, K.H.E. (2008). *Fitting the human, introduction to ergonomics*. Sjätte upplagan, CRC Press, Boca Raton.

Kvale, S. & Birkman., S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & P. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Mathiassen, S.E., Munck-Ulfsfält, U., Nilsson, B. & Thornblad, H. (2007). *Ergonomi för ett gott arbete*. Prevent Arbetsmiljö i samverkan Svenskt Näringsliv, LO & PTK, Solna

Medicinskordbok (u.å.). Artros
http://medicinskordbok.se/component/search/?searchword=artros&option=com_search
(hämtat: 17.5.2016).

Nationalencyklopedin.(u.å.). Kvalitativ metod.
<http://ezproxy.novia.fi:2138/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/kvalitativ-metod>
(hämtat: 17.5.2016).

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Liber.

Patel, R. & Davidson., B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur.

Skoglund, M., Bodman, K., Lundgen, C. & Ögren, J-E. (2007). Den äldre människan är inte alltid »vuxen«! *Läkartidningen*, 20-21 (104) s. 1566.
<http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/6/6776/1566.pdf> (hämtat: 23.1.2016).

Soares, M., Jakobs, K., Schlossmacher, R.. & Amaral, F.G. (2012). Low back injuries related to nursing professionals working conditions: a systematic review. *Work Supplement* 41, s. 5737-5738.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104522490&site=ehost-live> (hämtat: 8.12.15).

Statistikcentralen STHL, www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_sv.html (hämtat: 23.1.2016)

Sundelöf Andersson, S. (2011). *En ergonomisk handbok i det dagliga vårdarbetet*. Studentlitteratur AB, Lund.

Svenska akedemins ordlista, SAOL. (u.å.). Ergonomi.

<http://www.svenskaakademien.se/svenska-spraket/svenska-akademiens-ordlista-saol/saol-13-pa-natet/sok-i-ordlistan> (hämtat: 20.5.2016).

Szeto G.P.Y., Y. , Law K.Y. , Lee E. , Lau T. , Chan S.Y. & Law S. -W. (2010). Multifaceted ergonomic intervention programme for community nurses: pilot study. *Journal of advanced nursing*. 66(5), s. 1022-1034.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105168911&site=ehost-live> (Hämtat 8.12.2015).

Tamminen-Peter, L. & Wickström., G. (2014). *Patientförflyttning*. Arbetshälsoinstitutet.

Toomingas, A., Mathiassen, S.E., &Wigaeus Tornqvist, E. (red.). (2008). *Arbetslivsfysiologi*. Studentlitteratur AB. Lund.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur.

Vårdhandboken (u.å.). Arbetsteknik och förflyttningskunskap-grundprinciperna för arbetsställningar och arbetsrörelser.

<http://www.varldhandboken.se/Texter/Arbetsteknik-och-forflyttningskunskap/Grundprinciper-for-arbetsstallningar-och-arbetsrorelser/> (hämtat: 18.5.2016).

Vårdhandboken (u.å.). Hjälpmedel vid fysiska funktionsnedsättningar

<http://www.varldhandboken.se/Texter/Hjalpmedel-vid-fysiska-funktionsnedsattningar/Olika-typer/> (hämtat: 23.10.2016).

World Health Organisation, www.who.int/about/en/ (hämtat: 23.1.2016).

Yin Bing Yip, V. (2004). New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. *Journal of advanced nursing*. 46(4) s. 430-440.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106777150&site=ehost-live> (Hämtat 8.12.2015)

Åkerman Tallgård, H., Kjellberg, K. & Lagerström, M. (2009). Vårdpersonalens upplevelse av arbete med patientförflyttningar - en intervjustudie från två ortopedkliniker I Stockholm. *Vård i Norden*. 29(4), s. 4-8.

<http://ezproxy.novia.fi:2268/content/29/4/4.full.pdf+html> (hämtat: 19.5.2016).

Finlands författningssamlingar

Arbetarskyddslagen 23.8.2002/738.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> (hämtat 18.5.2016)

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuanhållan

Hej! Vi är två sjukskötarstuderanden på Yrkeshögskolan Novia som skriver vårt examensarbete om ergonomi inom äldreomsorgen. Vi ämnar göra en intervjustudie och vi skulle gärna komma till er och intervjua vårdpersonal med fokus på ergonomi.

Ergonomi är en viktig del av sjukskötarens yrke eftersom vårdaryrket är ett såväl fysiskt som psykiskt tungt arbete. Ergonomin behövs också för att sjukskötaren i så stor mån som möjligt ska kunna upprätthålla sin arbetsförmåga. Rätt ergonomi kan minska risken för belastningsskador (Tamminen-Peter, L. & Wickström G. 2014).

Vi har valt att fokusera på ergonomin inom äldreomsorgen då det redan i dagsläget är den äldre människan som är en stor patientgrupp inom hälso- och sjukvården, och nästan varhelst en sjukskötare arbetar vårdas den äldre människan. I den vården är förflyttningshjälp vanligt förekommande och detta utgör en stor belastning, främst i rygg, axlar och nacke, för sjukskötarkroppen. Genom att använda lämplig ergonomi och samtidigt vara medveten om sin egen kropp kan skador på rörelseapparaten undvikas. (Sand et al, Tamminen-Peter, L. & Wickström G. 2014). Detta är vi intresserade att lära oss mera om.

Syftet med lärdomsprovet är att undersöka hur ergonomin rent praktiskt används i äldreomsorgen inom vården samt hur belastningsskador inom vården kan undvikas med hjälp av ett ergonomiskt arbetssätt. Vi vill också undersöka hur utbredd vårdpersonalens kunskap kring ergonomi är. Våra frågeställningar för arbetet är följande:

- Hur arbeta ergonomiskt som vårdare inom äldreomsorgen?
- Vilka ergonomirelaterade problem finns bland vårdare inom äldreomsorgen och hur kan dessa förebyggas?
- På vilket sätt kunde vårdarens kunskap om ergonomi och användningen av ett ergonomiskt arbetssätt förbättras?

Om möjligt skulle vi intervjua 3 sjukskötare och 3 närvårdare för att få en så mångfaldig bild av det ergonomiska arbetssättet som möjligt. Intervjuerna görs enskilt och kommer samtidigt att bandas och antecknas ned på papper. Den reserverade tiden för varje intervju är 1h. De intervjuade hålls anonyma i examensarbetet och det material som insamlas under intervjuerna

behandlas konfidentiellt. Intervjupersonerna blir avidentifierade och resultatredovisningen hålls anonymt. Det är endast vi och vår handledare som kommer att ha tillgång till det insamlade materialet. Allt insamlat material kommer därefter att förstöras när examensarbetet blivit färdigställt. Handledare för vårt examensarbete är lektor Anna-Lena Nieminen, Yrkeshögskolan Novia.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Annette Skåtar och Rose-Marie Sandin

Kontaktuppgifter

Namn: Annette Skåtar

Tel:

E-mail:

Namn: Rose-Marie Sandin

Tel:

E-mail:

Handledande lärare:

E-mail:

Bilaga 2

Intervjufrågor om ergonomi för vårdpersonal inom äldreården

~ Allmänt om arbetet

- Yrke och ålder
- Hur länge har du jobbat inom vården?
- Hur länge har du jobbat inom äldreården?
- Vilka är dina arbetsuppgifter?

~ Skador och förebyggande

- Hur gör du för att orka med det ”fysiska” arbetet?
- Har du någon gång haft belastningsskador, och var har dessa i så fall uppkommit?
- Har du någon gång varit sjukskriven p.g.a. belastningsskador som uppkommit genom vårdarbetet? (Ifall jakande svar fås: Hur länge var du sjukskriven? och Hur många gånger har du varit sjukskriven p.g.a. dessa skador?)

~ Ergonomiskt arbetssätt

- Hur ska man som vårdare arbeta ergonomiskt enligt dig? (följdfrågor eller ber personen att utveckla sitt svar vid behov)
- Berätta om en situation där ergonomin fungerat bra respektive dåligt.
- Vad är viktigast att tänka på gällande ergonomin enligt dig?
- Är ett ergonomiskt arbetssätt praktiskt möjligt, finns det tid, resurser?
- Alternativ fråga: vad hindrar vårdare från att ha ett ergonomiskt arbetssätt tror du?

~ Skolning

- o Har ni fått skolning om ergonomi på arbetsplatsen, och hur ofta ges skolningar?
- o Hurudan skolning har getts?
- o Har alla i personalen möjlighet att närvara på dessa skolningar?
- o Känner du att du har tillräcklig kunskap om ergonomi?
- o Vilken typ av kunskap skulle du vilja ha mer av/lära dig?
- o På vilket sätt skulle du vilja lära dig den kunskapen?