



Samband mellan psykosocial stress och muskuloskeletala problem hos sjukvårdspersonal samt fysiska utmaningar prehospitalt

En semistrukturerad litteraturöversikt samt intervjustudie

Edith Ågren & Sonja Henriksson

LÄRDOMSPROV	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Förstavårdare
Identifikationsnummer:	Edith Ågren: 7490 & Sonja Henriksson: 7491
Författare:	Edith Ågren & Sonja Henriksson
Arbetets namn:	Psykosocial stress och muskuloskeletala problem hos vårdpersonal samt fysiska utmaningar prehospitalt – En semi-strukturerad litteraturöversikt samt intervjustudie
Handledare (Arcada):	Christoffer Eriksson
Uppdragsgivare:	Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta arbete var att utreda vårdpersonals arbetshälsa ur två olika perspektiv. Vi ville forska i samband mellan psykosocial stress och muskuloskeletala problem hos vårdpersonal samt även vilka de främsta fysiska utmaningarna är prehospitalt. Som metod för att besvara den första frågeställningen har varit litteraturstudie, med hjälp av Scoping review, vilken bygger på 11 vetenskapliga artiklar. De artiklar som vi använt har blivit granskade med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och tolkningen av resultatet är gjord med hjälp av Aaron Antonovskys teori <i>KASAM</i>, där hälsan ses på ett salutogent sätt. Det slutliga resultatet har sammanfattats i huvudkategorierna <i>Trivselbrist på arbetsplatsen, brist på stöd och uppskattning, små påverkningsmöjligheter, arbets-schema och otillräcklig bemanning, arbets- och familjekonflikter och problem, modellen desicion latitude och jobbkrav & arbetsrelaterad stress och övriga faktorer</i>. Sammanfattningsvis kunde vi konstatera att det finns tydliga samband mellan dessa olika psykosociala stressfaktorer och förekomsten av muskuloskeletala problem hos sjukvårdspersonal. Som vårdare kan man behärska psykosocial stress bättre genom att en större begripplighet, stöd av andra människor, en god arbetsmiljö och upplever sitt arbete som meningsfullt.</p> <p>I den andra frågeställningen ville vi ta reda på vilka de främsta fysiska utmaningarna är inom den prehospitala vården. Eftersom den yrkesgruppen är i större utsträckning utsatt för ständig fysisk belastning. Arbetsförhållandena varierar samt möjligheten att arbeta ergonomiskt i alla omständigheter kan vara svårt.</p> <p>Som teoretisk utgångspunkt har vi valt att utgå från Erikssons teori om hälsa och lidande samt arbetsarskyddet. Utgående från syfte och frågeställning har vi utformat intervjufrågor som besvarats av tre sakkunniga inom området. I intervjustudien har vi använt oss av kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom det att de främsta fysiska utmaningarna prehospitalt är förflyttningar av patienter i olika förhållanden samt bärande av utrustning.</p>	
Nyckelord:	Vårdpersonal, psykosocial stress, muskuloskeletala problem, arbetshälsa, fysiska utmaningar, ergonomi, förstavårdare
Sidantal:	71
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	28.4.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Paramedic
Identification number:	Edith Ågren: 7490 & Sonja Henriksson: 7491
Author:	Edith Ågren & Sonja Henriksson
Title:	Psychosocial stress and musculoskeletal problems among healthcare staff and physical prehospital challenges – A semi structured literature study and interview study
Supervisor (Arcada):	Christoffer Eriksson
Commissioned by:	Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this study was to examine occupational health among nursing staff, seen from two different perspectives. We wanted to investigate the relationship between psychosocial stress and musculoskeletal problems among healthcare staff, as well as to investigate which the main physical challenges are in the prehospital field. The method for answering the first question has been a literature study, using Scoping review, which is based on 11 scientific articles. The articles that are used have been reviewed, using a qualitative content analysis. The study is based on the theoretical reference framework KASAM, by Antonovsky, where health is seen from a salutogenic perspective. The result has been summarized in these main categories: <i>workplace wellbeing, lack of support and appreciation, small impact, work schedule and inadequate staffing, work-family conflicts and problems, decision latitude and job requirements and work-related stress and other factors</i>. In conclusion, we found that there are clear links between these psychosocial stressors and the presence of musculoskeletal problems among healthcare professionals. As a nurse, you can master psychosocial stress better by having a greater amount of comprehension, support from other people, a good work-environment and experiencing work as meaningful.</p> <p>In the second question, the writers wanted to find out what the main physical challenges are in prehospital care, because the profession is more exposed to constant physical pressure. Working conditions vary and the ability to work ergonomically in all circumstances can be difficult. As a theoretical starting point, the writers have chosen to use Eriksson's theory health and suffering, and occupational safety. Based on purpose and question, the authors have designed interview questions that have been answered by three experts in the field. In the interview study, we have taken on the qualitative content analysis. The results showed that the main physical challenges are movement of patients in different conditions and carrying of equipment.</p>	
Keywords:	Healthcare staff, psychosocial stress, musculoskeletal problems, occupational health, physical challenges, ergonomic, paramedic
Number of pages:	71
Language:	Swedish
Date of acceptance:	28.4.2021

INNEHÅLL

1	Inledning.....	8
2	Syfte och frågeställning	10
3	Bakgrund för litteraturanalysen	11
3.1	Centrala begrepp och förkortningar	11
3.2	Psykosocial arbetsbelastning och stress hos vårdpersonal.....	12
3.3	Hälsa	13
3.3.1	<i>Stress och utmattning.....</i>	<i>14</i>
3.3.2	<i>Psykosociala belastningsfaktorer.....</i>	<i>16</i>
3.3.3	<i>Psykosocial arbetsförmåga.....</i>	<i>17</i>
3.3.4	<i>Fysisk förmåga och belastningar</i>	<i>18</i>
3.3.5	<i>Fysiska och biomekaniska riskfaktorer i arbetslivet</i>	<i>18</i>
3.3.6	<i>Skelettmusklernas uppbyggnad och funktion.....</i>	<i>19</i>
3.3.7	<i>Leders rörlighet.....</i>	<i>20</i>
3.3.8	<i>Arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar</i>	<i>20</i>
3.3.9	<i>Ryggproblem</i>	<i>21</i>
3.3.10	<i>Nack- och skulderproblematik.....</i>	<i>22</i>
3.3.11	<i>Axelproblem.....</i>	<i>23</i>
3.3.12	<i>Problem i armbågar och handleder.....</i>	<i>23</i>
4	Bakgrund för intervjustudien.....	24
4.1	Det prehospitla vårdarbetet	24
4.2	Fysiska och psykiska krav inom den prehospitla vården	25
4.3	Arbetshälsa och arbetsförmåga.....	27
4.4	Den fysiska arbetshälsan.....	28
4.5	Ergonomins betydelse i det prehospitla arbetet	30
5	Teoretisk utgångspunkt	34
5.1	KASAM, känslan av sammanhang	34
5.2	Erikssons teori om hälsa och lidande	35
5.3	Arbets säkerhet	36
6	Metod för litteraturanalys	37
6.1	Arbetsprocess.....	37
6.2	Kvalitativ innehållsanalys.....	37
6.3	Problembegränsning.....	38
6.4	Datainsamling.....	39

7	Metod för intervjuanalys	40
7.1	Arbetsprocess.....	40
7.2	Kvalitativ innehållsanalys.....	42
7.3	Dataanalys.....	42
8	Resultat för litteraturanalysen	43
8.1	Trivselbrist på arbetsplatsen.....	46
8.2	Brist på stöd och uppskattning.....	48
8.3	Små påverkningsmöjligheter	49
8.4	Arbetschema och otillräcklig bemanning.....	50
8.5	Arbets- eller familjekonflikter och problem.....	51
8.6	Decision latitude-modellen och jobbkrav	52
8.7	Arbetsrelaterad stress samt övriga faktorer	53
9	Resultat för intervjustudien	54
9.1	Allmänna fysiska utmaningarna bland förstavårdare	54
9.2	Slitageskador bland förstavårdare och påverkande faktorer.....	55
9.3	Påverkan av variation i kroppslängd bland förstavårdare	56
10	Diskussion.....	58
11	Kritisk granskning	62
11.1	Forskningsetik	63
Källor.....		64

Figurer

<i>Figur 1 Belastningsfaktorer</i>	16
<i>Figur 2 MET</i>	26
<i>Figur 3 Arbetsförmågehuset</i>	28
<i>Figur 4 Ergonomins byggstenar</i>	31
<i>Figur 5 Pensi ergogo med en trappklättrare</i>	31
<i>Figur 6 Stryker M1-6100</i>	32
<i>Figur 7 Easyglide</i>	33
<i>Figur 8 Intervjustudiens forskningsplan</i>	41

Tabeller

Tabell 1. Sökord och databaser som använts till för datainsamling. 39

Tabell 2 Tabell över alla artiklar som inkluderats 43

FÖRORD

Vi vill sända ett stort tack till våra respondenter, för de fina intervjuerna. Deras sakkunnighet har gett oss värdefull kunskap för detta arbete.

Vi vill även tacka vår handledare Christoffer Eriksson som bidragit med sitt stöd och sin problemlösningsförmåga, vilket ledde oss på rätt väg under denna arbetsprocess.

Tack!

Edith Ågren & Sonja Henriksson

Närpes & Borgå, 28.4.2021

1 INLEDNING

Som studerade inom förstavården har vi skribenter hunnit både jobba och göra arbetspraktik på många olika arbetsplatser, och enligt våra erfarenheter uppfattas vårdarbetet som givande, men samtidigt även krävande. Man utsätts för väldigt varierande typer av både fysiska- och psykiska utmaningar och påfrestningar. Oftast är det frågan om en kombination av dem båda.

Många vårdare pratar om att det i arbetsbilden idag går åt betydligt mera tid åt stillasittande administrativt arbete än förut, samtidigt som man ändå fortfarande ska vara kapabel att plötsligt kunna prestera fysiskt. Vi har lagt märke till att det på vissa arbetsplatser har figurerat dålig stämning bland personalen och uttryck av fysisk och psykisk trötthet. Enligt våra iakttagelser har det även förekommit kollegor som klagat över långvarig smärtproblematik i muskler och leder, likaså missnöje kring arbetstider, personalfördelning, brister i ledarskap, oberäkneliga patienter, orättvisor, sömnsvårigheter och osämja bland kollegor eller familjemedlemmar. Vi upplever att orsaken till dessa olika typer av problem, och vad de kan ha för följder, inte får tillräckligt med uppmärksamhet. Detta är orsaken till att vårt intresse väcktes kring att göra ett arbete angående vårdpersonals arbetshälsa.

När vi utexamineras kommer vi få två yrkesbeteckningar, förstavårdare och sjukskötare. Därför kände vi att vi vill inkludera båda dessa yrkesgrupper i vårt arbete, och forska i arbetshälsa ur två olika synvinklar. Vi skribenter intresserade oss för två relativt olika problem, men ansåg ändå att dessa kan sammanföras till en helhet och skapa ett bredare resultat, samt beakta olika synvinklar gällande vårdpersonals kroppsliga hälsa och vad som kan påverka den.

Enligt arbetspensionssystemet sjukpensionerades år 2019 mer än 130 000 personer i Finland, och orsaken till detta var till störst del psykisk ohälsa och näst största grunden var sjukdomar kopplat till rörelseorganen. (Pensionskyddscentralen 2020)

Även om tidigare uppgifter omfattar alla yrkesgrupper i Finland, har det dock också framkommit att en fjärdedel av sjukskötare i Finland vill gå i förtidspension, och ungefär en tredjedel har en önskan om att börja arbeta deltid.

Orsaker till detta visade sig vara utsatthet för våld, psykisk belastning, svag arbetsförmåga, dålig hälsa och missnöje med arbetet. (Heponiemi et. al. 2008)

Sjukvårdare är även utsatta för muskuloskeletala sjukdomar. Det vanligaste problemet uppfattas vara sjukdomar i ländryggen. (Ellapen & Narsigan 2014)

Tidigare har man i forskningarna lagt största fokus på den fysiska miljöns påverkan på anställdas arbetsrelaterade sjukdomar, men under senare årtionde har man dock börjat koncentrera sig på sambandet mellan psykosocial arbetsmiljö och förekomsten av sjukdomar. (Wahlstedt 2002)

Vi tyckte att denna synvinkel på arbetshälsa kändes som ett intressant och aktuellt ämne, och sannerligen viktigt att upplysa. Därför valde vi att, i vår första frågeställning, forska i kopplingar mellan psykosocial stress och muskelproblematik hos sjukvårdspersonal, eftersom vi anser att detta ämne är högaktuellt och borde få större uppmärksamhet.

I Wahlstedts avhandling (2002) visade sig att det finns ett samband mellan den psykosociala arbetsmiljön och rapporter med både psykosomatiska- och muskuloskeletala besvär.

Bland de personer som upplevde sig ha en hög mental press och för liten stimulans i arbetet, förekom det en större andel ländryggsbesvär. Det har visat sig även att de anställda som hade dålig kontakt med arbetskollegor upplevde i högre grad nackbesvär jämfört med övriga. Kvinnor tycks också påverkas mera av den psykosociala arbetsmiljön, i muskuloskeletal bemärkelse, jämfört med män. (Wahlstedt 2002)

På det prehospitla fältet har vi följt med hur denna yrkesgrupp utsetts för kontinuerlig fysisk belastning men ändå begränsade möjligheter till att påverka sin ergonomi. Enligt oss är det även viktigt att ta arbetsergonomi i beaktande i ett tidigt stadium, redan under studietiden. Det prehospitla arbetet är en bransch som innebär risker. (Castrèn et al. 2009). Sjukdomar i stöd och rörelseorganen är en allmän orsak till lång sjukfrånvaro. (Kansaneläkelaitos 2020)

Därför har vi valt att, i den andra frågeställningen, fokusera på förstavårdare och dess fysiska utmaningar på det prehospitla fältet. Denna fråga besvaras via en intervjustudie, där vi intervjuar tre sakkunniga inom området. De sakkunniga vi intervjuade rekommenderades av vår handledare.

Som tidigare nämnt vill vi i denna studie inkludera både sjukskötare och förstavårdare. Arbetsbilden skiljer sig något mellan dessa två branscher, men vi anser ändå att de hälsorelaterade och branschspecifika utmaningarna är motiverade att lyfta fram. Vi vill också belysa hur påtagligt krävande de fysiska belastningarna är inom förstavården, och därför även understryka betydelsen av ergonomi för att bibehålla en god arbetshälsa.

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Med detta arbete vill vi undersöka vad som kan påverka arbetshälsan och därmed förekomsten av muskuloskeletala problem hos vårdpersonal. Vi har valt att fokusera på sambandet mellan psykosocial stress och muskuloskeletala problem hos sjukvårdare, samt även vilka externa fysiska belastningar som kan uppstå inom det prehospitala vårdarbetet. Förstavårdare som yrkesgrupp är i större utsträckning utsatt för ständig fysisk belastning och ej heller har samma möjligheter att påverka sin ergonomi.

Den psykosociala arbetsförmågan har även en betydande roll inom alla vårdsektorer och berör således både sjukskötare och förstavårdare.

För att få ett besvara våra frågeställningar, och få ett omfattande och mångfaldigt resultat, har vi gjort vår datainsamling med hjälp av två olika metoder; en litteraturanlys (frågeställning 1) och en intervjustudie (frågeställning 2).

Våra frågeställningar är:

1. Vilka psykosociala riskfaktorer kan kopplas till muskuloskeletala problem hos sjukvårdspersonal?
2. Vilka är de främsta fysiska utmaningar som en förstavårdare utsätts för i sin arbetsmiljön?

3 BAKGRUND FÖR LITTERATURANALYSEN

I detta arbete har vi skrivit bakgrunden under två olika rubriker, för att göra arbetet tydligare. Den första frågeställningen besvaras via en litteraturanalys. För att knyta vårt forskningsproblem med arbetsrelevansen vill vi i detta kapitel ge läsaren en helhetsbild kring hälsa samt psykosocial- och fysisk arbetsbelastning och sedan spjälka upp detta i mindre delar där vi behandlar de ämnen som är relevanta för vår forskning.

3.1 Centrala begrepp och förkortningar

- *Psykosocial stress:*

Enligt Svenska Akademiens ordlista (2015) definieras ordet *psykosocial* som en samverkan mellan det psykologiska och sociala förhållandet, exempelvis i arbetslivet.

Psykosocial stress innebär stressfaktorer som kan kopplas till arbetsorganisationen och ledningen samt även arbetsfördelning, planering, arbetsmiljö, uppgifter, gemenskapen och interaktionen på arbetsplatsen. Skadlig psykosocial stress kan leda till beteende- eller känslomässiga förändringar, minnesproblematik, oförmåga att hålla kontroll i arbetet, kroppslig smärta eller störningar i funktionen. (Arbetskyddcentralen 2020)

- *Stöd- och rörelseorganet:*

Stöd- och rörelseorganet bildas av skelett, mellanbens fogar, leder, ligament, och muskler. (Talvitie et. al. 2006 s. 307) Denna helhet kallas även för *muskuloskeletal systemet* eller *skelettmuskelapparaten*.

- *MSD*

Muskuloskeletal sjukdomar (Musculoskeletal disorders)

- *LBP*

Ländryggssmärta (Low back pain)

- *MSP*

Muskuloskeletal smärta (Musculoskeletal pain)

- *WMSDs*

Arbetsrelaterade muskuloskeletal sjukdomar (Work related musculoskeletal disorders)

- *Decision latitude - modellen*

Denna modell hävdar att en individ uppleder hälsokonsekvenser från sitt arbete som ställer höga krav och liten personlig kontroll. (Ganster et al, 2001).

3.2 Psykosocial arbetsbelastning och stress hos vårdpersonal

Psykosocial stress är ett begrepp som kanske för en del fortfarande låter främmande. Senare i detta arbete kommer ämnet att förklaras grundligare, men vi vill ändå inleda med att sätta det i ett vårdperspektiv.

Under senaste tid har särskilda yrkesgrenar fått alltmer större krav, både psykiskt och emotionellt, och vårddyrket är ett av dessa. Samverkan med andra människor utgör till stor grad vår psykosociala arbetsmiljö. (Gard 2014, s. 57)

Eftersom man inom vårddyrket arbetar med människor, i form av kolleger och patienter, står denna arbetsmiljö rent logiskt inför många psykosociala utmaningar.

Arbetsbelastning sker inom alla branscher, men då belastningen blir för hög kan detta leda till stress, vilket i sin tur kan resultera i oro och utmattning bland vårdpersonal. (Schröder et. Grönlund 2018)

Vanlig problematik som kan förekomma inom vården kan vara personalbrist, kroppsligt belastande arbete, tidspress, för stor arbetsmängd och för liten andel erfaren personal, dålig kommunikation och support bland personal och rädsla för att inte vara omtyckt bland sina kolleger. Även ur patienternas synvinkel, kan psykosocial stress hos vårdare äventyra patientsäkerheten.

I Schröder et. Grönlunds (2018) studie har man funnit fyra kategorier av olika belastningsfaktorer som kan leda till hög psykosocial arbetsbelastning hos vårdare:

Dåligt socialt klimat kan handla om personalkonflikter, dåliga relationer, brist på samarbete och stöd, våld på arbetsplatsen och orättvisor, till exempel då det kommer till lönen. *Brist på resurser* kan handla om för mycket arbete, ofullständiga arbetsredskap, låg kompetens, brister gällande information och bemanning. Vad gällande låg kompetens kan detta handla om att vårdaren själv känner sig icke kompetent för att hantera en krävande situation.

Krav och begränsningar handlar om för höga arbetskrav, begränsande möjligheter till skolningar och kunskapsutveckling, otillräcklighet på kontroll på arbetsplatsen och att inte ha möjlighet att påverka de beslut som görs. Vad gäller höga arbetskrav kan detta handla om krav på ständig koncentration i arbetet och enformiga arbetsuppgifter kan förhindra arbetstagaren för möjlighet att utvecklas. Hög arbetsbelastning kan kopplas till utmattning hos personal. Däremot minskar risken för utmattning då arbetstagaren känner sig ha kontroll.

Arbetskaraktären inom vårdbranschen anses vara i ständig förändring och innehaver typiska drag, så som treskiftsarbete. Som vårdare är man även exponerad för lidande och död, vilket kan upplevas som känslomässigt betungande.

Att arbetstiderna ständigt kan variera medför även en konstant förändring i både arbets- och privatlivet. (Schröder et. Grönlund 2018)

Inom alla yrkesområden inom social- och hälsovården upplevs tidvis plötsliga stressituationer. (Lehestö et. al 2004 s.197) I dessa situationer kan vårdaren uppleva ångest inför de höga kraven som situationen medför. Risken för en akut stressreaktion står därmed i omedelbar proportion till hur kritisk en händelse är. I sådana situationer, exempelvis vid dödsfall, olyckor eller situationer där hot och våld förekommer, kan det hända att vårdarens psykiska tillgångar inte räcker till för att hantera tillståndet. Denne kan uppleva en motstridighet gällande den komplexa situationen och de förväntningar och fordringar som finns på den egna yrkesrollen. I dessa tillstånd kan det, till det yttre, se ut som att vårdaren verkar inkonsekvent, frånvarande eller förvirrad. Vid traumatiska situationer kan vårdaren ha svårt att minnas händelsen efteråt, eller uppleva ångest vid situationer, tankar eller drömmar som påminner om traumat.

För att förebygga liknande stressreaktioner är det viktigt med ett socialt stödnätverk, familjerelationer, en fungerande arbetsgrupp, bra utbildning och möjligheter till förberedelser inför exceptionella situationer. (Lehestö et. al 2004 s.197)

3.3 Hälsa

Hälsa i generell bemärkelse är något som upplevs på olika sätt för alla individer. En människa kan anse sig vara vid god hälsa även om denne ur medicinskt perspektiv inte är frisk. Likaså kan en kroppsligt frisk människa uppleva sig må dåligt.

En beskrivning av begreppet hälsa, som kommer fram i många sammanhang, är WHO:s definition som trädde i kraft från år 1948:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välmående och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.” (WHO 2006)

Ett annat sätt att beskriva hälsa är enligt Medin och Andersson (2000) (se Winroth 2018, s. 34): är att hälsan innebär en positiv interaktion mellan en individ och dess omgivning.

De faktorer som påverkar hälsan är många och onekligen olika för alla individer, vilket kan göra dessa svåra att definiera. Enligt Lalonde (1974) (se Winroth & Rydqvist 2008 s. 18) kan faktorer som påverkar hälsan delas in i dessa huvudkategorier: Omgivande miljö, levnadsvanor och arv (genetiska faktorer).

I Winroth & Rydqvists (2008) diskussion kring denna modell kompletterar dessa faktorer med följande begrepp: *Villkor*, som man också kan beskriva som omgivande miljö, *relationer* som utgör en av de främst grundläggande faktorerna för hur människan mår. Ensamhet och mobbing utgör en stor risk för ohälsa.

Livsstil och levnadsätt påverkar hälsan till stor grad. Faktorer som här kan nämnas är kost, motion, sömnvanor och rusmedel. Med levnadssätt menas också vilka upplevelser, beteende, erfarenheter och människointeraktioner man vill ha i sin vardag.

”*Mitt sätt att tänka*” handlar om hur våra värderingar och tankesätt har utvecklats, redan från barndomen. Detta påverkas även av insikter, erfarenheter och känslor. Slutligen kommer *arv och genetik*, vilket innebär den genetiska anlag som människan föds med. (Winroth & Rydqvist 2008, s. 18-22)

3.3.1 Stress och utmattning

Enligt Bailey & Clarke (1992) finns det tre definitioner av gällande hur man kan se på stress.

Stimulusbaserad modell innebär att ett inkräktande kommer från utsidan av individen. Exempel på detta kan vara svår kyla eller ett yttre hot om att bli bostadslös.

Responsbaserad modell kan ses som individens fysiska reaktion på det utgörande hotet d.v.s. att man betar sig på ett stressat sätt, utifrån beaktat.

Transaktionsmodell för stress kan ses som en interaktion mellan personen och dess omgivning, samt hur individen uppfattar och tyder en händelse. Exempel på detta kan vara att personen inser att hen inte har någon makt över att förhindra att bli hemlös, och därför känner stress. (Bailey & Clarke 1992, s. 3)

Faktorer som påverkar människan till att bli stressad kallas *stressorer*. (Winroth & Rydqvist 2008 s.152) Dessa stressorer kan påverka kroppens homeostas (kroppens strävan till att bibehålla balans).

Exempel på inre- och yttre stressfaktorer kan vara: Social oräda, ekonomiska svårigheter, förändringar i samhället, tragiska händelser, sysslolöshet, byte av bostad eller ort, onyttighetskänsla, mobbning eller kriser.

De psykiska faktorerna som kan orsaka stress kan också delas in i fyra klasser:

Stress kopplat till tid, förväntan (ängslan), *situation* (hot, icke kontroll) och *konfrontation*.

I varje stressituation tolkas detta antingen medvetet eller omedvetet, och detta bestämmer sedan i vilken grad stressen uppkommer. Liknande stressituationer kan därför te sig olika från fall till fall, beroende på personens sätt att tänka och reagera. (Winroth & Rydqvist 2008 s.152)

Att vara stressad är inte ett sjukdomstillstånd i sig, utan ett biologiskt och psykologiskt sätt för kroppen att reagera på det som uppfattas som hot eller externa påfrestningar. (Åsberg et. al 2010) Det finns dock risk för att stress kan leda till både fysiska och psykiska sjukdomar. Man har funnit samband mellan psykosocial stress och en ökad mortalitet bland människor med kardiovaskulära sjukdomar.

Långvariga perioder av fram för allt psykosocial stress, utan tid för återhämtning, ökar risken för utmattningssyndrom. Utmattningssyndromets förlopp kan ses som tre faser.

Det första skedet, *Prodromalfasen*, inleds med fysiska och psykiska symptom på belastning. Symptom som spänningar och smärtor i nack- och ryggpartiet, problem i mag- och tarmkanalen, hjärtklappningar, sömnproblem, svårigheter att koncentrera sig, irritation och känslor av panik, kan då förekomma. Dessa varningssignaler borde få människan att inse att det är skäl att minska på belastningen. Om denna belastning fortsätter i lika hög grad kan följande skede, *akutfasen*, uppstå.

Kännetecknen vid *akutfasen* är extrem fysisk och psykisk utmattning och svårigheter att uppnå återhämtning, även under sömn. Denna fas uppstår ofta överraskande med oroväckande fysiska och kognitiva tecken. De kognitiva störningarna kan komma i episoder, i form av till exempel svårigheter att lokalisera sig, plötsliga minnesavbrott, tillfälliga svårigheter att hitta ord i ett samtal. Även kan högre ljud- och ljuskänslighet kan förekomma, samt även ångest, nedstämdhet och irritation.

Den sista fasen, *återhämtningsfasen*, innebär en succesiv tillbakagång av symptomen. Här är stresståligheten dock låg och det finns risk för återfall. (Åsberg et. al 2010)

3.3.2 Psykosociala belastningsfaktorer

På alla arbetsplatser finns olika psykosociala belastningsfaktorer som påverkar arbetstagen på ett eller annat sätt. Risk för att uppkomst av skadliga faktorer finns på vilken arbetsplats som helst.

Uppkomsten av skadlig belastning kan bero på flera faktorer, som kan delas in i tre sektioner (se figur 1). (Arbetarskyddsförvaltningen 2020)



Figur 1 Belastningsfaktorer, (Arbetarskyddförvaltningen, 2019)

Belastningsfaktorer som anknyts till arbetsuppgifter, eller arbetets karaktär, kan handla om ensidigt, - monotont, - eller splittrat arbete eller att arbetet kräver en ständig vaksamhet. Även höga krav på arbets kvaliteten, för stora mängder information, ständiga avbrott, för stort ansvar och att hantera återkommande svåra samspelsituationer med kunder kan leda till skadlig psykosocial belastning. (Arbetarskyddsförvaltningen 2020)

De belastningsfaktorer som man kan koppla samman med arbetsarrangemangen, innebär fördelning av arbetsuppgifter eller planering av arbetet. Ohälsosam belastning kan uppstå utav för stor eller liten arbetsbörda, för stor tidspress i arbetet, nackdelar som orsakas av arbetstider, till exempel treskiftsarbete, långa arbetsresor eller arbete som förflyttas mellan olika platser. Även bristande tillgång till arbetsredskap, dåliga arbetsförhållanden och otydliga arbetsbilder, ansvarsområden, fördelning eller målsättningar kan ha en negativ inverkan på arbetstagen.

Det sociala klimatet påverkar även uppkomsten av psykosociala belastningsfaktorer. Ensamarbete, social- eller fysisk avskildhet, dålig växelverkan och gemenskap i arbetsgruppen och brist på information är faktorer som kan leda till skadliga arbetsförhållanden.

Likaså är trakasserier, arbetsplatsmobbing, dåligt och orättvist bemötande, brist på stöd utav ledningen faktorer som i hög grad är skadliga i arbetsmiljön. (Arbetskyddsförvaltningen 2020)

För att utveckla hälsofrämjande synsätt på arbetet och positiva förändringar i arbetstagar-
nas levnadssätt är de viktigaste strategierna att bilda ett mångsidigt innehåll i arbetet där
individen kan utnyttja sin kompetens, och även att göra möjligt för individen att kunna ta
och visa ansvar för sitt beteende på arbetsplatsen samt att ledningen ansvarar för organi-
sationen av arbetet.

Att uppleva hälsa på arbetsplatsen påverkas även av psykosociala faktorer som att ha
möjlighet till att påverka kraven på arbetet, få socialt stöd och influens på jobbet, och att
kunna genomföra sitt arbete på ett tryggt sätt. Det är också viktigt att kunna lita på sina
egna förmågor att bemästra arbetet och bibehålla en arbetsmotivation. Det har även fram-
kommit att normer som förekommer i arbetsmiljön kan påverka individens hälsa. (Lars-
son m.fl, 2012, se. Gard 2014, s.58.)

3.3.3 Psykosocial arbetsförmåga

Enligt Ilmarinen (2009, se Gard 2014, s.57) innebär arbetsförmåga en balans mellan de
totala kraven på arbetet och människans egna resurser. För att ha en sund arbetsförmåga
är det viktigt att man behärskar de psykosociala förmågorna, som att man är kapabel att
hantera sitt arbete, bibehålla en viss kontroll över sina arbetsuppgifter och delta i de upp-
gifter som görs på arbetet.

Psykosocial arbetsförmåga kan vara svår att definiera och bedöma, eftersom denna alltid
är en del av en större helhet. I de flesta sammanhang menar man dock att psykosocial
förmåga handlar om förmågan att hantera situationer som kan relateras till ett normalt
sambandsliv. Detta kan innebära att klara av vardagliga situationer och förmåga att ta hand
om sig själv, samspela med andra människor och hantera sociala relationer, lösa vardag-
liga problem och att fungera i sin livs- och verksamhetsmiljö. (Kettunen et. al 2017, s.47)

3.3.4 Fysisk förmåga och belastningar

Människan är ursprungligen anpassad för olika typer av belastningar, i form av både lättare och tyngre fysisk aktivitet (Bohgard 2008). Dessa belastningar kräver dock även förutsättningar för vila.

För att människan ska känna välmående behöver hen också andra variationer av belastningar så som mentala och sociala sådana. Det krävs en balans mellan dessa belastningar, i kombination av mental och fysisk återhämtning, för att människan ska må bra.

Det rekommenderas att personer som har en lätt fysisk belastning i sitt arbete ska röra på sig även på fritiden, för att bibehålla en god fysik. Personer som har en hög och ihållande kroppslig belastning i sitt arbete riskerar däremot att få för liten återhämtning vilket inte leder till en bättre fysisk uthållighet, utan snarare tvärtom. Om återhämtningen uteblir börjar musklerna brytas ned i stället för att byggas upp. Därför skulle den optimala fysiska arbetsbelastningen vara varierande, med både lättare och tyngre fysiska arbetsmoment. (Bohgard 2008).

3.3.5 Fysiska och biomekaniska riskfaktorer i arbetslivet

I människors dagliga liv utsätts muskler och leder för belastningar kopplat till både arbete och fritid. Om belastningen överstiger vävnadens tolerans uppkommer ofta ett smärttillstånd. Denna vävnadstolerans kan vara nedsatt på grund av skador, sjukdomar eller inaktivitet. En del besvär kan vara typiska för en viss bransch på grund av arbetets fysiska krav. (Nordander m.fl., 2009, se Holmström & Horneij, 2014 s.76 - 77)

Dock kan även individuella faktorer t.ex. fysisk och mental kapacitet, längd, vikt, tobaksrökning, i kombination med miljö- och psykosociala faktorer, inverka på prevalensen av muskuloskeletala problem kopplat till arbetslivet. (Järvholm 2002, se Holmström & Horneij, 2014 s.77 - 78)

Rapporterade belastningsskador tolkas ofta som relaterade till arbetet bland arbetstagare i Europa. (Europeiska arbetsmiljöbyrån 2000)

Riskfaktorer som kan leda till muskuloskeletala belastningsskador anses enligt Europeiska arbetsmiljöbyrån (2000) påverkas utav antingen fysiska faktorer eller omständigheter relaterade till arbetsmiljön.

Fysiska faktorer i arbetslivet som kan leda till belastningar kan vara: bördor som lyfts manuellt med kroppen, dåliga arbetsställningar, enformiga rörelser, fysiskt tungt arbete

som utförs med till stor del handkraft, mekaniskt tryck på kroppens vävnader samt vibrationer.

Faktorer som kan kopplas till arbetsmiljön- eller organisationen kan vara: Tempot i arbetet, enformiga och upprepande arbetsuppgifter, tidpunkt för arbetet och tidsbundenhet, betalningssätt, monotona arbetsrörelser, kalla miljöer, arbetstagarens uppfattning utav arbetsorganisationen och psykosociala arbetsfaktorer. (Europeiska arbetsmiljöbyrån, 2000.)

3.3.6 Skelettmusklernas uppbyggnad och funktion

För att lättare förstå hur muskuloskeletala problem uppstår är det väsentligt att få en uppfattning om hur musklerna är uppbyggda och fungerar.

Människokroppen består av ungefär 300 viljestyrda muskler, dvs skelettmuskler. (Starre 2008, s. 4) Alla muskler har en eller flera senor i både början och slutet, och dessa är fästa i skelettet. Dessa senfästen kallas för ursprung och fäste.

En muskel kontraherar (drar ihop sig) genom att nervimpulser gör att muskelfibrerna förkortas. Detta leder till att muskelns ursprung och fäste närmar sig varandra och en rörelse uppstår i den leden som muskeln går över. (Starre 2008, s.4)

Varje enskild nervcell har hand om ett särskilt antal muskelceller, vilket kallas motorisk enhet. Ju större belastning desto fler antal av dessa enheter aktiveras, och detta innebär större kraftutveckling i muskeln.

För att skydda kroppen mot överbelastningsskador finns ett speciellt reflexsystem i muskler och senor, som kallas sträckreflexen. Detta system har som uppgift att mäta spänningar och töjningar. Vid plötsliga sträckningar, som kan leda till skador, sker en reflexmässig kontraktion av muskeln och samtidigt en relaxering i antagonisten (den muskeln som gör motsatt rörelse).

Hela denna process styrs av en gammanerv, som i sin tur styrs av centrala nervsystemet. Denna aktivitet påverkas även av psykiska faktorer, t.ex. smärta, ångest och oro, vilket kan leda till att känsligheten i gammanerven ökar. Detta leder till ökad muskeltonus, det vill säga spändare muskler. Däremot kan depression leda till motsatt verkan, alltså att denna känslighet hämmas. Då kan det bli svårare att lyckas med en effektiv stretching eftersom reflexsystemet då ökar muskeltonusen. (Starre 2008, s. 4 - 7)

Detta stöder även teorin om kopplingen mellan psykosocial stress och förekomsten av muskuloskeletala sjukdomar.

3.3.7 Leders rörlighet

Ledens rörlighet kan hindras av strama ligament, ledkapslar, muskler och även problematik inuti själva leden. (Starre 2008, s.9)

En led kan jämföras med en svängdörr, då muskler och ligament på båda sidorna ska vara jämnstarka och samtidigt lika elastiska. Om denna balans rubbas, blir ena muskeln för stark och den motsatta för svag. Då kommer leden att röra sig mot den starka sidan. Samma gäller även kring elasticitet.

En muskel kan upplevas som för kort eller spänd av många orsaker. En av dessa är en förändring i muskeln, eftersom bindvävshinnor (fascian) runt om muskeln samt senorna har blivit förkortade. Den vävnad som bildar fascior påminner om gummiband. Man menar att förändringar i denna vävnad leder till ärrbildning mellan fibrerna.

Enligt Starre (2008) kan flera faktorer orsaka kontrakturer eller förkortade muskler. Det kan vara frågan om obalans i styrkeförhållandet mellan antagonister (muskler som gör motsatt rörelse), att träna för ensidigt utan att göra töjningar, ensidiga arbetsrörelser, muskel- eller senskador som med ärrvävnad som följd, stela leder eller faktorer som berör fasciors elasticitet, t.ex. ålder, läkemedel eller kemikalier. Även fysisk inaktivitet, större tonus i muskler (t.ex. på grund av till exempel psykisk ohälsa), akuta led- och muskelskador, inflammation eller dålig blodcirkulation i området har inverkan på muskelspänningar, vilket kan leda till smärtproblematik.

(Starre 2008, s. 9 - 10)

3.3.8 Arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar

Det finns klara samband mellan arbetslivsfaktorer och muskuloskeletala problem. Levnadsvanor och individuella faktorer kan även öka risken för dessa problem, och ofta är det frågan om en kombination av alla dessa omständigheter. (Holmström & Horneij 2014, s. 96)

Enligt Arbetshälsoinstitutet i Finland (ttl.fi 2020) är de vanligaste muskuloskeletala sjukdomarna hos arbetstagare ryggsjukdomar, axel- och nackproblem samt problem i armbågar

och handleder. Hastiga och oväntade överbelastningar kan resultera i skelettfrakturer, ledbandsrupturer och bristningar i muskler och senor. Ofta är det dock de långvariga belastningarna som succesivt kan leda till problem. Vissa specifika arbetsmoment kan även öka risken för artros. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

Lättare, men långvariga, belastningar kan leda till skador i form av irritation och inflammation. Senfästen är i synnerhet utsatta för denna typ av problematik. En väldigt låg men statisk belastningsnivå kan också leda till muskelproblematik. Att sitta vid en dator under en hel arbetsdag kan leda till spänningar och sjukliga förändringar i muskler. (Bohgard 2008)

För att öka en förståelse i vad som händer i kroppen vid diverse muskuloskeletala problem kommer detta kapitel kortfattat beskriva de vanligaste muskuloskeletala problemen hos arbetstagare.

3.3.9 Ryggproblem

Förekomsten av smärta i ländryggen är hög och kopplas ofta ihop med fysiska och psykosociala arbetsfaktorer. Symptomen kan vara varierande och kan diagnosticeras antingen ospecifikt (lumbago eller lumbago-ischias) eller specifikt (diskbråck och spinal stenosis). (Holmström & Horneij 2014, s. 90)

Smärta i ryggen kan antingen vara lokal eller stråla, ibland till de nedre extremiteterna. Det är inte ovanligt att man inte alla gånger finner orsak till smärtan. Ischias, dvs. smärta som strålar ner i benet och under knävecket, kan vara ett symptom på diskbråck mellan ländryggskotorerna. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

En plötslig ansträngning av ryggen i en överraskande riktning kan leda till plötslig smärta, vilket man ofta kallar för *ryggskott*. Detta tillstånd uppkommer oftast på grund av otillräcklig stabilitet och beredskap i ryggmuskulaturen. Vid en sådan plötslig belastning kan därför minimala rubbningar i ryggkotorerna förekomma. Återkommande tunga och i synnerhet roterande lyft kan öka risken för just dessa besvär. (Bohgard 2008)

Risikfaktorer i arbetslivet som kan leda till ryggproblem är enligt Arbetshälsoinstitutet (2020) fysiska-, psykiska- eller individuella faktorer.

Fysiska riskfaktorer kan vara fysiskt tungt arbete. Även vridna och böjda arbetspositioner, arbetsställning på huk och vibrationer ökar risken för ryggproblem.

Psykosociala riskfaktorer kan vara för höga arbetskrav, små påverkningsmöjligheter i arbetet, dåligt stöd ifrån chef eller kollegor och brist på arbetstrivsel. Även individuella faktorer som ålder, levnadsvanor, fysisk- och mental ohälsa och ärftlighet kan påverka. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

3.3.10 Nack- och skulderproblematik

När man pratar om nacksmärta räknar man även skuldror och övre brösttrygg till nackområdet. Denna smärtproblematik är vanlig hos hela befolkningen, i synnerhet i åldern 35 – 50 år. Förekomsten är även högre hos kvinnor i jämförelse till män. (Fejer m.fl. 2006, se Holmström & Horneij 2014, s. 78)

Smärta i nacke och skuldror är en vanlig problematik bland arbetstagare och hör till de åkommor som ofta leder till sjukskrivningar. Enligt Arbetshälsoinstitutet (2020) visar studien "Hälsa 2000" att ca. 30 procent av deltagarna hade haft ont i nacken under den senaste månaden.

Nackproblematik tenderar att bli ihållande och risken för återfall är rätt stor. Ofta hänger nack- och ryggproblematik ihop, särskilt kronisk ländryggssmärta kan öka risken för nackproblematik.

Fysiska riskfaktorer i arbetslivet som kan leda till problem i nacke och skuldror kan vara arbetspositioner där nacken hamnar i läge för långt framåt eller bakåt, vridna eller böjda kroppsställningar, sittande eller orörliga arbetspositioner, ensidiga arbetsrörelser i axlar eller skuldror, ställningar med höjda armar eller vibrationer i händer. Nack- och skulderproblem kan också öka på grund av psykosociala faktorer, såsom: För höga arbetskrav, små påverkningsmöjligheter på arbetsplatsen, stress, dåligt stödnätverk socialt, enformiga arbetsuppgifter och brist på möjligheter att använda sina kunskaper och resurser i arbetet.

Individuella skillnader förekommer också. Högre ålder, kvinnligt kön, dåliga levnadsvanor och mental- och fysisk ohälsa ökar även risken för förekomst av nack-skulder problematik.

För att undvika att dessa problem uppstår är det viktigt med stödande ledarskap i arbetet, större påverkningsmöjligheter för arbetstagare och möjlighet till positiva arbetsutmaningar. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

3.3.11 Axelproblem

Besvär i axlar är den tredje till vanligaste muskuloskeletal problematiken (Arbetshälsoinstitutet 2020). Axelleden är involverad i en stor del av människans dagliga kroppsrörelser.

Med tiden och vid överansträngning slits de senor som fästs kring överarmsbenet och skulderbladet, som utgör armarnas rörelser, och detta kan leda till inskränkt rörelsemönster och smärtproblematik. Axelleden har också ett mycket stort rörelsemönster, vilket gör den sårbar vid olycksfall.

De fysiska riskfaktorerna i arbetslivet som ökar risken för axelproblem är positioner med upphöjda armar, ensidiga arbetsmoment, handvibrationer och olycksfall där armar och axlar drabbas. Andra faktorer som kan inverka på förekomsten av dessa problem är de individuella skillnaderna, så som; ålder, övervikt, diabetes och tobaksrökning.

(Arbetshälsoinstitutet 2020)

3.3.12 Problem i armbågar och handleder

Smärtproblematik i handleder och armbågar hör till ett av de främst förekommande problemen bland den arbetsföra befolkningen. Enligt Arbetshälsoinstitutet (2020) görs årligen ca. 400 anmälningar på grund av arbetsbetingade sjukdomar i armbågar och handleder. En del av dessa problem kan leda till kroniska belastningssjukdomar, varav de främsta är epikondylit, seninflammationer och även karpaltunnelsyndrom. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

Dessa problem kan uppstå vid monotona arbetsrörelser, moment där hög handkraft krävs, böjda handledsrörelser, pincettgrepp och vibrerande arbetsredskap. Även individuella faktorer påverkar. (Arbetshälsoinstitutet 2020)

4 BAKGRUND FÖR INTERVJUSTUDIEN

Den andra frågeställningen besvaras via en intervjustudie av tre utvalda sakkunniga inom området samt teori som baserar sig på resultaten. Intresset att skriva om ergonomi inom den prehospitalla vården väcktes under studierna då vi varit på praktik i ambulansen. Till den prehospitalla vårdens grunduppgift hör det att vårda en akut sjuk patient redan på plats och under resan till sjukhuset. Detta kräver goda fysiska och psykiska färdigheter. Vårdarna gör självständiga beslut och värderar patientens vårdbehov. (Vehmasvaara 2004, s.18).

I Päivi Vehmasvaaras avhandling (2004) har hon kartlagt de prehospitalla vårdarnas fysiska funktionsförmåga samt utvecklat ett test för de som söker in till förstavårds utbildningen. De prehospitala arbetet kräver bra fysiska färdigheter. Arbete kräver muskelstyrka samt en god ergonomi. (Vehmasvaara 2004, s.19).

4.1 Det prehospitalla vårdarbetet

Det prehospitala arbetet har förändrats mycket sedan denna verksamhet grundades. I begynnelsen var förstavårdens främsta uppgift att agera snabbt och ge professionell hjälp vid specifika patientgrupper, som hjärtinfarkter eller olyckor, och så snabbt som möjligt köra de skadade eller sjuka till sjukhus. (Kuisima et. al 2018, s.17) Idag ser situationen annorlunda ut, eftersom man har en betydligt bredare kompetens och en mer avancerad utrustning.

Enligt Finlands kommunförbund (2020) omfattar den prehospitalla vården idag att göra en snabb vårdbedömning av den plötsligt sjuka patienten, för att sedan kunna ge brådskande vård vid behov redan på plats. Patienten förflyttas och transporteras vidare till närmaste lämpliga vårdanstalt, och under färden krävs en ständig övervakning och vid behov omedelbar vård vid plötsligt försämrat tillstånd. Hit hör även att vid behov ordna psykosocial vård för patienter, anhöriga eller andra personer som bevittnat någon traumatisk händelse. Den prehospitalla vården skall ständigt infinna sig i beredskap. Förstavården medverkar, i samarbete med andra myndigheter, vid storolyckor och andra kritiska situationer inom sjuk- och hälsovården. I det prehospitala arbetet kan det även förekomma handräckning till polis, eller annan myndighet. (Kommunförbundet 2020).

Den prehospitala arbetsmiljön är inte alltid ändamålsenlig och ställer därför ytterligare belastningskrav. En akut situation på en offentlig plats med många nyfikna åskådare, kan göra det svårt att vårda patienten. Sådana situationer kan vara till exempel vid köpcentrum, parker eller restauranger. Vid restauranger finns även risk att råka ut för hotande våldssituationer. I dessa fall handlar oftast om rusmedel och droger (Vehmasvaara 2004, s. 21–22). Som utmanande arbetsmiljö nämner Työterveyslaitos (2017) köld, mörker, halka samt avstånden. Även trånga gångar, trappor och terräng.

4.2 Fysiska och psykiska krav inom den prehospitala vården

De fysiska kraven inom vårdbranschen varierar beroende på arbetsplats, arbetsuppgifter, tillgången till hjälpmedel och resurser. Det prehospitala arbetet anses dock vara ett av det mest krävande arbetet inom vården.

Förändringen inom denna bransch har skett under en relativt kort period. Arbetets natur är idag mångsidigt och omfattar flera olika typer av handgrepp. Det krävs en mental uthållighet, likaså en fysisk sådan. I arbetsbilden förekommer tunga lyft, besvärliga arbetsställningar, växlande arbetstider, ständig beredskap, att arbeta under tidspress, kapacitet att hantera kritiska situationer där död och lidande förekommer. (Suserud & Svensson 2009, s.33)

Forskare har också kommit fram till att det förekommer ett högre dödstal, fler antal olycksrelaterade dödsfall och skador samt fler förtidspensioneringar hos personal verksam inom förstavården jämfört med den allmänna befolkningen. Förekomsten av muskuloskeletala problem anses vara hög bland prehospital personal. Dessa besvär anses också vara den största orsaken till förtidspensionering. (Suserud & Svensson 2009, s.33).

Den prehospitala sektorn anses vara en tung och stressfylld bransch (Murtonen & Toivonen 2006). Risk- och belastningsfaktorer inom branschen varierar avsevärt från arbetsdag till arbetsdag, och dessa faktorer påverkas även utav yttre omständigheter. Under en sjuktransport finns det risker för faror och belastningssituationer som anses vara är svåra att förutspå. Utöver att vårdaren bör beakta sin egen säkerhet måste denne även oavbrutet säkerställa och vårda patientens tillstånd, samt ta anhöriga eller andra närvarande i beaktande.

Enligt Murtonen och Toivonens studie (2006) framkom det att de främsta arbetsmiljöriskerna vid patienttransporter har att göra med patientlyft- och förflyttningar, våld och trafiksituationer.

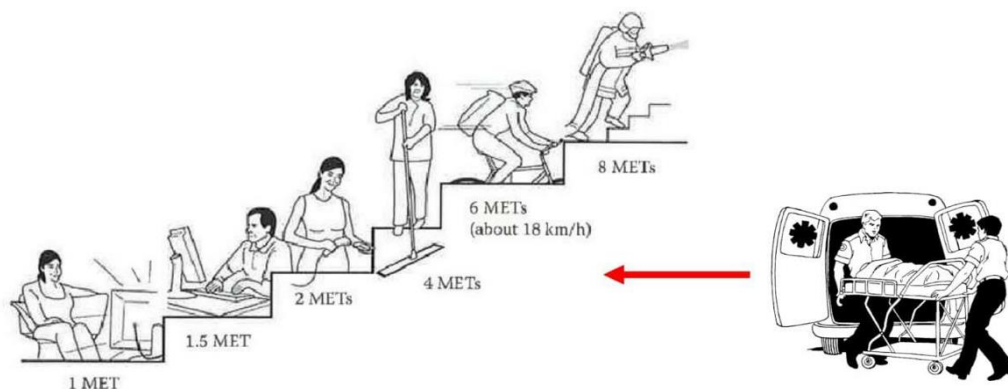
Enligt Työterveyslaitos (2018) är det till fördel med bra allmän kondition. Det hjälper att orka på arbetet och stöder återhämtningen. Tillräcklig muskelstyrka minskar belastningen av de fysiskt tunga på arbetet. Med bra kroppskontroll och ergonomiskt arbetsätt kan man förebygga olyckor, muskelansträngning och skador i stöd och rörelseorganen.

Man kan mäta prehospitala vårdarnas medelvärde av energiförbrukning med en MET skala. Belastningen är främst riktad till muskulatur och andnings- och cirkulationssystemet. Och med VO₂max mäter man maximal syreupptagningsförmåga.

Med förkortningen MET menas Metabolisk ekvivalent → Energiförbrukning / dos för en specifik aktivitet eller för hela dygnet utgår man från individens energiförbrukning i vila, varierande med ålder, kön. Hos normala vuxna är en MET ca 3,5ml O₂/kg/min. MET motsvarar syreförbrukningen hos en person som sitter still. (Figur 2)

Med förkortningen VO₂max menas Volume Oxygen Maximum → syreupptagningsförmåga används som mått på kroppens förmåga att bilda energi med hjälp av syre. VO₂ mäts i liter syre/min.

Ensihoitajan laskennallinen keskimääräinen energiankulutus 12 h työvuoron aikana on 2,7 MET



Figur 2 Förstavårdarnas energiförbruk igenomsnitt under 12h arbete är 2,7MET (Työterveyslaitos 2018)

Exempel på uthållighetsnivåer enligt Työterveyslaitos (2018), en toppidrottare man har en syreupptagning på 80–90 ml/kg/min och MET 22–26 och en kvinnlig toppidrottare 70–80 ml/kg/min MET 20–23. Och en oerfaren person, blir andfådd i trappan med en syreupptagning på 25 ml/kg/min och MET 7. Förstavårdarnas energiförbrukning igenomsnitt under 12h arbete är 2,7 MET. (*Figur 2*)

4.3 Arbetshälsa och arbetsförmåga

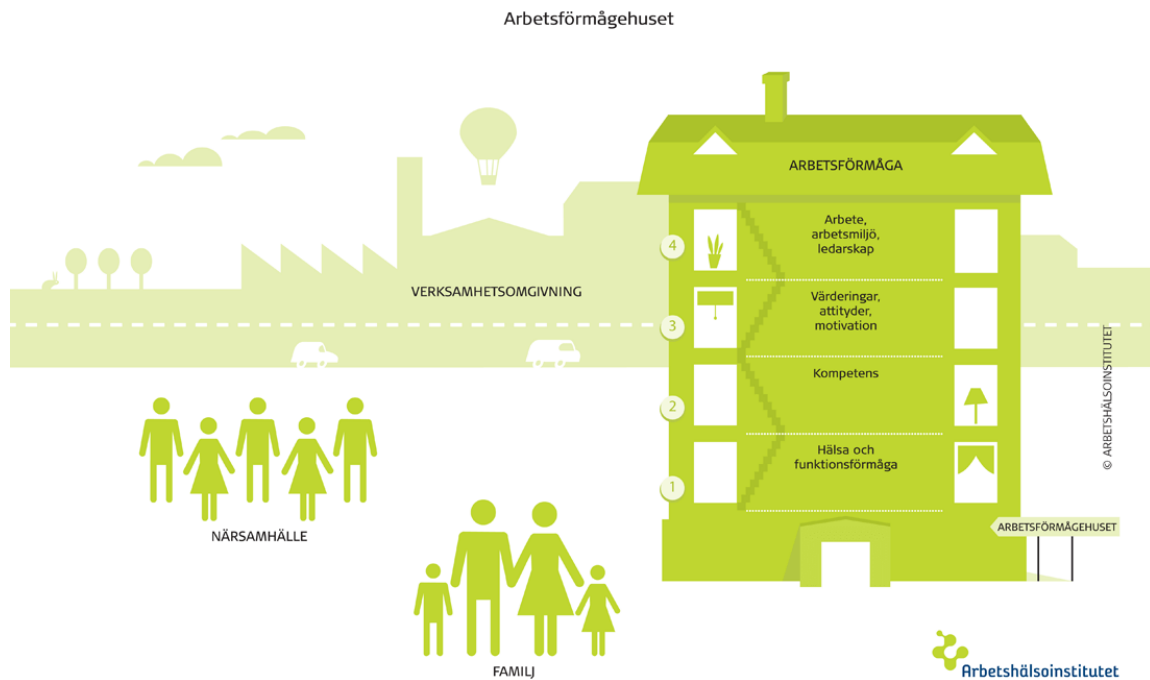
Enligt Työterveyslaitos (2018) är arbetshälsan på arbetsgivarens och arbetstagarens ansvar. Befrämjande av arbetshälsan sker tillsammans med chefen, förmannen och arbetstagaren. Arbetshälsovården är en del av arbetshälsan. I en välmående arbetsmiljö kan man lita på varandra och vara öppen, man uppmuntrar och stöder, har gemensamma mål, man vågar tala om problem. En välmående arbetstagar är motiverad och ansvarsfull, och kan utnyttja sina styrkor och sitt kunnande, kan känna sig nyttig i sitt arbete, känner sig lyckad med sitt arbete.

Arbetshälsan kan mätas med olika frågeformulär som t ex arbetsatmosfär, utvecklingsamtal och med att följa sjukfrånvaron. (Työterveyslaitos 2018).

Arbetsvälmående beror på balansen mellan människans resurser samt de kravarbetet ställer. Människans resurser består av hälsa och funktionsförmåga, skolning, kunnande samt värde och attityd.

Arbetsvälmående påverkas av människans hälsa, yrkeskunnighet, värden och arbetsförhållanden. Därtill påverkar saker som händer i familjen och närmiljön. (Ilmarinen 2006, s. 38–41)

Arbetshälsoinstitutet har delat arbetsförmågan i fyra våningars hus (*Figur 3*). De tre nedersta våningarna består av individens resurser och den översta våningen av arbetet och arbetsförhållandena (Arbetshälsoinstitutet, 2020)



Figur 3, Arbetsförmågehuset (Arbetshälsoinstitutet 2020)

- Husets bottenvåning utgörs av hälsan och funktionsförmågan
- Den andra våningen består av yrkeskompetens
- Den tredje våningen består av värderingar, attityder och motivation
- Den fjärdevåningen är arbetets våning

Första våningen fungerar som en grundsten, det är grunden för arbetsförmågan. Som består av psykiska-, fysiska- och sociala hälsan.

Den andra våningen står för yrkesidentitet samt uppehållandet av skolning.

Den tredje våningen beskriver personens inre värderingar då det gäller arbetslivet.

Fjärde våningen, den tyngsta våningen. Sätter kraven på de andra våningarna och dess balans, sinns emellan. (Ilmarinen 2006, s 24).

4.4 Den fysiska arbetshälsan

I det prehospitala arbetet rör man på sig mycket men inte tillräckligt för att uppehålla en tillräcklig fysisk funktionsförmåga. Arbetet utgörs av bärande, dragande, skuffande och av besvärliga arbetsställningar som enligt forskning orsakar skador i stöd – och rörelseorganen. Man strävar efter att förebygga skadorna med rätta arbetsmetoder och fysisk kondition.

För stora och ensidiga belastningar, obekväma arbetsställningar samt otillräcklig återhämtning kan leda till att det uppstår skador i stöd och rörelseorganen. Medan en för liten belastning lätt kan leda till att muskeltillståndet försämras, benskörhet samt dystrofi i lederna. Uppehåll av kroppens rörelseförmåga, kräver regelbunden rörelse, belastning och tillräcklig sömn.

Skador i stöd och rörelseorganen är bland de vanligaste arbetsrelaterade hälsoproblem i Finland och andra länder. De är även en stor orsak till sjukfrånvaro. (Työterveyslaitos 2018).

Arbetsrelaterade skador i stöd och rörelseorganen är främst i ryggen, nacken, skuldrorna samt övre och nedre extremiteter. Hälsoproblemen varierar från lindriga smärtor till allvarliga sjukdomar som kräver sjukfrånvaro samt medicinering. I värsta fall kan de leda till arbetsförmågenhet.

Dom flesta arbetsrelaterade skador i stöd och rörelseorganen utvecklas med åren. De påverkas ofta av flera olika saker. Till dem hör fysiska och biomekaniska faktorer, organisationen och psykosociala faktorer samt personliga faktorer. Fysiska och biomekaniska riskfaktorer kan vara lyft speciellt i kombination med böj- och vridningsrörelser, upprepade kraftiga rörelser, statiska ställningar, dålig belysning, kall omgivning, skakning, snabb takt, sittande eller stående i samma ställning. Psykosociala riskfaktorer och faktorer relaterade till organisationen kan vara, krävande arbete, få pauser, snabb takt, ny teknologi, långa arbetsturer eller skiftesarbete, mobbning, marginell arbetstillfredsställelse. Oftast alla psykosociala och organisations relaterade faktorer påverkar, speciellt då det förenas med fysiska risker. Då kan de leda till stress, trötthet, ångest som i sin tur ökar risken för sjukdomar i stöd och rörelseorganen. (Europeiska arbetsmiljöbyrå)

Enligt FPA (2020) är utbetalande av sjukdagpenning och sjukfrånvaro på grund av sjukdomar i stöd och rörelseorganen det vanligaste orsaken. De som arbetar med fysiskt tungt arbete har vanligen längre sjukledigheter än de som arbetar med kontorsarbete. År 2018 ersatte FPA 14,9 milj. sjukdagpenningar samt 787milj. euro sjukdagpenningens förmånsutgifter. Sjukdagpenning utbetalades till 29% med skador i stöd och rörelseorganen.

4.5 Ergonomins betydelse i det prehospitala arbetet

Målet med ergonomin är att utveckla den fysiska aktiviteten som helhet för att på så sätt minska eller underlätta på människans upprepade rörelser. Med hjälp av ergonomi kan vi förbättra arbetssäkerheten, väl måendet och hälsa. (Työterveyslaitos, 2018). Man strävar att förbättra arbetssäkerhet, hälsa och välmående. Ergonomi bygger på vetenskap om människans struktur, funktion, behov och växelverkan, som måste tas i beaktande vid planering av verksamhetsmiljön. Med att förena människans fysiska och psykiska förmåga samt utnyttjat tekniska lösningar har man byggt upp ergonomi planerings principen. (Launis & Lehtelä, 2011)

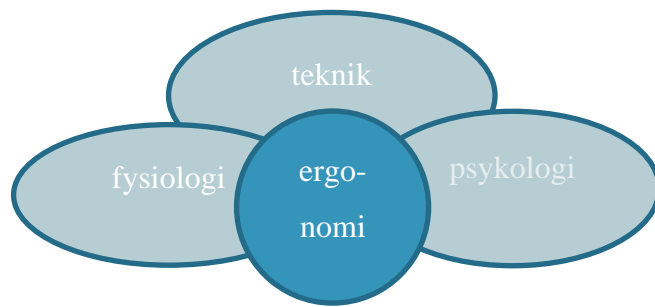
Med arbetsplatsens ergonomi planering strävar man att utveckla arbetet och arbetsförhållanden. Man planerar arbetsutrymmena och utrustning så att de betjänar så många som möjligt. Om arbetstagarens funktionsförmåga blir sämre kopplas arbetshälsovården med i planeringen av arbetsmiljön så att arbetaren kan fortsätta med arbetet. (Työterveyslaitos 2018)

Begreppet ergonomi är omfattande, förutom fysisk ergonomi omfattar den kognitiv och organisatorisk ergonomi. Det bästa resultatet fås då man analyserar arbetet från alla tre synvinklar. Kognitiv ergonomi – innebär operativsystem i de redskap, verktyg och maskiner man använder sig av samt interaktionen mellan människa, arbete och teknik. Organisatorisk ergonomi – personal, arbetsprocess, förläggning av arbetsschema och utvecklande av samarbetet (Launis & Lehtelä, 2011 s. 19–20).

Utrustningen i ambulansen väger i sig själv mycket, defibrillatorn väger åtta komma åtta kilogram, vårdväskan väger fjorton komma sjuttiofem kilogram och syreväskan tretton komma fyra kilogram.

Att bära väskan på den ena axeln belastar kroppen ojämnt och kan medföra muskelspänningar, muskelobalans, vridningar i höften och ryggen. Enligt Työterveyslaitos (2018) belastar lyftandet av defibrillatorn mindre då den lyfts inifrån ambulansen jämfört med att lyfta den från utsidan.

En vridning i ryggen belastar kroppen ojämnt och kan åstadkomma en muskelobalans samt störningar i ämnesomsättningen. Förutse hur patientförflyttningen kommer att ske. Fel lyft teknik belastar ryggen, nacken, skuldrorna och övreextremiteterna.



Figur 4 Ergonomins byggstenar, (Launis & Lehtelä 2011).

Förflyttningar med bärstolen är riskfulla och som tidigare nämnts ställer omgivningen sina egna krav, trånga gångar, trappor, mörker mm.

På den andra stolen på bilden (se figur 5), syns en trappklättrare som underlättar förflyttningen i trappor, då stolen inte behöver bäras ner. Patienten instrueras att sitta så stilla som möjligt i stolen.

Lyft med bärstolen från sidodörren kräver en bra fysik och teknik men på en del räddningsverk rekommenderar de att inte utföra lyft från sidodörren om möjligt. Patienten kan förflyttas från stolen till baren patienten eller själv kliva in i ambulansen med vårdarens hjälp. Lyftet med bärstolen belastar mera den som lyfter i övre handtagen än den som lyfter i nedre handtagen. I lyftet från övrehantagen belastas handledens flexorer mest och vid lyftet från bilen från övre handtagen belastas lårmusklerna mest samt handledens flexorer. Lyftet från bilen och till bilen, från de nedre handtagen belastar handledens flexorer och extensioner. (Työterveyslaitos, 2018)



Figur 5. Pensi ergogo med en trappklättrare(pensi.fi)

Enligt Työterveyslaitos (2018) belastar lyftandet av båren mera då den flyttas in i bilen än tvärtom. Belastningen faller mest på handledens flexorer och extensorer samt ryggmuskulerna.

Då man lyfter båren från huvudändan belastar det den som lyfter från huvudändan mera. Belastningen ligger då på handledens extensioner samt flexorer axlar muskler samt underarmens flexorer mera än lyftet från bårens fotända.



Figur 6. Stryker M1-6100 (Medkit.fi)

På (Figur 6) kan man se en typ av bårar som används i ambulansen. Alla ambulanser är försedda med en bår och ett förflytningsbräde. Bårar finns av olika märken och med olika funktioner. Man kan höja och sänka båren manuellt från båda ändorna en i gången eller båda samtidigt. Mera ergonomiskt är det att göra det turvíst så att den andra håller ner båren på andra sidan med sin tyngd medan den andra höjer på båren. På så vis får man en tyngdfördelning som lättar lite på den andra vårdarens belastning. En del ambulanser är försedda med lite mera automatik och har bårar som fungerar med hydraulik som dras in i ambulansen med en el-mekanism.

Då man flyttar patienten från båren till sjukhussängen strävar man efter att undvika lyftande rörelser, det gäller att hålla rätt arbetshöjd. Arbetshöjden mäts alltid från den kortare vårdarens knytävess höjd då armen ligger intill kroppen. För att göra förflyttningen smidig och ergonomiskt använder man sig av ett förflytnings bräde (easyglide Figur 7) samt det gröna lakanet som ligger på båren under patienten. Easygliden ligger under madrassen på båren men finns även på sjukhuset.

Vid förflyttning av patienten tar vårdarna i det gröna lakanet som används i ambulansen under patienten, som hjälpmedel vid förflyttningar. Lakanet har hål längs med kanten där man får ett bra grepp då patienten förflyttas. Förflyttningen sker genom att skuffa/dra utan att lyfta, patienten glider med hjälp av easyglide-brädan. Om patienten är kapabel att hjälpa till, så kan hen göra det enligt anvisningar av vårdarna. Patienten kan vara rädd eller våldsamt som också måste beaktas i förflyttningarna. (Työterveyslaitos 2018)



Figur 7 Easyglide (Respecta.fi)

5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Som teoretisk utgångspunkt för litteraturanalysen har vi valt att använda oss av Aaron Antonovskys begrepp *KASAM – Känsla av sammanhang* (1987). För intervjustudien har vi som teoretisk utgångspunkt valt Katie Erikssons definition av *Möten med lidanden* (1993), *Den lidande människan* (1994) samt även *arbetsmiljön*. Hälsa och lidande och trygghet som omnämns i arbetarskyddslagen.

5.1 KASAM, känslan av sammanhang

I Aaron Antonovskys formulerade modell KASAM, publicerad 1979, ser han på hälsan ur ett salutogenetiskt synsätt. (Antonovsky, A. 1987 s.15 - 16) Till skillnad från ett patologiskt synsätt, där man söker förklaringen till varför människor insjuknar, fokuserar den salutogenetiska synvinkeln på hälsans ursprung. Man vill här fråga sig vad det är som gör att människan går mot antingen hälsa eller ohälsa, oberoende av miljön den befinner sig i. Den mänskliga vardagen innehåller massor av olika stressfaktorer. Vissa människor klarar bra av flera stora stressbelastningar, andra inte. Vad som orsaken bakom just detta fenomen är det som man inom den salutogenetiska modellen vill lösa. (Antonovsky, A. 1987 s.15 - 16)

Begreppet KASAM är bestående av tre centrala komponenter: *Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*. (Antonovsky, A. 1987 s. 43)

Begriplighet innebär i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli. Upplever man dessa stimuli som hanterbara, tydliga, strukturerade, sammanhängande eller tvärtom; kaotiskt, rörigt, oväntat, planlöst och ologiskt.

En människa som har en hög grad av begriplighet kan förutse framtida stimuli, och även klara av att orda och förklara de överraskningar som uppstår.

Hanterbarhet betyder hur man upplever att man med sina resurser klarar av att möta de krav som ställs emot en. Detta kan innebära de egna resurserna som man kontrollerar eller sådana resurser som man förlitar sig på, men som kontrolleras av andra. Man har kanske tilltro till sin partner, vänner, arbetskamrater, religion, historik, politiker eller en läkare. Har man en stor grad hanterbarhet, ser man inte sig själv som ett offer även då man utsätts för orättvisa- eller olyckliga omständigheter.

Meningsfullhet hänvisar till betydelsen av att vara delaktig. Detta kan vara frågan om verksamhet som man känslomässigt engagerar sig i, och dessa ha visat sig ge betydelse och mening i livet.

Meningsfullhet kan också innebära att man upplever att de problem och krav som ställs i livet är värda att satsa sin energi på. (Antonovsky, A. 1987 s. 43 - 46)

Antonovskys teori kan tillämpas även i en psykosocial miljö, då detta i hög grad har att göra med människans hälsa och vad som påverkar den. Eftersom vi vill ta reda på vilka kopplingar psykosocial stress kan ha med muskuloskeletal problematik, kan detta kopplas till teorin om hur den psykosociala miljön påverkar människans fysiska hälsa. Detta är orsaken till att vi valde denna modell kring den första frågeställningen.

5.2 Erikssons teori om hälsa och lidande

Eriksson avser att begreppet friskhet egentligen handlar om den fysiska hälsan. I detta arbete har resultatet visat att fysisk belastning kan orsaka hälsoproblem i bl a stöd- och rörelseorganen. Skador i stöd- och rörelseorganen är ofta långvariga sjukdomar, som kräver långa vårdtider. Sjukdomarna kan rubba arbetarens arbets- och funktionsförmåga, som gör skada på hälsan för en längre tid. Hälsa och lidande går hand i hand. Hälsa och lidande är två sidor av livsprocessen, då lidandet är outhärdigt brister förmågan till hälsa. Ett outhärdigt lidande förlamar människan och hindrar henne från att växa. (Eriksson 1994, s.65). Ur vårdvetenskapligt perspektiv kan lidandet delas upp i tre dimensioner: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. En kronisk värk kan leda till nedstämdhet och dåligt psykiskt tillstånd. Eller när kroppen och dess funktioner utgör ett hinder till rörelse. Känslan av att vara fånge i sin egen kropp.

Sjukdom och ohälsa berör hela människans livssituation, tillgången till världen blir begränsad. Lidande kan uppstå i situationer när människan inte känner sig sedd och bekräftad, eller då livet närmar sig sitt slut (Eriksson, 1994).

Att lida innebär en kamp mellan gott, ont, lidande och lust. (Eriksson 1993 s. 3 - 4) Motsatsen till lidande är lust. Med lust menar man rörelse, strävan och åtrå efter det goda, likaså kan lusten kretsa kring det onda.

Det goda lidandet innebär för människan en kamp för att uppnå mening och tillväxt, och bli en mer hel människa.

I *Den goda lusten* uppstår en äkta livsglädje, meningsfullhet och kraft.

Den onda lusten gör människan fastdriven i passionen, och lyckas således ej göra beslut över sitt liv. *Det onda lidandet* är genomgående ont, och gör att människan känner hopplöshet över situationen. "Att lida är att föra en kamp. Lidandet som vara kamp innebär att våga vara i lidande, att våga erkänna att det finns." (Eriksson 1993 s. 4)

Erikssons begrepp "lidande" anser vi att kan knytas till vårt forskningsämne, eftersom vi anser att psykosocial- och fysisk hälsa hör ihop med faktumet hur man klarar av att möta lidande och själv utsätts för lidande.

5.3 Arbets säkerhet

Finland har en väl utarbetad arbets skyddslag vars syfte är att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållanden. Arbetsgivaren är enligt arbets skyddslagen (2002/738) skyldig att minska den skadliga belastningen på arbetsplatsen eller röja undan och se till att arbetstagarnas hälsa understödes på arbetsplatsen. Arbetsgivaren bör kunna bedöma den fysiska belastningen på arbetsplatsen och avgöra hur skadlig den är för arbetstagaren med tanke på arbetstagarens hälsa och prestationsförmåga. Samt vidta åtgärderna och följa upp konsekvenserna för arbetstagarnas hälsa och prestationsförmåga. (Arbetarskyddsförvaltningen 2020)

Enligt arbetarskyddslagen (2002/738) är arbetsgivaren skyldig att se till att se till att arbetets beredskap uppfyller kraven. Ett fysiskt tungt arbete med kraftiga påfrestningar samt långvarigt sittande ökar den fysiska belastningen och orsakar risker för skador i nacken, axlarna, ryggen och de nedre extremiteterna. Arbetet ska vid behov kunna underlättas med hjälpmedel, till exempel ska lyft och förflyttningar underlättas så långt det går. Arbetstagarna har rätt att blir instruerade i hur de ska utföra det fysiska arbetet och hur och vilka hjälpmedel de bör använda vid behov.

Arbetstagaren har en skyldighet att iaktta de föreskrifter och anvisningar som arbetsgivaren ger. Arbetstagaren ska även iaktta den omsorgsfullhet och försiktighet som krävs för att upprätthålla säkerhet och hälsa, för egen del och för övriga arbetstagares del. (Arbetarskyddsförvaltningen 2020) **12 §** planeringen av arbetsmiljön **13 §** planeringen av arbetet **24 §** ergonomi, arbetsställningar och arbetsrörelser.

6 METOD FÖR LITTERATURANALYS

I detta arbete har vi skribenter delat upp arbetsfördelningen enligt de två frågeställningarna. Edith har haft litteraturanalysen som sitt ansvarsområde, och Sonja har besvarat den andra frågeställningen (mera om denna process på s.40) genom en intervjustudie.

6.1 Arbetsprocess

I denna studie riktar sig litteraturanalysen, som besvarar frågeställning 1, enbart på tidigare forskning. I litteraturanalysen använder vi oss av metoden *översiktsstudie*, som är en grund till att göra systematiska sökningar vid datainsamling. I en översiktsstudie finns det möjlighet till att skapa och en bredare överblick om vad som tidigare forskats inom ett ämnesområde. (Peters et. al. 2017).

I sin studie framställde Arksey & O'Malley (2005) en struktur, bestående av fem steg, som sammanfattar översiktsstudie-metoden:

- 1: Identifiera forskningsfrågan
 - 2: Identifiera relevanta studier
 - 3: Val av relevanta studier
 - 4: Kartlägg data
 - 5: Sammanställ, sammanfatta och rapportera resultaten
- (Arksey & O'Malley 2005)

6.2 Kvalitativ innehållsanalys

Innehållsanalys som metod vid vetenskaplig forskning har utvecklats för att kunna hantera data i större mängd. Fokuset i kvantitativ innehållsanalys är att tolka texter och används därför inom beteende, - human- och vårdvetenskap. Man delar ytterligare in den metodiska ansatsen i två delar: Deduktiv och induktiv. Deduktiv ansats betyder att man analyserar resultatet genom en tidigare sammanställd modell eller teori. Med induktiv ansats görs analysen utan förutsättningar, som kan vara baserad på människors egna upplevelser och skildringar, till exempel om hur det kan vara att leva med en viss sjukdom. (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 159 - 160)

Det mest utmanande då det kommer till kvalitativ undersökning är att beskriva, analysera och tolka data. Det är både svårt och tidsdrygt att lyckas få en så stor mängd data begripligt och komprimerad samt att kunna finna mönster. (Forsberg & Wengström 2013, s.150) Detta gör att forskaren är tvungen att gå igenom materialet många gånger för att kunna tolka text ur olika vinklar och kunna bilda en helhetsuppfattning och en röd tråd. (Forsberg & Wengström 2013, s. 167)

Efter att man gått igenom materialet plockar man ut meningsenheter, dvs. partier, nyckelord och satser som ger en beskrivning av textens innehåll. Sedan sker en kondensering av dessa meningsenheter, vilket innebär att dessa stycken ytterligare förkortas utan att ändra dess innehåll eller betydelse. (Granskär & Höglund-Nilsen 2012, s. 190)

Efter att dessa har kategoriserats, sammanfattas de inom olika ämnen, som sedan återges och kopplas till studiens röda tråd. (Forsberg & Wengström 2013, s. 167).

Som metod för litteraturanalysen i denna studie har vi använt oss av kvantitativ innehållsanalys med en deduktiv ansats.

Efter att vi läst igenom artiklarna har vi lagt fram alla fynd som gjorts. Dessa har sedan sorterats så att vi har fått en överblick av vilka gemensamma fynd som gjorts. Vi valde slutligen att kategorisera resultatet enligt de psykosociala faktorerna som varit mest förekommande i artiklarna.

6.3 Problemavgränsning

I början av arbetsprocessen till denna studie ville vi enbart fokusera på förstavårdare gällande hela arbetet, men på grund av bristen av teoretiskt material inom området bestämde vi oss för att enbart inkludera sjukvårdspersonal i den första frågeställningen, som bygger på litteratur, och att fokusera på förstavårdare i den andra frågeställningen. Således har vi i litteraturanalysen exkluderat material som handlar om psykosocial stress och muskuloskeletala problem hos andra yrkesgrupper än sjukskötare. Vi har inte begränsat sökningen av materialet enligt geografi, dock har vi strävat till att använda oss av studier där arbetsmiljön, i ett psykosocialt sammanhang, är liknande som hos vårdpersonal i Finland. Vi har inkluderat alla psykosociala kopplingar till diverse olika muskuloskeletala problem, eftersom fokus är på vilka psykosociala faktorer som har lett till dessa. Gällande språket har vi exkluderat artiklar som är på andra språk än engelska, svenska, finska och norska. Artiklarna ska även vara skrivna mellan år 1995 – 2021. Motivet till denna breda

årsspann är vi fann en nordisk artikel utgiven år 1995, som vi ansåg att hade relevans i denna studie. Enligt vår uppfattning kan sjukvårdens psykosociala belastningar på nordiska sjukhus, under nittioalet, förmodligen jämföras med hur sjukvårdarens vardag ser ut i andra länder idag, som har deltagit i andra artiklar som vi använt i denna studie.

6.4 Datainsamling

För att besvara den första frågeställningen har vi valt ut 11 vetenskapliga artiklar som berör vårt ämne. Vi hade utmaningar med att hitta relevanta vetenskapliga artiklar som var skrivna ur just detta perspektiv, därför tog vi beslutet att även inkludera även artiklar som var skrivna under nittioalet.

Vi har använt oss av databaser som EBSCO host, Pubmed, Science Direct, Google Scholar, och Springer Link. Som sökord inom den första frågeställningen har vi använt oss av bland annat Nurse* OR Nursing AND psychosocial factors OR psychosocial stress AND musculoskeletal pain OR musculoskeletal injuries.

Beroende på hur man varierade sökorden kunde resultatet och antal träffar varieras stort. De bästa resultaten hittades på Ebsco host, Pubmed, Science Direct och Springer Link där vi totalt hittade 11 artiklar som var användbara för oss (se tabell 1).

Tabell 1. Sökord och databaser som använts till för datainsamling.

Sökning	Databas Datum	Sökord	Övriga inklusions-/exklusionskriterier	Antal träffar	Urval
1	Ebsco host	Nurse OR nurses OR nursing AND psychosocial factors OR psychosocial impact OR psychosocial effects AND musculoskeletal disorders OR musculoskeletal pain OR musculoskeletal injuries	Fulltext	47	1 (Nr.4)
2	Science direct	nurses OR nursing AND psychosocial stress OR psychosocial risk-factors AND musculoskeletal	Fulltext. Subscribe journals, review articles, research articles, open access	1765	4 (Nr. 2, 3,6,9)

		pain OR musculoskeletal injury OR occupational injury			
3	Pub med	nurses OR nursing staff AND psychosocial stress AND musculoskeletal pain	Fulltext	12	1 (Nr.7)
4	Springer link	nurses AND musculoskeletal pain AND psychosocial stress factors	Preview	2169	1 (Nr.10)
5	Pub med	nurs* AND psychosocial factors AND musculoskeletal pain	Full text, 1995-2021	144	4 (Nr. 1, 8, 11, 5)

7 METOD FÖR INTERVJUANALYS

7.1 Arbetsprocess

Till den andra frågeställningen valde vi att göra en intervjustudie. I samband med att vi framställde vårt forskningstema har vi tagit kontakt med tre respondenter som är sakkunniga inom området. Vi blev tipsade om dessa sakkunniga respondenter av våra handledare för detta arbete.

För att beakta respondenternas anonymitet har vi inte lagt med forskningsloven i detta arbete som ansöktes före intervjuerna av respondenternas överordnande. Vi har använt oss av bokstäver i stället för att avslöja respondenternas riktiga identitet:

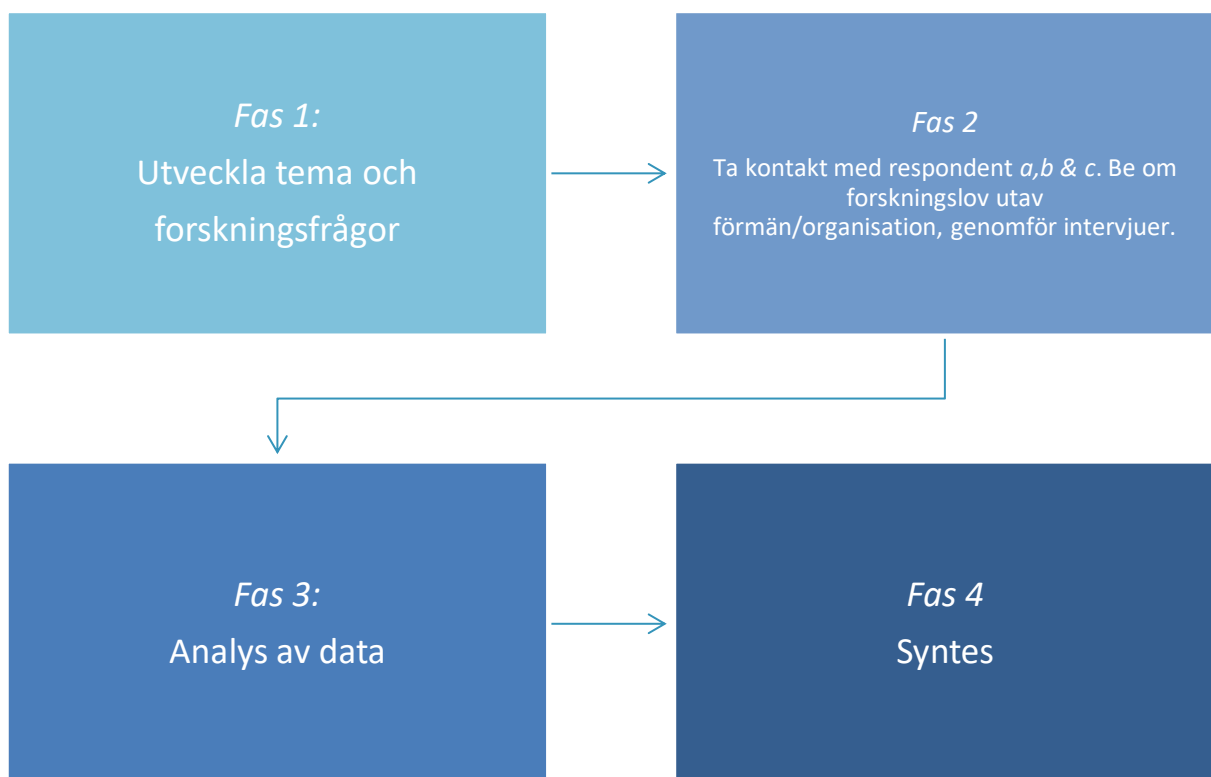
- A. Lektor i fysioterapi på en yrkeshögskola
- B. Ergonomiansvarig förstavårdare
- C. Lärare på *Pelastusopisto*.

Respondenterna fick fritt svara på tre intervjufrågor, som vi sammanställt kring forskningstemat. Med hjälp av dessa diskussioner fick vi skapa oss en bättre kunskap kring hur situationen ser ut på fältet idag. Baserat på dessa kunskaper, och litteratursökning, framställde vi en problemformulering.

Intervjufrågorna skickades till respondenterna via e-post före själva intervjun. Intervjun gjordes i huvudsak per telefon våren och sommaren 2020, den tog ca 30min / respondent. Intervjuerna bandades in och transkriberades varefter materialet genomgick en innehållsanalys. Materialet från intervjuerna jämfördes med tidigare forskning samt teori för att se om dessa har samband och denna undersökning kunde vi märka att det var så. Valet att skriva om ergonomin bland förstavårdarna väcktes spontant då vi önskar att kunna arbeta på ett ergonomiskt sätt i vårt kommande yrke med tanke på flera friska arbetsår.

Frågor som ställts respondenter:

1. Vilka anser du är de främsta fysiska utmaningar som en förstavårdare utsätts för?
2. Vilka slitageskador ser ni i förstavårdarnas arbetsvardag och vilka faktorer tror du är orsaken till dessa?
3. Vilka fördelar och nackdelar har man om man är antingen kort eller storväxt? Även med tanke på ergonomi och hantering av hjälpmedel.



Figur 8: Intervjustudiens forskningsplan och dess fyra faser.

7.2 Kvalitativ innehållsanalys

Som analysmetod för datamaterialet som samlats in har i denna studie används kvalitativ innehållsanalys. Med innehållsanalys menas att man slår samman det insamlade materialet på ett systematiskt sätt. Kvalitativa studier baserar sig på den medverkande människans erfarenheter, ofta i dess naturliga miljö. I en kvalitativ studie samlas data genom t.ex. berättelser, observationer eller intervjuer där informanten fritt kan beskriva sina erfarenheter och upplevelser. Forskningsfrågorna skall vara öppna och fritt formulerade så att det öppnar upp för fri tolkning och forskningsinstrument i en kvalitativ studie är forskaren själv. I studien används ett induktivt arbetssätt där forskarna utgår från deltagarnas upplevelser och styrs därför inte av någon teori (Henricson 2012).

7.3 Dataanalys

Datainsamlingen gjordes från januari 2020 till juni 2020. Före intervjuerna ansökte vi om forskningslov av respondenternas överordnande. Intervjufrågorna skickades till respondenterna per e-mail. Intervjuerna gjordes enskilt med respondenterna, en av dem gjordes fysiskt på plats men de två andra per telefon. Intervjuerna bandades in med hjälp av en mobiltelefon och tog ca 30min.

Inspelningen transkriberades, vilket betyder att skriva rent ljudmaterial. Transkriberandet av intervjuerna tog 5 - 9 timmar, som gav 16 sidor text. Genom att lyssna på inspelningen under transkriberingen får man en bättre grund för förståelsen (Henricson, 2012 s. 172). Det är viktigt att innehållsanalysen som tas ut ur intervjutexten svarar på frågeställningarna och att ha syftet i åtanke vid analys av data (Henricson 2012 s. 135, 335 - 336).

8 RESULTAT FÖR LITTERATURANALYSEN

I detta kapitel presenteras den första frågeställningens resultat bestående av de 11 artiklar som nedan i en tabell (tabell 2) med artikelns titel, författare, årtal, syfte och avgränsning samt resultat. Därefter redovisas dessa resultat mer noggrant enligt innehållsanalys som gjorts. Resultatet presenteras som sorterat i rubriker enligt huvudkategorier. Motiveringen till detta är att det i många studier framkommer resultat som går in i varandra, men som ändå har vissa markanta skillnader. Alla artiklars syfte, som inkluderats i studien, presenteras i texten vartefter de är relevanta under rubriker. Dessa är våra huvudkategorier:

- Trivselbrist på arbetsplatsen
- Brist på stöd och uppskattning
- Små påverkningsmöjligheter
- Arbetschema och otillräcklig bemanning
- Arbets- eller familjekonflikter och problem
- Modellen *decision latitude* och jobbkrav
- Arbetsrelaterad stress och övriga faktorer.

Resultatet utav dessa artiklar besvarar studiens första frågeställning: *Vilka psykosociala riskfaktorer kan kopplas till muskuloskeletal problem hos sjukvårdare?*

Två utav forskningarna behandlar enbart ländryggssmärta. Övriga artiklar utreder antingen samband mellan muskuloskeletal sjukdomar och specifika psykosociala faktorer eller så alla psykosociala faktorer som man har kunnat koppla till muskuloskeletal sjukdomar.

Tabell 2 Tabell över alla artiklar som inkluderats

Nr.	Titel	Författare	År	Syfte, avgränsning	Resultat
1	Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among nurses in Saudi Arabia.	Jradi, et. al.	2020	Samband mellan psykosociala faktorer och ländryggssmärta hos sjukvårdare i Saudi Arabia.	Psykosociala och arbetsrelaterade faktorer som kunde kopplas till LBP var: <ul style="list-style-type: none">- Frekventa lyft- Jobbrelaterade problem- Ekonomiska problem- Arbetsrelaterad stress- Brist på trivsel.

2	Association of musculoskeletal disorders and workload with work schedule and job satisfaction among emergency nurses.	Bazan et. Al.	2019	Samband mellan muskuloskeletala problem, jobbskift och välbefinnande bland sjukvårdspersonal som arbetar på första hjälpen (EM) i Iran.	Högt antal av deltagarna upplevde sig ha muskuloskeletala problem, i synnerhet i knän, brösttrygg, ländrygg, nacke, skuldror. Man kunde se samband mellan arbetsschema, arbetstillfredsställelse och muskuloskeletala problem. I synnerhet de som arbetade under nattsift, och som inte trivdes med arbetet hade högre förekomst av muskuloskeletala problem.
3	Work-related psychosocial risk-factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review meta-analysis.	Bernal et. al	2014	Samband mellan utsatthet för psykosociala arbetsfaktorer och MSD bland sjukskötare och vårdbiträden i sjukhusmiljö.	Samband mellan ländryggsmärta och: -höga krav -små påverkningsmöjligheter i arbetet. Dessa riskfaktorer kunde också kopplas samman -nackskuldsmärta - knäsmärtor eller - smärta på andra anatomiska ställen. Man kunde också se samband mellan dåligt socialt stöd och ryggproblem. Hög ansträngning och dålig belöning hade en stark koppling till smärta på olika ställen i kroppen.
4	Lower back pain in nurses working in home care: linked to work-family conflict, emotional dissonance, and appreciation?	Eiferling et. al.	2018	Att redogöra sambandet mellan LBP och arbets- och familjekonflikter, emotionell dissonans och känslan av för liten uppskattning.	Ländryggsmärta kunde kopplas till: -Känslomässig nedstämdhet -Brist på uppskattning. Man kunde inte se tydliga samband mellan arbets- och familjekonflikter och ländryggsmärta.
5	Association between perceived inadequate staffing and	Kim et. al.	2013	Att ta reda på om upplevd otillräcklig bemanning kan	Otillräcklig bemanning kopplades till högre förekomst av ryggsmärta, samt även smärtor på andra ställen i kroppen.

	musculoskeletal pain among hospital patient care workers			kopplas med muskuloskeletala smärtor, samt hur arbetsrelaterade psykosociala och fysiska faktorer kan påverka detta.	Arbetsrelaterade psykosociala faktorer, jämfört med fysiska belastningsfaktorer, kan ha större inverkan på förekomsten av just dessa ryggproblem i detta sammanhang då bemanningsnivån är lägre.
6	Psychosocial factors, musculoskeletal disorders and work-related fatigue amongst nurses in Burnei:	Hanif et. al.	2017	Att redogöra förhållandena mellan psykosociala faktorer, muskuloskeletala sjukdomar och arbetsrelaterad trötthet hos sjukskötare.	Arbets- och familjekonflikter ansågs vara orsaken till utveckling av muskuloskeletala problem, som sedan hade lett till trötthet genom stress och utbrändhet.
7	Work-Related Psychosocial Factors and Mental Health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurses: A Cross-Sectional Study	Freimann et. al.	2016	Att ta utreda prevalensen av muskuloskeletal smärta bland intrahospitala sjukskötare, samt utreda samband mellan MSP och psykosociala faktorer och mental ohälsa.	Prevalensen av MSP (musculoskeletal pain) bland sjukskötarna var hög. Ländryggs- och nackområden var oftast utsatta för smärta. Somatisk stress-symptom hade även inverkan på MSP. De psykosociala faktorerna som kunde kopplas till MSP var: -kvantitativa krav - emotionella krav -arbetstakt -orättvisor och -brist på respekt -brist inflytande -konflikter gällande roller.
8	Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel	Ahlberg-Hultén et. al.	1995	Att hitta samband mellan muskuloskeletal smärta och psykosociala faktorer i arbetsmiljön hos kvinnlig sjukvårdspersonal.	-Arbetsrelaterad stress (psykologiska krav, beslutstagande, utnyttjande av kompetens, brist på stöd hade en tydlig koppling med ländryggssymptom. -Nack- och skulder problem kunde enbart kopplas till faktorer kopplat till brist på socialt stöd på arbetet.
9	Work-Family Conflict, Task Interruptions, and Influence at WorkPredict	Nütsi et. al.	2015	Att undersöka prevalensen av muskuloskeletala problem bland	-Ländryggen och nackområdet var problemområden som förekom mest. Arbets- och familjekonflikter en stark koppling till detta och till MSD över lag.

	Musculoskeletal Pain in Operating Room Nurses			schweiziska operationssjuk-sköterskor, samt hur arbets- eller familjekonflikter, avbrott i arbetet, och påverkan på arbetet kan kopplas till dessa problem.	-De sjukskötare med större inflytande på att påverka hade en mindre förekomst av lumbal- och cervikal smärta. -Att bli avbruten i arbetet av olika orsaker hade även en tydlig koppling till smärta i nacke och ländrygg. -Rökning kunde också kopplas till ländryggssmärta.
10	Investigation of psychosocial factors on upper limb musculoskeletal disorders and the prevalence of its musculoskeletal disorders among nurses: a systematic review and meta-analysis.	Zare et.al	2021	Att kartlägga prevalensen av MSD hos sjukskötare i övre extremiteter, samt undersöka vilka psykosociala faktorer som kan kopplas med detta.	De faktorer som hade samband med muskuloskeletal problematik, i de övre extremiteterna. var: - Tråkiga arbetsuppgifter - Otillräcklig bemanning - Modellen <i>Decision latitude</i> , - otillräckligt stöd - tidspress - brist på jobbtrivsel - beslutstagande - jobbrelaterad stress
11	Relationship between Psychosocial Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Disorders among Public Hospital Nurses in Malaysia	Amin et. al.	2014	Sambandet mellan psykosociala riskfaktorer och risken för uppkomst av muskuloskeletal problem hos sjukskötare i Klang Walley, i Malaysien.	De faktorer som kunde kopplas till muskuloskeletal problem var: - arbetsbelastning, - <i>decision latitude-modellen</i> , - jobbkontroll, - jobbkrav - socialt stöd Studien kunde inte påvisa att EN specifik faktor skulle leda till smärtproblematik i enbart ett kroppsområde.

8.1 Trivselbrist på arbetsplatsen

I flera av studierna, bland annat i Jradi, et. al (2020), Bazazan et. Al. (2019) & Zare et.al (2021) framkom det att brist på trivsel var en av de faktorer i resultaten som kunde kopplas till olika typer av muskuloskeletal problem.

I studien gjord av Jradi et. al (2020) var syftet att undersökta vilka psykosociala och arbetshälsomässiga faktorer som kan länkas samman med smärta i enbart ländryggsområdet, hos sjukskötare i Saudi Arabien. I resultatet framkom det att majoriteten av deltagarna

(79,5%) svarade att de hade ländryggssmärta. Så gott som alla av dessa menade att smärtan var arbetsrelaterad och nästan hälften hade fått behandling för detta.

Majoriteten av de som led av ländryggssmärta svarade att de var missnöjda med sitt arbete. Nästan hälften menade att de har funderat över att byta arbete på grund av jobbproblemen. (Jradi et. al 2020)

Arbetet på en jourpoliklinik, i följande studie benämnt som *emergency department* (ED), är krävande, sett både ur en fysisk- och mental synvinkel. (Bazazan et. al. 2019) Arbetsmiljön för akutsjukvårdare är utmanande och sägs ur flera synvinklar vara en av de mest ansträngande platserna att arbeta på i ett sjukhus. Risken är hög för både psykisk utmattning och trötthet hos personalen.

Syftet med Bazazan et. al:s (2019) studie var att undersöka samband mellan muskuloskeletala problem, jobbskift och välbefinnande som upplevs bland sjukvårdspersonal som arbetar på första hjälpen (EM). I resultatet kunde man konstatera att ett högt antal av deltagarna upplevde sig ha muskuloskeletala problem, i synnerhet i områden som knän, brösttrygg, ländrygg, nacke och skuldror. Man kunde klart se en anknytning mellan bland annat arbetstillfredsställelse och muskuloskeletala problem. Jämfört med de som trivdes på jobbet, hade de personer som inte trivdes högre förekomst av muskuloskeletala generellt problem i alla kroppsområden, bortsett från höften och låren. Detta kan stöda teorin om att smärta kan kopplas till mentala- och fysiska obehag som kan leda till otillfredsställelse. I studien framkom det även att orsaken till brist på arbetstillfredsställelse särskilt kunde kopplas mentala krav och frustration. Arbetsmängden visade sig inte ha påverkat otrivseln. (Bazazan et. al. 2019)

Syftet med följande färskare studie, gjord av Zare et. al. (2021), är att kartlägga prevalensen av muskuloskeletala sjukdomar hos sjukskötare i övre extremiteter, samt undersöka vilka psykosociala faktorer på arbetsplatsen som kan kopplas med detta. Som metod har man analyserat vetenskapliga artiklar. I tre av de studier man analyserat kom det fram att brist på jobbtrivsel var en av de psykosociala faktorer som kunde kopplas till muskuloskeletala sjukdomar i övre extremiteter. Brist på trivsel kunde kopplas med problem i främst nacken, men också nack-skulder området. Man kunde dock inte koppla någon av faktorerna till *enbart* ett problemområde i kroppen. (Zare et.al 2021)

8.2 Brist på stöd och uppskattning

Brist på stöd och uppskattning var faktorer som visade sig kunna kopplas till muskuloskeletala sjukdomar i fem av artiklarna som använts till resultatet.

Muskuloskeletala sjukdomar är en av de största orsakerna till sjukskrivning bland vårdpersonal i Europa (Menzel, 2008, se Bernal et. al 2014). Orsaken till förekomsten av dessa problem kan bero på individuella faktorer, så som ålder, kön men även arbetsrelaterade- och icke-arbetsrelaterade riskfaktorer. Fysiska arbetsrelaterade riskfaktorer har en stark inverkan på uppkomsten av muskuloskeletala sjukdomar. Dock har man tidigare kunnat bevisa att även psykosociala faktorer har ett samband med denna problematik.

Syftet med Bernal et. al:s (2014) systematiska litteraturstudie och metaanalys är att sammanställa och identifiera samband mellan utsatthet för psykosociala arbetsfaktorer och muskuloskeletala sjukdomar bland sjukskötare och vårdbiträden i sjukhusmiljö. I resultatet kunde man se samband mellan dåligt socialt stöd och ryggproblem. Hög ansträngning och dålig belöning hade också en stark koppling till smärta på olika ställen i kroppen. De muskuloskeletala problem som främst har rapporterats bland hemsjukvårdare är ländryggssmärta samt nack- och skuldersmärta. (Glaser & Höge 2005, se Elfering et. al. 2018). Det finns även studier som bevisar att sjukvårdare som jobbar i hemmiljö ligger i en högre riskgrupp för ländryggssmärta jämfört med de som arbetar i sjukhusmiljö. (Carineiro et. al. 2017, se Elfering et. al. 2018) Dock är det ett faktum inte finns tillgång till hjälpmedel i patientens hem till skillnad från sjukhuset. Detta resulterar i att hemsjukvårdare tillbringar nästan halva sin arbetstid i dåliga arbetsställningar, vilket kan kopplas till muskuloskeletala problem.

Elfering et. al:s studie (2018) är gjord för att redogöra om det finns ett samband mellan ländryggssmärta och arbets- och familjekonflikter, emotionell dissonans och känslan av för liten uppskattning. Som resultat fann man bland annat samband mellan ländryggssmärta och brist på uppskattning. (Elfering et. al. 2018)

Syftet med följande svenska studie var att hitta samband mellan muskuloskeletal smärta och psykosociala faktorer i arbetsmiljön hos kvinnlig sjukvårdspersonal. (Ahlberg-Hultén et. al. 1995) Deltagande i studien bestod av 90 utbildade sjukskötare eller biträden som arbetade i Stockholm med omnejd. I resultatet framkom det att arbetsrelaterad stress hade en klar koppling med ländryggssymptom. Detta kunde kopplas till stress som orsakades

utav flera faktorer, bland dessa visade sig brist på stöd på arbetet ha en inverkan på ländryggssymptom.

Nack- och skulder problem kunde enbart kopplas till faktorer kopplat till brist på socialt stöd på arbetet. Ju lägre stödet var, desto allvarigare upplevdes också symptomen vara. (Ahlberg-Hultén et. al. 1995)

Även i Zare et.al:s studie (2021) fann man kopplingar mellan muskuloskeletala sjukdomar i övre extremiteter och otillräckligt stöd. Man fann ett betydande samband mellan bland annat denna psykosociala faktor och uppkomsten av MDS i axlar, nack-skulderpartiet samt i händer och handleder.

Otillräckligt stöd kunde i störst grad kopplas till problem i handleder och händer, men också till nacke och skuldror. (Zare et.al 2021)

Amin et. al.s studie (2014) är gjord med ändamålet att finna samband mellan psykosociala riskfaktorer och risken för uppkomst av arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar hos sjukskötare i Klang Walley, i Malaysien.

Över trehundrafemtio sjukskötare deltog i studien, och nästan tre av fyra sjukskötare upplevde smärta eller obehag i någon del av kroppen under det senaste året. Smärta i nacke, skuldror och bröstryggen hade rapporterats högst bland sjukskötarna, och till följande vanligast var ländryggssmärta. Lägst andel rapporterad smärta var i de övre extremiteterna. Nästan hälften av de sjukskötare som upplevde sig ha nackproblem, hade ofta även smärtor i andra områden, som knän, bröstrygg, axlar och ländrygg.

I resultatet kom man också fram till att alla de komponenter av riskfaktorer som jämförts, bland annat socialt stöd, hade en signifikant roll i uppkomsten av olika muskuloskeletala problem. I studien kom det dock inte fram att just en specifik faktor skulle leda till smärtproblematik i enbart ett kroppsområde. (Amin et. al. 2014)

8.3 Små påverkningsmöjligheter

I tre av studierna fann samband mellan små påverkningsmöjligheter och muskuloskeletala problem.

Enligt Bernal et. al (2014) kunde man se starka samband mellan små påverkningsmöjligheter i arbetet och ländryggssmärta. Denna riskfaktor kunde också sättas i förbindelse med nackskulder- och knäsmärtor eller smärta på andra ställen i kroppen. (Bernal et. al 2014)

Syftet med Freimann et. al:s estniska studie (2016) var att ta utreda prevalensen av muskuloskeletal smärta bland intrahospitala sjukskötare, samt utreda vilka associationer som hittas mellan muskuloskeletal sjukdomar, psykosociala faktorer samt mental ohälsa.

I resultatet fann man att prevalensen av muskuloskeletal smärta var hög bland de, över fyrahundra, sjukskötare som deltog. Ländryggs- och nackområden var oftast utsatta för smärta. En av de psykosociala faktorerna som kunde kopplas till muskuloskeletal smärta var bland annat brist på inflytande på arbetsorganisationen. (Freimann et. al. 2016)

I Nütsi et. al.s studie (2015) var målsättningen att undersöka prevalensen av muskuloskeletal problem bland schweiziska operationssjuksköterskor, samt hur arbets- eller familjekonflikter, avbrott i arbetet, och påverkan på arbetet kan kopplas till dessa problem. I studien deltog över hundra sjukskötare från åtta olika sjukhus i Schweiz.

I resultatet framkom det att över hälften av deltagarna upplevde sig lida av muskuloskeletal sjukdomar. Hälften av dessa hade smärta i ländryggen, över en tredjedel i nackregionen, en femtedel i brösttryggsområdet och lika stor mängd i knän och ben. Smärta i händer eller fötter upplevdes hos en tiondel och under fem procent hade värk muskler i huvudområdet. Ofta hade man ont i flera områden samtidigt.

Ländryggen och nackområdet visade sig vara de problemområden som förekom mest.

De sjukskötare som upplevde sig ha större inflytande på att kunna påverka arbetsplatsen hade en mindre förekomst av lumbal- och cervikal smärta. (Nütsi et. al. 2015)

8.4 Arbetschema och otillräcklig bemanning

Bazazan et. Al. (2019), Kim et, al. (2013) & Zare et.al (2021) kunde i sina resultat koppla faktorer som anknyts till antingen arbetsschema eller otillräcklig bemanning med muskuloskeletal problem.

Enligt Bazazan et. al (2019) kunde man klart se en anknytning mellan arbetsschema och muskuloskeletal problem. De som arbetade under nattskift hade högre förekomst av denna muskelproblematik. Bazazan et. al. menar att en högt krävande arbetsmiljön på en jourpoliklinik har en bevisad negativ effekt på sömnkvaliteten hos läkare och sjuksköterskor, vilket avsevärt kan öka risken för medicinska fel. Dessutom ökar denna faktor risken för mental utmattning och trötthet hos akutsjukvårdare. Nattskiften har också tidigare bevisats leda till en större risk för MDS-problematik.

Likaså kan olika sociodemografiska synpunkter, så som psykologiska och fysiska situationer, leda till att muskulära belastningsbesvär utvecklas. (Bazazan et. Al. 2019)

Kim et, al. (2013) gjorde sin studie med syftet att ta reda på huruvida upplevd otillräcklig bemanning kan associeras med muskuloskeletala smärtor samt att utvärdera hur arbetsrelaterade psykosociala och fysiska faktorer kan påverka detta. Som resultat fann man kopplingar mellan otillräcklig bemanning och högre prevalens av ryggsmärta, samt även smärtor på andra ställen i kroppen. Man menar också att arbetsrelaterade psykosociala faktorer, jämfört med fysiska belastningsfaktorer, kan ha större inverkan på förekomsten av just dessa ryggproblem i detta sammanhang, dvs. då bemanningsnivån är lägre. (Kim et. al. 2013)

I Zare et. al:s studie (2021) kunde man också se anknytningar mellan bland annat otillräcklig bemanning och muskuloskeletala sjukdomar, där problemen hade uppstått i främst nacke, men också nack-skulder området. (Zare et.al 2021)

8.5 Arbets- eller familjekonflikter och problem

Under denna rubrik inkluderar vi konflikter och problem både på arbetet och i privatlivet. Hit räknar vi även ekonomiska- och samt personliga problem.

Enligt Jradi et. al. (2020) var nästan hälften av deltagarna villiga menade att byta arbete på grund av jobbproblem. Både jobbrelaterade problem och ekonomiska problem kunde kopplas ihop med ländryggssmärta. (Jradi, et. al 2020).

Bland hemsjukvårdare kunde man däremot inte koppla tydliga samband mellan arbets- och familjekonflikter och ländryggssmärta. Dock kunde man se samband mellan ländryggssmärta och känslomässig nedstämdhet. (Elfering et. al. 2018)

I studien gjord av Hanif et. al. (2017) ville man utreda förhållandena mellan psykosociala faktorer, muskuloskeletala sjukdomar och arbetsrelaterad trötthet hos sjukskötare. Man kom fram till att arbetsrelaterad trötthet kunde vara resultatet utav psykosociala faktorer och muskuloskeletala sjukdomar. Bland de psykosociala faktorerna visade sig arbets- och familjekonflikter vara orsaken till utveckling av muskuloskeletala problem, som sedan ansågs hade lett till trötthet genom stress och utbrändhet. (Hanif et. al. 2017)

Enligt Freimann et. al. (2016) har somatisk stresssymptom en inverkan på muskuloskeletal smärta. Man fann också kopplingar mellan muskuloskeletal smärta och bland annat

orättvisor, brist på respekt på arbetsplatsen och konflikter gällande roller. (Freimann et. al. 2016)

Nütsi et. al. (2015) kom fram till att arbets- och familjekonflikter hade en signifikant koppling till smärtproblematik i ländryggen och nackområdet, vilket också visade sig vara de problemområden som förekom mest. De som hade dessa typer av konflikter hade även större förekomst av muskuloskeletala sjukdomar över lag. (Nütsi et. al. 2015)

8.6 Decision latitude-modellen och jobbkrav

Under denna rubrik tas upp de artiklar som ansett att muskuloskeletala sjukdomar kan ha kopplingar med modellen *decision latitude*, dvs. med hälsokonsekvenser orsakat av ett arbete med höga krav och samtidigt liten personlig kontroll vilket kan påverka förmågan till beslutstagande. Dessa faktorer kunde i olika sammanhang kopplas till muskuloskeletala problem enligt flera av författarna.

Enligt Amin et. al. (2014) hade modellen *decision latitude*, jobbkontroll och jobbkrav en betydelsefull roll i förekomsten av olika sorters muskuloskeletala problem, dock ej bundet till endast en specifik faktor skulle leda till problematik i enbart en viss del kroppen. (Amin et. al. 2014)

Några av de psykosociala faktorer som enligt Zare et.al (2021) kunde kopplas till av MDS, i axlar, nack-skulderpartiet samt händer och handleder, var modellen *decision latitude*, jobbkrav och beslutstagande. Problem i främst nacke, men också nack-skulderområdet, visade sig ha samband med *decision latitude-modellen* och jobbkrav. Man kunde ej heller i denna studie koppla någon, av dessa psykosociala faktorer, till *endast* ett problemområde. (Zare et.al 2021)

Ahlberg-Hultén et. al. (1995) kommer däremot till slutsatsen att arbetsrelaterad stress hade en klar koppling med ländryggsproblem, vilket i sin tur kunde ha att göra med stress som orsakades vid bland annat nämnare som höga psykologiska krav, situationer där man är tvungen att ta auktoritära beslut och utnyttjande sin kompetens.

I Freimann et. al.s studie (2016) visade sig också att ländryggs- och nackområden var oftast utsatta för smärta och att psykosociala faktorerna som kunde kopplas till detta var flera, men bland annat kvantitativa- och emotionella krav. (Freimann et. al. 2016)

Likaså fann Bernal et. al (2014) att starka samband mellan bland annat höga krav och ländryggssmärta, samt även viss koppling till nackskulder- och knäsmärtor eller smärta på andra anatomiska delar av kroppen. (Bernal et. al 2014)

8.7 Arbetsrelaterad stress samt övriga faktorer

Övriga faktorer som framkom i resultatet var enligt Jradi, et. al. (2020) bland annat frekventa lyft och arbetsrelaterad stress. Knappa hälften av deltagarna i studien svarade att de lyfter patienter eller föremål fem, eller fler, gånger per arbetsskift. Nästan två tredjedelar delar av sjukskötarna med ländryggssmärta hade rapporterat att de led av arbetsrelaterad stress.

I studien kom man alltså fram till att frekventa lyft och arbetsrelaterad stress kunde kopplas till ländryggssmärta. (Jradi, et. al 2020).

Bernal et. al. (2014) menar att också att hög ansträngning har klar anslutning till smärta på olika ställen i kroppen. (Bernal et. al 2014)

Arbetstakten hade även ett samband mellan ländryggs- och nackområden, vilka oftast utsatta för smärta hos deltagarna, enligt Freimann et. al. (2016).

Arbetsrelaterad stress hade även, enligt Ahlberg-Hultén et. al. (1995) en tydlig koppling med ländryggssymptom.

Orsaken till arbetsrelaterad stress kan vara många, men i Nütsi et. al.s studie (2015) visade sig att bli avbruten i arbetet, av t.ex. en telefon, störande ljud, inkommande av övrig personal eller en situation var man upptäcker att utrustning är oren eller icke-funktionsduglig, hade även en tydlig koppling till smärta i nacke och ländrygg.

Som övrigt fynd fann man att rökning kunde kopplas till ländryggssmärta. (Nütsi et. al. 2015)

Psykosociala faktorer som påverkat muskuloskeletala sjukdomar i övre extremiteter konstaterades i Zare et.al:s studie (2021) var tråkiga arbetsuppgifter, tidspress och jobbrelaterad stress.

I de studier som analyserats fann man kopplingar mellan tråkiga arbetsuppgifter och större risk för handledsproblematik. Även smärta i övre delar av ryggen hade i en viss mån koppling till tråkigt arbete. Dessa faktorer kunde även i viss mån kopplas till andra problemområden i kroppen. Jobbrelaterad stress kunde i störst grad kopplas till problem

i handleder och händer, men också till nacke och skuldror. Att jobba under tidspress hade störst koppling med nacke och skuldror, men även med övre-rygg- och handleds/hand problematik. (Zare et.al 2021)

Amin et. al. (2014) kom också fram till att de komponenter av riskfaktorer som jämförts hade även arbetsbelastning hade en påverkan i uppkomsten av olika muskuloskeletala problem. Man kunde inte bevisa att just en specifik faktor skulle leda till smärtproblematik i enbart ett kroppsområde. Dock var smärta i nacke, skuldror och bröstryggen hade rapporterats högst bland sjuksköterna, och ländryggen var näst mest förekommande problemområdet. (Amin et. al. 2014)

9 RESULTAT FÖR INTERVJUSTUDIEN

Som forskningsöversikt för den prehospitala vården har vi intervjuat 3 sakkunniga respondenter. Resultaten baserar sig på respondenternas erfarenheter samt upplevelser.

9.1 Allmänna fysiska utmaningarna bland förstavårdare

Enligt alla tre respondenter är det främsta fysiska utmaningar att lyfta och bära patienten men att också själva utrustningen är tung att bära. Enligt respondent C måste man i en akut situation med en tung patient avgöra om man tar risken att göra en oergonomisk förflyttning med sitt arbetspar eller om man väntar på tillägghjälp. Enligt respondent A och C påverkas utmaningarna ytterligare av omgivningen till exempel svår terräng, dåliga väderförhållanden eller i ett höghus med många våningar. Respondent C säger att tyngdfördelningen ställer till med problem speciellt i trappor där den ena kan få 70% av tyngden på sig. För att inte tala om halka och snubblande som också ställer sina krav.

Enligt respondent A kan patienten även försöka aktiveras själv, genom att göra det den kan för att underlätta förflyttningen. Respondent B säger att varför lyfta in en patient med stolen då många kan kliva upp själv eller ta sig på baren, om den är utanför bilen.

Enligt respondent B är lyft med bärstolen från sidodörren en fysisk utmaning då man inte får en bra ergonomisk ställning vid lyftet. Stolen lyfts från ett djupt huksittande där man på samma gång måste stå lite framåtlutad och ryggraden kommer i ett dåligt läge för den som lyfter stolen på inre sidan av ambulansen. I trappor strävar de på respondent B:s arbete

att använda sig av en trappklättrare, för att minska belastningen. Detta även för att trygga patientsäkerheten. Respondent B nämner även att de haft attitydskolningar på arbetet där man gått igenom varför lyften är utmanande och varför ergonomin är viktig. Många tänker att man har gjort förflyttningar i flera år och att man inte behöver skolning för det. På ergonomiskolningarna har man tagit fram hur oergonomiska förflyttningar påverkar sjukledigheter.

Respondent B nämner betydelsen av pausgymnastik eller någon form av rörelse mellan utryckningarna. Enligt respondent B och C är det en risk för den fysiska ergonomin att åka på uppdrag ouppvärmad. Enligt respondent C påverkar vintern den fysiska belastningen om arbetsklädseln är dålig och man inte skyddar nedre ryggen från köld och musklerna ännu färdigt är oförberedda för lyft. Respondent A nämner även att Päivi Vehmasvaara 2004, undersökte belastningsskador i sin avhandling 2004.

9.2 Slitageskador bland förstavårdare och påverkande faktorer

Enligt respondent A och B är det mest utsatta kroppsdelarna ländryggen, nack-skulderpartiet, och till viss mån även axelleden. Enligt respondenterna är lyft situationen och omgivningen är inte alltid optimala, det gör att det lätt blir fel positioner och rotationer som belastar ryggen fel.

Enligt respondent C är sittande biomekanisk sämre än stående, för att det utsätter lättare nedre ryggen, för den naturliga höftlordosens uträtning. Som gör att det blir mera belastning på intervertebraldisken och det förorsakar i långa loppet slitage i ryggen. Det är även sämre för ämnesomsättningen att statistiskt sitta stilla. Respondent C betonar mest nedre ryggen som utsatt för slitageskador.

Enligt respondenterna går det till en del att påverka slitageskadorna genom att använda sig av hjälpmedel i förflyttningarna. De betonar ergonomiskolningens betydelse och användande av de hjälpmedlen som finns i ambulansen. Enligt respondent B och C förekommer att unga arbetare tror på kroppens eviga varaktighet jämfört med en gammal som vet att kroppen nog går sönder om man använder den fel. Även unga människors ryggar går sönder. Det gäller att fundera med sitt arbetspar hur man gör en så ergonomisk förflyttning som möjligt.

Respondent C lyfter fram fyra saker som man kan påverka med skolning och dom är, kunskap, färdighet, attityd och erfarenhet. Det är viktigt att skolningen är adekvat så att personalen förstår sig på stöd och rörelseorganens funktion.

Med respondent C gick vi lite in på stressfaktorer och enligt respondent C är ergonomin även i fara under stress. En kortvarig stress kan som bäst förbättra arbetsförmågan. Under passlig press förbättras vår kapacitet, vi blir motiverade och lyhörda. Men om stressen är för stor utsätter man sig lätt för fel/felbedömning den rationella tankeförmågan äventyras och även det psykomotoriska utförandet. En kortvarig stress eller långvarig stress kräver återhämtande, återhämtningen är individuell. En del klarar sig på eget bevåg eller med stöd av arbetskompisar, som fungerar som prat stöd och på det viset får den stressade avlasta sig. Det går även att ordna arbetshandledning inom arbetsgemenskapen. De går att göra i grupp eller ensam beroende på behovet. Där behandlar man psykiska stressens effekt och hur man kan leva/handskas med den. Det är viktigt med defusing ja debriefing, där arbetskompisarna hjälper att behandla den psykiska stressen och återhämtning av den. Människan är ändå en psykofysisk varelse som den största delen av oss iallafall tror på. Kropp och sinne är inte separat, psykisk stress påverkar också kroppen. De fungerar via somatiken så att man kan få helt fysiska symptom av stress. Via det kan det även bli svårt att klara av de fysiska på jobbet. Om ryggsproblem finns det forskning om att psykofysiska faktorer/symptom kan vara avspeglningar på psykiska problem eller psykisk stress. Om man upplever mycket psykisk stress och det känns ångestfyllt så händer det att man ”utnyttjar” situationen, så kan det hända att ryggen känns så mycket sämre att man inte kan gå på jobb. Respondent C betonar att det finns forskning på att psykofysik-tillfredsställelse i förhållande till psykiskstress och att den har ett klart samband med ryggsmärta/ryggproblem.

9.3 Påverkan av variation i kroppslängd bland förstavårdare

Enligt respondent A är det så, att ju närmare kroppen man får bördan desto mer kontroll har man över den. Då är det lättare för den kortare då man behöver lyfta något lägre ifrån, hen behöver inte gå ner i så djupt knäböj vid lyftet som den längre personen. Men för den som är lite längre så kräver det ju kanske lite mera kroppskontroll. Men t ex då patienten ska lyftas in i ambulansen, där kan den längre personen ha den fördelen att räckvidden är

så pass lång att det därför är lättare. Den kortare hamnar delvist att stå på tå och då blir stödytan liten. Det blir en utmaning för balansen. Enligt respondenterna arbetar man alltid enligt den som är kortare, och den räckvidd som nås. Då kan det bli lite tyngre för den som är längre. I ambulansen så då har en kortare personen fördelar med att kunna stå med bättre hållning.

Respondenterna A och B betonar att den som är längre ska komma ihåg att använda knäna och benmusklerna vid förflyttning och hjälpa till med tyngd fördelningen. Långa människor kan använda sina starka benmuskler och böja knäna vid förflyttningarna och ställa fötterna i en gång position.

Som fördel med längd skillnad nämner respondent B och C att då man bär patienten med bärstolen i trappor kan man fördela belastningen jämnare så att den längre tar i stolen på nedre sidan. Det känns även tryggare för patienten då stolen är bättre i balans och det inte blir en känsla av att falla. Enligt respondent C då man funderar på risker teoretiskt sett så har dom som är längre, längre armar som fungerar som hävstänger och biomekaniskt sett så har det större kraftmekanism i ryggen om man lyfter i "dåliga" ställningar. Med långa hävstänger har man större tryck på diskerna i ryggen.

10 DISKUSSION

Vårt intresse gällande att skriva ett arbete kring arbetshälsa hos sjukvårdspersonal och förstavårdare, grundar sig i iakttagelser som vi gjort under flera års arbetserfarenhet inom vården. Enligt vad vi har lagt märke till så är det vanligt att höra kollegor prata om att de lider av smärta i olika delar av kroppen. Vi har också upplevt att det på arbetsplatser förekommer dålig stämning bland vårdpersonalen och man hör att det pratas om både fysisk- och psykisk trötthet. Eftersom vi skribenter får två yrkesbeteckningar då vi utexamineras, nämligen sjukskötare och förstavårdare, upplevde vi att vi vill inkludera dessa båda i vår studie.

När vi började fördjupa oss inom ämnet fann vi artiklar som undersökte sambandet mellan psykosocial stress och muskuloskeletal problem. Undersöka fysiska problem ur just denna synvinkel var för oss nytt och intressant, och vi kände att detta kan vara ett viktigt ämne som säkerligen behöver få större uppmärksamhet. Dessutom är det många sjukvårdare som upplever sig vara stressade, och enligt vår uppfattning är psykosociala stressfaktorer särskilt förekommande inom vården.

I början av denna skrivprocess vid insamling av material lade vi märke till att det fanns ett stort antal artiklar som behandlade muskuloskeletal problem, men utbudet kring artiklar som behandlar detta i en psykosocial kontext var desto mer begränsat. Det verkar som att ämnet i dagsläget inte har fått tillräckligt med synlighet. Dessutom hittade vi inga inhemska forskningar som vi kunde använda i detta arbete.

Syftet med detta arbete var att forska i vårdpersonals arbetshälsa ur två olika perspektiv. Detta gjordes genom att besvara två frågeställningar, varav den första frågeställningen fokuserar på vilka psykosociala stressfaktorer kan kopplas till muskuloskeletal smärta hos vårdpersonal. Denna frågeställning besvaras i denna studie genom en litteratursammanfattning.

Målet var att utreda vilka specifika psykosociala faktorer man har ansett kunna vara bidragande orsaker till muskuloskeletal smärtproblem. Således har inte den huvudsakliga fokuseringen varit att ta reda på vilka psykosociala faktorer som leder till problematik i just ett specifikt kroppsområde. I resultatet har vi däremot presenterat vilka muskuloskeletal problem som kommer fram i artiklarna.

Resultatet som besvarar den första frågeställningen sammanfattas i dessa följande sju huvudkategorier: *Trivselbrist på arbetet, brist på stöd och uppskattning, små påverkningsmöjligheter, otillräcklig bemanning och arbetsschema, konflikter och problem, modellen decision latitude och jobbkrav* samt *stressfaktorer kopplat till arbetsmiljön*.

En stor del av psykosociala stressfaktorer som presenterats i denna litteraturdels resultat förekom som fynd i flera artiklar.

Som slutsats kan vi lyfta fram att brist på stöd och uppskattning på arbetsplatsen, arbets- och familjekonflikter, modellen *decision latitude* och arbetskrav, var de psykosociala faktorer som ofta förekom i de artiklar som använts till denna studie. De arbets- och familjekonflikter som togs upp var jobbrelaterade- och privata problem, ekonomiska problem samt nedstämdhet och somatisk stress.

Även trivselbrist, otillräcklig bemanning, arbetsschema samt små påverkningsmöjligheter visade sig kunna kopplas till muskuloskeletala sjukdomar. Arbetsrelaterad stress, hård arbetstakt, att jobba under tidspress, frekventa lyft, hög ansträngning och kompetenskrav, avbrytande i arbetsuppgifter och tråkiga arbetsuppgifter ansågs också ha en inverkan på uppkomsten av dessa problem.

Utifrån vårt resultat kan vi konstatera att det finns tydliga samband mellan olika psykosociala stressfaktorer och förekomsten av muskuloskeletala problem hos vårdpersonal. Dessa stressfaktorer kan med stor sannolikhet även påverka varandra. Exempelvis kan konflikter på arbetet leda till trivselbrist, och även vice versa. Utifrån de faktorer som uppkommit i vårt resultat, kan vi konstatera att behovet till förbättring är stort, men dock inte omöjligt att genomföra.

Enligt Antonovskys (1987) teori gällande *hanterbarhet*, vilket innebär hur man anser att man behärskar möta de krav som man möts av. Detta kan även stärkas av upplevt stöd utav sin partner, vänner, arbetskolligor eller andra faktorer. Klarar man av att hantera stress och stimuli, ser man inte sig själv som ett offer även under tyngre perioder i livet. Här kan man poängtera hur viktigt det är med god och trivsamt arbetsmiljö och stöd från kolligor, vilket i resultatet visade sig vara en motpol till muskuloskeletala problem. Om man arbetar i en trygg miljö och trivs, upplever man inte heller negativa händelser som lika tunga.

Med *begriplighet* menar Antonovsky (1987) hur man uppfattar inre och yttre stimuli, vilket i denna kontext kan handla om psykosociala stressfaktorer inom vårddyrket och hur man upplever dessa. En del kan uppleva dessa stressfaktorer hanterbara och andra som

kaotiska. Om man som sjukskötare har en stor begriplighet, klarar man av att kunna förutse när en högre grad stimuli kan uppstå.

Meningsfullhet betyder att man känner att det man gör är viktigt. (Antonovsky 1987) Att arbetet känns meningsfullt och viktigt kan även främja till att livet känns mer meningsfullt. Upplever man meningsfullhet på arbetsplatsen, kan det även kännas mer motiverat till att satsa energi på de utmaningar som ställs inför en.

I resultatet framkom det att brist på stöd och uppskattning samt även små påverkningsmöjligheter kan leda till muskuloskeletal sjukdomar, vilket kan ha att göra med att man även känner att jobbet inte är meningsfullt. Får man ingen visad uppskattning är det svårt att känna motivation. Samma gäller om man upplever att man inte har någon talan eller möjlighet att påverka. Detta kan även upplevas som meningslöshet, eftersom man känner att försök till att påverka ändå inte gör någon skillnad. Det går inte heller obemärkt att inte ta upp löneaspekten kring denna fråga. Vi har hört kollegor som upplevt att det är svårt att känna uppskattning, eftersom lönen är så låg. Även med tanke på sjukskötares och förstavårdares utbildningsnivå i Finland, kan det uppfattas som att inte heller detta tas i beaktande gällande lönen. Det vore intressant att i framtida forskning se hur pass betydande sjukvårdarens lön kunde ha, kring just känslan av uppskattning.

Att inte trivas på arbetet kan bero på många olika aspekter. Vi tror att en stor del av ansvaret ligger hos arbetsgivaren och ledningen. Vi anser att man i ledningen borde ställa högre krav gällande hur arbetstagare bemöter varandra, och även verkligen ta till konkreta åtgärder ifall problem uppstår. Stöd och uppskattning, tror vi, är en nyckel till en trivsam arbetsmiljö.

Detta stöds även av KASAM som förändringsmodell, som enligt Hanson (2010 s. 82 - 83) är ett verktyg för arbetsplatsledningen att förbättra arbetsmiljön. Med *begriplighet* menar man att alla berörda ska få information om bakgrund och syfte till förändringen samt hur denna skall göras. Här poängteras öppenhet och kommunikation i stället för antaganden och rykten. Till följande fokuserar man på *meningsfullhet*, där man beskriver vilka målsättningar man har och även låter arbetstagarna vara delaktiga och verkligen känna sig viktiga. Slutligen kommer man till *hanterbarhet*, där ledaren tar hänsyn till åsikter samt ger ramar och lösningar i stället för att det skapas frustration. (Hanson 2010 s. 82 - 83)

Det tycks finnas ett stort behov för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön inom vårdbranschen, både med tanke på personalens hälsa sett ur både ett psykosocialt- och

helhetsperspektiv. En god psykosocial arbetsmiljö kan minska på uppkomsten av muskuloskeletala problem, vilket också minskar på sjukskrivningar och personalbrist.

Den andra frågeställningens syfte var att kartlägga ergonomin bland förstavårdarna på basen av intervju av tre sakkunniga respondenter samt hitta undersökning som stöder detta. Vi valde att skriva om den prehospitalla ergonomin då vi önskar kunna arbeta på ett ergonomiskt sätt i vårt kommande yrke. Vi anser att valet av respondenter lyckades bra. Intervjufrågorna skickades till respondenterna före intervjun för att ge förhandsinformation och för att bestämma tidpunkt för intervjun. Intervjuerna gjordes per telefon på både svenska och finska, vilket inte var ett problem eftersom vi är tvåspråkiga. Intervjun bandades in och transkriberades därefter.

Resultaten vi fick på basen av intervjuerna varierade lite, beroende på vilket område respondenten arbetade inom. Respondent A arbetar som lektor i fysioterapi på en yrkeshögskola, hade en sakkunnig syn till de prehospitalla arbetet från fysioterapeutens synvinkel. Men även på basen av att hen har varit med och planerat fysiska tester för förstavårdarstudieranden på yrkeshögskolan samt undervisar dem i förflyttningsteknik. Respondent B arbetar för räddningsverket som förstavårdare och ergonomiansvarig, hade en sakkunnig syn på basen av sina arbetserfarenheter samt sitt ansvarsområde. Respondent C arbetar som lärare inom akutvård på pelastusopisto, hade en sakkunnig syn på basen av sin nuvarande arbetsuppgift. Men även på basen av sina tidigare arbetsuppgifter som medicalkvaktmästare-ambulansförare och räddare.

I intervjuerna framgick det att de främsta fysiska utmaningarna prehospitalt är förflyttningar av patienten i olika omständigheter, samt att bära utrustningen. Betydelsen av ergonomiskolning på arbetsplatsen samt skolning i hur man använder de hjälpmedel som finns i ambulansen. Det framgick även hur viktigt det är att vara uppvärmd före fysiskt tunga förflyttningar och att även sträva till att göra förflyttningarna ergonomiskt. Vi kan i resultaten konstatera betydelsen av bra självkännet för sin kropp då det gäller stöd- och rörelseorganen.

Teorin har valts för att stöda syfte och frågeställningar i arbetet. Vi anser att intervju- och metodanalysen svarar bra på syftet och frågeställningarna som gjorts för arbetet.

Resultaten i förhållandet till den andra teoretiska utgångspunkten Eriksson (1994) samt arbetsskyddslagen, vi anser att man kan se samband mellan dessa. Hälsa och lidande kan

ta sig uttryck på olika sätt i varierande situationer, men hur människan upplever hälsa och lidande är individuellt.

11 KRITISK GRANSKNING

När man utför utvärdering och kritiskt granskande av en kvalitativ studie bör man hålla sig till de kriterier som finns gällande kvalitet, helhetsbedömning, resultat och även rimlighet. Vid beskrivning av helheten bör man vara medveten om perspektiv, intern logik och etik. Studiens delar bör bilda en förnuftsenslig helhet och följa etiska regler. Forskaren bör därför vara noggrann i sin redogörelse av perspektiv och tolkningar kring hela forskningsprocessen. (Forsberg & Wengström 2003, s. 138 - 140)

Den insamlade data skall stämma överens med studiens syfte och frågeställning. Resultatet som presenteras skall ha en tydlig sammansättning. I uppvisandet av resultatet skall forskaren ställa sig objektiv till data, som ej får påverkas av egna antaganden eller fördomar. (Forsberg & Wengström 2003, s. 140 – 142)

Det som kan ha påverkat resultatet i denna studie är att det var utmanande att hitta relevanta artiklar. Eftersom utbudet på relevanta artiklar med full text var så pass smalt, var vi tvungna att använda de som var tillgängliga, vilket blev 11 till antalet. Följden av detta blev att endast en av artiklarna som användes var skriven i Norden.

Flera av artiklarna var skrivna utanför Europa. På grund av tidsbrist kände vi oss tvungna att använda oss av dessa artiklar, även om vi är medvetna om att det kan finnas kulturella skillnader både inom sjukhusvärlden och kulturella och socioekonomiska sammanhang. Vi ansåg dock att vi inte kunde ändra inklusionskriterierna ytterligare, eftersom de då inte skulle besvara frågeställningen.

Det som vi anser är styrkan i denna studie är att resultatet kan tillämpas i utvecklingen kring förbättring av arbetsmiljön inom vårdsektorn. Urvalet av artiklar, kring psykosocial stress och dess påverkan på vårdpersonals fysiska hälsa, indikerar även på att liknande studier inte ännu har gjorts i detta land. Detta tema upplevs därför som nytt i Finland och vi anser att det finns behov för vidare forskning. Vi hoppas kunna se framtida forskning

kring detta ämne, och även nya projekt där man skulle sträva till att förbättra den psykosociala arbetsmiljön inom vårdsektorn.

Gällande den andra frågeställningen kan tre intervjuer kan uppfattas klen för att få ut ett tillförlitligt svar. Men på grund av tidsbrist valde vi att intervjua tre sakkunniga från olika delområden för att på så vis få ett bredare perspektiv.

Oerfarenheten kring att göra vetenskapliga studier har sannolikt påverkat vår analys i detta arbete. Vi har dock enligt bästa förmåga försökt göra detta arbete med noggrannhet, både i processen gällande resultat och analys. Upptäckterna i som presenteras i vårt resultat är gjord baserat på insamlade data och vi har strävat till att hålla våra egna åsikter och antaganden utanför detta.

11.1 Forskningsetik

Som etisk riktlinje har vi hållit oss till *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Vi har varit vara noggranna och ärliga i vår studie och vid bearbetning av data. Våra sakkunnigas anonymitet har tagits i beaktande. Vi har varit noga med att inte agera på sätt leder till försummelse, plagiering och övriga ansvarslösa förfaranden. (Arcada 2012).

För att göra en intervju med våra tre respondenter har vi även bitt om lov utav deras överordnade. Respondenterna har varit att vara anonyma och deras utlåtanden har ej citerats direkt i texten, för att ytterligare förstärka deras anonymitet. Samtalen med respondenterna har blivit inspelade, men kommer att raderas 6 månader efter studiens publikation.

I studien har vi använt oss av källor som är relevanta för studiens syfte. Vi har tagit hänsyn och respekterat forskares arbeten och resultat. Vi har tagit i beaktande att inte avvika från god vetenskaplig praxis, genom varken oredlighet, försummelse eller övriga ansvarslösa förfaranden. (Arcada 2012).

KÄLLOR

Ahlberg-Hultén, G-K., et. al., 1995, Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel, *Scand J Work Environ Health*, vol. 21, s. 435 - 439.

Amin, N-A., Nordin, R., Fatt, Q-R., et. al., 2014, Relationship between psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders among public hospital nurses in Malaysia, *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 26:23.

Antonovsky, A., 2005, *Hälsans mysterium*, Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm. Originalutgivare: Jossey-Bass Inc., Publishers, 1987.

Arbetshälsoinstitutet, *Arbetstagarens förmåga, muskuloskeletal hälsa, de vanligaste muskuloskeletal sjukdomarna*. Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/sv/arbetstagare/muskuloskeletal-halsa/de-vanligaste-muskuloskeletal-sjukdomarna/> Hämtad. 19.11.2020

Arbetskyddscentralen, *Arbetsstrivsel och arbetarskydd, grunderna för arbetarskydd, arbetsgemenskap, psykosocial belastning*. Tillgängligt: <https://ttk.fi/sv/arbetsstrivsel-och-arbetarskydd/grunderna-for-arbetarskydd/arbetsgemenskap/psykosocial-belastning>, Hämtad: 11.08.2020.

Arbetskyddsförvaltningen, 2020, *Arbetsförhållanden, Fysiskbelastning*, Tillgänglig: <https://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden/fysisk-belastning> Hämtad: 11.11.2020

Arbetskyddsförvaltningen, 2020, *Arbetsförhållanden, Psykosocial belastning*, Tillgänglig: <https://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden/psykosocial-belastning> Hämtad: 04.08.2020.

Arbetskyddsförvaltningen, 2019, *Arbetsförhållanden, Psykosociala belastningsfaktorer*, Tillgänglig: <https://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden/psykosocial-belastning/identifiering> Hämtad: 21.4.2021

Arbetskyddslag 23.8.2002/738 Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> Hämtad 20.11.2020

Arksey, H., & O'Malley, L., 2005, Scoping Studies: Towards a Methodological Framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8,1, s. 19-32. Tillgänglig: <https://core.ac.uk/download/pdf/56237.pdf> Hämtad: 13.02.2020.

Bailey, R. & Clarke, M., 1992, *Att hantera stress i vården*, Författarna och Almqvist & Wiksell förlag AB, upplaga 1.

Bernal, D., et. al., 2014, Work related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Nursing Studies*, Vol 52, s. 635 – 648.

Bohgard, M., 2008, *Arbete och teknik på människans villkor*, Prevent, Stockholm, s.129 – 188.

Elfering, A., et. al., 2018, Lower back pain in nurses working in home care: linked to work-family conflict, emotional dissonance, and appreciation?, *Psychology, health & medicine*, vol. 23, nr. 6, s. 733 – 740.

Ellapen, T-J. & Narsigan, S., 2014, Work related musculoskeletal disorders among nurses: Systematic review, *Journal of Ergonomics*, S4: S4-003

Eriksson, K., 1993, *Möten med lidanden*, Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K., 1994. *Den lidande människan*. Liber utbildning

Europeiska arbetsmiljöbyrån, 2000, *Arbetsrelaterade belastningsskador i Europa*, Facts 3, Spanien.

Europeiska arbetsmiljöbyrån, v.2019, Tillgänglig: <https://osha.europa.eu/sv> Hämtad 10.01.2021

Finlands kommunförbund rf., 2020, *Prehospital akutsjukvård*, Tillgänglig: <https://www.kommunforbundet.fi/social-och-halsovard/halso-och-sjukvard/prehospital-akutsjukvard> Hämtad 02.05.2020

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Freimann, T., et. al., 2016, Work-related Psychosocial Factors and Mental health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurses: A cross-sectional Study, *Hindawi Publishing, Corporation Pain Research and Manegment*, vol. 2016, 9361016. <https://doi.org/10.1155/2016/9361016>

Gard, G., 2014, Hälsopromotion ur ett psykosocialt perspektiv. I: Holmström E. & Ohlsson K., (red.), *Människan i arbetslivet - Teori och praktik*, Författarna och Studentlitteratur, Lund, s. 57 - 58.

Ganster, D.C., Fox M.L., & Dwyer, D.J., 2001, Explaining employees' health care costs: a prospective examination of stressful job demands, personal control, and physiological reactivity. *Journal of Applied Psychology* (86), 954-964.

God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, 2012, Arcada, Forskningsetiska delegationen i Finland.

Gould, R. & Ilmarinen, J ym. V. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet, Terveys 2000 tutki muksen tuloksia Tillgänglig: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129155/Tyokyvynulottuvuudet.pdf?sequence=1> Hämtad 09.01.2021

Granskär, M & Höglund-Nielsen, B., 2012, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Hanif, A-R., et. al., 2017, Psychosocial factors, musculoskeletal disorders and work-related fatigue amongst nurses in Burnei: structural equation model approach, *International Emergency Nursing*, vol 34, s. 17 -22.

Hansen, C-D., et. al., 2012, Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel – a cross-sectional study, *B M C Public Health*, vol. 12, s. 534.

Hanson, A., 2010, *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*, Författaren och Fortbildning i Stockholm AB, s. 82 – 83.

Henricson, M., 2012, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdand*. Lund: Studentlitteratur, s. 251-267.

Heponiemi, T., et. al. 2008, *Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimushankkeen loppuraportti*, Stakesin raportteja 35, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

Holmström, E. & Horneij, E., 2014, Arbetsrelaterade rygg-, muskel- och ledbesvär. I: Holmström, E. & Ohlsson, K. (red), *Människan i arbetslivet – Teori och praktik*, Författarna och studentlitteratur, Lund, s. 75 – 96)

Jradi, H., Alanazi, H., Mohammad, Y., 2020, Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among nurses in Saudi Arabia, *Journal of Occupational Health* , 62:e 12126.

Kansaneläkelaitos, v.2020 *Sairauspoissaolotutkimus*. Tillgänglig:

<https://www.kela.fi/sairauspoissaolojen-tutkimus> Hämtad 10.01.2021

Karhula, K., Rönholm, T. & Sjögren, T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Tampere: Työsuojeluhallinto'

Kettunen, R., et. al, 2017, *Kuntoutumisen mahdollisuudet*, Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kim, S-S., et. Al, 2013, Association between perceived inadequate staffing and musculoskeletal pain among hospital patient care workers, *Springer-Verlag, Int Arch Occup Environ Health*, vol. 87, s. 323 – 330.

Kuisima, M., et. al 2018, *Ensihoito*, Sanoma Pro, Helsinki.

Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. *Ergonomia*. Tillgänglig:

<https://www.julkari.fi/handle/10024/136841> Hämtad 10.01.2021

Lehestö, M., Koivunen, O., Jaakkola, H., 2004, *Hoitajan turva*, Författarna och Edita Publishing Oy, Helsingfors.

Linqvist-Virkamäki, S., Lindholm, H., Levon, H & ym. 2002. Miten pelastaja kuormittuu sairaankuljetus- ja ensihoitotyössä. Työterveyslääkäri. 2002

Lundman B. & Hällgren Graneheim U. 2012. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*, Författarna & Studentlitteratur AB, Lund.

Medkit Finland Oy (kuva) *Stryker M-1 6100 paarit*, Tillgänglig:

<https://www.medkit.fi/stryker-m-1-6100-paarit?nosto=n>

Hämtad 10.01.2020

Murtonen, M., & Toivinen, S., 2006, *Sairaankuljetuksen turvallisuus ja johtamista*, Lääkelaitoksen julkaistussarja 3/2006.

Nütsi, M., et. al., 2015, Work – family conflict, task interruptions, and influence at work predict musculoskeletal pain in operating room nurses, *Safety And Health at Work*, vol. 6, s. 329 – 337.

Pensionsskyddscentralen, 2020, *Statistik, Arbetspensionstagare i Finland*. Tillgänglig: <https://www.etk.fi/sv/forskning-statistik-och-prognoser/statistik/arbetspensioner/>
Hämtad: 05.08.2020

Pensi Rescue Oy (kuva). *Ergo-kantotuoli*. Tillgänglig: <https://pensi.fi/tuote/ergogo-rappulaskutuoli/>

Peters MDJ., Godfrey C., McInerney P., Baldini Soares C., Khalil H, Parker D., 2017, Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Tillgänglig: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/> Hämtad: 13.02.2020.

Respecta oy (kuva)*Liukulauta* Tillgänglig: <https://kuvasto.respecta.fi/p/4558-liu-kulauta-easyglide-ovaali-85-x-39-cm-2kplpkt/>
Hämtad 10.01.2021

Schröder, C. & Grönund, A., 2018, Psykosocial arbetsbelastning inom vården, *Vård i fokus*, nr 1, s. 16 – 20.

Starre, J., 2008, Muskeltöjning och terapeutisk tretching, *Medicinskt Kursforum*.

Stuserud, B. & Svenssson L., 2009, *Prehospital akutsjukvård*, Författarna & Liber AB, Stockholm.

Sosiaali-ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2007:6, *Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen*. Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73958/Julkaistu_07_06_ergonomia_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y Hämtad 09.01.2021

Svenska Akademiens ordböcker, 2015, *Svenska Akademiens ordlista, Psykosocial*. Tillgänglig: <https://svenska.se/tre/?sok=psykosocial&pz=2>. Hämtad: 11.08.2020.

Talvitie, U., Karppi, S-L., Mansikkamäki, T., 2006, *Fysioterapia*, Författarna och Edita Publishing Oy, Helsingfors.

Työterveyslaitos, 2018, Kunnan ylläpito: Miksi?Mitä?Miten?Milloin?4M ensihoitajien hyvän työkyvyn ylläpitämiseksi.Työterveyslaitoksen julkaisu. PDF-dokumentin. Tillgänglig: https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2017/01/Ensihoitaja_huolehdi_kunnostasi_FINAL.pdf Hämtad 07.01.2021

Työterveyslaitos, 2018, *Fyysisen työkuormituksen hallinta osana työkykyjohtamista*. Tillgänglig:<https://www.ttl.fi/palvelu/fyysisen-tyokuormituksen-hallinta> Hämtad 09.01.2021

Työterveyslaitos , *Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen*, Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/ergonomian-tietopankki/potilaan-hoitaminen/potilassiirrot/> Hämtad 16.1.2021

Työterveyslaitos, 2018. *Työhyvinvointi*. Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/> Hämtad 09.01.2021

Vehmasvaara.,P.2004, Ensihoitotyön fyysinen kuormittavuus ja ensihoitajien työkyvyn fyysisiä edellytyksiä arvioitavan testistön kehittäminen. Kuopion yliopisto, filosofian laitos. Väitöskirja Tillgänglig: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9282/urn_isbn_951-27-0021-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Hämtad 20.11.2020

Wahlstedt, K., 2002, Förbättrad arbetsorganisation kan minska riskerna för ohälsa, *Läkartidningen*, Nr. 15, Volym 99, s. 1666 – 1670.

WHO, 2006, *Constitution of the world health organization*, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, s. 1.

Winroth, J. & Rydqvist, L-G., 2008, *Hälsa & hälsopromotion*, författarna och SISU idrottsböcker.

Winroth, J., 2018, *Organisationshälsa – En bok om hållbart arbetsliv*, Författaren och Studentlitteratur AB, Lund.

Zare, A., Choobineh, A., Hassanipour., S., et. al., 2021, Investigation of psychosocial factors on upper limb musculoskeletal disorders and the prevalence of its musculoskeletal disorders among nurses: a systematic review and meta-analysis, *International Archives of Occupational and Environmental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01654-6>

Åsberg, M., et. al, 2010, *Stress som orsak till psykisk ohälsa*, *Läkartidningen*, nr. 19 – 20, volym 107, s. 1307-1310.