

Vilhelmina Gill Bjøru, Anna Foss Hjelmeland og
Tonje Hildebrandt

Hvordan forflytter radiografer pasienter på CT?

How do radiographers transfer patients at a CT-lab?

En kvalitativ observasjonsstudie

A qualitative observation study

Bacheloroppgave i radiografi

Veileder: Astrid Berntsen

Mai 2019

Vilhelmina Gill Bjøru, Anna Foss Hjelmeland og
Tonje Hildebrandt

Hvordan forflytter radiografer pasienter på CT?
How do radiographers transfer patients at a CT-lab?

En kvalitativ observasjonsstudie

A qualitative observation study

Bacheloroppgave i radiografi

Veileder: Astrid Berntsen

Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan forflytter radiografer pasienter på CT?	Dato: 10.05.19
Deltaker(e)/	Vilhelmina Gill Biøru, Anna Foss Hielmeland og Tonie Hildebrandt	
Veileder(e):	Astrid Berntsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Forflytning, pasienter, radiografer, forflytningsteknikk	
Antall sider/ord:43/9918	Antall vedlegg:6	Publiseringsavtale inngått: ja/nei ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
Hensikt Formålet med denne oppgaven er å undersøke hva som er typisk for forflytning av pasient gjort av en radiograf på CT-lab. Ved å finne ut hva som er karakteristisk ved forflytningen kan det øke bevisstheten på god forflytning i utdanningen og arbeidslivet.		
Metode Metoden som er valgt for denne oppgaven er en kvalitativ, deltagende og strukturert observasjonsstudie med supplerende semi-strukturerte intervjuer. Denne metoden ble valgt for å kunne selv undersøke hvordan selve forflytningsprosessen foregår. Observasjonen foregikk på en CT-lab på et sykehus i Sykehuset Innlandet. Utvalget for observasjonen er alle radiografer ved aktuelt sykehus som var på CT-lab dagene med observasjon, og som var involvert i forflytningene.		
Resultat Det er varierende resultater på hvordan radiografene utfører forflytning i forhold til teori og retningslinjer. Ut ifra analysene fra observasjon og intervju ble følgende kategorier valgt ut; kommunikasjon, radiografenes arbeidsstilling, opplæring på avdelingen, forflytningsteknikk, bruk av hjelpemidler og antall med i forflytning.		
Konklusjon Det kan konkluderes med at det finnes noen ting som er karakteristisk for radiografers forflytning av pasienter på CT ved det aktuelle sykehuset. Dette kan ikke generaliseres for alle radiografer da oppgavens utvalg er lite. Det er ønsket mer fokus på gode forflytninger, og denne studien underbygger betydningen av større fokus omkring forflytninger av pasienter både innenfor utdanningen og i arbeidslivet.		

ABSTRACT

Title:	<u>How do radiographers transfer patients at a CT-lab?</u>	Date: 10.05.19
<hr/> <hr/>		
Participants/	<u>Vihelmina Gill Bjøru, Anna Foss Hjelmeland og Tonje Hildebrandt</u>	
<hr/> <hr/>		
Supervisor(s)	<u>Astrid Berntsen</u>	
<hr/>		
Employer:	<hr/>	
<hr/>		
Keywords (3-5)	<u>Transfer, patients, radiographers, transfer technique</u>	
<hr/>		
Number of pages/words:43/9918	Number of appendix:6	Availability (open/confidential): open
<hr/>		
Short description of the bachelor thesis:		
Purpose		
<p>The purpose of this thesis is to investigate what is typical of a radiographer's transfer of a patient at a CT-lab. By finding out what is characteristic of the transfer, it can increase awareness of good transfers in the education and in the workplace.</p>		
Method		
<p>The method chosen for this thesis is a qualitative, participatory and structured observation study with supplementary semi-structured interviews. This method was chosen to be able to investigate how the actual transfer process takes place. The observation took place at a CT-lab at a hospital in Sykehuset Innlandet. The sample for the observation is all radiographers at the relevant hospital who were on the CT-lab days of observation and who were involved in the transfers.</p>		
Results		
<p>There are varying results on how the radiographers perform transfer in relation to theory and guidelines. Based on the analyses from observation and interview, the following categories were selected; communication, the working technique of the radiographers, training in the department, transfer technique, use of assistive aids and number of people in transfer.</p>		
Conclusion		
<p>It can be concluded that there are some things that are characteristic of radiographers' transfer of patients on CT at the hospital in question. This cannot be generalized for all radiographers since the thesis selection is small. More focus on good transfers has been desired, and this study supports the importance of greater focus on patient transfers both in education and in the workplace.</p>		

Forord

Dette er vår avsluttende oppgave ved radiografutdanningen ved NTNU Gjøvik. Det har vært både tankevekkende og spennende å jobbe med oppgaven. Vi har lært mye, og håper at oppgaven kan belyse et tema vi synes er viktig.

I forbindelse med arbeidet med denne bacheloroppgaven ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder, Astrid Berntsen, samt andre lærere ved utdanningen som har vært til stor hjelp under arbeidet med oppgaven. Takk til HMS-avdelingen ved Sykehuset Innlandet for tilgang til relevant teori. Vi ønsker også å rette en takk til Trine Hjellødegård, forflytningsveileder i Sykehuset Innlandet avdeling Elverum. Videre retter vi en takk til avdelingen ved aktuelt sykehus og alle radiografene som er involvert i denne studien. Vi vil gjerne takke familiene våre for god støtte og hjelp.

10. mai 2019

Vilhelmina Gill Bjøru, Anna Foss Hjelmeland og Tonje Hildebrandt

16HBRAD, NTNU Gjøvik

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Begrepsavklaring.....	8
2.0 Teori	9
2.1 Det naturlige bevegelsesmønsteret	9
2.2 Forflytningsteknikk.....	9
2.2.1 Forflytning fra seng til røntgenbord.....	9
2.2.2 Forflytning fra rullestol til seng	10
2.3 Kommunikasjon og pasienttrygghet under forflytning	11
2.4 HMS-kartlegging ved Sykehuset Innlandet.....	12
2.5 Arbeidsstilling.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Utgangspunkt for valg av metode	14
3.2 Databasesøk	15
3.3 Utvalg for observasjon	15
3.4 Utarbeidelse av observasjonsskjema	16
3.5 Gjennomføring av observasjon	17
3.6 Utvalg for intervju.....	18
3.7 Utarbeidelse av intervjuguide	18
3.8 Gjennomføring av intervju.....	18
3.9 Analyse	18
3.10 Etisk refleksjon.....	19
4.0 Resultat	21
4.1 Kommunikasjon	21
4.2 Radiografenes arbeidsstilling.....	22
4.3 Opplæring på avdelingen	22
4.4 Forflytningsteknikk.....	22
4.4.1 Bruk av hjelpemidler.....	24
4.5 Antall med i forflytning.....	24
5.0 Diskusjon	25
5.1 Validitet og reliabilitet.....	30
5.2 Metodekritikk	31
6.0 Konklusjon	33

7.0 Litteraturliste	35
Vedlegg 1: Observasjonsskjema	37
Vedlegg 2: Observasjonsguide	38
Vedlegg 3: Tegning av plassering	40
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	41
Vedlegg 5: Godkjennelse fra personvernombudet	42
Vedlegg 6: Samtykkeskjema	43

1.0 Innledning

Kunnskap om forflytning handler ifølge Hauge (2019) om å kunne tilby pasienten behagelige og gode forflytninger, og samtidig selv ha god arbeidsteknikk. Alt helsepersonell har et ansvar for å forebygge skader og gi riktig pasienthåndtering (European Federation of Radiographer Societies (EFRS), 2019). Innenfor radiologi faller dette ansvaret blant annet på radiografer. European Federation of Radiographer Societies (EFRS) (2019) nevner i sin studie at radiografer bør ha kunnskap om egne ansvarsområder som omhandler sikker pasienthåndtering, og at radiografer bør ha relevant og oppdatert opplæring. Det nevnes også at pasientens uavhengighet og mobilitet er noe som bør bli ivarettatt.

Radiografene har mange ulike arbeidsoppgaver, og forflytning er en av disse. Radiografenes yrkesetiske retningslinjer sier: “Radiografiens fundament er omsorgsfull og kunnskapsbasert anvendelse av høyteknologisk apparatur til pasientens beste” (Norsk radiografforbund, 2015).

Ut ifra personlig kommunikasjon med flere radiografer på CT, blir det opplyst at flere synes det er vanskelig med forflytning av pasienter. Det trekkes spesielt frem at det ofte er tidspress på radiografene. Radiografene forteller at det er et trangt tidsskjema de må igjennom i løpet av dagen, og det blir kanskje ikke like god tid til hver pasient. Radiografene vi snakket med i oppstarten av oppgaven nevnte også at noen pasientgrupper er ekstra utfordrende å forflytte. Spesielt pasienter som kommer i seng og pasienter som kommer i rullestol. Dette er noe vi selv har erfart. Forflytning av pasienter er noe vi lærte første studieår, men det er ikke mye fokus på dette resten av studiet. Det er derimot mye fokus på pasienthåndtering i simuleringen ved utdanningen, men som oftest er simuleringsdukken allerede i sengen.

Temaet i denne oppgaven er forflytning av pasienter på CT-lab utført av radiografer. Per Halvor Lunde er en fysioterapeut som har jobbet mye med å utvikle forflytningsteknikker (Lunde, u.å). Ifølge Lunde (2011) er ferdigheter innen forflytning av gjenstander noe som ikke er nytt. Kunnskapen om forflytningsteknikk ble brukt for flere tusen år siden. De hadde kunnskap om hvordan de endret tyngdepunktet, reduserte friksjonen og hvordan de brukte skråplan. I dag bruker vi fortsatt denne kunnskapen ved forflytning (Lunde, 2011). Disse gamle grunnprinsippene er også viktig for forflytning av mennesker i dag. Ifølge Lunde (2011) er det to prinsipper som ligger til grunn for forflytningsteknikk. Det er kunnskaper som går på det friske, naturlige bevegelsesmønster og samarbeid med de fysiske lovene.

Vi har observert forflytning utført av radiografer på en CT-lab i Sykehuset Innlandet. Det ble også gjort supplerende intervju med tre av radiografene som ble observert. Hele forflytningsprosessen er blitt observert, fra pasienten kommer inn på CT-lab og til pasienten er over på CT-benken. Forflytningsprosessen innebærer både kommunikasjon, radiografens arbeidsstilling, forflytningsteknikker og eventuelle hjelpemidler som benyttes.

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hva som er typisk for en forflytning gjort av en radiograf på CT-lab. Ved å finne ut hva som er karakteristisk ved forflytningen kan det øke bevisstheten på god forflytning i utdanningen og arbeidslivet.

På bakgrunn av dette er problemstillingen følgende:

Hva karakteriserer radiografers forflytning av pasienter på CT, og hvordan forholder dette seg til retningslinjer og teori for god forflytning?

Med denne problemstillingen menes det at oppgaven også ser på mulige årsaker til hvorfor radiografene eventuelt ikke forholder seg til retningslinjer og teori for god forflytning.

Avgrensninger i oppgaven er at det kun er observert forflytning fra seng eller bære til CT-benk og fra rullestol til CT-benk. Det ble også bare observert forflytning en vei, over til CT-benken og ikke veien tilbake. Det ble kun observert forflytninger hvor det var radiografer som var med.

1.1 Begrepsavklaring

I dette kapitlet gjøres det rede for sentrale begreper som blir benyttet i oppgaven.

Annet helsepersonell

Vi har definert annet helsepersonell som øvrige deltakere i forflytningsprosessen, til eksempel sykepleiere, ambulanspersonell, leger osv.

Passiv og delvis passiv pasient

Vi har blitt inspirert av Per Halvor Lunde sine definisjoner på begrepene passiv og delvis passiv pasient. I denne oppgaven er det valgt å definere passiv pasient om en som ikke har mulighet til å bidra aktivt under forflytning (Lunde, 2011). Oppgaven har valgt å definere delvis passiv pasient om en som kan bidra noe under forflytning, enten med overkroppen eller underkroppen.

2.0 Teori

I dette kapitlet presenteres oppgavens teori og relevante retningslinjer knyttet til forflytning. Dette vil så diskuteres opp mot egne resultater i diskusjonsdelen.

2.1 Det naturlige bevegelsesmønsteret

Ved forflytning av mennesker er det viktig å følge det naturlige bevegelsesmønsteret. Lunde (2011) nevner at når man forflytter mennesker så er det det naturlige bevegelsesmønsteret som først og fremst blir brukt som et utgangspunkt for forflytningen. Lunde (2011) forklarer at når vi beveger oss samarbeider kroppen med tyngdekraften.

Lunde (2011, s. 15) definerer et løft slik: “Et *løft* er en bevegelse i en vertikal retning - med en pasient eller gjenstand - en bevegelse mot tyngdekraften.”

Definisjonen på forflytning er derimot slik: “*Forflytning* er en bevegelse fra ett sted til et annet med en pasient eller en gjenstand, en bevegelse som i all hovedsak foregår i en horisontal retning ved å rulle, trekke eller skyve” (Lunde, 2011, s. 15).

Ifølge Trine Hjellødegård, forflytningsveileder i Sykehuset Innlandet avdeling Elverum (Personlig telefonsamtale, 26. april 2019), handler skyve - og trekketeknikk om å overføre tyngde ved bruk av hjelpemidler slik at friksjonen kan bli redusert.

2.2 Forflytningsteknikk

I dette underkapitlet blir teori om forflytning fra seng til røntgenbord, og fra rullestol til seng, presentert.

2.2.1 Forflytning fra seng til røntgenbord

Lunde (2011) forklarer forflytning både der pasienten skal flyttes til samme nivå og der pasienten skal flyttes til et høyere nivå. Når en pasient skal forflyttes til samme nivå, for eksempel til røntgenbord, så skal benken heves opp nesten helt til albuehøyde når det er mulig (Lunde, 2011). Lunde (2011) nevner at den letteste måten å forflytte en pasient fra én seng til en annen er å bruke en stor forflytningsmatte. Denne matten vil redusere friksjonen under hele lengden til pasienten. Det må alltid være minst to hjelpere under forflytningen, som står på hver sin side av seng og røntgenbord. Hjelperne på den ene siden skal ta imot pasienten, og det er de som trekker.

Lunde (2011) forklarer også forflytning der pasienten flyttes til et høyere nivå. Skal pasienten flyttes fra et lavere nivå og opp på et røntgenbord kan det lages et skråplan. Et skråplan er en nedover - eller oppoverbakke som kan lages for å forflytte personer. Skråplan benyttes for å unngå tunge løft (Lunde, 2011). Ved å utligne høydeforskjellen mest mulig kan det legges en dyne eller noe lignende under madrassen som kan støtte opp. Lunde (2011) skriver også at man kan trekke pasienten opp skråplanet ved å legge et laken mellom forflytningsmatten og pasienten. For å gjøre dette må hjelperne i forkant rulle pasienten over på den glatte matten (Lunde, 2011).

2.2.2 Forflytning fra rullestol til seng

Lunde (2011) forklarer at en pasient med god styrke i armene, men ikke i beina ofte kan klare seg selv ved forflytning fra rullestol til seng. Rullestolen plasseres rett ved siden av sengen, og det kan brukes et forflytningsbrett, forflytningsmatte eller plast under setet til pasienten for å redusere friksjonen. Dette gjør forflytningen lettere (Lunde, 2011). Noen pasienter kan trenge litt hjelp med forflytningen, og Lunde (2011) forklarer at det er flere metoder man kan bruke. Når pasienten ikke klarer å stå ordentlig på beina kan man skyve rullestolen slik at den står inntil sengen. Deretter legge en forflytningsmatte i sengen og plassere beina til pasienten på sengen. Man kan da trekke i pasientens bein, mens pasienten kan dra seg fremover i sengen med et sengebånd (Lunde, 2011).

Lunde (2011) forklarer deretter at når pasienten trenger mer støtte til overkroppen under forflytningen, kan det være lurt at en hjelper står bak pasienten. Det er viktig at man unngår å dra i armene og skuldrene, da dette kan være smertefullt. Man må vurdere hvilke grep man kan bruke for å støtte pasienten siden det kommer an på hvilke plager pasienten eventuelt kan ha (Lunde, 2011). Lunde (2011) nevner at ved å redusere friksjonen ved bruk av hjelpemidler, som en forflytningsmatte, så kan man trekke pasienten over horisontalt. Dette betyr at man ikke trenger å ta tak i armene til pasienten.

Ifølge Lunde (2011) kan man også gjøre forflytningen fra rullestol til seng horisontalt. Dette kan man gjøre ved å bruke en forflytningsmatte, og skyve denne under den ene halvdel av setet til pasienten ved hjelp av et forflytningsbrett. Forflytningsbrettet plasseres så under matten, mellom rullestolen og sengen. I det pasienten lener seg over på brettet, kan en hjelper trekke pasienten til seg mens en annen hjelper støtter pasienten i forflytningen (Lunde, 2011). Lunde (2011) forklarer også at man kan gjøre en horisontal forflytning med hjelp av et

forflytningsbrett og et stikklaken. Den ene hjelperen kan stå på motsatt side av sengen og trekke pasienten mot seg og inn i sengen ved hjelp av stikklakenet.

2.3 Kommunikasjon og pasienttrygghet under forflytning

Det er radiografen sitt ansvar å ivareta sikkerheten, verdigheten og integriteten til pasienten (Norsk radiografforbund, 2015). I en av de yrkesetiske retningslinjene for radiografer står dette: “1.2 Radiografen respekterer pasientens individuelle behov og gir tilpasset informasjon, pleie og omsorg slik at pasienten opplever trygghet i undersøkelses- eller behandlingssituasjonen” (Norsk Radiografforbund, 2015).

I en annen retningslinje, skrevet av Norsk Radiografforbund (2015), står dette: “1.5 Radiografen er oppmerksom på pasienten, og integrerer omsorg uavhengig av tidspress og/eller spesielt tekniske krevende prosedyrer.”

Gode kommunikasjonsegenskaper er ifølge European Federation of Radiographer Societies (EFRS) (2019) veldig viktig. For å involvere en pasient i egen prosess, er det ekstra viktig å forklare hele prosedyren ved undersøkelsen på en strukturert måte. Det å spørre pasienten om deres meninger og tanker for å kunne ta del i avgjørelsene, nevner European Federation of Radiographer Societies (EFRS) (2019) er et av punktene som bør gjøres når det er mulig. Et annet punkt som blir nevnt er bruk av verbal kommunikasjon for å få pasienten til å føle seg rolig.

Det at pasienten føler seg trygg er avgjørende for å få en god forflytning (Lunde, 2011). Lunde (2011) forklarer at det er viktig for pasienten å få muligheten til å bruke sitt naturlige bevegelsesmønster. Videre skriver Lunde (2011) at for pasienten skal føle seg trygg må den kunne kjenne igjen bevegelsene fra sitt eget bevegelsesmønster, og være i balanse under hele forflytningen. Lunde (2011) nevner at hjelperen må gjøre hver eneste forflytning så trygg som mulig for pasienten, og at dette alltid skal være i tankene til den som forflytter.

Lunde (2011) nevner at mange pasienter kan bli usikre og redde på grunn av at de ansatte løfter dem. I tilfeller hvor det brukes en passiv løsning, som løfteteknikk, blir ofte pasienten usikker fordi den ikke får muligheten til å hjelpe til selv. Det ender med at pasienten holder seg fast, mens hjelperen gjør alt arbeidet (Lunde, 2011).

Lunde (2011, s. 60) sier: “Mange ansatte teller: «en - to - tre!» før de tar i av full kraft.” Denne kommandoen brukes i flere sammenhenger med forflytning, og det er ikke sikkert pasienten vet hva som skjer eller hører hva som blir sagt. Derfor bør man alltid gi et signal til pasienten, og medhjelper, før forflytningen begynner (Lunde, 2011). Lunde (2011) forklarer at det kan være lurt med en tredelt kommando. Slik kan alle som er en del av forflytningen få tid til å gjøre seg klare for bevegelsene som skal utføres. Hjelperen bør også si akkurat hva som skal gjøres. Lunde (2011, s. 60) nevner at et eksempel på dette kan være: «Vi - trekker - nåååå».

2.4 HMS-kartlegging ved Sykehuset Innlandet

HMS-avdelingen i Sykehuset Innlandet har laget en overordnet risikovurdering i form av et kartleggingsverktøy (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014). Hensikten med risikovurdering for hver avdeling er å forebygge belastningsrelaterte muskel - og skjelettlidelser som er knyttet til forflytning og løfting av pasienter. Det er ønskelig å sikre en systematisk opplæring i bruken av hjelpemidler og forflytningsteknikk. Resultatene fra kartleggingen fra hver avdeling skal definere hva opplæringen i forflytningsteknikk og bruken av hjelpemidler for den enkelte avdelingen skal innebære (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014). På radiologisk avdeling er det flere pasientrettede oppgaver knyttet til forflytning. I skjemaet fra HMS-avdelingen i Sykehuset Innlandet (2014) står det hva opplæringen skal innebære: “Flytte pasient mellom stol og und.bord.”, “Flytte pasient mellom seng og und.bord.” og “Løfte pasient med personløfter/ståheis?”.

Det som kan være et risikomoment for radiografer er at arbeidet innebærer tunge løft og forflytninger. Ved slike arbeidsoppgaver kan det være fare for belastnings - og akuttrelaterte muskel - og skjelettskader. En mulig konsekvens av eventuelle skader kan føre til sykefravær og uførhet (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014). De som har ansvar for å sikre en systematisk opplæring i forflytningsteknikk, og bruken av hjelpemidler er både leder og ansatte ved hver avdeling (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014).

Lederen på avdelingen har ansvar for at alle de ansatte får opplæring i forflytningsteknikker og hvordan de anvender hjelpemidler. Lederen skal også sørge for at de ansatte får informasjon om risikofaktorer som er knyttet opp mot det daglige arbeidet på avdelingen. Lederen har også ansvar for å gi informasjon om eventuelle helsemessige konsekvenser som kan oppstå ved å ikke utføre arbeidet på en måte som samsvarer med opplæringen og veiledningen som er gitt (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014).

Lederen gir sertifisert forflytningsveileder på avdelingen oppgave om å gjennomføre opplæring og veiledning til de ansatte. Sertifisert forflytningsveileder i Sykehuset Innlandet er faglig kvalifisert til å gi opplæring og veiledning, og skal ha HMS-avdelingens grunnkurs. Forflytningsveileder skal også holde seg faglig oppdatert ved å delta på fagdager/repetisjonskurs i forflytning (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014). De ansatte på avdelingen skal aktivt være med å gjennomføre tiltak som iverksettes for å kunne skape et sikkert og godt arbeidsmiljø. De skal også være med å hindre helseskader og ulykker (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014).

2.5 Arbeidsstilling

Lunde (2011) nevner at det viktigste redskapet i alle forflytninger er kroppen til den som skal forflyttes. Det er mange muligheter, men også begrensninger med kroppen som redskap. Lunde (2011) forklarer at beina bør gjøre det tyngste arbeidet siden det er disse som er det sterkeste hjelpemidlet for den som skal forflytte. Ryggen er derimot sårbar, og det er ikke like store muskler her som det er i lårene. Den er likevel fleksibel og musklene i ryggen er gode til å gi støtte. Når ryggspylen er rett så er musklene i ryggen gode til å holde en arbeidsstilling (Lunde, 2011). For at ryggspylen skal være så rett som mulig, er det ifølge Trine Hjellødegård (Personlig telefonsamtale, 26. april 2019), også viktig med bred beinstilling og bøyde knær. Videre forteller hun at kroppen da vil få en mer naturlig holdning, og at man står stødigere.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives forskningsmetoden som er brukt for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

3.1 Utgangspunkt for valg av metode

I begynnelsen av prosessen med å finne tema for oppgaven ble det tidlig bestemt at observasjon var en metode vi ønsket å benytte. Ved å observere kan man selv undersøke hvordan selve forflytningsprosessen foregår. Det ble tidlig høsten 2018 vurdert om MR var en mer passende modalitet enn CT, men det ble ikke valgt på grunnlag av de sikkerhetsmessige årsakene som er på MR. Etter våre erfaringer er det også færre pasienter på MR i løpet av en dagvakt. Dette gjorde at vi valgte CT som modalitet for oppgaven. Høsten 2018 forhørte vi oss med radiografer som jobbet med CT. Videre ble Solås kontaktet, som er en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet. Dette ble gjort for å få informasjon om hva slags utfordringer de selv har opplevd i forhold til forflytning av pasienter. Det var på bakgrunn av denne informasjonen det ble valgt avgrensninger og fokus på tema.

Metoden som er valgt for denne oppgaven er en kvalitativ, deltagende og strukturert observasjonsstudie med supplerende semi-strukturerte intervjuer. Johannessen (2017) nevner i sin bok at observasjon egner seg godt når man skal ha direkte innsyn i de handlingene som blir studert. Johannessen (2017) nevner at en deltagende observasjon er spesielt nyttig når hendelser som varer over kort tid skal utforskes. Siden en forflytning ofte ikke tar lang tid, var dette en type metode som passet godt i vår oppgave. Observasjon er ifølge Johannessen (2017) en metode som egner seg best når problemstillingen er knyttet til et avgrenset område. Vi kom frem til at observasjon på en CT-lab var best egnet metode for oppgavens problemstilling.

Intervju ble valgt som en supplerende metode. Dalland (2012) nevner at ved å kombinere observasjon og intervju kan observasjonen gi de nødvendige forutsetningene for intervjuet. Kvale og Brinkmann (2017) skriver at intervju kan fungere som en hjelpemetode, og Dalland (2012) skriver at intervjuet kan bidra til å utfylle observasjonene.

3.2 Databasesøk

I starten av prosessen ble det gjort eksplorative søk i Google Scholar for å undersøke hva som finnes av studier om dette temaet. For å få flere forslag til søkeord ble lærere ved ergoterapiutdanning ved NTNU Gjøvik kontaktet. Det ble også benyttet veiledning av bibliotekar ved NTNU Gjøvik. Dette ble gjort for å få mer innsikt i ulike aktuelle databaser og mulige kombinasjoner av søkeord. Søkeordene som ble brukt for å finne artikler var følgende; safety patient transfer, handling of patients, mobility lifting, lifting and transfer patients, transferring a patient from bed to wheelchair, patient transfer technique, moving and lifting patients, patient positioning. Disse ble også kombinert med hverandre. Databasene som ble benyttet ved søking etter artikler var Medline, Scopus og Science Direct. I tillegg ble snøballmetoden brukt for å finne artikler. Artikkelen skrevet av The European Federation of Radiographer Societies (EFRS) (2019) ble delt på en sosial nettverksside av en ansatt ved radiografutdanningen ved NTNU Gjøvik.

Flere av artiklene og bøkene som ble studert refererte til Per Halvor Lunde. Han er pedagog innenfor mental - og fysisk forflytning, og har skrevet bok om forflytningsteknikk som blir brukt innenfor ergoterapiutdanningen ved NTNU Gjøvik og Sykehuset Innlandet. Denne oppgaven har derfor valgt å bruke hovedsakelig denne boken for å samle inn teori. Vi valgte å kontakte Trine Hjellødegård siden det var noen begreper vi ikke fant en klar definisjon på.

Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være fagfellevurdert, skandinavisk eller engelskspråklige og inneholde ergonomi innenfor helsesektoren. Det ble i utgangspunktet valgt en tidsbegrensning på ti år. Dette gav få treff. Derfor ble tidsbegrensningen ikke benyttet i våre søk.

3.3 Utvalg for observasjon

Utvalget i denne oppgaven er alle radiografer ved sykehuset som var på CT-lab de dagene med observasjon. Det ble kun observert forflytninger hvor det var radiografer involvert. Johannessen (2017) sier det er en fordel at forskeren kjenner til feltet på forhånd, for å lettere å forstå situasjonen som skal observeres. Det aktuelle sykehuset ble valgt da forfatterne av oppgaven var noe kjent på den aktuelle CT-laben.

3.4 Utarbeidelse av observasjonsskjema

I forkant av observasjonene ble det utarbeidet et observasjonsskjema (vedlegg 1), observasjonsguide (vedlegg 2) og et observasjonsnotat.

I utarbeidelsen av observasjonsskjema ble det benyttet to metodebøker. I disse bøkene brukes det forskjellige navn på begreper som vi har tolket har lik betydning. I denne oppgaven følges Johannesen (2017) sin definisjon.

I Johannesen (2017) nevnes det at ved strukturert observasjon ofte brukes et observasjonsskjema. Et observasjonsskjema skal ifølge Dalland (2012) ha fast struktur, og inneholde konkrete opplysninger. Det nevnes at for å kunne ha observasjoner med troverdighet er det nødvendig å bruke et ferdig disponert skjema. For å utarbeide et slikt skjema ble det tatt utgangspunkt i en tidligere studie som heter "*A direct observation instrument for assessment of nurses' patient transfer technique (DINO)*" (Johnsson et al., 2004). I denne studien benyttet de et observasjonsskjema som ble brukt som inspirasjon til eget skjema. Studien (Johnsson et al., 2004) hadde som mål å effektivisere observasjonen av helsepersonell. Det var lagt opp ja/nei-spørsmål og forflytningen var delt opp i tre ulike faser. I observasjonsskjemaet som ble utarbeidet i denne oppgaven ble forberedelsesfasen og utførelsesfasen brukt.

For å tilegne og repetere forflytningskunnskap var vi på en forelesning på simuleringssenteret ved NTNU Gjøvik. Forelesningen handlet om forflytningsteknikk og ble holdt av Trine Hjellødegård. Til observasjonsskjema ble det utarbeidet punkter inspirert av skjemaet i studien til Johnsson et al. (2004). Videre ble det utarbeidet en observasjonsguide som beskriver observasjonsskjema detaljert med definisjoner og forklaringer på begreper der noe er hentet fra teorien til Per Halvor Lunde (2011). Dette ble gjort slik at observatørene kunne forsikre seg om at de så etter det samme, og unngå misforståelser.

For å optimalisere observasjonsskjema ble det utført en pilot på røntgen-lab ved NTNU Gjøvik. Det ble simulert en forflytningssituasjon hvor alle fikk prøve å være observatør. Ved å gjøre dette fikk vi øvd på å observere og registrere det som ble sett, og stille mer forberedt før selve observasjonene på sykehuset begynte. Etter gjennomført pilot ble det gjort endringer som skulle gjøre det noe lettere å fylle ut observasjonsskjema under en forflytningsprosess. Endringene i observasjonsskjema var at det ble tatt med observasjonsnummer i stedet for pasientnummer. Dette var fordi observatørene skulle ha fokus på radiografene og ikke

pasientene. Det ble lagt til om radiografen er mann eller kvinne. Videre ble det endret på rekkefølgen av punktene, for å få en mer naturlig utfylling av observasjonsskjema. I tillegg er det lagt til et ekstra punkt som gikk ut på innstilling av høyden på sengen og CT-benken med tanke på radiografenes arbeidsstilling.

I forkant av observasjonene ble det bestemt at det skulle benyttes et observasjonsnotat. På den måten kunne observatørene notere ned fritt. Et observasjonsnotat skal ifølge Johannessen (2017) inneholde det observatøren ser og føler. Johannessen (2017) skriver at ved å ha personlige notater kan observatøren skrive ned egne refleksjoner og følelser som oppstår under observasjonen. Vi har valgt å bruke observasjonsnotat som også kan inneholde personlige notater. Dette var et blankt ark med dato, tidsrom og observasjonsnummer.

3.5 Gjennomføring av observasjon

Observasjonene ble utført på en CT-lab ved det aktuelle sykehuset. Observasjonene ble gjennomført gjennom en 15-dagers periode hvor syv av dagene var observasjonsdager. Det var to observatører til stede ved hver observasjon. Den ene observatøren var fast, heretter kalt hovedobservatør, og deltok i alle observasjonene. De to andre observatørene byttet på å være med. Det ble på forhånd bestemt hvilke roller observatørene skulle ha, og hvilke oppgaver som skulle gjøres. Hovedobservatøren hadde i oppgave å fylle ut observasjonsskjema og ha oversikt over radiografene. Dette var for å kunne ha et utvalg til de supplerende intervjuene i etterkant av observasjonene, og samtidig holde radiografene anonyme.

Observatørene stod på to ulike plasser inne på CT-laben for å observere forflytningene fra forskjellige vinkler (vedlegg 3). Dette ble gjort for å få med mest mulig av forflytningene fra begge sider av CT-benken. Hovedobservatøren stod på samme plass under hver observasjon mens den andre observatøren byttet plassering etter noen observasjoner.

Under observasjonsperioden ble det prøvd ut ulike tidspunkt, og det ble bevisst bare planlagt halve dager med observasjon. Johannessen (2017) nevner at man bør umiddelbart gå gjennom notatene og gjøre nødvendige utfyllinger. På bakgrunn av dette var planen å observere halve dagen, og deretter gå igjennom notater og skrive referat etter hver observasjonsdag.

Johannessen (2017) skriver også at tiden etter observasjon er kritisk, og at verdifull informasjon kan gå tapt hvis man venter for lenge med å lese gjennom notatene. Etter noen dager med observasjon ble det bestemt at observatørene skulle være på CT-lab hele dager

istedenfor halve, for å få flere observasjoner. Av alle observasjonene var åtte fra seng til CT-benk, og to av observasjoner var fra rullestol.

3.6 Utvalg for intervju

Radiografene som ble valgt til intervju ble bestemt ut ifra observasjonene. Det ble valgt tre radiografer, og disse ble valgt på bakgrunn av hvor mye de ble observert. Radiografene som ble valgt ble observert i varierende grad.

3.7 Utarbeidelse av intervjuguide

I forkant av observasjonene ble det vurdert å utføre eventuelle supplerende intervjuer for å få mer utfyllende informasjon ved behov. Underveis i observasjonsperioden ble det tydelig at det var få forflytninger, spesielt når det gjaldt pasienter som kom i rullestol. På bakgrunn av dette ble det bestemt å utføre tre supplerende intervjuer. Intervjuguiden (vedlegg 4) ble utarbeidet på slutten av observasjonsperioden hvor det ble tatt utgangspunkt i funn fra observasjonene. Det ble utarbeidet syv spørsmål til intervjuguiden. Spørsmålene ble utarbeidet etter inspirasjon av Kvale (2017) sitt prinsipp om å begynne med spørreordet «hva». Deretter stille spørsmål som begynner med «hvordan». Dette ble utgangspunktet for spørsmålene som ble brukt. For å optimalisere spørsmålene i intervjuguiden ble det utført et pilotintervju med en lærer ved radiografutdanningen i Gjøvik. Ut ifra dette pilotintervjuet ble rekkefølgen på spørsmålene noe endret. Utformingene på spørsmålene fikk god respons, så disse ble ikke endret.

3.8 Gjennomføring av intervju

To av intervjuene ble utført inne på et kontor på det aktuelle sykehuset, og det tredje ble utført på en av labene ved avdelingen. Det ble ikke benyttet båndopptaker og derfor noterte to av forfatterne av oppgaven på PC underveis. Båndopptaker ble ikke benyttet under intervjuene på bakgrunn av at det ikke ble søkt spesifikt om lydopptak i forespørsel om å utføre observasjon og intervju ved avdelingen. Samme person stilte spørsmål i hvert intervju. Alt som ble sagt mellom radiograf og intervjueren ble notert. Dette gjorde at de som noterte kunne utfylle hvis den andre gikk glipp av noe som ble sagt.

3.9 Analyse

Analysemetoden som er brukt i denne oppgaven er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analysemodell som beskrevet av Malterud (2011). Analyseprosessen kan ifølge Giorgi

(Malterud, 2011) deles inn i fire trinn. Første trinnet går ut på å danne seg et helhetsinntrykk av dataene som er samlet inn, og bli kjent med materialet (Malterud, 2011). Først leste hver av forfatterne av oppgaven gjennom datamaterialet fra observasjonene hver for seg, for å ikke kunne påvirke hverandre. Underveis, i gjennomgangen av teksten, ble ulike temaer valgt ut. Videre skriver Malterud (2011) at datamaterialet skal skilles ut så kun det som belyser oppgavens problemstilling kommer frem. Ut ifra datamaterialet fra observasjonene ble det dannet fire kategorier. Etter at kategoriene ble dannet ble datamaterialet fra observasjonene gått gjennom på nytt, og relevant innhold som belyser problemstillingen ble lagt under hver kategori. På denne måten kan materialet bli sortert i såkalte subgrupper (Malterud, 2011). Til slutt ble de originale dataene fra observasjonene gjennomgått for å se om resultatene som ble trukket ut stemte overens med det opprinnelige datamaterialet. Malterud (2011, s. 107) skriver: "... vurdere hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra." Analysemodellen til Giorgi (Malterud, 2011) ble også benyttet som inspirasjon for analyse av datainnsamlingen fra intervjuene. Intervjuene ble utført i etterkant av observasjonene. Datamaterialet fra intervjuene ble analysert på samme måte som ved observasjon.

Ut ifra analysen av observasjonsdata kom oppgaven frem til følgende kategorier: Kommunikasjon, radiografenes arbeidsstilling, forflytningsteknikk og antall med i forflytning. Det ble også lagt til en underkategori; bruk av hjelpemidler. Denne ble plassert under kategorien forflytningsteknikk. Etter endt analyse av datamaterialet fra intervjuene ble det lagt til en kategori; opplæring på avdelingen.

Det ble laget en tabell (viser til tabell 1) til resultatene for kategorien radiografenes arbeidsstilling. Dette ble gjort for å få en mer oversiktlig fremstilling av hvor mange ganger radiografene oppfylte kriteriene knyttet til arbeidsstilling. Disse tre kriteriene hører sammen og det gjorde det naturlig for oppgaven å lage en tabell.

3.10 Etisk refleksjon

I november 2018 ble det sendt forespørsel til den aktuelle avdelingen om det var mulig å få observere på CT-laben. I desember 2018 ble det sendt inn søknad til personvernombudet for å få tillatelse til observasjon og intervjuer ved Sykehuset Innlandet. Denne ble godkjent i desember 2018 (vedlegg 5). Etter innsendt søknad til personvernombudet ble det gjort

endringer knyttet til problemstilling og observasjonsmetode. Etter endte observasjoner ble det sendt ny forespørsel til den aktuelle avdelingen for å få tillatelse til å utføre intervjuer. For å anonymisere radiografene fikk de et randomisert nummer fra 1 til 9. Sykehuset er også anonymisert. I referatene fra observasjon og intervju ble navn på radiografene og opplysninger om pasienter fjernet. Før intervjuene startet ble det utlevert et samtykkeskjema (vedlegg 6) til hver av radiografene. Dette ble lest igjennom sammen med den som intervjuet, og radiografene skrev under på disse før intervjuene startet. Etter levert bachelor blir alle notater knyttet til observasjon og intervju, slettet og makulert.

4.0 Resultat

Her presenteres funnene fra observasjonene og intervjuene. Funnene fra observasjonene står først under hver kategori, etterfulgt av resultatene fra intervjuene.

4.1 Kommunikasjon

Ut ifra datainnsamlingen er det generelt lite kommunikasjon mellom radiografene og pasientene når det kommer til forflytning. Radiografene har i de fleste observasjonene latt annet helsepersonell ta styringen når de er til stede. I nesten alle observasjonene ble det gitt varierende mengde informasjon til pasienten om hvordan forflytningen skulle foregå. Informasjonen ble for det meste gitt av annet helsepersonell.

I litt over halvparten av observasjonene ble det gitt en kommando i det pasienten skulle forflyttes over til CT-benken. I de fleste tilfellene var det annet helsepersonell som ga en kommando. En type kommando som ofte ble gitt ved forflytningene var at det ble telt “en - to - tre” før pasienten fysisk ble flyttet over.

I en av observasjonene ble det gitt beskjeder fra en radiograf til pasient for hvert trinn som ble gjort. Den ene radiografen gav beskjed om at: *“Nå skal vi flytte deg over.”* Pasienten fikk også beskjed om å holde hodet oppe under forflytning, og legge hendene samlet på brystet. Pasienten ankom i seng og var delvis passiv.

4.2 Radiografenes arbeidsstilling

Tabell 1.

	<i>Antall observasjoner</i>	Arbeidsstilling		
		Bøyde knær	Strak rygg	Bred beinstilling
Radiograf 1	2	0	1	0
Radiograf 2	3	1	0	1
Radiograf 3	5	4	2	3
Radiograf 4	1	0	0	0
Radiograf 5	1	0	0	0
Radiograf 6	3	1	0	0
Radiograf 7	1	1	1	1
Radiograf 8	1	1	1	1
Radiograf 9	1	1	1	1

Tabell 1. Tabellen viser alle radiografer som ble observert, antall observasjoner av hver radiograf og antall ganger radiografer oppfylte kriterier i henhold til arbeidsteknikk.

I alle observasjonene, bortsett fra to, er ett eller flere kriterier knyttet til radiografenes arbeidsstilling i observasjonsskjema oppfylt. Det vil si at radiografene hadde bøyde knær, strak rygg eller bred beinstilling. Dette var det som ble observert med en gang radiografene begynte å forflytte pasienten, men det var også en tendens til at noen av radiografene fikk mindre bøyde knær og mindre strak rygg utover i forflytningsprosessen.

4.3 Opplæring på avdelingen

Alle tre radiografene nevner i intervjuene at det er en forflytningsveileder på avdelingen. Den ene radiografen sier at intensjonen er å ha undervisning en gang i året, men at det nå er to år siden sist. Det sies også at det har begynt en del nye radiografer som det ikke kan garanteres at har fått god opplæring i bruk av enkelte hjelpemidler. En radiograf sier i forbindelse med spørsmål om opplæring at: *“Og i den teorien er de opptatt av å bruke pasientens naturlige bevegelsesmønster.”*

4.4 Forflytningsteknikk

Ut ifra observasjonene viser det seg at det i alle forflytningene fra seng til CT-benk, bortsett fra to, ble brukt skyve- og trekketeknikk. Ved en annen observasjon ble det begynt med

skyve- og trekketeknikk. I denne observasjonen var CT-benken på et høyere nivå enn sengen. Ved nesten alle observasjonene ble sengen og/eller CT-benken justert slik at det ble tilrettelagt for et skråplan fra seng og ned til CT-benken.

Når det gjelder den ene observasjonen fra rullestol til CT-benk, ble det i ett tilfelle brukt vertikal forflytning. Ved denne observasjonen var det to radiografer som tok under hver sin arm på pasienten, og begynte å løfte og forflyttet i vertikal retning.

Alle radiografene nevner i intervjuene at de ville ha plassert rullestolen inntil CT-benken. I det ene intervjuet sier radiografen at det ofte er tre på forflytning, og at det står en radiograf på hver side av pasienten. Radiografen forklarer en fremgangsmåte der den ene radiografen drar litt i armen til pasienten mens den andre dytter. Samme radiograf sier at hvis pasienten ikke klarer å sette ned beina i det hele tatt ville vedkommende hatt en radiograf bak som tok tak i pasienten og løftet opp. Videre forklares det at en radiograf står foran og tar rundt pasienten og løfter opp. En annen radiograf drar unna rullestolen når pasienten er i noenlunde stående stilling.

På spørsmålet om hvordan radiografene ville ha forflyttet en pasient fra rullestol til CT-benken sier den ene radiografen at hvis pasienten greier å stå, så hadde radiografen kjørt stolen så nært CT-benken som mulig. Radiografen ville bedt pasienten om å reise seg og snu seg forsiktig rundt. Hvis pasienten ikke kan stå, ville radiografen vurdert heis. Videre sier radiografen: *“... men som oftest hvis de ikke er vant til å bruke heis så tilkaller vi flere.”* Radiografen sier deretter at de ville tatt av armlenet, satt inn sklibrettet og hatt en radiograf ved ryggen og beina til pasienten, og latt pasienten skli over sidelengs.

En annen radiograf forklarer at rullestolen skal være plassert riktig slik at man flytter minst mulig på pasienten. Radiografen forteller videre at skliplaten ville blitt brukt under setet, og at det blir lagt et stikkklaken rundt sete til pasienten. Forklarer så videre at den ene radiografen kan stå og låse knærne til pasienten, slik at beina holdes i ro, mens den andre radiografen holder bak. Skliplaten skal plasseres under halve setet slik at pasienten kan lene seg over mot retningen den skal forflyttes. Pasienten vil da skli i den retningen. Radiografen sier: *“Så det er egentlig en veldig fin metode, men trenger litt trening.”* Ved spørsmål om hvilken informasjon de har fått knyttet til arbeidsteknikk sier den ene radiografen: *“Vi lærte at vi aldri skal løfte. Vi skal forflytte Det er første bud.”*

4.4.1 Bruk av hjelpemidler

Funnene fra observasjonene viser at det ved litt over halvparten av observasjonene ble brukt hjelpemidler knyttet til forflytningen av pasienten. Det ble kun brukt hjelpemidler hvor pasienten ble flyttet fra seng til CT-benk, mens det fra rullestol ikke ble benyttet noe form for hjelpemidler. Ved forflytningene fra seng ble det brukt et stort avlangt brett med spinnakerduk rundt. Det ble i tillegg benyttet enten stikklaken eller laken.

Alle tre radiografene sier i intervjuene at de hadde brukt et sklibrett i forflytningen fra rullestol. Den ene radiografen nevner at teknikken med skliplate og stikklaken under setet til å styre pasienten fra rullestol over på CT-benken, er en teknikk som blir veldig lite brukt. Samme radiograf nevner at dette ene sklibrettet var det eneste som var tilgjengelig på radiologisk avdeling, og at dette nå er borte. To av de tre radiografene nevner at det kanskje ikke er penger nok til hjelpemidler eller at det koster for mye.

4.5 Antall med i forflytning

Det ble observert at i alle forflytninger fra seng til CT-benk, var det minst tre helsepersonell med i forflytningen.

To av radiografene i intervjuene nevner at det er en utfordring å være nok folk i forflytning fra seng til CT-benk. Den ene radiografen sier at de ofte er to i forflytning, og at det kan være lurt å bruke noen minutter ekstra på å hente flere. Samme radiograf sier: *“Mange som tenker det går fortere å gjøre det selv, men det er ikke best for pasienten og helsen vår.”*

På spørsmålet om hva du ville ha gjort for å få pasienten til å føle seg trygg i forflytningen, sier en radiograf de prøver å få tak i flere folk slik at pasienten opplever at det ikke blir feil i forflytningen.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet blir resultatene diskutert opp mot teori og retningslinjer.

Ut ifra resultatene fra observasjonene var det generelt lite kommunikasjon mellom radiograf og pasient. Derimot ble det nesten alltid informert om forflytningen, men fra annet helsepersonell. European Federation of Radiographer Societies (EFRS) (2019) sier at bruk av verbal kommunikasjon får pasienten til å føle seg rolig, og det kan virke som dette er noe som ble tatt hensyn til under forflytningene. Det er nesten aldri radiografene som styrer kommunikasjonen når det er annet helsepersonell til stede. Det kan tenkes at radiografene trekker seg noe tilbake, slik at pasienten ikke skal ha for mange å forholde seg til. Det kan være det er mer naturlig for annet helsepersonell å ha kommunikasjonen med pasienten, siden de kanskje allerede har kjennskap til pasienten. Dette kan ikke sies med sikkerhet, siden oppgaven ikke har tatt hensyn til bakgrunnsinformasjonen til pasienten og annet helsepersonell. De yrkesetiske retningslinjene til Norsk Radiografforbund (2015) sier at pasienten skal få tilpasset informasjon slik at pasienten føler seg trygg. Det sies derimot ikke noe om hvor mye informasjon pasienten trenger. Det kan være individuelt for hver pasient hvor mye informasjon som er nødvendig for at pasienten skal kunne føle seg trygg i forflytningsprosessen.

I oppgavens resultater virker det som at det hovedsakelig var annet helsepersonell som ga informasjon knyttet til forflytningen når disse var involvert. Det kan være at radiografene tenker at det viktigste er at pasienten får informasjon, og at det kanskje ikke spiller noen rolle hvem informasjonen kommer fra. Det må også tas i betraktning at det ikke er sikkert resultatene hadde vært de samme, om det ikke hadde vært annet helsepersonell til stede. Det ble ikke observert så mange forflytninger hvor det kun var radiografer involvert. CT-laben er radiografenes arbeidsområde, så kanskje radiografene skulle ha tatt mer ansvar på egen lab.

Det ble derimot observert forflytninger hvor radiografen ga tydelige beskjeder til pasienten om hva som skulle skje. I disse tilfellene var det ikke annet helsepersonell til stede. Lunde (2011) sier at det bør gis et signal før forflytningen begynner. Ut ifra resultatene kan man se at det ble gitt korte og tydelige beskjeder til pasienten om hva som skal skje. Et eksempel er: *“Nå skal vi flytte deg over.”* I forflytningen hvor dette ble sagt kom pasienten i seng og var delvis passiv. Pasienten fikk konkrete beskjeder som at pasienten skulle holde hodet oppe, og

legge hendene på brystet. Dette gjorde muligens at pasienten selv fikk bidra under forflytningen. Det kan være at radiografen valgte å gi disse beskjedene til denne pasienten, fordi pasienten var delvis passiv. Lunde (2011) nevner at pasienten ofte blir usikker hvis ikke de får muligheten til å hjelpe til selv. Ved at radiografen kommuniserte på denne måten, kan det tenkes at dette gir pasienten muligheten til å føle seg mer involvert i forflytningen, og mindre usikker. Når pasienten er mer involvert i egen forflytning kan dette føre til at pasienten blir tryggere.

Når pasienten ble forflyttet over til CT-benken, ble det ofte telt “en-to-tre” før pasienten ble fysisk flyttet over. Ut ifra egne erfaringer er dette en metode som ofte blir brukt i forflytningsprosessen. Lunde (2011) sier også at dette er en kommando som brukes i mange forflytningssammenhenger. Samtidig sier Lunde (2011, s. 60) at det kan være lurt å bruke en tredelt kommando som for eksempel: “Vi - trekker - nåååå.” En mulig forklaring på hvorfor det telles “en-to-tre” kan være at det er noe de fleste helsepersonell kjenner til. Ved å kun telle og ikke forklare hva som skal foregå kan pasienten misforstå det som skal skje videre. Ved å si: “Vi - trekker - nåååå” (Lunde 2011, s. 60) kan det være at det er lettere for pasienten å forstå at pasienten skal trekkes over når kommandoen sies. Det må også tas i betraktning at det var annet helsepersonell som telte ned i de fleste forflytningene. Hvilken kommando radiografene ville ha brukt i samme situasjon, kan dermed ikke sies med sikkerhet.

I de fleste observasjonene ble ett eller flere av kriteriene knyttet til radiografenes arbeidsstilling oppfylt. Tre radiografer hadde alle kriterier oppfylt i hver sin forflytning. To radiografer hadde ikke noen av disse kriteriene oppfylt. Disse ble derimot kun observert en gang hver, og det kan ikke sies med sikkerhet at resultatet hadde vært det samme om de hadde blitt observert flere ganger. Siden det er få observasjoner, kan resultatene også være tilfeldig. Her må det også tas i betraktning at radiografene har ulike arbeidsoppgaver under forflytning. Hvis radiografen står på den siden hvor pasienten skal skyves over på CT-benken, kan det tenkes at de ikke har like stort fokus på arbeidsteknikk enn hvis de trakk til seg pasient fra seng. En mulig forklaring kan være at radiografene tenker at det er lettere å skyve enn å trekke pasienten. Stressende situasjoner eller tidspress kan også være faktorer som kan gjøre at radiografen ikke har disse kriteriene oppfylt.

Radiografene har forskjellig kroppsbygning, og det kan også påvirke resultatene. Det vil muligens være vanskelig for lavere radiografer å beholde bøyde knær, hvis seng eller benk er

for høy. I likhet vil det være vanskelig for høye radiografer å ha en strak rygg, hvis benk eller seng er for lav. Denne oppgaven har derimot ikke tatt hensyn til faktorer som gjør at radiografene ikke klarte å holde en arbeidsstilling, gjennom hele forflytningen, som både Lunde (2011) og Hjellødegård (Personlig telefonsamtale, 26. april 2019) sier noe om. Radiografene hadde en tendens til å få mindre strak rygg og bøyde knær utover i forflytningen. Det kan tyde på at radiografene tenkte på arbeidsstillingen i starten av forflytningen, men at det ble mindre fokus på dette etterhvert. Forfatterne av denne oppgaven undres over hvorfor resultatene ikke viser at flere radiografer oppfylte kriteriene for god arbeidsteknikk. HMS-kartleggingen (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014) sier at eventuelle arbeidsskader kan føre til sykefravær og uførhet, og det kan tenkes at det burde være mer fokus på god arbeidsteknikk på avdelingen.

Opplæring i forflytningsteknikk og bruk av hjelpemidler kan muligens være en viktig faktor for at radiografene skal kunne utføre en god forflytning. Den ene radiografen sa i intervjuet at intensjonen er å ha opplæring minst en gang i året, men at det er to år siden sist. Samme radiograf sa at det er begynt en del nye radiografer, og forteller videre at det er ingen garanti for at de har fått god nok opplæring i bruk av enkelte hjelpemidler. Dette undres forfatterne av oppgaven over, siden HMS-kartleggingen (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014) sier at det burde være jevnlig opplæring i forflytningsteknikk og bruk av hjelpemidler. Det står derimot ikke noe i kartleggingen om hvor jevnlig denne opplæringen burde være. Radiografen sier at intensjonen er en gang i året, men det nevnes ikke noe om hvorfor ikke det er blitt gjennomført oftere. Det kan være at det er manglende interesse fra ansatte og leder, eller at det ikke er blitt prioritert. Ifølge HMS-kartleggingen (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014) har både leder og ansatte ved hver avdeling ansvar for å sikre en systematisk opplæring i forflytningsteknikk og bruken av hjelpemidler. Det kan derfor være vanskelig å si med sikkerhet hva som er årsaken til at det ikke er mer opplæring. Samtidig sier den ene radiografen: *“Og i den teorien er de opptatt av å bruke pasientens naturlige bevegelsesmønster.”* Dette samsvarer med hva Lunde (2011) sier om at pasienten skal få bruke sitt eget naturlige bevegelsesmønster. Dette kan tyde på at radiografen har kunnskap knyttet til teori om forflytning. Det kan derimot ikke sies med sikkerhet om det er fra opplæring på avdeling eller utdanningen radiografen har hentet denne kunnskapen fra.

Ut ifra observasjonene så ble det nesten alltid brukt skyve- og trekketeknikk ved forflytning fra seng til CT-benk. Dette samsvarer med hva Lunde (2011) sier om hvordan man bør

forflytte pasienter fra seng. Det var en forflytning hvor det virket som det var meningen at de skulle bruke skyve- og trekketeknikken, men som ikke ble gjennomført ifølge Lunde (2011) sine prinsipper. CT-benken var på et høyere nivå enn sengen, og det kan dermed bli vanskelig å gjennomføre denne teknikken. Lunde (2011) sier at hvis det er en høydeforskjell så kan denne utlignes ved hjelp av for eksempel en dyne under madrassen som kan støtte opp. Det ble ikke gjort i dette tilfellet. En mulig årsak kan være at det ikke var dyne tilgjengelig i nærheten. Det kan også tenkes at denne teknikken er mer tidkrevende, og at det derfor ikke ble utført. Det nevnes innledningsvis at noen radiografer synes en av de største utfordringene med forflytning av pasienter er tidspress. Derimot så sies det i radiografenes yrkesetiske retningslinjer at radiografene skal vise pasienten omsorg, uavhengig av tidspress (Norsk Radiografforbund, 2015). Dermed bør ikke tidspress være en avgjørende faktor til hvorfor radiografene ikke prøver å gjøre forflytning så god som mulig. Det kan ikke sies med sikkerhet at tidspress er en avgjørende faktor. En annen mulig forklaring kan være at radiografene ikke er klar over denne løsningen.

Ved den ene forflytningen fra rullestol til CT-benken ble det brukt vertikal forflytning. To radiografer tok tak under hver sin arm på pasienten, og begynte å løfte. Dette strider mot hva Lunde (2011) mener om hvordan pasienter bør forflyttes. Lunde (2011) sier at det å løfte og dra i pasienten kan være smertefullt. Det undres over hvorfor dette er noe som blir gjort, når en annen radiograf sier: *“Vi lærte at vi aldri skal løfte. Vi skal forflytte Det er første bud.”* Det kan da virke som at denne radiografen vet at de ikke skal løfte pasienter etter armene. Istedenfor at pasienten skal trekkes over ved å ta tak i armene til pasienten, nevner Lunde (2011) at det kan brukes en forflytningsmatte for å redusere friksjonen. Deretter kan pasienten flyttes over horisontalt. Det ble også nevnt i et annet intervju at radiografen ville ha løftet opp pasienten under armen. Dette kan tyde på at det gjøres og sies forskjellig blant radiografene. Ifølge Lunde (2011) er det flere metoder man kan bruke ved forflytning fra rullestol til seng. I den ene metoden blir det brukt en forflytningsmatte og bena til pasienten blir plassert på sengen for så å trekke pasienten over. Dette er en metode som ikke har blitt observert, og har ikke blitt nevnt i intervjuene. Det kan tenkes at denne teknikken er ukjent for mange, og av den grunn ikke brukes. Lunde (2011) nevner at dette er en metode som brukes når pasienten skal over til seng. En mulig forklaring kan også være at CT-benken er for smal til at denne teknikken er praktisk mulig, og at rullestolen kanskje ikke kommer godt nok inntil CT-benken.

To av de tre radiografene som ble intervjuet forklarer at de ville ha brukt et sklibrett, og latt pasienten skli over horisontalt ved forflytning fra rullestol. Radiografene forklarer metodene på ulike måter, men forfatterne av denne oppgaven får inntrykk av at de forholder seg til de samme prinsippene som forklares av Lunde (2011). En radiograf forklarer en fremgangsmåte som samsvarer godt med hvordan Lunde (2011) beskriver den ene forflytningsteknikken. Radiografen sier: *“Så det er egentlig en veldig fin metode, men trenger litt trening.”* Dette kan tyde på at radiografene ikke får nok trening i den type forflytninger i løpet av den tiden de er på vakt. Det kan også være at det er for lang tid mellom hver opplæring. Siden denne oppgaven kun har observert to forflytninger fra rullestol er det vanskelig å si om den horisontale forflytningen med sklibrett, faktisk blir brukt i praksis. I et av intervjuene nevnes det at det var et sklibrett på avdelingen, men radiografen er usikker på hvor dette brettet er. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor denne metoden kanskje ikke blir brukt.

Resultatene fra observasjonene viser at det ikke ble brukt noe form for hjelpemidler i forflytningene som var fra rullestol til CT-benk. Ut fra to observasjoner kan det være et tynt grunnlag for å kunne si at radiografene ikke bruker hjelpemidler ved forflytning fra rullestol. En mulig forklaring kan være manglende hjelpemidler på avdelingen. Lunde (2011) forklarer at det kan brukes et forflytningsbrett og et stikklaken eller forflytningsmatte som hjelpemidler ved forflytning fra rullestol. Det kan hende radiografene har fått for lite trening på forflytning med hjelpemidler, og det kan gjøre dem usikre. Det kan være at radiografene tenker at det er enklest og raskest å ta det uten hjelpemidler, spesielt hvis tilfellet er at radiografene ikke har nok med trening. Siden det bare var observert to forflytninger fra rullestol, kan det også være tilfeldig at det ikke ble brukt hjelpemiddel.

Funnene fra observasjonene viser at det er hyppig bruk av hjelpemidler på forflytning fra seng til CT-benk. Her ble det brukt hjelpemidler som et stort avlangt brett med spinnakerduk rundt. Samtidig ble stikklaken/laken brukt. En mulig forklaring på at det ofte ble brukt hjelpemidler fra seng kan muligens være at det er flere tilfeller av slike forflytninger. Det kan føre til at radiografene får mer trening, og dermed kan føle seg sikrere, og bruker hjelpemidlene. Det å bruke hjelpemidler som brett med spinnakerduk og stikklaken kan tenkes er veldig vanlig, og som mange har kunnskap om og fått erfaring med. Det virker som denne teknikken kan brukes på nesten alle som ankommer i seng. Det kan også tenkes at det er en enklere bruk av hjelpemidler når det er forflytning fra seng til CT-benk enn fra rullestol.

Det ble observert at det minst var tre helsepersonell, inkludert radiografer, med i forflytningene fra seng. Det var ofte annet helsepersonell som fulgte pasienten. Dette kan være en grunn til at de alltid var minst tre som forflyttet. Lunde (2011) sier i sin teori at det alltid må være minst to hjelpere med i hver forflytning. Dette samsvarer godt med denne oppgavens observasjoner. I det ene intervjuet sa en radiograf at de ofte er to i forflytning. Det kan tenkes at det er uforsvarlig å gjennomføre forflytning fra seng over til CT-benken alene, spesielt om pasienten er helt passiv. Det kan være sikkerhets- og helsemessige årsaker til dette med tanke på pasient og radiograf. Samme radiograf sier: *“Mange som tenker det går fortere å gjøre det selv, men det er ikke best for pasienten og helsen vår.”* Her er forfatterne av denne oppgaven noe usikre på hva radiografen mener. På en side kan det tolkes som at radiografen kanskje mener det er raskere å utføre forflytningen selv. Det er blitt observert at det alltid er minst to i forflytningen, så dette stemmer ikke med resultatene. På en annen side kan det tenkes at radiografen mener at for å få en god forflytning for pasienten og sin egen helse, så burde det være flere enn to radiografer. Det kan også være at radiografen kun mener forflytninger fra rullestol, men det kan heller ikke sies med sikkerhet. En annen forklaring kan være at radiografen selv har erfart at det kanskje har vært tilfeller hvor det burde ha vært flere i forflytningen, men på grunn av tiden så gjør man det heller selv.

To av radiografene sier at det kan være utfordrende å være nok folk i forflytning. I noen forflytningssituasjoner kan det tenkes at det er behov for flere folk enn bare to eller tre. Det kan se ut til at når annet helsepersonell er med så er det ikke et problem. I tilfeller hvor radiografene er alene, eller kun er to på CT-lab kan det tenkes at det er behov for flere. Det kan være utfordrende å få tak i andre som kan hjelpe til med forflytningen. Annet helsepersonell har sine egne arbeidsoppgaver som de kanskje ikke har muligheten til å gå fra når en radiograf eventuelt spør etter hjelp. Samtidig nevnes det i det ene intervjuet at det kan være lurt å bruke noen minutter ekstra på å hente flere. Dette har ikke blitt observert. Derfor kan det ikke sies sikkert at de faktisk bruker ekstra tid på å hente hjelp. Det er ikke sikkert at det er en fasit om hvor mange mennesker det er optimalt å være i en forflytning.

5.1 Validitet og reliabilitet

Denne oppgaven ønsket å utforske hva som er karakteristisk ved forflytning utført av radiografer. I denne oppgaven ble det kun observert på en CT-lab på ett sykehus. Det ble observert ni radiografer, og tre av disse ble intervjuet. Tilsammen ble det observert ti forflytninger. Dette utvalget er ikke representativt for alle radiografer. Radiografenes utførelse

av forflytningen og deres uttalelser i intervjuene kan ikke generaliseres. For å øke gyldigheten kunne det blitt observert på flere CT- labor på flere sykehus over en lengre tidsperiode, og flere radiografer kunne blitt intervjuet.

For å kunne øke påliteligheten til oppgaven er det blitt gjort rede for en detaljert beskrivelse av forskningsmetoden som er benyttet. Rett etter hver observasjonsdag gikk observatørene sammen og skrev fullstendige referater. I etterkant av intervjuene gikk forfatterne av oppgaven sammen og sammenlignet rådata, og ut ifra dette ble det en mer fullstendig tekst. Som beskrevet i metoden ble det benyttet et observasjonsskjema under observasjonen. Dette kan ha styrket påliteligheten da observatørene så etter de samme punktene. I forbindelse med observasjonsskjema ble det utarbeidet en observasjonsguide som kan ha styrket påliteligheten ytterligere. Alle tre i gruppen har deltatt på både observasjon og intervju. Oppgaven har hatt samme hovedobservatør gjennom alle observasjonene. Dette kan også ha økt påliteligheten da denne personen fikk mer erfaring ved å være med på alle observasjonene. Dette gjorde at hovedobservatøren kunne dele sine erfaringer med de to andre observatørene.

5.2 Metodekritikk

Underveis i arbeidet med oppgaven så vi at det har vært utfordrende å finne litteratur om forflytningsteknikk som ikke tar utgangspunkt i Per Halvor Lunde sine teorier. Det ble heller ikke funnet mange studier som har sett på hvordan helsepersonell forflytter pasienter fra rullestol eller seng. Det kan tolkes betryggende at det er flere studier og bøker som tar utgangspunkt i Per Halvor Lunde sin teori da dette kan være tegn på at det er anerkjent teori. På en annen side fikk ikke oppgaven muligheten til å sammenligne ulike forflytningsteknikker og annen teori knyttet til forflytning. En svakhet for oppgaven er at det ikke ble funnet teori som gikk konkret på forflytning fra rullestol/seng til CT-benk. Teorien som er benyttet i denne oppgaven har tatt utgangspunkt i forflytning fra seng til røntgenbord eller seng.

Det kan være en svakhet i oppgaven at vi observerte få forflytninger fra rullestol til CT-benken. Derimot fikk oppgaven utfyllende svar fra radiografene da de ble spurt om hvordan de selv ville ha utført en forflytning fra rullestol til CT-benken. Sett i ettertid kunne vi muligens begynt med observasjoner på et tidligere tidspunkt, for å få en lengre observasjonsperiode. Dette kunne ha øket sjansene for flere observasjoner av forflytning fra rullestol.

Referatene som ble skrevet etter hver observasjonsdag, ble mer detaljert utover i prosessen. Dette kan ha vært på grunn av at observatørene fikk god trening i å observere underveis, og at det ble lettere å skrive mer detaljert. En svakhet er at viktig data kan ha gått tapt i de første observasjonene. Det var høy aktivitet og mange mennesker inne på CT-laben til tider, og det var utfordrende å få med seg det som ble sagt i forflytningsprosessen. Her må også oppgaven ta hensyn til at observatørene ikke alltid fikk med seg hva som ble sagt knyttet til forflytningen. I utgangspunktet var det meningen å se om det var noe forskjell mellom mannlige og kvinnelige radiografer. Det ble valgt å utelate dette fra resultatene fordi det ikke var noen forskjeller. Det er flere deler av observasjonsskjema som har blitt utelatt fra resultatene. Dette kan ha ført til at relevante detaljer har blitt utelatt. Det sees i etterkant at det ble undervurdert hvor mange detaljer en forflytning innebærer. Vi ønsket i utgangspunktet å se på alle punktene i observasjonsskjema. Omfanget av resultatene ble for stort for vår oppgave, og det ble dermed utfordrende å begrense oppgaven nok i forhold til problemstillingen.

Det ble ikke tatt lydopptak av intervjuene. Av den grunn kan relevant informasjon ha gått tapt. Uten lydopptak kan man ikke gå tilbake å høre hva som faktisk ble sagt, eller om eventuell informasjon fra radiografene ikke ble skrevet ned. Det kan tenkes at man får færre sitater enn det man eventuelt kunne fått med lydopptak. Det kan også være at de som noterte ikke har klart å høre alt som ble sagt av radiografene, og det er også muligheter for at vi kan ha misforstått eller hørt noe feil av det som har blitt sagt. Radiografene som ble intervjuet ble valgt ut på bakgrunn av observasjonen. Det kan tenkes at det kan ha påvirket svarene til radiografene da de allerede var klar over at temaet var forflytning. På en annen side så kan dette ha ført til at radiografene fikk tid til å reflektere over hva de bruker å gjøre i en forflytningssituasjon. Dette kan ha gitt oppgaven mer utfyllende og gjennomtenkte svar. Samtidig så fikk ikke radiografene vite noe konkret om akkurat hva som ble observert i detalj, som kan gjøre at de kom med mindre gjennomtenkte og reflekterte svar.

En svakhet for oppgaven er at det er ulike begreper på hjelpemidler som denne oppgaven har tolket likt. Dette kan skape noe forvirring i oppgaven. Forfatterne har fra egne erfaringer fra praksis, observasjon og via intervju fått inntrykk av at hjelpemidlene som omtales med ulike begreper er de samme. Samtidig så kan ikke dette sies med hundre prosent sikkerhet da dette er en tolkning.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hva som er karakteristisk ved radiografers forflytning av pasienter på CT, og hvordan dette forholder seg til retningslinjer og teori for god forflytning. Ut ifra denne oppgavens resultater er det generelt for lite kommunikasjon mellom radiograf og pasient. Dette strider imot hva de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Radiografforbund (2015) sier om å gi tilpasset informasjon til pasienten. Oppgaven kan derimot ikke konkludere med dette, siden det som oftest var annet helsepersonell med i forflytningen som kommuniserte med pasienten. Angående arbeidsteknikken til radiografen, er resultatet varierende. Noen radiografer oppfyller ofte kriteriene, mens andre ikke oppfyller kriteriene. På grunn av få observasjoner kan dette ikke generaliseres for alle radiografer, men det kan tyde på at det er for lite fokus på god arbeidsteknikk blant radiografene.

Når det gjelder forflytningsteknikk så kan oppgaven konkludere med at radiografer forholder seg oftest til Lunde (2011) og Hjellødegård (Personlig telefonsamtale, 26. april 2019) sine prinsipper, om skyve- og trekketeknikk, ved forflytning fra seng til CT-benk. Ved forflytning fra rullestol både nevnes og observeres det at noen radiografer løfter opp pasient under arm for å forflytte. Dette strider mot både radiografenes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Radiografforbund, 2015) og hva Lunde (2011) sier man bør gjøre. Likevel så viser det seg i intervjuene at noen av radiografene har kunnskap om hvordan forflytningene bør gjøres i henhold til Lunde (2011) sine prinsipper.

Opgaven kan også konkludere med at det er karakteristisk at radiografene bruker hjelpemiddel i forbindelse med skyve- og trekketeknikk i denne oppgavens utvalg. Det ble både brukt avlangt Brett med spinnakerduk og stikklaken. Observasjonene viser at det ikke ble brukt hjelpemiddel fra rullestol, men flere radiografer nevner i intervjuene at de ville ha brukt sklibrett når de skulle forflytte pasient fra rullestol.

Det viser seg at det som oftest er minst tre personer i forflytning, men dette er inkludert annet helsepersonell. Dette forholder seg godt til hva Lunde (2011) sier om at det må være minst to i forflytning. I de fleste forflytningene var annet helsepersonell involvert, og det kan derimot ikke konkluderes med at dette er karakteristisk for radiografer.

Det kom frem at det er en stund siden radiografene fikk opplæring i forflytningsteknikk og bruk av hjelpemidler, og dette kan være årsaken til hvordan radiografene forholder seg til forflytning av pasienter. HMS-kartleggingen (HMS-avdeling Sykehuset Innlandet, 2014) sier at det bør være en jevnlig opplæring, men det er usikkert hvor ofte det bør være.

Denne oppgaven har for lite utvalg til at den kan konkludere med noe sikkert. Oppgavens resultater er dermed ikke representative for alle radiografer. Det ønskes derimot mer fokus på gode forflytninger. Denne oppgaven underbygger betydningen av større fokus omkring forflytninger av pasienter både innenfor utdanningen og i arbeidslivet.

6.1 Forslag til videre forskning

Forflytningskunnskapen blant radiografer er noe som kanskje bør bli utforsket i en større studie. Vi mener at gode forflytningskunnskaper er viktig for pasienten trygghet, og for radiografenes arbeidsteknikk. Vi ønsker derfor at det blir mer fokus på opplæring i gode forflytninger både i utdanningen og arbeidslivet. Det kan for eksempel brukes studenter fremfor simuleringsdukke i mange av simuleringssituasjonene ved utdanningen. Dette kan føre til at studentene blir mer vandt til å håndtere ekte pasienter i forflytninger.

7.0 Litteraturliste

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

European federation of radiographer societies (EFRS), E. S. O. R. E. 2019. *Patient safety in medical imaging: A joint paper of the European Society of Radiology (ESR) and the European Federation of Radiographer Societies (EFRS)*. *Radiography*, 25, e26-e38. doi: [10.1186/s13244-019-0721-y](https://doi.org/10.1186/s13244-019-0721-y)

Hauge, N. E. H. 2019. *Tenk forflytning, ikke løft*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/2017/11/tenk-forflytning-ikke-loft?fbclid=IwAR2zg6p8X6PG5fJ-kZ3E2bXSszVrOwTnMkcu1mV7S7YF7IQU47rg_5pNu9U (Hentet: 19. mars 2019).

HMS-kartlegging. (2014) *Forflytning – Forflytningsteknikk, opplæring*. HMS-avdeling ved Sykehuset Innlandet.

Johannesen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2017) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Johnsson, C., Kjellberg, K., Kjellberg, A. & Lagerström, M. 2004. *A direct observation instrument for assessment of nurses' patient transfer technique (DINO)*. *Applied Ergonomics*, 35, 591-601. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.06.004>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lunde, P. H. (2011) *Forflytningskunnskap. Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Radiografforbund (2015) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:
<https://www.radiograf.no/artikler/yrkesetiske-retningslinjer/436890> (Hentet: 21.03.19)

Per Halvor Lunde u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.perlunde.no/per-halvor-lunde-18052s.html> (Hentet: 20. april 2019).

Vedlegg 1: Observasjonsskjema

Dato:

Tidsrom:

Observasjon nr. _____

Radiograf nr. _____ mann / kvinne

Rullestol Seng

Er pasienten; passiv delvis passiv

Forberedelsesfasen

	Ja	Nei	Annet
Vurderer radiografen hva pasienten selv kan bidra med under forflytning?			
Spør radiografen om assistanse?			Antall helsepersonell involvert i forflytning: _____
Kommer pasienten med ekstrautstyr?			Hvis ja; overvåkningsutstyr, oksygenflaske, urinkateter, smertepumpe/morfinpumpe, infusjonsvæske
Blir det brukt hjelpemidler?			Hvis ja; laken, stikklaken, spinnakerduk, svarte sklibrett, stort avlangt brett, andre hjelpemidler: - _____
Blir hjelpemidlene brukt under trykkpunktene til pasienten?			Hvis ja; skulder, sete, hæl
Blir det tilrettelagt et skråplan for forflytning?			
Blir armstøtte og benstøtter fjernet fra rullestol?			
Blir rullestol plassert langs ved CT- benk?			
Blir bremsene satt på på sengen/rullestolen?			
Blir det gitt informasjon til pasienten om hvordan forflytningen skal foregå?			
Blir høyden på sengen/CT-benken regulert opp/ ned til hoftehøyde på radiografen?			

Utførelsesfasen

	Ja	Nei	Annet
Står radiografen med bred beinstilling?			
Står radiografen med strak rygg?			
Har radiografen bøydde knær?			
Får pasienten muligheten til å hjelpe til selv under forflytning?			
Blir det gitt beskjed når forflytningen skjer?			
Brukes det skyve - og trekke teknikk fra seng til CT-benk?			
Gjøres forflytningen fra rullestol til CT- benk...			Horisontalt (sidelengs) eller vertikalt (løft)
Sikrer radiografen bena til pasienten før forflytning fra rullestolen?			

Vedlegg 2: Observasjonsguide

Forberedelsesfasen

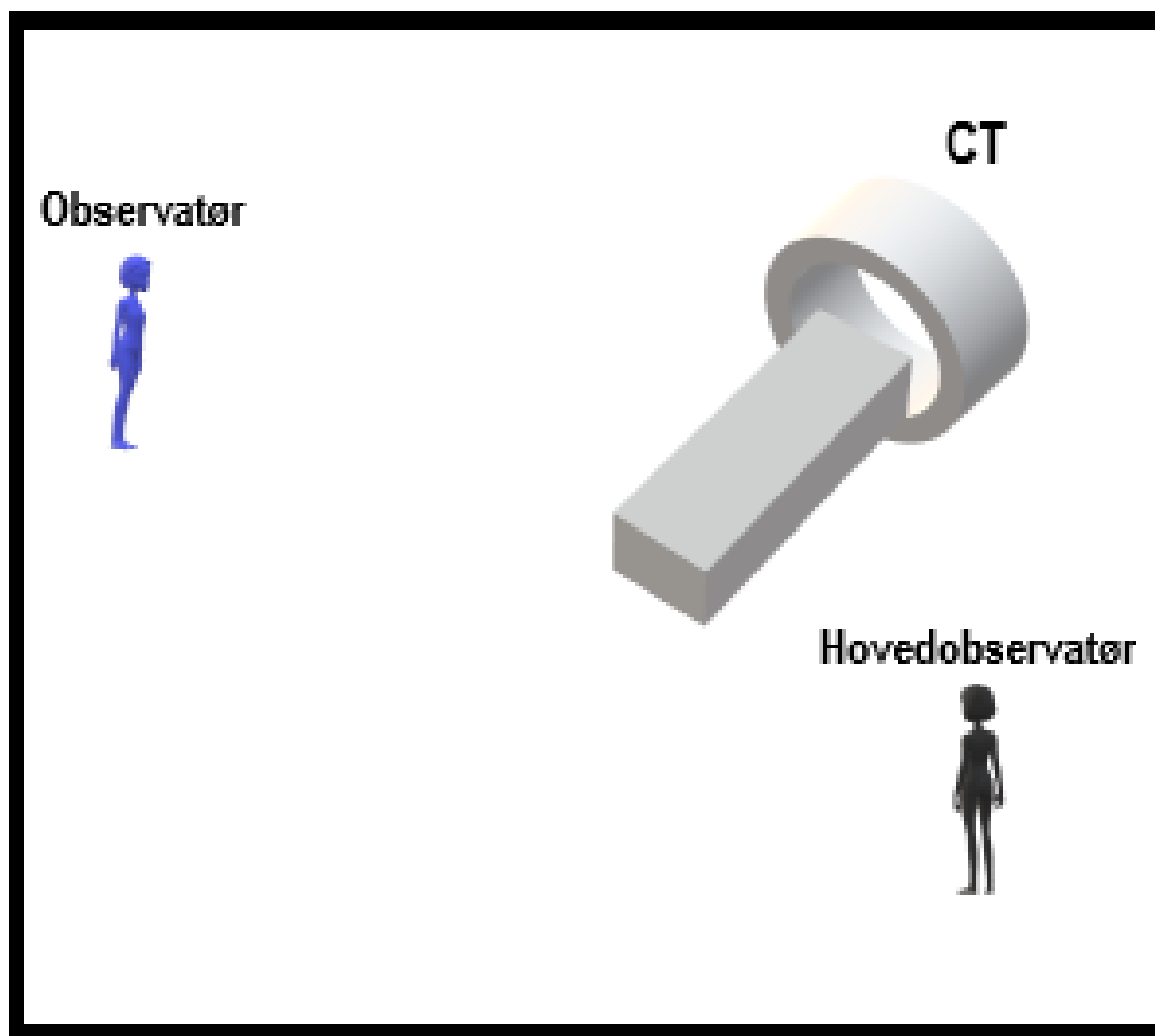
Vurderer radiografen hva pasienten selv kan bidra med under forflytning?	Radiografen bør spørre pasient om hva vedkommende klarer å hjelpe til med selv. Kan pasient stå? Hjelpe til med armer?
Spør radiografen om assistanse?	Hvis radiografen som tar imot pasienten ber om assistanse.
Kommer pasienten med ekstrautstyr?	Med dette menes noe ekstrautstyr som pasient har med seg som også må forflyttes.
Blir det brukt hjelpemidler?	Hjelpemidler som er oppført i skjema.
Blir hjelpemidlene brukt under trykkpunktene til pasientene (fra seng til CT-benk)?	Trykkpunktene er under skulder, setet og hælene. Sett ring rundt det evt. trykkpunktet hvor det blir brukt hjelpemiddel.
Blir det tilrettelagt et skråplan for forflytning?	Skråplan fra seng og ned til benk. Vi ser ikke på tilbakeveien.
Blir armstøtte og benstøtter fjernet fra rullestol?	Stryk det som ikke blir fjernet. Benstøttene kan også bli flyttet til siden.
Blir rullestol plassert langs ved CT-benk?	Rullestol bør stå slik at det er kortest mulig avstand mellom rullestol og benk, som oftest 90 grader langs benken.
Blir bremsene satt på på sengen/rullestolen?	
Blir det gitt informasjon til pasienten om hvordan forflytningen skal foregå?	Innebærer at informasjonen er presis og konkret. "Nå skyver vi deg over". "Nå legger jeg en plate under deg".

Blir høyden på sengen/CT-benken regulert opp/ned til hofte høyde på radiografen?	
--	--

Utførelsesfasen

Står radiografen med bred beinstilling?	Bena skal stå bredt fra hverandre, ca litt utenfor skulderbredde.
Står radiografen med strak rygg?	Med strak rygg så menes det at ryggen ikke skal være i ekstensjon eller i fleksjon
Har radiografen bøyde knær?	Skal være lett eller moderate bøyde knær
Får pasienten muligheten til å hjelpe til selv under forflytning?	Benytter radiografen pasientens evne til å forflytte seg selv. Dvs bruke armer for å forflytte seg selv
Blir det gitt beskjed når forflytningen skjer?	
Brukes det skyve - og trekke teknikk fra seng til CT-benk?	Med det så menes det at en person står på sengesiden og skyver pasient fra seg, mens en annen står ved CT-benken og trekker til seg pasienten over på benk.
Gjøres forflytningen fra rullestol til CT-benk.....	Horisontalt eller vertikalt. Sett strek under det som passer
Sikrer radiografen beina til pasienten før forflytning fra rullestol?	Her kan radiograf både stå og "låse" kne til pasient, eller sette seg ned og holde fast knærne til pasienten. Viktigste er at de passer på beina til pasient.

Vedlegg 3: Tegning av plassering



Vedlegg 4: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

1. Hva er den største utfordringen når det kommer til forflytning av pasient i seng til CT benk?
2. Hva er den største utfordringen når det kommer til forflytning av pasient i rullestol til CT benk?
3. Hvordan ville du ha forflyttet en pasient fra rullestol til CT-benk?
4. Hva gjør du for at pasienten skal føle deg trygg i en forflytningssammenheng?
5. Hva slags informasjon om risikofaktorer, knyttet til arbeidsteknikk under forflytning, har du fått?
6. Kan du fortelle om hvilken opplæring i forflytningsteknikk og bruk av hjelpemidler dere har på avdelingen? Evt, hva slags hjelpemidler ønsker du at var på CT?
7. Hvor lenge har du jobbet som radiograf?

Vedlegg 5: Godkjenning fra personvernombudet



07.05.2019

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING OG TILRÅDNING I SAK NR 98490 HVORDAN BLIR FORFLYTNINGSTEKNIKKER BRUKT AV RADIOGRAFER PÅ CT

Viser til innsendt meldeskjema, tilhørende dokumentasjon og mail-korrespondanse underveis i saksbehandlingen. Opplysningene i saken gir tilstrekkelig informasjon slik at prosjektet er vurdert av personvernombudet i SL.

Om prosjektet

Dette er et studentprosjekt der dataansvarlig er NTNU Gjøvik. Prosjektet er en del av en bacheloroppgave i radiografi. Studentene ønsker å observere hvordan radiografer praktiserer forflytning av pasienter i forbindelse med rtg.undersøkelser. Fokus er på radiografer, ikke pasienter

Personvernombudets uttalelse og tilråkning:

Prosjektet observerer ansatte i SIHF som jobber på røntgenavdelingen når de utfører arbeidet på CT lab. Det er også aktuelt med intervjuer, da er temaet forflytning. Prosjektet tar for seg ansatte, medfører lav personvern-ulempe og ingen personopplysninger i særskilt kategori samles inn eller behandles. (Studentene er ellers omfattet av den ordinære taushetsplikten i SIHF).

Personvernombudet godkjenner den planlagte databehandlingen, og prosjektet kan starte.

Vikår:

- Det skal ikke samles inn eller behandles pasientopplysninger i prosjektet. Hvis det kommer fram pasientopplysninger under intervjuene, skal dette slettes og ikke brukes.
- Det skal ikke samles inn eller behandles særskilte opplysninger i prosjektet. (Som for eksempel helseopplysninger om den ansatte).

Lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen
Birgit Hovde
Personvernrådgiver for personvernombudet i SL.

BESØKSADRESSE:
Furnesveien 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Org.nr. 983 971 709

HELSE SØR-ØST

Vedlegg 6: Samtykkeskjema

Bachelor i radiografi – våren 2019

Bakgrunn og formål

Vi er en gruppe radiografstudenter ved NTNU Gjøvik som nå skriver vår avsluttende bachelor i radiografi. Vår oppgave går ut på å kartlegge hvordan radiografer utfører forflytning på CT.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil holdes supplerende, individuelle semi-strukturerte intervju som omhandler noen spørsmål. Under intervjuet vil det bli tatt notater. Det vil være tre av oss som vil være til stede under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alt i undersøkelsen vil bli anonymisert. Det er kun prosjektgruppen som vil ha tilgang til personopplysninger. Deltakeren vil ikke kunne bli gjenkjent ved publisasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.05.2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Mina Bjøru på tlf

9189914. Vår veileder (Astrid Berntsen) på denne bacheloroppgaven kan også kontaktes.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

