

Deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler i hospitalsvæsenet

Markus Due Jakobsen, Birgit Aust, Niklas Scherfig, Pete Kines, Pascal Max Madeleine, Johnny Dyreborg og Lars Louis Andersen

Støttet af Arbejdsmiljøforskningsfonden, projekt nr 06-2014-09

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København 2019

NFA-rapport

Titel	Deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler i hospitalsvæsenet
Undertitel	Gør det tunge let
Forfattere	Markus Due Jakobsen ¹ , Birgit Aust ¹ , Niklas Scherfig ¹ , Pete Kines ¹ , Pascal Madeleine ² , Johnny Dyreborg ¹ og Lars Louis Andersen ¹
Institution(er)	Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Aalborg Universitet
Udgiver(e)	Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
Redaktion afsluttet	26.feb 2019
Udgivet	
Finansiel støtte	Projektet er støttet af Arbejdsmiljøforskningsfonden (06-2014-09) med en bevilling til professor Lars L. Andersen, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
Lektører	Seniorkonsulent Anne Jacobsen fra Arbejdsmiljøcentret Søborg og Docent Christoffer Højnicke Andersen fra Ergoterapeutuddannelsen på København Professionshøjskole

Bedes citeret (Samme stil som referencelisten)

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Lersø Parkallé 105

2100 København Ø

Tlf.: 39165200

Fax: 39165201

e-post: nfa@arbejdsmiljoforskning.dk

Hjemmeside: www.arbejdsmiljoforskning.dk

FORORD

Daglig manuelle patientforflytninger er en risikofaktor for rygskader, smerter og langtidssygefravær blandt sundhedspersonale. Konsekvent og korrekt brug af hjælpemidler vil formentlig kunne mindske belastningen og dermed konsekvenserne af de mange patientforflytninger.

Problemet er i imidlertid at der i hospitalsvæsenet findes mange barrierer der forhindrer at hjælpemidlerne bliver brugt så ofte som de burde blandt plejearbejdere på danske hospitaler. Men hvorfor bruges hjælpemidlerne ikke? Hvilke barrierer er der tale om? Kan man ved hjælp af en deltagerinvolverende intervention nedbryde disse barrierer og dermed øge brugen af hjælpemidler? Og virker den deltagerinvolverende tilgang også uden for de? Denne rapport vil forsøge at besvare disse spørgsmål.

Denne rapport omhandler projektet "*Deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler i Hospitalsvæsenet*" og indeholder metoder, resultater og tilhørende diskussion fra projektet. Der er på nuværende tidspunkt publiceret 2 videnskabelige artikler med peer review på baggrund af projektet (se bilag 6), og der er yderligere 2 under udarbejdelse.

Involverede institutioner var Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Aalborg Universitet, Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Danish Nudging Network. Udover forfatterne til rapporten bestod projektgruppen af forsker Jeppe Ajslev (NFA), PhD-studerende Sebastian Skals (NFA), Pelle Guldborg (Danish Nudging Network), Nina Bjørnholdt Nakai (Hvidovre, Amager og Glostrup hospital), Kim Borch (Bispebjerg hospital), Katrine Krogsgaard-Jensen (Skejby hospital), Maja Bilbrough Illum, Henning Nallebjerg Rasmussen og Jonna Pedersen (Region Midt).

Vi vil gerne takke ovenstående samarbejdspartnere samt medarbejderne og lederne fra afdelingerne fra de 5 deltagende hospitaler, samt deres arbejdsmiljøkonsulenter.

Derudover vil vi gerne takke de to lektører, for deres gode og konstruktive kommentarer til at forbedre rapporten.

God læselyst.

Markus Due Jakobsen, Seniorforsker, daglig projektleder

Lars L. Andersen, Professor, projektansvarlig

Februar 2019, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Danmark

SAMMENFATNING

Baggrund:

De individuelle, organisatoriske og samfundsmæssige følger af langvarigt sygefravær relateret til muskel og skeletbesvær, f.eks. lænderygsmerter, er et centralt problem inden for sundhedssektoren. Arbejdets karakter med mange patientforflytninger uden brug af tekniske hjælpemidler er en væsentlig risikofaktor for rygskader og muskuloskeletale lidelser blandt sundhedspersonale. Undersøgelser viser dog, at korrekt og konsekvent brug af hjælpemidler kan mindske risikoen for at rygskaderne opstår under patientforflytninger. Deltagerinvolverende ergonomiske indsatser med ledere og medarbejdere er en lovende strategi til at reducere arbejdsrelaterede risikofaktorer som lændesmerter ved at integrere både adfærdsmæssige og kulturelle forandringer hos medarbejderne og i organisationen. Medarbejdernes indflydelse i planlægning og styring af deres egne arbejdsopgaver er anbefalet for at opnå vellykkede arbejdspladsinterventioner, da dette øger relevansen og motivationen for medarbejderne.

Formål:

Formålet med projektet var at udvikle, implementere og evaluere en deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler til patientforflytning på danske hospitaler.

Metoder:

Syvogtyve afdelinger fra fem danske hospitaler blev randomiseret til en deltagerinvolverende intervention (14 afdelinger, 316 medarbejdere) eller en kontrolgruppe (13 afdelinger, 316 medarbejdere). Kontrolgruppen deltog i alle målinger, men var derudover ikke involveret i indsatser initieret fra projektet. I interventionsgruppen blev der i hver afdeling gennemført to workshops af to timers varighed hvor ledere, arbejdsmiljøprofessionelle og 2-5 medarbejdere var inviteret. Med inspiration fra en omfattende analyse af barrierer og motiver udført vha. interviews, spørgeskema, observationer og analyse af erfaringer fra et hospital med "best practice"

ift. brug af hjælpemidler udviklede deltagerne en handlingsplan til gennemførelse af afdelingsspecifikke løsninger til forbedring af brugen af hjælpemidler. Brugen af "nødvendige" hjælpemidler, dvs. brugen af de hjælpemidler medarbejdernes selv opfattede som det korrekte eller nødvendige hjælpemiddel, at bruge til den givne forflytning blev målt med trykknaptællere (primær outcome). Den generelle brug (her skelnes ikke mellem "nødvendig" eller "ikke nødvendig" brug) af hjælpemidler blev målt med bevægelsessensorer (accelerometre) monteret på lifte og overflytningsplatforme. Smerteintensitet i lænderyggen, arbejdsrelateret rygskeer under patientforflytning, kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler blev målt med spørgeskema ved baseline, og ved opfølgning efter 6 og 12 måneder. Desuden blev der udført en procesevaluering vha. fokusgruppeinterviews og spørgeskemaer, for at evaluere om deltagerne fandt interventionen meningsfuld, om indsatsen blev gennemført som planlagt, hvilke konkrete tiltag der blev udviklet i de enkelte afdelinger og om konteksten havde betydning for gennemførelsen. For at måle den eksterne validitet af erfaringerne opnået i projektet, evaluerede medarbejdere der ikke deltog i interventionen en brugervejledning i hvordan brugen af hjælpemidler kan øges gennem deltagerinvolverende workshops.

Resultater:

Brugen af nødvendige hjælpemidler (primær outcome), smerteintensitet i lænderyggen og rygskeer ændrede sig ikke i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen ved 12 måneders opfølgningen. Imidlertid var der en øget general brug af hjælpemidler, målt med accelerometre, samt en signifikant øget kommunikation og vejledning i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Procesevalueringen viste at medarbejderne forud for interventionen var parate til at gennemføre ændringer, men havde mere tilbageholdene forventninger ift. om det vil øge brugen af hjælpemidler. Der var en aktiv deltagelse i workshopsne, hvor adskillige løsningsforslag blev udviklet trods udeblivelse af afdelingslederen ved de fleste workshops. De øvrige medarbejdere i afdelingerne blev kun i mindre grad informeret og inddraget i implementeringen af løsningsforslagene. Resultater fra procesevalueringen viste dog en stor variation mellem afdelingerne. Afgørende faktorer var bl.a. hvorvidt forbedringsforslagene passede til

medarbejdernes behov, om de blev tilpasset og fuldt op på, samt om der var støttende eller bremsende kontekst aspekter. Hovedparten af medarbejderne der evaluerede den eksterne validitet vurderede, at den udviklede brugervejledning ville være brugbar i moderat til høj grad ved implementering af en evt. deltagerinvolverende intervention for bedre brug af hjælpemidler.

Konklusion:

Dette projekt viste at der stadig eksisterer mange barrierer for brugen af hjælpemidler, hvilket resulterer i at hjælpemidlerne på danske hospitaler ikke bliver brugt så ofte som de burde til patientforflytninger. Projektets 12-måneders deltagerinvolverende intervention fandt ikke et øget brug af nødvendige hjælpemidler, men medførte øget generel brug af hjælpemidler, samt øget kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler.

Procesevalueringen viste en stor variation mellem afdelinger. Resultaterne peger på at interventionen fungerede bedst der, hvor indsatsen fik støtte fra positiv kontekst aspekter, hvor hele afdelingen blev informeret og inddraget i implementeringen, og hvor opfølgning og tilpasning af løsningsforslagene blev gennemført hvis der var brug for det.

Afprøvning udenfor rammerne af det randomiserede studie viste at den deltagerinvolverende tilgang vurderes som en brugbar metode hvis medarbejderne selv skulle ud og implementere deltagerinvolverende workshops for bedre brug af hjælpemidler på afdelingen.

SUMMARY

Background:

The individual, organizational and societal consequences of long-term sickness absence related to musculoskeletal pain and low-back injuries are a substantial problem in the healthcare sector. The nature of the healthcare work tasks with numerous patient transfers, without the use of assistive devices, is a major risk factor for the high prevalence of back injuries and muscular musculoskeletal disorders (MSD). Studies show that correct and consistent use of assistive devices can reduce the risk of back injuries occurring during patient transfers. Personnel based (employees and leaders) Participatory Ergonomics offer a promising strategy for reducing work-related risk factors such as low back pain and injuries by integrating both behavioral and cultural change among the personnel and in the organization. Employees' influence in planning and managing their work tasks has been suggested to be essential for successful workplace interventions, as this ensures a high level of relevance and motivation employees.

Objectives:

The purpose of the project was to develop, implement and evaluate a participatory ergonomic intervention for improved use of assistive devices for patient transfers at Danish hospitals.

Methods:

Twenty-seven departments from five Danish hospitals were randomly allocated to a participatory intervention (14 departments, 316 healthcare workers) or a control group (13 departments, 309 healthcare workers). The control group participated in all measurements but was otherwise not involved in any of the activities initiated by the project. The intervention consisted of two 2-hour workshops to which department managers, a representative of the hospital's health and safety staff and 2-5 healthcare workers from each department were invited. With inspiration from a comprehensive analysis of barriers and motives prior to the randomization using interviews,

questionnaires, observations and analysis of "best practice" with regard to the use of assistive devices, the participants developed an action plan for implementing department-specific solutions to improve the use of assistive devices. Use of 'necessary' assistive devices (primary outcome), using digital counters that employees' used to evaluate if they had used the necessary and correct assistive device for a patient transfer they just had completed, and 'general' use of assistive devices (secondary outcome) objectively measuring use of assistive devices without distinguishing between "necessary" and "not necessary" by using accelerometers attached to the assistive devices, pain intensity in the lower-back, work-related back injuries during patient transfer, communication and guidance in the use of assistive devices were measured at baseline, and at 6 and 12 month follow-up after the intervention. In addition, a process evaluation was carried out using focus group interviews and questionnaires, to evaluate whether the participants found the intervention meaningful, if the intervention was conducted as planned, which specific suggestions for improvement were developed in the different departments and if the context had an influence on implementing the suggestions. In order to measure the external validity of the experience gained in the project, employees who did not participate in the intervention study evaluated a user manual on how to improve the use of assistive devices through participatory workshops.

Results:

Use of necessary assistive devices (primary outcome), low-back pain and back injuries did not change in the intervention group compared with the control group at 12-month follow-up. However, general use of assistive devices measured with accelerometers as well as communication and guidance improved significantly more in the intervention group than in the control group. The process evaluation showed that the employees before the start of the intervention were prepared to make changes, but had more restrained expectations as to whether it would increase the use of assistive devices. There was active participation in the two workshops where several suggestions for solutions were developed despite the absence of the department manager at most of the workshops. The remaining employees in the departments were only to a lesser extent informed and involved in the implementation process. However, results from process

evaluation showed a large variation between departments. This applies also to the extent improvement suggestions matched employees' needs, follow-up on changes and adjustments as well as supporting or disturbing context aspects. . The majority of the employees, who evaluated the external validity, rated the developed user-manual to be useful in moderately to high degree in the process of implementing participatory workshops for improved use of assistive devices.

Conclusion:

This project showed that many barriers for using assistive devices still exist, which means that the assistive devices at Danish hospitals are not used as often as they should for patient transfers. The project's 12-month participatory ergonomic intervention did not result in more frequent use of the 'necessary' assistive devices, but led to more 'general' use of assistive devices, as well as increased communication and guidance.

The process evaluation showed a large variation between departments. Results indicate that the intervention seemed to work best where the intervention was supported by positive contextual aspects, the entire department was informed and involved in the implementation, and where improvement suggestions were followed up on and adjusted when needed.

Testing outside the framework of the randomized study showed that the participatory approach was considered a useful method if the employees themselves had to implement participatory workshops for better use of assistive devices in the department.

INDHOLD

Forord.....	iii
Sammenfatning.....	iv
Summary.....	vii
Indhold.....	x
1. Indledning.....	11
2. Metoder.....	15
2.1 Studiedesign.....	15
2.2 Studiepopulation.....	15
2.3 Rekruttering og flow.....	16
2.4 Fase 1.....	16
2.4.1 Udvikling af interventionen.....	16
2.4.2 Motivation og barrierer.....	17
2.5 Fase 2 – Randomiseret kontrolleret studie.....	22
2.5.1 Deltagerinvolverende intervention.....	22
2.5.2 Kontrolgruppen.....	24
2.5.3 Blinding.....	24
2.6 Fase 3 – Evaluering.....	24
2.6.1 Effektevaluering.....	24
2.6.2 Procevaluering af den deltagerinvolverende intervention.....	26
2.7 Fase 4 – Ekstern validitet.....	29
3 Resultater.....	31
3.1 Fase 2 - Effektevaluering.....	31
3.1.1 Brug af hjælpemidler under patientforflytning.....	31
3.1.2 Smerte og arbejdsrelaterede skader.....	32
3.1.3 Social kapital og organisationens forandringsparathed.....	32
3.1.4 Patientforflytning og brugen af hjælpemidler (kommunikation, vejledning og kompetencer).....	33
3.1.5 Oplevede ændringer ved follow-up.....	34
3.2 Resultater fra procesevaluering.....	34
3.2.1 Deltagernes indstilling forud for interventionen.....	35
3.2.5 Opsamling på procesevalueringen fra alle interventionsafdelinger.....	53
3.2.6. Resultater for udvalgte interventionsafdelinger.....	55
3.2.6.1 Oplevelsen af og tilfredshed med de to workshops.....	55
3.2.6.2 Overlevering fra workshops til resten af afdelingen.....	55
3.2.6.3 Gennemførelse af udvalgte forbedringsforslag.....	56
3.2.6.4. Deltagernes overordnede vurdering af projektet.....	59
3.2.6.5. Betydningen af konteksten og forandringer.....	60
3.2.6.6 Opsamling på procesevalueringen fra de fire udvalgte interventionsafdelinger.....	62
3.3 Evaluering af ekstern validitet.....	65
4. Diskussion.....	66
Referencer.....	75
Bilag 1 - interviewguidelines.....	79
Bilag 2 - Spørgeskemaspørgsmål.....	80
Bilag 3 - Udvælgelse af interventionsafdelinger til interviews.....	84
Bilag 4 - Statistik.....	86
Bilag 5 - Ekstern validitet (fase 4).....	87
Bilag 6 – Projektets videnskabelige artikler.....	96

1. INDLEDNING

De individuelle, organisatoriske og samfundsmæssige følger af langvarigt sygefravær relateret til lænderygskader og muskelskeletbesvær (MSB) generelt er et væsentligt problem for medarbejdere og arbejdspladser inden for sundhedssektoren samt for samfundet som helhed ^{7,12,31}.

Tal fra Arbejdsmiljø & Helbred 2018 viser, at 44 % af ansatte med plejearbejde på danske hospitaler, institutioner og i private hjem har smerter i kroppen flere gange ugentligt. Arbejdets karakter er en af de årsager der spiller ind i forhold til forekomsten af rygskader og MSB blandt sundhedspersonale. Et nyligt overigtsstudie viser, at blandt alle sundhedsopgaver er manuel forflytning (patienthåndtering) forbundet med den største risiko for at udvikle lænderygsmerter og skader blandt sygeplejersker og sygeplejerskeassistenter ⁴⁷. Forholdet mellem patienthåndtering og ryglidelser understøttes af biomekaniske undersøgelser, der viser, at patienthåndtering ofte fører til belastninger på den nedre del af rygsøjlen, der overstiger den sikkerhedsgrænse på 3400 N, der anbefales af det Amerikanske arbejdsmiljøinstitut (NIOSH) ^{6,40-42}. Dette understøttes yderligere af epidemiologiske undersøgelser, der viser, at patienthåndtering er årsagen til 72-89% af alle muskuloskeletale skader blandt plejearbejdere på hospitaler ^{31,34,37}. Desuden viser en undersøgelse fra NFAs MSB forskningsgruppe, at daglig patienthåndtering i ældreplejen er forbundet med næsten en fordobling af risikoen for rygskader ¹. Til gengæld viste data fra samme kohorteundersøgelse, at blandt medarbejdere med daglige patientforflytninger havde de, der ofte brugte hjælpemidler i forbindelse med patientforflytninger, en markant nedsat risiko for rygulykker ét år senere sammenlignet med dem der kun sjældent anvendte hjælpemidler ¹. Dette understøttes af et Australsk interventionsstudie, der fandt færre anmeldte rygulykker efter indførelse af en "nul løft politik" på hospitalet, hvor medarbejderne blev pålagt at bruge hjælpemidler ved alle forflytninger ³².

Tidligere forskning har foreslået forskellige ergonomiske tilgange til at forebygge og reducere forekomsten af rygskader og MSB blandt plejearbejdere. De fleste forebyggende strategier har fokuseret på brugen af hjælpemidler, dvs. at øge tilgængeligheden af hjælpemidler, uddannelse og træning i brugen af hjælpemidler.

Selvom denne tilgang er meget udbredt, konkluderede et nyligt oversigtstudie over indsatser til at forebygge lænderygmerter blandt en række forskellige arbejdsgrupper, herunder sundhedspersonale, at øget tilgængelighed, træning og uddannelse i korrekt håndtering af hjælpemidler ikke er effektive til at forhindre rygmerter når de bliver implementeret som enkeltstående indsatser ⁴⁴. Således øger tilgængeligheden og træningen i sig selv ikke nødvendigvis den samlede brug af hjælpemidler, hvis andre barrierer forbliver. Forskere har derfor foreslået, at forebyggende strategier bør også fokusere på kulturelle og adfærdsmæssige ændringer på flere organisatoriske niveauer for at øge brugen af hjælpemidler under patienthåndtering ²⁸, i stedet for alene at øge tilgængeligheden og træningen i brug af hjælpemidler.

Der er i de senere år udviklet mere lovende metoder til at reducere den høje risiko for arbejdsrelaterede muskuloskeletale skader blandt sundhedspersonale. Deltagerinvolverende ergonomiske interventioner fremstår især som en lovende strategi til at reducere arbejdsrelaterede risikofaktorer for lænderygmerter og skader ved at integrere både adfærdsmæssige og kulturelle forandringer gennem medarbejderinddragelse ^{16,38}. Deltagerinvolverende ergonomiske indsatser er defineret ved:

"inddragelse af mennesker i planlægning og kontrol af en betydelig del af deres egne arbejdsaktiviteter med tilstrækkelig viden og magt til at påvirke begge processer og resultater for at opnå det ønskelige mål" ⁴⁶.

Kourinka definerer, yderligere, deltagerinvolverende ergonomiske indsatser interventioner som *"praktisk ergonomi med deltagelse af de nødvendige aktører i problemløsning"* ²⁹. Arbejdstagernes engagement, motivation og indflydelse i planlægning og styring af deres arbejdsopgaver er netop blevet foreslået som afgørende faktorer for vellykkede arbejdspladsinterventioner, da dette sikrer et højt niveau af relevans for arbejderen ^{14,16,38,45}. En ikke-randomiseret undersøgelse af Garg og Kapellusch understøttede dette ved at vise en 60 % reduktion i skader opstået ved patientforflytninger efter at have gennemført en deltagerinvolverende ergonomisk intervention, som involverede plejearbejdere i at finde ergonomiske løsninger til at reducere risikoen for rygskeer i arbejdet ²⁰. Den deltagerinvolverende intervention anvendt i undersøgelsen af Garg og Kapellusch var baseret på en ramme af Haines et al.

bestående af ni dimensioner, herunder for eksempel vedvarende initiativer, involvering, indflydelsesniveau og beslutningsstyrke ²². Selvom den deltagerinvolverende ergonomiske tilgang synes lovende, er de fleste studier, der tester denne tilgang, udført uden randomisering eller kontrolgruppe ^{16,38}. Der er derfor et behov for, at undersøge deltagerinvolverende indsatser i høj kvalitets randomiserede kontrollerede forsøg.

Der er gennem de senere år gjort en stor indsats på hospitaler i vestlige lande for at øge viden, tilgængelighed og brug af hjælpemidler for at reducere den arbejdsrelaterede fysiske belastning under patienthåndtering ^{11,19,35}. Ikke desto mindre fandt vi for nylig i en pilotundersøgelse blandt mere end 300 danske sygeplejersker og social og sundhedsassistenter, at de kun bruger hjælpemidlerne til patienthåndtering i en tredjedel af de tilfælde, hvor det skønnes nødvendigt. Men fordi respondenter til spørgeskemaer kan påvirkes af hukommelses-bias, skal disse data fortolkes med forsigtighed. Metoder som subjektive vurderinger foretaget i forbindelse med brugen af hjælpemidler eller observationer eller objektive målinger ved brug af f.eks. sensorer vil i dette tilfælde formodentlig give et mere retvisende billede af brugen af hjælpemidler. Ved brug af observationer, i stedet for selvrapporteringer, viste Koppelaar og medarbejdere en noget mere positiv forekomst i brugen af hjælpemidler blandt hollandske sygeplejersker, hvor 68% af sygeplejerskerne der arbejdede på plejehjem, og 59% der arbejdede på hospitaler brugte ergonomiske hjælpemidler i de situationer, hvor det skønnes nødvendigt ²⁷. Det tyder derfor på, at barriererne for brug af hjælpemidler er endnu større for plejearbejdere på hospitaler end for at ansatte i ældreplejen. Undersøgelser har vist, at disse barrierer inkluderer: tiden der kræves for at bruge hjælpemidlerne; hjælpemidlernes funktionalitet og tilgængelighed af hjælpemidlerne, samarbejde og støtte fra ledelsen; økonomi; mangel på ordentlig træning; og modvilje mod at bruge hjælpemidlerne til patienthåndtering og tilhørende bekymringer om patientens komfort, sikkerhed, rehabilitering og integritet ^{10,21,26-28,33}. Da hospitaler i Danmark og mange andre vestlige lande synes at være udstyret med de nødvendige hjælpemidler, kan mange barrierer derfor enten være relateret til tid, ledelsesstøtte, retningslinjer eller individuel motivation for at bruge hjælpemidlerne. Barriererne kan dog være vidt forskellige fra afdeling til afdeling, hvilket gør den deltagerinvolverende tilgang meget relevant for at tilpasse interventionen til den enkelte afdeling. Da

deltagerinvolverende indsatser har vist sig at øge ejerskabet og forståelsen af disse udfordringer ³⁸, kan implementering af deltagerinvolverende interventioner på hospitaler udgøre en lovende strategi til at engagere plejearbejdere i at udvikle løsninger til at øge brugen af hjælpemidler.

Formålet med dette projekt var at undersøge følgende spørgsmål:

- 1) Hvilke motiver og barrierer eksisterer der for brug af hjælpemidler til forflytninger på afdelinger på danske hospitaler?
- 2) Hvilke løsningsforslag udvikler ledere og medarbejdere for at forbedre brug af hjælpemidler inden for de rammer de har?
- 3) Hvad er effekten af en deltagerinvolverende intervention på brugen af hjælpemidler (cluster randomiseret kontrolleret studie)?
- 4) Hvor god er den eksterne validitet af implementeringsprocessen? Vores hovedhypotese for interventionsstudiet var, at en deltagerinvolverende intervention ville resultere i hyppigere brug af de nødvendige hjælpemidler.

2. METODER

2.1 Studiedesign

Studiet blev udført i et cluster randomiseret design på plejearbejdere fra fem danske hospitaler fra hhv. Jylland (et hospital) og Sjælland (fire hospitaler) i perioden april 2016 til april 2017. Clustre (grupperne) var defineret som enkelte hospitalsafdelinger og cluster randomisering blev valgt for at undgå kontaminering mellem medarbejderne fra interventions- og kontrol afdelingerne. Randomiseringen blev foretaget efter afslutningen af indsamlingen af baseline data, af en forsker der ikke var involveret i dataindsamlingen. Efter randomiseringen informerede den samme blinde forsker de enkelte afdelinger og afdelingsledere om hvilken gruppe de var kommet i. Afdelingerne blev randomiseret til enten interventionsgruppen, der inkluderede en 12 måneders deltagerinvolverende intervention, eller en kontrolgruppe, som ikke fik indsatsen. Som en del af forberedelsen til interventionen, blev der foretaget en vurdering af barrierer og potentielle løsningen fra september 2015 til februar 2016.

2.2 Studiepopulation

Fem hospitaler deltog med i alt 27 afdelinger (clustre) med totalt 625 plejearbejdere (67 % sygeplejersker, 18 % social- og sundhedsassistenter, 15 % andet: ex. fysioterapeut, serviceassistent, sygehjælper mv.), som ved randomisering blev inddelt i enten interventions-, eller kontrolgruppe. Inklusionskriterier var afdelinger med plejearbejdere med daglige patientforflytninger. Således blev 14 afdelinger tildelt deltagelse i interventionen og 13 afdelinger blev udtrukket til kontrolgruppen. Gruppernes karakteristika ved baseline kan ses i tabel 1.

Tabel 1. Deltagerne fra kontrol- og interventionsgruppens karakteristika ved baseline. Værdierne er gennemsnit (middel) og standardafvigelse (SD).

	Kontrolgruppe		Interventionsgruppe	
	Middel	SD	Middel	SD
Antal	309		316	
Kvinder (n)	277		281	
Mænd (n)	32		35	
Alder (år)	40	12	41.8	12.2
Vægt (kg)	70.4	14.5	70.4	14.6
Højde (cm)	169.5	7.7	169.3	7.2

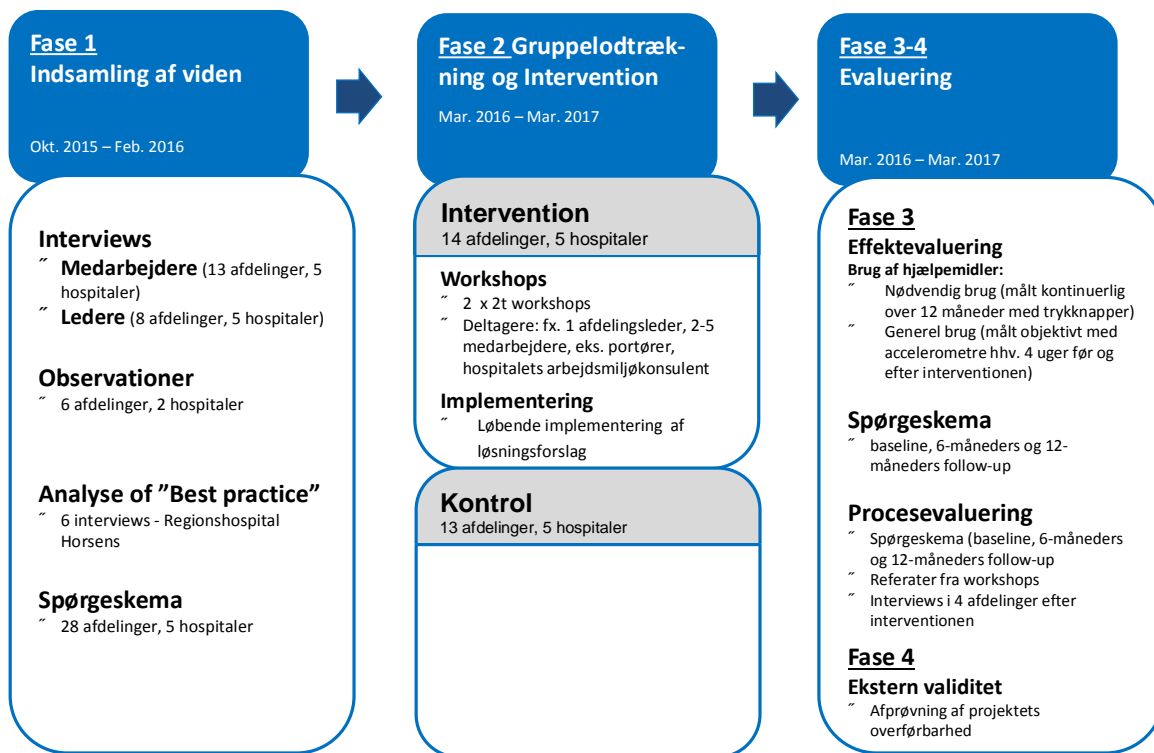
2.3 Rekruttering og flow

Reskrutteringen af afdelinger fra hospitaler startede i 2014 og fortsatte i 2015 og blev udført ved at vi kontaktede arbejdsmiljøkonsulenterne fra elleve danske hospitaler. Fem hospitaler tilkendegav at de var interesserede i at deltage i projektet og hospitalernes arbejdsmiljøkonsulenter udpegede 35 afdelinger hvor der blev udført patientforflytninger ved brug af hjælpemidler dagligt, hvoraf 29 var interesserede i at deltage. Den endelige rekruttering fandt sted i februar 2016 ved udsendelse af baseline spørgeskema på e-mail til 29 afdelinger med 1052 plejearbejdere hovedsagelig sygesplejersker og SOSU-assistenten men også andre faggrupper, som for eks. fysioterapeuter. To afdelinger trak sig fra at deltage i projektet, grundet begrænsede ressourcer, før randomiseringen fandt sted. Således var 27 afdelinger (med i alt 625 plejearbejdere) villige til at deltage i projektet.

2.4 Fase 1

2.4.1 Udvikling af interventionen

Før randomiseringen, i perioden september 2015 til februar 2016, blev der indhentet viden om årsager og barrierer for brugen af hjælpemidler under patientforflytning, samt indsamlet ideer til potentielle løsningsforslag til brug i den kommende deltagerinvolverende intervention. Denne viden blev indhentet vha. en kombination af spørgeskemaundersøgelser i alle deltagende afdelinger, interviews med afdelingsledere og medarbejdere og observationer af patientforflytninger i udvalgte afdelinger, samt analyser af erfaringerne fra et "best practice" hospital. De følgende afsnit vil beskrive de enkelte målinger i detaljer. Projektets 4 faser er præsenteret i figur 1.



Figur 1: Illustration af projektets fire faser. Fase 1 udvikler interventionen. Fase 2 implementerer interventionen i et cluster-randomiseret kontrolleret design. Fase 3 evaluerer interventionen. Fase 4 afprøver den eksterne validitet af projektet.

2.4.2 Motivation og barrierer

2.4.2.1 Interviews

For at få en mere dybtgående forståelse af de potentielle barrierer for brugen af hjælpemidler blev der udført semistrukturerede kvalitative fokusgruppe interviews på hvert af de fem hospitaler med udvalgte medarbejdere og afdelingsledere. Alle 27 afdelinger blev inviteret til at deltage i interviews, ved e-mails sendt til afdelingslederne, hvori de blev spurgt om de var villige til at deltage i interviews og om de kunne finde tre til fem plejearbejdere fra afdelingen der også kunne deltage.

De afdelingsledere der ønskede at deltage blev kontaktet med henblik på at finde tidspunkt for afholdelse af interviewene. Afdelingsledere og plejearbejdere blev interviewet separat. Afdelingslederne blev interviewet individuelt, eller sammen med andre afdelingsledere fra samme hospital. Plejearbejdere fra én eller to afdelinger fra det samme hospital blev interviewet i grupper.

Gruppe-interviews med 23 plejearbejdere (13 afdelinger fra fem hospitaler) fokuserede på at identificere barrierer for brugen af hjælpemidler og på at komme frem

til løsningsforslag. Ud af 16 foruddefinerede barrierer (f.eks. "Tid" (for at finde og få fat på hjælpemidler) eller "plads" (ikke nok plads på patientstuen til brug af hjælpemidler)) blev medarbejderne bedt om at identificere de tre vigtigste barrierer for brugen af hjælpemidler på afdelingen og derefter give eksempler på hvordan disse barrierer holdt medarbejdere fra at bruge hjælpemidler mere hyppigt. Sundhedsarbejderne kunne også vælge barrierer der ikke var repræsenteret blandt de 16 på forhånd definerede. I den sidste del af gruppeinterviewene blev sundhedsarbejderne spurgt om hvad de mente der skulle gøres for at øge brugen af hjælpemidler på afdelingen (se detaljer om interviewguidelines i bilag 1).

2.4.2.2 Spørgeskemaer

I februar 2016 blev et baseline spørgeskema sendt ud til alle plejearbejdere og ledere (som vi havde e-mailadresser på) fra de deltagende afdelinger. For at vurdere barrierer og potentielle løsningsforslag, inkluderede vi spørgsmål omkring følgende emner i baselinespørgeskemaet: 1) Sundhedsarbejdernes egen tro på at kunne øge brugen af hjælpemidler, 2) motivation, barrierer og potentielle løsningsforslag til at øge brugen af hjælpemidler, og 3) kendskab til tilgængeligheden af hjælpemidler på afdelingen.

2.4.2.3 Observationer

Der blev, i udvalgte afdelinger, udført observationer af plejearbejderes adfærd før og under en patientoverførsel. Formålet med observationerne var at identificere mere ubevidste barrierer for brugen af hjælpemidler, der umiddelbart ikke fremgik af spørgeskemasvarene og interviewene. Vi spurgte 29 afdelinger om de var villige til at deltage i observationerne og heraf svarede seks afdelinger ja. Observationerne blev udført, enten alene, eller i teams af to studerende der havde gennemført et træningsforløb i at udføre arbejdspladsobservationer. Observationerne havde en varighed på fire timer og blev udført tre gange på hver af de seks afdelinger. Observationerne blev gennemført med det formål at undersøge, om der er potentialer for nudging. Nudging antages at ændre folks adfærd og måden de træffer valg på ⁴³. Nudging kan ses som en måde at påvirke sundhedsarbejdernes valg, i dette tilfælde brugen af hjælpemidler, uden nødvendigvis at begrænse alternative valgmuligheder ved sociale sanktioner, som det er tilfældet med en "nul løft" politik. Selv om der blev

identificeret barrierer, førte observationerne ikke til nogen specifikke ideer til nudges, derfor har observationerne ikke bidraget til forslag til ændringer, der skulle diskuteres af workshopdeltagerne. Længere perioder med observationer kan være nødvendigt for fuldt ud at forstå barriererne for brugen af hjælpemidler, der kan løses ved at anvende nudging.

2.4.2.4 Analyse af "best practice" hospital

For at indhente viden omkring potentielle løsninger til at øge brugen af hjælpemidler udførte vi en analyse af et "best practice" hospital. Vi valgte et specifikt hospital, der i de seneste otte år har haft succes med at øge brugen af tekniske hjælpemidler og reducere antallet af ulykker gennem implementering af "Kompetent Mobilisering", som omfattede deltagerinvolverende initiativer for øget brug af hjælpemidler, samt finansiel støtte til køb af yderligere hjælpemidler.

For at få en forståelse for, hvordan dette hospital lykkedes med at øge brugen af tekniske hjælpemidler, gennemførte vi semistrukturerede kvalitative interviews med: 1)

Plejarbejdere, forflytningsvejledere (medarbejdere der underviser kollegaer i brugen af hjælpemidler under patient forflytning), og afdelingsledere (n=5), 2)

Arbejds miljøkoordinatorer / arbejdsmiljøkonsulenter (n=2), og 3) Hospitalsdirektører (n=2). Hvert interview havde en varighed på ca. én time. Afdelingsledere og

plejarbejdere blev interviewet i grupper, mens arbejdsmiljøkonsulenter og

hospitalsdirektører blev interviewet individuelt. Interviewguiden, der blev anvendt til

disse interviews, er inspireret af interviewguiderne beskrevet ovenfor, dog med et

specifikt fokus på, hvordan barriererne for brugen af tekniske hjælpemidler blev

overvundet, og hvad der var gjort for at opnå en varig effekt. Begge typer interviews

fokuserede på de forskellige aspekter af implementeringen af kompetent mobilisering.

Interviewguiden indeholdt spørgsmål om: a) Hvordan kompetent mobilisering

påvirkede det generelle syn på brugen af hjælpemidler? b) Hvad er forskellen før og

efter kompetent mobilisering, i forbindelse med brugen af hjælpemidler? c) Hvilke

aktiviteter indeholdt kompetent mobilisering? d) Hvor blev sundhedsarbejderne støttet i

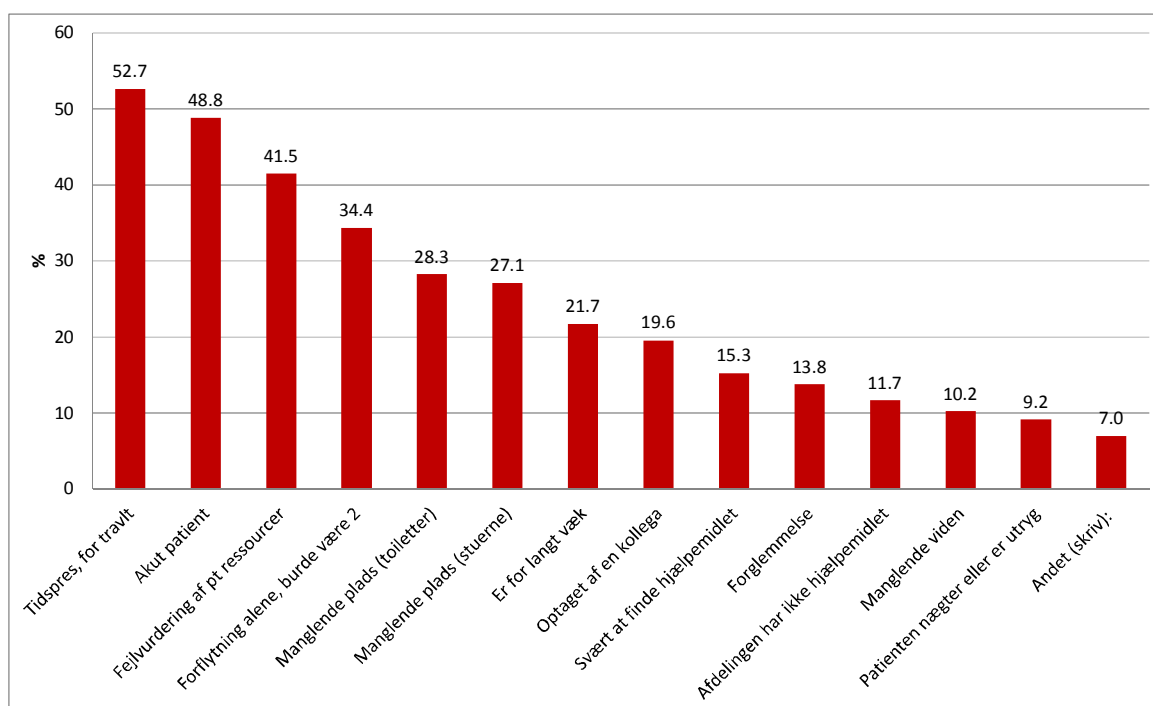
brugen af hjælpemidler? e) Hvad er den nuværende tilgængelighed og muligheder for at

bestille yderligere hjælpemidler, både praktisk og økonomisk. Interviews med

hospitalsdirektørerne havde også fokus på deres rolle i at sikre et højt niveau i brug af hjælpemidler blandt sundhedsarbejderne. Interviewene med afdelingsledere, medarbejdere og forflytningsvejledere fokuserede specifikt på, hvordan de lykkedes med at overvinde barriererne i at anvende hjælpemidler.

2.4.2.5 Samlede barrierer og motiver for brugen af hjælpemidler

Figur 2 viser en oversigt over barrierer for brugen af hjælpemidler. På figuren ses at ca. halvdelen af respondenterne svarer at barrierer som "Tidspres, for travlt" og "Akut patient" er de typiske årsager til at medarbejderne ikke bruger de nødvendige hjælpemidler i forbindelse med forflytning af patienter.



Figur 2: Den procentuelle fordeling af respondenter og deres barrierer for brugen af hjælpemidler (spørgeskemasvar).

Flere af ovenstående barrierer gik igen i fokusgruppinterviewene med medarbejderne og lederne. Som beskrevet i metoddelen blev medarbejderne i gruppeinterviews bedt om at inddele foruddefinerede barrierer til brug af hjælpemidler i vigtige, mellem vigtige og mindst vigtige barrierer og give eksempler på dem. På tværs af gruppeinterviews viste sig følgende billede: De vigtigste barrierer var 1) Tid: a) til at hente/finde hjælpemidler, b) til at vente på en kollega til at hjælpe, c) til at skabe plads for at

hjælpemidler kan tages i brug, 2) Plads: a) ikke plads nok til at bruge hjælpemidler, især på badværelserne og sengestuer med 3 eller flere senge, b) ingen plads til flere hjælpemidler på afdelingen (der må ikke stå endnu flere ting på gangene), 3) Akutte patienter: a) når der skal reageres med det samme, tænkes der ikke længere på hjælpemidler (men: hvis glidestykket altid var der ved sengen ville man måske bruge dem – også i akutte situationer). De mellem vigtigste barrierer var Uddannelse: a) nyansatte bliver typisk sendt til et ca. 3 timers introduktionskursus om forflytninger, men undervisningen har ikke været så systematisk for medarbejdere der blev ansat for nogle år siden, b) selv dem der har været på introkurser savner endnu mere vejledning og løbende opfriskning, eller introduktion til bedre forflytningsteknikker. Det bør dog pointeres, at mange medarbejdere var glade for fysioterapeuterne, som løbende forklarer og viser hvordan man kan håndtere forskellige forflytningssituationer på en bedre måde. De mindre vigtige barrierer var: 1) Støtte fra ledelsen: Alle ledere har stor opmærksomhed på hjælpemidler og har bevidst valgt at deltage i projektet for at øge fokus på området. 2) Motivation: Det virker som om, at alle gerne vil bruge hjælpemidler. Mange vil faktisk gerne vide meget mere om det. 3) Mangel på retningslinjer: Hospitalets retningslinjer ser også ud til at spille en rolle i forhold til forflytninger og brugen af hjælpemidler. Det som er afgørende, er hvad man gør på afdelingen, dvs. praksis og kultur. 3) Plejekvalitet: Opfattelsen af at plejekvaliteten er bedre, hvis man ikke bruger hjælpemidler, ser ikke længere ud til at spille en rolle. Mange mener faktisk, at det giver bedre plejekvalitet, når der bruges hjælpemidler.

Observationerne fra de 6 afdelinger viste ligeledes overlap mellem ovenstående barrierer. Bl.a. var plads og mangel på specifik viden og instruktion i korrekt forflytningsteknik barrierer for brugen af hjælpemidler. Derudover observerede vi at samarbejdet med portører var vigtig for at få aflastet medarbejderne og for at få forevist forflytninger med korrekt teknik. Den psykiske påvirkningen af pressede/akutte situationer blev også fremhævet som en barriere for korrekt brug af hjælpemidler og korrekt forflytningsteknik. Medarbejderne kunne her finde på at handle for hurtigt og tage det forkerte valg i stedet for at bruge 10 sekunder på at stoppe op og gennemtænke situationen.

Analysen af 'best practice' fra regionshospital Horsens gav bud også på de hyppigste barrierer og hvordan disse kunne løses ude på afdelingerne. Analysen fremhævede især 10 forhold, der er afgørende for at der bruges hjælpemidler til forflytning på afdelingen: Ledelsen giver legitimitet til og mulighed for at bruge hjælpemidler ved at

1. have faglig bevågenhed på indsatsen i det daglige og i fx MUS-samtaler
2. skabe et økonomisk råderum for indkøb af de fornødne hjælpemidler
3. planlægge i vagtplanen, så der bliver tid til forflytningsvejledernes/nøglepersonernes opgaver og tid til at kolleger/nyansatte kan gå fra til planlagt undervisning
4. samarbejde tæt og systematisk med forflytningsvejledere/nøglepersoner

Plejepersonalet og andre medarbejdere, der udfører personhåndtering og forflytning,

5. kan risikovurdere afdelingens patientkategorier og kender regime og retningslinjer for mobilisering (indikationer/kontraindikationer)
6. har kendskab til afdelingens hjælpemidler og brugen af dem i forskellige situationer

Forflytningsvejleder og andre nøglepersoner

7. har overblik over forflytnings "udfordringer" i afdelingen
8. samarbejder med afdelingssygeplejersken om at lave realistiske handleplaner
9. foretager regelmæssig evaluering og justering af handleplaner
10. bruger humor som ét af virkemidlerne

2.5 Fase 2 – Randomiseret kontrolleret studie

2.5.1 Deltagerinvolverende intervention

Et karakteristisk træk ved deltagerinvolverende ergonomiske interventioner er dannelsen af et problemløsende team, som får ejerskab og indsigt i de udfordringer der skal løses ¹⁶. I dette projekt bestod intervention af to workshops a hver to timers varighed. Til workshops på hver enkelt afdeling forsøgte vi at rekruttere afdelingslederen, 2-5 plejearbejdere, som blev udpeget af deres leder og hospitalets arbejdsmiljøprofessionelle. Workshopdeltagerne blev bedt om at udvikle og implementere en "action plan"

indeholdende mulige løsninger på hvordan de kunne øge brugen af hjælpemidler i deres afdeling.

For at starte processen omkring deltagerinvolvering blev der på baggrund af afdelings baseline-spørgeskema ca. to uger før den første workshop udsendt en rapport via e-mail. Rapporten opsummerede hovedresultaterne fra spørgeskemaet, samt den generelle vurdering af barrierer (afsnit 2.4.2.5) og løsninger. Den generelle vurdering af barrierer og potentielle løsninger til brugen af hjælpemidler blev udført før randomisering og bestod af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, interviews med afdelingsledere og medarbejdere i udvalgte afdelinger og analyse af erfaringer fra et "bedste praksis hospital" der havde øget brugen af hjælpemidler.

Workshop 1 var opbygget i to hoveddele:

1. Brainstorm baseret på resultater fra afdelingens baseline spørgeskema, herunder også resultater af den generelle brug af hjælpemidler og potentielle barrierer for øget brug heraf.
2. Udvikling af handlingsplan for implementering de mest opnåelige løsningsforslag, frem mod workshop 2.

Workshop 2 blev udført omkring tre til fire måneder efter workshop 1 og bestod ligeledes af to dele:

1. Diskussion af afdelings erfaringer med at implementere handlingsplanen udviklet i workshop 1.
2. Udvikling af en ny og udvidet handlingsplan med op til fem løsningsforslag som deltagerne var motiverede for, samt havde tiltro til ville øge afdelingens brug af hjælpemidler over de kommende seks til ni måneder.

Under udarbejdelsen af handleplanerne blev deltagerne bedt om at beskrive; a) Hvorfor løsningerne var vigtige for deres afdeling, b) Udvælge personer der skulle være ansvarlige for implementeringen af løsningerne, c) At sætte deadlines for implementeringen. Der blev foretaget opfølgninger af om implementeringen blev udført ved brug af elektroniske spørgeskemaer eller telefonopkald. De 14 afdelinger der

modtog interventionen fik ikke tildelt ekstra ressourcer for deres brug af arbejdstid på deltagelse i workshops og implementering af løsningsforslag.

2.5.2 Kontrolgruppen

De 13 afdelinger der blev udtrukket til kontrolgruppe modtog ingen intervention og var opfordret til at fortsætte deres normale arbejdsprocedurer under projektperioden.

2.5.3 Blinding

Grundet forsøgsdesignet, hvor det ikke er muligt at blinde deltagere og forskere i forhold til interventionsgruppe. Forskerne der udførte analyser og statistik var dog blindet, dvs. de kendte ikke til gruppeopdelingen.

2.6 Fase 3 – Evaluering

2.6.1 Effektevaluering

Effektevalueringens resultater (outcomes) blev målt på følgende måde i dette studie: 1) primært outcome (brug af "nødvendige hjælpemidler") blev målt med trykknapper, 2) sekundære outcomes blev målt med hhv. accelerometre monteret på hjælpemidler (brug af hjælpemidler generelt) og med spørgeskemaer. Detaljerede informationer om styrkeberegning og statistiske beregninger beskrives i bilag 4.

2.6.1.1 Primært outcome – Brug af nødvendige hjælpemidler

Det primære outcome var brugen af nødvendige hjælpemidler, dvs. plejepersonalets egen vurdering af, om de havde brugt de korrekte hjælpemidler til en forflytning. Målingen af det forgik kontinuerligt på afdelingsniveau, ved brug af trykknapper over en periode på 12 måneder. I praksis var to trykknapper, med farverne grøn og rød, placeret ved siden af døren af hver patientstue på de deltagende afdelinger. Deltagerne blev opfordret til at trykke på én af knapperne inden de forlod rummet efter at have udført en patientforflytning, dvs. den grønne knap hvis de havde udført patientforflytning ved brug af nødvendige (korrekte) hjælpemidler for den type

forflytning og den røde hvis de ikke havde anvendt de nødvendige hjælpemidler. På månedlig basis gennem telefonopkald og personlig kontakt blev afdelingsledende og workshopdeltagerne mindet om at huske at anvende trykknapperne til at registrere deres patientforflytninger.

2.6.1.2 Sekundært outcome – Generel brug af hjælpemidler

Generel brug af hjælpemidler dækker over den samlede brug af hjælpemidler og var en tilføjelse til målingerne med trykknapper som blev målt objektivt ved brug af accelerometer (Actigraph, GT3X, Florida, US). Den generelle brug er således et objektivt udtryk for hjælpemidlernes generelle bevægelse/brug hvormed der ikke skelnes mellem om personalet brugte det de vurderede var det nødvendige hjælpemiddel eller ej. Accelerometrene var monteret diskret på de hjælpemidler hvor det var muligt at montere dem, dvs. overflytningsplatforme eller lifte, med det formål at måle brugen af hjælpemidlet. Måden der blev differentieret mellem om hjælpemidlet blot blev bevæget eller blev brugt til en forflytning blev bestemt ud fra følgende kriterie: Der skulle være minimum to bevægelsesfaser med en vis aktivitet inden for mindst tre minutter, eksempelvis hentning/placering af hjælpemiddel, forflytning med hjælpemiddel eller/og placering af hjælpemiddel tilbage på plads. Disse kriterier blev valideret vha. en række forudgående pilottest foretaget på standardiserede forflytninger. Accelerometrene sad på hjælpemidlerne i ca. fire uger før interventionen startede og igen i fire uger efter 12 måneder og fungerede dermed som før og eftermåling. Den generelle objektive brug af hjælpemidler baseret på accelerometer målingerne var beregnet som hver afdelings gennemsnitlige brug af hjælpemidler og tilpasset til antallet af daglige patientforflytninger. Antallet af daglige patientforflytninger var baseret på spørgeskemabesvarelsene.

2.6.1.3 Sekundært outcome – Spørgeskemabaseret

De resterende outcomes blev målt med spørgeskemaer ved baseline, 6-måneders- og 12-måneders follow-up. Her spurgte vi deltagerne om 1) deres selvvaluerede smerteintensitet i lænderyggen, nakke og skulder, 2) forekomsten af skader i lænderyggen, 3) social kapital (inden for afdelingen, mellem afdelingerne, mellem afdelingen og nærmeste ledelse og mellem afdelingen og fjerneste leder), 4)

organisationens forandringsparathed, 5) kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler, samt 6) oplevede ændringer af brugen af hjælpemidler og arbejdsmiljø ved 12-måneders follow-up. Se bilag 2 for en detaljeret beskrivelse af spørgsmålene.

2.6.2 Procesevaluering af den deltagerinvolverende intervention

I dette afsnit beskrives metoderne fra procesevaluering, dvs. information om gennemførelsen af indsatserne. Formålet med procesevalueringen er at undersøge om og hvordan de planlagte interventionsaktiviteter blev udført (implementeret). En god implementering af interventionsaktiviteterne betragtes som en forudsætning for at opnå positive effekter af indsatsen.

Den anvendte procesevaluering er inspireret af tre forskellige tilgange, som delvis overlapper men også hver især lægger vægt på forskellige aspekter (Saunders et al. 2005, Nielsen and Randal 2013, Friedrich et al. 2015). Saunders et al. 2005 fokuserer primært på graden af implementering, dvs. i hvilken udstrækning interventionen blev gennemført som planlagt. Vægten i denne tilgang ligger på de faktiske handlinger (fx deltagelse i workshops) men også om indsatsens princip om at inddrage medarbejderne blev opfyldt (fx om løsningsforslag blev videreformidlet til medarbejderne). Nielsen and Randall 2013 fokuserer derudover på "mentale modeller", dvs. deltagernes holdninger over for interventionen, fx om de tror på, at indsatsen vil føre til forbedringer. Friedrich et al. 2015 har et særligt fokus på konteksten, dvs. de rammer i hvilken indsatsen bliver gennemført og deres potentielle positiv eller negativ bidrag til gennemførelsen.

På baggrund af disse tre tilgange fokuserer vi i vores procesevaluering på at besvare følgende spørgsmål:

1. *Havde medarbejderne en positiv indstilling over for interventionen, inden den gik i gang?*
2. *Blev indsatsen gennemført som planlagt?*
3. *Var medarbejderne tilfredse med indsatsen, og kunne de se meningen i den?*
4. *Havde konteksten en indflydelse på implementeringen?*

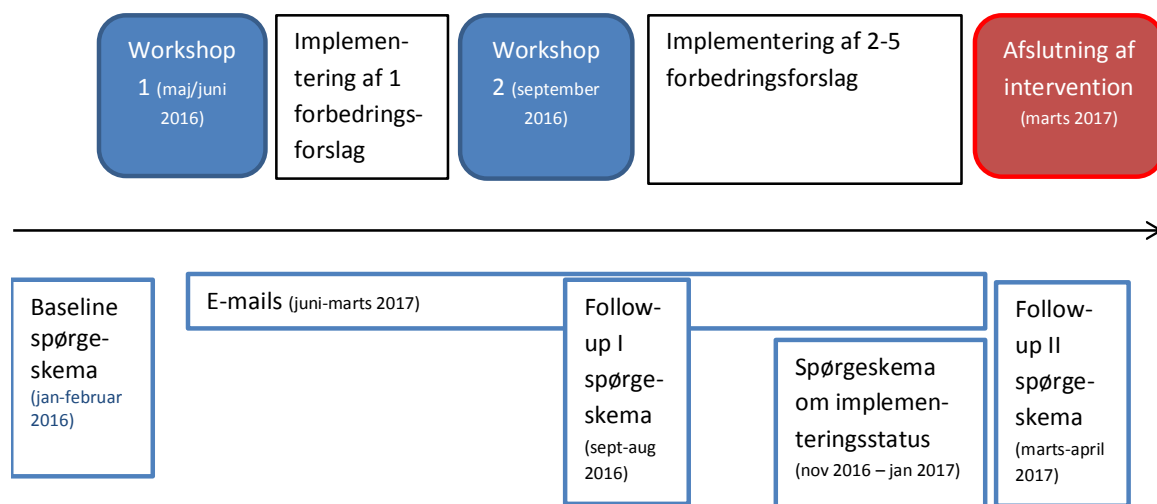
I procesevalueringen indgik både kvantitative og kvalitative datakilder: spørgeskemaer før (baseline), under (follow-up I efter 6 måneder) og efter (follow-up II efter 12

måneder) intervention, detaljerede referater fra workshops, dokumentation af status på implementering samt interviews. Mens de fleste af disse målinger blev udført på alle interventionsafdelinger, blev interviews kun udført på udvalgte interventionsafdelinger.

2.6.2.1 Dataindsamlingsmetoder anvendt på alle interventionsafdelinger

Spørgeskemaerne, som er beskrevet i afsnit 2.4.2.2, blev sendt ud til de ansatte før, under og efter interventionen, inkluderede også procesevalueringsspørgsmål. Fx blev workshop-deltagerne i baseline spørgeskema spurgt om deres forventninger i forhold til interventionen, og de blev i follow-up II spørgeskema (efter 12 måneder) bedt om kort at beskrive, hvordan implementering af deres løsningsforslag var forløbet, og om der havde været nogle ændringer på hospitalet eller i deres afdeling, som kan have haft indflydelse på afprøvning af løsningsforslagene.

Ved både workshop 1 og 2 blev der skrevet referater af en projektmedarbejder fra NFA. Der blev også indhentet tilbagemeldinger om status på implementering fra afdelingerne via e-mail efter begge workshops og 3 måneder efter workshop 2 via et kort spørgeskema (figur 3).



Figur 3: Interventionens forløb og dataindsamlinger i forløbet

2.6.2.2 Dataindsamlingsmetoder anvendt på udvalgte interventionsafdelinger

I foråret 2017, dvs. efter afslutningen af interventionsindsatsen, blev der gennemført fokusgruppeinterviews på nogle udvalgte hospitalsafdelinger med henblik på at belyse medarbejdere og lederes oplevelse af gennemførelsen af projektet. Flere detaljer om udvælgelsen af afdelinger beskrives i afsnit 3.3.

Der blev i alt foretaget 8 interviews på fire afdelinger på tre hospitaler (se skemaet nedenfor), og i datamaterialet er der repræsenteret medarbejdere og afdelingsledere. I analysen er alle informanter angivet som enten workshop-deltager (dvs. dem som selv var med til at udvikle løsningsforslag under de to workshops) eller ikke-workshop-deltager (dvs. de andre medarbejdere i afdelingen, som ikke selv var med i afdelingens workshops).

Table 2: Informationer om deltagere i interviews

Hospital	Afdeling	Deltagere	Antal interviewpersoner i alt
Hospital 1	A	Workshop-deltagere: 2 Ikke-workshop-deltagere: 2	4
Hospital 2	C	Workshop-deltagere: 2 Ikke-workshop-deltagere: 2	4
Hospital 2	D	Workshop-deltagere: 1 Ikke-workshop-deltagere: 4	5
Hospital 3	B	Workshop-deltagere: 2 Ikke-workshop-deltagere: 3	5

Som interviewmetode blev der benyttet semistrukturerede fokusgruppeinterviews, hvor en del af spørgsmålene var fastlagt på forhånd, men hvor der også var plads til mere åbne fortællinger, om hvordan indsatsen blev oplevet på de forskellige afdelinger.

For at afdække medarbejdere og lederes oplevelse af projektets forløb var der fokus på følgende områder i interviewguiden:

1. Oplevelsen af og tilfredshed med de to workshops
2. Overlevering af beslutninger fra workshops til resten af afdelingen
3. Gennemførelse af løsningsforslag
4. Overordnet vurdering af projektet
5. Kontekst og forandringer omkring projektet

2.6.2.3 Programteori og målinger i procesevalueringen

Vores programteori gik ud på, at interventionen ville lykkes, hvis medarbejderne havde en positiv indstilling fra start af, hvis indsatsen blev gennemført efter planen, hvis deltagerne var tilfredse med indsatsen og kunne se meningen i den, og hvis interventionen ikke blev forstyrret af kontekstændringer. På denne baggrund dannede vi nogle overordnede og nogle specifikke undersøgelsesspørgsmål, hvorudfra vi kiggede på de nævnte datakilder. Nedenfor i tabel 3 ses, hvilke datakilder, vi brugte i forhold til hvilke spørgsmål.

Tabel 3: Overordnede og specifikke spørgsmål samt datakilder

Overordnet spørgsmål	Specifikke spørgsmål for at besvare de overordnede spørgsmål	Datakilder til de specifikke spørgsmål
1. Havde medarbejderne en positiv indstilling over for interventionen, inden den gik i gang?	1.1. Medarbejdernes vurdering af deres afdelings parathed og vilje til at forbedre brugen af hjælpemidler 1.2. Medarbejdernes forventninger om at brugen af hjælpemidler kan øges i afdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Baseline spørgeskema (1.1., 1.2.)
2. Blev indsatsen gennemført som planlagt?	2.1. Blev workshops med de nødvendige deltagere afholdt? 2.2. Var der aktiv deltagelse fra medarbejdere under workshops? 2.3. Blev der udviklet løsningsforslag? 2.4. Blev beslutninger fra workshops formidlet videre til resten af afdelingen? 2.5. Blev ikke-workshop-deltagerne involveret i diskussionen af løsningsforslag?	<ul style="list-style-type: none"> • Referater fra de to workshops (2.1., 2.2., 2.3.) • Fokusgruppeinterviews (2.4.) • Spørgeskema (follow-up I efter 6 måneder) (2.4., 2.5.)
3. Var medarbejderne tilfredse med indsatsen, og kunne de se meningen i den?	3.1. Hvor tilfredse var workshop-deltagere med de to workshops faciliteret af forskningsteamet? 3.2. Hvad tænkte ikke-workshop-deltagerne om de løsningsforslag som blev udviklet i de to workshops?	<ul style="list-style-type: none"> • Spørgeskema (follow-up I efter 6 måneder) (3.1., 3.2.) • Fokusgruppeinterviews (3.2.)
4. Havde konteksten en indflydelse på implementeringen?	4. Hvilke lokale aspekter og forandringer på de deltagende hospitaler, afdelinger, deres ledelse eller individer i afdelingerne havde indflydelse på implementering af interventionen?	<ul style="list-style-type: none"> • Spørgeskemaer (follow-up I efter 6 måneder og II efter 12 måneder) (4.1.) • Løbende dokumentation af implementeringsstatus (4.1.) • Referater fra workshop 2 (4.1.) • Fokusgruppeinterviews (4.1.)

2.7 Fase 4 – Ekstern validitet

For at teste den eksterne validitet af erfaringerne opnået i fase 1-3, evaluerede medarbejdere og ledere der ikke deltog i interventionen en brugervejledning i hvordan brugen af hjælpemidler kan øges på deres afdeling gennem deltagerinvolverende

workshops. Se beskrivelse af brugervejledningen og metoderne til evaluering af den eksterne validitet i bilag 5.

3 RESULTATER

3.1 Fase 2 - Effektevaluering

I dette kapitel undersøges, om interventionen har haft en statistisk signifikant effekt på effektmålene; 1) brug af hjælpemidler (trykknop basseret og accelerometerbaseret), 2) deres selvvaluerede smerteintensitet i lænderyggen, nakke og skulder, 3) forekomsten af skader i lænderyggen, 4) social kapital, 5) organisationens forandringsparathed, 6) kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler, samt 7) oplevede ændringer af brugen af hjælpemidler og arbejdsmiljø ved 12-måneders follow-up.

Enogtres procent af samtlige deltagere besvarede baseline spørgeskemaet, mens 53 % (61 % af baseline respondenterne) besvarede 6-måneders follow up spørgeskemaet og 39 % (49 % af baseline respondenterne) udfyldte også spørgeskemaet ved 12 måneders follow up.

3.1.1 Brug af hjælpemidler under patientforflytning

Resultaterne viste ingen ændring af brugen af nødvendige hjælpemidler målt med trykknapper (primære outcome) ($p=0,631$), dvs. brugen af de hjælpemidler plejepersonalet vurderede, var det korrekte eller nødvendige hjælpemiddel at bruge til den pågældende forflytning.

Den generelle brug af hjælpemidler, målt objektivt med accelerometre, der var projektets sekundære outcome, var øget mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen efter de 12 måneders intervention ($p=0,042$) (tabel 4). Accelerometrene målte således at hjælpemidlerne blev generelt bevæget/brugt mere i interventionsgruppen end kontrolgruppen ved 12-måneders follow-up. Den generelle brug er udtrykt som den gennemsnitlige brug af hjælpemidler hvor der tages højde for antallet af afdelingens daglige patientforflytninger.

Tabel 4. Baseline værdier (least square mean) og forskel mellem grupperne (kontrol – intervention) ved follow-up (6 and 12 måneder) for brugen af hjælpemidler målt med trykknapper og accelerometere. Værdierne er vist som middel (gennemsnit og 95% konfidensinterval).

Brug af hjælpemidler målt med:	Baseline				Forskel mellem grupperne ved follow-up						Gr*T
	Kontrol		Intervention		6 måneder			12 måneder			
	Middel	95CI	Middel	95CI	Middel	95CI	P	Middel	95CI	P	
Trykknapper (% af forflytninger med korrekt brug af HM ("nødvendig brug"))	0.64	(0.61 - 0.68)	0.67	(0.64 - 0.70)	-0.23	(-0.70 - 0.27)	0.36	-0.11	(-0.61 - 0.37)	0.63	0.631
Accelerometre (antal patient forflytninger per dag per patient) ("general brug")	0.26	(0.05 - 0.47)	0.32	(0.12 - 0.51)				-0.31	(-0.59 - -0.04)	0.028	0.049

HM: Hjælpemidler. Gr*T: *Gruppe gange tid interaktion - forskel mellem grupperne fra baseline til follow-up.*

3.1.2 Smerte og arbejdsrelaterede skader

Smerte i lænderyggen, skulder og nakke, samt forekomsten af skader i lænderyggen fremkommet som følge af patientforflytning var uændret efter interventionen ($p > 0,05$) (tabel 5).

Tabel 5. Baseline værdier (least square mean) og forskel mellem grupperne (kontrol – intervention) ved follow-up (6 and 12 måneder) for lænderyg-, skulder- og nakkesmerter og forekomsten af arbejdsrelaterede lænderygskader. Værdierne er vist som middel (gennemsnit og 95% konfidensinterval).

	Baseline				Forskel mellem grupper ved follow-up						GrxT
	Kontrol		Intervention		6 måneder			12 måneder			
	Middel	95CI	Middel	95CI	Middel	95CI	P	Middel	95CI	P	
Lænderygsmarter (skala 0-10)	2.9	(2.6 - 3.3)	2.9	(2.6 - 3.3)	-0.1	(-0.7 - 0.4)	0.608	-0.2	(-0.7 - 0.4)	0.552	0.868
Skuldersmerter (skala 0-10)	2.8	(2.4 - 3.1)	2.7	(2.3 - 3.0)	-0.4	(-0.9 - 0.1)	0.154	-0.3	(-0.9 - 0.2)	0.244	0.205
Nakkesmerter (skala 0-10)	2.7	(2.4 - 3.0)	2.5	(2.2 - 2.8)	-0.4	(-0.9 - 0.2)	0.172	-0.1	(-0.7 - 0.4)	0.609	0.117
Forekomsten af arbejdsrelaterede lænderygskader (N)	1.2	(1.1 - 1.2)	1.2	(1.2 - 1.3)	0.0	(-0.1 - 0.0)	0.179	0.0	(-0.1 - 0.0)	0.399	0.903

GrxT: *Gruppe gange tid interaktion – forskel mellem grupperne fra baseline til follow-up*

3.1.3 Social kapital og organisationens forandringsparathed

Resultaterne viste at social kapital på afdelingen blev øget i interventionsgruppen som følge af interventionen, dvs. at social kapital var signifikant højere efter interventionen end før. Men i sammenligning med kontrolgruppen blev der ikke fundet en signifikant stigning i social kapital (på afdelingen, mellem afdelinger, mellem afdelingen og nærmeste leder, og mellem afdelingen og fjerneste leder), dvs. ændringerne i

interventionsgruppen var ikke stor nok til at også adskille sig signifikant fra ændringerne i kontrolgruppen. Ligesom ved social kapital var der ingen forskelle mellem grupperne over tid i organisationens forandringsparathed. Men også her viste analyser udført inden for grupperne, at organisationens forandringsparathed blev forbedret som følge af interventionen.

3.1.4 Patientforflytning og brugen af hjælpemidler (kommunikation, vejledning og kompetencer)

Resultaterne viste forskel mellem grupperne i antallet af daglige patientforflytninger ved 12-måneders follow-up ($p < 0,05$) (tabel 6). Denne forskel mellem grupperne var hovedsageligt forårsaget af et fald i antallet af daglige patientforflytninger i kontrolgruppen i løbet af projektperioden. Antallet af selvhjulpne patienter samt egen tiltro til at øge brugen af hjælpemidler blev ikke ændret i interventionsperioden. Desuden viste resultaterne en forskel ved follow up til fordel for interventionsgruppen i diskussionen om brugen af hjælpemidler, tilstrækkelig vejledning i brugen af hjælpemidler, kollegial opbakning til brug af hjælpemidler samt information omkring brugen af hjælpemidler ved patientoverdragelse.

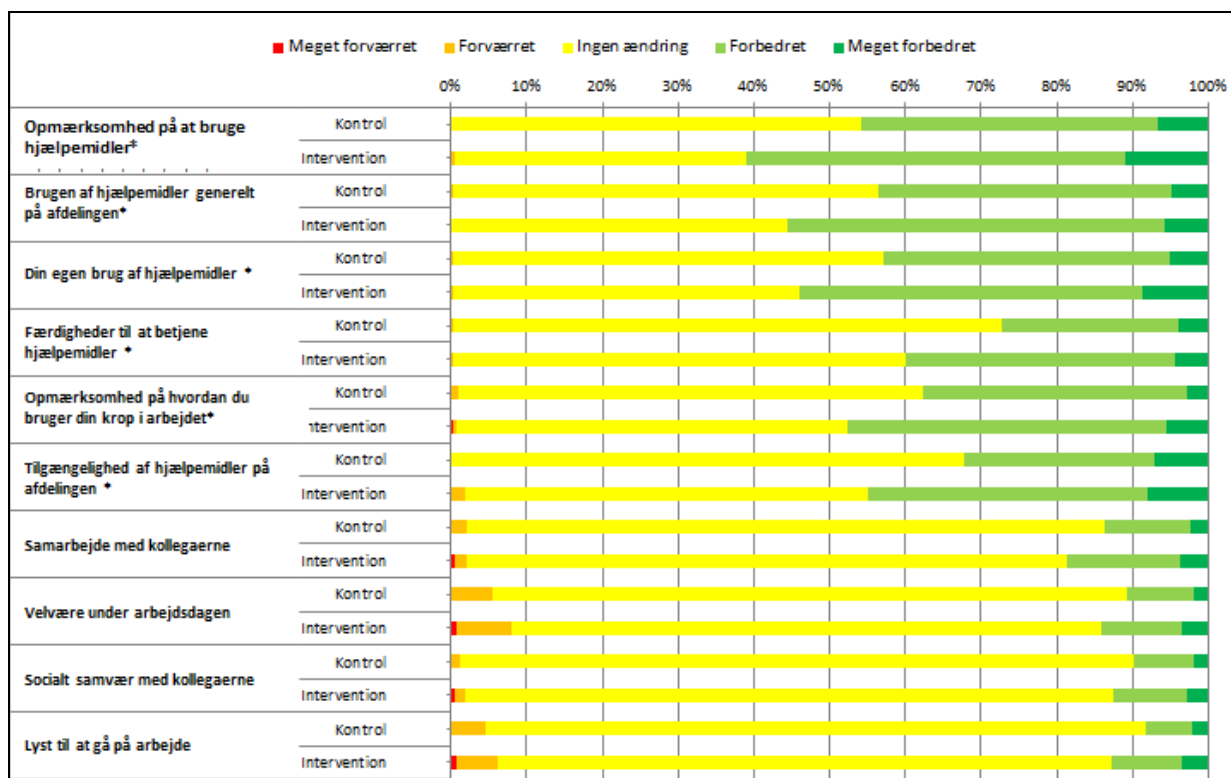
Tabel 6. Baseline værdier (least square mean) og forskel mellem grupperne (kontrol – intervention) ved follow-up (6 and 12 måneder) for kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler. Værdierne præsenteres som middel (gennemsnit og 95% konfidensinterval).

	Baseline				Forskel mellem grupper ved follow-up				Gr×T		
	Kontrol		Intervention		6 måneder		12 måneder				
	Middel	95CI	Middel	95CI	Middel	95CI	P	Middel		95CI	P
Antal daglige patientforflytninger (N)	5.4	(5.0 - 5.8)	4.8	(4.5 - 5.2)	0.5	(-0.1 - 1.1)	0.087	-0.2	(-0.8 - 0.5)	0.626	0.042
Antal selvhjulpne patienter den seneste måned (n ud af 4 patienter)	1.5	(1.4 - 1.6)	1.8	(1.6 - 1.9)	-0.3	(-0.5 - -0.1)	0.001	-0.2	(-0.4 - 0)	0.111	0.436
Diskussion af brug af HM (Nej = 1, Ja = 2)	1.4	(1.3 - 1.4)	1.4	(1.4 - 1.5)	0.1	(0.0 - 0.2)	0.047	0.1	(0.0 - 0.1)	0.192	0.002
Tilstrækkelig vejledning i brug af HM (Skala 1-3)	2.1	(2.0 - 2.1)	2.0	(2.0 - 2.1)	-0.2	(-0.3 - -0.1)	0.004	-0.2	(-0.3 - -0.1)	0.003	0.001
Mængden af vejledning i brug af HM (Skala 1-7)	1.6	(1.4 - 1.8)	1.4	(1.2 - 1.6)	-0.1	(-0.4 - 0.1)	0.332	-0.2	(-0.5 - 0.1)	0.202	0.041
Kollegial opmuntring til at bruge HM (Nej = 1, Ja = 2)	1.4	(1.3 - 1.4)	1.5	(1.4 - 1.5)	0.1	(0.0 - 0.1)	0.233	0.0	(-0.1 - 0.1)	0.935	0.018
Information om brug af HM patientoverlevering (n ud af 4 patienter)	1.7	(1.5 - 1.9)	1.5	(1.3 - 1.7)	-0.2	(-0.4 - 0.1)	0.194	-0.3	(-0.5 - 0.0)	0.082	0.017
Egen tiltro til at øge brugen af HM (1-3)	2.4	(2.2 - 2.5)	2.3	(2.2 - 2.4)	-0.1	(-0.3 - 0.1)	0.395	0.1	(-0.2 - 0.3)	0.581	0.426

HM: Hjælpemidler. Gr×T: Gruppe gange tid interaktion - forskel mellem grupperne fra baseline til follow-up

3.1.5 Oplevede ændringer ved follow-up

Der blev rapporteret større oplevede ændringer ved 12 måneders follow-up i interventionsgruppen, sammenlignet med kontrolgruppen i; A) "Opmærksomhed på at bruge hjælpemidler", B) "Brugen af hjælpemidler generelt på afdelingen", C) "Din egen brug af hjælpemidler", D) "Færdigheder til at betjene hjælpemidler", E) "Opmærksomhed på hvordan du bruger din egen krop i arbejdet", F) "Tilgængeligheden af hjælpemidler på afdelingen" ($p < 0.05$) (figur 4). Der var ingen forskel mellem interventions- og kontrolgruppen i; G) "Samarbejde med kollegaerne", H) "Velvære under arbejdsdagen", I) "Socialt samvær med kollegaerne", samt " J) "Lyst til at gå på arbejde" ($p > 0,05$) (figur 4).



Figur 4. Selvvurderede ændringer i brugen af hjælpemidler, samarbejde om brugen af hjælpemidler, socialt samvær og lyst til at gå på arbejde. Værdierne præsenterer den procentuelle andel af deltagere ved angivne svarkategori.

3.2 Resultater fra procesevaluering

I dette afsnit præsenteres resultater i forhold til de specifikke spørgsmål præsenteret i tabel 3; dvs. i afsnit 3.2.1. belyses spørgsmål 1 "Havde medarbejderne en positiv indstilling over for interventionen, inden de gik i gang?", i afsnit 3.2.2. belyses spørgsmål

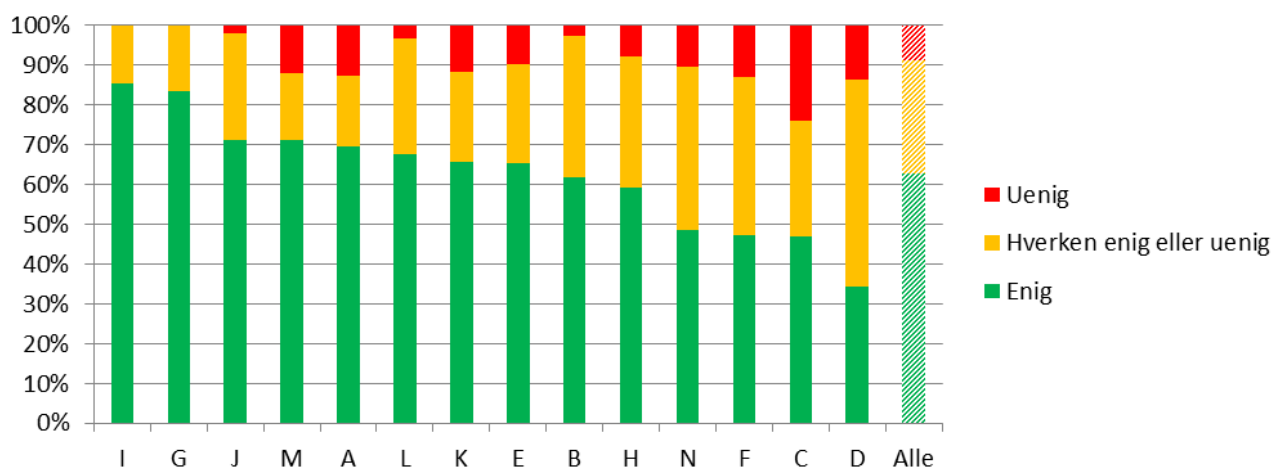
2 "Blev indsatsen gennemført som planlagt?", i afsnit 3.2.3. belyses spørgsmål 3 "Var medarbejderne tilfredse med indsatsen, og kunne de se meningen med den?", og i afsnit 3.2.4. belyses spørgsmål 4 "Havde konteksten en indflydelse på implementeringen?". I afsnit 3.2.5 samles der op på de resultater fra procesevalueringen på baggrund af målinger fra de 14 interventionsafdelinger. I afsnit 3.2.6 præsenteres resultater fra interviews udført på fire udvalgte interventionsafdelinger.

3.2.1 Deltagernes indstilling forud for interventionen

Forud for interventionen blev medarbejderne på interventionsafdelingerne i et spørgeskema spurgt om deres holdning til interventionen.

Medarbejdernes vurdering af deres afdelings parathed og vilje til at forbedre brugen af hjælpemidler

I baseline-spørgeskemaet inden indsatsen gik i gang blev medarbejderne i interventionsafdelingerne stillet en række spørgsmål, for at undersøge hvor enige eller uenige de var i, at afdelingens ansatte var parate og havde vilje til at gennemføre forandringer med henblik på bedre brug af hjælpemidler. Resultaterne viser, at 63 % af alle medarbejderne på tværs af afdelinger var enige i, at de ansatte var parate og havde vilje til forandringer (figur 5). Andelen af medarbejdere som svarede "enig" til dette spørgsmål varierede dog mellem afdelinger og viste en spændvidde fra 34 % til 86 %. (I figurerne angiver bogstaverne de enkelte interventionsafdelinger A-N, mens "alle" angiver gennemsnit på tværs af disse afdelinger. Afdelingernes resultater vises i figurerne efter hyppigheden af de positive svar, dvs. andelen af alle medarbejdere som har svaret "enig" til spørgsmålet om parathed.)

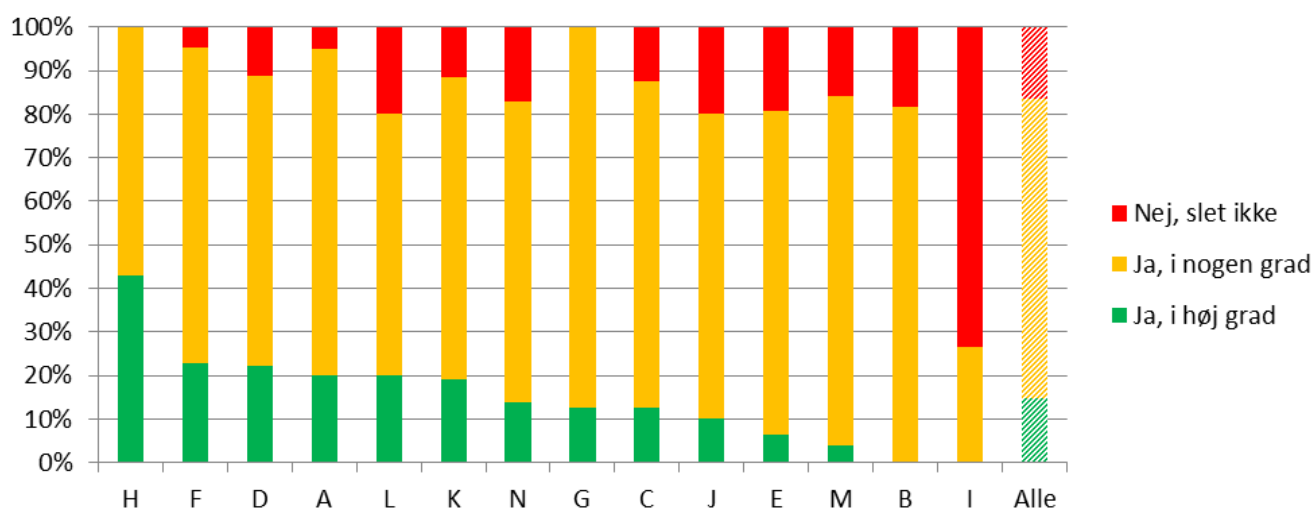


Figur 5: "Hvor enig eller uenig er du i at afdelingen er parat og har vilje til at gennemføre forandringer med henblik på bedre brug af hjælpemidler?" (alle medarbejdere).

Medarbejdernes forventninger om at brugen af hjælpemidler kan øges i afdelingen

Medarbejderne på alle interventionsafdelinger blev også før interventionen spurgt om de troede, at det er realistisk at øge brugen af hjælpemidler på deres afdeling.

Spørgeskemaresultaterne viser, at 69 % af medarbejderne på tværs af afdelingerne forud for interventionen havde en forventning om, at indsatsen kunne bidrage til øget brug af hjælpemidler i nogen grad (figur 6), mens 15 % forventede dette i høj grad. Også her var der stor variation mellem afdelinger.



Figur 6: "Tror du at det er realistisk at øge brugen af hjælpemidler på din afdeling?" (alle medarbejdere).

Opsummerende kan man sige, at en stor andel af medarbejderne på de fleste afdelinger var af den opfattelse, at afdelingens ansatte forud for interventionen var parate og havde vilje til at gennemføre forandringer. I forhold til, at indsatsen kunne øge brugen af hjælpemidler, var medarbejderne dog mere tilbageholdende, idet kun 15 % svarede "i høj grad" til dette spørgsmål, mens de fleste svarede "i nogen grad".

3.2.2 Blev indsatsen gennemført som planlagt?

Som nævnt tidligere bestod interventionsaktiviteterne af to to-timers workshops, hvor et problemløsningsteam bestående af udvalgte medarbejdere, ledere og hospitalets arbejdsmiljøkonsulenter blev bedt om at udvikle og gennemføre handleplaner bestående af løsningsforslag for at forbedre brugen af hjælpemidler til forflytning i afdelingen. Workshop 1 blev gennemført i perioden maj og juni 2016 (figur 3) og havde til formål at kickstarte den deltagerinvolverende proces ved at lade deltagere brainstorme om barrierer og potentielle forbedringer for forbedret brug af hjælpemidler og derefter udvikle en simpel handleplan for implementering af ét løsningsforslag, som var forholdsvist nemt at gennemføre men samtidig havde en effekt på brugen af hjælpemidler på afdelingen. Ideen var, at workshopdeltagerne så kunne afprøve at igangsætte gennemførelse af ét af løsningsforslagene med succes og på den måde samle første erfaringer med gennemførelsesprocessen. Ca. tre måneder efter den første workshop, dvs. efter sommerferiepausen, blev den anden workshop afholdt. Her skulle deltagerne dels diskutere status og oplevelser af implementeringen af løsningsforslaget fra workshop 1, og dels skulle de udvikle en handleplan for implementering af yderligere 2-5 løsningsforslag. Workshopdeltagerne blev bedt om at formidle beslutningerne fra workshopsne videre til resten af afdelingen, præsentere og diskutere handleplanerne og grundene til valget af de konkrete løsningsforslag på afdelingsmøder i ugerne efter workshopsne. Meningen var, at ikke-workshop-deltagerne dermed havde mulighed for at diskutere løsningsforslag udviklet i workshops og for at tilpasse dem eller komme med yderlige forslag. Dernæst skulle de konkrete løsningsforslag implementeres og afprøves. For at belyse i hvilken grad interventionen blev gennemført

som planlagt, undersøger de efterfølgende afsnit en række aspekter om implementeringen af løsningsforslagene på afdelingerne.

3.2.2.1 Blev workshops med de nødvendige deltagere afholdt?

De 14 interventionsafdelinger blev opfordret til at udpege deltagerne til de to workshops. Ud over afdelingslederen blev der opfordret til at udvælge 2-5 medarbejdere fra hver afdeling, herunder gerne arbejdsmiljørepræsentanter, forflytningsvejledere og/eller portører. Så vidt muligt deltog også en arbejdsmiljøkonsulent (AM-konsulent) fra hospitalet.

I 13 ud af 14 interventionsafdelinger blev de to workshops gennemført. Afdeling N afholdte ikke workshops, fordi der skete et skift i afdelingsledelse, som førte til at projektet blev nedprioriteret¹. Afdeling M valgte at springe fra kort tid efter workshop 2 fordi, de havde mange udskiftninger i deres afdeling og ændringer i prioriteringen af deres arbejdsmiljøindsats som førte til, at de ikke længere havde ressourcer til at deltage i projektet. Der deltog i gennemsnit 4,8 deltagere på workshop 1 og 3 mens 4 deltog på workshop 2. Som det ses i tabel 7 var sammensætning af deltagerne meget forskellige i de enkelte workshops. Mens der i nogle workshops kun deltog afdelingslederen og få medarbejdere, deltog der i andre workshops en stor andel medarbejdere, samt andre nøglepersoner. De fra projektets side definerede nødvendige deltagere (dvs. en afdelingsleder og mindst 2 medarbejdere) deltog i fem af de 13 afdelinger som afholdt den 1. workshop (38 %) og i fire af de 13 afdelinger som afholdt den 2. workshop (31 %). Det var hyppigst afdelingslederen som manglede blandt de nødvendige deltagere.

¹ Afdeling N er derfor udeladt af de efterfølgende resultater om workshops.

Table 7: Blev workshops med de nødvendige deltagere afholdt?

Afdeling	Workshop 1	Deltagelse af afdelingslederen og mindst to medarbejdere	Workshop 2	Deltagelse af afdelingslederen og mindst to medarbejdere
A	Afdelingsleder, assisterende afdelingsleder, 3 medarbejdere (hvoraf 1 nøgleperson for forflytning) og 1 AM-konsulent	X	Afdelingsleder og 5 medarbejdere (hvoraf 3 nøglepersoner for forflytning)	X
B	Afdelingsleder, 1 medarbejder (forflytningsvejleder) og 1 AM-konsulent	- (kun en medarbejder)	Afdelingsleder, 2 medarbejdere (hvoraf 1 var forflytningsvejleder) og 1 AM-konsulent	X
C	5 medarbejdere (hvoraf 2 forflytningsvejledere)	- (mangler afdelingslederen)	4 medarbejdere (hvoraf 2 forflytningsvejledere)	- (mangler afdelingslederen)
D	3 medarbejdere og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)	4 medarbejdere	- (mangler afdelingslederen)
E	Afdelingsleder, 3 medarbejdere (hvoraf 1 portør) og 1 AM-konsulent	X	2 medarbejdere (hvoraf 1 portør)	- (mangler afdelingslederen)
F	5 medarbejdere	- (mangler afdelingslederen)	2 medarbejdere	- (mangler afdelingslederen)
G	Afdelingsleder, 3 medarbejdere (hvoraf 1 portør) og 1 AM-konsulent	X	Afdelingsleder, 3 medarbejdere (hvoraf 1 portør)	X
H	3 medarbejdere (hvoraf 1 forflytningsvejleder) og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)	2 medarbejdere (hvoraf 1 forflytningsvejleder) og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)
I	3 medarbejdere og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)	1 medarbejder	- (mangler afdelingslederen og en medarbejder)
J	Afdelingsleder og 2 medarbejdere	X	Afdelingsleder og 1 medarbejder	- (kun en medarbejder)
K	5 medarbejdere (hvoraf 2 forflytningsvejledere) og 1 forflytningsinstruktør	- (mangler afdelingslederen)	3 medarbejdere (hvoraf alle forflytningsvejledere) og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)
L	Afdelingsleder, 4 medarbejdere og 1 AM-konsulent	X	Afdelingsleder, 3 medarbejdere og 1 AM-konsulent	X
M	3 medarbejdere og 1 AM-konsulent	- (mangler afdelingslederen)	3 medarbejdere	- (mangler afdelingslederen)
N	<i>Ingen workshop</i>	-	<i>Ingen workshop</i>	-

I alt		5 ud af 13 afdelinger (38 %) afholdt workshops med de nødvendige deltagere		4 ud af 13 afdelinger (31 %) afholdt workshops med de nødvendige deltagere
-------	--	---	--	--

3.2.2.2 Var der aktiv deltagelse fra medarbejdere under workshops?

Der var aktiv deltagelse i alle afholdte workshops. Workshops forløb stor set efter planen, dog havde enkelte afdelinger problemer med bl.a. konkretisering af ideer til forbedringen eller udfyldelse af handleplaner.

3.2.2.3 Hvor mange løsningsforslag blev der udviklet?

Deltagerne i workshops blev bedt om at udvikle løsningsforslag til bedre brug af hjælpemidler. I slutningen af workshop 1 skulle deltagerne udvælge 1 forslag, som de skulle afprøve at implementere mellem workshop 1 og 2. I slutningen af workshop 2 blev deltagerne bedt om at udvælge 2-5 forslag, som skulle implementeres efter workshop 2 og frem mod interventionens afslutning.

Af referater fra workshopsne fremgår det, at workshopdeltagerne på workshop 1 udviklede mellem 2-12 løsningsforslag og i gennemsnit 7,2 løsningsforslag for at forbedre brugen af hjælpemidler, og på workshop 2 udviklede de mellem 1-8 løsningsforslag og i gennemsnit 3,2 løsningsforslag (konkrete handleplaner). Nedenfor i tabel 8 ses de løsningsforslag som blev udvalgt under workshop 1 og 2.

Tabel 8: Afdelingernes egne løsningsforslag udvalgt under workshop 1 og 2

Afdeling	Workshop 1	Workshop 2
A*	1. At få et overblik over de tilgængelige hjælpemidler og om de blev brugt.	Ingen udvalgte løsningsforslag angivet i referat
B*	1. Fem faglige minutter om forflytning med hjælpemidler to gange om ugen.	1. Mere undervisning i brug af hjælpemidler, i særdeleshed brugen af glidestykker til at dreje patienter i sengen. 2. Bækkenstole på hver stue. 3. Brug patienttavlen på stuen til at notere hjælpemidler.
C*	1. Videreudvikling af SFI** vedr. hjælpemidler .	1. Dokumentation/kommunikation: a) Kliniske logistiktavler skal anvendes mere b) Videreudvikling af SFI** vedr. hjælpemidler 2. Placering/tilgængelighed: En liste over hjælpemidlernes placering, som opdateres af vedkommende der flytter hjælpemidlet 3. Forberedelse: Liste over hjælpemidlernes placering, når disse er i brug og hvor lang tid de er i brug. 4. Italesættelse: Blive bedre til at huske hinanden på de gode procedurer. 5. Ressourcer/Brug af fysioterapeuter: Vurdering af fysioterapeuter skal bruges mere aktivt og de skal også bruges mere aktivt under selve forflytningerne.
D*	1. Kommunikation/dokumentation i SFI**.	1. Tilgængelighed: Sørge for at hjælpemidlerne er i afdelingen. 2. Kultur/ressourcer: Mere samarbejde, dele belastende patienter ud og være 2 til forflytning.
E	1. Dokumentere i OPUS, hvordan der skal forflyttes.	1. Dokumentere forflytningsredskabet på patienttavlen. 2. Introduktionskursus: a) 2,5 timers undervisning til alle nye medarbejdere b) Altid være 2 til forflytning.
F	1. Ensartet brug af spilerduge	1. Forberedelse og vedligeholdelse af forflytningskultur/samarbejde/kommunikation: 2. Hjælpemidlernes tilgængelighed.
G	1. Placering/fordeling af patienter (med forbehold for funktionsniveau) mellem personale/stuer.	1. Undervisning i forflytning og brug af hjælpemidler. 2. Hjælp til forflytninger eller at man skal være bedre til at kontakte kolleger, når man har tunge patienter.
H	1. Oversigt over hjælpemidlernes placering.	1. Systematisk undervisning i brug af hjælpemidler. 2. Rengøring af hjælpemidler med særligt fokus på hjulene, så de er lette at køre med. 3. Undervisning for fx at håndtere manglende fælles retningslinjer.
I	1. Brug mobillift ved besvimelser på bækkenstol	1. Anskaffelse af udstyr for at optimere brug af et bestemt hjælpemiddel. 2. Alt efter patienternes funktionsniveau inkluderes brug af hjælpemidlet "Sara Stedy" til for flytning til toilet eller brug af oppusteligt bækken når de skal tisse.
J	1. Indkøb af nyt udstyr og fast placering af det.	1. Indkøb af hjælpemidler (nye bækkenstole). 2. Kultur (forflytningsteknikker til at forflytte liggende patienter til siddende stilling).

		3. Placering af hjælpemidler (en ekstra rulle med glidestykker på gang 2).
K	1. Opret SFI** til dokumentation i hver patients elektroniske patientjournal.	1. Viden om bariatriske patienter gennem undervisning, konferencer, materialer mm. 2. Glidestykker på sengekanten
L	1. Dokumentation af patientens funktionsniveau, plejetyngde og passende hjælpemidler i SFI*.	1. Kompetenceudvikling gennem forflytningskursus og kombineret undervisning på onsdagsmøder. 2. Invitation af nogen fra andet hospital, som har god praksis
M	Ingen udvalgte løsningsforslag angivet i referat	Ingen udvalgte løsningsforslag angivet i referat

* Afdeling A-D er med i interviewundersøgelsen som giver detaljeret indsigt i deres erfaringer med projektet

** Sundhedsfaglig information (SFI) er et eksisterende elektronisk system i patientjournalen, hvori der systematisk kan udfyldes oplysninger om patienten

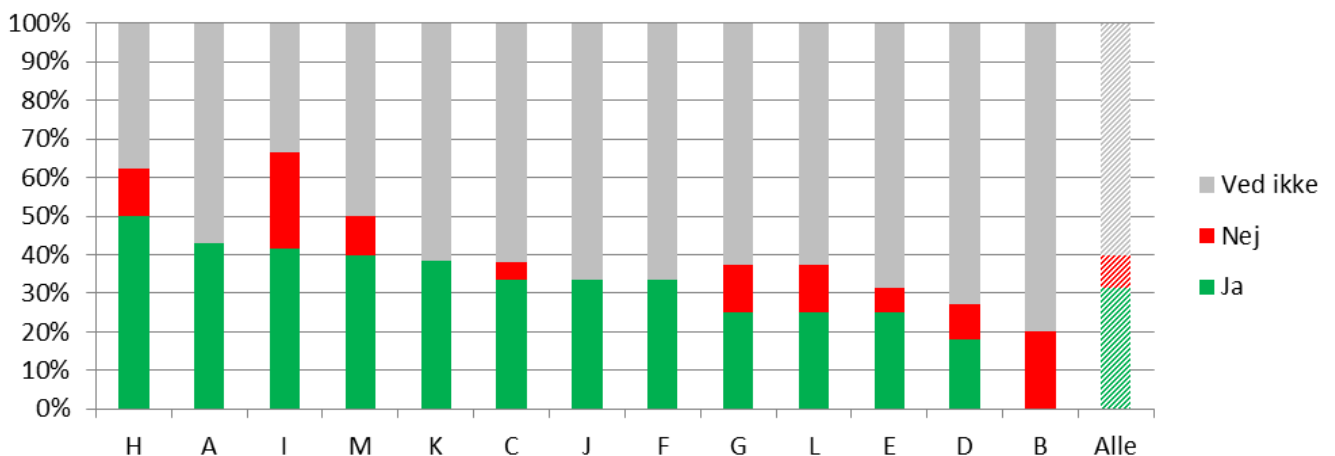
Oversigten i tabel 8 viser at en stor del af løsningsforslag drejer sig om bedre tilgængelighed og anskaffelse af de passende hjælpemidler. Derudover beskæftiger en del af løsningsforslagene sig med kompetenceudvikling, især mere specifik undervisning i brug af hjælpemidler på afdelingerne. Flere af afdelinger valgte at beskæftige sig med, at der laves en bedre oversigt over hvilke hjælpemidler der skal bruges til hvilke patienter og hvilke hjælpemidler der står til rådighed på afdeling. Enkelte afdelinger valgte at fokusere på bedre samarbejde om brug af hjælpemidler eller en bedre fordeling af patienterne i forhold til pladsforhold til brug af hjælpemidler. Tabel 8 viser også hvilke løsningsforslag der blev udvalgt at arbejde med i afdelingen under workshopsene. Der kan antages, at der efter workshopsene blev ændret på nogle af disse løsningsforslag pga. forskellige barrierer, som først blev tydelig, da afdelingerne gik i gang med den konkrete gennemførelse. Det var i dette projekt ikke muligt, at følge forløbet i detaljer i alle deltagende afdelinger, men afsnit 3.3 giver et indblik i fire afdelingernes erfaringer med gennemførelser af de løsningsforslag, som der blev udvalgt under workshopsene.

3.2.2.4 Blev beslutninger fra workshops formidlet videre til resten af afdelingen?

For at undersøge, hvordan informationer workshopsene blev formidlet videre til resten af afdelingen, blev workshop-deltagerne i follow-up spørgeskema I (efter workshop 2) spurgt "På hvilken måde formidlede I løsningsforslagene fra de to workshops til jeres kollegaer på afdelingen?". Resultaterne viser, at løsningsforslag hyppigst blev

videreformidlet på et afdelingsmøde (65 % på tværs af afdelinger), mens 46 % også anvendte e-mails eller andre former for skriftlig formidling, og 28 % anvendte andre måder. De fleste afdelinger brugte en blanding af to eller tre forskellige formidlingsformer.

Vi undersøgte også, om og i hvilken grad ikke-workshop-deltagerne blev informeret og involveret i diskussionerne og beslutninger fra workshops. I follow-up I spørgeskemaet (efter 6 måneder) spurgte vi ikke-workshop-deltagerne "Har din afdeling udviklet løsningsforslag til bedre brug af hjælpemidler gennem deltagelse i workshops i projektet?". Spørgeskemaresultaterne viser, at der på tværs af afdelinger kun var ca. 30 %, der vidste, at løsningsforslag blev udviklet, mens mere en halvdelen (60 %) af ikke-workshop-deltagerne ikke vidste det (figur 7). Andelen af ikke-workshop-deltagerne som svarede "ja" varierede mellem 50 % og 0 %, dvs. på en afdeling (afdeling B) svarede ingen "ja", dvs. ingen ikke-workshop-deltagere på denne afdeling kendte til udvikling af løsningsforslag gennem workshops.



Figur 7: "Har din afdeling udviklet løsningsforslag til bedre brug af hjælpemidler gennem deltagelse i workshops i projektet?" (ikke workshop-deltagere).

Resultaterne viser, at ikke-workshop-deltagerne i høj grad ikke har modtaget information fra workshopsne. Dette kan have virket hindrende for implementering af løsningsforslagene som på afdeling I og K: Ifølge et referat fra en workshop på afdeling I blev implementering af et løsningsforslag bremset af mangel på information til

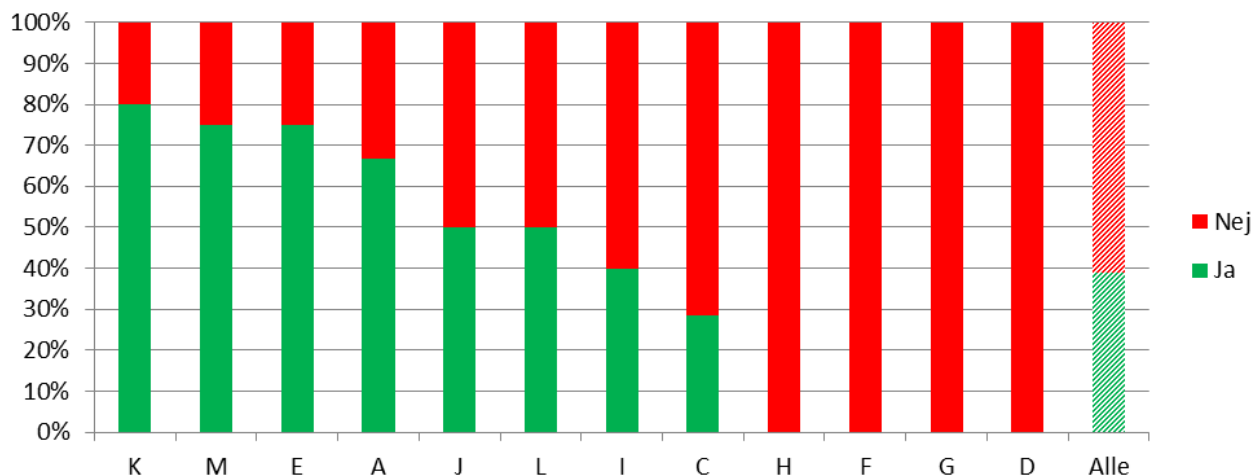
medarbejderne om, at noget skulle gøres anderledes. Ligeledes fremgår det af implementeringsstatusdokumentationen, at et løsningsforslag på afdeling K ikke fungerede helt som det skulle, da der ikke var opmærksomhed på at formidle vigtigheden af løsningsforslaget til ikke-workshop-deltagerne.

Opsummerende kan man sige, at overleveringen fra workshops til ikke-workshop-deltagerne på alle afdelinger ikke har forløbet som den skulle på trods af forskellige informationsaktiviteter fra workshop-deltagerne, da kun 30 % af ikke-workshopdeltagerne vidste, at løsningsforslag var blevet udviklet.

3.2.2.5 Blev ikke-workshop-deltagerne involveret i diskussionen af løsningsforslag?

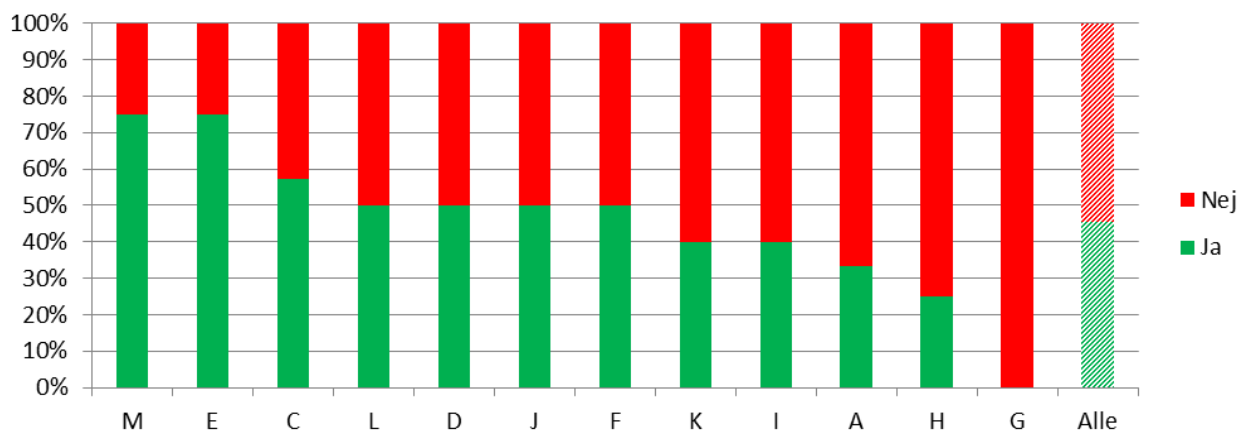
Spørgsmålene om og hvordan ikke-workshop-deltagerne blev involveret i diskussionen af løsningsforslag blev kun stillet til de 30 % af ikke-workshop-deltagere, der kendte til, at deres afdeling havde udviklet løsningsforslag gennem deltagelse i projektet, dvs. spørgsmålene blev ikke stillet til ikke-workshop-deltagerne fra afdeling B, da ingen af dem kendte til løsningsforslag.

I follow-up I spørgeskemaet (efter 6 måneder) blev de ikke-workshop-deltagere, der kendte til løsningsforslagene fra workshopsne, spurgt, om de var med til at diskutere løsningsforslagene. Spørgeskemaresultaterne viser, at 61 % af dem på tværs af afdelingerne svarede "nej", mens 39 % svarede "ja" (figur 8). Svarene i de enkelte afdelinger varierer dog meget og rækker fra 80 %, som svarede "ja" i en afdeling (afdeling K) til fire afdelinger (H, F, G og D) hvor ingen svarede at de har været med til at diskutere løsningsforslag.



Figur 8: "Har du været med til at diskutere løsningsforslag?" (ikke workshop-deltagere).

På spørgsmålet "Har du haft mulighed for at komme med ændringsforslag til selve løsningsforslagene eller måden, de skal anvendes på i jeres afdeling?" svarede 55 % af de ikke-workshop-deltagere, som kendte til løsningsforslagene fra workshopsne, på tværs af afdelingerne "nej", mens 45 % svarede "ja" (figur 9). Igen er der en stor variation mellem afdelinger, som rækker fra 75 % til 0 % som svarer "ja".



Figur 9: "Har du haft mulighed for at komme med ændringsforslag til selve løsningsforslagene eller måden hvorpå de skal anvendes i jeres afdeling?" (ikke workshop-deltagere).

Opsummerende viser resultaterne, at en stor andel af medarbejdere ikke var involveret i diskussion af løsningsforslag. Som vist i afsnittet før vidste kun 30 % af ikke-workshop-

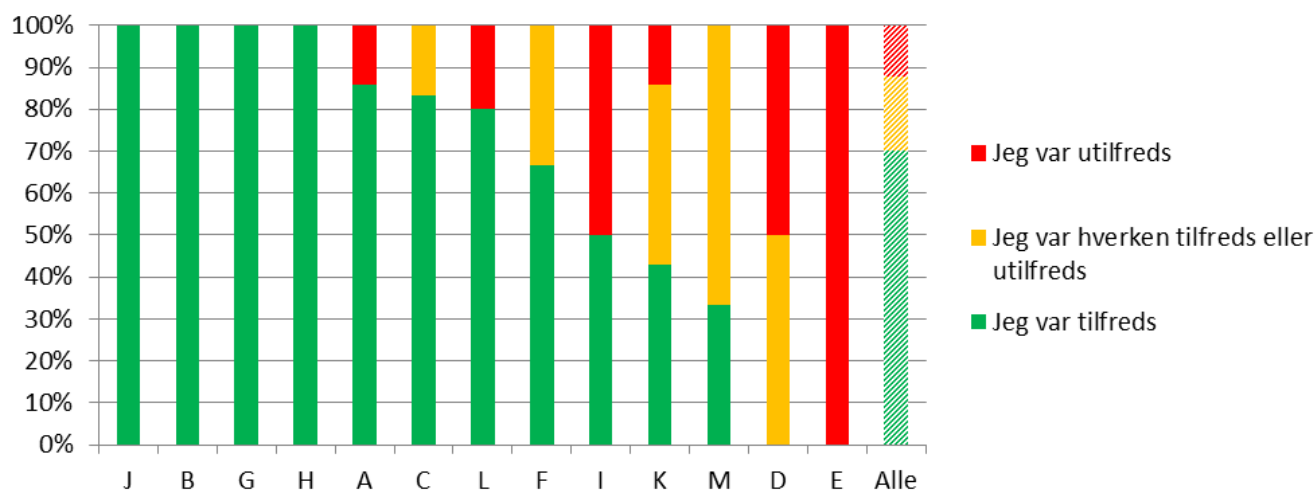
deltagerne at løsningsforslag var blevet udviklet. Af dem svarede 45 % at de har haft mulighed for at komme med ændringsforslag og 39 %, at de var med til at diskutere løsningsforslag. Alt i alt blev derfor kun en meget ringe del af ikke-workshop deltagerne involveret i diskussionen af løsningsforslag i afdelinger.

3.2.3 Var medarbejderne tilfredse med indsatsen og kunne de se meningen i den?

Hvor tilfredse var workshop-deltagere med de to workshops faciliteret af forskningsteamet?

I follow-up I spørgeskema (efter 6 måneder) blev workshop-deltagerne spurgt om hvor tilfredse de alt i alt var med workshopsne. På tværs af afdelinger svarede i gennemsnit 70 % af workshop-deltagerne, at de var tilfredse med workshops (figur 10).

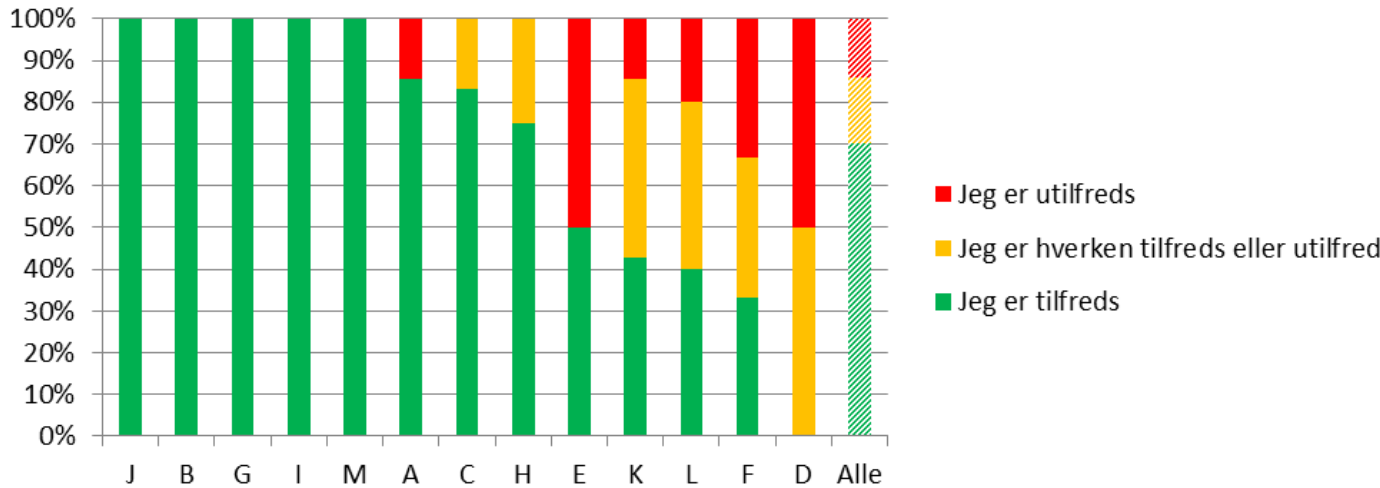
Gennemsnittet dækker dog også her over en stor variation, idet 100 % af workshop-deltagerne på afdeling J, B, G og H svarede, at de var tilfredse, mens ingen på afdeling D og E svarede, at de var tilfredse.



Figur 10: "Hvor tilfreds har du alt i alt været med workshopsne i projekt – Gør det tunge let?" (workshop-deltagere).

Yderligere blev workshop-deltagerne spurgt hvor tilfredse de var med de løsningsforslag som kom frem i workshopsne. Også her var det på tværs af afdelinger 70 % som var tilfredse, dog igen med stor variation mellem afdelinger. Mens 100 % af

workshop-deltagerne på afdeling J, B, G, I og M var tilfredse, var ingen workshop-deltagere på afdeling D tilfredse med de løsninger som kom frem i workshopsne.

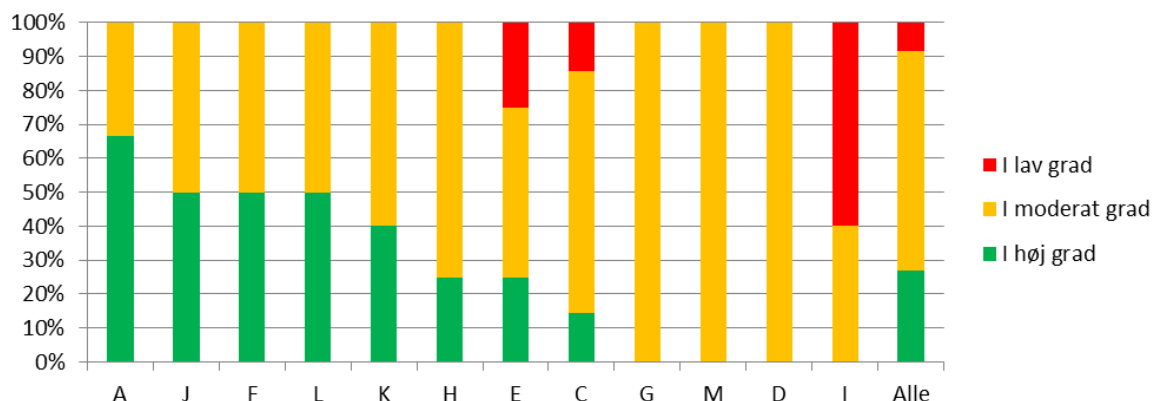


Figur 11: "Hvor tilfreds er du med de løsninger I kom frem til under workshoppen?" (workshop-deltagere).

Opsummerende viser resultaterne at 70 % af workshop deltagerne på tværs af afdelinger var tilfreds med workshopsne og med de løsninger som kom frem i workshopsne. Gennemsnittet dækker dog over en stor spredning mellem afdelinger og viser at tilfredsheden i enkelte afdelinger var meget lav.

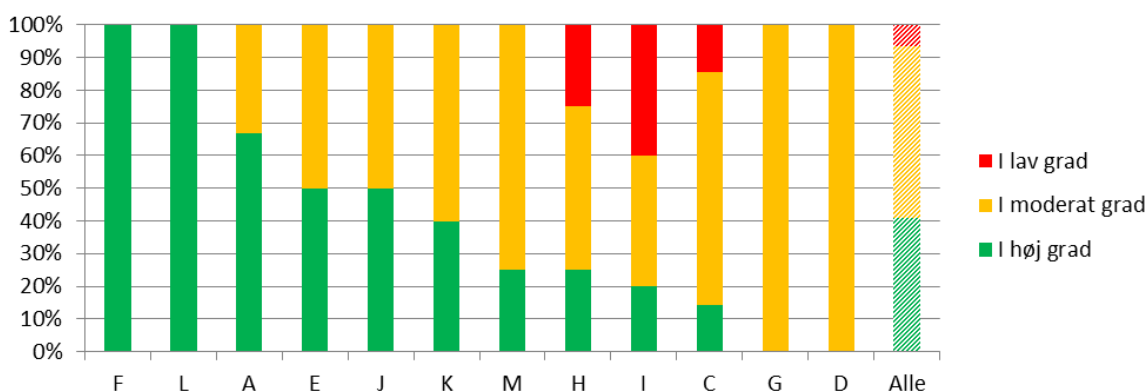
Hvad tænkte ikke-workshop-deltagerne om de løsningsforslag som blev udviklet i de to workshops?

I follow-up spørgeskema I blev de 30 % af ikke-workshop-deltagere, som kendte til udvikling af løsningsforslag i afdelingen, spurgt om de troede, at løsningsforslagene vil bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på deres afdeling. Resultaterne viser, at 65 % af dem på tværs af afdelinger i moderat grad troede på det (figur 12), mens 27 % af dem troede på det i høj grad. Bag ved dette billede ses en spændvidde, idet 67 % af dem på afdeling A i høj grad troede på, at løsningsforslagene ville bidrage, mens 60 % af dem på afdeling I i lav grad troede, at løsningsforslagene ville bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på deres afdeling. Som tidligere beskrevet fik ingen på afdeling B spørgsmålet, da ingen kendte til udvikling af løsningsforslag i afdelingen.



Figur 12: "Tror du at løsningsforslagene vil bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på din afdeling?" (ikke workshop-deltagere).

De ikke-workshop-deltagere, der kendte til udviklingen af løsningsforslag i afdelingen, blev også bedt om at svare på "Tror du, det er realistisk at implementere løsningsforslagene udviklet under workshopsne i din afdeling?". Resultaterne viser, at 48 % af dem på tværs af afdelinger i moderat grad troede, at det var realistisk, mens 38 % af dem i høj grad troede, at det var realistisk (figur 13). Bag ved dette billede ses en spændvidde, idet 100 % af dem på afdeling F og L i høj grad troede, at det var realistisk, mens 60 % af dem på afdeling I i lav grad troede, at det var realistisk.



Figur 13: "Tror du at det er realistisk at implementere løsningsforslagene udviklet under workshopsne i dine afdeling?" (ikke workshop-deltagere).

Opsummerende kan man sige, at der blandt de 30 % af ikke-workshop-deltagerne, som kendte til løsningsforslag, var en stor del på tværs af afdelinger som i moderat eller høj grad troede på, at løsningsforslagene ville bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på

deres afdeling, og at de kunne implementeres. Kun på en afdeling (I) troede en stor del i lav grad, at løsningsforslagene ville bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på deres afdeling, og at de kunne implementeres.

3.2.4 Havde konteksten en indflydelse på implementeringen?

Hvilke lokale aspekter kan have haft en hæmmende eller fremmende indflydelse på implementering af interventionen?

Af follow-up spørgeskemaer, implementeringsstatusdokumentation og referater fra workshop 2 fremgår det, at der omkring projektet var nogle aspekter, der påvirkede interventionen. Nedenfor ses en oversigt over aspekterne, hvor vi for hver afdeling har listet dem alt efter om de påvirkede interventionen negativt eller positivt (tabel 9).

Tabel 9: Lokale kontekstaspekter

Negative aspekter	Positive aspekter	Afdeling
Ekstraordinært pres på ansatte		B, E, H, I, K
Implementering af nyt IT-system		E, I, H
Problemer med hjælpemidlers tilgængelighed		D, F, I
Mangel på tid og ressourcer		F, L, G
IT-problemer		C, L
Opsigelser		H
Flytning af afdeling		H
Involvering af for mange faggrupper		L
Mangel på plads på stuer		G
Behandlingsaspekter har højere prioriteret		L
	Opmuntring og rose til medarbejderne	I, A
	Ekstra tid og ressourcer til arbejde med forslag	A
	Ansættelse af nye medarbejdere med gode kompetencer i forflytningsteknik	J
	Fælles målsætning angående forflytning i personalegruppe	K

Følgende aspekter påvirkede interventionen negativt:

Ekstraordinært pres på ansatte: På afdeling B gav underbemanding et højt pres på de ansatte, hvilket forhindrede gennemførelse af løsningsforslaget fra workshop 1. Også workshopdeltagere på afdeling I og K henviste til et højt arbejdspress, der hos dem hæmmede opmærksomheden på projektet, og ligeledes pegede workshopdeltagerne på afdeling E på et højt arbejdspress, der hos dem gjorde at medarbejderne havde travlt til at praktisere løsningsforslaget fra workshop 1. Arbejdspreset gjorde også her, at det var svært at få samlet alt personale til møder og på denne måde overlevere beslutninger fra workshops til resten af afdelingen. Desuden var der på afdelingen mange nyansatte, som skulle oplæres i andre emner end forflytning på bekostning af opmærksomhed på projektet.

Implementering af nyt IT-system: På nogle afdelinger blev projektet påvirket negativt af implementeringen af et nyt IT-system ("Sundhedsplatformen"). Ifølge både workshopdeltagere og øvrige medarbejdere på afdeling E, I og H, var implementeringen af "Sundhedsplatformen" en hindring for interventionen; på afdeling E fordi den dels avlede modstand blandt medarbejderne mod implementering af andre tiltag og dels skabte travlhed, som forsinkede implementering af flere konkrete løsningsforslag; på afdeling I forstyrrede den implementeringen af et løsningsforslag, og på afdeling H begrænsede den tid og overskud til projektet i det hele taget.

Problemer med hjælpemidlers tilgængelighed: På nogle afdelinger var der ifølge nogle workshopdeltagere problemer med tilgængeligheden til hjælpemidler, hvilket hæmmede interventionen. På afdeling D og I var dårlig tilgængelighed til nogle af hjælpemidlerne, som fx stod i kælderen, en hindring til hyppigere brug af hjælpemidler. På afdeling F manglede plads i skabe og et depot med vigtige hjælpemidler blev flyttet længere væk, hvilket forhindrede gennemførelsen af løsningsforslagene. På afdeling D blev der henvist til en konflikt mellem de ansatte og hospitalsledelsen angående økonomien omkring hjælpemidler, som forhindrede anskaffelsen af hjælpemidler til afdelingen.

Mangel på tid og ressourcer: Der var mangel på tid og ressourcer ifølge nogle workshopdeltagere på nogle afdelinger, hvilket virkede hindrende for interventionen. Dette var tilfældet på afdeling F og L, hvor mangel på tid og ressourcer forhindrede gennemførelse af konkrete løsningsforslag fra workshop 1. En workshopdeltager på afdeling G peger ligeledes på, at mangel på ressourcer til resourcepersoner på afdelingen havde en hæmmende indflydelse på interventionen.

IT-problemer: IT-udfordringer virkede ifølge nogle workshopdeltagere på nogle afdelinger hindrende for implementeringen af løsningsforslaget fra workshop 1. De angiver på afdeling C, at IT-problemer vedrørende det elektroniske patientjournalssystem skabte en hindring for gennemførelse af løsningsforslaget fra workshop 1 omkring notering af behov for hjælpemidler i patientjournalen, fordi det ikke var muligt at redigere i patientjournalerne. På afdeling L fortæller de, at indførelse af en elektronisk løsning omkring udsendelse af spørgeskemaer forhindrede gennemførelsen af løsningsforslaget fra workshop 1, fordi de imod planen ikke kunne sende med spørgeskema i et brev.

Opsigelser: De ansatte på afdeling H var ifølge en workshopdeltager presset, idet afdelingen var præget af mange opsigelser, herunder fra leder, hvilket var kilde til problemer i forhold til interventionen.

Flytning af afdeling: Ifølge workshopdeltagere fra afdeling H blev afdelingen flyttet undervejs i projektet, hvilket skabte forstyrrelse og uklarhed ift. hjælpemidlernes placering.

Involvering af mange faggrupper: På afdeling L var der ifølge en workshopdeltager involvering af mange faggrupper i implementering af løsningsforslaget, og det gjorde at implementering af løsningsforslaget tog lang tid.

Mangel på plads på stuer: Pladsmangel på stuerne på afdeling G var ifølge en medarbejder et problem, der havde en negativ indflydelse på interventionen, idet der ofte blev placeret 3 patienter på 2-sengsstuer, hvilket førte til en øget risiko for fejl i forflytninger i pressede situationer, hvor der ikke var tid til at skabe plads til de rigtige hjælpemidler.

Andre aspekter har højere prioriteret: På afdeling L med kræftpatienter henviste en medarbejder til, at det var svært at beholde fokus på projektet, da patienternes intensive behandling i forbindelse med "pakkeforløb" krævede næsten al opmærksomhed.

Følgende aspekter påvirkede interventionen positivt:

Opmuntring og rose til medarbejderne: På afdeling A og I mindede workshop-deltagerne kollegaerne om løsningsforslagene og roste dem, når løsningsforslagene blev gennemført.

Ekstra tid og ressourcer til arbejde med forslag: Efter workshopsne på afdeling A blev der ifølge en workshopdeltager afsat ekstra tid til at arbejde med forslag i en særlig gruppe af medarbejdere med fokus på forflytning ("Forflytningsgruppen"). Der blev holdt arbejdsdag i "Forflytningsgruppen", hvor der blev fulgt op på løsningsforslag og for at komme i gang med implementeringen. I gruppen blev der også afsat en hel dag et halvt år ude i fremtiden til at arbejde videre med emnet. Ydermere stod nogle forflytningsrepræsentanter efter sigende til rådighed med vejledning for medarbejderne.

Ansættelse af nye medarbejdere med god forflytningsteknik: På afdeling J var ansættelse af nye medarbejdere med god forflytningsteknik ifølge en workshop-deltager med til at støtte op om et konkret løsningsforslag.

Fælles målsætning angående forflytning i personalegruppe: I "plejegruppen" på afdeling K havde man ifølge en workshop-deltager det samme mål, og alle var derfor tro mod beslutninger om hjælpemidler, hvilket gav tryk ved forflytninger.

Opsummerende kan man sige, at der ifølge deltagerne var mange lokale aspekter med stor betydning for interventionen i enten positiv eller negativ retning. Nogle af aspekterne havde betydning for implementeringen af et konkret løsningsforslag, mens andre aspekter havde en mere generel betydning for alle planlagte interventionsaktiviteter i afdelingen.

3.2.5 Opsamling på procesevalueringen fra alle interventionsafdelinger

Forud for interventionen var medarbejderne stort set parate til at gennemføre ændringer, men havde mere tilbageholdene forventninger ift. om det vil øge brugen af hjælpemidler. Workshopsne blev gennemført, men mest uden afdelingslederen. Der var aktiv deltagelse i workshops og løsningsforslag blev gennemført. De øvrige medarbejdere i afdelingerne blev kun i mindre grad informeret og inddraget i diskussionen om løsningsforslag. I de fleste af afdelingerne var workshop-deltagerne tilfredse med workshopsne. De ikke-workshop-deltagere, som vidste noget om løsningsforslag, troede nogenlunde på at løsningsforslag kunne implementeres og ville øge brugen af hjælpemidler. Lokale kontekstaspekter havde positiv og negativ indflydelse på en del af afdelingerne. Tabel 10 giver en oversigt over de resultater som blev vist i de forgående afsnit om procesevalueringen.

Table 10: Oversigt over procesevalueringen for alle

Specifikke spørgsmål for at besvare de overordnede spørgsmål	Overordnet spørgsmål
<p>1.1. Hvordan vurderer medarbejderne deres afdelings parathed og vilje til at forbedre brugen af hjælpemidler? 1.2. Hvilke forventninger har medarbejdernes om at brugen af hjælpemidler kan øges i afdelingen?</p> <p>En stor andel af medarbejderne på de fleste afdelinger var af den opfattelse, at afdelingens ansatte forud for interventionen var parate og havde vilje til at gennemføre forandringer. I forhold til, at indsatsen kunne øge brugen af hjælpemidler, var medarbejderne dog mere tilbageholdende, idet de fleste svarede ”i nogen grad”.</p>	<p>1. Havde medarbejderne en positiv indstilling over for interventionen, inden den gik i gang? Medarbejderne var stort set parat til at gennemføre ændringer men havde tilbageholdene forventninger ift. om det vil øge brugen af hjælpemidler.</p>
<p>2.1. Blev workshops med de nødvendige deltagere afholdt? Næsten alle afdelinger afholdt de 2 workshops, dog var der en mangel på afdelingslederens deltagelse i de fleste workshops 2.2. Var der aktiv deltagelse fra medarbejdere under workshops? Ja, da var aktiv deltagelse i alle afholdte workshops. 2.3. Blev der udviklet løsningsforslag? Ja, der blev i alle workshops udviklet løsningsforslag. 2.4. Blev beslutninger fra workshops formidlet videre til resten af afdelingen? Overleveringen fra workshops til ikke-workshop-deltagerne forløb ikke som den skulle, da på trods af forskellige informationsaktiviteter fra workshop-deltagerne kun 30 % af ikke-workshopdeltagerne vidste, at løsningsforslag var blevet udviklet. 2.5. Blev ikke-workshop-deltagerne involveret i diskussionen af løsningsforslag? Kun en meget ringe del af ikke-workshop-deltagerne blev involveret i diskussionen af løsningsforslag i afdelinger.</p>	<p>2. Blev indsatsen gennemført som planlagt? Workshops blev gennemført – dog mest uden afdelingslederen. Der var aktiv deltagelse i workshops og løsningsforslag blev gennemført. De øvrige medarbejdere i afdelingerne blev kun i mindre grad informeret og inddraget i diskussionen om løsningsforslag.</p>
<p>3.1. Hvor tilfredse var workshop-deltagere med de to workshops faciliteret af forskningsteam? På tværs af afdelinger var 70 % af workshop deltagere tilfreds med workshopsne og med de løsninger som kom frem i workshopsne. Gennemsnittet dækker dog over en stor spredning mellem afdelinger og viser at tilfredsheden i enkelte afdelinger var meget lav.</p> <p>3.2. Hvad tænkte ikke-workshop-deltagerne om de løsningsforslag som blev udviklet i de to workshops? Blandt de 30 % af ikke-workshop-deltagerne som vidste om løsningsforslag var der en stor del på tværs af afdelinger som i moderat eller høj grad troede på, at løsningsforslagene ville bidrage til at øge brugen af hjælpemidler på deres afdeling, og at de kunne implementeres.</p>	<p>3. Var medarbejderne tilfredse med indsatsen, og kunne de se meningen i den?</p> <p>I de fleste afdelinger var workshop-deltagerne tilfredse med workshops.</p> <p>De ikke-workshop-deltagerne, som vidste noget om løsningsforslag, troede nogenlunde på at løsningsforslag kunne implementeres og vil øge brugen af hjælpemidler.</p>
<p>4. Hvilke lokale aspekter og forandringer på de deltagende hospitaler, afdelinger, deres ledelse eller individer i afdelingerne havde indflydelse på implementering af interventionen? Kontekstaspekter som fx højt arbejdspress eller implementering af et nyt IT-system blev oplevet som at havde negative virkninger på implementeringen, mens positive aspekter som fx opmuntring blev oplevet som positiv.</p>	<p>4. Havde konteksten en indflydelse på implementeringen?</p> <p>Ja, på en del af afdelinger blev kontekstaspekter oplevet at havde positive eller negative indflydelse på implementeringen af løsningsforslag.</p>

3.2.6. Resultater for udvalgte interventionsafdelinger

Fire interventionsafdelinger, som blev udvalgt fordi de havde haft et meget forskellige implementeringsforløb (for detaljer se bilag 3), indgik som cases i en mere detaljeret kvalitativ undersøgelse af interventionen, der her præsenteres som et supplement til ovenstående og dermed en uddybning af procesevalueringen på baggrund af alle interventionsafdelinger.

Som beskrevet var vi i denne kvalitative undersøgelse interesserede i at afdække medarbejdere og leders oplevelse af projektets forløb på følgende områder:

1. Oplevelsen af og tilfredshed med de to workshops
2. Overlevering af beslutninger workshops til resten af afdelingen
3. Gennemførelse af forbedringsforslag
4. Overordnet vurdering af projektet
5. Kontekst og forandringer omkring projektet

Yderlige informationer om udvælgelsen af afdelinger til interviews, samt rekruttering af deltagerne og analysestrategi for de kvalitative interviews findes i bilag 3.

3.2.6.1 Oplevelsen af og tilfredshed med de to workshops

Hvor tilfredse var workshop-deltagerne på de fire udvalgte afdelinger med workshops?

Overordnet set var deltagerne på de fire udvalgte afdelinger tilfredse med workshopsne. Det var de, fordi de oplevede, at workshopsne blev faciliteret fra projektets side, dvs. de gav en ramme, en struktur og styring.

"Det gav os tid til at have fokus og så vælge nogle arbejdsområder, som vi syntes var problematiske på afdelingen (...) Og hvis der ikke havde været de her workshops, så var det ikke noget, jeg tror, vi havde gjort." (workshop-deltager fra afdeling A)

Lederen fra afdeling B kritiserede dog, at 1. workshop blev afholdt for langt væk fra afdelingen, hvorfor kun to personer fra afdelingen havde mulighed for at deltage af hensyn til driften i afdelingen.

Ledelsens rolle

Workshop-deltagerne på afdeling A havde en positiv opfattelse af ledelsens støttende deltagelse i selve workshopsne, som kom til udtryk ved, at deltagernes idéer hurtigt blev omsat til handling. På afdeling A og C havde workshop-deltagerne også en positiv opfattelse af ledelsens mere indirekte involvering i workshopsne, som bestod i at afsætte de nødvendige ressourcer til medarbejdernes deltagelse. Afdelingslederen på afdeling C føjede dertil, at hun bistod med planlægning af medarbejdernes deltagelse i workshopsne.

3.2.6.2 Overlevering fra workshops til resten af afdelingen

Hvordan forløb overleveringen fra workshops til resten af afdelingen?

Workshopdeltagerne på alle fire afdelinger henviste til, at beslutningerne fra workshopsne blev formidlet videre til resten af medarbejderne på afdelingsmøder og e-mail. Begge disse informationsveje havde dog ifølge deltagerne svagheder, som forhindrede informationerne i at

komme ud til alle medarbejdere i afdelingerne. Afdelingsmøderne havde den svaghed, at det kun var en del af medarbejderne, der deltog, da alle aldrig er på arbejde på samme tid. E-mail havde den svaghed, at det ikke alle steder var højt prioriteret at læse dem.

På afdeling A og C blev beslutningerne fra workshopsne yderligere videreformidlet; henholdsvis ved opsætning af plakater i afdelingen og ved instruktioner på afdelingsmøde om at videregive informationen til resten af medarbejderne på afdelingen.

I afdeling B mener de interviewede ikke workshop-deltagere ikke, at de har modtaget informationer om noget fra workshopsne, hvilket formuleres således af en ikke-workshopdeltager:

"Jeg aner ikke noget om de workshops. Jeg aner ikke, hvad du snakker om (griner)." (ikke-workshopdeltager fra afdeling B).

Informationerne fra interviews passer dermed med hvad der blev fundet i spørgeskemaundersøgelsen (afsnit 3.2.1.6), som viste at ingen af de ikke workshop-deltagerne fra afdeling B vidste at løsningsforslag var blevet udviklet i de to workshops..

Hvor relevante var forbedringsforslagene for medarbejderne?

Medarbejderne på alle fire interviewede afdelinger opfattede overvejende forbedringsforslagene som relevante. Flere af forslagene gav direkte mening for medarbejderne på afdeling A, C og D. Fx på afdeling A, hvor en medarbejder sagde om en løsning:

"Jeg har også arbejdet 10 år som ufaglært på plejehjem, og man har vænnet sig til bare at tage i lagnet og hive (smågriner). Det holder ryggen nok ikke til 40 år endnu. Så det er jeg glad for – at vi bruger de der [glidestykker]." (ikke-workshopdeltager fra afdeling A)

Medarbejderne på afdeling C var først lidt skeptiske, fordi de mente, at de var ret gode til forflytning i forvejen, fx var de altid to om forflytninger. Men i forhold til afdeling C var der støtte fra topledelsen, idet hospitalsledelsen kunne se mening i forslaget om forflytningsinformation i den elektroniske patientjournal og brugte afdelingen til at afprøve det.

Forbedringsforslagene på afdeling B var ifølge workshopdeltagerne kun delvist relevante for medarbejderne, idet projektet konkurrerede med et andet forflytningsprojekt, som gav mere mening for medarbejderne. Det andet projekt inkluderede en praksisnær introduktion til et nyt hjælpemiddel, mens nærværende projekt byggede på, at medarbejderne selv udviklede og afprøvede forbedringsforslag. Dette er muligvis grunden til, hvorfor workshop-deltagerne ikke følte fuldt ejerskab for nærværende projekt og var skuffede over, at projektet ikke gav dem mere hjælp og støtte til at gennemføre forbedringsforslagene.

3.2.6.3 Gennemførelse af udvalgte forbedringsforslag

I dette afsnit præsenteres hvilke forbedringsforslag der blev arbejdet med i de fire interviewede afdelinger og hvilke erfaringer de har med gennemførelsen. Angivelser her bygger på interviews efter afslutning af interventionsperioden, mens angivelser om løsningsforslag i tabel 8 (s. 41) bygger på, hvad man under de to workshops blev enige om at beskæftige sig med. Forskellen til

tabel 11 som bygger på referater fra de to workshops viser dermed, at planerne mere eller mindre ændrede sig efter de to workshops.

Gennemførelse af forbedringsforslag i afdeling A

På afdeling A blev der implementeret tre forbedringsforslag:

- *Udskiftning af hjælpemidler*: handlede om at afskaffe hjælpemidler som ikke blev brugt og anskaffe flere af de hjælpemidler, som blev brugt hyppigst.
- *Faste pladser*: gik ud på at lave faste pladser til hjælpemidlerne, for at man bedre kunne finde dem i afsnittet, og implementeringen betød, at de sparede tid, fordi de fik bedre overblik over hjælpemidlerne.
- *Standardisering af størrelser på hjælpemidler*: handlede om at standardisere størrelsen på et stykke spilerdug² med det formål at få dem klippet i en passende størrelse, fordi det gør forflytningsprocessen lettere, og gennemførelsen af forslaget betød, at de fik bedre arbejdsredskaber og fokus på den rigtige brug.

Et fjerde forslag blev kun delvist implementeret på afdeling A på grund af mangel på placering af ansvar for koordinering:

- *Introkurser*: gik ud på at afholde introkurser i forflytning og hjælpemidler for nyansatte i afdelingen som et supplement til de almindelige introkurser på hospitalet, hvor emnet hjælpemidler kun berøres meget kort og overordnet.

Følgende to yderligere forslag blev ikke til noget i projektperioden på afdeling A:

- *Kompetencekort*: handlede om at tildele et "kompetencekort" til hver medarbejder, som kunne kvalificere til et højere løntrin. For at få udfyldt kompetencekortet skulle man have opnået visse kompetencer inden for forflytning med hjælpemidler.
- *E-læring*: gik ud på at gennemføre e-læring³ i forflytning.

Gennemførelse af forbedringsforslag i afdeling B

På afdeling B blev der implementeret ét forbedringsforslag:

- *Anskaffelse af hjælpemidler*: gik ud på at anskaffe flere af et meget brugt hjælpemiddel med navnet Sara Steady⁴ til afdelingen og lave faste pladser til dem i afdelingen, hvilket blev realiseret.

To andre forslag blev på afdeling B ikke til noget eller førte ikke til forbedringer:

- *Forflytning som punkt på mødedagsorden*: gik ud på at bruge et eksisterende, dagligt punkt på dagsordenen på møder i afdelingen som rammen om en faglig drøftelse af arbejdsmiljøspørgsmål, herunder forflytning, vedrørende specifikke patienter på afdelingen. Planen var, at indholdet af punktet fast ved to møder om ugen således skulle handle om arbejdsmiljø i afdelingen. Men forslaget blev ikke til noget, fordi dagsorden var fyldt op med andre emner.

² En glat metervare, der kan klippes i ønskede størrelser

³ En standardbetegnelse for kompetenceudvikling, hvor indholdet, eller dele heraf, formidles via informations- og kommunikationsteknologi

⁴ Stå- og forflytningshjælpemiddel til de mere mobile patienter

- *Installation af hjælpemiddel på alle badeværelser:* gik ud på at installere bækkenstole⁵ henover toilettet på alle badeværelser, så man i tilfælde af problemer med at få patienter op at stå efter toiletbesøg kunne køre dem tilbage til sengen uden at rejse dem op. Det viste sig dog, at løsningen i praksis ikke fungerede efter hensigten, fordi de nødvendige supplerende fodskamler ikke var tilgængelige. Der blev ikke fulgt op på det, og forslaget førte derfor ikke til en forbedring.

Gennemførelse af forbedringsforslag i afdeling C

På afdeling C blev der implementeret tre forbedringsforslag:

- *Elektronisk information om forflytning:* handlede om at få lavet en elektronisk boks med "SFI" (sundhedsfagligt indhold)⁶ om forflytning på overblikssiden i hver patients elektroniske journal, så det blev tydeliggjort for personalet, hvordan de enkelte patienter skal forflyttes og det betød i praksis, at de fik bedre overlevering mellem vagter.
- *Hjælpemidler ved sengene:* gik ud på at sikre, at der hænger glidestykker ved alle sengene, og det kom til at betyde, at de fik bedre tilgængelighed til glidestykker og derfor øget brug heraf.
- *Undervisning for nyt personale:* gik ud på, at afholde praktisk undervisning for nyt personale omkring forflytning og hjælpemidler mere hyppigt, og forslaget resulterede i praksis i, at der blev afholdt hyppigere undervisning, og at det gav en øget opmærksomhed på brugen af hjælpemidler til forflytning blandt det deltagende personale.

Ét yderligere forslag blev kun delvist implementeret på afdeling C:

- *Liste med informationer om hjælpemidler:* gik ud på at samle praktiske informationer om hjælpemidler til forflytning på en liste og synliggøre den ved at sætte den op på skabene med forflytningshjælpemidler. Herved skulle personalet kunne finde viden om, hvilke forflytningshjælpemidler der er til rådighed, hvor de findes, og hvem man kan tale med for at få fat på dem i stedet for at lede efter hjælpemidlerne. Det viste sig dog, at brug af skriftlig information om hjælpemidler ikke passede til kulturen på afdelingen, hvor information mere blev videregivet mundtligt.

Gennemførelse af forbedringsforslag i afdeling D

På afdeling D blev der implementeret to forbedringsforslag:

- *Elektronisk information om hjælpemidler:* gik ud på, at der lige som i afdeling C i patienternes elektroniske journal skulle indføres en boks med "SFI" (sundhedsfagligt indhold⁷) om hjælpemidler. I denne boks skulle personalet ved indlæggelse af en ny

⁵ Stole, med eller uden hjul, til brug i forbindelse med toiletbesøg

⁶ Sundhedsfagligt indhold (SFI) er et eksisterende elektronisk system i patientjournalen, hvori der systematisk kan udfyldes oplysninger om patienten

⁷ Sundhedsfagligt indhold (SFI) er et eksisterende elektronisk system i patientjournalen, hvori der systematisk kan udfyldes oplysninger om patienten

patient notere, hvilke hjælpemidler patienten havde brug for, herunder til forflytning, og hvilke hjælpemidler patienten selv havde med. Siden skulle personalet så være i stand til at gå ind og finde informationen om hjælpemidler i journalen, så de kunne vide hvilke hjælpemidler, der skulle bruges til hver patient. Dette ville efter sigende være fordelagtigt, fordi afdelingen har patienter med kroniske lidelser, som derfor genindlægges, hvorfor personalet hurtigt ville kunne genfinde den relevante information om de hjælpemidler, som patienten havde behov for. Gennemførelsen af forslaget resulterede i, at de bedre kunne forberede sig på modtagelse af patienter.

- *To til forflytning*: handlede om, at der på afdelingen skulle indføres en regel om, at man altid skal være to til forflytning på alle tidspunkter af døgnet, og gennemførelsen af forslaget betød, at de begyndte at efterleve reglen om altid at være to om forflytning.

Det lykkedes ikke at implementere et tredje forslag på afdeling D, fordi der manglede en tovholder.

- Forslaget handlede om, at personalet skulle ned på depotet med hjælpemidler for at se, hvad der var af hjælpemidler.

3.2.6.4. Deltagernes overordnede vurdering af projektet

Hvor tilfredse var deltagerne med interventionen overordnet set?

For det meste fandt workshop-deltagere og ikke workshop-deltagere projektet overordnet set interessant, fordi det var med til at sætte fokus på forflytning i en ellers travl hverdag. En workshopdeltager fra afdeling A formulerer sig således:

”Det [projektet] har været meget fint til at give struktur og sætte mål, og man kan sidde og sætte hak i, det er gjort, det er gjort, og det er gjort. Så det der med at man vil noget, hvordan man kommer fra a til b, det har været meget nemmere, fordi det bliver synliggjort via skemaer, og at man sidder og snakker. Man kan med det samme sidde og sige, det har du ansvar for, vil du gå ned og gøre det, så ringer du til dem, og så ringer du til dem, så man med det samme får fordelt opgaverne, så der ikke er nogen punkter, der hænger og svæver [...]”(workshopdeltager fra afdeling A)

På afdeling B kritiserede workshopdeltagerne dog, at der blev pålagt dem opgaver fra projektets side, som de ikke følte ejerskab over for. Fx at indkalde medarbejdere til opfølgende interviews.

På afdeling C kritiserede både workshop-deltagere og ikke workshop-deltagere ligesom workshopdeltagerne på afdeling D projektets løbetid for at være for lang med den konsekvens, at de ansatte på afdelingen tabte engagement i projektet undervejs; men samtidig var de på afdeling C af den overbevisning, at intervention var af passende længde, fordi det har krævet meget tid og planlægning at gennemføre interventionen på afdelingen.

Hvor tilfredse var workshopdeltagere med opfølgingsprocedurer efter workshops?

Workshop-deltagere på afdeling B og D fortalte, at der manglede løbende tilbagemeldinger fra projektet, fx om hvordan det gik med brugen af hjælpemidler, hvilket på afdeling B blev kritiseret, fordi projektet ikke blev synliggjort for de ansatte undervejs fra projektets side, hvilket

ifølge workshop-deltagerne ellers kunne have øget alle medarbejdernes motivation for at medvirke til forandringer.

3.2.6.5. Betydningen af konteksten og forandringer

I dette afsnit præsenteres der hvilke lokale aspekter interviewpersonerne pegede på, som påvirkede interventionen.

Betydning af konteksten og forandringer i afdeling A

På afdeling A havde følgende aspekter ifølge deltagerne en positiv indflydelse på projektet:

1) Et påbud fra Arbejdstilsynet førte til, at afdelingsledelsen prioriterede forflytning højt og som tidligere beskrevet nedsatte en forflytningsgruppe, som havde til opgave at udvikle og følge op på handlingsplaner (gruppen holdt flere heldagsmøder). En workshopdeltager pointerer:

”Jeg tror det [implementering af forbedringsforslag] er kommet sådan lidt i blanding med, at vi jo fik det der påbud fra Arbejdstilsynet, og det har været ca. samme tid med, at det her [projektet] er opstartet.” (workshopdeltager fra afdeling A)

2) Ansættelse af mange nyuddannede medarbejdere pga. sammenlægning af hospitaler gav en medarbejdergruppe, som var uden gamle vaner og åbne for nye idéer.

3) Medarbejderne var i forvejen gode til at forflytte, så der var et godt fundament at bygge videre på.

4) Kapaciteten på afdelingen blev nedsat lidt, hvilket gav bedre plads til brug af hjælpemidler til forflytning.

5) Mobillifte blev erstattet med loftlifte i nogle stuer, hvilket ligeledes gav bedre plads til brug af hjælpemidler til forflytning.

6) Der blev tilknyttet flere fysio- og ergoterapeuter til afdelingen, som kunne hjælpe med at skaffe hjælpemidler i weekenderne.

Opsummerende kan man sige, at en række af forskellige lokale aspekter på afdeling A var med til at skabe gunstige forhold for projektet.

Betydning af konteksten og forandringer i afdeling B

På afdeling B havde følgende lokale aspekter ifølge deltagerne en negativ indflydelse på projektet:

1) Der var et stort opgave- og tidspres i afdelingen.

2) Andre projekter omkring arbejdsmiljø, som gav mere mening for medarbejderne, tog fokus fra nærværende projekt.

3) Der var mangel på personale på afdelingen på grund af underbemanding, ophør af ansættelse af vikarer, barsel og sygdom.

4) Implementeringen af IT-systemet "Sundhedsplatformen" var med til at skabe problemer, idet den skabte uro, overarbejde og mangel på tid og ressourcer til det daglige arbejde og andre projekter. En ikke-workshopdeltager siger det således:

"[...] så starter vi med undervisning i Sundhedsplatformen og alt muligt andet, som er obligatorisk, som vi skal deltage i, hvilket gør, at der er rigtigt mange af os, der er væk fra afdelingen, fordi det foregår ikke i huset, det foregår andre steder, og det bliver tilpasset vores vagter, og nogen er vores "superbrugere", så de er udlånt til andre sygehuse, og så går vi i luften, og så bruger vi enormt meget energi på det. Så der har ikke rigtig været plads til andet end kun lige at finde ud af, hvem man var, hvad det var, vi skulle lave, og hvordan vi bedst muligt fik det til at fungere, for at vi kunne holde ud at være her. Så det kunne godt være en god indikator for, at alt andet er faldet i baggrunden, fordi der ikke har været ressourcer til det." (ikke-workshopdeltager fra afdeling B)

Opsummerende kan man sige, at en række lokale aspekter på afdeling B var med til at skabe ugunstige forhold for projektet.

Betydning af konteksten og forandringer i afdeling C

På afdeling C havde følgende lokale aspekter ifølge deltagerne en positiv indflydelse på projektet:

1) Workshopdeltagerne havde et stort engagement og følelse af ejerskab over forbedringsforslagene, hvilket kommer til udtryk i følgende citat fra en ikke-workshopdeltager:

"Altså de [workshopdeltagerne] har virkelig gået ind i det [implementering af forbedringsforslagene], og de har gjort det godt, synes jeg. Så det har været rigtig vigtigt, når man har de her projekter, at man vælger nogen ud, som både føler en interesse for det og et vist ansvar for det, fordi det er ikke altid lige sjovt afhængigt af, hvad man skal have implementeret, for man er nødt til at være efter sine kollegaer. Men de har haft en god tilgang til det. Altså de er sådan nogle typer, som er gode til at sige det på en pæn måde." (ikke-workshopdeltager fra afdeling C)

2) Samarbejdet blandt de ansatte på afdelingen var som udgangspunkt godt.

3) Der eksisterede på afdelingen en tradition for at være opmærksomme på forflytning, som var let at bygge videre på.

4) Der var stabilitet og ingen store forstyrrelser på afdelingen.

Opsummerende kan man sige, at en række af forskellige lokale aspekter på afdeling C var med til at skabe gunstige forhold for projektet.

Betydning af konteksten og forandringer i afdeling D

På afdeling D havde følgende lokale aspekter ifølge deltagerne en positiv indflydelse på projektet:

1) Personalet havde en faglig interesse i forflytning og vilje til at gennemføre forandringer.

2) Workshopdeltagerne gjorde som tidligere beskrevet en stor indsats for at minde medarbejderne om forslag.

3) Et velkendt IT-system med patientjournaler og SFI (Sundhedsfaglig information) dannede udgangspunkt for et forbedringsforslag om at notere SFI om hjælpemidler, som derfor nemt kunne integreres i et eksisterende system. En medarbejder udtrykker det således:

”Når vi indlægger patienten, så er der nogle forskellige SFI’er, som vi udfylder, og nogle af dem er lidt ligesom en tjekliste. Så der hører den [SFI om hjælpemidler] bare naturligt ind under, når du alligevel sidder og udfylder den [journalen].” (ikke workshop-deltager fra afdeling D)

Men medarbejderne henviste også til følgende negative lokale aspekter:

4) Tre af workshopdeltagerne forlod afdelingen, hvilket reducerede mulighederne for sparring for de tilbageværende workshopdeltagere.

5) Sygdom og stor udskiftning i personalegruppen forstyrrede implementering af løsningsforslag.

6) Der var besvær med at anskaffe de behøvede hjælpemidler til afdelingen, hvilket blev pointeret af en workshopdeltager:

”[...] Der er ingen, der har overblikket over det her [med hjælpemidler]. Man kan ikke fremskaffe de ting, man skal bruge i afdelingen, og vi er meget heldige, at vi har loftlifte på alle stuer. Vi mangler Master Turners⁸, så det basker i det her hus. Vi har nogle elendige luftmadrasser, som vi ikke kan forflytte patienterne på, men det bliver lovet, at der bliver der styr på, ”det bliver der styr på, det bliver der styr på”. Men det tager bare 100 år og en krig. Det er problemstillingen.” (workshopdeltager, afdeling D)

Opsummerende kan man sige, at nogle lokale aspekter på afdeling D var med til at skabe gunstige forhold for projektet, mens andre lokale aspekter skabte ugunstige forhold.

3.2.6.6 Opsamling på procesevalueringen fra de fire udvalgte interventionsafdelinger

Tabel 11 giver et overblik i forhold til de fire udvalgte interventionsafdelinger hvor interviews blev gennemført. Tabellen viser en gennemgående positiv billede for to afdelinger (A og C) ift. implementeringen af interventionen idet workshopdeltagerne var tilfredse med workshops og havde en positive opfattelse af ledelsens støtte, der blev brugt mange forskellige formidlingsmåder for at overlevere beslutninger fra workshops til hele afdeling, ikke-workshop deltagere vurdere forbedringsforslag som relevante og 50% (3 ud af 6) hhv. 75 % (3 ud af 4) af forbedringsforslagene blev implementeret. I begge af disse afdelinger påvirkede derudover flere kontekstaspekter interventionen udelukkende positivt.

⁸ Master Turner er et liftbaseret glide- og vendelagen til delvist aktive og immobile brugere, med behov for aflastning under hele kroppen ved vending i seng, højere op i seng samt ind og ud af seng.

Modsat viste afdeling B en mere negativ mønstre idet workshopdeltagerne kun var delvis tilfredse med workshopsene og havde ikke en positive opfattelse af ledelsens støtte, der blev ikke brugt mange forskellige formidlingsmåder for at overlevere beslutninger fra workshops til hele afdeling, ikke-workshop deltagere vurderede forbedringsforslag kun delvis som relevante og kun en ud af tre forbedringsforslagene blev implementeret. I denne afdeling påvirkede derudover flere lokale aspekter interventionen udelukkende negativ.

Den sidste afdeling (D) viser en mere blandede billede: workshopdeltagerne var tilfredse med workshops men havde ikke en positive opfattelse af ledelsens støtte, der blev ikke brugt mange forskellige formidlingsmåder for at overlevere beslutninger fra workshops til hele afdeling, men ikke-workshop deltagere vurderede forbedringsforslag som relevante og to ud af tre forbedringsforslagene blev implementeret. I denne afdeling henviste medarbejderne til både positive og negative kontekstaspekter.

Resultaterne tyder dermed på, at der er et tæt samspil mellem implementering af udvalgte implementeringsaspekter og påvirkninger fra kontekstaspekter, som kan understøtte eller stå i vejen for en succesfuld gennemførelse af projektet.

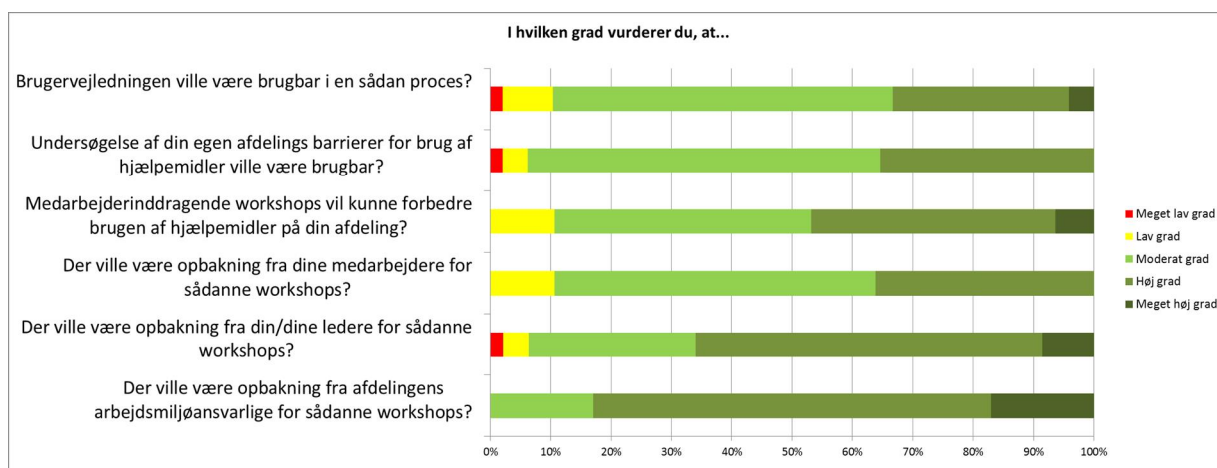
Tabel 11: Oversigt over erfaringer fra de fire udvalgte interventionsafdelinger

	Interventionsaktiviteter							Kontekstaspekter	
	Workshop-deltagernes vurdering	Workshop-deltagernes vurdering	Alle interviewede deltagernes vurdering	Ikke workshop-deltagernes vurdering	Alle interviewede deltagernes vurdering	Alle interviewede deltagernes vurdering	Workshopdeltagernes vurdering	Alle interviewede deltagernes vurdering	
Afdeling	Workshop-deltagerne var tilfredse med workshops	Workshop-deltagerne havde en positiv opfattelse af ledelsens støtte i og/eller omkring workshops	Overlevering fra workshops skete via en række forskellige formidlingsmåder	Ikke workshop-deltagerne vurderede forbedringsforslagene som relevante	Alle interviewede deltagernes vurdering af, hvor mange forbedringsforslagene blev implementeret	Alle interviewede deltagere var overordnet set tilfredse med interventionen	Workshop-deltagerne var utilfredse med opfølgingsprocedurer efter workshops	Antal af negative kontekst-aspekter	Antal af positive kontekst-aspekter
A	X	X	X	X	3/6	x	-		xxxxxx
B	delvist	-	Delvist	Delvist	1/3	delvist	x	xxxx	
C	X	X	X	X	3/4	delvist	-		xxxx
D	X	-	Delvist	X	2/3	delvist	x	xxx	xxx

3.3 Evaluering af ekstern validitet

Der deltog 59 plejearbejdere i evaluering af ekstern validitet (vurdering af brugervejledningens brugbarhed og interventionens overførbarehed), hvoraf 12% var ledere, 83% var medarbejdere og 5% var studerende. Over halvdelen, 53 % af respondenterne havde arbejdet som plejemedarbejder i over 10 år.

Figur 14 viser mange procent af deltagerne der vurderer at hhv. 1) brugervejledningen generelt, 2) en undersøgelse af afdelingens barrierer og 3) workshops, ville være brugbar i en proces til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen, samt hvilken opbakning én sådan proces ville have fra 4) medarbejdere, 5) ledere og 6) afdelingens arbejdsmiljøansvarlige.



Figur 14: Evaluering af ekstern validitet (brugbarhed af interventionsmaterialet)

illustreret ud fra den procentvise fordeling af respondenter.

4. DISKUSSION

I modsætning til vores hovedhypotese, viser interventionsstudiets resultater, at frekvensen af hvor ofte de "nødvendige" eller "korrekte" hjælpemidler blev brugt ikke blev forbedret efter den deltagerinvolverende intervention. Vi fandt imidlertid, at interventionen øgede den generelle brug af hjælpemidler, målt objektivt med accelerometre som hjælpemidlernes generelle bevægelse under forflytninger. Derudover førte interventionen til forbedret kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler. Der fandtes dog ikke en ændring i forekomsten af smerter eller forekomsten af opståede skader i lænderyggen under patientforflytninger. Procesevalueringen viste at implementeringen i de enkelte afdelinger varierede meget. I dette afsnit vil vi diskutere disse resultater og sammenligne dem med erfaringer fra andre undersøgelser.

Deltagerinvolverende interventioner er i de senere år blevet foreslået som en vigtig metode til, at mindske arbejdsrelaterede risikofaktorer såsom belastende manuelle løft og derigennem reducere forekomsten af skader og MSB ^{8,16}. Implementering af deltagerinvolverende tiltag til at nedsætte risikoen for lænderygbesvær og lænderygskader fra manuel patienthåndtering ^{1,47} gennem øget brug af hjælpemidler synes således lovende. Også i nærværende studie fandt vi en forbedring af den objektivt målte generelle brug af hjælpemidler samt forbedringer i afdelingernes selvopfattede brug af hjælpemidler i interventionsgruppen. Til trods for at dette, om muligt, har medført en reduktion i eksponeringen af den manuelle patienthåndtering reducerede dette dog ikke forekomsten af lænderygsmerter og lænderygskader som følge af interventionen. Dette er i kontrast til tidligere ikke-randomiserede kontrollerede deltagerinvolverende interventioner udført blandt plejearbejdere ^{18,20}. Disse studier viste et fald i antallet af forflytningsrelaterede skader ved hjælp af en lignende fremgangsmåde som i dette studie ved at danne deltagerinvolverende teams bestående af ledere, arbejdstagere og tekniske rådgivere, der gennemførte ændringer i undervisning, instruktion og arbejdsproces med det formål at sænke risikoen for skader ^{18,20}. Disse studier rettede sig dog ikke specifikt mod at forbedre brugen af hjælpemidler, men snarere at reducere arbejdsrelaterede risikofaktorer generelt. Selv om

lænderygskader har store individuelle og socioøkonomiske konsekvenser, er forekomsten (<4%) blandt plejearbejdere ikke særlig høj i Danmark ¹. Utilstrækkelig statistisk styrke mindsker således muligheden for at finde signifikante forskelle mellem grupper over tid i antallet af skader opstået ved patienthåndtering. Burdorf og kolleger ⁵ har vurderet, at det vil kræve en forsøgspopulation på flere end 10.000 plejearbejdere for at opnå en statistisk signifikant reduktion i antallet af lænderygskader ved at introducere hjælpemidler i et randomiseret kontrolleret studie. Da det var urealistisk at rekruttere en så stor forsøgspopulation i nærværende studie, valgte vi at måle brugen af hjælpemidler som et mere tilgængeligt mål for forebyggelse af lænderygskader. Selvom vi ikke fandt signifikante ændringer i patienthåndteringsskader og smerter i ryggen, skulder og nakke efter interventionen, kan risikoen for lænderygskader stadig være reduceret som følge af den forbedrede generelle brug af hjælpemidler målt med accelerometer.

Observations- og eksperimentelle (ikke randomiserede kontrollerede) undersøgelser har vist, at supplerende tilstrækkelig antal hjælpemidler kan medføre hyppigere brug og som følge heraf reducere skadesforekomsten blandt plejearbejdere ^{17,32}. Burdorf og kollegaer ⁵ konkluderede imidlertid i en litteraturoversigt, at det er nødvendigt med øget vejledning og træning, eksempelvis i form af en deltagerinvolverende intervention, for effektivt at reducere lænderygsmerter og skader gennem en arbejdsplads intervention. For at imødekomme dette havde den nærværende deltagerinvolverende intervention til formål at opfordre de deltagende afdelinger til at forbedre brugen af hjælpemidler ved at udvikle løsninger, der var målrettet afdelingernes specifikke barrierer.

Den omfattende analyse af motiver og barrierer (fase 1) viste at tid til at finde og hente hjælpemidler, plads til at bruge hjælpemidlerne, viden og kompetencer, fejlvurdering af patientens ressourcer og mangel på samarbejde var nogle af de hyppigste barrierer for brugen af hjælpemidler. Disse barrierer kan have været overvundet gennem forbedret vejledning og kommunikation. Faktisk forbedrede interventionsgruppen sig i: mængden og tilstrækkeligheden af vejledning i brugen af hjælpemidler, den generelle diskussion og kollegial opfordring til brug af hjælpemidler i afdelingen og niveauet af information om brugen af hjælpemidler ved overlevering af

patienter. Endvidere blev medarbejdernes selvvalgte ændringer i: opmærksomhed på at bruge hjælpemidler, egen brug af hjælpemidler, afdelingens generelle brug af hjælpemidler, færdigheder til at betjene hjælpemidler, opmærksomhed på hvordan kroppen bruges under patienthåndtering og tilgængelighed af hjælpemidler, forbedret i interventionen sammenlignet med kontrolgruppen. Selvom selvvalgte ændringer fra adfærdsmæssige interventioner skal fortolkes med forsigtighed, tyder disse subjektive vurderinger på, at interventionen kan have medført forbedringer i teknik og kvalitet af patienthåndtering og tilhørende brug af hjælpemidler, uanset hvor ofte hjælpemidler blev brugt. Dette understøttes af en biomekanisk undersøgelse ⁴⁰, der viser at der under patienthåndtering forekommer stor variation i lænderygkompressionskræfter mellem individer, i situationer hvor der forflyttes med og uden hjælpemidler, der ikke kun kan tilskrives forskelle i muskelstyrke eller anatomi. Dette tyder derfor på at der forekommer individuelle forskelle i teknikken og kvaliteten af patienthåndteringen, hvilket vil kunne forbedres gennem bedre kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler.

Der kan være flere forklaringer på, hvorfor den nødvendige (tryknappbaserede) brug af hjælpemidler ikke ændrede sig, mens den generelle (accelerometerbaserede) brug af hjælpemidler forbedres efter denne 12-måneders deltagerinvolverende intervention. Forbedring af den generelle brug af hjælpemidler kan ses som de første skridt i udviklingen for at opnå gode patienthåndteringsfærdigheder. Selv om forbedret vejledning og kommunikation kan have øget bevidstheden om korrekt brug af hjælpemidler kræver det sandsynligvis mere tid og flere workshops end 2 gange to timer for at øge brugen af de nødvendige hjælpemidler blandt sundhedspersonale. Faktisk konkluderede Van Eerd og kolleger ¹⁶, at effekten af en deltagerinvolverende intervention afhænger af interventionsintensiteten og dermed om der opnås tilstrækkelig dosis til at opretholde motivation blandt deltagere i hele studieperioden. Som resultaterne fra procesevalueringen viste, varierede implementeringen i de enkelte afdelinger meget især ift. hvor meget det lykkedes at inddrage de medarbejdere, som ikke selv deltog i de to workshops. I nogle afdelinger var projektet næsten usynlig for ikke-workshopdeltagerne, mens det lykkedes i andre afdelinger at øge fokus på brug af hjælpemidler for en større gruppe af medarbejdere. Dette skal også ses i samspil med de forskellige kontekstaspekter i de enkelte afdelinger. Både de kvantitative og de

kvalitative resultater fra procesevalueringen peger på, at kontekstaspekter som fx tidspres eller konkurrerende indsatser, som også kræver medarbejdernes opmærksomhed kan forstyrre implementeringen. Derudover ser det ud til, at typen af forbedringsforslag, samt opfølgning på disse spiller en rolle for om gennemførelsen lykkes. Som de kvalitative procesevalueringer viser, manglede der på en afdeling (afdeling B) opfølgning og tilpasning af et forbedringsforslag, som dermed blev til en negativ erfaring. I en anden afdeling (afdeling A) byggede løsningsforslagene derimod på en meget specifik evaluering af medarbejdernes behov for bestemte typer hjælpemidler og førte dermed til en meget positiv forbedring og oplevelse. Også andre lignende deltagerinvolverende studier har fundet blandede resultater. Her blev der blandt andet henvist til at det kan skyldes manglende intensitet eller grad af levering i interventionen evt. på grund af manglende tid, arbejdsryk og mangel på ledelsesforpligtelse vist i ^{9,15,23}. Procesevalueringen i nærværende studie viste dog også, at positive kontekstaspekter, som fx intensiv opbakning fra ledelsen som sørger for rammerne som giver mulighed for en intensiv indsats fra engagerede medarbejdere kan føre til, at en stor del af forbedringsforslag bliver gennemført. Deltagerinvolverede indsatser kræver derfor også, at medarbejderne har mulighed for at involvere sig. Konkret og synlig støtte fra ledelsen med tilstrækkelig plads og ressourcer til workshops og implementering af løsninger samt fravær af forstyrrelser ser ud til at være afgørende for at medarbejderne kan engagere sig.

Deltagerinvolverende interventioner kan således være for krævende for nogle arbejdspladser da effekten afhænger væsentligt af afdelingens egne ressourcer for at udvikle og gennemføre forbedringer. Interventioner, der fokuserer på en "high-order safe-design approach" ³² dvs. en tilgang, der involverer alle organisationsniveauer og hvor ressourcer leveres også fra et højere niveau end kun den umiddelbare afdeling kunne være et mere effektivt alternativ til sådanne arbejdspladser.

Ingen af de fire dimensioner af social kapital (på afdelingen, mellem afdelinger, mellem afdelingen og nærmeste leder, og mellem afdelingen og fjerneste leder) ændrede sig mellem grupperne over tid. Dog fandt vi, i en analyse udført inden for hver gruppe, en ændring i social kapital inden for afdelingen i interventionsgruppen fra baseline til 12 måneders follow-up. Det er således positivt at samarbejdet på

afdelingen om at få løsninger implementeret og udbredt lader til ikke kun at påvirke workshopdeltagernes sociale kapital men hele afdelingens.

Vores forskningsgruppe har tidligere vist at ca. 20 minutters træning om ugen i 10 uger i arbejdstiden med elastikker og kettlebells kan mindske smerter og forbedre den sociale kapital sammenlignet med at træne hjemme^{2,25}. Selvom vi i det nærværende studie ikke fandt en ændring mellem grupperne over tid i social kapital, men kun indenfor interventionsgruppen over tid, understøtter dette studie vigtigheden af lade afdelingen involvere sig i tiltag der giver mening for medarbejderne og derved skaber en følelse af sammenhold og et muligt forbedret samarbejde og social kapital som følge.

Organisatorisk forandringsparathed kan bruges som et værktøj til at screene om en afdeling eller virksomhed er parat til at foretage forandringer. Det anbefales derfor at bruge spørgeskemaet om organisationens forandringsparathed inden implementering af større arbejdspladsprogrammer og forandringer for at identificerer mulige svagheder ved den tiltænkte implementering²⁴. I dette studie startede begge grupper ud med en forandringsparathed på 74 point ud af 100 mulige, hvilket må anses som en ganske positiv forandringsparathed. Dette resultat stemmer godt overens med medarbejdernes egen tro på at øge brugen af hjælpemidler på afdelingen der lå på hhv. 2,4 (80 %) og 2,3 (77 %) ud af 3 mulige i kontrol- og interventionsgruppen.

Ændringerne for organisationens forandringsparathed havde samme udfald som resultaterne for social kapital. Organisationens forandringsparathed ændrede sig ikke mellem grupperne over tid, men dog viste efter-analyser (post-hoc) en signifikant ændring i interventionsgruppen fra baseline til follow-up. Det tyder derfor på, at engagementet og motivationen til at lave forandringer på afdelingen og hospitalet generelt blev øget som følge af deltagelsen i den deltagerinvolverende intervention. Med andre ord så gav deltagelse i interventionen mod på at foretage endnu flere forandringer. Dette er således et meget positivt udgangspunkt for at forankre de implementerede løsninger udviklet under workshopsne.

Efter interventionsprojektet var afsluttet udarbejdede vi, i samarbejde med hospitalernes arbejdsmiljøkonsulenter, en brugervejledning baseret på de erfaringer vi havde dannet os i interventionen. Vi undersøgte brugbarheden (ekstern validitet) af

denne brugervejledning ved at sende den til medarbejdere og ledere fra afdelinger som ikke havde deltaget i interventionen. Overordnet set var respondenterne positive overfor brugervejledningen. Hovedparten af respondenterne vurderede at hhv. 1) brugervejledningen generelt og brugen af deltagerinvolverede workshops, ville være brugbar i moderat til meget høj grad, i en proces til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen. Respondenterne vurderede deslige at en forudgående undersøgelse af afdelingens barrierer ville være brugbar i moderat til høj grad i en sådan proces. Selvom respondenterne generelt var positive overfor en undersøgelse af afdelingens barrierer var der ingen der rapporterede at undersøgelsen ville være brugbar i meget høj grad. Dette kan skyldes, at medarbejderne og lederne allerede havde et klart billede af hvilke barrierer der måtte være for at bruge hjælpemidler på afdelingen. Denne umiddelbare bevidsthed om afdelingens barrierer kom til dels til udtryk, da vi ved de deltagerinvolverende workshops adspurgte deltagerne om de var enige eller overraskede over vores oversigt af afdelingens barrierer indhentet vha. spørgeskema, interviews og observationer. Selvom deltagerne kunne nikke genkendende til mange af barriererne var der ofte én eller flere af barriererne der kom bag på deltagerne, hvilket typisk gav anledning til diskussion og udvikling af løsninger til disse. Vi anbefaler derfor stadig en undersøgelse af afdelingens barrierer da det skaber overblik over mulige indsatsområder og opfordrer til diskussion af disse.

Hovedparten af respondenter vurderede ligeledes at en proces med deltagerinvolverede workshops på afdelingen ville få opbakning i moderat til meget høj grad fra ledere og afdelingens arbejdsmiljøansvarlige. Selvom respondenterne overordnet vurderede at opbakningen fra medarbejderne ville være positiv var der ingen af respondenterne der svarede at medarbejderne ville bakke processen op i meget høj grad. Til trods for disse små forskelle viser den eksterne evaluering, at indholdet af vejledningen og selve processen med deltagerinvolverende workshops tages godt i mod ude på afdelingerne og derfor er en strategi med stort potentiale til at forbedre brugen af hjælpemidler. Samlet set har projektets deltagerinvolverende tilgang derfor godt potentiale til at blive udbredt på danske hospitaler generelt.

Styrker og begrænsninger ved projektet

Brugen af et cluster randomiseret kontrolleret design er en styrke, da designet sikrer at to lignende grupper kan sammenlignes uden at interventionen afsmitter på kontrolafdelingerne. Det store forarbejdet i fase 1 med undersøgelse af motiver og barrierer bør ligeledes ses om en styrke for den efterfølgende udførelse af de deltagerinvolverede workshops. Også den detaljerede procesevalueringen af interventionen ses som en styrke fordi den giver indblik i styrker og svagheder af projektets tilgang samt de meget specifikke udfordringer eller positive aspekter som bremsede eller støttede gennemførelsen af forbedringsforslag og bidrager dermed også til en bedre forståelse af projektets resultater.

Selvom trykknapsmålingen er en umiddelbar (selvvurderet vurdering lige efter forflytning) og teknisk måling, er der stadig begrænsninger ved at anvende denne fremgangsmåde, da målingen er baseret på at arbejdstagerne husker at trykke på knapperne efter at have forflyttet patienten. Brug af trykknapperne kan dog også have øget bevidstheden om at bruge hjælpemidler, hvilket kan betragtes som en intervention i sig selv. Under alle omstændigheder vil denne bevidsthed, skabt af trykknapperne, være ens i både interventions- og kontrolgruppe. På den anden side vil det være en potentiel begrænsning ved studiet, hvis opfattelsen af hvilke hjælpemidler der er nødvendige blev ændret i løbet af interventionsstudiet.

Undersøgelser, der bruger selvrapporterede data ^{17,20,33}, kan påvirkes af hukommelses-bias, derfor er de objektive accelerometerbaserede målinger af anvendelse af hjælpemidler en klar styrke i dette studie. Denne forskel mellem målemetoderne kan delvist forklare forskellene mellem trykknapsmålingerne og brug af hjælpemidler, målt med accelerometre. Ikke desto mindre rapporterede deltagerne, at de huskede at trykke på de "grønne" og "røde" knapper i ca. 3 ud af 4 situationer. Der var heller ingen forskelle mellem interventions- eller kontrolgruppen i hvor ofte de huskede at trykke på knapperne. Dette mindsker således sandsynligheden for at optællingen skulle vise en fejl i procentuelle forhold (antal grønne tryk per totale antal grønne og røde tryk) for hvor ofte de nødvendige hjælpemidler bliver brugt. En begrænsning var, at den generelle brug af hjælpemidler kun blev målt ved hjælp af accelerometre i 25 ud af de 27 afdelinger hvor der var lifte og overflytningsplatforme til rådighed.

En anden begrænsning var, at besvarelsesprocent til de spørgeskemaundersøgelser var relativt lavt hvorfor spørgeskemadataene bør fortolkes med en vis forsigtighed.

På trods af den meget omfattende dataindsamling i forbindelse med procesevalueringen lykkedes det ikke at systematisk følge op på hvilke af de planlagte forbedringsforslag der faktisk blev gennemført. Kun i de fire udvalgte afdelinger, hvor workshopdeltagerne samt andre medarbejdere fra afdelingen blev interviewet var det muligt, at få detaljerede informationer om gennemførte og ikke gennemførte løsningsforslag. En mere grundig evaluering af hvilke forbedringsforslag der var særligt effektive var derfor ikke muligt.

Konklusion

Dette projekt understregede at der stadig eksisterer mange barrierer for brugen af hjælpemidler, hvilket resulterer i at hjælpemidlerne på danske hospitaler ikke bliver brugt så ofte som de burde til patientforflytninger. Projektets 12-måneders deltagerinvolverende ergonomiske intervention formåede ikke at øge brugen af de nødvendige hjælpemidler (dvs. forekomsten af hvor ofte plejepersonalet brugte hvad de vurderede var de nødvendige hjælpemidler), men førte til gengæld til øget generel brug af hjælpemidler (målt objektivt med accelerometre ud fra hjælpemidlernes bevægelse under forflytningssituationer) samt forbedret kommunikation og vejledning i brugen af hjælpemidler. Øgningen i den generelle brug af hjælpemidler samt forbedret kommunikation og vejledning kan ses som de første skridt i udviklingen for at opnå gode patienthåndteringsfærdigheder. Disse ændringer kan reducere eksponeringen fra manuel patienthåndtering og forbedre teknikken og kvaliteten af patienthåndteringen med hjælpemidler og dermed potentielt reducere risikoen for lænderygsmærter og skader på lang sigt.

Projektets procesevaluering viste at medarbejderne inden interventionen var positive over for at gennemføre ændringer på afdelingen, men lidt mere tilbageholdende ift. om disse ændringer ville øge brugen af hjælpemidler på afdelingen. I de fleste afdelinger var workshop-deltagerne tilfredse med workshopsne. Der var en

aktiv deltagelse hvor løsningsforslag blev udviklet trods udeblivelse af afdelingslederen ved de fleste workshops. De øvrige medarbejdere i afdelingerne blev kun i mindre grad informeret og inddraget i diskussionen om løsningsforslagene, hvilket kan have kompromitteret implementeringen af løsningsforslagene for hele afdelingen. De ikke-workshop-deltagere, som vidste noget om løsningsforslagene, troede dog i overvejende grad på at løsningsforslagene kunne implementeres og ville øge brugen af hjælpemidler. Tilpasning og opfølgning på løsningsforslagene ser ud til at være afgørende for en succesrig gennemførelse. Dette skal også ses i forbindelse med kontekstaspekter, som enten støttede eller bremsede implementeringen af forbedringsforslag. Resultaterne tyder på, at der er brug for ordenlige rammer, som gør det muligt at medarbejderne kan involvere og engagere sig og at der derfor er brug for at støtte deltagerinvolverede indsats med ressourcer også fra et højere niveau end kun den umiddelbare afdeling.

Afprøvning udenfor rammerne af det randomiserede studie viste at den deltagerinvolverende tilgang vurderes som en brugbar metode hvis medarbejderne selv skulle ud og implementere deltagerinvolverende workshops for bedre brug af hjælpemidler på afdelingen. Samlet set har projektets deltagerinvolverende tilgang derfor godt potentiale til at blive udbredt på danske hospitaler generelt.

REFERENCER

1. Andersen LL, Burdorf A, Fallentin N, Persson R, Jakobsen MD, Mortensen OS, Clausen T, Holtermann A: Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health* 40:74–81, 2014.
2. Andersen LL, Poulsen OM, Sundstrup E, Brandt M, Jay K, Clausen T, Borg V, Persson R, Jakobsen MD: Effect of physical exercise on workplace social capital: Cluster randomized controlled trial. *Scand J Public Health* 43:810–8, 2015.
3. Andersen LL, Saervoll CA, Mortensen OS, Poulsen OM, Hannerz H, Zebis MK: Effectiveness of small daily amounts of progressive resistance training for frequent neck/shoulder pain: randomised controlled trial. *Pain* 152:440–6, 2011.
4. Borg V, Mateu N, Clausen T: Udvikling af en ny metode til undersøgelse af social kapital på arbejdspladsen. , 2014.
5. Burdorf A, Koppelaar E, Evanoff B: Assessment of the impact of lifting device use on low back pain and musculoskeletal injury claims among nurses. *Occup Environ Med* 70:491–7, 2013.
6. Burdorf A, Sorock G: Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health* 23:243–56, 1997.
7. Bureau of Labor Statistics: Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Requiring Days Away From Work, 2014. Washington (DC): US: Department of Labor; 2015. Report No.: USDL 15-2205.
8. Burgess-Limerick R: Participatory ergonomics: Evidence and implementation lessons. *Applied Ergonomics* 68:289–93, 2018.
9. Cole DC, Theberge N, Dixon SM, Rivilis I, Neumann WP, Wells R: Reflecting on a program of participatory ergonomics interventions: a multiple case study. *Work* 34:161–78, 2009.
10. Collins JW, Wolf L, Bell J, Evanoff B: An evaluation of a “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. *Inj Prev* 10:206–11, 2004.
11. D’Arcy LP, Sasai Y, Stearns SC: Do assistive devices, training, and workload affect injury incidence? Prevention efforts by nursing homes and back injuries among nursing assistants. *J Adv Nurs* 68:836–45, 2012.

12. Davis KG, Kotowski SE: Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Hum Factors* 57:754–92, 2015.
13. Davis KG, Kotowski SE: Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Hum Factors* , 2015.
14. Driessen MT, Groenewoud K, Proper KI, Anema JR, Bongers PM, van der Beek AJ: What are possible barriers and facilitators to implementation of a Participatory Ergonomics programme? *Implement Sci* 5:64, 2010.
15. Driessen MT, Proper KI, Anema JR, Knol DL, Bongers PM, Beek AJ: The effectiveness of participatory ergonomics to prevent low-back and neck pain – results of a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 37:383–93, 2011.
16. van Eerd D, Cole D, Irvin E, Mahood Q, Keown K, Theberge N, Village J, St Vincent M, Cullen K: Process and implementation of participatory ergonomic interventions: a systematic review. *Ergonomics* 53:1153–66, 2010.
17. Evanoff B, Wolf L, Aton E, Canos J, Collins J: Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace. *Am J Ind Med* 44:451–7, 2003.
18. Evanoff BA, Bohr PC, Wolf LD: Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. *Am J Ind Med* 35:358–65, 1999.
19. Fujishiro K, Weaver JL, Heaney CA, Hamrick CA, Marras WS: The effect of ergonomic interventions in healthcare facilities on musculoskeletal disorders. *Am J Ind Med* 48:338–47, 2005.
20. Garg A, Kapellusch JM: Long-term efficacy of an ergonomics program that includes patient-handling devices on reducing musculoskeletal injuries to nursing personnel. *Hum Factors* 54:608–25, 2012.
21. Garg A, Owen B: Reducing back stress to nursing personnel: an ergonomic intervention in a nursing home. *Ergonomics* 35:1353–75, 1992.
22. Haines H, Wilson JR, Vink P, Koningsveld E: Validating a framework for participatory ergonomics (the PEF). *Ergonomics* 45:309–27, 2002.
23. Haukka E, Leino-Arjas P, Viikari-Juntura E, Takala E-P, Malmivaara A, Hopsu L, Mutanen P, Ketola R, Virtanen T, Pehkonen I, Holtari-Leino M, Nykänen J, Stenholm S, Nykyri E, Riihimäki H: A randomised controlled trial on whether a participatory ergonomics intervention could prevent musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med* 65:849–56, 2008.

24. Helfrich CD, Kohn MJ, Stapleton A, Allen CL, Hammerback KE, Chan KCG, Parrish AT, Ryan DE, Weiner BJ, Harris JR, Hannon PA: Readiness to Change Over Time: Change Commitment and Change Efficacy in a Workplace Health-Promotion Trial. *Front Public Health* 6:110, 2018.
25. Jakobsen MD, Sundstrup E, Brandt M, Jay K, Aagaard P, Andersen LL: Effect of workplace- versus home-based physical exercise on musculoskeletal pain among healthcare workers: a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 41:153–63, 2015.
26. Koppelaar E, Knibbe JJ, Miedema HS, Burdorf A: Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review. *Occup Environ Med* 66:353–60, 2009.
27. Koppelaar E, Knibbe JJ, Miedema HS, Burdorf A: Individual and organisational determinants of use of ergonomic devices in healthcare. *Occup Environ Med* 68:659–65, 2011.
28. Koppelaar E, Knibbe JJ, Miedema HS, Burdorf A: The influence of individual and organisational factors on nurses' behaviour to use lifting devices in healthcare. *Appl Ergon* 44:532–7, 2013.
29. Kuorinka I: Tools and means of implementing participatory ergonomics. *Int. J. Ind. Ergon.* 19, 267–270. Tools and means of implementing participatory ergonomics. *Int. J. Ind. Ergon.* 19, 267–270.; 1997.
30. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, Jørgensen K: Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 18:233–7, 1987.
31. Lipscomb HJ, Schoenfisch AL, Myers DJ, Pompeii LA, Dement JM: Evaluation of direct workers' compensation costs for musculoskeletal injuries surrounding interventions to reduce patient lifting. *Occup Environ Med* 69:367–72, 2012.
32. Martin PJ, Harvey JT, Culvenor JF, Payne WR: Effect of a nurse back injury prevention intervention on the rate of injury compensation claims. *J Safety Res* 40:13–9, 2009.
33. Nelson A, Baptiste AS: Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Orthop Nurs* 25:366–79, 2006.
34. Owen BD: The magnitude of low-back problem in nursing. *West J Nurs Res* 11:234–42, 1989.
35. Park RM, Bushnell PT, Bailer AJ, Collins JW, Stayner LT: Impact of publicly sponsored interventions on musculoskeletal injury claims in nursing homes. *Am J Ind Med* 52:683–97, 2009.

36. Pincus T, Bergman M, Sokka T, Roth J, Swearingen C, Yazici Y: Visual analog scales in formats other than a 10 centimeter horizontal line to assess pain and other clinical data. *J Rheumatol* 35:1550–8, 2008.
37. Pompeii LA, Lipscomb HJ, Schoenfisch AL, Dement JM: Musculoskeletal injuries resulting from patient handling tasks among hospital workers. *Am J Ind Med* 52:571–8, 2009.
38. Rivilis I, Van Eerd D, Cullen K, Cole DC, Irvin E, Tyson J, Mahood Q: Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: a systematic review. *Appl Ergon* 39:342–58, 2008.
39. Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, Bruce K, Weiner BJ: Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science* [Internet] 9:, 2014 [cited 2016 Jul 18]. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-9-7>
40. Skotte J, Fallentin N: Low back injury risk during repositioning of patients in bed: the influence of handling technique, patient weight and disability. *Ergonomics* 51:1042–52, 2008.
41. Skotte JH, Essendrop M, Hansen AF, Schibye B: A dynamic 3D biomechanical evaluation of the load on the low back during different patient-handling tasks. *J Biomech* 35:1357–66, 2002.
42. Smedley J, Egger P, Cooper C, Coggon D: Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. *Occup Environ Med* 52:160–3, 1995.
43. Thaler RH, Sunstein CR: *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. New internat. ed. London: Penguin; 2009.
44. Verbeek JH, Martimo K-P, Kuijer PPFM, Karppinen J, Viikari-Juntura E, Takala E-P: Proper manual handling techniques to prevent low back pain, a Cochrane systematic review. *Work* 41 Suppl 1:2299–301, 2012.
45. Westgaard RH: RCTs of ergonomic interventions. *Occup Environ Med* 67:217–8, 2010.
46. Wilson J, Haines H: Participatory Ergonomics. Salvendy, G. (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics*. Wiley, New York, pp. 490–513.; 1997.
47. Yassi A, Lockhart K: Work-relatedness of low back pain in nursing personnel: a systematic review. *Int J Occup Environ Health* 19:223–44, 2013.

BILAG 1 - INTERVIEWGUIDELINES

Der blev udviklet to typer af interviewguidelines, én til afdelingslederne og én til medarbejderne. Begge interviewguides var baseret på viden identificeret i tidligere undersøgelser med fokus på barrierer for brug af hjælpemidler og på resultaterne af en pilotundersøgelse, der undersøgte barrierer for brug af hjælpemidler på tre danske hospitaler ^{10,21,26-28,33}. Alle interviews blev indledt med en generel introduktion til interventionsstudiet, samt formålet med interviewet efterfulgt af information omkring forløbet af interventionen. Interviews med afdelingslederne (otte afdelingsledere fra fem hospitaler) fokuserede på hospitalets, afdelingslederen og sundhedsarbejdernes generelle holdning til brugen af hjælpemidler. Interviews med afdelingslederne indeholdt også spørgsmål omkring erfaringer og udfordringer med brugen af hjælpemidler, samt spørgsmål der omhandlede initiativer der opfordrer til øget brug af hjælpemidler. Andre spørgsmål fokuserede på tilgængelighed og muligheder for at skaffe nye hjælpemidler. Den sidste del af interviewet omhandlede afdelingsledernes rolle i forhold til medarbejdernes brug af hjælpemidler samt forslag til forbedring af brugen af disse.

BILAG 2 - SPØRGESKEMASPØRGSMÅL

Smerteintensiteten i lænderyggen, nakke og skulder blev målt med VAS-skalaen (visual analogue scale), hvor 0 indikerede "slet ingen smerte" og 10 indikerede "værest tænkelige smerte"^{3,36}. Forekomsten af skader i lænderyggen blev adspurgt ved spørgsmålet: "Har du indenfor de sidste 12 måneder skadet din ryg under en patientforflytning? (Tænk på situationer hvor smerten forekom pludseligt og uventet)"¹. Som en hjælp for forsøgspartagerne var de relevante dele af kroppen anvendt i spørgeskemaet illustreret med tegninger fra Nordic Questionnaire³⁰.

Social kapital indenfor afdelingen (bonding), mellem afdelingerne (bridging) mellem afdelingen og nærmeste leder (linking A), og mellem afdelingen og fjerneste leder (linking B) blev målt ved baseline, 6 måneder og 12 måneders follow-up⁴.

Spørgeskemaet om social kapital indeholdt følgende spørgsmål:

1. *Hjælper man kolleger, der har for meget at lave?*
2. *Bliver man i dit team anerkendt for et godt stykke arbejde?*
3. *Bidrager medlemmerne af teamet ligeligt til at løse arbejdsopgaverne?*
4. *I vores team er vi enige om, hvad der er det vigtigste i vores arbejdsopgaver.*
5. *Jeg har tillid til teamets evne til at gøre arbejdet godt.*
6. *Der er en følelse af sammenhold og samhørighed i mit team.*
7. *Hvis der opstår konflikter eller uoverensstemmelser mellem medarbejderne, er vi gode til at løse dem.*
8. *Føler du dig som et ligeværdigt medlem af teamet?*
8. *I mit team er vi gode til at give hinanden ideer til, hvordan vi kan blive bedre til at klare arbejdsopgaverne.*
9. *Bliver de ansatte involveret i beslutninger om forandringer på arbejdspladsen?*
10. *Bidrager jeres nærmeste leder til, at konflikter bliver løst på en retfærdig måde?*
11. *Stoler ledelsen på, at medarbejderne gør et godt stykke arbejde?*
12. *Vores nærmeste leder tager hensyn til vores behov og synspunkter, når han eller hun træffer beslutninger.*
13. *Vores nærmeste leder forstår at rose og anerkende medarbejdere, der yder en god arbejdsindsats.*
14. *Bidrager jeres nærmeste leder til at løse konkrete problemer i hverdagen?*

15. *Der er en fælles forståelse mellem ledelsen og medarbejderne om, hvordan vi skal udføre opgaverne.*
16. *Vores nærmeste leder har stor viden om og forståelse for det arbejde, vi udfører.*
17. *I teamet føler vi en stærk tilknytning til vores arbejdsplads.*
18. *Min nærmeste leder er god til at give mig og mine kolleger ideer til, hvordan vi kan blive bedre til at klare arbejdsopgaverne.*

Deltagerne svarede på en skala fra 0-10, hvor 0 er 'nej, slet ikke' og 10 er 'ja helt'. For hver af de fire sociale kapitaldimensioner blev gennemsnitsværdien af alle spørgsmål beregnet og multipliceret med 10 (dvs. 0-100).

For at måle hvor godt afdelingerne og hospitalet som helhed tager i mod nye ændringer på afdelingen målte vi organisationens forandringsparathed vha. følgende spørgsmål ³⁹ som beskriver en situation som ligner interventionsindsatsen:

"Nogle medarbejdere på hospitalet har fået en rygskaade under forflytning af patienter. Hospitalet skal derfor i gang med at gennemføre ændringer, der har til formål at øge brugen af hjælpemidler under forflytning af patienter. Kernen i ændringerne er, at afdelingsledere og nogle af medarbejderne skal mødes i workshops for sammen at finde løsninger på bedre brug af hjælpemidler. Som resultat af disse workshops finder de måske ud af, at nogle arbejdsrutiner kan forbedres eller koordineres bedre, eller at nogle hjælpemidler skal placeres mere synligt eller gøres mere tilgængelige. I forbindelse med sådanne ændringer hvor enig eller uenig er du så i nedenstående udsagn: Personer, der arbejder her,...

1. *føler tillid til, at hospitalet kan få de ansatte engageret i gennemførelsen af denne ændring.*
2. *er besluttet på at gennemføre denne ændring.*
3. *føler sig sikre på, at de kan holde styr på udviklingen af denne ændring.*
4. *vil gøre, hvad der skal til for at gennemføre denne ændring.*
5. *Personer, der arbejder her har tillid til, at hospitalet kan støtte folk i takt med, at de vænner sig til denne ændring.*
6. *ønsker at gennemføre denne ændring.*
7. *føler tillid til, at de kan holde momentum i gennemførelsen af denne ændring.*
8. *føler tillid til, at de kan håndtere de udfordringer, der måtte opstå i forbindelse med gennemførelsen denne ændring.*

9. er fast besluttet på at gennemføre denne ændring.
10. føler tillid til, at de kan koordinere opgaver, så gennemførelsen af ændringen går glat.
11. er motiveret til at gennemføre ændringen.
12. føler tillid til, at de kan håndtere retningslinjerne i denne ændring".

Deltagerne svarede her på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Nej, slet ikke", og 10 er "Ja, fuldstændig". Gennemsnitsværdien af alle spørgsmål beregnet og multipliceret med 10 (dvs. 0-100).

Deltagerne blev også spurgt til kommunikation og vejledning omkring brugen af hjælpemidler ved baseline, 6 og 12 måneders follow up ved brug af følgende spørgsmål og svarmuligheder:

- 1) "Diskuteres brug af hjælpemidler til forflytning ofte på jeres afdeling/afsnit?" med svarmulighederne "Ja" eller "Nej".
- 2) "Hvor ofte har du fået vejledning i brug af hjælpemidler til forflytninger inden for det seneste år? med svarmulighederne "Aldrig", "Én gang", "To gange", "Tre gange", "Fire gange", "Fem gange" og "Mere end fem gange".
- 3) "Oplever du at få tilstrækkelig vejledning i brug af hjælpemidler til forflytning?" med svarmulighederne "Nej, slet ingen", "Ja, til en vis grad", "Ja, i høj grad".
- 4) "Har du oplevet en forflytningssituation inden for det seneste år, hvor en kollega har gjort dig opmærksom på, at du burde anvende hjælpemidler?" med svarmulighederne "Ja" eller "Nej".
- 5) "Ved overlevering af patient ved vagtskifte: Hvor ofte informeres du om hvilke hjælpemidler, der skal bruges ved forflytning af patienten?" med svarmulighederne "0 af 4 patienter (næsten aldrig)", "1 af 4 patienter", "2 af 4 patienter", "3 af 4 patienter" og "4 af 4 patienter (alle)".

Yderligere blev der spurgt til oplevede ændringer af brugen af hjælpemidler og arbejdsmiljø, ved 12 måneders follow up: "Hvilke ændringer har du oplevet siden projektet startede i april 2016?": 1) Opmærksomhed på at bruge hjælpemidler, 2) Brugen af hjælpemidler generelt på afdelingen, 3) Din egen brug af hjælpemidler, 4) Færdigheder til at betjene hjælpemidler, 5) Opmærksomhed på hvordan du bruger din krop i arbejdet, 6) Samarbejde med kollegaer, 7) Tilgængelighed af hjælpemidler på afdelingen, 8) Velvære under arbejdsdagen, 9)

Socialt samvær med kollegaerne, og 10) Lyst til at gå på arbejde. Spørgsmålene blev adspurgt med en 5-punkts skala, med svarmulighederne: 1: "Meget forværret", 2: "Forværret", 3: "Uændret", 4: "Forbedret", 5: "Meget forbedret".

BILAG 3 - UDVÆLGELSE AF INTERVENTIONSADFELINGER TIL INTERVIEWS

Ud fra en kvalitativ vurdering af afdelingernes tilbagemeldinger fra spørgeskema follow-up II, e-mails og løbende evalueringsskemaer samt fra workshops fik interventionsafdelingerne skønsmæssigt tildelt en samlet score, som blev trukket op af positive tilbagemeldinger om intentioner, som lykkedes, og ned af negative tilbagemeldinger om problemer. To af afdelingerne fik ingen scorere, da den ene kun gennemførte workshop 1, og den anden overhovedet ikke gennemførte workshops. Der blev givet en sammenlagt værdi fra 0-10.

Ud fra disse scores blev der udvalgt

- É To afdelinger med høje score (indtryk af en vellykket implementering)
- É En afdeling med medium score (indtryk af en delvist vellykket implementering)
- É En afdeling med lav score (indtryk af en mindre vellykket implementering)

Afdeling A og C blev udvalgt som afdelinger med vellykket implementering, afdeling B blev valgt som afdeling med delvist vellykket implementering, og D blev udvalgt som afdeling med mindre vellykket implementering. Afdeling B er ikke blandt de allerlavest scorede, men blev valgt alligevel, fordi den er placeret i den lave ende af scores, under gennemsnittet, og fordi afdelinger med endnu lavere scores virkede for belastede til at deltage i interviews, eller selv sagde nej til interviews.

Rekruttering af deltagerne til interviews

Der blev sendt en invitation til deltagelse i interviews via e-mail fra NFA. Det var frivilligt at deltage i undersøgelsen, hvilket kan have resulteret i en vis selektion af de afdelinger som deltog i interviews. Én adspurgt afdeling meldte fra, hvorfor en anden afdeling med noget bedre implementeringsgrad, men dog under gennemsnittet, blev rekrutteret.

Analyselstrategi for de kvalitative interviews

Alle interviewene blev transskriberet, kodet i Nvivo og analyseret med inspiration fra tematisk analyse (TA) (Braun & Clarke 2006). TA er karakteriseret ved, at der allerede i udvikling af interviewguiden udvikles a priori kodningskategorier, som gradvist udvides og udvikles i takt med gennemlæsning og analyse af datamaterialet. På denne måde har temaerne fra vores interviewguide guidet os i vores kategorisering af data. Vi har anvendt Nvivo 11 til at kode og systematisere data med udgangspunkt i vores interviewguide samt forskningsspørgsmål. Vi har dog også været fleksible omkring dette, så et enkelt nyt relevant tema, ledelsens rolle, kunne indgå i kodningen og analysen, fordi det var relevant.

BILAG 4 - STATISTIK

Styrkeberegning

Beregning af populationsstørrelsen var baseret på det primære outcome. Forud for projektet blev der lavet en beregning af populationsstørrelse baseret på data fra tidligere målinger. Denne beregning viste at der var behov for 13 clustre i hver gruppe (dvs. 26 clustre i alt) for at teste nul-hypotesen med 95% sandsynlighed, en standardafvigelse på 10% og en minimal relevant forskel mellem grupperne i brugen af hjælpemidler på 15%. Så vidt vi ved er det første gang trykknapper anvendes til at evaluere brugen af hjælpemidler, derfor var variationen ukendt da vi designede studiet. De 15% i forskel mellem grupperne er derfor baseret på bedst mulige estimat.

Statistik

De statistiske analyser er udført i SAS statistical software for Windows (SAS Institute, Cary, NC). Clustre (afdelinger) var indsat i beregningen som vilkårlig (random) faktor. Alle statistiske analyser er lavet som intention-to-treat ved at anvende linear mixed model, der tager højde for manglende værdier. Et α -niveau på 0,05 var accepteret som statistisk signifikant. Resultater rapporteres som mellemgruppens mindste gennemsnitlige kvadratforskelle og 95% konfidensintervaller fra baseline til 6 måneders opfølgning og fra 6 måneders opfølgning til 12 måneders opfølgning. Resultaterne er rapporteret som least mean square forskelle mellem grupperne og 95% konfidensinterval fra baseline til 6 måneders follow up og fra 6 måneders follow up til 12 måneders follow up. Forskellen mellem grupperne i oplevede ændringer var beregnet ved brug af Fisher's exact test.

BILAG 5 - EKSTERN VALIDITET (FASE 4)

For at teste den eksterne validitet af erfaringerne opnået i fase 1-3, evaluerede medarbejdere og ledere der ikke deltog i interventionen en brugervejledning i hvordan brugen af hjælpemidler kan øges på deres afdeling gennem deltagerinvolverende workshops. Brugervejledningen blev udarbejdet i samarbejde med de deltagende hospitalers arbejdsmiljøkonsulenter.

I brugervejledningen anbefalede vi afdelingerne, at gennemgå et forløb med følgende 5 punkter for at få det fulde udbytte af de deltagerinvolverende workshops:

1. identificering af barrierer for brugen af hjælpemidler
2. udvælgelse af workshopdeltagere
3. afholdelse af workshop(s)
4. opfølgning på handlingsplan(er)
5. evaluering af forløbet

Identificering af barrierer for brugen af hjælpemidler

Vi opfordrede medarbejderne til at starte forløbet med at identificere, hvilke udfordringer og barrierer der måtte være i forhold til at øge brugen af hjælpemidler på jeres afdeling. Dette kunne de eksempelvis gøre ved at spørge afdelingen til fællesmøder (ved brug af håndsoprækning) eller uddele et lille spørgeskema med følgende fem spørgsmål:

1. *Hvor mange patienter forflytter du dagligt? (hvis du forflytter den samme patient flere gange på én dag, tæller det som flere patienter)*
 - a. Svarkategorier: 1) Slet ingen, 2) Mindre end 1 patient dagligt, 3) 1-2 patienter dagligt, 4) 3-4 patienter dagligt, 5) 5-6 patienter dagligt, 6) 7-8 patienter dagligt, 7) 9-10 patienter dagligt, 8) Mere end 10 patienter dagligt
2. *Hvor ofte bruger du de nødvendige hjælpemidler når du forflytter patienter? (tænk på situationer, hvor du burde anvende hjælpemidler)*

- a. Svarkategorier: 1) 0 ud af 4 forflytninger (dvs. stort set aldrig) , 2) 1 ud af 4 forflytninger, 3) 2 ud af 4 forflytninger , 4) 3 ud af 4 forflytninger , 5) 4 ud af 4 forflytninger (dvs. hver gang)
3. *Tror du, at det er realistisk at øge brugen af hjælpemidler på din afdeling?*
- a. Svarkategorier: 1) Nej, slet ikke, 2) Ja, i nogen grad, 3) Ja, i høj grad
4. *Hvis du ikke altid bruger de nødvendige hjælpemidler i forbindelse med forflytning af patienter, hvad er da de typiske årsager?*
- Svarkategorier: 1) Tidspres, der er for travlt, 2) Akut patient, hvor der ikke er tid til at anvende hjælpemidler, 3) Manglende plads (stuerne), 4) Manglende plads (toiletter/bad), 5) Manglende viden om korrekt brug af hjælpemidlet, 6) Manglende forudsætninger (viden + teknik), 7) Hjælpemidlet er for langt væk, 8) Det er svært at finde hjælpemidlet, 9) Hjælpemidlet er optaget af en kollega, 10) Afdelingen har slet ikke hjælpemidlet, 11) Forglemmelse, 12) Fejlvurdering af patientens ressourcer, 13) Patienten nægter eller er utryk, 14) Forflytning alene, hvor vi burde være 2, 15) Utilstrækkelig info om pt. funktionsniveau ved overlevering, 16) Utilstrækkelig info i pt. journal eller pt. tavle, 17) Andet
5. *Skriv i nedenstående felt, hvis du har løsningsforslag til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen?*

Deltagerne blev i ovenstående spørgsmål 1-4 opfordret til at sætte en streg ud for de svarkategorier der passede på deres forhold til arbejdet med patienter og brugen af hjælpemidler. Følgende er en forklaring af hvordan spørgsmålene kan bruges til at skabe overblik over behovet for forbedring af brugen af hjælpemidler på afdelingen: Spørgsmål 1 bruges til at få et overblik over, hvor mange patienter, der reelt bliver forflyttet dagligt blandt medarbejderne. Hvis medarbejderne forflytter mange patienter og samtidig ikke bruger hjælpemidler særlig ofte (se spørgsmål 2), så er behovet for forbedringer stort. Spørgsmål 2 bruges til at finde ud af, hvor god personalet er til at bruge hjælpemidler, og hvor stort behovet er for at forbedre brugen. Hvis der er mange medarbejdere, der rapporterede, at det sker ofte (f.eks. 3 ud af 4), at de forflytter en patient uden brug af de nødvendige hjælpemidler, så er behovet stort. Mens hvis

hovedparten af medarbejderne rapporterer, at det aldrig sker, så er behovet for at forbedre brugen af hjælpemidler gennem deltagerinvolverende workshops måske ikke så stort. Spørgsmål 3 blev brugt til at identificere, hvor barriererne ligger for brugen af hjælpemidler på deres afdeling.

Vi anbefaler i brugervejledningen, at der i workshoppen blev fokuseret på de barrierer, hvor der var flest fra afdelingen, der havde sat streger ud for. Er der mange medarbejdere, der har sat en streg ud for, "Tidspres, der er for travlt", må man arbejde på løsningsforslag, der frigiver tilstrækkelig tid til at fokusere på den gode forflytning. Spørgsmål 4 adspørges for at vurdere, om medarbejderne reelt mener, at det er muligt at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen. Hvis hovedparten af medarbejderne ikke tror på, det er muligt, opfordres afdelingen til at tage en snak om, hvorfor dette er tilfældet. Men hvis mange af medarbejderne har en tro på, at brugen af hjælpemidler kan forbedres på afdelingen, så er nærværende deltagerinvolverende proces et godt sted at starte. Det sidste spørgsmål bruges til at indsamle bud på løsningsforslag til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen, inden workshoppen(erne) afholdes. Disse løsningsforslag kan så diskuteres til workshoppen(erne), hvorefter der kan laves en handlingsplan for dem.

Fordelen ved at benytte spørgeskemaet er, at det kan udfyldes anonymt, og at medarbejderne har mere tid til at tænke over deres svar. Brugervejledningen opfordrer afdelingens arbejdsmiljøansvarlige (afdelingslederen, forflytningsvejledere eller arbejdsmiljørepræsentanter) til at være ansvarlige for at indsamle svarene og herigennem danne sig et overblik over de vigtigste barrierer.

Udvælgelse af workshopdeltagere

For at sikre en konstruktiv og meningsfuld dialog i workshoppen(e) anbefalede vi afdelingerne, at der udvælges en gruppe bestående af 3-5 medarbejdere, afdelingslederen samt arbejdsmiljørepræsentanten for afdelingen eller hospitalets arbejdsmiljøkonsulent. Vi mener, at det er vigtigt, at afdelingslederen også deltager i workshoppen, da de fleste løsningsforslag til at forbedre brugen af hjælpemidler afhænger af lederens accept. Herudover så er vores erfaring, at det er en god idé at inddrage hospitalets arbejdsmiljøkonsulent, som kan give et overblik over mulighederne

for at sikre et succesfuldt forløb, f.eks. igennem vedkommendes erfaringer fra andre afdelinger.

Drejebog for afholdelse af workshop(s)

Workshoppens formål er at diskutere de identificerede barrierer for at øge brugen af hjælpemidler og dernæst finde et eller flere løsningsforslag til at håndtere disse barrierer. Til sidst i workshoppen udarbejdes en handlingsplan for implementering af disse løsningsforslag. For at have tid nok til at udvikle en handlingsplan anbefaler vi, at hver workshop har en varighed på minimum 2 timer. Vi anbefaler desuden afdelingen at opbygge workshoppen på følgende måde:

A. Diskussion af indhentet viden om barrierer – ca. 30 min

- Den ansvarlige for workshoppen (afdelingslederen, arbejdsmiljørepræsentanten, forflytningsvejledere eller anden ressourceperson) præsenterer den indhentede viden (fra spørgeskema eller fællesmøde) om afdelingens barrierer for brug af hjælpemidler. Her får workshopdeltagerne mulighed for kort at diskutere, om de kan genkende den fremlagte viden og herefter komme med eksempler på situationer, hvor de oplever barriererne i praksis.

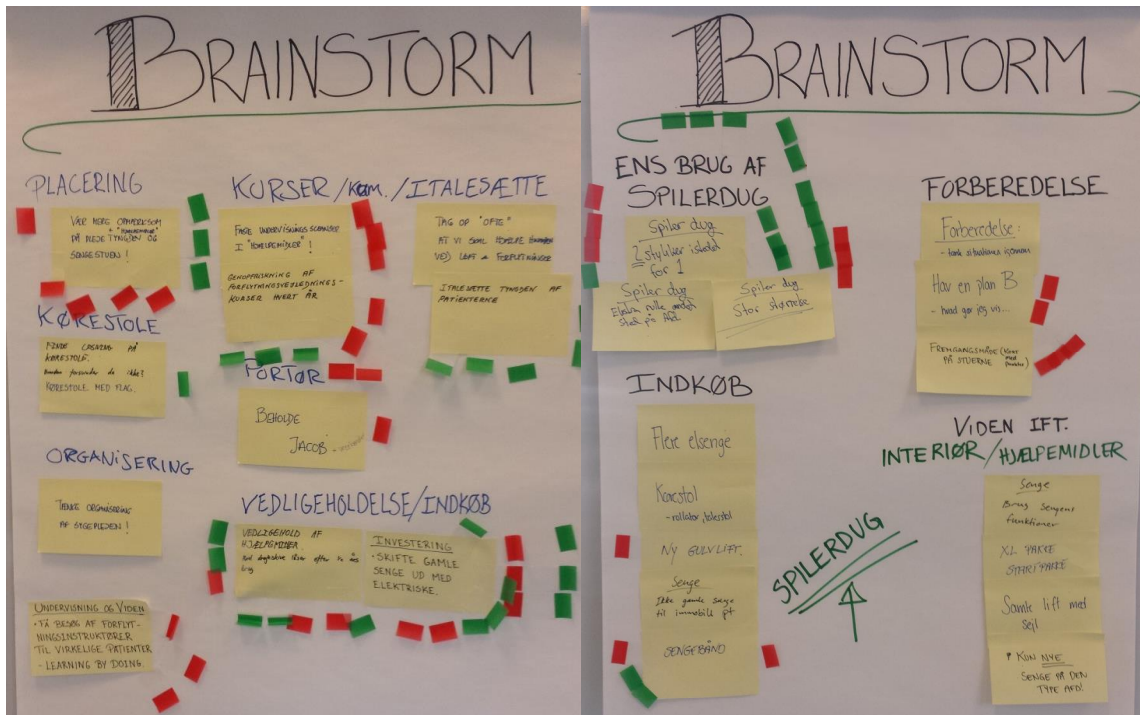
B. Brainstorm over mulige løsningsforslag og præsentation – ca. 60 min

Brainstorm - ca. 30 minutter

- Deltagerne skal her gå sammen i par og på ca. 10 minutter komme frem til så mange løsningsforslag til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen som muligt. Løsningsforslagene skrives ned på post-it, så de efterfølgende kan sættes op på en tavle og præsenteres for deltagerne.

Præsentation af løsningsforslag i plenum – ca. 30 minutter

- Hver gruppes løsningsforslag præsenteres og forklares kort, hvorefter de sættes op på en tavle/væg. Husk også at inddrage løsningsforslag fra andre medarbejdere på afdelingen (spørgsmål 5 i spørgeskemaet).
- Deltagerne bliver dernæst bedt om at gruppere løsningsforslagene, så de løsningsforslag, der minder om hinanden, hænger sammen på tavlen/væggen (se nedenstående billede).



Figur xx: Eksempler på en brainstorm over mulige løsninger til at forbedre brugen af hjælpemidler på afdelingen.

C. Sortering/prioritering af løsningsforslag i plenum - 20 min - 00:55-01:15

- Deltagerne skal nu prioritere løsningsforslagene efter, 1) hvor nemme de vil være at implementere, og 2) hvor stor effekt løsningsforslaget vil have på afdelingens brug af hjælpemidler. Prioriteringen foregår på følgende måde: Alle deltagerne får 6 små klistermærker i to forskellige farver (f.eks. grøn og rød), som bruges til at markere deres stemme med. De grønne klistermærker bruges til at markere, hvor nemt løsningsforslaget vil være at implementere (jo flere markeringer, jo nemmere skønnes implementeringen at blive). De røde klistermærker bruges til at markere, hvilke løsningsforslag der er mest relevante og vil have størst effekt for brugen af hjælpemidler på afdelingen. Der gives tre klistermærker til det løsningsforslag, deltageren vurderer er nemmest/har størst effekt (grøn eller rød), to klistermærker til det næst nemmeste og et klistermærke til det næste igen. På den måde foretages en individuel rangering af løsningsforslagene, så deltagerne får et overblik over, hvilke

løsningsforslag der bør sættes på. Vi anbefaler at implementere de løsningsforslag med flest grønne klistermærker først, så man lægger ud med en succesoplevelse. Hvis man ikke kan skaffe grønne eller røde klistermærker, kan man bruge tuscher med forskellig farve eller markere med eksempelvis kryds og bolle. Husk, at gemme post-it og tage billeder af de grupperede post-it, så I har dem til senere brug.

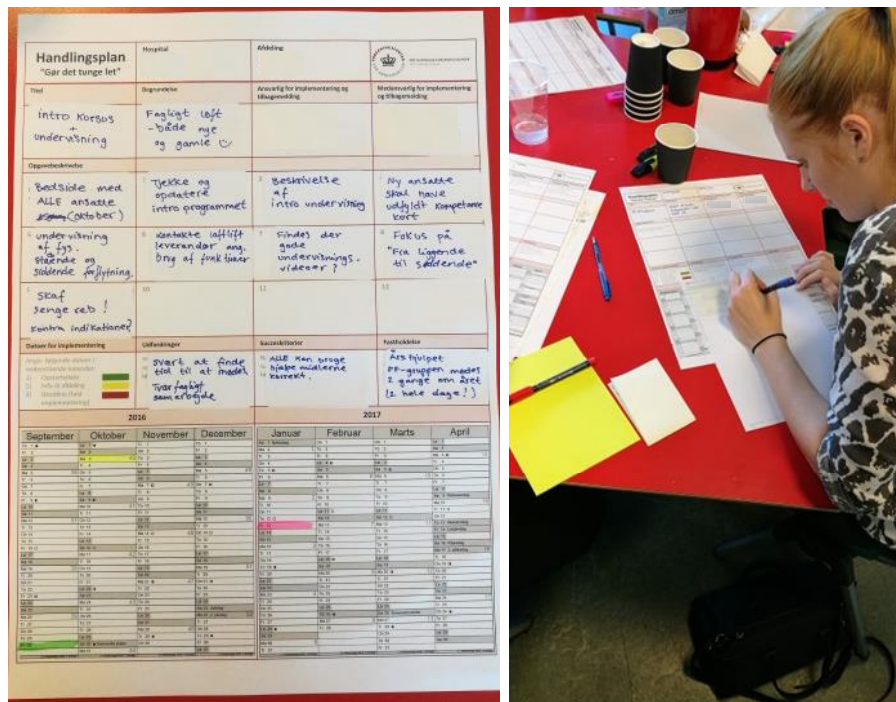


Figur xx: Sortering og prioritering af løsningsforslag under en workshop.

D. Udvikling af handlingsplan - ca. 30 min

- Deltagerne skal her udvikle en handlingsplan for implementeringen af minimum 2 af de løsningsforslag, de kom frem til i ovenstående. Print vedlagte skema "Handlingsplan" ud i A3-format og udfyld én plan for hvert løsningsforslag. I skemaet skal der fastsættes, 1) hvad der skal gøres, 2) hvorfor er det her forslag relevant for afdelingen, 3) hvem er ansvarlige for implementering og opfølgning, 4) hvornår startes implementeringen (opstartsdato), hvornår skal afdelingen have besked om løsningsforslaget (Info til afdeling), og hvornår er løsningsforslaget fuldt implementeret (Deadline), 5) hvilke udfordringer skal der tages højde for under implementeringen, 6) hvilke succeskriterier er der for

implementeringen af løsningsforslaget, samt 7) hvad skal der gøres for at fastholde løsningsforslaget på afdelingen. Handlingsplanen kan nu med fordel hænges op i afdelingens personalerum, så alle fra afdelingen ved, at der arbejdes med netop disse barrierer.



Figur 15: Udvikling af handlingsplan.

Opfølgning på handlingsplan(er)

For at sikre at implementeringen af afdelingens handlingsplan bliver succesfuld, er det vigtigt, at der løbende følges op på forløbet. Dette gøres bedst ved at lave klare aftaler under og efter workshoppen omkring succeskriterierne for implementeringen af handlingsplanen, hvordan en evt. fremgang kan måles samt faste deadlines for opfølgningerne. Hvis det vurderes, at implementeringen ikke kører som planlagt, justeres handlingsplanen, hvilket kan indebære en nedjustering af målsætninger, nye ansvarshavende eller deadlines. Det vigtigste er ikke, at den originale handlingsplan gennemføres præcis som tiltænkt, men at de endelige tiltag i afdelingen er menings- og effektfulde.

Evaluering af forløbet

Efter handlingsplanen er blevet implementeret, evalueres forløbet, hvorigennem det vurderes, om løsningsforslaget har haft en effekt på afdelingen. Dette kan eksempelvis gøres ved at evaluere effekten ud fra de succeskriterier og målsætninger, der blev etableret på den/de indledende workshops eller ved at observere hinanden under dagligdagens forflytningssituationer for at undersøge om både teknikken og brugen af hjælpemidler er forbedret. Hvis det lykkedes afdelingen at definere en metode til at måle tiltagets effekt på, kan denne med fordel benyttes. Hvis ikke, så spørg afdelingen om de har oplevet, at løsningsforslaget har haft en effekt på brugen af hjælpemidler, gerne med udgangspunkt i konkrete eksempler. Her kan det med fordel også diskuteres, om der er opstået nye barrierer for brugen af hjælpemidler under forløbet. Hvis dette er tilfældet, så udvikles en ny handlingsplan for at løse disse udfordringer og herved sikre, at løsningsforslaget fortsat vil have den tiltænkte effekt fremadrettet.

Evaluering af ekstern validitet

Selve evalueringen af ekstern validitet blev foretaget ved at sende brugervejledningen, samt et spørgeskema til at evaluere brugervejledningen, til afdelinger der ikke modtog interventionen.

Spørgeskemaet indeholdt følgende seks spørgsmål med tilhørende tekst:

Forestil dig følgende:

Din afdeling skal igennem en proces for at forbedre brugen af hjælpemidler. I den forbindelse vil vi gerne have din vurdering af den tilsendte brugervejledning. For at svare på de følgende spørgsmål er det derfor vigtigt at du har læst brugervejledningen.

- 1. I hvilken grad tror du, at brugervejledningen ville være brugbar i en sådan proces?*
- 2. I hvilken grad tror du, at en forudgående viden om din egen afdelings barrierer for brug af hjælpemidler ville være brugbar i en sådan proces?*
- 3. I hvilken grad tror du, at deltagerinvolverende workshops vil kunne forbedre brugen af hjælpemidler på din afdeling?*
- 4. Hvilken grad af opbakning tror du, der ville være fra dine medarbejdere for en sådan workshop?*

5. *Hvilken grad af opbakning tror du, der ville være fra din/dine ledere for en sådan workshop?*
6. *Hvilken grad af opbakning tror du, der ville være fra afdelingens arbejdsmiljøansvarlige for en sådan workshop?*

Alle spørgsmålene havde svarkategorierne: "Meget lav grad", "Lav grad", "Moderat grad", "Høj grad" og "Meget høj grad".

BILAG 6 – PROJEKTETS VIDENSKABELIGE ARTIKLER

Publicerede artikler:

1.

Markus D. Jakobsen, Birgit Aust, Johnny Dyreborg, Pete Kines, Maja B. Illum and Lars L. Andersen

“Participatory organizational intervention for improved use of assistive devices for patient transfer: study protocol for a singleblinded cluster randomized controlled trial”, BMC

Musculoskeletal Disorders (2016) 17:501

DOI 10.1186/s12891-016-1339-6

2.

Markus D. Jakobsen, Birgit Aust, Pete Kines, Pascal Madeleine and Lars L. Andersen

“Participatory organizational intervention for improved use of assistive devices for patient transfer: a single-blinded cluster randomized controlled trial”. SJWEH. 2018. Epub ahead of print. doi:10.5271/sjweh.3769

Artikler under udarbejdelse:

3. Markus D. Jakobsen, Thomas Clausen and Lars L. Andersen, *Can a participatory organizational intervention improve social capital and organizational readiness to change? Cluster randomized controlled trial at five Danish hospitals*

4. Markus D. Jakobsen and Lars L. Andersen, *The effect of a participatory organizational intervention on knowledge and skills for patient transfer. Cluster randomized controlled trial at five Danish hospitals*

5. Birgit Aust, Markus Due Jakobsen, Lars L Andersen, *Process evaluaiton of a participatory ergonomic intervention for increased use of assistive devices among healthcare workers.*