



Automatiseret patientforflytning for bedre ergonomisk arbejdsmiljø

Mixed-method studie af kliniske, organisatoriske og kulturelle barrierer ved forflytning af neurologiske patienter.

Kathrine Rayce
Tina Dalager
Tue Kjølhede
Teodora Chagas Letort
Karen Søgaard
Malte Kongstad Deleuran

Marts 2026

Slutrapport

Projekt titel

Automatiseret patientforflytning for bedre ergonomisk arbejdsmiljø

Forfattere

Kathrine Rayce, Odense Universitetshospital

Tina Dalager, Syddansk Universitet

Tue Kjølhede, Odense Universitetshospital

Teodora Chagas Letort, Odense Universitetshospital

Karen Søgaard, Syddansk Universitet

Malte Kongstad Deleuran, Centre for Clinical Robotics

Finansiel støtte

Arbejds miljø-forskningsfonden

Projekt nummer 20235100785

Udgiver

Odense Universitetshospital, Syddansk Universitet og Centre for Clinical Robotics

Udgivet

Marts 2026

Indholdsfortegnelse

1. Forord	4
2. Sammenfatning	5
3. Baggrund	7
3.1 PULLY: Automatiseret patientforflytning	8
3.2 Formål.....	8
3.3 Neurologiske patienter som patientgruppe	8
3.4 Rapportens opbygning	9
4. Metode og udførelse	9
4.1 Deltagerobservation	9
4.2 Gruppeinterviews	9
4.3 National spørgeskemaundersøgelse	10
4.4 Scoping review.....	11
5. Resultater	12
5.1 Resultater fra deltagerobservation og gruppeinterviews	12
5.2 Resultater fra national spørgeskemaundersøgelse.....	17
5.3 Resultater fra scoping review	23
6. Syntese af fund	25
6.1 Komplexiteten i arbejdet med patienter med kognitive udfordringer.....	26
6.2 Spændingen mellem anbefalinger og klinisk praksis.....	27
6.3 Kollegialt samarbejde og hjælp til hinanden	27
6.4 Normalisering af smerter i arbejdskulturen	28
6.5 Samlet perspektiv	28
7. Konklusioner og fremtidige perspektiver	29
7.1 Konklusion	29
7.2 Anbefalinger	30
8. Vidensdeling og publikationer	31
9. Referencer	32
10. Appendix	35

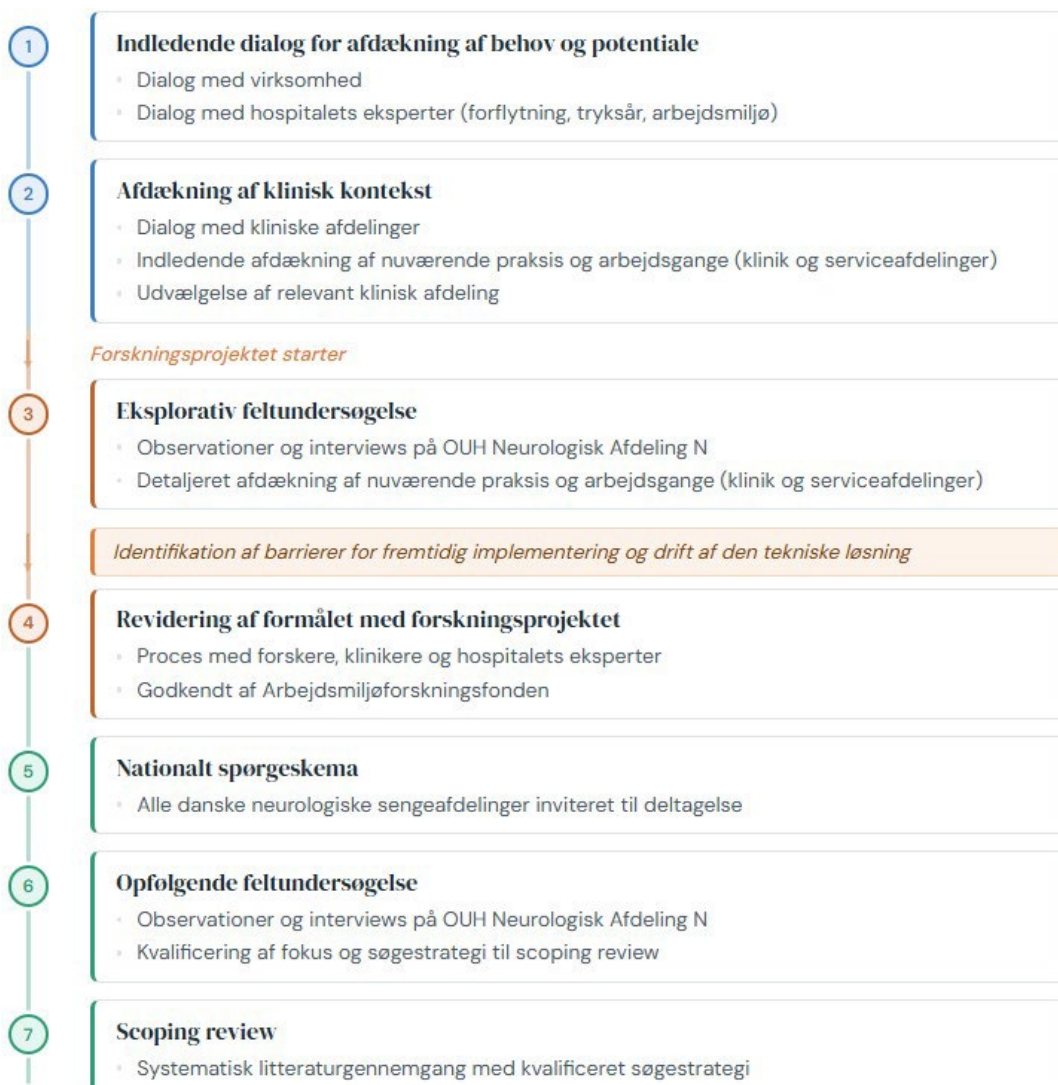
1. Forord

Forflytning af indlagte patienter udgør en kerneopgave for sundhedspersonalet på hospitalerne, men opgaven kan have betydelige negative konsekvenser for det ergonomiske og mentale arbejdsmiljø. Forskningsprojektet udspringer af et ønske om at undersøge hvordan arbejdsmiljøet kan forbedres for de faggrupper, der dagligt varetager denne krævende opgave. Det er en nødvendig indsats for at fremtidssikre et sundhedsvæsen, hvor personalet oplever trivsel gennem et helt arbejdsliv og hvor de fortsat kan yde den omsorg, som patienterne er afhængige af. Indsatsen kræver, at vi fortsat udfordrer eksisterende praksis samt søger ny viden og nye løsninger.

En særlig tak rettes til Arbejdsmiljøforskningsfonden, som med sin bevilling har gjort forskningsprojektet muligt og dermed bidraget til arbejdet med at adressere en væsentlig udfordring i sundhedsvæsenet. Vi takker samtidig de neurologiske afdelinger, som – på trods af en travl klinisk hverdag – har prioriteret deltagelse i projektet og bidraget med engagement og værdifulde erfaringer.

Forskningsprojektets proces

Projektet blev igangsat som et implementeringsprojekt med fokus på et teknisk hjælpemiddel, der forventedes at kunne aflaste sundhedspersonalet. Som det fremgår af denne slutrapport, valgte vi imidlertid at revidere projektets formål tidligt i forløbet. Det skyldes, at vi undervejs identificerede barrierer, som betød, at det tekniske hjælpemiddel ikke blev vurderet driftsegnet. Projektets proces er illustreret i figur 1 herunder.



2. Sammenfatning

2.1 Sammenfatning - Dansk

Baggrund og formål: Forflytning af indlagte patienter er fysisk belastende og en væsentlig årsag til muskel- og skeletbesvær blandt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Tekniske hjælpemidler kan aflaste personalet, men stiller høje krav til implementering, integration og drift. Forskningsprojektet blev initieret som et implementeringsstudie af et teknisk hjælpemiddel til fysisk aflastning. Formålet blev dog tidligt revideret på grund af identificering af en praktisk barriere for at hjælpemidlet kunne indgå i hospitalets drift.

På baggrund af det feltarbejde der blev gennemført tidligt i projektet, blev formålet revideret til at undersøge kliniske, organisatoriske og kulturelle barrierer ved forflytning af neurologiske patienter samt at identificere konkrete forbedringsmuligheder. Neurologiske patienter blev valgt som målgruppe fordi arbejdet med dem kan medføre særligt belastende situationer, som opstår i krydsfeltet mellem patienternes kognitive og fysiske funktionsnedsættelser.

Metoder: For at belyse arbejdsmiljøet fra flere vinkler har studiet anvendt et mixed-method design: (1) Deltagerobservationer og gruppeinterviews gennemført på et neurologisk sengeafsnit i Danmark, (2) en national spørgeskemaundersøgelse rettet mod plejepersonale på otte neurologiske sengeafsnit på tværs af fire regioner i Danmark, og (3) et scoping review om sundhedsprofessionelles oplevelse af forflytning af patienter med neurokognitive udfordringer.

Resultater: Samlet viser data en kompleks praksis, hvor kliniske, organisatoriske og kulturelle forhold gensidigt påvirker arbejdsmiljøet. De er beskrevet under fire centrale temaer:

1. Komplexiteten i arbejdet med patienter med kognitive udfordringer: Patienters kognitive tilstand er afgørende for forflytningers forløb og oplevelse, og gør arbejdet med neurologiske patienter mere kompleks end generelle forflytninger i plejesektoren.
2. Spændingen mellem anbefalinger og klinisk praksis: Det er tydeligt, at organisatoriske rammer ikke altid understøtter, at plejepersonalet kan arbejde som anbefalingerne foreskriver.
3. Kollegialt samarbejde og hjælp i en travl hverdag: Kulturen og rammerne på et travlt sengeafsnit kan betyde, at plejepersonalet ikke beder om hjælp til forflytninger. Hjælp til hinanden bliver dermed i praksis at aflæse kollegaers travlhed og derfor undlade at bede om hjælp.
4. Normalisering af smerter i arbejdskulturen: 83% af respondenterne rapporterer smerter i kroppen inden for de seneste tre måneder, men den hyppigste håndteringsstrategi er at se, om smerterne går over af sig selv, og færre end 10% går til ledelsen eller arbejdsmiljørepræsentanten.

Samlet perspektiv: Resultaterne viser, at udfordringerne ved patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit opstår i et samspil mellem patienternes kognitive og fysiske funktionsniveau, organisatoriske rammer som tidspres og bemanning, tilgængelighed og brug af hjælpemidler samt arbejdskulturelle normer omkring smerter, hjælp og ansvar. Studiet peger desuden på, at forflytning af neurologiske patienter ikke alene er en fysisk og ergonomisk opgave, men i høj grad også en relationel og kommunikativ praksis. Et vigtigt fund er således, at den gængse uddannelse i forflytningsteknik ikke nødvendigvis dækker de kompetencebehov, som arbejdet med kognitivt udfordrede patienter stiller.

Projektet giver et første, samlet billede af arbejdsmiljøet ved patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit i Danmark, og præsenterer fem anbefalinger til det videre forbedringsarbejde.

2.2 Summary - English

Background and Aim: Patient handling is physically demanding and a major cause of musculoskeletal disorders among nurses and healthcare assistants. Technical aids may help reduce physical strain but place high demands on implementation, integration, and operation. This research project was initiated as an implementation study of a technical aid for physical relief; however, the aim was revised early on due to a practical barrier that rendered the device unsuitable for clinical use.

Based on early fieldwork, the revised aim was to investigate clinical, organizational, and cultural barriers related to patient handling of neurological patients and to identify concrete opportunities for improvement. Neurological patients were chosen due to the particularly demanding situations arising from the interaction between cognitive and physical impairments.

Methods: A mixed-methods design was applied to capture the work environment from multiple perspectives: (1) participant observations and group interviews conducted at a neurological department in Denmark, (2) a national survey targeting healthcare staff across eight neurological wards in four Danish regions, and (3) a scoping review on healthcare professionals' experiences with patient handling of patients with neurocognitive impairments.

Results: Overall, the data reveals a complex practice in which clinical, organizational, and cultural factors interact to shape the work environment. These are summarized in four key themes:

1. Complexity related to cognitive impairments: Patients' cognitive status significantly influences how patient handling is performed and experienced, making neurological patient handling more complex than general patient handling.
2. Mismatch between guidelines and practice: Organizational conditions do not consistently support adherence to recommended practices.
3. Collegial collaboration under time pressure: In busy clinical settings, collaboration often involves refraining from asking for help, partly due to awareness of colleagues' workload.
4. Normalization of pain: 83% of respondents reported musculoskeletal pain within the past three months; however, the most common coping strategy is to wait for the pain to subside, and fewer than 10% would involve management or occupational health representatives.

Overall Perspective: The findings show that challenges in patient handling on neurological wards arise from the interplay between patients' cognitive and physical functioning, organizational conditions such as time pressure and staffing, the availability and use of assistive devices, and workplace cultural norms regarding pain, help, and responsibility. Patient handling thus emerges not only as a physical and ergonomic task, but also as a relational and communicative practice. An important finding is that current training in patient handling techniques does not fully address the competencies required for working with cognitively impaired patients.

The project provides a first comprehensive overview of the work environment related to patient handling in neurological wards in Denmark and presents five recommendations for future improvement efforts.

3. Baggrund

Forflytning af indlagte patienter er en essentiel og hyppigt forekommende opgave for sundhedspersonalet på hospitalerne. Opgaven er dog både belastende og tidskrævende for sundhedspersonalet¹⁻⁶.

Adskillige studier har fundet, at arbejdsstillinger, tunge løft, skub og træk samt varighed og gentagelser af eksterne belastninger er væsentlige faktorer, der kan forårsage fysisk overbelastning og hermed føre til udvikling af muskel- og skeletbesvær (MSB)⁷⁻¹¹. Sundhedspersonalet udsættes for disse faktorer mange gange hver dag i forbindelse med forflytninger, og det udgør en dokumenteret faktor for udvikling af MSB^{1-6,12}.

En anden væsentlig udfordring ved forflytninger er det tids- og ressourcforbrug det kræver. For at forebygge MSB og skader foreskriver guidelines for forflytninger¹³, at der skal mere end en person til en forflytning, hvilket kræver mange ressourcer i en travl arbejdsdag.

MSB er et udtalt problem hos sundhedspersonale, og særligt for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter^{1,14-16}. Det er blandt andet dokumenteret i undersøgelsen "Arbejdsmiljø og Helbred i Danmark 2018", hvor det blev fundet, at 37% af sygeplejersker og 46% af social- og sundhedsassistenter oplever MSB et sted i kroppen hver uge¹.

MSB er årsag til nedsat funktionsevne^{17,18}, reduceret livskvalitet^{17,18}, reduceret arbejdsevne^{1,18-20}, øget sygefravær^{1,18,19}, tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet^{1,18,19}, og det kan potentielt øge risikoen for kroniske sygdomme²¹. Rapporten Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme 2022²² samt data fra Global Burden of Disease Study^{17,23} viser tydeligt, at MSB fortsat er en stor udfordring på trods af mangeårigt, målrettet indsats med forbedring af arbejdsmiljøet.

Når udfordringen med MSB blandt sundhedspersonale endnu ikke er løst, så kan det skyldes en række faktorer. Forskningen peger på følgende som nogle af de væsentlige: Mangel på hjælpemidler³, arbejdskraft og tid^{1,24}. Arbejdskraft- og tidsaspektet er en højaktuel udfordring i en tid med mangel på sundhedspersonale og et fortsat mere presset sygehusvæsen. Et nyligt studie²⁴ har vist, at sundhedspersonalet vurderede tidspres som den største barriere for at anvende hjælpemidler i forbindelse med forflytninger. Hvis tidspres fører til manglende brug af hjælpemidler, er det kritisk, da studier viser, at brugen af hjælpemidler er central for at reducere risikoen for MSB^{1,6,15,25,26}.

Der findes en række manuelt betjente hjælpemidler, som kan reducere den biomekaniske belastning som risikofaktor ved patientforflytning. Automatiserede, tekniske løsninger hvor selve bevægelsen udføres af udstyret frem for af personalet, er der derimod langt færre af, selvom de potentielt kan aflaste personalet i endnu højere grad. Disse automatiserede hjælpemidler stiller imidlertid også større krav til implementering, integration i arbejdsgange og driften på hospitalerne.

Når nye arbejdsgange og automatiserede løsninger skal erstatte en eksisterende praksis, der er dybt forankret i strukturelle rammer, opstår der både individuelle og organisatoriske barrierer. Samtidig stiller implementeringen krav om øget samarbejde på tværs af funktionsområder og respektive faggrupper. Derfor er der behov for en grundig undersøgelse af den praksis, som hjælpemidlet skal indgå i, så der kan udvikles konkrete og anvendelige arbejdsgangsbeskrivelser for både implementering og daglig brug.

3.1 PULLY: Automatiseret patientforflytning

PULLY er en teknisk løsning til forflytning af patienten højere op i sengen. PULLY monteres ved hovedgærdet på sengen og med et tryk på en fjernbetjening vil en motor skånsomt trække sengelagret i retning mod hovedgærdet. Hermed trækkes patienten op i sengen og tilbage i rette position.

For at forberede implementering af PULLY bestod det indledende arbejde i projektet af at kortlægge den eksisterende praksis for patientforflytning i sengeafsnittet samt at identificere facilitatorer og barrierer for implementering af PULLY i hospitalets drift. Efterfølgende skulle projektet undersøge den nye praksis.

Den detaljerede kortlægning af praksis i projektets indledende faser ledte hurtigt til identificering af en væsentlig praktisk barriere: Brug af PULLY ville kræve manuel håndtering og manuel vask af de tilhørende sengelagner, da deres ekstra længde ikke kan håndteres af vaskeriets maskiner.

Yderligere undersøgelser, dialog med flere vaskerier om alternative løsninger og indhentning af tilbud viste, at manuel håndtering var den eneste mulige løsning. Dette ville imidlertid medføre en merudgift til vaskeriet på +1341% pr. lagen pr. vask samt ekstraopgaver for servicepersonalet. Det blev vurderet ikke driftsegnet.

Virksomheden mente ikke, at udfordringen kunne løses inden for en rimelig tidsramme for projektet – og måske slet ikke. I dialog med bevillingsgiver vurderede projektgruppen derfor, at afprøvning af PULLY ikke var meningsfuld, når fremtidig drift var usandsynlig. **Derfor blev projektets formål revideret.**

3.2 Formål

Deltagerobservationer og gruppeinterviews på et neurologisk sengeafsnit frem til implementeringsfasen pegede imidlertid på et betydeligt behov for at forbedre personalets arbejdsmiljø – og at patientforflytninger i sengen er en væsentlig belastning. Projektgruppen vurderede i samråd med Arbejdsmiljøforskningsfonden, at projektet med et revideret formål – og uden afprøvning af PULLY – fortsat kunne bidrage med væsentlige resultater og anbefalinger.

Formålet er at undersøge kliniske, organisatoriske og kulturelle barrierer ved forflytning af neurologiske patienter samt at identificere konkrete forbedringsmuligheder gennem brug af hjælpemidler, optimerede arbejdsgange og udvikling af arbejdskulturen.

3.3 Neurologiske patienter som patientgruppe

Patientforflytninger inden for det neurologiske speciale er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet, som påvirker den fysiske og psykiske belastning for personalet. De neurologiske patienter fremtræder med særlige udfordringer, som opstår i krydsfeltet mellem patienternes kognitive og fysiske funktionsnedsættelser.

På de neurologiske sengeafsnit behandles patienter med lidelser som blodprop i hjernen, hjerneblødning, epilepsi, nervebetændelser, demens og en række andre neurologiske lidelser. For denne patientgruppe er kognitiv svækkelse ofte en definerende faktor, hvilket medfører begrænset samarbejdsevne og nedsat situationsforståelse under forflytninger.

Den neurologiske patientgruppe er derfor særlig relevant i et arbejdsmiljøperspektiv. Den repræsenterer nogle af de mest komplekse og belastende forflytningssituationer i klinisk praksis og rummer samtidig et betydeligt potentiale for forbedringer.

3.4 Rapportens opbygning

Forskningsprojektet omfatter flere forskningsmetoder: Deltagerobservation, gruppeinterviews, en national spørgeskemaundersøgelse og et scoping review over den internationale litteratur. Resultaterne præsenteres adskilt for hver metode.

Efterfølgende samler vi tværgående temaer i en syntese. Her sammenholder vi fundene fra projektets forskellige delstudier for at identificere centrale mønstre og skabe en samlet forståelse af de barrierer og muligheder, der knytter sig til patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit.

Afslutningsvis perspektiverer vi rapportens resultater og den tværgående syntese i forhold til arbejdet med at forbedre arbejdsmiljøet ved forflytning af neurologiske patienter. På den baggrund præsenterer vi anbefalinger til håndtering af patientforflytninger med fokus på kliniske, organisatoriske og kulturelle forhold.

4. Metode og udførelse

4.1 Deltagerobservation

For at kunne beskrive og få indsigt i den daglige praksis på det neurologiske sengeafsnit, og hermed også konteksten for forflytninger, blev der udført deltagerobservation før den oprindeligt tiltænkte afprøvning af PULLY. For at kende til arbejdsgange og belastninger i forskellige dele af døgnet blev deltagerobservationerne fordelt på tre vagter: en dag-, aften-, og nattevagt à 7-8 timer. Når forskeren mødte ind, hjalp det kliniske personale med at vurdere hvilket team, der i den pågældende vagt, havde flest patienter, der behøvede hjælp til forflytninger.

Der blev efterfølgende gennemført seks deltagerobservationer for at få indsigt i, hvordan det kliniske personale oplevede at lave forflytninger med patienter med kognitive udfordringer. Disse blev gennemført i dagvagter, idet de indledende deltagerobservationer og gruppeinterview viste, at det kliniske personale oplevede forflytninger mest belastende i dagvagten. Aften- og nattevagterne bar for personalet mere præg af at foregå i faste teams, hvor personalet følte, at de kendte hinanden og dermed også følte sig mere trygge ved at koordinere arbejdet og lave forflytninger sammen.

Forskeren fulgte sygeplejersken eller social- og sundhedsassistenten i deres sammenhængende arbejdsdag, og kunne qua sin baggrund som sygeplejerske tilbyde personalet hjælp. Udover indsigt i det kliniske personales erfaringer og praksisser, gjorde forskeren sig også egne kropslige erfaringer med arbejdet og fik dermed større forståelse for personalets oplevelser og kunne stille kvalificerede spørgsmål undervejs i arbejdsopgaverne. Deltagerobservationerne bidrog således også med viden fra uformelle interviews.

Tilgangen til den analytiske proces har været inspireret af Emerson, Fretz og Shaw, der læner sig op ad Grounded Theory²⁷. Noter fra deltagerobservation blev løbende kodet med en åben tilgang til feltet (induktiv tilgang). Efterhånden som temaerne viste sig, blev relevant litteratur inddraget til at uddybe fundene (deduktiv tilgang), ligesom der i deltagerobservationerne blev arbejdet yderligere med at undersøge temaernes substans. Kodningsprocessen fortsatte igennem hele forløbet med deltagerobservation. Analyseprocessen var dermed iterativ i takt med at feltobservationerne og temaerne udkrystalliserede sig.

4.2 Gruppeinterviews

Der blev afholdt et gruppeinterview med det formål at undersøge det kliniske personales italesættelse af deres oplevelser med forflytninger på det neurologiske sengeafsnit og holdninger til forflytningsteknologien

PULLY. Derudover fungerede gruppeinterviewet ligeledes til at spørge ind til identificerede temaer fra deltagerobservationerne.

Afdelingsledelsen rekrutterede informanter til gruppeinterviewet. To sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter deltog i et 70 minutters interview. Temaer i interviewguide fremgår af tabel 1.

Forflytninger på langs af seng	Andel af forflytninger på langs af seng Oplevelse af forflytning på langs af seng
Ergonomi	Fordeling af patienter på teams Arbejdsstillinger Hjælpe midler
Hjælp og timing	Forflytninger alene eller sammen med en kollega <ul style="list-style-type: none"> - Har I brug for at bede om hjælp? - Er der situationer, hvor I vælger at forflytte selv Er der særlige tidspunkter/vagter hvor forflytning er besværlig – og løsning herpå Hyppighed af forflytninger
Fysiske og psykiske aspekter ved forflytning	Oplevelse af smerter samt årsag hertil Psykisk belastende oplevelser
Patienternes oplevelser	Jeres indtryk af patienternes oplevelser med forflytning på langs af seng
Tanker om PULLY	Hvad har I hørt om PULLY? Er løsningen meningsfuld? Facilitatorer og barrierer for PULLY Vigtige aspekter ved forestående introduktion

Tabel 1: Temaer for interviewguide til gruppeinterview

Gruppeinterviewet blev lyttet igennem med en induktiv tilgang til feltet, og temaer blev noteret og resumeret. I de efterfølgende deltagerobservationer blev temaerne inddraget i fokus, for at registrere om og hvordan de italesatte fænomener udfoldede sig i praksis.

4.3 National spørgeskemaundersøgelse

En spørgeskemaundersøgelse blev gennemført for at skabe et nationalt datamateriale specifikt for plejepersonalet, der arbejder med forflytning af neurologiske patienter. Baggrunden for den nationale spørgeskemaundersøgelse var at skabe større forståelse for de udfordringer, der specifikt er forbundet med forflytning af neurologiske patienter og kan danne grundlag for mere effektive og målrettede indsatser på tværs af hospitaler med neurologiske afdelinger.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført med SurveyXact, hvor invitation til at deltage blev udsendt via arbejdspladsen til medarbejdernes arbejds mail. I invitationen var et link, hvorpå hver enkelt medarbejder kunne logge ind og besvare anonymt.

For at målrette invitation til deltagelse, blev der indledningsvist etableret en oversigt over alle de neurologiske afdelinger på hospitaler i Danmark, der har sengeafsnit. Listen blev udarbejdet ud fra diverse registre og oversigter tilgængelige på det danske sundhedsvæsens hjemmesider. I alt blev 14 neurologiske afdelinger identificeret (4 fra region Syddanmark, 4 fra Region Hovedstaden, 3 fra Region Midtjylland, 2 fra Region Sjælland og 1 fra Region Nordjylland). Ud fra tilgængeligt materiale på hospitalernes hjemmesider

blev der identificeret navn, telefonnummer eller mailadresse på relevant indgangsperson til afdelingen. Derefter blev der etableret kontakt til alle afdelingerne (13 telefonisk og en per mail) med information om undersøgelsen og orientering om afdelingens rolle og opgave, hvis de indvilligede i at deltage i den nationale spørgeskemaundersøgelse. Først sikrede vi, at det var den rigtige kontaktperson, vi havde fundet frem til, og alternativt bad vi om kontaktoplysninger til den relevante kontaktperson på sengeafsnittet, som kunne understøtte praktik vedr. spørgeskemaundersøgelsen.

Opgaver for kontaktpersonen var at udsende mail og link til spørgeskemaet til personalet på det neurologiske sengeafsnit, hvis arbejde indebar forflytninger (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og fysioterapeuter). Derudover blev de bedt om at orientere om projektet på sengeafsnittet, så der blev skabt interesse og opmærksomhed om undersøgelsen og gerne også på andre måder at understøtte besvarelse af spørgeskemaet.

Otte sengeafsnit (3 fra Region Syddanmark, 3 fra Region Midtjylland, 1 fra henholdsvis Region Nordjylland og Region Sjælland) gav forhåndstilsagn om at formidle spørgeskemaer til deres relevante personale.

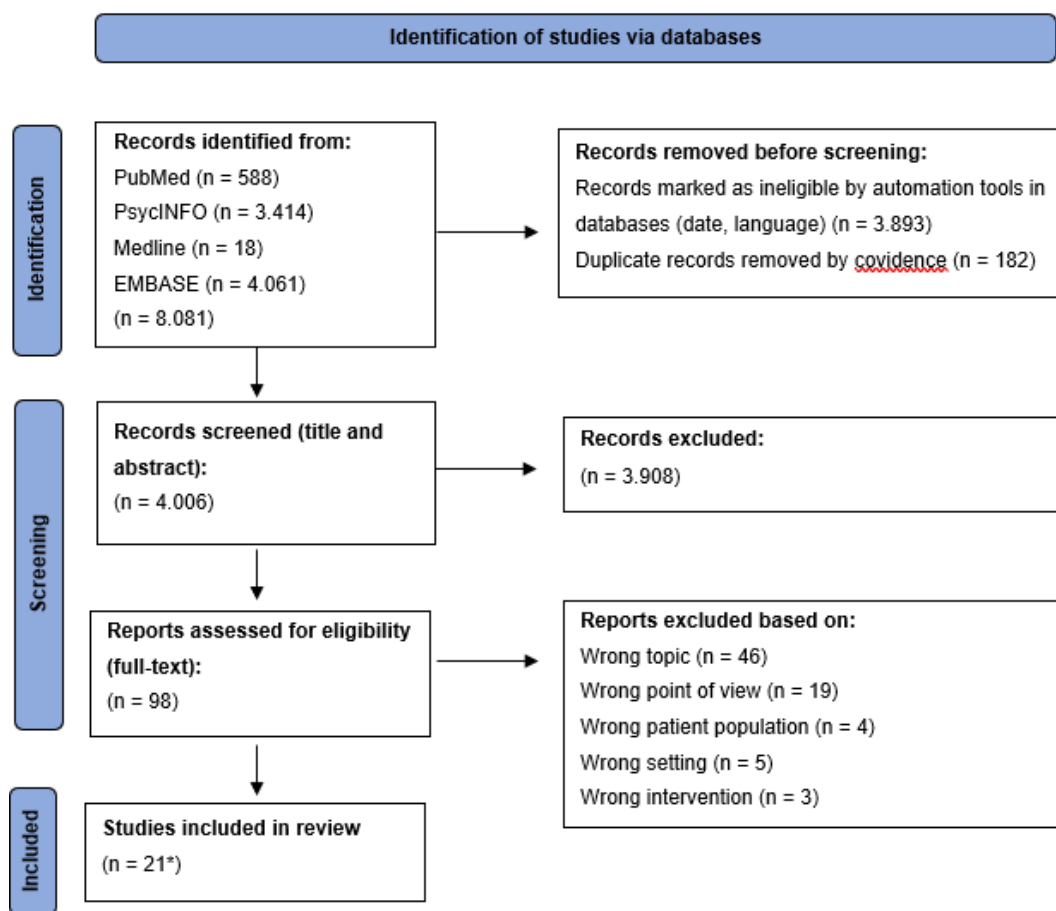
Spørgeskemaet var sammensat med standardiserede og velvaliderede spørgsmål tidligere anvendt i andre danske arbejdsmiljøundersøgelser. Enkelte spørgsmål blev dog specifikt formuleret målrettet for vores målgruppe. Spørgeskemaet er vedlagt som appendix.

Overordnet blev spørgsmålene målrettet tre hovedtemaer: Kortlægning af helbredsstatus og muskel- skelet besvær for personale på neurologiske sengeafsnit, kortlægning af omfanget af forflytninger og endelig kortlægning af den nuværende praksis for forflytning af neurologiske patienter indlagt på sengeafsnit. Data er analyseret deskriptivt og præsenteres som gennemsnit med standardafvigelse (mean, SD) for kontinuerte variabler, eller som antal og procent (n, %) for kategoriske variabler. Til sammenligning på tværs af regioner er der anvendt envejs variansanalyse (ANOVA) for kontinuerte variabler og Pearsons Chi²-test for kategoriske variabler. Statistisk signifikans er defineret ved $p < 0,05$. Analysen inkluderer de 126 respondenter med fuldt besvarede spørgeskemaer (svarprocent 24%).

4.4 Scoping review

Et scoping review blev gennemført for at kortlægge den eksisterende litteratur på området, samt for at identificere centrale temaer og eventuelle videnshuller. Den systematiske litteratursøgning, som danner grundlag for projektets scoping review, er gennemført og rapporteret i overensstemmelse med retningslinjerne i Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)^{28,29}. Søgeord relateret til sundhedspersonalets oplevelser af forflytninger af patienter med kognitive lidelser, blev identificerede ud fra *population, interest* og *context* (PICO). På baggrund af PICO blev der udarbejdet en bloksøgning, hvor søgeord kombineres ved brug af boolske-operatorer (AND/OR). Søgningen blev gennemført i databaserne PubMed, PsycINFO, MEDLINE og EMBASE.

Udvælgelsesprocessen af litteraturen blev dokumenteret i et flowchart for at skabe transparens og reproducerbarhed i identifikations-, screenings-, samt inklusions- og eksklusionsprocesser.



Figur 2: Flowchart

5. Resultater

5.1 Resultater fra deltagerobservation og gruppeinterviews

Fund fra deltagerobservationer og gruppeinterview viser at forflytninger i kontekst af et travlt klinisk sengeafsnit er en kompleks praksis og står i modsætningsforhold til præmissen for anbefalinger for korrekte forflytninger.

I det følgende præsenteres fremtrædende temaer fra analysen af vores datamateriale, hvor empiriske eksempler illustrerer analysens pointer.

5.1.1 Fortolkning af patienterne

En stor andel af patienterne på det neurologisk sengeafsnit er kendetegnede ved at være kognitivt udfordrede. I deltagerobservationerne blev det tydeligt, at de sundhedsprofessionelle navigerede mellem dels at etablere en relation til patienten og at oversætte deres observationer ind i en biomedicinsk forståelsesramme. Det blev gjort med henblik på patientens behandling og muligheder for at komme sig.

"[Patienten] er en mand, der vejer 140 kg. Han har en hjerneblødning og venstre side er lammet. Han har også haft lungeødem. Der står i journalen, at han har fortalt, at han har telepateret med nogen i Østrig i nat.

Han er til observation for delir. Hvis han har det, kan han ikke henvises til rehabilitering. Personalet i aften- og nattevagt har været usikre på, hvordan de skal forstå hans mentale tilstand. En læge har drøftet ham med psykiatrisk bagvagt. De har også overvejet om han bliver bedre efter at hans infektion er ovre. I aftenvagten har han også været svingende. Dog har han fortalt om sit arbejde, hvor han lyder relevant. Han taler dog også om Afrika og at nogen vil tage hans ble og lave narko ud af det.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Fortolkningsarbejdet foregik også under opgaver med personlig pleje af patienterne, hvori forflytninger ofte indgik. Det blev tydeligt at disse patienter adskiller sig fra en del andre patienter, der skal have hjælp til forflytning, idet de kognitivt ikke begriber aktiviteten. Dette udfordrede de sundhedsprofessionelle både fysisk og psykisk, idet patienterne ikke kunne medvirke til forflytningerne og i nogle tilfælde modarbejdede.

5.1.2 Forflytningshjælpemidler

FORFLYTNINGSTEKNOLOGI	FUNKTIONER SOM KAN BENYTTES
Løst lagen	Sengelagen liggende løst under patienten til at kunne forflytte patienten længere op eller ned i sengen. Det er ikke formelt godkendt til at anvendes på denne måde, da et løst liggende lagen kan forårsage slid på skrøbelig/udsat hud og betyde udvikling af tryksår. Personalet brugte det dog i en del sammenhænge.
Glidestykker i forskellige farver	Kan bidrage til friktionsfri forflytning af patienter i en seng eller stol, og dermed mindske belastning af personalet. Kan også benyttes til at vende patienten i siddende eller liggende stilling.
Trykmadras	Trykaflastende madras til patienter, der er sengeliggende mindst 15 t/døgnet. Madrassen kan justeres i hårdhed, afhængig af patientens behov og plejesituationer.
HoverMatt	Luftassisteret madras til patientforflytning. Muliggør trykaflastning og nedsætning af friktion, så belastningen for personalet nedsættes.
MasterTurner	Kan medvirke til nedsat friktion under kroppen for at fremme vending, mobilisering, forflytning i seng og ind og ud af seng. Kan nedsætte personalets arbejdsbelastning, når friktionen nedsættes.
Loftslift	Monteret i loftet på patientstuerne. Sammen med segl anvendes loftslifte til at forflytte patienter mellem seng og (bækken)stol. Den betjenes af en batteridrevet fjernbetjening, der skal være opladet for at fungere.
Segl til forflytning mellem seng og (bækken)stol	Anvendes sammen med en loftslift. Engangssegl (alene til forflytning, hvorfor det skulle fjernes efter forflytning af patienten). Sit on segl (Segl beregnet til at patienten kunne blive siddende på) Findes i forskellige størrelser afhængig af patientens vægt

Sara steady	Gangstativ der anvendes til forflytning fra seng/stol, til for eksempel stående/gående med hjælp fra kun én sundhedsprofessionel.
--------------------	---

Tabel 2: Oversigt over hyppigt forekommende forflytningsteknologier under deltagerobservationerne og hvordan de typisk kunne anvendes.

Det kliniske personale har forskelligt og begrænset kendskab til teknologierne. Nogle har sat sig ind i de teknologier, som de oplever fungerer for dem. Deltagerobservationerne viser også, at det er meget forskelligt, hvordan det kliniske personale oplever anvendelsen af forflytningsteknologier:

”Til en anden sengevask synes en sygeplejerske ikke at det er tungt at hive i lagnet ovre fra den anden side. Hun forklarer at trykmadrassen har en glat flade, så lagnet glider nemmere. Det er forskelligt fra hvad en anden har sagt, hvor hun siger, der skal ligge et stort grønt stykke oven på trykmadrassen. Det gør der ikke her.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

En sygeplejerske eller assistent kan omtale en teknologi som rigtig god og den, man bør bruge altid, mens en anden oplever at den er ubrugelig og slidt.

Derudover blev det også tydeligt, at nogle teknologier ikke bliver brugt, fordi personalet ikke har kendskab til at de findes, eller kan bestilles:

”Jeg hjælper en sygeplejerske med at vende en patient, der ligger på en trykmadrass. Hun er overrasket over, at den er så glidevenlig. En af sygeplejerskerne kan ikke finde ud af at gøre trykmadrassen hård, som den skal være til sengevask. Hun henter en kollega, der heller ikke ved det, men sammen får de det til at virke. Kollegaen siger, at hun aldrig bruger den funktion med at gøre madrassen hård, inden hun vasker.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Andre gange er teknologien et andet sted, end der, hvor der er brug for den.

På grund af mangel på plejepersonale havde personalet fra ambulatoriet fået en andel af deres arbejde på sengeafsnittet. Dette kunne have betydning for deres viden om forflytningsteknologier: Hvordan de kunne anvende dem, hvor de kunne finde dem, og hvor meget rutine, de havde i at bruge dem. Der kunne således være markant forskel på kvaliteten af forflytninger, afhængig af, om det var en rutineret medarbejder fra sengeafsnittet, eller om det var en medarbejder, der havde det meste af sit arbejde i ambulatoriet:

”Så skal patienten op i sengen igen, og det går meget problemfrit, og slet ikke som i [forleden]. [...] Resten af mobilisering er uden dårlige arbejdsstillinger, igen fordi han ikke skal have fjernet seglet, han sidder på [sit on segl]” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Ved at have lavet to uafhængige deltagerobservationer omkring den samme bariatriske patient, med henholdsvis en rutineret sosu-assistent, 100% ansat i sengeafsnittet, og en sygeplejerske, primært ansat i ambulatoriet, blev det meget tydeligt, at anvendelse af rette teknologi, på rette måde, gjorde en mærkbar fysisk forskel.

5.1.3 Svære forflytninger, smerter og travlhed

Både i gruppeinterviews og i deltagerobservationerne var det påfaldende, at smerter bliver italesat meget lidt og sjældent uopfordret. Når der blev spurgt ind til smerter, viste det sig at der var flere, der levede med

og måske også vedligeholdet deres smerter ved at arbejde på trods af smerterne. I gruppeinterviewet havde tre ud af fire smerter.

”Sygeplejersken fortæller mig at hun har hovedpine. Hun spørger mig, om jeg kender det at føle det som om man går i en osteklokke. [...] Jeg spørger, hvor det kommer fra, og hun forklarer, at det kommer fra nakken, og stammer fra arbejde med en patient, der for et par år siden modarbejdede hende i en forflytning. Hun har ikke meldt det som en arbejdsskade. Det ved hun ikke lige, hvordan hun skal gribe an.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Denne sygeplejerske levede med hovedpine og havde ikke meldt det som arbejdsskade. Andre havde ondt i ryggen og omtalte det som en tilstand eller hyppigt tilbagevendende:

”Hun fortæller, at hun tit har ondt i sin ryg. Jeg spørger til om man beder om at blive skånet, hvis man har ondt i sin ryg? Hun siger at det gør man kun, hvis det gør meget ondt. Samtidig kan det være svært at holde det, hvis der bliver meget travlt. Så er man ligesom bare i gang.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Travlhed viser sig at være en faktor, når det kliniske personale skal forholde sig til at skåne sig selv i arbejdet.

Plejepersonalets smerter var ikke altid direkte henførbare til arbejdet. For eksempel havde en sygeplejerske brækket sin arm i fritiden og var udfordret i at skåne den efter genoptagelse af arbejdet.

”Sygeplejersken er på et tidspunkt faldet og har brækket og forstuvet sin arm. Det er 14 dage siden hun fik gipsen af. I formiddag havde hun en patient på badeværelset som hun måtte hjælpe, og det gjorde ondt i hendes arm, fortæller hun. Der er ikke meget muskelstyrke i den, forklarer hun.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Uanset om smerterne var arbejdsrelateret eller opstået udenfor arbejdet, var det tydeligt at smerterne kunne blive holdt ved lige, fordi det kliniske personale ikke kunne holde eller fik holdt pause/skånet arm, skulder eller ryg. Flere oplevede, at der altid var kollegaer, der skulle skånes for eksempel grundet skader eller graviditet.

En social- og sundhedsassistent betonedede vigtigheden i at sætte sig ind i løfteteknikker:

”Bagefter spørger jeg assistenten, om hun nogle gange har ondt i kroppen efter arbejdet. Det har hun tit, svarer hun. Hun er også lige afsluttet fra rygcenter. Nu her har hun ondt efter formiddagens arbejde. Hun synes, det er svært med de bariatriske senge, der er så brede. Det er hårdt for kroppen at række ind over, og hans døde ben, som hun kalder det, er ”mega tungt for mig at løfte op”, siger hun. [...] Jeg siger, at hun virker til at være meget med på gode teknikker. Hun siger, at det bør man også være for sin egen skyld.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Hermed betones det individuelle ansvar i en travl afdeling: Være optaget af gode teknikker for ens egen skyld.

Både i deltagerobservationerne og i gruppeinterviewet blev det tydeligt, at arbejdet med de bariatriske patienter var belastende for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og som det ses i det empiriske eksempel ikke alene som følge af patienternes vægt. Patienterne lå i særligt brede senge, og ved pleje af patienten i sengen, oplevede plejepersonalet det hårdt for ryggen at række ind over. Når de samtidig skulle have fat i en kropsdel, hvor patienten var lammet eller ikke kan samarbejde, kommer de ud i meget belastende arbejdsstillinger.

Et andet område, plejepersonalet oplevede sig meget belastet af, er arbejdet med at få patienterne placeret i lift ved forflytninger fra stol til seng eller tilbage igen:

”På et tidspunkt spørger jeg social-og sundhedsassistenten om hvad hun synes de værste arbejdsstillinger er. Hun siger helt klart liftpatienter. Hun kan ikke blive mere specifik, andet end at hun synes, det er alle de træk og hiv, der er forbundet med det. Især det med at få seglet ind under patienten og ud igen, når patienten sidder i stolen.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Arbejdet med liftsegl, når patienterne flyttes til eller op fra stolen, bød ofte på belastende arbejdsstillinger, hvor der i en foroverbøjet position skulle trækkes i seglet.

I perioden hvor observationerne foregik og ligeledes i tiden efter var det neurologisk sengeafsnit hårdt belastet af høj belægningsprocent. Plejepersonalet fremhævede disse perioder som særligt hårde for dem, også hvad forflytninger angik, idet ”de gode patienter” flyttes i satellit. Det, at de mindst komplekse og mindst plejekrævende patienter bliver flyttet til andre afdelinger, betyder at plejeopgaverne på det neurologisk sengeafsnit bliver tungere og mere intensive. Skal 13 ud af 26 patienter liftes, estimerede en social- og sundhedsassistent, at den enkelte sundhedsprofessionelle hurtigt kommer op på tredive løft per vagt.

5.1.4 At hjælpes ad på en travl afdeling

Plejepersonalet betonedede, at de hjalp hinanden. I analysen af deltagerobservationerne blev det tydeligt, at hjælp kan forstås i kontekst af den travle kliniske afdeling. Hjælp viste sig ikke blot at handle om at hjælpes ad, men også at respektere at den anden havde travlt, og derfor undlade at bede om hjælp. Eller at udføre en tung arbejdsopgave selv, idet det var forbundet med besvær eller ville tage for lang tid at få hjælp fra kollegaer.

”Sygeplejersken går ud og beder om hjælp, men (hendes kollega) siger, at det skal være hurtigt, for hun skal flytte rundt på nogle patienter og spørger om vi ikke gør klar, og kalder. Da vi er klar, er der ikke nogen, der kan hjælpe. Det er tæt på personalemøde. Sygeplejersken konkluderer, at vi må klare det selv.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

Også når plejepersonalet hjalp hinanden i forbindelse med et løft, kunne der forekomme forflytninger uden forventningsafstemning/koordinering. I gruppeinterview talte deltagerne om, at det kunne være svært at bede en erfaren kollega om at tælle eller løfte anderledes (korrekt), hvis man ikke havde så lang anciennitet i afdelingen eller ikke havde været uddannet i så lang tid.

Udover forskellige præferencer af løfteteknikker kunne det også skyldes travlhed hvor flere forskellige patienter kræver hjælp på samme tid.

”Jeg hjælper det andet team, da en patient skal udskrives, og bliver hentet af sygetransport. Hun skal op og ligge på en bære. Assistenten løfter uden meget koordinering. Det skal gå hurtigt. Der er utrolig lidt plads på stuen. Patienten ved siden af vil også have hjælp. Hun tager initiativ til at ville rejse sig, mens vi står med den anden patient.” (Noter, deltagerobservation i dagvagt)

En forflytning kan også blive presset af, at en del af afdelingens patienter ikke havde en erkendelse af deres formåen, og derfor kunne tage initiativ til at rejse sig uden et tilstrækkeligt samarbejde fra kroppen.

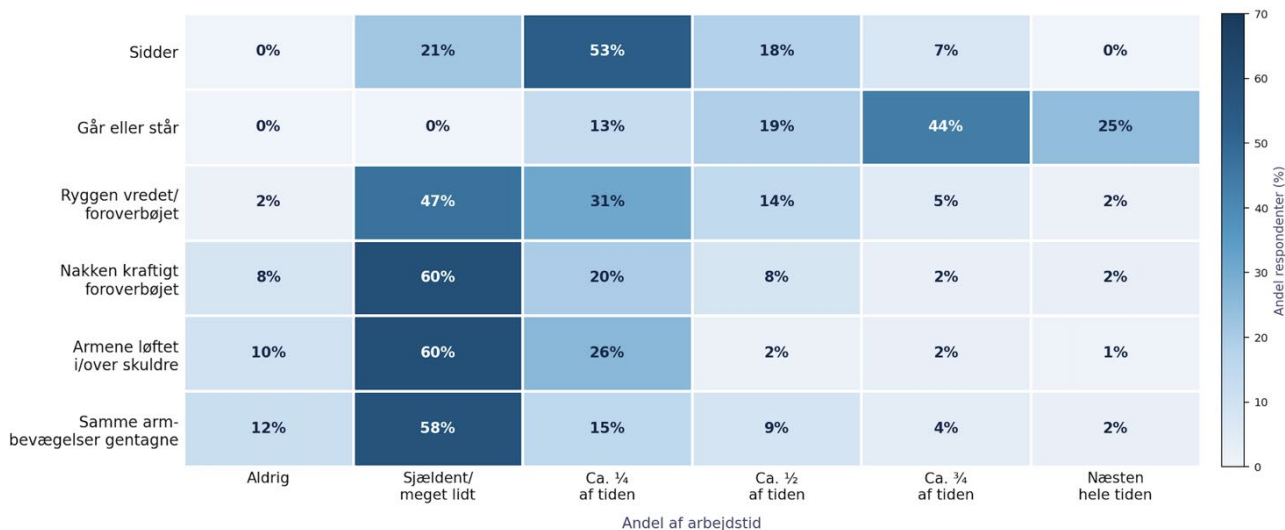
5.2 Resultater fra national spørgeskemaundersøgelse

Det nationale spørgeskema blev sendt ud til 8 neurologiske sengeafsnit i Danmark, fordelt på 4 ud af 5 regioner i Danmark. Spørgeskemaet blev sendt til 517 sundhedspersonaler, hvoraf 126 svarede på alle spørgsmål og 29 svarede på nogle spørgsmål. De fulde besvarelser er medtaget for analysen (svarprocent på 24%). Der er en overvægt af sygeplejersker (64%) og SOSU-assistenten (28%) og langt størstedelen (93%) er kvinder. Gennemsnitlig alder er 43 år og der angives en gennemsnitlig arbejdstid på 35 timer.

	n (%) / Mean (SD)
Køn	
Kvinde	117 (92.9%)
Mand	9 (7.1%)
Alder (år)	43 (13)
Region	
Midtjylland	60 (48 %)
Syddanmark	40 (32 %)
Nordjylland	13 (10 %)
Sjælland	13 (10 %)
Hovedstaden	0 (0 %)
Jobtitel	
Sygeplejerske	81 (64%)
SOSU-assistent	35 (27%)
Fysioterapeut	6 (5%)
Ergoterapeut	4 (3%)
Ugentlig arbejdstid (timer)	34,8 (4,4)
Ugentlig antal patient timer	28,5 (8,6)
Fordelingen af dag-, aften-, og nattevagter på en måned (%)	
Dagvagter	60%
Aftenvagter	27%
Nattevagter	13%
Vurdering af arbejdsevne (skala fra 0-10)	8.5 (1.3)
Hvor fysisk hårdt opfattes arbejdet (skala fra 0-10)	5.1 (2.4)
Hvor mentalt hårdt opfattes arbejdet (skala fra 0-10)	5.6 (2.4)
Fysisk aktivitet om ugen, moderat/høj intensitet	
Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)	9 (7.1%)
½ til 1 ½ time (30-89 minutter)	36 (28,6%)
1 ½ til 2 ½ time (90-149 minutter)	29 (23,0%)
2 ½ til 5 timer (150-299 minutter)	33 (26,2%)
5 timer eller mere (300 minutter eller mere)	19 (15,1)
Styrketræning 2 dage om ugen	
Ja	77 (61.1 %)
Nej	45 (35.7 %)
Ved ikke	4 (3.2 %)
Helbred	
Fremragende	14 (11,1%)
Vældig godt	56 (44,4 %)
Godt	47 (37.3 %)
Mindre godt	9 (7.1 %)
Dårligt	0 (0.0 %)

Tabel 3: Sociodemografiske karakteristika

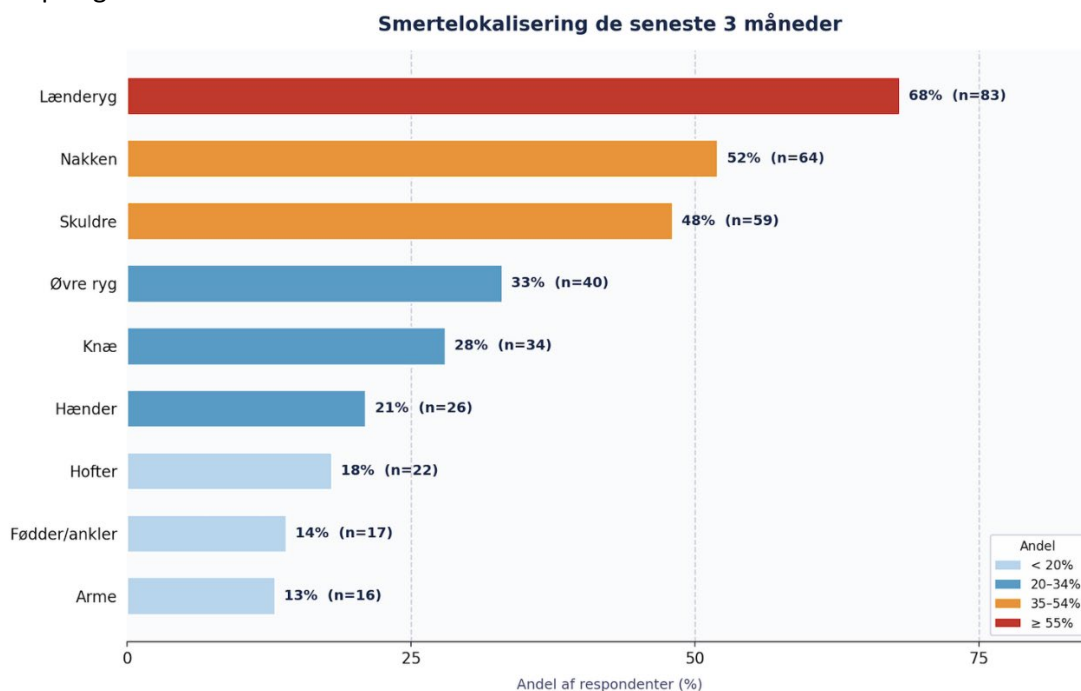
På de neurologiske sengeafsnit rapporterer respondenterne en arbejdsdag præget af stående og gående arbejde, med hele 25% der rapporterer at de næsten hele tiden går eller står. Ca. halvdelen arbejder med ryggen vredet eller foroverbøjet mindst en fjerdedel af tiden. På nedenstående figur ses fordelingen af forskellige arbejdsstillinger hen over arbejdsdagen (se figur 3).



Figur 3: Heatmap af fordelingen af andel af arbejdstid i forskellige arbejdsstillinger (N=140)

5.2.1 Muskelskeletbesvær

Smerter inden for de seneste tre måneder er udbredte blandt respondenterne. Størstedelen rapporterer smerter sommetider (48%), og en betydelig andel ofte (25%) eller altid (10%). Kun 18% oplever sjældent smerter og 3% har aldrig oplevet smerter de seneste 3 måneder. De hyppigst angivne smerteområder er lænderyg, nakke og skuldre (se figur 4) og gennemsnitlig har hver respondent 2.9 ± 1.5 smertefulde kropsregioner.



Figur 4: Fordeling af smerter (Der kunne angives flere steder)

På spørgsmålet om hvorvidt smerter i kroppen har begrænset dem i deres arbejde, angiver størstedelen at de aldrig (43%) eller sjældent (35%) har været begrænset, mens 17% angiver at de sommetider er begrænset i at udføre deres arbejde og 5% føler de ofte er begrænset.

Størstedelen (63%) angiver at smerter i ringe grad eller meget ringe grad påvirker kvaliteten i deres arbejde, mens omkring en femtedel (21%) angiver at smerter delvist eller i høj grad påvirker kvaliteten af deres arbejde. I forhold til mængden af opgaver løst i sit arbejde, angiver hele 67% at de i ringe grad eller meget ringe grad føler at smerter har påvirket dem. Tilsvarende, føler 16% at smerter har påvirket dem delvist eller i høj grad. For at komme igennem en hel arbejdsdag angiver 15,6% at de indenfor de seneste 3 måneder har været nødt til at tage smertestillende medicin ofte eller altid, og for 40,2% har det været nødvendigt nogle få gange. Mindre end 10% angiver at smerter har påvirket deres sygefravær de sidste 30 dage.

De fleste mener, at der kan snakkes højt om det at opleve smerter qua sit arbejde (82,6%), men ikke alle snakker med kollegaer eller ledelse omkring problematikken (se tabel 5) og hele 65% venter blot og ser om smerterne går over af sig selv.

Lidt mere end en tredjedel angiver, at smerter påvirker deres fritidsaktiviteter (34%) og nattesøvn (35%).

Hvad gør du hvis du oplever smerter?	n (%)
Ser om det går over	82 (65.1%)
Holder det for mig selv	23 (18.3%)
Snakker med en kollega	36 (28.6%)
Går til ledelsen	12 (9.5%)
Går til vores arbejdsmiljørepræsentant	10 (7.9%)
Snakker med familie/venner	23 (18.3%)
Tager til en behandler	41 (32.5%)
Andet	27 (21.4%)

Tabel 4: Fordeling af svar til spørgsmålet 'Hvad gør du hvis du oplever smerter?'. Der kunne angives flere svarmuligheder.

5.2.2 Patientforflytninger

Undersøgelsen angiver, at der i gennemsnit foretages 11±12 forflytninger på en typisk arbejdsdag, men med en stor variation i besvarelsene fra 0 til 100. I gennemsnit varer en forflytning 8±5 minutter, med en variation fra 1 minut op til 25 minutter. I forhold til hvor meget arbejdet med forflytninger udgør af ens arbejdsdag, vurderes det til at udgøre en fjerdedel (25±19%) af ens daglige arbejdstid.

I alt har 109 (87%) været på et forflytningskursus og næsten alle (94%) har svaret at de i nogen eller stor grad kan anvende hvad de lærte på kurset i deres daglige praksis. Alle føler sig godt rustet til at være med til en forflytning.

I forhold til at få koordineret en forflytning med kollegaer svarer 78% at de ofte eller altid får taget hensyn til hinandens arbejdsstillinger, når der skal forflyttes, mens 17% vurderer det sker nogle gange og 5% vurderer at det sker sjældent. Tid nævnes som den væsentligste årsag til manglende koordinering. I forhold til hvor ofte en forflytning foretages alene eller underbemandet grundet travlhed, angiver hele 29% at det ofte sker. Toogfyrre procent angiver at det sker nogle gange og kun 28% angiver at det sker sjældent eller aldrig.

Mere end halvdelen svarer 'Ja' til at en forflytning, nogle gange (52%), ofte (24%) eller altid (2%) er belastende for ens fysiske helbred. Flere faktorer har betydning og der peges her på: At man er alene om forflytningen (63%), patientens mentale tilstand (73%) eller patientens højde og vægt (80%). Samarbejdsvanskeligheder med kollegaer/personale vurderes af ca. 20% som en faktor. De tre primære typer af forflytninger der vurderes som fysisk belastende, er i prioriteret rækkefølge: forflytning længere op i sengen, at vende en patient, og at forflytte en patient fra seng til stol. Kvaliteten af en forflytning hænger for 62% i nogen eller stor grad sammen med, hvor fysisk belastende en forflytning opleves.

Forflytninger opleves i mindre grad belastende for det mentale helbred. Her angiver 30% at forflytninger er belastende for det mentale helbred, mens 36% og 34% angiver henholdsvis 'Sjældent' og 'Aldrig'. Patientens mentale tilstand angives som den primære faktor for om en forflytning opleves mentalt belastende.

Næsten alle respondenter (96%) oplever at det er okay at spørge om hjælp til forflytning, men samtidig angiver 82% at den primære årsag til ikke at spørge om hjælp er travlhed/tid og 14% angiver at de ikke spørger om hjælp af hensyn til kollegaer.

Cirka halvdelen angiver at de nogle gange oplever modstand fra patienten i forbindelse med en forflytning, mens 15% ofte oplever modstand. En tredjedel oplever sjældent eller aldrig modstand fra patienten.

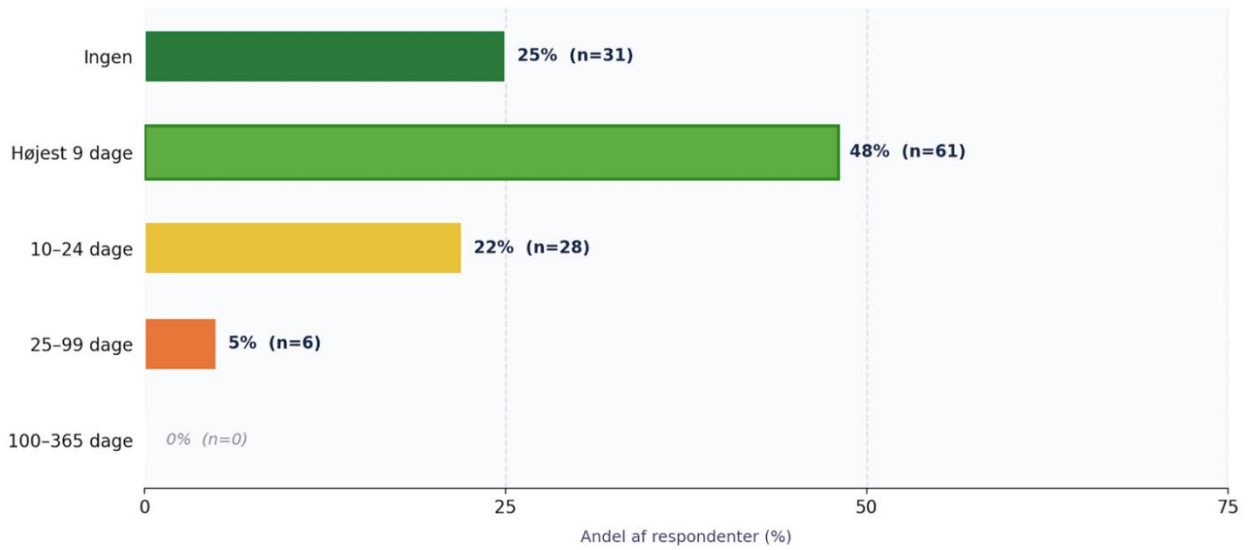
5.2.3 Hjælpemidler

Alle respondenter svarer at de har kendskab til hjælpemidler i afdelingen til brug ved forflytninger. Graden af kendskab angives som 'Meget godt' (52%), 'Godt' (36%), 'Nogenlunde' (10%), og for 2% kunne kendskabet være bedre. Størstedelen føler sig velinformeret om brugen af hjælpemidler med en fordeling på i høj grad (56%), nogen grad (38%), og i mindre grad (4%) mens under 2% svarer nej eller ved ikke. Langt over halvdelen rapporterer at de ofte anvender hjælpemidler ved forflytning (69%) og en fjerdedel rapporterer at de altid anvender hjælpemidler. Under 5% svarer sjældent eller aldrig. For de 5% er tid den primære årsag til ikke at anvende hjælpemidler.

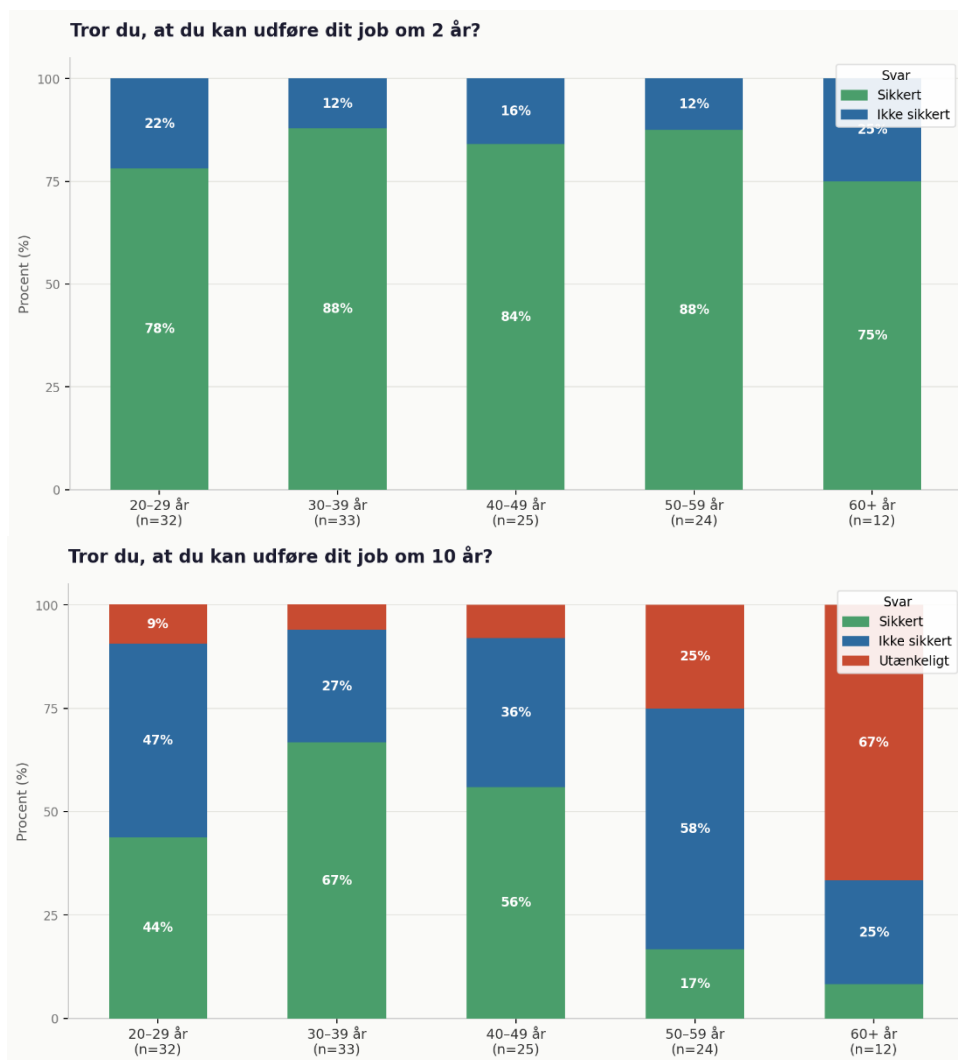
5.2.4 Sygefravær og fremtidig karriere

Selvrapporteret sygefravær defineret som antal dage væk fra arbejde pga. helbredsproblemer, sygdom, undersøgelser mm. gennem de sidste 12 måneder, viser at langt størstedelen har ingen eller højst 9 dages fravær (figur 5). Størstedelen af sygefraværet (60%), skyldes almindelige infektioner som influenza eller lignende efterfulgt af kategorien andet (19%) og smerter i muskler og led (14%). De sidste 7% fordeler sig mellem stress/udbrændthed og 'Kan ikke huske'.

Når respondenterne bliver spurgt om de, når de tænker på deres helbred, tror de er i stand til at udføre deres job 2 år, så er 83% sikre. Dette tal er halvt så stort (44%), når man spørger til om de tror de kan udføre arbejdet om 10 år (44%). Naturligt nok ses det at jo tættere på pensionsalder, jo mere utænkligt angives det at se sig selv være i arbejdet om 10 år. Dog, ses også en stor procentdel blandt de yngre aldersgrupper, der vurderer, at det ikke er sikkert eller utænkligt, at de er i arbejde om 10 år. I figur 6a og 6b vises svar stratificeret på alder og 2 og 10 års perspektiv.



Figur 5: Antal sygefraværdsdage de sidste 12 måneder



Figur 6a og 6b: Kan de med deres helbred udføre deres job om 2 og 10 år?

5.2.5 Resultater på tværs af regionerne

De 126 fulde besvarelser fordeler sig på fire regioner: Midtjylland (n=60, 48%), Syddanmark (n=40, 32%), Nordjylland (n=13, 10%) og Sjælland (n=13, 10%). Der er signifikante forskelle mellem besvarelserne, når der kigges på tværs af regionerne (se tabel i appendix). Dog skal det bemærkes, at Region Nordjylland og Sjælland har relativt få besvarelser.

Sociodemografiske karakteristika

Respondenterne i Region Syddanmark er statistisk signifikant yngre end i de øvrige regioner. Kønsfordelingen er ikke signifikant forskellig på tværs af regioner, om end andelen af kvinder er lavest i Nordjylland (77%) mod 90–100% i de øvrige.

Professionsfordelingen varierer signifikant med andelen af SOSU-assistenter markant højere i Region Syddanmark (48%) end i Midtjylland (15%), Nordjylland (31%) og Sjælland (23%). Fysioterapeuter (10%) og ergoterapeuter (7%) er udelukkende repræsenteret i Region Midtjylland. Den ugentlige arbejdstid er ens på tværs af regioner, mens det ugentlige antal patienttimer er signifikant højere i Region Syddanmark sammenlignet med de øvrige regioner, og særligt Region Sjælland.

Fordelingen af vagter adskiller sig også signifikant, hvor respondenter fra Region Syddanmark angiver en lavere andel af dagvagter og højest andel af nattevagter. Aftenvagtsandelen varierer ikke signifikant. Der er ingen regionale forskelle ang. selvvurderet helbred, arbejdsevne, produktivitet, fysisk aktivitet og styrketræning.

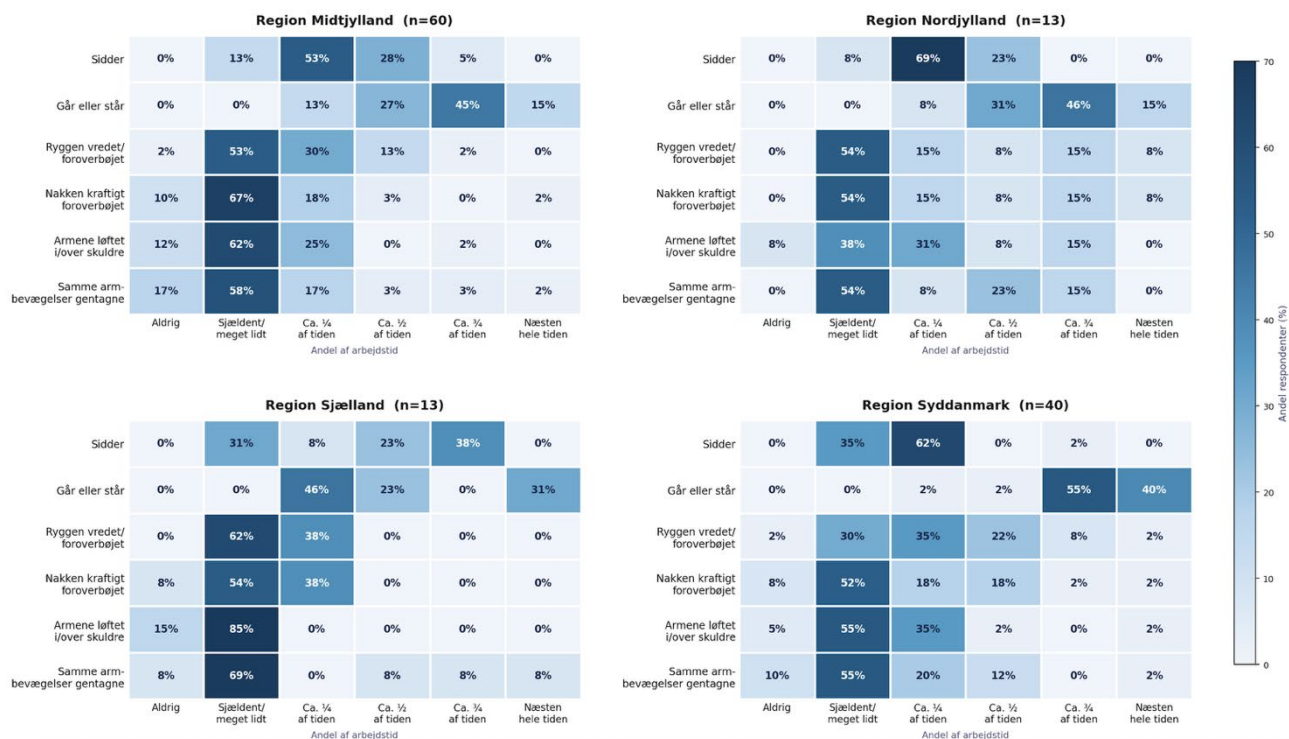
Arbejdsstillinger

Der er signifikante regionale forskelle i fordelingen af arbejdsstillinger (figur 7). Andelen, der går eller står $\frac{3}{4}$ af arbejdsdagen eller mere, varierer markant, hvor Region Syddanmark angiver en større andel af gående eller stående arbejde. For arbejde med nakken kraftigt foroverbøjet ses ligeledes en signifikant forskel, med en højere andel i Region Nordjylland end i de øvrige regioner. For ryggens stilling, armbelastning og gentagne armbevægelser er der ikke signifikante regionale forskelle.

Patientforflytninger

Ansatte i Region Syddanmark foretager mere end dobbelt så mange forflytninger per dag som i de øvrige regioner og anvender en signifikant større andel af arbejdstiden til forflytningsopgaver. En signifikant højere andel i Syddanmark rapporterer desuden, at forflytninger foretages alene eller underbemandet grundet travlhed, samt at forflytninger ofte eller altid er fysisk belastende for helbredet. Der er ikke signifikant regional forskel i, om forflytninger opleves som mentalt belastende. Alle regionale forskelle i forflytningsbelastning fastholdes i den tosidede variansanalyse, når der kontrolleres for profession.

Region Midtjylland skiller sig ud ved at samtlige respondenter har deltaget i kursus i forflytning, sammenlignet med 69–77% i de øvrige regioner. Andelen, der anvender det lærte på kurset i dagligdagen, er ens på tværs af regioner, når analysen begrænses til kursusdeltagere. Brug af hjælpemidler ved forflytning er signifikant mere udbredt i Midtjylland end i de øvrige regioner.

Arbejdsstillinger fordelt på region - Pully Studie · n = 126


Figur 7: Arbejdsstillinger i løbet af arbejdsdagen stratificeret per region

Muskelskeletbesvær

Smertefrekvensen – andelen der rapporterer smerter i kroppen ofte eller altid – varierer ikke signifikant på tværs af regioner, og der er heller ikke signifikante regionale forskelle i, hvor meget smerter begrænser arbejdet eller i brugen af smertestillende medicin. Derimod er andelen med smerter i to eller flere kropsregioner signifikant højere i Region Syddanmark end i de øvrige regioner, og det samme gælder andelen med smerter i tre eller flere kropsregioner. Påvirkning af smerter på fritidsaktiviteter og nattesøvn er ligeledes signifikant mere udbredt i Syddanmark end i de øvrige regioner.

Sygefravær og fremtidig jobudsigt

Fordelingen af sygefraværsdage over de seneste 12 måneder varierer signifikant på tværs af regioner. Region Sjælland har den højeste andel med 10–24 fraværsdage, mens ingen respondenter i Nordjylland rapporterer mere end 9 dages fravær.

Troen på at kunne udføre sit job om to og ti år varierer ikke signifikant på tværs af regioner, hverken i de rå analyser eller i de aldersjusterede analyser. Alder er en signifikant prædiktør for fremtidig jobudsigt om 10 år, men regionseffekten er ikke statistisk signifikant efter justering.

5.3 Resultater fra scoping review

Scoping reviewet viser, at litteraturen om sundhedsprofessionelles oplevelse af forflytninger af patienter med neurokognitive udfordringer i vid udstrækning omhandler arbejdet med patienter med demens, som en del af denne patientgruppe, og det relationelle aspekt, selvom arbejdet også betones som fysisk krævende. Plejepersonalets oplevelser med patienter med demens kan relateres til arbejdet med patienter, for eksempel med stroke, på den måde, at patienter med demens ligeledes kan have svært ved at forstå og samarbejde under forflytninger. Derudover kan patienter med demens også adskille sig ved at være mere

mobile, hvilket sjældent er tilfældet med patienter med stroke. Dette scoping review kan bidrage med en opmærksomhed på dette videnshul, og samtidig an vise, hvilke temaer kan være relevante at undersøge nærmere.

I det følgende gennemgås de temaer, der har vist sig i scoping review: *Modstand og aggression som en del af et biomedicinsk paradigme, Arbejdsforhold og organisatoriske udfordringer, Patientcentreret tilgang som løsning, og Efteruddannelse og træning som løsning.*

5.3.1 Modstand og aggression som en del af et biomedicinsk paradigme

Litteraturen fremhæver det biomedicinske paradigme som den strukturerende tilgang i hospitalsmiljøer. Tilgangen karakteriseres af fokus på effektivitet i arbejdet med diagnostisk og behandling, og litteraturstudiet viser, at det ofte er på bekostning af den patientcentrerede pleje, der tager udgangspunkt i patientens levede liv og individuelle behov³⁰⁻³².

I den travle kliniske kontekst kan sundhedsprofessionelle opleve både fysiske og psykiske udfordringer i plejen af patienter med delir, demens og traumatisk hjerneskade, idet de kan have svært ved at forstå patienterne og dermed forebygge, hvad nogle anser som problematisk adfærd³³. Flest studier beskriver den fysiske belastning som krævende³⁴⁻³⁷, mens kun tre studier beskriver direkte fysiske skader³⁸⁻⁴⁰. Når patienterne ikke bliver mødt i deres behov, kan det føre til modstand, aggression og frustration^{39,41}, og plejepersonalet kan opleve, at patienterne er uforudsigelige i deres adfærd³⁹. I nogle situationer bliver aggression eller modvilje tolket som en del af deres diagnose³⁴ eller som en naturlig konsekvens af hospitalsindlæggelse, hvilket kan føre til oversete patientbehov^{31,34}. Flere studier viser imidlertid, at aggression fra patienter også kan være en reaktion på miljøet eller den specifikke interaktion med plejepersonalet, snarere end sygdom i sig selv⁴². Aggression kan også opleves af sundhedsprofessionelle som patientens måde at udtrykke tab af integritet eller rette opmærksomhed mod uopfyldte behov⁴². Sygeplejersker i neurologiske afdelinger beskriver vanskeligheden ved at pleje patienter med delir, hvis evne til logisk tænkning, kommunikation og fysisk stabilitet ofte er påvirket⁴¹. Pleje af patienten på trods af modvilje kan opleves som svært og uundgåeligt^{31,42}. Flere studier beskriver sundhedsprofessionelles frustration og skyldfølelse ved ikke at kunne yde optimal omsorg for patienter, der slår, niver, trækker i hår eller på anden måde udviser aggressiv adfærd³⁶.

5.3.2 Arbejdsforhold og organisatoriske udfordringer

Hospitalsers fokus på effektivitet og økonomisk optimering kan skabe konflikter mellem institutionens krav og sundhedsprofessionelles værdier. Litteraturen beskriver at mange sygeplejersker har en følelse af stress, skyld og frustration ved at nedprioritere patientens behov til fordel for tidsplaner og rutinemæssige krav^{32,43}. At bryde med de eksisterende, rigide rutiner³², indebærer en radikal ændring fra sygdomsorienteret til patientcentreret pleje, hvilket opleves som en udfordring for sundhedspersonalet⁴⁰. Sundhedsprofessionelle prioriterer ofte fysisk behandling frem for psykosocial pleje på grund af personalemangel og tidspres³². Nogle sundhedsprofessionelle rapporterer lav jobtilfredshed og intentioner om at forlade jobbet³⁶. Studier viser ligeledes, at sygeplejersker kan reagere med ikke at se patienten som en person, undgåelsesadfærd eller følelsen af magtesløshed, når de føler sig pressede^{42,43}.

5.3.3 Patientcentreret pleje som løsning

Litteraturen viser, at det at få indsigt i patienternes baggrund og levede liv, og at indgå i en meningsfuld dialog forbedrer både plejen og arbejdsmiljøet^{32,44}. Sundhedsprofessionelle, der engagerer sig i patientcentreret omsorg, rapporterer bedre relationer med patienterne, en forbedret psykologisk

atmosfære på afdelingerne og større tilfredshed med deres arbejde^{42,43}. For at opnå dette kræves en ændring i hospitalets kultur fra fokus på sygdomsorienterede processer til en mere helhedsorienteret forståelse af patientens behov^{32,43}.

5.3.4 Efteruddannelse og træning som løsning

I litteraturen peger både forskere og sundhedsprofessionelle på efteruddannelse og træning som en af måderne at imødekomme de udfordringer, de oplever³². Ifølge studierne^{37,43,44}, oplever de sundhedsprofessionelle fysisk som psykisk udmattelse, når træning og efteruddannelse ikke er tilstrækkelig³⁷. Et studie viste, at de sundhedsprofessionelle, der ikke har gennemgået et kursus i forflytninger af patienter med demens, har størst prævalens i muskuloskeletale skader³⁸. Nogle sundhedsprofessionelle oplever ikke at simulering af voldelige situationer fra praksis i uddannelses øjemed kan overføres til hverdagen⁴⁰. Et andet studie viser at uddannelse i høj grad fokuserer på hjernens patologi, hvilke ikke er direkte overførbare til den personcentrerede pleje⁴⁰.

Flere studier^{33,36,38} beskriver hvilke specifikke behov, der er for efteruddannelse og træning: Sygeplejersker på neurologiske afdelinger har behov for bedre uddannelse i at skelne mellem sygdomstilstande som delir og hjerneskade⁴¹. Uddannelse, især inden for demenspleje, kunne forbedre evnen til at identificere og forstå patienternes behov og reducere konflikter i plejesituationer⁴⁵. Et bedre fokus på mentorskab, efteruddannelse og træning i håndtering af aggressive situationer kunne styrke deres kompetencer og arbejdsmiljø⁴³. Sygeplejersker med specialuddannelse havde generelt mere positive holdninger til demensomsorg og var bedre til at forebygge konflikter end uuddannet personale⁴⁵. Derudover var de mere tilfredse i deres arbejde⁴⁵.

6. Syntese af fund

Sammenholdt bidrager de tre datakilder med forskellige perspektiver på samme problemstilling. Spørgeskemaundersøgelsen tegner et bredt nationalt billede af udbredelsen af belastninger og muskelskeletbesvær blandt plejepersonalet, mens deltagerobservationer og gruppeinterviews giver indsigt i de konkrete situationer og arbejdsgange, hvor belastningerne opstår i praksis, og har dermed kunnet kvalificere spørgeskemaet. Scoping reviewet sætter fundene ind i en bredere forskningsmæssig kontekst.

Det skal bemærkes, at observationer og interviews er gennemført på ét neurologisk sengeafsnit, og at det er usikkert i hvilken grad dette miljø er repræsentativt for de øvrige neurologiske sengeafsnit, som har bidraget til spørgeskemaundersøgelsen. Deltagerobservation bidrager med detaljeret, kontekstualiseret beskrivelser af hvordan praksisser udfolder sig⁴⁶, hvor forskeren har mulighed for at få kropslige erfaringer med de komplekse praksisser og dermed stille kvalificerede spørgsmål⁴⁷, der kan uddybe sammenhænge, mens spørgeskemaundersøgelsen giver et billede af, hvor udbredt eller genkendelig de beskrevne praksisser er på forskellige neurologiske sengeafsnit. Spørgeskemaundersøgelsens svarprocent er dog på 28%, hvilket må give et vist forbehold ift. generaliserbarheden af disse resultater. Ligeledes er viden fra scoping reviewet primært baseret på studier af patienter med demens, der kun udgør en subgruppe af neurologiske patienter, og viser dermed et behov for yderligere forskning af de sundhedsprofessionelles oplevelser af forflytninger af patienter med neurokognitive udfordringer, som de viser sig på neurologiske sengeafsnit. Disse forbehold er vigtige for fortolkningen af de tværgående fund.

Tilsammen bidrager de tre datakilder via den metodiske triangulering til en mere nuanceret forståelse af, hvordan patientforflytninger i neurologisk praksis formes af individuelle, organisatoriske og kulturelle

forhold. Samtidig peger de på konklusioner, der på tværs af datakilder synes at være velfunderede, samt hvilke, der er større forbehold for.

Når de tre datakilder sammenholdes, tegner der sig en kompleks praksis, hvor kliniske, organisatoriske og kulturelle forhold gensidigt påvirker arbejdsmiljøet og er beskrevet under følgende fire centrale temaer:

- Komplexiteten i arbejdet med patienter med kognitive udfordringer
- Spændingen mellem anbefalinger og klinisk praksis
- Kollegialt samarbejde og hjælp i en travl hverdag.
- Normalisering af smerter i arbejdskulturen

6.1 Komplexiteten i arbejdet med patienter med kognitive udfordringer

Patienternes kognitive tilstand fremstår på tværs af alle tre datakilder som en central faktor for, hvordan forflytninger opleves og udføres.

I deltagerobservationerne var det tydeligt, at plejepersonalet kontinuerligt fortolkede patienternes mentale tilstand og adfærd, ikke kun som led i behandlingen, men som en forudsætning for at gennemføre plejen og forflytningerne overhovedet. Patienter med delir, demens eller andre kognitive udfordringer forstod ikke altid situationen og medvirkede ikke til forflytningen - eller modarbejdede den i nogle tilfælde aktivt. Dette beskrives i interviews som både fysisk og mentalt belastende, idet den omsorg plejepersonalet ønsker at yde af patienten kan opleves som en krænkelse.

Spørgeskemaundersøgelsen understøtter dette billede og viser, at patientens mentale tilstand er blandt de hyppigste årsager til, at forflytninger opleves som fysisk og/eller mentalt belastende for plejepersonalet. 73% angiver den som en primær faktor for mental belastning, og halvdelen oplever indimellem modstand fra patienten.

Scoping reviewet bekræfter dette mønster. Litteraturen beskriver, at patienter med neurokognitive lidelser kan reagere med modstand, aggression eller uforudsigelig adfærd i plejesituationer, og at sådanne reaktioner ofte afspejler patientens oplevelse af situationen snarere end sygdom alene. Aggression og modstand kan være patientens måde at udtrykke tab af integritet eller uopfyldte behov på, og pleje på trods af patientens modvilje beskrives som uundgåeligt, men etisk vanskeligt.

Et vigtigt fund på tværs af observationerne og scoping reviewet er, at de kurser og den uddannelse, der tilbydes i forflytningsteknikker og brug af hjælpemidler, ikke nødvendigvis dækker det behov, som arbejdet med kognitivt udfordrede patienter stiller. Litteraturen beskriver, at uddannelse i for høj grad fokuserer på hjernens patologi og tekniske procedurer, fremfor at styrke personalets kompetencer i at møde patienten relationelt – at skabe tryghed i situationen, kommunikere med en patient, der er usikker eller forvirret, og forebygge de reaktioner, der gør forflytningen belastende for begge parter. Observationerne understøtter dette ved at vise, at belastende forflytningssituationer ofte opstår, netop når patienten ikke er tryk og ikke forstår, hvad der foregår. Spørgeskemaet viser, at 94% af kursusedtagere angiver at kunne anvende det lærte i dagligdagen, men observationerne indikerer, at den viden, der er brug for i disse situationer, er af en anden karakter end den tekniske.

Samlet peger resultaterne på, at forflytninger i neurologisk praksis ikke alene er en fysisk og ergonomisk opgave, men i høj grad også en relationel og kommunikativ praksis. Tekniske hjælpemidler og

forflytningsteknik er utilstrækkelige alene, hvis personalet ikke har tilstrækkelig tid og de relationelle kompetencer til at møde patienten i den situation, vedkommende befinder sig i.

6.2 Spændingen mellem anbefalinger og klinisk praksis

Et gennemgående fund på tværs af de tre datakilder er kløften mellem de formelle anbefalinger for korrekte forflytninger og den virkelighed, personalet arbejder under.

Deltagerobservationerne viser, at forflytninger ofte foregår under tidspres, med til tider begrænset adgang til hjælp fra kollegaer og i fysiske omgivelser, der ikke altid understøtter optimal teknik. I sådanne situationer tilpasser personalet praksis til de rammer, der er til rådighed – ikke af manglende vilje, men af nødvendighed.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter dette billede kvantitativt, hvor 82% angiver travlhed som den primære årsag til, at de ikke altid beder om hjælp til forflytninger, og 29% rapporterer, at forflytninger ofte foretages alene eller underbemandet. Hertil kommer, at næsten alle respondenter (96%) oplever, at det er acceptabelt at bede om hjælp, men at travlhed i praksis afholder dem fra det. Størstedelen af respondenterne angiver desuden, at de føler sig godt rustede til forflytninger og har deltaget i relevante kurser, men observationerne viser, at denne viden ikke altid kan omsættes i en travl hverdag.

Scoping reviewet understøtter dette mønster ved at beskrive, hvordan sundhedsvæsenet, ofte præget af effektivitetsfokus, skaber spændinger mellem institutionelle krav og sundhedsprofessionelles faglige fordringer. Litteraturen viser, at mange sygeplejersker oplever stress, skyld og frustration ved at nedprioritere patientens behov til fordel for tidsplaner og rutiner.

Samlet peger resultaterne på, at arbejdsmiljøproblemer i forbindelse med forflytninger ikke primært skyldes mangel på viden eller tekniske hjælpemidler, men i høj grad også er forbundet med de organisatoriske rammer og prioriteringer, som arbejdet udføres under.

6.3 Kollegialt samarbejde og hjælp til hinanden

Et tema, der særligt fremkommer i observationerne og spørgeskemaet, er det kollegiale samarbejde om forflytninger og de barrierer, der opstår for dette samarbejde i en travl klinisk hverdag.

Deltagerobservationerne viser, at hjælp til hinanden på et travl sengeafsnit ikke altid handler om at bede om og modtage hjælp til forflytningen. Det handler lige så meget om at hvis man aflæser, at kollegaen har travlt, kan man af hensyn til kollegaen undlade at bede om hjælp til forflytningen. Dermed kan den kollegiale omtanke paradoksalt nok betyde, at man udfører en tung opgave alene. Et godt arbejdsfællesskab, hvor man hjælper hinanden, kan således i visse situationer betyde, at hjælp til hinanden ikke er det samme som at bede om hjælp til sig selv.

Koordinering er en forudsætning for en sikker forflytning, men observationerne viser, at den indimellem udelades, fordi det tager tid. Når forflytningen sker med en kollega, kræver det en fælles forståelse af teknik og tilgang. Her opstår en særlig udfordring, da det kan opleves vanskeligt at korrigere mere erfarne kollegaer eller ældre kollegaer, der løfter på en måde, der afviger fra anbefalingerne. Omvendt kan det også være svært at skulle koordinere med personale fra andre afsnit, f.eks. ambulatoriet, der ikke er så rutinerede i de specifikke forflytningsteknikker eller teknologier på det neurologiske sengeafsnit.

Spørgeskemaundersøgelsen understøtter dette, hvor 82% angiver travlhed som den primære årsag til ikke at bede om hjælp til forflytninger, og 14% angiver, at de undlader at bede om hjælp af hensyn til kollegaer.

Scoping reviewet belyser ikke specifikt det kollegiale samarbejde i forflytningssituationen, men peger generelt på, at organisatoriske rammer som tidspres og personalemangel skaber konflikter mellem institutionens krav og sundhedsprofessionelles faglige idealer.

Samlet peger fundene på, at koordinering og gensidig hjælp ved forflytninger forudsætter organisatoriske rammer, der giver tid og rum hertil, og en kultur, hvor det er accepteret at bede om hjælp uanset anciennitet og arbejdspress.

6.4 Normalisering af smerter i arbejdskulturen

Et fjerde tema, som fremtræder på tværs af alle tre datakilder, er håndteringen af smerter og fysisk belastning i arbejdet.

I deltagerobservationerne viste smerter sig som noget, der sjældent italesættes spontant, men som alligevel er en tilbagevendende del af hverdagen for mange. Personalet fortsatte arbejdet på trods af smerter eller tidligere skader, og smerterne beskrives nærmest som en forventet tilstand ved arbejdet. En sygeplejerske havde arbejdsrelateret nakkesmerter i årevis uden at have meldt det som en arbejdsskade, delvist fordi hun ikke vidste, hvordan hun skulle gribe det an.

Spørgeskemaundersøgelsen dokumenterer omfanget, hvor 83% rapporterer smerter i kroppen inden for de seneste tre måneder, og gennemsnitligt angiver respondenterne smerter i tre kropsregioner. Den hyppigste håndteringsstrategi er at se, om smerterne går over af sig selv og færre end 10% går til ledelsen eller arbejdsmiljørepræsentanten. Andelen, der rapporterer sygefravær som følge af smerter, er lav på trods af den høje smerteforekomst. Mange angiver, at smerter er acceptable at tale om på arbejdspladsen (83%), men kun 29% snakker faktisk med en kollega om det.

Scoping reviewet understøtter dette mønster og beskriver primært, hvordan fysisk belastning er udbredt blandt sundhedspersonale, og mindre om muskelskeletbesvær. Sidstnævnte kan måske indikere eller understøtte, at plejepersonalet ikke taler uopfordret om smerter og skader. Scoping reviewet viser ligeledes, at arbejdskultur og organisatoriske forhold kan have betydning for, om smerter håndteres individuelt og stiltiende frem for kollektivt og struktureret.

De regionale analyser fra spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at smertebelastningen ikke er jævnt fordelt, hvor Region Syddanmark adskiller sig markant ved en signifikant højere andel med smerter i to eller flere kropsregioner, og smerter påvirker i højere grad fritidsaktiviteter og nattesøvn for plejepersonalet i denne region. Dette peger på, at normaliseringen af smerter kan dække over reelle forskelle i belastning, som ikke altid er synlige i de overordnede tal.

Samlet peger resultaterne på, at smerter i et vist omfang er normaliseret som en del af arbejdet. Dette kan være en medvirkende forklaring på, at relativt få angiver sygefravær som følge af smerter, på trods af den høje forekomst og at mange ikke søger hjælp eller anmelder skader.

6.5 Samlet perspektiv

Samlet viser syntesen, at udfordringerne ved patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit ikke kan forstås ud fra én enkelt faktor. De opstår i et samspil mellem patienternes kognitive og fysiske funktionsniveau, organisatoriske rammer som tidspres og bemanning, tilgængelighed og brug af hjælpemidler samt arbejdskulturelle normer omkring smerter, hjælp og ansvar. For hvordan udføres en forflytning korrekt, hvis man ikke er nok personale eller der ikke er nok tid til at hjælpe? Og hvordan

håndterer man at en del af personalet ikke ved nok om forflytningsteknikker og teknologier, fordi de er nye i afdelingen eller er ambulatorieansat uden vedligeholdt viden om forflytninger? Kan et løft udføres i ro og korrekt, hvis en patient ved siden af, er ved at rejse sig? Eller når der er flere patienter, der på kort tid skal vaskes i deres seng? Virkeligheden er til tider rodet og kompleks. Standarder for forflytninger og forflytningskurser ser ikke ud til altid at kunne omsættes til praksis. De bliver enten ikke brugt eller fortolket og brugt forskelligt fra anbefalingerne og forskelligt personalet imellem. Litteraturen understreger at sundhedsprofessionelle er vant til at veksle mellem standarder og improvisation for at kvalificere en ny teknologi eller måde at arbejde på, og at det forventes af dem⁴⁸. Dette blev ligeledes bekræftet i dette datamateriale.

Spørgeskemaundersøgelsen dokumenterer desuden, at udfordringerne ved patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit ikke er jævnt fordelt nationalt. De regionale forskelle peger på, at strukturelle og organisatoriske forhold varierer på tværs af landet, og at generelle indsatser ikke nødvendigvis rammer de mest belastede arbejdspladser.

Resultaterne peger samlet på, at forbedringer af arbejdsmiljøet ikke alene kan baseres på undervisning i forflytningsteknik, brug af hjælpemidler eller introduktion af ny teknologi eller tekniske løsninger. Personalet er i udgangspunktet fagligt godt rustet, men de organisatoriske og kulturelle betingelser i hverdagens klinik giver ikke altid mulighed for at omsætte denne viden i praksis. For at opnå effekt må tekniske og uddannelsesmæssige indsatser derfor understøttes af organisatoriske forandringsprocesser, der skaber rum til koordinering, samarbejde, og en mere systematisk håndtering af belastninger, samt kompetenceudvikling, der styrker personalets evne til at møde patienter med kognitive udfordringer i selve forflytningssituationen. På baggrund af disse samlede fund præsenteres i det følgende afsnit konklusioner samt perspektiver og anbefalinger til, hvordan arbejdsmiljøet i forbindelse med patientforflytninger kan understøttes i praksis.

7. Konklusioner og fremtidige perspektiver

7.1 Konklusion

Dette projekt har haft til formål at undersøge arbejdsmiljømæssige udfordringer i forbindelse med patientforflytninger på neurologiske sengeafsnit gennem et litteraturstudie, en national spørgeskemaundersøgelse samt deltagerobservationer og gruppeinterview. Udgangspunktet var en belysning af muligheden at aflaste ved hjælp af teknologiske løsninger.

Samlet viser undersøgelsen, at patientforflytninger i neurologisk praksis udgør en kompleks arbejdssituation, hvor både fysiske, organisatoriske og relationelle faktorer spiller en rolle. Resultaterne peger på, at patienternes kognitive tilstand har stor betydning for, hvordan forflytninger kan gennemføres i praksis. Den neurologiske patient med kognitive udfordringer kan have svært ved at forstå eller samarbejde om forflytningen. Det kan resultere i kritiske arbejdsmiljømæssige risici:

- **Fysisk belastning og uforudsigelighed:** Patienter, der ikke forstår forflytningssituationen, kan utilsigtet modarbejde personalet gennem uventede og pludselige bevægelser. Det øger den fysiske belastning samt risikoen for akutte skader.
- **Psykisk belastning og interaktionskrav:** Ved udadreagerende adfærd eller kognitivt betinget modstand bliver forflytningen ikke blot en fysisk opgave, men også en psykisk krævende interaktion. Det stiller store krav til personalets pædagogiske kompetencer i en krævende situation.

Spørgeskemaundersøgelsen viser samtidig, at mange medarbejdere oplever muskuloskeletale smerter, særligt i lænderyg, nakke og skuldre. Selvom personalet generelt angiver, at de føler sig godt rustet til forflytninger gennem kurser og undervisning, viser deltagerobservationerne, at de organisatoriske rammer i hverdagen – herunder tidspres, bemanning og arbejdsgange – ikke altid giver mulighed for at omsætte denne viden til praksis. Der kan også stilles spørgsmål ved om den viden personalet har om forflytnings teknikker er den relevante, i forhold til at kunne skabe den trygge relation til patienten, der forflyttes.

Litteraturstudiet understøtter disse fund primært gennem studier med patienter med demens ved at pege på, at arbejdsmiljøudfordringer i sundhedssektoren ofte opstår i samspillet mellem fysiske belastninger, hospitalets organisation, dagsrutiner og arbejdskultur.

Samlet peger projektet derfor på, at forbedringer af arbejdsmiljøet i forbindelse med patientforflytninger kræver en helhedsorienteret tilgang, hvor både kompetencer, organisering af arbejdet og arbejdskultur indgår. Teknologiske løsninger, der dels kan skåne personalet fra tunge løft samt frigive tid til at forbedre det relationelle patientarbejde, vil med fordel kunne ses som et delelement i en samlet mere kompleks indsats.

7.2 anbefalinger

På baggrund af projektets resultater kan følgende anbefalinger fremhæves. Det er dog vigtigt at understrege, at det kan være en udfordring at leve op til disse anbefalinger, idet også neurologiske sengeafsnit oplever et stort tidspres og mangel på personale.

1. Styrket fokus på organisatoriske rammer omkring forflytninger

Arbejdsplanlægning og bemanning bør i højere grad tage højde for, at patientforflytninger kan kræve tid og samarbejde mellem flere medarbejdere. Dette kan reducere behovet for at udføre forflytninger alene eller under tidspres.

2. Øget opmærksomhed på patienters kognitive tilstand i forflytningssituationen

Strategier for kommunikation og samarbejde med patienter med kognitive udfordringer kan med fordel indgå som en del af undervisning og kompetenceudvikling, da patientens forståelse af situationen har stor betydning for forflytningens forløb.

3. Styrket arbejdsmiljøkultur omkring smerter og belastning

Der kan med fordel arbejdes med en arbejdskultur, hvor fysiske belastninger og smerter i højere grad italesættes, og hvor medarbejdere oplever mulighed for at søge hjælp eller justere arbejdsopgaver ved behov.

4. Understøttelse af anvendelse af eksisterende viden i praksis

Selvom personalet ofte har modtaget undervisning i forflytningsteknikker, kan der være behov for løbende faglig sparring, refleksion og praksisnær træning, som tager udgangspunkt i de konkrete situationer fra den kliniske hverdag.

5. Fokus på tilgængelighed og anvendelse af hjælpemidler

Sikring af let adgang til relevante hjælpemidler samt organisatorisk støtte til deres anvendelse kan bidrage til at reducere fysisk belastning i forbindelse med forflytninger.

8. Vidensdeling og publikationer

8.1 Vidensdeling

Projektet og erfaringer er løbende gennem projektperioden blevet præsenteret for en række udvalg, enheder, ledelser og afdelinger.

- **Forflytningskonferencen 2025**
November 2025, Vingsted Hotel og Conferencecenter
Oplægsholder: Kathrine Rayce
Titel på oplæg: Feltarbejde på en neuromedicinsk afdeling
- **Præsentation v. 42nd International Human Science Research Conference**
August 2025, Roskilde
Oplægsholder: Kathrine Rayce
Titel på oplæg: Understanding patients with cognitive impairment: Navigating between relational and diagnostic work
- **Posterpræsentation v. Arbejdsmiljøforskningsfondens årskonference 2024**
Maj 2024, København
Posterpræsentation: PULLY: Automatiseret patientforflytning for bedre ergonomisk arbejdsmiljø
Samme forfattergruppe som til slutrapporten. Kathrine Rayce var til stede på dagen.
- **Region Sjællands Udvalg for forebyggelse, det præhospitale område, forskning og innovation**
Maj 2024, Odense Universitetshospital
Deltagere: Formand Jens Ravn, Næstformand Camilla Bredegaard Petersen, Konstitueret koncerndirektør Mikkel Søndergaard, Direktør Mads Ellegaard m.fl.
- **Region Syddanmarks Digitaliserings- og Innovationsudvalg**
Februar 2024, Odense Universitetshospital
Deltagere: Regionsdirektør Jane Kraglund, Lægelig direktør Bjarne Dahler-Eriksen, IT-direktør Morten Lundgaard, Vicedirektør Inge Bendixen, Stabschef Mads Haugaard m.fl.
- **Delegation af ledere fra enheder i Region Syddanmark, der beskæftiger sig med digitalisering/innovation**
Februar 2024, Odense Universitetshospital
Deltagere: Formand Anja Lund, Næstformand Meho Selman, Regionrådsmedlem Karsten Byrgesen m.fl.

8.2 Publikationer

Der er skrevet en **populærvidenskabelig artikel** med titlen:

Forflytning af den neurologiske patient: et komplekst arbejdsmiljøproblem

Kathrine Rayce, Tina Dalager, Tue Kjølhede, Teodora Chagas Letort, Karen Søgaard og Malte Kongstad Deleuran

Herudover forventes det, at der publiceres tre **peer-reviewed artikler** omhandlende resultater fra de tre forskningsmetoder samt syntese, perspektiver og anbefalinger.

9. Referencer

1. Andersen LL. Musculoskeletal disorders in the healthcare sector. *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)*. 2020.
2. Andersen LL, Burdorf A, Fallentin N, et al. Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(1):74-81.
3. Andersen LL, Vinstrup J, Villadsen E, Jay K, Jakobsen MD. Physical and Psychosocial Work Environmental Risk Factors for Back Injury among Healthcare Workers: Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22).
4. Wiggermann N. The sliding patient: How to respond to and prevent migration in bed. *American Nurse*. 2014(September):17-19.
5. Holtermann A, Clausen T, Jørgensen MB, Burdorf A, Andersen LL. Patient handling and risk for developing persistent low-back pain among female healthcare workers. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(2):164-169.
6. Wåhlin C, Stigmar K, Nilsing Strid E. A systematic review of work interventions to promote safe patient handling and movement in the healthcare sector. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2021:1-13.
7. Costa BR, Vieira ER. Risk Factors for Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Recent Longitudinal Studies. *Am J Ind Med* 53:285–323. 2010.
8. Sjøgaard K, Sjøgaard G. Physiological Bases of Work Assessment. In: Wilson JR, Sharples S, eds. *Evaluation of Human Work*. Taylor and Francis; 2015.
9. Griffith LE, Shannon HS, Wells RP, et al. Individual participant data meta-analysis of mechanical workplace risk factors and low back pain. *Am J Public Health*. 2012;102(2):309-318.
10. Jan de Kok, Paul Vroonhof, Jacqueline Snijders, et al. *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)2019.
11. Elke Schneider, Xabier Irastorza. *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA);2010.
12. Jørgen Skotte, Nils Fallentin. *Patientforflytninger i seng*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø;2008.
13. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). *Patient handling techniques to prevent MSDs in health care*. 2008.
14. 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;57(5):754-792.
15. Gilchrist A, Pokorná A. Prevalence of musculoskeletal low back pain among registered nurses: Results of an online survey. *J Clin Nurs*. 2021;30(11-12):1675-1683.
16. Genevay S, Cedraschi C, Courvoisier DS, et al. Work related characteristics of back and neck pain among employees of a Swiss University Hospital. *Joint Bone Spine*. 2011;78(4):392-397.
17. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
18. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-2367.
19. Veiersted B, Knardahl S, M. W. *Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager*. Statens Arbejdsmiljøinstitutt;2017.
20. Bernardes JM, Spröesser Alonso M, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C, García-Navarro EB, Dias A. The impact of manual patient handling on work ability: A cross-sectional study in a Brazilian hospital. *Nurs Open*. 2022;9(5):2304-2313.

21. Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, et al. Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Med.* 2018;16(1):167.
22. Isabelle Mairey, Siri Rosenkilde, Marie Borring Klitgaard, Lau Caspar Thygesen. *Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme.* Sundhedsstyrelsen;2022.
23. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1211-1259.
24. Jakobsen MD, Aust B, Kines P, Madeleine P, Andersen LL. Participatory organizational intervention for improved use of assistive devices in patient transfer: a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45(2):146-157.
25. Vinstrup J, Jakobsen MD, Madeleine P, Andersen LL. Physical exposure during patient transfer and risk of back injury & low-back pain: prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2020;21(1):715.
26. Hegewald J, Berge W, Heinrich P, et al. Do Technical Aids for Patient Handling Prevent Musculoskeletal Complaints in Health Care Workers?-A Systematic Review of Intervention Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(3).
27. Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Processing Fieldnotes: Coding and Memoing. In: *Writing Ethnographic Fieldnotes.* University of Chicago Press; 1995:142-168.
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71.
29. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n160.
30. Featherstone K, Northcott A, Harden J, et al. Refusal and resistance to care by people living with dementia being cared for within acute hospital wards: an ethnographic study. *Health Services and Delivery Research.* 2019;7(11):1-92.
31. Featherstone K, Northcott A, Bridges J. Routines of resistance: an ethnography of the care of people living with dementia in acute hospital wards and its consequences. *International Journal of Nursing Studies.* 2019;96:53-60.
32. Pinkert C, Faul E, Saxer S, Burgstaller M, Kamleitner D, Mayer H. Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. *Journal of clinical nursing.* 2018;27(1-2):162-172.
33. Fukuda R, Shimizu Y, Seto N. Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 2015;10(1):25828.
34. Moonga J, Likupe G. A systematic literature review on nurses' and health care support workers' experiences of caring for people with dementia on orthopaedic wards. *Journal of Clinical Nursing.* 2016;25(13-14):1789-1804.
35. Houghton C, Murphy K, Brooker D, Casey D. Healthcare staffs' experiences and perceptions of caring for people with dementia in the acute setting: Qualitative evidence synthesis. *International journal of nursing studies.* 2016;61:104-116.
36. Ye HMY, Xiao LD, Ullah S, Chang RHC. Hospital nurses perceived challenges and opportunities in the care of people with dementia: A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing.* 2024;33(8):2849-2884.
37. Hynninen N, Saarnio R, Isola A. The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of clinical nursing.* 2015;24(1-2):192-201.
38. Dimakopoulou E, Bampouras TM, Katsardi G, et al. Exploring musculoskeletal injuries among informal and formal carers of people with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders.* 2024;38(3):271-276.

39. Oyesanya TO, Bowers BJ, Royer HR, Turkstra LS. Nurses' concerns about caring for patients with acute and chronic traumatic brain injury. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(7-8):1408-1419.
40. Lovell A, Smith D, Johnson P. A qualitative investigation into nurses' perceptions of factors influencing staff injuries sustained during physical interventions employed in response to service user violence within one secure learning disability service. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(13-14):1926-1935.
41. Kristiansen S, Konradsen H, Beck M. Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *Journal of clinical nursing*. 2019;28(5-6):920-930.
42. Nybakken S, Strandås M, Bondas T. Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*. 2018;74(12):2713-2726.
43. Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(9-10):1152-1171.
44. Dookhy J, Daly L. Nurses' experiences of caring for persons with dementia experiencing responsive behaviours in an acute hospital: A qualitative descriptive study. *International journal of older people nursing*. 2021;16(4):e12379.
45. Evripidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspectives in psychiatric care*. 2019;55(1):48-60.
46. Bernard HR. Participant observation. In: *Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Altamira Press; 1995:136-164.
47. Christiansen DH, Andersen DR, Nielsen K, Andersen JH. *Muskel- og skeletbesvær: Har kulturen på arbejdspladsen betydning?* 2023.
48. Dupret K. Working around technologies—invisible professionalism? *New Technology, Work and Employment*. 2017;32(2):174-187.

10. Appendix

10.1 Spørgeskema

Velkommen til dette spørgeskema.

Spørgeskemaet indeholder spørgsmål relateret til patientforflytning, dine arbejdsforhold, dit helbred og muskelskeletbesvær. Spørgeskemaet er udviklet i et samarbejde mellem Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital.

Det er vigtigt for undersøgelsens kvalitet, at du svarer på alle spørgsmålene, også selvom spørgsmålene kan minde om hinanden. Du skal forvente at det tager cirka 10 minutter at udfylde spørgeskemaet. Du svarer på de fleste spørgsmål ved at sætte et kryds og ved nogle spørgsmål skal du skrive et tal eller ganske få ord. Du kan navigere frem og tilbage i spørgeskemaet ved hjælp af knapperne "Forrige" og "Næste" placeret i bunden af skærmen. Din besvarelse er først fuldført, når du klikker på knappen "Afslut" på spørgeskemaets sidste side. Hvis du bliver forhindret i at svare på alle spørgsmål undervejs, så kan du altid vende tilbage til spørgeskemaet gennem det link der blev sendt til din mail da du oprettede dig.

Alle data og personoplysninger bliver behandlet fortroligt ved Syddansk Universitet og alle resultater vil blive fremstillet på gruppeniveau.

Du er velkommen til at kontakte os, hvis du har nogen spørgsmål: lektor Tina Dalager (tdalager@health.sdu.dk)

Tak for at du vil afsætte tid til at besvare dette spørgeskema.

Tina Dalager, Lektor, Syddansk Universitet.

Karen Sjøgaard, Professor, Syddansk Universitet.

Malte Kongstad Deleuran, Odense Universitetshospital.

Kathrine Rayce, Sygeplejerske, Odense Universitetshospital

Tue Kjølhede, Chefkonsulent, Odense Universitetshospital

Maria Lenius, Oversygeplejerske, Odense Universitetshospital, Neurologisk Afdeling N

Det er frivilligt at deltage i spørgeskemaet og dine svar vil være anonyme. Dine svar vil blive gemt sikkert og fortroligt, og vil kun blive brugt til forskning.

Vil du vide mere om hvordan vi bruger og behandler dine oplysninger?

- (1) Ja
- (2) Nej

Oplysning om behandling af personoplysninger

I forbindelse med projektet 'Pully - automatiseret patientflytning' ønsker SDU at indsamle oplysninger om dig. SDU er ansvarlig for beskyttelsen af dine personoplysninger til brug for forskningsprojekter. Det er frivilligt at deltage i projektet. Indsamlingen sker via spørgeskema.

Formål med behandlingen af personoplysninger

Det aktuelle studie har til formål at undersøge og evaluere brugen af Pully, et hjælpemiddel til automatiseret patientflytning. De specifikke delformål er: undersøgelse af personalets oplevelse med anvendelsen af hjælpemidlet Pully. Undersøgelse af oplevede effekter ved brugen af hjælpemidlet Pully, herunder særligt muskelskeletbesvær.

De personoplysninger, der behandles er:

Køn, selvvurderet helbred, arbejdssted, arbejdsevne, produktivitet, fysisk aktivitetsniveau, muskelskeletbesvær.

Sådan bruger SDU personoplysningerne

Oplysningerne behandles efter databeskyttelsesforordningen art. 6, stk. 1, litra a og art. 9, stk. 2, litra a, som er reglerne omkring samtykke. SDU vil behandle personoplysningerne fortroligt i overensstemmelse med gældende ret. Vi sørger for at opbevare dem sikkert, så det kun er relevante forskere på SDU, der har adgang til dem. Oplysningerne vil kun blive brugt til forskning.

Sletning og opbevaring af dine personoplysninger

SDU vil slette eller anonymisere data, når det ikke længere er relevant at opbevare dine personoplysninger. Det vil oftest være når projektet er afsluttet, men kan også være senere, af hensyn til eventuel dokumentation for forskningsresultater. Oplysningerne vil blive slettet seneste fem år efter projektets afslutning og dermed er de slettet d. 31.03.2029. Ønsker du at få slettet dine oplysninger tidligere, kan du trække dit samtykke tilbage. Som et alternativ til sletning, kan dine data også blive anonymiseret, således at det ikke er muligt at identificere dig.

Du gøres opmærksom på,

- at du altid kan tilbagekalde dit samtykke og dermed er SDU forpligtet til at slette eller anonymisere de oplysninger, vi har vedrørende dig,
- at du har ret til at se de oplysninger, vi har om dig,
- at du har ret til at forlange berigtigelse eller sletning af oplysningerne, og
- at du har ret til at klage til Datatilsynet over behandlingen af oplysningerne via www.datatilsynet.dk.

Du har altid mulighed for at tilbagetrække dit samtykke ved skriftlig henvendelse til tdalager@health.sdu.dk

Videregivelse/andre formål

Dine oplysninger kan blive videregivet til anden forskning, f.eks. til brug i meta-analyser.

Offentliggørelse

Der sker ikke offentliggørelse af data, hvor du kan identificeres. Dine personoplysninger er anonymiserede inden de indgår i en offentliggørelse af forskningsresultatet. Det betyder, at det ikke er muligt at genfinde dine oplysninger i eventuelle publikationer.

Yderligere information

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, kan du til, enhver tid, kontakte lektor Tina Dalager. Institut for Idræt og Biomekanik. Tlf. 65 50 83 17. Mail: tdalager@health.sdu.dk.

Hvis du har spørgsmål omkring databeskyttelse og dine rettigheder kan du kontakte vores Databeskyttelsesrådgiver, Simon Kamber på tlf. 6550 3906 eller dpo@sdu.dk.

Ønsker du at klage over behandlingen af personoplysninger, kan du rette henvendelse til Datatilsynet via www.datatilsynet.dk.

Med venlig hilsen

Tina Dalager, Lektor

Samtykkeerklæring

- (1) Jeg forstår, at det er frivilligt at deltage i projektet, at oplysninger om mig kun vil blive anvendt til forskning og at mine oplysninger i anonymiseret form kan blive videregivet til andre forskningsprojekter
- (2) Nej tak, jeg ønsker ikke at deltage i spørgeskemaundersøgelsen

Den kommende del handler om dig og dine arbejdsforhold.

Er du?

- (1) Mand
- (2) Kvinde
- (3) Non-binær / ikke-binær
- (4) Ønsker ikke at svare

Hvilket år er du født? (årstal f.eks. 1980)

Hvad er din jobtitel/profession?

- (1) Sygeplejerske
- (2) Social- og sundhedsassistent
- (3) Fysioterapeut
- (4) Ergoterapeut
- (6) Studerende
- (5) Andet _____

I hvilken region arbejder du?

- (1) Region Hovedstaden
- (2) Region Sjælland
- (3) Region Syddanmark
- (4) Region Midtjylland
- (5) Region Nordjylland

Som studerende, hvor mange timer arbejder du typisk om ugen på afdelingen?

Hvor mange timer arbejder du gennemsnitligt om ugen?

Total antal arbejdstimer _____

Antal timer sammen med patienter _____

Angiv for en typisk måned, din fordeling af dag-, aften- og nattevagter? Angiv den procentvise fordeling.

Dagvagter _____

Aftenvagter _____

Nattevagter _____

Hvor stor en del af din arbejdstid...

Næsten hele tiden Ca. 3/4 af tiden Ca. 1/2 af tiden Ca 1/4 af tiden Sjældent/ meget lidt Aldrig

Sidder du? (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Går eller står du? (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Arbejder du med ryggen vredet eller foroverbøjet uden at støtte med hænder og arme? (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Arbejder du med
nakken kraftigt
foroverbøjet

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Har du armene løftet i
eller over
skuldrehøjde?

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Gør du samme
armbevægelser mange
gange i minuttet?

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Hvor mange forflytninger foretager du typisk på én arbejdsdag?

Hvor mange minutter varer en forflytning i gennemsnit?

(Vi ved der kan være stor variation, så det er et gennemsnit af alle typer forflytninger)

**Hvor stor en andel af din daglige arbejdstid vurderer du at forflytninger udgør?
(angiv i procent af din totale daglige arbejdstid)**

Har du været på kursus i forflytning?

(1) Ja

(2) Nej

I hvor høj grad kan du anvende det du lærte på kurset i din dagligdag?

- (1) I stor grad
- (2) I nogen grad
- (3) I lille grad
- (4) I lav grad
- (5) Ved ikke

Føler du dig godt rustet til at være med til en forflytning?

- (1) Ja, i stor grad
- (6) Ja, i nogen grad
- (7) Ja, men i mindre grad
- (8) Ved ikke
- (9) Nej

Hvor ofte får du koordineret en forflytning med din kollega, sådan at I får taget hensyn til hinandens arbejdsstillinger?

- (1) Ja, altid
- (6) Ja, ofte
- (7) Ja, nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Nej, aldrig
- (10) Ved ikke

Hvad har betydning for at I ikke får koordineret en forflytning?

- (1) Tid
- (2) Erfaring/status i afdelingen
- (3) Det er svært at få sagt hvad jeg har behov for
- (4) Andet _____

Hvor ofte oplever du at en forflytning foretages alene eller underbemandet grundet travlhed?

- (1) Altid
- (6) Ofte
- (7) Nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Aldrig
- (10) Ved ikke

Oplever du at forflytninger er belastende for dit fysiske helbred?

- (1) Ja, altid
- (6) Ja, ofte
- (7) Ja, nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Nej, aldrig
- (10) Ved ikke

Hvilken type forflytning finder du fysisk belastende? (Der kan sættes flere krydser)

- (1) At forflytte en patient længere op i sengen
- (2) At vende en patient
- (3) At lifte en patient (tilpasse liftsejl til patient)
- (4) At forflytte patient over i en stol
- (5) Andet _____

Hvilke faktorer har betydning for om du oplever en forflytning fysisk belastende? (Der kan sættes flere krydser)

- (1) Patientens højde og vægt
- (2) Patientens mentale tilstand

- (4) Samarbejdsvanskeligheder med kollegaer/personale
- (3) At man er alene om forflytningen
- (5) Andet _____

Hænger forflytningens kvalitet for dig sammen med hvor belastende du oplever forflytningen?

(Kvalitet skal her forstås som samarbejdet mellem dig og dine kollegaer og den forberedelse der må være til en forflytning.)

- (1) Ja, i stor grad
- (6) Ja, i nogen grad
- (7) Ja, men i mindre grad
- (8) Ved ikke
- (9) Nej

Oplever du at forflytninger er belastende for dit mentale helbred?

- (1) Ja, altid
- (6) Ja, ofte
- (7) Ja, nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Nej, aldrig
- (10) Ved ikke

Hvilke faktorer har betydning for om du oplever en forflytning mentalt belastende? (Der kan sættes flere krydser)

- (1) Patientens højde og vægt
- (2) Patientens mentale tilstand
- (4) Samarbejdsvanskeligheder med kollegaer/personale
- (3) At man er alene om forflytningen
- (5) Andet _____

Oplever du at det er okay at spørge om hjælp til en forflytning?

- (1) Ja, i stor grad
- (6) Ja, i nogen grad
- (7) Ja, men i mindre grad
- (8) Ved ikke
- (9) Nej

Hvad er den primære årsag til at det er svært at spørge om hjælp?

- (1) Tid/Travlhed
- (2) Hensyn til kollegaer
- (3) Jeg bør selv kunne klare det

Hvor tit oplever du modstand fra patienten i forbindelse med en forflytning?

- (1) Ja, altid
- (6) Ja, ofte
- (7) Ja, nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Nej, aldrig
- (10) Ved ikke

Hvor godt er dit kendskab til hjælpemidler i afdelingen til brug ved forflytninger?

- (1) Meget godt
- (3) Godt
- (4) Nogenlunde
- (5) Kunne være bedre
- (6) Har ikke kendskab til hjælpemidler

Hvor ofte anvender du hjælpemidler ved forflytning?

- (1) Altid

- (6) Ofte
- (7) Nogen gange
- (8) Sjældent
- (9) Aldrig
- (10) Ved ikke

Hvad er årsag til at du ikke anvender hjælpemidler?

- (1) Ved ikke hvor hjælpemidlerne er placeret i afdelingen
- (2) Hjælpemidlerne er placeret for langt væk
- (3) Synes ikke hjælpemidlerne yder nok support
- (5) Der er ikke tid nok til at anvende hjælpemidler
- (4) Andet _____

Føler du dig vel-informeret om brugen af hjælpemidler?

- (1) Ja, i stor grad
- (6) Ja, i nogen grad
- (7) Ja, men i mindre grad
- (8) Ved ikke
- (9) Nej

Den kommende del handler om smerter og besvær i kroppen

Hvor ofte har du haft smerter i kroppen (undtagen hovedet) inden for de sidste 3 måneder

- (1) Aldrig
- (2) Sjældent
- (3) Sommetider
- (4) Ofte
- (5) Altid

**Hvor på kroppen har du oplevet smerter de sidste 3 måneder?
(Der kan sættes flere krydser)**

- (1) Hænder
- (2) Arme
- (3) Skuldre
- (4) Nakken
- (5) Øvre ryg
- (6) Lænderyg
- (7) Hofter
- (8) Knæ
- (9) Fødder/ankler

Har du på grund af smerter i kroppen været begrænset på dit arbejde inden for de sidste 3 måneder?

- (1) Aldrig
- (2) Sjældent
- (3) Sommetider
- (4) Ofte
- (5) Altid

Har du inden for de sidste 3 måneder været nødsaget til at tage smertestillende medicin for at komme igennem en hel arbejdsdag?

- (1) Nej
- (2) Ja, nogle få gange
- (3) Ja, ofte
- (4) Ja, altid

Hvis du oplever smerter i forbindelse med dit arbejde, hvad gør du så?

- (1) Ser om det går over
- (2) Holder det for mig selv
- (3) Snakker med en kollega
- (4) Går til ledelsen
- (5) Går til vores arbejdsmiljørepræsentant
- (6) Snakker med familie/venner
- (7) Tager til en behandler
- (8) Andet _____

Føler du at der kan snakkes højt om det at opleve smerter qua sit arbejde?

- (1) Ja, i stor grad
- (6) Ja, i nogen grad
- (7) Ja, men i mindre grad
- (8) Ved ikke
- (9) Nej

Hvad tænker du kan ligge til grund for at miljøet er sådan?

Påvirker smerter dig i følgende....

	Ja	Nej	Ej relevant
At udføre dit arbejde	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>
At deltage i fritidsaktiviteter	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>

At sove om natten

(1)

(2)

(3)

I hvor høj grad har smerter, inden for de sidste 30 dage, påvirket dig i følgende...

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad	Ej relevant
Kvaliteten af dit arbejde	(1) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>	(7) <input type="radio"/>	(8) <input type="radio"/>	(9) <input type="radio"/>	(10) <input type="radio"/>
Mængden af opgaver du har løst på dit arbejde	(1) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>	(7) <input type="radio"/>	(8) <input type="radio"/>	(9) <input type="radio"/>	(10) <input type="radio"/>
Sygefravær	(1) <input type="radio"/>	(6) <input type="radio"/>	(7) <input type="radio"/>	(8) <input type="radio"/>	(9) <input type="radio"/>	(10) <input type="radio"/>

Den kommende del handler om dit helbred, fysisk aktivitet og din arbejdsevne.

Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

- (1) Fremragende
- (2) Vældig godt
- (3) Godt
- (4) Mindre godt
- (5) Dårligt

På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?

Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb, styrketræning, eller motionsidræt.

- (1) Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)
- (2) ½ til 1 ½ time (30-89 minutter)
- (3) 1 ½ til 2 ½ time (90-149 minutter)
- (4) 2 ½ til 5 timer (150-299 minutter)
- (5) 5 timer eller mere (300 minutter eller mere)

**Laver du aktiviteter, der styrker dine muskler, mindst to gange om ugen?
Aktiviteter, der styrker dine muskler, er for eksempel øvelser, hvor du bruger vægte eller din egen kropsvægt, og som involverer alle de store muskler. Det vil sige ben, baller, mave, ryg og arme. Aktiviteterne kan indgå som en del af de 30 minutters daglige fysiske aktivitet.**

- (1) Ja
- (2) Nej
- (3) Ved ikke

Hvor fysisk hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?

(0 = Ikke hårdt; 10 = maksimalt hård)

- (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) 5 (7) 6 (8) 7 (9) 8 (10) 9 (11) 10

Hvor mentalt hårdt opfatter du normalt dit nuværende arbejde?

(0 = Ikke hårdt; 10 = maksimalt hård)

- (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) 5 (7) 6 (8) 7 (9) 8 (10) 9 (11) 10

Hvilke faktorer har betydning for at du oplever arbejdet som fysisk hårdt?

Hvilke faktorer har betydning for at du oplever arbejdet som mentalt hårdt?

Forestil dig, at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst. Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?

(0 = ude af stand til at arbejde; 10 = bedste arbejdsevne)

- (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) 5 (7) 6 (8) 7 (9) 8 (10) 9 (11) 10

Hvor mange hele dage har du været væk fra arbejdet pga. helbredsproblemer (sygdom, undersøgelser mm.) gennem de sidste 12 måneder?

- (1) Ingen
(2) Højest 9 dage
(3) 10-24 dage
(4) 25-99 dage
(5) 100-365 dage

Hvad var årsagen til sidste sygeperiode

- (1) "Almindelige infektioner" som influenza/ halsbetændelse eller lignende
- (2) Smerter i muskler eller led (ondt i ryggen, knæ, nakke, skuldre, håndled eller lignende)
- (3) Hjerte/ kar problemer
- (4) Stress/ udbrændthed
- (5) Andre psykiske problemer
- (6) Andet
- (7) Kan ikke huske

Hvis du tænker på dit helbred, tror du så, at du er i stand til at udføre dit job om 2 år?

- (1) Utænkeligt
- (2) Ikke sikkert
- (3) Sikkert

Hvis du tænker på dit helbred, tror du så, at du er i stand til at udføre dit job om 10 år?

- (1) Utænkeligt
- (2) Ikke sikkert
- (3) Sikkert

Hvis du har kommentarer til spørgeskemaet eller øvrig information vi skal vide, er du velkommen til at skrive det her:

Du har nu besvaret spørgeskemaet. Besvarelsen er først indsendt, når du har trykket "afslut".

Mange tak for din deltagelse

Med venlig hilsen

Tina Dalager, Lektor, Syddansk Universitet.

Karen Søgaard, Professor, Syddansk Universitet.

Malte Kongstad Deleuran, Projekterleder, Odense Universitetshospital.

Kathrine Rayce, Sygeplejerske, PhD, Odense Universitetshospital.

Tue Kjølhede, Chefkonsulent, Odense Universitetshospital.

Maria Lenius, Oversygeplejerske, Neurologisk Afdeling N, Odense Universitetshospital.

Kontaktoplysninger:

Institut for Idræt og Biomekanik

Campusvej 55

5230 Odense M

e-mail: tdalager@health.sdu.dk

10.2 Tabeloversigt over regionale forskelle

Variabel	Midtjylland (n=60)	Nordjylland (n=13)	Sjælland (n=13)	Syddanmark (n=40)	p-værdi
Sociodemografiske karakteristika					
Alder (år)	43.7 (14.0)	43.0 (15.1)	47.5 (9.3)	37.4 (11.6)	0.042
Køn, kvinde	97%	77%	100%	90%	0.051
Jobtitel	—	—	—	—	0.010
Sygeplejerske	68%	69%	77%	52%	
Social- og sundhedsassistent	15%	31%	23%	48%	
Fysioterapeut	10%	0%	0%	0%	
Ergoterapeut	7%	0%	0%	0%	
Ugentlig arbejdstid (timer)	35.0 (4.1)	34.5 (6.3)	34.5 (4.2)	34.6 (4.3)	0.968
Ugentlig antal patienttimer	27.4 (9.1)	27.5 (7.8)	22.9 (10.2)	32.5 (5.4)	0.001
Dagvagter (%)	64.9 (29.4)	61.9 (23.9)	78.0 (28.5)	47.7 (24.8)	0.002
Aftenvagter (%)	27.7 (28.1)	27.3 (29.5)	8.2 (12.1)	31.9 (27.8)	0.059
Nattevagter (%)	7.5 (17.6)	10.8 (16.6)	13.8 (30.1)	20.4 (26.1)	0.043
Helbred, fremragende/vældig godt	58%	62%	46%	52%	0.803
Vurdering af arbejdsevne (skala 0–10)	8.6 (1.3)	8.0 (2.0)	8.9 (1.0)	8.4 (1.0)	0.268
Styrketræning ≥ 2 dage om ugen	62%	69%	46%	62%	0.654
Arbejdsstillinger					
Sidder, $\geq 3/4$ af arbejdstiden	5%	0%	38%	2%	<0,001
Går eller står, $\geq 3/4$ af arbejdstiden	60%	62%	31%	95%	<0,001
Ryggen vredet eller foroverbøjet, $\geq 1/4$ af arbejdstiden	45%	46%	38%	68%	0.105
Nakken kraftigt foroverbøjet, $\geq 1/4$ af arbejdstiden	23%	46%	38%	40%	0.200
Armene løftet i eller over skuldre, $\geq 1/4$ af arbejdstiden	27%	54%	0%	40%	0.011
Samme armbevægelser gentagne gange, $\geq 1/4$ af arbejdstiden	25%	46%	23%	35%	0.378
Patientforflytninger					
Antal forflytninger på en arbejdsdag	8.6 (6.1)	6.1 (3.9)	7.7 (8.8)	17.4 (18.7)	<0,001
Varighed per forflytning (minutter)	8.0 (4.8)	9.2 (5.1)	6.2 (5.1)	7.6 (4.3)	0.450
Forflytninger som andel af arbejdstid (%)	19.4 (13.3)	26.5 (15.6)	12.2 (9.9)	36.9 (21.9)	<0,001
Har været på kursus i forflytning	100%	69%	77%	75%	<0,001
Kan anvende kursus i dagligdag, i nogen/stor grad *	93%	100%	90%	93%	0.840
Forflytning foretages alene eller underbemandet, ofte	18%	23%	15%	50%	0.004

Variabel	Midtjylland (n=60)	Nordjylland (n=13)	Sjælland (n=13)	Syddanmark (n=40)	p-værdi
Forflytninger er belastende for det fysiske helbred, ofte/altid	15%	23%	23%	45%	0.010
Forflytninger er belastende for det mentale helbred, ofte/altid	2%	8%	0%	12%	0.099
Hjælpe midler					
Kendskab til hjælpemidler i afdelingen, meget godt	62%	23%	46%	48%	0.069
Velinformeret om brug af hjælpemidler, i nogen/stor grad	98%	85%	85%	95%	0.088
Anvender hjælpemidler ved forflytning, altid/ofte	100%	85%	77%	92%	0.007
Muskelskeletbesvær					
Smertes i kroppen de seneste 3 måneder, ofte/altid	27%	15%	38%	48%	0.077
Smertelokalisering: hænder	18%	15%	38%	20%	0.400
Smertelokalisering: arme	13%	15%	15%	10%	0.929
Smertelokalisering: skuldre	40%	38%	23%	68%	0.010
Smertelokalisering: nakke	38%	54%	54%	68%	0.040
Smertelokalisering: øvre ryg	35%	15%	31%	32%	0.590
Smertelokalisering: lænderyg	62%	69%	69%	70%	0.824
Antal smerteregioner †	2.6 (1.7)	2.6 (1.0)	3.1 (1.9)	3.2 (1.0)	0.031
Smertes i ≥2 kropsregioner	75%	92%	69%	98%	0.010
Smertes i ≥3 kropsregioner	43%	46%	54%	78%	0.008
Smertelokalisering: hofter	20%	15%	0%	20%	0.357
Smertelokalisering: knæ	23%	31%	46%	25%	0.391
Smertelokalisering: fødder/ankler	12%	8%	31%	12%	0.272
Begrænset i arbejdet på grund af smerter, sommetider/ofte	23%	15%	8%	25%	0.541
Smertestillende medicin de seneste 3 måneder, ofte/altid	15%	8%	8%	20%	0.601
Smertes påvirker fritidsaktiviteter	29%	31%	15%	53%	0.040
Smertes påvirker nattesøvn	23%	38%	38%	51%	0.045
Hvor fysisk hårdt opfattes arbejdet (skala 0–10)	4.6 (2.4)	4.5 (2.0)	4.1 (2.9)	6.4 (1.9)	<0,001
Hvor mentalt hårdt opfattes arbejdet (skala 0–10)	5.2 (2.5)	4.8 (2.2)	6.4 (2.5)	6.1 (2.2)	0.116
Sygefravær og fremtidig karriere					
Sygefraværsdage de seneste 12 måneder	—	—	—	—	0.035
<i>Ingen</i>	32%	23%	23%	15%	
<i>Højest 9 dage</i>	47%	77%	23%	50%	
<i>10–24 dage</i>	17%	0%	38%	32%	
<i>25–99 dage</i>	5%	0%	15%	2%	

Variabel	Midtjylland (n=60)	Nordjylland (n=13)	Sjælland (n=13)	Syddanmark (n=40)	p-værdi
I stand til at udføre sit job om 2 år, sikkert	85%	85%	92%	78%	0.600
I stand til at udføre sit job om 10 år	—	—	—	—	0.556
<i>Sikkert</i>	48%	23%	54%	40%	
<i>Ikke sikkert</i>	33%	62%	31%	45%	
<i>Utænkeligt</i>	18%	15%	15%	15%	

10.3 Metoder til scoping review

Som led i *scoping reviewet*, blev der gennemført en systematisk litteratursøgning. Denne metode anvendes mhp., at skabe struktur og transparens i søgningen af eksisterende forskning, inden for et afgrænset emneområde (Rosén 2025). Derudover bidrager metoden til at tydeliggøre grundlaget for udvælgelse af relevant litteratur (ibid.).

Udførelsen af søgestrategien tog udgangspunkt i en afklaring af undersøgelsesspørgsmålet, som blev struktureret efter *population (P)*, *interest (I)* og *context (Co)*, som til sammen danner *PiCo* (Rosén 2025). *PiCo* er et redskab, som har til formål at konkretisere og identificere søgeord (ibid.). Her blev ordene: *Sygeplejerske*, *Oplevelser*, *Forflytninger* og *Neurokognitive lidelser* identificeret. Ligeledes blev kontrollerede emneord, herunder *Medical Subject Headings (MeSH)*, anvendt til, at identificere yderligere relevante søgetermer (Karlsson 2021). Den udarbejdede *PiCo* med anvendte søgeord fremgår af figur 1.

					AND				
					Population (P)		Interest (I)	Context (Co)	
OR	Nurse		Attitude		Mobilisation		Neurocognitive Disorder		
	Healthcare Worker		Experience		Mobilization		Neurological Disorder		
	Caregiver		Knowledge		Lifting		Cognitive Disorder		
	Medical Staff		Perceived barriers		Mobilising		Cognitive Impairment		
	Health Professional		Perception		Bed Care		Dementia		
			Barrier		Bedside Care		Neurological Conditions		
			Obstacles						
			Occupational Injury						
			Facilitators						
			Physical Workload						
Low Back Pain									

Figur 1: *PiCo* med Booleske-operatorer

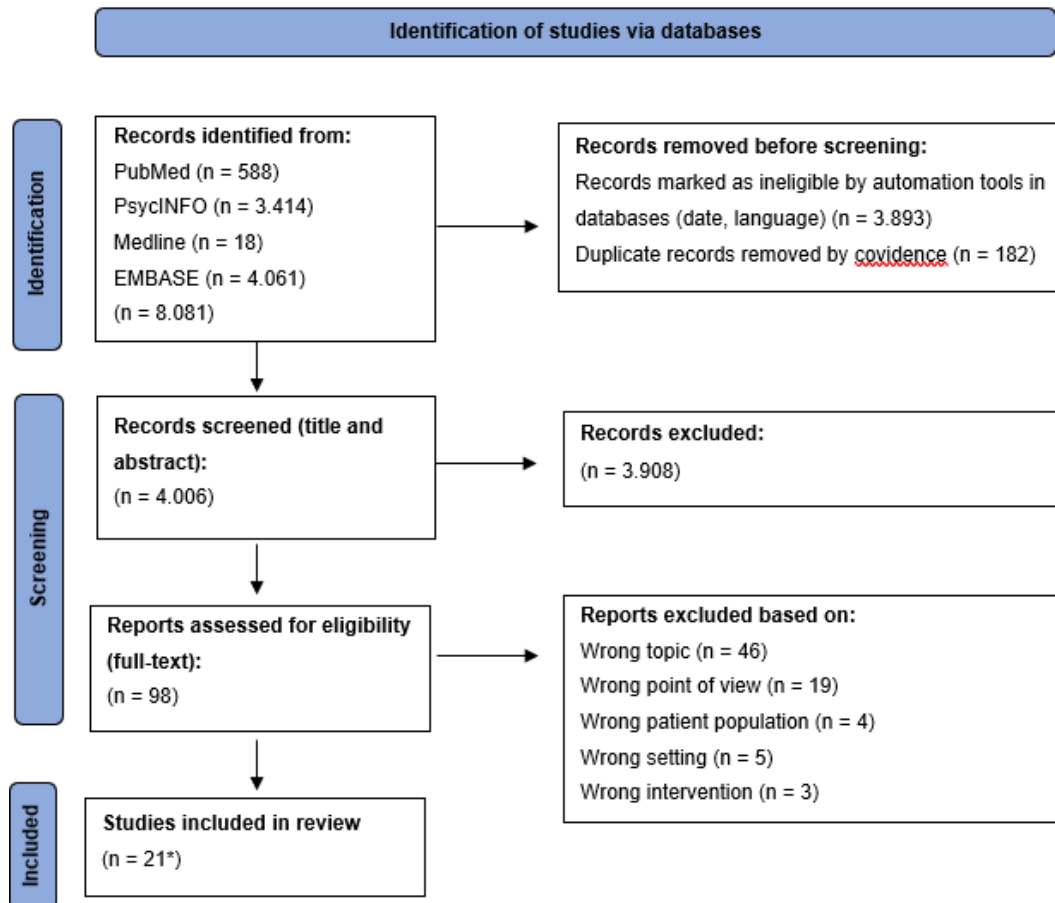
Ud fra *PiCo*-modellen blev der udarbejdet en bloksøgning, hvor søgeord blev kombineret ved hjælp af booleske operatorer (AND/OR). Denne søgeteknik muliggør en systematisk afgrænsning mellem indsnævring (AND) og udvidelse (OR) af søgningen (Rosén 2025). Brugen af de booleske operatorer ses i ovenstående figur 1.

Søgestrategien blev anvendt på fire databaser: *PubMed*, *PsycINFO*, *MEDLINE* og *EMBASE*, for at sikre en bred og dækkende kortlægning af emneområdet (APA, PsycInfo, Embase, MEDLINE 2024, PubMed 2023). Et uddrag af den anvendte søgestrategi fremgår senere.

Udvælgelsesprocessen blev visualiseret i et *flowchart* for at skabe overblik og transparens i selektionen af litteratur. *Flowchartet* illustrerer de enkelte trin i udvælgelsesprocessen, herunder antallet af identificerede referencer, samt inkluderede og ekskluderede studier (Prisma 2020). Inklusionskriterierne omfattede studier, der omhandlede sundhedsprofessionelles erfaringer med forflytninger, brug af teknologier,

arbejdsgange samt oplevede barrierer og facilitatorer, i relation til patienter med neurokognitive lidelser. Derudover inkluderes studier med kvalitative metoder eller *mixed methods*, da disse bidrager med indsigt i oplevelser og perspektiver (Henricson & Billhult 2025). Desuden blev der anvendt afgrænsninger ift. sprog (engelsk) og publicerings år (10 år) for, at sikre anvendelighed.

Eksklusionskriterierne omfattede studier, der udelukkende fokuserede på patienters eller pårørendes perspektiver, samt studier relateret til pædiatri eller psykiatriske kontekster, der ikke var relateret til neurologiske tilstande. Den udarbejdede *flowchart* ses herunder, i figur 2.



Figur 2: Flowchart

Uddrag af søgestrategi

Blok søgning: Fritekstsøgning i kombination med kontrollerede emneord								
Fritekst-søgeord	PubMed d. 21/03	Medline d. 24/03	PsycInfo d. 25/03	Embase d. 11/04				
Blok 1								
Nurse	Nurse: 481,214 ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nursing Assistants"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses" [Mesh] OR "Nurses, Public Health" [Mesh] OR "Students, Nursing" [Mesh]): 137,787	498,007	Nurse. mp. or Nurses /	243,169	Nurse.mp. or exp Nurses/ or exp Public Health Service Nurses/	59,766	staff nurse/ or adult nurse practitioner/ or clinical nurse specialist/ or family nurse practitioner/ or nurse	397,600
Blok 1+2+3+4								
Blokkene kombineres med AND	(((((((nurse) OR ("Nurses"[Mesh] OR "Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nursing Assistants"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses" [Mesh] OR "Nurses, Public Health" [Mesh] OR "Students, Nursing" [Mesh])) OR ((Healthcare worker) OR ("Health Personnel"[Mesh]))) OR ((Caregiver) OR ("Caregivers" [Mesh]))) OR ((Medical staff) OR ("Medical Staff" [Mesh] OR "Medical Staff, Hospital" [Mesh]))) OR ((Health professional) OR	586	6 and 18 and 25 and 32	18	6 and 18 and 25 and 32	3,409	6 and 18 and 25 and 32	4,061