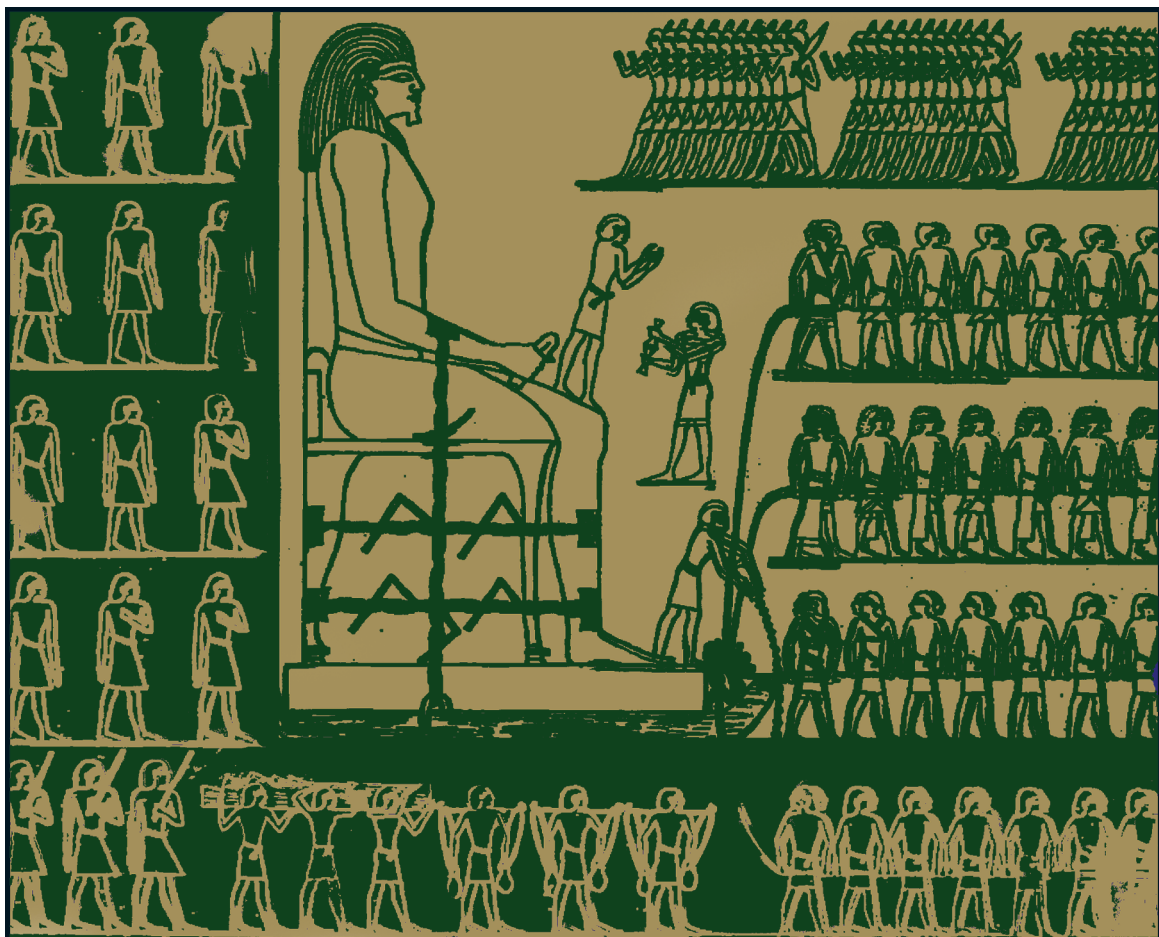




Per Halvor Lunde

FORFLYTNINGS- KUNNSKAP

Aktivisering, hjelp og trening
ved forflytning – 5. utgave



GYLDENDAL

PER HALVOR LUNDE

FORFLYTNINGSKUNNSKAP

Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2011

1. utgave 1991
2. utgave 1997
3. utgave 2003
4. utgave 2010
5. utgave, 4. opplag 2021

ISBN 978-82-05-61456-7

Omslagsdesign: Gyldendal Akademisk

Foto: Per Halvor Lunde

Kapittel 10, dansk utgave © Forfatterne og Gads Forlag

Foto i kapittel 10: Lene Plambech og Gitte Bøgedal

Tegninger side 86, 160, 221 David Keeping

Layout: Laboremus Oslo AS

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6860 Pilestredet Park

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk

akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Innhold

FORORD	11
KAPITTEL 1 INNLEDNING	13
Forflytningskunnskap – et tverrfaglig arbeidsfelt	13
Historisk tilbakeblikk – «intet er nytt under solen»	14
Vårt naturlige bevegelsesmønster – et tema med mange variasjoner	15
Ordvalgets betydning for vår praksis	16
Å utnytte pasientens fysiske og mentale ressurser	16
Forflytning eller løft – et valg med store konsekvenser for både pasient og hjelper	16
Valget mellom en «rød» eller en «grønn» løsning er ditt faglige valg	23
«Pasienten i sentrum»	24
Forflytningsteknikk i et etisk perspektiv – kommunikasjon og informasjon	25
Kroppslig empati	26
Positive følger ved bruk av forflytningsteknikk	27
Oppsummering	33
Konsekvenser og videre utfordringer	33
KAPITTEL 2 HVA ER FORFLYTNINGSTEKNIKK?	37
Forskjeller mellom forflytningsteknikk og løfteteknikk	37
Gammel vane kan være vond å vende	37
Forflytningsteknikkens grunnprinsipper	39
Forflytning av <i>gjenstander</i>	41
Forflytning av <i>mennesker</i>	41
Analyseapparatet – et pedagogisk og faglig basert verktøy	43
Det naturlige bevegelsesmønsteret – analyseapparatets punkt 1	44
Friksjonsområdene – analyseapparatets punkt 2	45
Båtprinsippet – analyseapparatets punkt 3	46
Analyseverktøyet brukt i praksis	49
KAPITTEL 3 HENSYNET TIL PASIENTEN	55
Hva pasientrollen kan føre til	55
Aktivisering som grunnlag for likeverd	56
Å stimulere til aktivitet ved å vente til man kjenner muskelaktivitet hos pasienten	57
Trygghet avgjørende for gode forflytninger	58
5 bestanddelser i det naturlige bevegelsesmønsteret	58

Skift fokus – la pasienten ta kommandoen	60
Forskjell på trening og pleie	61
Vurdering av pasientens fysiske muligheter.....	62
Forflytning av demente pasienter	63
Trykksår – forebygging og forflytning	65
Ligge- og sittestillinger	65
Forflytning av pasienter med trykksår	68

KAPITTEL 4 HENSYNET TIL HJELPEREN 71

Hvem «eier» forflytningskunnskapen?.....	71
Nivåer for arbeidsinnsats og fysisk belastning på personalet	71
Arbeid i andres hjem – lovverk og muligheter for et forsvarlig arbeidsmiljø	74
«Likeverdige lover»	81
Viktig skjema for hjemmetjenesten	81

KAPITTEL 5 ARBEIDSSTILLINGER, GREP OG HJELPEMIDLER..... 85

Gode arbeidsstillinger og -bevegelser.....	85
Forflytning av pasienter.....	86
Sengen som hjelpemiddel.....	92
Bruk av sengehest som støtte for hjelperen ved arbeid i sengen	94
Gode grep for pasient og hjelper	95
Skadelige arbeidsstillinger og -bevegelser og smertefulle grep	98
Hjelperens egen kropp – muligheter og begrensninger	105
Generelle råd ved forflytning av pasienter.....	106
Sengens muligheter	108
Friksjonsreduserende hjelpemidler	108
Prinsippet ved bruk av friksjonsreduserende hjelpemidler	108
Oppgaver under en passiv forflytning med friksjonsreduserende hjelpemiddel – «rull og trekk».....	108
Forflytningsmatte.....	109
Plast og glatte stoffer	110
Hjelperens hender	110
Andre nyttige hjelpemidler	111
Stor pute.....	111
Stikkelaken	112
Sengebånd	113
Forflytningsbelte.....	113
Forflytningsbrett.....	113
Antiglimateriale	113
Håndtak	114
Dusj-, påklednings- og hygienestol.....	118
Ståhjelpemidler	118
Ganghjelpemidler	119
Personløftere	120
Aktive personløftere	120

Passive personløftere.....	122
Variert bruk av personløftere	123

KAPITTEL 6 SENGEN – SENTRAL FOR BÅDE PASIENT OG HJELPER..... 125

Innstilling av sengen til god arbeidshøyde.....	128
Re sengen med vanlig laken.....	129
Gode stillinger i sengen.....	130
Et sideleie som både føles godt og gjør godt	130
«Frem med skulderen» – er en ufaglig handling.....	132
Ryggleie.....	132
Mageleie.....	133
Sittestillinger i sengen	134
Stillinger for pasienter med ryggsmarter.....	136

KAPITTEL 7 METODEN

– HVORDAN BRUKE FORFLYTNINGSKUNNSKAPEN..... 139

Repetisjon av noen fysiske realiteter	140
Rull, trekk og skyv.....	140
Analyse av bevegelser og bevegelsesmønstre.....	140
Pasienten skal høyere opp i sengen.....	140
Justering av overkroppen.....	149
Pasienten skal sette seg opp på sengekanten	151
Nødvendig avvik fra det naturlige bevegelsesmønstret.....	155
Problemer med å bøye seg fremover	155
Sørg for at dine kilo er på den rette siden av midtlinjen!.....	156
Risikoanalyse	163
Hva kan pasienten gjøre selv?	165
Andre vurderinger av betydning.....	165
Praktiske eksempler på bruk av risikoanalyse.....	165
Vaktskifterapporten – nyttig informasjon om pasientenes reelle fysiske ferdigheter ..	170

KAPITTEL 8 FORSLAG TIL GODE FORFLYTNINGER 173

Pasienten skal høyere opp i sengen.....	173
Naturlig bevegelsesmønster.....	173
Pasienten skal flytte seg sidelengs.....	180
Naturlig bevegelsesmønster.....	180
Liggende pasient	181
Pasienten har et svakt ben.....	181
Svak eller tung pasient	182
Passiv pasient – «rull og trekk»	183
Pasienten krever ekstra skånsom forflytning.....	183
Pasienten skal forflyttes innover mot veggen – «rull og skyv»	184
Pasienten skal snu seg over på siden.....	186
Liggende pasient	188
Pasienten skal sette seg opp	190

Naturlig bevegelsesmønster.....	190
Pasienten skal sette seg opp på sengekanten	192
Naturlig bevegelsesmønster.....	192
Pasienten skal sette seg ned i en stol.....	196
Naturlig bevegelsesmønster.....	196
Pasienten skal opp på en høy seng eller benk	198
Naturlig bevegelsesmønster.....	198
Pasienten skal opp i stående stilling	199
Naturlig bevegelsesmønster.....	199
Pasienten skal reise seg opp fra en stol	200
Pasienten skal reise seg opp fra sengen.....	202
Test- og sikringsgrep.....	202
Alternativ stående forflytning	203
Pasienten skal fra seng til rullestol.....	203
Sittende forflytning.....	203
Pasienten skal fra rullestol til seng.....	206
Sittende forflytning.....	206
Pasienten skal fra rullestol til bil eller omvendt.....	208
Pasienten skal flytte seg innover i stol eller rullestol.....	209
Naturlig bevegelsesmønster.....	209
Passiv flytting fra seng til seng, til bære, badetralle, røntgenbord e.l.	211
Pasienten skal flyttes til samme nivå.....	211
Pasienten skal flytte seg til et høyere nivå.....	212
Pasienten har falt – og ligger på gulvet	213
Bruk av passive personløftere fra gulvnivå.....	214
Bruk av personløftere fra gulvnivå når det ikke er plass til seilheiser	214
Pasienten skal flyttes fra gulvet til sengen uten personløfter	216
Pasienten kan hjelpe til selv opp fra gulvet.....	216
Mageleie.....	222
Vending med to hjelpere – én på hver side av sengen	222
Vending med to eller tre hjelpere – på samme side av sengen	224
Vending av intubert pasient.....	224
Hjelp til personlig hygiene	225
Vask og stell i seng	225
Plassering av bekken i sengen	227
Forflytning til og fra toalettstol eller toalett.....	228
Forflytninger på toalett og baderom – design og praktisk ergonomi.....	232

KAPITTEL 9 FORFLYTNINGSKUNNSKAP SOM

FAGLIG GRUNNLAG FOR TRENING AV PASIENTER	235
Tilpasset bevegelsestrening.....	235
Eksempler på tilpasset aktivisering og trening	237

KAPITTEL 10 ARBEID MED BARIATRISKE PASIENTER	247
Innledning	247
Etikk og kommunikasjon	248
Håndtering og forflytning	250
Algoritmer – viktigere jo mer komplisert et sykdomsbilde er.....	251
Organisering.....	259
KAPITTEL 11 ARGUMENTER FOR ENDRING AV GAMLE ARBEIDSMETODER	265
Motstand mot faglig sett velbegrunnet forandring.....	265
Etiske begrunnelser.....	265
Fysiske argumenter	265
Arbeidsmiljømessige begrunnelser.....	266
Økonomiske begrunnelser.....	266
Konklusjon	268
KAPITTEL 12 ORGANISERING FOR UTVIKLING AV FAGKUNNSKAP	269
Utfordringer for fremtidens utdanning av helsepersonell	269
Erfaringsutveksling gjennom samarbeid? Stillstand eller utvikling?.....	270
Beskrivelse av et prosessbasert forandringsprosjekt.....	270
Bakgrunn	270
Et kulturendringsprosjekt.....	271
Introduksjon av en alternativ arbeidsmåte og modell for problemløsning i det daglige arbeidet	273
Etablering av <i>teamet</i> som problemløsningsforum.....	273
Undervisningen og prosessen med å utdanne alle aktuelle ansatte.....	274
Historiebok fra praksis som aktivt kulturendringsdokument og forandringsincitament.....	274
Perspektiver for fremtiden – internasjonale anbefalinger	277
Risikovurdering – roller og ansvar.....	277
Risikovurdering og ergonomiske tiltak	277
Utvikling av en fag- og forflytningspolitikk	281
En kulturendringsprosess – en mental og fysisk forflytning av ledere og ansatte	281
Tidsbruk – et problematisk argument for fortsatt bruk av løfteteknikk	282
Lederens oppgaver og ansvar sett i et arbeidsmiljøperspektiv	285
Når ansatte ikke følger lederens pålegg og faglige vurderinger.....	286
Konsekvenser	287
«Skylleromskulturen»	288
Problematisering av avvik fra prosedyrer	288
Lederens gode hjelpere	291
Utdanning av forflytningsveiledere – pedagogisk og organisatorisk perspektiv	291
Tenksom læring	291
REFERANSER	301
STIKKORD.....	307

Forord

Forflytningskunnskap er faglig begrunnede løsninger for assistanse, hjelp, aktivisering og trening av personer som trenger hjelp til å forflytte seg. Det kan være forflytning av pasienter med kompliserte skader i akuttmottaket på et sykehus – eller det kan være hjelp til å komme opp etter et fall i eget hjem uten noen form for skade.

Helsepersonell har seks ganger høyere risiko for å pådra seg helseskader sammenliknet med andre yrkesgrupper (Enkvist 2001). Forskning viser oss stadig eksempler på hvor enkelt det er å redusere antall skader og ulykker ved å bruke utstyr og hjelpemidler som avlaster personalet (Garg 2006, Fragala 2001). Samtidig viser forskning hvor vanskelig det er å redusere skader og ulykker ved å satse på endret arbeidsteknikk alene. Det har i flere år vært konkludert med at vi på forskningsmessig basis ikke kan se noen som helst effekt av å lære ansatte «riktig løfte-teknikk» (Hignett 2003).

Å endre arbeidsvaner og arbeidsmåter er mer enn å forandre arbeidsteknikk, det handler om å forandre en hel avdelings kultur eller en hel institusjons måte å tenke kollektivt på. Når vi vet at det tar flere år å endre en kultur, og at det i helsesektoren ikke er uvanlig med 20 % turnover eller mer per år, blir det vanskelig å følge denne yrkesgruppen opp over tid. De vanligste forskningsprosjektene innen naturvitenskapelig forskning varer mellom 6 og 18 måneder, noe som

gjør at store kulturforandringsprosjekter sjelden kommer inn under kategorien naturvitenskapelig forskningsdesign.

Innen forflytningskunnskap trenger vi flere forskningsprosjekter som bruker metodetriangeling for bedre å kunne dokumentere effekter av forflytningskunnskap og endrede arbeidsvaner. Vi vet at pasienter foretrekker å bli *forflyttet* fremfor å bli løftet manuelt (Johnsson mfl. 2002). Vi vet også at ansatte forteller at opplæring i forflytningskunnskap er nyttig (Bos mfl. 2006). Og vi vet at det å skulle forandre en kultur krever mangefasetterte tiltak. Derfor blir det nesten latterlig å tro at bare ved å lære folk noen nye teknikker, skal man kunne se effekter i form av redusert sykefravær på en hel avdeling eller en hel institusjon.

For oss som kjenner kompleksiteten og hva den rådende kultur betyr for forandring eller fortsatt stillstand – «vi gjør som vi alltid har gjort her hos oss» – vet at det er først ved en bredspektret innsats fra ledelse og ansatte i *samarbeid*, ved *risikoanalyse* av daglige oppgaver, *innkjøp* av tilpassede hjelpemidler ut fra funksjonsanalyse av hva avdelingen faktisk trenger, *opplæring* i bruk av hjelpemidlene og ikke minst *konsekvenser* ved ikke å bruke det utstyret og de arbeidsmåter som er stilt til rådighet brukt på faglig basis og ved hjelp av prosedyrer der det er nødvendig, at vi ser effekter av

kulturendringsprosjekter. Det er først når *alle* disse elementene er på plass, at undervisning og bruk av forflytningsteknikker har effekt. Forflytningskunnskap handler mer om fag og etikk – enn teknikk. Uten denne forståelsesrammen vil man måtte lete lenge etter effekter i form av redusert sykefravær hos ansatte, og kanskje er det effekter på andre områder enn sykefravær som er langt viktigere å finne frem til innen dette fagområdet. Se <http://www.perlunde.no/page/show/158>

For deg som har arbeidet med forflytning av personer i andre sammenhenger, vil du kjenne igjen både tankegang og måte å løse forflytningsproblemene på. Du vil også finne korte

videosnutter om de fleste forflytningssituasjoner på det jeg kaller en «fagportal» som er laget spesielt for pleiepersonell og terapeuter på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien – folk som er i direkte kontakt med beboere og pasienter. Du kan enkelt klikke dig inn på www.forflytning.no eller www.perlunde.no, der du og dine kolleger kan finne og diskutere løsninger som vises. Denne fagportalen oppdateres kontinuerlig, og hvis du har innspill eller ønsker om situasjoner som ikke finnes der, er du velkommen til å sende meg en mail på mail@perlunde.no

Velkommen til det medisinsk begrunnede fagfeltet forflytningskunnskap!

Oslo i desember 2010

Per Halvor Lunde

Innledning

Forflytningskunnskap – et tverrfaglig arbeidsfelt

Denne boken er basert på en oppfatning av at det å hjelpe, stimulere og trene pasienter er et tverrfaglig arbeidsområde. Dette fagfeltet handler mer om kunnskaper innenfor pleie, hjelp, stimulering og opptrening av syke enn om arbeidsteknikk. I løfteteknikkens tid var arbeidsteknikken det sentrale fordi arbeidet var så nødvendig tungt. Når vi bruker forflytningsteknikker, er de fysiske belastningene redusert til et minimum, og arbeidsteknikken får mindre betydning enn tidligere. Det betyr ikke at det ikke er nødvendig med gode arbeidsbevegelser og stillinger, men at man plasserer arbeidsteknikken der den hører hjemme – som en mindre sentral del av hele fagfeltet. Det betyr følgelig at ingen yrkesgrupper utpekes som de som «kan» dette bedre enn andre, i prinsippet kan enhver helsefaglig utdannet person som har en dypere innsikt og erfaring innenfor forflytningskunnskap, undervise i dette faget. Enten man er sykepleier, hjelpepleier, pleieassistent, fysioterapeut, ergoterapeut, ambulansepersonell, radiograf eller pårørende, har man behov for en faglig basis omkring dette fagfeltet. Kort sagt, alle som er i nærkontakt med pasienter eller mennesker som trenger hjelp til å flytte seg i eller utenfor sengen, har behov for denne kunnskapen for å kunne yte faglig kvalifisert hjelp og støtte. Enten

man skal hjelpe pasienten opp av en stol, skifte på sår, vaske eller kle på pasienten, eller man skal forflytte pasienten høyere opp i sengen eller over til et røntgen- eller operasjonsbord, er forflytningskunnskap et nødvendig faglig grunnlag. Det er blant annet denne kunnskapen som skiller personalet innenfor helsesektoren fra enhver annen tilfeldig person som kommer inn som ufaglært ekstrahjelp eller vikar. Alle kan løfte – uansett tidligere erfaring. Å hale og dra i pasientenes armer og ben eller å lempe dem på en løftekladd eller et stikkklaken er ikke et fag. Forflytningskunnskap krever faglig innsikt og et tenksomt faglig blikk som skiller mellom faglig og ufaglig atferd.

Det er viktig å presisere at denne boken handler om å finne en balanse mellom det å hjelpe, stimulere og trene pasienter og det å sette grenser for hva man som helsepersonell kan utsettes for av unødvendige fysiske belastninger. I enkelte land er det en tendens til å forsøke å finne «100-prosentsløsninger», løsninger som gjør det umulig for personalet å utsette arbeidsgiver for rettssaker på grunn av skader oppstått i arbeidet med forflytninger av pasienter. Som følge av denne tendensen ser man løsninger som baserer seg på utstrakt bruk av passive mekaniske personløftere, selv i situasjoner der pasienten kunne brukt sine egne ferdigheter. For å være på den sikre siden velger man i stedet å

passivisere pasienten. Det er ikke hensikten med denne boken. Den er ment som en faglig reise inn i et landskap med «gråsoner» og eksempler fra det virkelige liv som synliggjør behovet for en kontinuerlig faglig og tenksom vurdering av den enkelte pasient – ikke automatiserte løsningslik den løfteteknikk-tankegangen man burde ha forlatt for lenge siden.

Denne boken viser hvordan man på et faglig grunnlag kan utvikle individuelle løsninger tilpasset pasientenes funksjon på det aktuelle tidspunkt – og hvordan man med bakgrunn i lovverket og forskningen kan sette grenser for den negative fysiske belastningen helsepersonell utsettes for. På denne måten kan man få en fornuftig balanse mellom hensynet til pasienten og hensynet til personalet.

Historisk tilbakeblikk

– «intet er nytt under solen»

Ferdigheter i forflytning av gjenstander er ikke noe nytt. De kunnskapene som ligger til grunn for forflytningsteknikkene, har vært kjent siden menneskene begynte å bygge store monumenter og bygninger, om ikke før. Allerede for flere tusen år siden visste innbyggerne på Påskeøya, egypterne, sumererne, asiatene, latinamerikanerne og de generasjonene av engelskmenn som bygde Stonehenge, hvordan de kunne forflytte kjempemessige stenblokker og stenstøtter. De visste hvordan de kunne redusere friksjonen, endre tyngdepunktet, bruke skråplan og vektstang.

I norsk kulturhistorie er det beskrevet en interessant og oppfinnsom løsning på problemet med å flytte tunge møbler. Under hvert av møblets ben la man et fleskestykke med fettsiden ned og drog deretter møblet bortover gulvet

dit man ville plassere det. Etterpå vippet man opp møblet, slik at man kunne ta vekk fleskeski-vene og vaske bort fettrestene – uten en eneste ripe i gulvet. Teknikken er den samme som den egypterne brukte når de skulle frakte tunge stener og stenstøtter. Legg merke til mannen som står forrest på sleden på figuren på bokens omslag, han heller vann ned foran sleden for å redusere friksjonen mot underlaget, som er tresviller med leire mellom. Kheopspyramiden i Egypt, som ble bygd omkring år 2600 f.Kr., regnes som et av verdens sju underverker. Den reiser seg nesten 150 meter over bakken og består av vel 2,3 millioner stenblokker, som veier inntil 46 tonn. Blokkene er plassert med en slik presisjon at det er nærmest umulig å få et hårstrå inn i fugene mellom dem. Kunnskapene og hjelpemidlene som gjorde det mulig å bygge pyramidene, var basert på erfaringer fra bygging av store byggverk enda tidligere. Bruk av skråplan for å flytte stenene oppover og nedover uten å løfte dem er av de viktigste kunnskapene vi har fra de tidligste tider. Disse kunnskapene var en forutsetning for å reise de store byggverkene.

Vi benytter oss fortsatt av disse eldgamle kunnskapene. Du har kanskje forsøkt å flytte et kjøleskap på egenhånd ved å vippe det opp på en fillerye og trekke det etter deg? Da har du benyttet deg av kunnskapene om å redusere friksjon, det vil si de kreftene som hindrer to gjenstander eller legemer i å gli lett i forhold til hverandre. Eller du har vippet kjøleskapet fra side til side og «gått» bortover gulvet med det? Da har du blant annet brukt kunnskapene om tyngdeoverføring og vektstangprinsippet. Dette er de samme prinsippene som ble brukt for å flytte svære stener på Påskeøya rundt år 1000 e.Kr.

Vårt naturlige bevegelsesmønster – et tema med mange variasjoner

Det interessante er at disse gamle grunnprinsippene er viktige også ved forflytning av mennesker i dag. For å gjøre dem anvendelige ved forflytning av mennesker med smerter og funksjonshemninger må vi kombinere de fysiske elementene med kunnskaper om menneskets naturlige bevegelsesmønster.

Måten vi mennesker beveger oss på, er utviklet gjennom lang tid, helt siden vi reiste oss opp på to ben for cirka 7 millioner år siden. Bevegelsesmønstret vårt er påvirket av de fysiske lovene, først og fremst av tyngdekraften. Når vi beveger oss, gjør vi det ved å samarbeide med og forholde oss til disse lovene. Vi flytter én del av kroppen om gangen og overfører tyngden fra side til side, enten vi går, aker oss innover i en stol eller står opp av sengen. Vi fører tyngden over til én kroppsdel og flytter på den avlastede kroppsdel. Når vi går, fører vi tyngden over til det ene benet og flytter det andre.

Når vi skal hjelpe mennesker som sitter eller ligger med å flytte seg, flytter vi én kroppsdel om gangen og reduserer friksjonsflaten – slik folk gjør i frisk tilstand. Hvordan man bruker forflytningskunnskapene i hverdagen, kan du lese om i kapittel 8 «Forslag til gode forflytninger», side 173.

Noen definisjoner

Et *løft* er en bevegelse i en vertikal retning – med en pasient eller en gjenstand – en bevegelse mot tyngdekraften.



I helsesektoren betyr *løfteteknikk* at det i hovedsak fokuseres på hvordan hjelperen bruker kroppen sin ved løfting av pasienter. Løsningene dreier seg om vertikale løftebevegelser mot tyngdekraften. Pasienten er passiv under hjelpernes løftarbeid.

Forflytning er en bevegelse fra ett sted til et annet med en pasient eller en gjenstand, en bevegelse som i all hovedsak foregår i en horisontal retning ved å rulle, trekke eller skyve.



Forflytningskunnskap er et tverrfaglig felt som bygger på kunnskaper om bevegelse, aktivisering, trening og assistanse til pasienter med behov for hjelp. I tillegg omfatter kunnskapsfeltet det å kunne ta faglige hensyn til pasientenes sykdomstilstand, for eksempel til trykksår, brudd eller andre forhold som man må ha i tankene før man forflytter pasienten i eller utenfor sengen.

Forflytningsteknikk handler om

- å aktivisere pasientene gjennom bruk av det friske bevegelsesmønstret
- å velge horisontale forflytninger i form av å rulle, trekke eller skyve, og ved å redusere friksjonen mellom pasient og underlag

Læring kan defineres som det å tilegne seg ferdigheter eller kunnskaper og endre atferd og holdninger som følge av egne frivillige valg. *Opplæring* kan beskrives som det å presenteres for kunnskap gjennom systematisk, formell undervisning. Det vil i praksis si at læring her betegner den aktive prosessen, der man med basis i egne erfaringer tilegner seg viten, mens

opplæring derimot kan betraktes som reproduksjon av andres viten. Å følge en fastsatt prosedyre er eksempel på reproduksjon av andres viten og erfaringer.

Ordvalgets betydning for vår praksis

Betegnelsene *forflytningskunnskap* og *forflytningsteknikk* er bevisst valgt fordi man bør lede tankene bort fra standardløsninger i form av løfting og bæring. Ordvalget styrer tankene og handlingene våre i stor grad, og språket kan enten blokkere for nytenkning eller skape nye forståelsesrammer og løsninger som kan gi fantastiske aha-opplevelser, som man trenger for å utvikle kunnskap og forståelse. På Aker Universitetssykehus startet vi bevisst å bruke disse betegnelse på våre kurs allerede i 1982.

Å utnytte pasientens fysiske og mentale ressurser

Man bør hele tiden være oppmerksom på hvilke ressurser pasientene har – både de fysiske og de mentale. Pasientens ressurser bør tas i bruk i alle oppgaver der det er mulig. Man bør tilstrebe å ha en aktivt søkende holdning i forhold til å stimulere pasientene i dagens små og store gjøremål; både når de skal hjelpes høyere opp i sengen, og i bestrebelsene for å skape avveksling i ensformige dager i en institusjon. Gode holdninger synliggjøres når man viser aktiv omsorg for de personene man skal hjelpe og støtte.

En «forflytter» er en person som bruker sin forflytningskunnskap i det daglige arbeidet med pasienter. Betegnelsen forflytning har en dobbel betydning, både den rent fysiske forflytningen og den «mentale» forflytningen. Helsepersonell må aktivt stimulere pasientene. God omsorg i denne sammenheng er å gjøre pasienten til et subjekt i sin egen hverdag – ikke til et objekt

Tone trenger hjelp for å få en pasient fra sengen og over i rullestolen. Hun går ut i korridoren og roper: «Anette, kan du løfte med meg?» Tone har gjennom valg av ord formulert løsningen for seg selv og Anette – et løft, den tyngste løsningen som overhodet finnes. Formuleringen «Anette, kan du komme å hjelpe meg?» ville i større grad åpnet for en ny og ubundet vurdering av alternative løsninger.

som blir løftet eller passivt forflyttet til og fra forskjellige steder. Fysisk og psykisk aktivisering henger nøye sammen. Det å stimulere en pasient til å være fysisk aktiv kan også føre til en positiv psykisk stimulering. Pasienten kan for eksempel bli oppmuntret til å trene mer eller få bekreftet sine egne ferdigheter. Fysisk og psykisk aktivitet påvirker hverandre, og en god forflytter må ha en bevisst holdning til begge deler.

Forflytning eller løft – et valg med store konsekvenser for både pasient og hjelper

For en pasient kan det ha stor betydning om han kommer i kontakt med en god forflytter eller med en terapeut eller pleier som er en rutinepreget «løfter». I sin ytterste konsekvens kan det bety at pasienten får mulighet til å spasere med støtte i sykehjemskorridoren i stedet for å forbli sengeliggende på grunn av passiviserende løfting. Jeg vil synliggjøre denne erfaringen gjennom eksempler fra praksis.

I en kommune der man arbeidet med å innføre forflytningskunnskap som en metodisk tilnærming i pleie og trening, både i sykehjemmene og i den hjemmebaserte omsorgen, fant

man flere interessante eksempler på forskjellen mellom tradisjonell løfteteknikk og bruk av forflytningskunnskap og tilhørende forflytningsteknikker. Etter at både ledelse og forflytningsveiledere hadde arbeidet aktivt i fem år, i perioden fra 1996 til 2001, ble det arrangert et

evalueringsmøte. 30 personer fra ledelsen i kommunens helse- og sosialtjeneste samt sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og fysio- og ergoterapeuter og deres nærmeste ledere deltok og fortalte om sine erfaringer. Jeg har her hentet frem tre beskrivende eksempler.

Den mentale og fysiske forflytningens betydning for pasienten

En avdelingsleder på et sykehjem sa:

På skjermet avdeling har vi åtte demente pasienter. En av dem sitter i rullestol. Hadde det ikke vært for at vi har basert vårt arbeid på forflytningskunnskap og forflytningsteknikk, hadde alle åtte sittet i rullestol!

Det er en meget sterk melding når en leder hevder at uten forflytningskunnskap ville alle deres demente pasienter vært passive – sittende i rullestol. Det er dette aktive elementet man som helsepersonell må forstå viktigheten av. Lederens forklaring på at disse pasientene nettopp *ikke* var passivisert og satt i rullestol, dreide seg først og fremst om den *mentale* forflytningen som de aktivt hadde arbeidet med hos helsepersonellet selv.

Avdelingslederens hovedforklaring på det positive som hadde skjedd på deres avdeling de siste årene, var

- å faglig begrunne sin egen atferd i forhold til pasientene med behovet for å bruke noen sekunder mer på bevegelsene enn tidligere
- å starte med å gi pasientene initiativet i stedet for å ordne opp selv i full fart
- å sørge for å bruke det naturlige bevegelsesmønsteret som grunnlag for enhver forflytning i eller utenfor seng

Det å sørge for en kontinuitet i denne holdningen gjennom hele døgnet, uavhengig av hvem som kom på og gikk fra vakt, var et langsiktig endringsarbeid som krevde kunnskap om endringsprosesser og deres vesen. Lederens viktigste arbeid var å styre denne prosessen over tid, slik at det ikke bare ble et kortvarig «stunt» eller et løsrevet kurs blant mange andre tiltak i en hektisk hverdag.

Mindre negativ fysisk belastning på egen kropp – og faglig trygghet til å sette grenser

To personer beskrev på hver sin måte hvordan deres hverdag hadde endret seg etter at de hadde fått undervisning i forflytningsteknikk og lært å bruke forflytningskunnskap i sitt daglige arbeid. Den ene var omsorgsarbeider og hadde mer enn 25 års erfaring fra helsesektoren. Hun hadde arbeidet i sykehjem – og de siste ti årene i hjemmebaserte tjenester. Før hun fikk veiledning i forflytningsteknikk for fem år siden, hadde hun bestemt seg for å slutte som pleier på grunn av de plager hun hadde fått gjennom dette tunge arbeidet. Hun hadde ingen tro på at hun kunne fortsette i yrket, men ble likevel med på undervisningen. Hun var interessert i arbeidsmåter som

kunne gjøre arbeidet lettere, men var skeptisk etter å ha deltatt på mange forskjellige kurs uten effekt. Hun hadde på den tiden allerede redusert arbeidstiden til 50 prosent på grunn av plager i rygg, nakke og skuldre. Nå var hennes gledelige melding:

Jeg har begynt i hel stilling igjen, og i dag har jeg ikke noen problemer med helseplagene mine i arbeidet. Jeg har de plagene jeg har fått, men de hindrer meg ikke i å utføre arbeidet mitt.

Hun strålte mens hun sa det, og hun forklarte at denne erfaringen selvfølgelig også hadde gjort noe med humøret hennes. Nå mestret hun de daglige oppgavene som hun før trodde hun ikke ville klare!

Jeg ønsket å høre mer om hva hun mente var årsakene til en slik solskinnshistorie. Hun var veldig klar på dette punktet. «Det viktigste er at jeg har lært meg å sette grenser,» sa hun, «grenser for hva jeg selv kan gjøre, og ikke minst har jeg lært meg til å analysere og vurdere hva pasientene kan klare fra dag til dag. Hvis pasienten ikke kan klare noe av det han gjorde dagen før, henter jeg enten hjelpemidler eller ber om hjelp, eller jeg vurderer selv situasjonen på et faglig grunnlag, slik at jeg ikke krever det samme av pasienten som dagen før. Denne faglige vurderingen drøfter vi så senere i teamet som har kontakt med alle faggruppene. På denne måten får jeg en faglig sett mer utfordrende jobb, og arbeidet blir mye mer lystbetont. Arbeidsgleden er større enn før. Jeg har jo alltid vært glad i yrket mitt og var engstelig for å måtte slutte!»

Jeg vil trekke frem tre viktige elementer i denne pleierens forklaring. Det ene er *grensesetting*. For å kunne sette grenser trenger man et faglig fundament, slik at grensene ikke settes på et vilkårlig grunnlag. Det andre elementet er faglig metodisk kunnskap koblet til erfaring og til den tryggheten som følger med erfaring. Det tredje er viktigheten av å tilhøre et fagmiljø, der man vet man kan avklare usikkerhet som oppstår gjennom arbeidet. Til sammen kan man kalle dette for *faglig trygghet*. Denne kvinnen hadde nå en faglig trygghet som hun begrunnet med den kunnskapen hun hadde fått gjennom å bruke forflytningsteknikk i løpet av de siste fem årene. Hennes mer enn 25 års erfaring fra helsesektoren kunne nå brukes på en ny måte, med et nytt verktøy og en ny metode. I tillegg var teamarbeidet blitt en læringsarena på en annen måte enn tidligere. Teammøtene var nå preget av en konstruktiv dialog, der man kunne undre seg og etterprøve sine egne erfaringer sammen med kollegene – det var ikke tilfelle tidligere. Da var rapportene mer preget av en passiv overlevering av dagens hendelser.

Utnyttelse av pasientens ressurser

En hjelpepleier med mer enn 20 års erfaring fra sykehjem og hjemmebasert omsorg fortalte om sine viktigste erfaringer etter undervisningen om forflytning. Bortsett fra den reduserte fysiske belastningen på henne selv, var det overraskende at så å si alle pasientene nå hadde mer krefter og muligheter til å hjelpe til selv i forhold til det hun noen gang tidligere hadde opplevd. Når hun skulle forklare årsakene til denne nye erfaringen, sa hun:

Tidligere var det alltid jeg som styrte pasientene ved å ta dem i armhulen og trekke dem opp i stående stilling eller svinge dem ut på sengekanten. Det gjør jeg aldri mer. Nå bruker jeg kunnskapene om det naturlige bevegelsesmønstret hver gang jeg skal hjelpe dem – og jeg lar dem få lov til å følge sitt eget tempo, det varierer jo fra pasient til pasient. Det gir to positive effekter: de blir aktivisert allerede fra starten av bevegelsen, og de opplever å ha kontroll og balanse, noe som er avgjørende for å føle trygghet i situasjonen. Den tryggheten fikk de aldri av meg tidligere fordi jeg var for rask for dem. Dermed ble de passive og utrygge. Det var et unødvendig tungt arbeid jeg drev med i mange år.

Forklaringen fra den erfarne hjelpepleieren beskriver noe av det aller viktigste i en forflytters hverdag; *nemlig evnen til å la pasientene få være delaktige i bevegelsene så sant de kan*. Det betyr samtidig å ha respekt for at det naturlige bevegelsesmønstret forandrer seg under sykdom og ved aldring. Tempoet blir annerledes som følge av smerter og aldringsprosesser. Dette er det helt nødvendig å ta hensyn til, og dermed sørge for at hver enkelt pasient får sin *individuelle løsning*.

Variasjon i fysiske evner innenfor samme døgn – en utfordring som krever forandringsvillighet hos personalet

En og samme pasient kan sågar trenge flere varianter av samme løsning innenfor samme døgn, ettersom pasientens evner og muligheter kan variere mellom morgen og kveld. Her er det store skillet mellom tradisjonell løfteteknikk og bruk av forflytningskunnskap. Løfteteknikken med fokus på mer eller mindre standardiserte løsninger, i litteraturen betegnet som «riktige» løsninger, gir ikke rom for løsninger tilpasset den enkelte pasient. Et løft er en passiviserende handling uansett, og pasienten kan ikke gjøre annet enn å vente til det er over. Med bruk av forflytningskunnskap som analysemateriale og metodegrunnlag kan man tilpasse forflytningsteknikkene til den enkelte pasient. Det vil i praksis si at løsningene tilpasses den enkelte pasients fysiske og mentale muligheter.

Grunnlaget for de gode forflytningsløsningene er elementene i det naturlige bevegelsesmønstret

Begrepet «naturlige bevegelsesmønstre» deles inn i følgende fem elementer:

- *Rytmen* i form av hvilke kroppsdeler som starter, og hvilke som følger på, i en sammensatt bevegelse.
- *Hastigheten* i bevegelsene.
- *Avstand per bevegelse*: den naturlige bevegelsesavstanden man bruker når man beveger seg – i de fleste situasjoner er dette cirka 10–15 cm per gang. (I motsetning til hva pasienter kan oppleve når hjelpere begrunner sin atferd med dårlig tid og flytter pasientene 30–50 cm per gang.)
- *Omdreiningspunktet* for bevegelsen: Det punktet eller området som bevegelsen danner en tenkt sirkel omkring, og som dermed gir oss mulighet for å tilpasse vår egen og pasientens bevegelse.

- *Bevegelsesretning:* Hvis man ligger på ryggen og skal flytte bekkenpartiet sideveis, er det grenser for hvor langt man kan flytte det. Samtidig danner bevegelsen en sirkelbevegelse, med området rundt skulderbladene som omdreiningspunkt. Se side 180, figur 8.12.

Disse fem elementene gir pasienten en følelse av å være i balanse – og dermed en følelse av trygghet under hele forflytningen.

De danner samtidig grunnlaget for en sikker forflytning for hjelperen, og det motsatte hos begge parter hvis et av de fem elementene overdrives, eller ikke er i overensstemmelse med pasientens sykdom, ferdighetsnivå, smerteopplevelse, alder og mentale tilstand.

Oppgaven som går ut på å gi pasienten en opplevelse av å være i balanse, og dermed en følelse av trygghet under hele forflytningen, er dermed hjelperens og terapeutens overordnede mål ved enhver forflytning. For å oppnå dette er det nødvendig med innsikt i hva som skaper denne følelsen, og hva som lett ødelegger den gode følelsen;

En litt forøket hastighet, en litt for lang avstand per bevegelse, en rytme som ikke stemmer med pasientens vanlige bevegelsesmønster, en retning som ikke helt stemmer med det pasienten pleier å gjøre fordi hjelperen eller terapeuten ikke tar hensyn til omdreiningspunktet for bevegelsen, kan ødelegge for gode opplevelser og følelsen av å være i balanse. Dermed kan utrygghet føre til at både pasient og hjelper skader seg.

Oppgave 1: La en kollega ligge på ryggen i sengen med et stikklaken under seg. Kollegaen skal ligge stille og spille en passiv pasient. Ta tak i stikklakenet, og vend kollegaen litt brått over på siden, slik mange pasienter også vendes.

Oppgave 2: Samme kollega ligger passivt i sengen på stikklakenet. Bøy begge ben på «pasienten», legg den ene armen over kroppen, slik at den peker til den siden kollegaen skal vendes, og plasser hodet slik at det også vender til den siden hun skal rulles over til – helt i tråd med en av de naturlige bevegelsesmønstrene. Trekk så først kun fem–ti cm i stikklakenet, slik at kun bekkenpartiet beveges sideveis. Så trekkes overkropp med skuldrer og hode like langt. Deretter går du ned til bekkenet og gjentar bevegelsen som sist – med et rolig tempo og kun fem–ti cm per bevegelse, for deretter å gå til overkroppen igjen. På denne måten dreies kollegaen sakte og behagelig over på siden. Bytt rolle og opplev kontrasten mellom de to arbeidsmåtene.

Overdreven hastighet kombineres ofte med for lang avstand per bevegelse. I denne øvelsen har vi kun konsentrert oss om to av de fem elementene i det jeg definerer som det naturlige bevegelsesmønster. Øvelsen gir en indikasjon på hvor viktig hvert av de fem elementene er for opplevelsen av å være i balanse – selve forutsetningen for å føle seg trygg under enhver forflytning. Det motsatte kan betegnes som en ufaglig handling.

Et viktig poeng i arbeidet med pasienter, er at jo mer alvorlig sykdommen eller skaden er, desto viktigere blir det at både pleiere og terapeuter har oppdaterte og gode ferdigheter i forflytningskunnskap og de faglig baserte forflytningsteknikkene som bør og skal brukes i det enkelte tilfellet.