



Forebygging av trykksår

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje 2011-2013
Pilotprosjekt

Tittel: Forebygging av trykksår

English title: Prevention of pressure ulcers

Forfattere: Jeanette Hårstad, sykepleier 100 % Ortopedisk avd. Ahus, Elin Holen, sykepleier 80 % Ortopedisk avd. Ahus, Helen Andersson, sykepleier 30 %, fagutvikling 50 % Ortopedisk avd. Ahus

Publikasjonstype: Pilotrapport

Antall sider: 24

Oppdragsgiver: *I trygge hender*, nasjonal pasientsikkerhetskampanje

Sitering: Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012

Innholdsfortegnelse

1.0.	Kort oppsummering	4
2.0.	Bakgrunn for kampanjen	4
3.0.	Bakgrunn og målsetting for piloten	5
4.0.	Fremgangsmåte	6
5.0.	Organisering	7
6.0.	Tiltakspakke.....	9
7.0.	Måling	11
8.0.	Resultater	13
8.1	Prosessmål 2 på s 105	13
8.2	Prosessmål 2 på s 205	14
8.3	Resultatmål 1 på s 105	16
8.4	Resultatmål 1 på s 205	17
9.0.	Erfaringer	17
9.1	Erfaringer fra tiltakspakken	17
9.2	Kloke grep og fallgruver under veis i prosjektet.....	20
10.0.	Oppsummering og konklusjon	22
11.0	Vedlegg	23
11.1	Saftey cross	23
11.2	<i>Braden skala</i>	24

1.0. Kort oppsummering

Pasientsikkerhetskampanjen *I Trygge hender* er en treårig kampanje som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Kampanjen pågår fra 2011 - 2013 på oppdrag av helseministeren.

Forebygging av trykksår er et av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen. På Ortopedisk avdeling ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus) har det blitt gjennomført et pilotprosjekt som omhandler nettopp dette.

Fra 5. november 2012 til per d.d, har det vært fokus på forebygging av trykksår. Pasientsikkerhetskampanjen har jobbet med en tiltakspakke rettet mot forebygging av trykksår, og ved bruk av denne pakken har vi lagt grunnlaget for vårt arbeid.

På ortopedisk avdeling har man valgt å risikovurdere alle øyeblikkelig hjelpspasienter, med grunnlag for at mange av disse kan være i risikozonen for å utvikle trykksår. Ved bruk av datainnsamling har det blitt overvåket hvor mange av pasientene vi risikovurderer, hvor målet er 80 %. Utover dette har man daglig vurdert hudstatus hos alle risikopasientene, og tiltak er blitt satt i gang som trykkavlastning, mobilisering, stell av hud og riktig ernæring. Utover dette har man også registrert antall nyoppståtte trykksår som en resultatindikator.

I løpet av pilotperioden har personalgruppen blitt mer oppmerksom på forebygging av trykksår. Dette ses ved et faglig engasjement og nysgjerrighet, og ved at tiltak fra tiltakspakken kommer tydeligere frem i pasientbehandlingen. Man ser også nytten av at man har brukt resultatindikatoren underveis, for å diskutere hvordan prosjektets fremgang har vært. I tillegg ser vi at det å registrere alle trykksår som oppstår fører til en faglig diskusjon rundt de ulike trykksårene med tanke på årsak og nyttig lærdom videre.

Pilotprosjektet ved Ahus anbefaler at tiltakene blir gjennomført videre i nasjonale læringsnettverk.

2.0. Bakgrunn for kampanjen

Helse- og omsorgsdepartementet har startet en nasjonal pasientsikkerhetskampanje som skal innføre forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 – 2014. Flere kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder. Det er valgt ut områder med stort potensial for forbedring, de skal ha gode data og metoder for evaluering, tiltakene som foreslås skal kunne dokumenteres som effektive og innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer.

Hensikten med alle innsatsområdene i kampanjen *I trygge hender* er å peke på konkrete områder hvor man kan starte arbeidet med forbedring på lokale arbeidsplasser.

Hvert innsatsområde skal ha forbedringspotensial, tiltakene skal være kunnskapsbasert og prosesser og resultater skal registreres, for å kunne dokumentere forbedring.

De foreslåtte innsatsområdene og målingene er delvis hentet fra andre lands kampanjer og fra norske pasientsikkerhetsprosjekter og er utviklet i samarbeid med norske fagmiljøer. Målet med kampanjen er å:

- redusere unødig pasientskade i helsetjenesten
- bygge en varig struktur for å følge med på pasientsikkerhet
- utvikle en god pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten

Mer om kampanjen finnes på hjemmesiden: www.pasientsikkerhetskampanjen.no

3.0. Bakgrunn og målsetting for piloten

Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* har valgt *forebygging av trykksår* som et av sine innsatsområder. Utvikling av trykksår er et omfattende problem både ved innleggelse på sykehus eller annen helseinstitusjon.

Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Utvikling av trykksår ved innleggelse på sykehus eller annen helseinstitusjon er et omfattende problem. Trykksår som oppstår under innleggelse regnes som en forebyggbar lidelse hos de fleste pasienter. Vi vet imidlertid at pasienter med nedsatt mobilitet som er sengeliggende eller sitter i rullestol har forhøyet risiko for å utvikle trykksår. Pasienter med dårlig blodsirkulasjon, fuktig eller svært tørr hud regnes også for å være mer utsatt for å få trykksår. Det samme gjelder for pasienter som er dehydrert, underernært, tynne eller adipøse.

Målsetningen for piloten er at man skal redusere unødig pasientskade i helsetjenesten, slik trykksår er å oppfatte. I tillegg skal man ved hjelp av tiltakspakken bygge varige strukturer for å forebygge at trykksår oppstår. Hensikten med målinger i kampanjen er å vise forbedringer som skjer ved implementering av pakkene. Henviser til punkt 6. *tiltakspakke*.

Hvor piloten gjennomføres

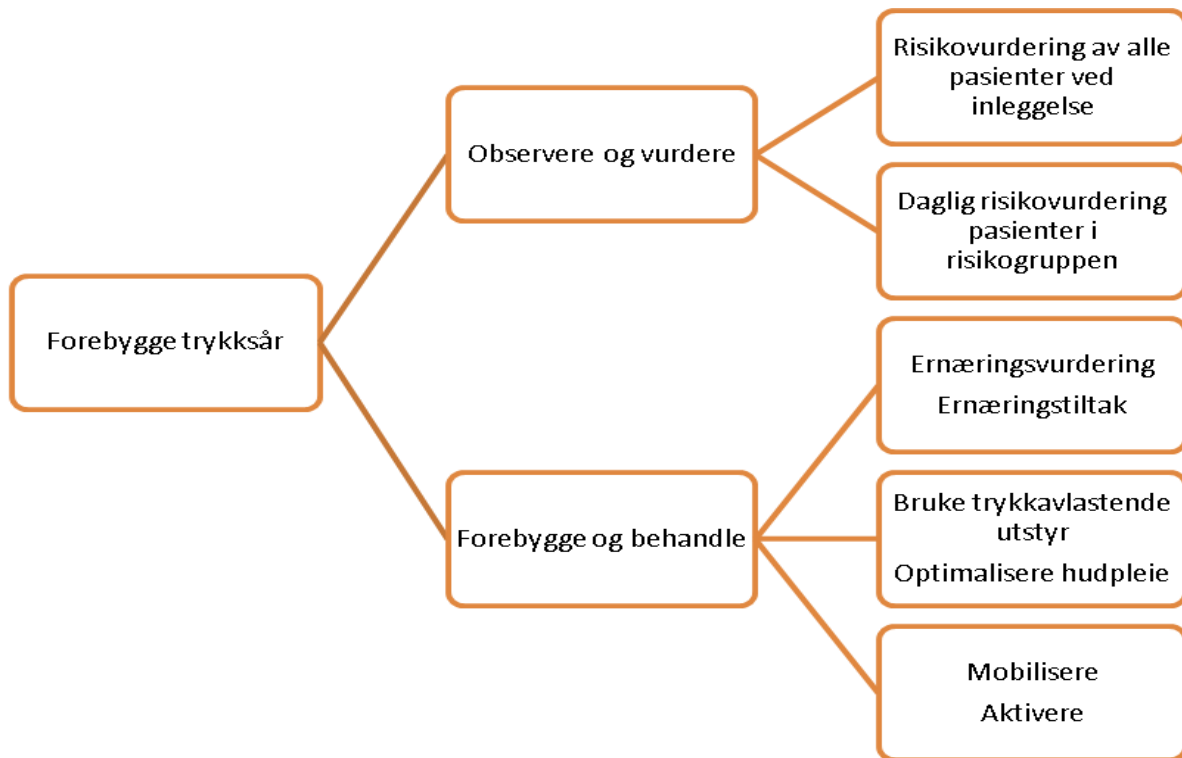
Pilotprosjektet gjennomføres på Akershus universitetssykehus, kirurgisk divisjon på ortopedisk avdeling. Ortopedisk avdeling er fordelt på tre sengeposter: s 105, s 205 og s 305. Sengepost s 305 er ikke tatt med i dette prosjektet, da den avdelingen kun har elektive pasienter som ligger inne i fem døgn og er relativt mobile raskt etter operasjon. Begge postene har 28 sengeplasser hver og her tar man i mot øyeblikkelig hjelp (traumer, skader og infeksjoner) og elektive pasienter i forhold til rygg, kne og hofter fra aldersgruppen 18 år og oppover. Begge sengepostene er inndelt i fire tun; tun a - d, hvorpå det er rundt syv sengeplasser på hvert tun. På disse tunene jobber man som et eget team.

I 2012 hadde begge postene til sammen 3524 øyeblikkelig hjelp pasienter innlagt som heldøgnspasienter.

Antall årsverk på s 105 er 32 stillingshjemler og på s 205 33.45 som jobber ute i posten, fordelt på sykepleiere og hjelpepleiere. I forhold til legehjemler er det til sammen 49 leger som jobber på begge postene.

4.0. Fremgangsmåte

Pasientsikkerhetskampanjen har bidratt med et driverdiagram som piloten har valgt å følge. Et driverdiagram er en visuell framstilling av tankegangen i et innsatsområde. Diagrammet kan bestå av to eller flere ledd. Ved å lese driverdiagrammet fra høyre til venstre, anskueliggjøres hvordan og med hvilke lokale tiltak målet nås.



5.0. Organisering

Piloten på Akershus universitetssykehus er blitt gjennomført på sengepostene s 105 og s 205 på ortopedisk avdeling, på to separate poster. Det er for så vidt liten forskjell på disse postene, foruten at s 105 har elektiv rygg og knekirurgi, mens s 205 har elektiv hoftekirurgi.

Ressurser:

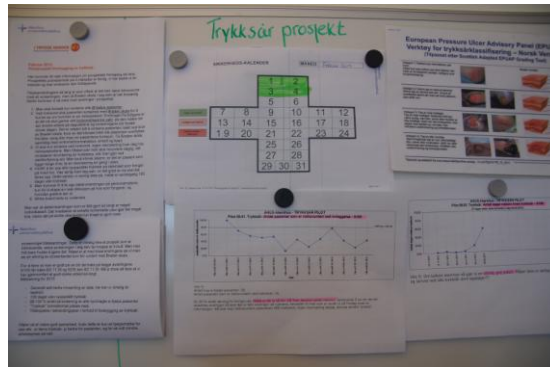
Pilotleder Jeanette Hårstad jobber som sykepleier i 100 % stilling på s 105. I prosjektgruppen jobber sykepleier Helen Andersson, som er sykepleier i 30 % stilling og 50 % fagutviklingssykepleier på s 105, og Elin Holen, sykepleier i 80 % på s 205. Det er viktig å påpeke at ingen i piloten er fristilt fra sin stilling for å gjennomføre prosjektet i posten. Det har blitt tilrettelagt med utvalgte dager for prosjektleder i startfasen, underveis og avslutningsvis for å skrive rapport.

Ahus og ortopedisk avdeling ble forespurt om deltakelse i prosjektet sommeren 2012, og allerede høsten 2012 var vi i gang med planlegging. Tidsrammen for målinger/ innsamling av data satte vi fra 1. november 2012 til slutten av februar, dvs. 4 måneder med datainnsamling.

Gjennomføring:

1. Sommeren 2012: Avdelingen fikk spørsmål fra pasientsikkerhetskampanjen om å delta som pilot for forebygging av trykksår. Fungerende avdelingssjef samtykket til dette.
2. Det ble dannet en prosjektgruppe bestående av tre sykepleiere, og det ble valgt ut en prosjektleder.
3. Prosjektleder lagde en powerpointpresentasjon som ble presentert på tre ortopedisk fagdager oktober 2012.
4. Prosjektgruppen lagde informasjonspermer som ble introdusert og plassert på hvert "tun" i begge postene. Samtidig var prosjektlederen tatt ut av post for å gi opplæring til alle på postene.
5. 5 november 2012: Innsamling av data begynner. Prosjektlederen jobbet i halvannen uke med prosjektet. I dette tidsrommet fikk alle på avdelingen en-til-en undervisning og informasjon om prosjektet. På dette tidspunktet hadde datainnsamlingen begynt, og personalet hadde mulighet til å få opplæring i innsamling av data og bruk av risikoscreeningsverktøyet *Braden skala*. Her hadde vi individuell opplæring med alle ansatte, der vi tok for oss reelle pasient-caser og risikovurderte pasienten sammen. Dette ble gjort i halvannen uke i den perioden pilotleder var fristilt fra sin stilling. Etter hvert kunne stadig flere bekrefte at de forsto hva prosjektet innebar ved at de selvstendig hadde foretatt risikovurderinger og datainnsamlinger.
6. Informasjonsark ble hengt opp på hvert tun, og mail med informasjon ble sendt ut til personalet, som en form for "kick off".
7. Innsamling av data ble gjort i løpet av høsten frem til januar 2013. Ressurspersonene var tilstede på posten dersom det oppsto spørsmål. Ofte lurte personalgruppen på hvilke pasienter som skulle inkluderes, og hvor ofte de skulle risikovurderes. Da kunne man gi muntlig svar og veiledning eller henvise til prosjektmappen som lå på hvert tun. Det ble også hengt opp en veiledningsguide som skulle gi en rask veiledning til hvordan risikovurderingen skulle gjøres, steg for steg.
8. Vi hadde møter underveis i november. En gang med pasientsikkerhetskampanjen og fortløpende møter underveis i prosjektgruppen.
9. Januar 2013. Nytt år, nye muligheter! Pilotlederen dro på hospiteringsbesøk på Næstved sykehus i Danmark sammen med pilotleder fra Stavanger og rådgiver fra pasientsikkerhetskampanjen. Her besøkte man tre avdelinger som har jobbet med prosjektet i opp til seks år. Erfaringer fra dette sykehuset er at ting tar tid, men man kan nå langt med mye vilje og engasjement.

10. Det ble holdt ett prosjektmøte i etterkant av hospiteringsbesøket hvor man drøftet tiltakene og erfaringene fra Næstved sykehus. Følgende tiltak ble igangsatt: En tavle ble hengt opp på personalrommet hvor ny informasjon om prosjektet og oppdatert resultat ble trukket frem ukentlig. Ny og forbedret datainnsamling ble hengt opp på hvert tun. *Safety cross* ble tatt i bruk for å gjøre resultatmålet mer synlig. (se vedlegg 12.4.)



11. Nyhetsbrev ble sendt ut til alle på posten med informasjon om prosjektet så langt. Som vedlegg fulgte oppdaterte grafer.

12. Trykksårprosjektet ble satt opp på den månedlige agendaen for personalmøtene. Her diskuterte personalgruppen prosjektet, grafer og eventuelle trykksår som har oppstått.

13. Februar 2013: Feiring med stor marsipankake! Prosjektet har pågått i tre måneder. Fokus på trykksårtaflen og fotografering til intranett på sykehusets nettside. (se vedlegg 12.4)



14. Mandag 25/2: Prosjektmøte med pasientsikkerhetskampanjen. Agenda: Veien videre. Det var mange gode innspill til det pågående arbeidet, og man fikk diskutert hva som har fungert og fallgruver underveis.

15. Tirsdag 26/2: Prosjektleder reiste til Universitetssykehuset i Stavanger for å møte dem som er med i pilotprosjektet der. Status for prosjektet ble lagt frem, og planen for læringsnettverket ble besluttet. Det var også en tverrfaglig diskusjon av tiltakspakken.

6.0. Tiltakspakke

Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke ble bygd på tilsvarende initiativ fra Wales og Danmark. De har i forkant vært justert etter høringsinnspill fra helseforetak, sykehjem og interesseorganisasjoner og harmoniserer med den nasjonale fagprosedyren for forebygging av trykksår. Begge pilotene fra Akershus universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus har brukt den samme

tiltaksapakken. Den 26/2 satt begge pilotene og pasientsikkerhetskampanjen sammen for å redigere tiltaksapakken. Den skal i etterkant gjennom en ny høring blant en ekspertgruppe. Når tiltaksapakken i denne rapporten blir omtalt, er det den opprinnelige tiltaksapakken vi refererer til (Se vedlegg 12.3 for ny og oppdatert tiltaksapakke):

1. Risikovurdering for trykksår hos alle nyinnlagte pasienter
2. Pasienter med risiko for trykksår revurderes daglig
3. Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle personer med risiko for å utvikle trykksår. Lag ernæringsplan for pasienter som er underernærte eller har ernæringsrisiko
4. Pasienter med risiko for trykksår mobiliseres, stillingsforandring
5. Benytt trykkavlastende underlag og optimaliser hudpleie som forebygging og behandling

Risikovurdering for trykksår hos alle nyinnlagte pasienter

Lag rutiner for risikovurdering av trykksår for å sikre identifisering av alle pasienter med risiko for å utvikle trykksår. Klinisk vurdering av pasienter må følges av en helhetlig vurdering av huden. Det anbefales også å benytte en spesifikk risikovurderingsskala som for eksempel *Braden skala*. (Se vedlegg 12.2)

Pasienter med risiko for trykksår revurderes daglig

Undersøk huden daglig for tegn på rødhet hos personer som er identifisert til å være i risikozonen for utvikling av trykksår. Undersøkelsen av huden bør omfatte vurdering av:

- Vedvarende rødhet
- Blemmedannelse
- Lokal varme
- Misfarget hud
- Lokalt ødem
- Oppbløting av huden
- Indurasjon (hardhet)
- Hud over benfremspring
- Områder pasienten sier gir ubehag eller smerte
- Trykk fra medisinsk utstyr (kateter, oksygenlange etc)

Situasjoner hvor pasientens hud kan observeres er for eksempel:

- Stell i seng
- Snuing i seng
- Toalettbesøk
- Dusjing
- Av- og påkledning

- Forflytning

Kartlegg og vurder ernæringsstatus, lag ernæringsplan ved behov

Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos risikopasienter ved innleggelsen og fortløpende under oppholdet. Planlegg og evaluer ernæringstiltak for pasienter med utilstrekkelig ernæringsinntak og/eller ernæringssvikt.

Pasienter med risiko for trykksår mobiliseres, stillingsforandring

Snakk med pasienter og engasjer dem i planlegging og gjennomføring av tiltak for å endre stilling og øke bevegelighet der det er mulig. Forslag til stillingsforandring og mobilisering av pasienter er:

- Gjennom aktivitet, variasjon og bevegelse
- I seng ved snuing og vinkling av sengen og ved forflytning
- I stol ved å variere sittestilling, vinkling av stolen og ved forflytning

Benytt trykkavlastende underlag

Ved bruk av trykkavlastende madrasser og overmadrasser:

- Ofte og regelmessig stillingsvariasjon er viktig
- Ved bruk av luftmadrass må denne spesielt følges opp slik at den alltid har riktig mengde luft

Ved bruk av trykkavlastende sittepute:

- Ofte og regelmessig stillingsvariasjon er viktig
- Ved bruk av luftpute må denne spesielt følges opp slik at den alltid har riktig mengde luft.
- Noen sitteputer har kun én posisjon som er riktig. Legges disse putene bak fram eller opp ned, kan dette forårsake trykksår

Hælavlastning er viktig både ved liggende og sittende forebygging av trykksår.

Bruk av medisinsk saueskinn som trykkavlastende underlag minsker risikoen for utvikling av trykksår.

7.0. Måling

Hensikten med målinger i kampanjen er å vise forbedringer som skjer ved implementering av pakkene. Typisk for målinger som skal dokumentere forbedringer er at det er hyppige målinger ved hjelp av små stikkprøver. Krav til datas nøyaktighet og kompletthet er betydelig mindre enn ved forskning. Det er forandringen snarere enn antallet man er interessert i.

For å måle kvaliteten på et gitt område benyttes indikatorer. En indikator er en målbar variabel som brukes til å overvåke og evaluere kvaliteten. En indikator er

alltid et tall, og indikatoren kan grovt deles i resultatindikatorer og prosessindikatorer. Resultatindikatorer sier noe om sluttresultatet, ofte sett fra pasientens synsvinkel - i denne piloten "andel pasienter som får trykksår i løpet av innleggelsen". Prosessindikatorer sier noe om prosedyrer og arbeidsforløp som leder frem til resultatene, f eks. "andelen pasienter som blir risikovurdert mens de er innlagt".

Lokale data legges regelmessig inn i Extranett, som er pasientsikkerhetskampanjens database for målinger (www.pasientsikkerhetskampanjen.no).

Derfra kan grafer som viser utvikling hentes direkte ut.

De tre målingene vi startet å samle data på:

1. Prosent pasienter med sykehuservervede/ sykehjemservervede trykksår (resultatmål)
2. Prosent pasienter som screenes for trykksårsrisiko ved innleggelsen (prosessmål)
3. Prosent pasienter med risiko for trykksår som revurderes for trykksår (prosessmål)

Hensikten med målingene er at man får fulgt arbeidsforløpet underveis ved hjelp av prosessmålinger. Den sier noe om prosedyren vi bruker, og effekten av den. I tillegg har vi resultatmålet som leder frem til resultatet etter bruk av tiltakspakken. Om man bruker målingene riktig, i tillegg til å loggføre alle endringer i prosjektet, vil man raskt se om endringene som blir gjort har effekt. Dette ser vi ved at prosessmålingene vil endre seg i en positiv retning, altså øke i prosentandel i forhold til antall pasienter som er risikovurdert. Samtidig vil man se om antall dager mellom hvert trykksår vil øke, noe som vil være en positiv endring.

Hvordan har vi foretatt målingene:

1. På hvert tun ble det hengt opp et måleskjema og en huskeliste, samt plassert ut en informasjonssperm om prosjektet. Dette er gjort av praktiske årsaker knyttet til hvordan ortopedisk avdeling er bygd opp. Her jobber vi i fire ulike team fordelt på 4 forskjellige tun. På hvert tun er det syv pasienter, med en sykepleier som teamleder, og halvannen eller to sykepleiere/hjelpepleiere. Rutinen er at teamene skal samles etter visitt for gjennomgang, men avdelingen i sin helhet samles ikke til møte i løpet av vekten.
2. Prosessmål 2: I starten gjennomførte vi risikovurdering av alle øyeblikkelig hjelp-pasienter innen et døgn fra innleggelse. I begynnelsen ble vurderingen gjort på dagtid, men etter tre måneder ble det bestemt at denne risikovurderingen skulle bli tatt ved innkomst uansett når på døgnet og innen 6 timer.
3. Prosessmål 3: Her startet vi med å revurdere alle risikopasientene daglig med ny risikovurdering. Men denne prosessmålingen falt ut ettersom pasientene ble screenet likt omtrent hver dag. Vi kom derfor frem til at fokuset burde ligge i at tiltakspakken blir gjennomført, ikke at man foretar en daglig

risikovurdering. Resultatet har blitt at alle pasienter får en daglig vurdering av huden, men at det ikke samles data på dette punktet.

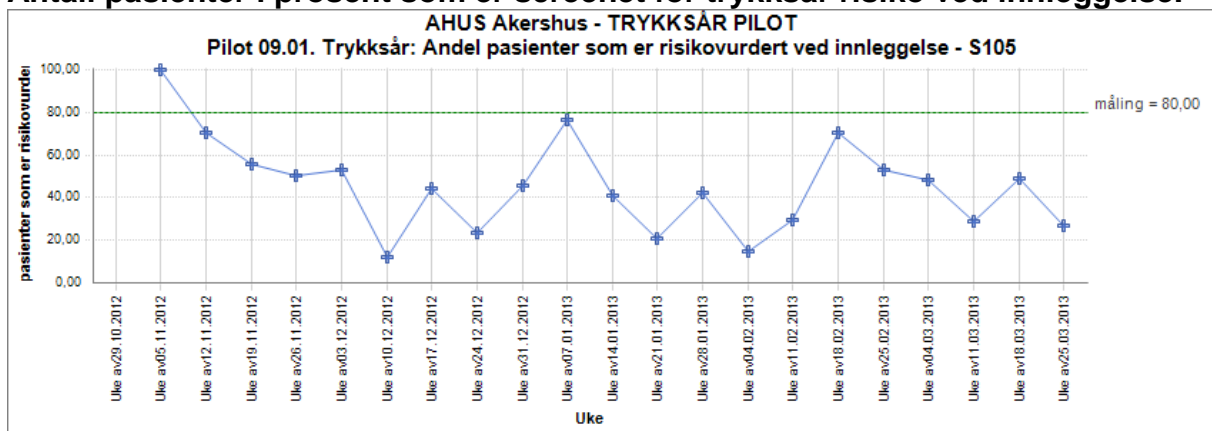
4. Resultatmål 1: antall dager mellom hvert trykksår: Her ble alle nyoppdagede trykksår skrevet ned på måleskjemaet for hvert tun. Deretter ble dataene ført inn i Extranet som ga en oversikt over antall dager mellom hvert trykksår (se vedlegg).
5. Alle målingene ble ukentlig samlet inn fra hvert tun, for at man skulle få riktig data fra hele avdelingen. Ettersom ortopedisk avdeling er delt inn i to sengeposter blir det to grafer på alle målingene.
6. Pasientrapporter i DIPS (it og dokumentasjonssystem som sykehuset bruker) ble brukt for å samle riktig antall data i forhold til antall pasienter som var lagt inn per uke.
7. Deretter ble målingene ført inn i Extranet fordelt på to serier, en serie per avdeling.
8. Vi sørget for å ha rikelig med farger på grafene, i tillegg til at teksten ble markert, for å fange oppmerksomheten til personalet.
9. Ris og ros ble ført opp under grafene; var det uker hvor det var dårlig datainnsamling ble det gitt konstruktive tilbakemeldinger, mens uker med god innsamling så ble det gitt mye ros.

8.0. Resultater

Ettersom vi i etterkant har valgt å kun bruke prosessmål 2 og resultatmål 1 er det bare disse som blir trukket frem her. Det er to grafer som blir lagt frem på hver måling ettersom det er to sengeposter på ortopedisk avdeling.

8.1 Prosessmål 2 på s 105

Antall pasienter i prosent som er screenet for trykksår risiko ved innleggelse.



Forklaring av grafen:

- 100 % sier noe om antall pasienter. Eks 30 pasienter som er innlagt den uken og 30 risikoscreeninger gir 100 %.

- Grønn linje er målområdet, altså 80 % av pasientene skal risikovurderes.

Vurdering av grafen:

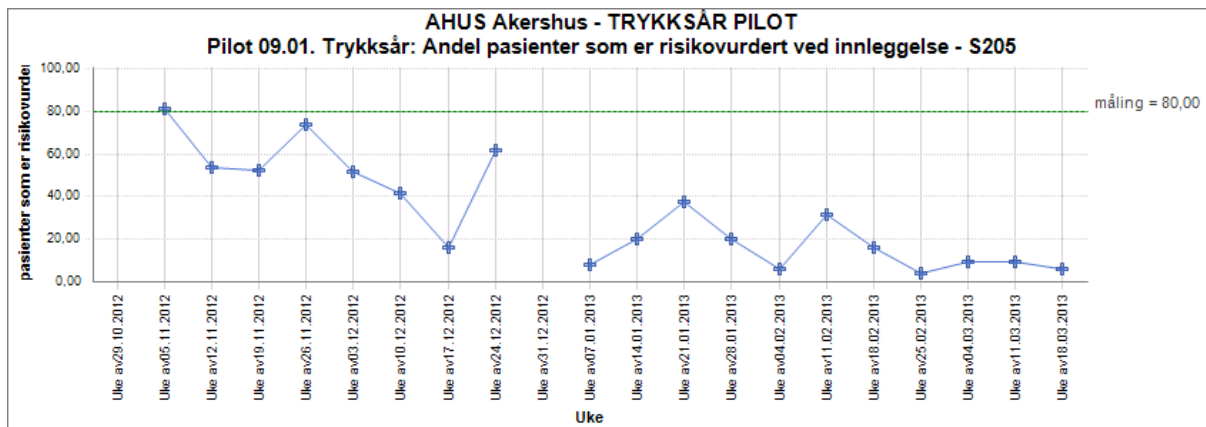
- Uke 29.10.2012: viser en 100 % risikovurdering hos alle nyinnlagte pasienter. Årsaken til dette kan være at prosjektlederen var tatt ut av avdelingen for å hjelpe personalet til å risikovurdere.
- Uke 5.11.2012: Her er det en svak fallende tendens når det gjelder risikovurdering av nyinnlagte pasienter. Risikovurderingen ligger mellom 50 – 70 %. En årsak kan være at avdelingen startet opp med et annet prosjekt samtidig denne perioden og det ble mye nytt for personalet.
- Uke 10.12.2012: Her har risikovurderingene av nye pasienter falt ned til 20 %.
- Uke 7.10.2013: Her har risikovurderingen økt til 80 %. Nytt år, nye muligheter, personalet kommer tilbake fra juleferie.
- Uke 4.2.2013: Nytt fokus. Februarnytt ble sendt ut, masse informasjon ble gitt. Nytt og forenklet måleskjema ble påstartet. Prosentandelen lå på 20 %, øker opp til 70 % til uke 18.2.2012.
- Uke 25.2.2013: Vinterferie, fall til 55 %.
- Fra 03.03 og utover er pilotlederen på verneombud kurs i tillegg til en del kontorarbeid. Vi ser at det er viktig at personalet stadig blir påminnet prosjektet og datainnsamling. Uten påminnelser ser man fallende tendenser.

Tolkning av data:

- Det kommer frem i grafene at risikovurdering av nyinnlagte pasienter ennå ikke er blitt en rutine. En medvirkende årsak til dette er at det lett kan bli glemt i en travel arbeidsdag med mange arbeidsoppgaver. Videre trenger personalgruppen stadige påminnelser om datainnsamling og prosjektet. Det er lettere å få til en økning i kurven de ukene hvor forebygging av trykksår er høyt oppe på agendaen, og hvor hele ressursgruppen er tilstede. Personalet opplevde det som tidkrevende når det pågikk flere prosjekter samtidig. Dette sees tydelig i november da det ikke er et drastisk fall i kurven, men den er stadig synkende.
- Ved å utelukke prosessmåling 3 (revurdering av risikopasienter), i tillegg til at vi valgte å risikovurdere pasientene ved innleggelse, har dette gjort arbeidet og datainnsamlingen betraktelig lettere. Vi ser en økning i kurven i februar som følge av dette.

8.2 Prosessmål 2 på s 205

Antall pasienter i prosent som er screenet for trykksår risiko ved innleggelsen



Vurdering av grafen:

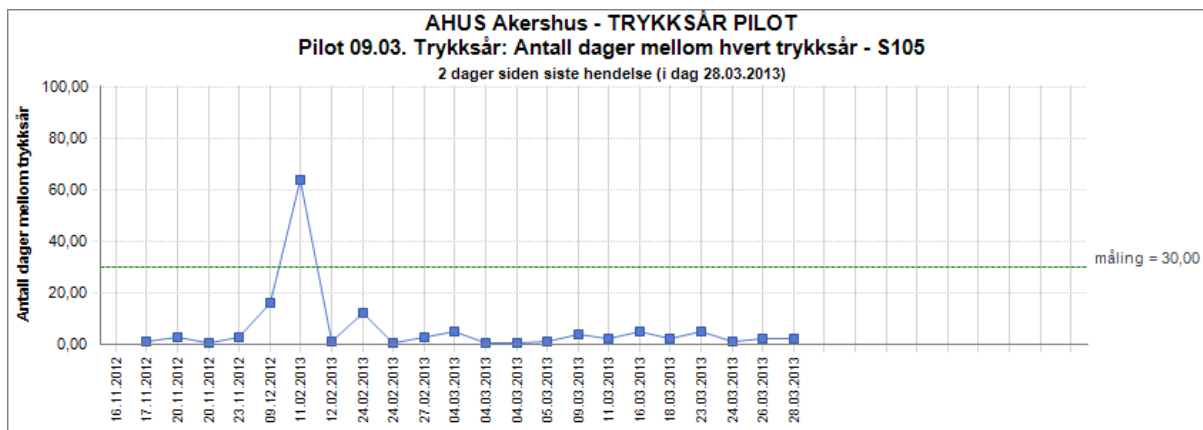
- Uke 5.11.2012: viser en 80 % risikovurdering hos alle nyinnlagte pasienter. Årsaken til dette kan være at prosjektlederen var tatt ut av avdelingen for å hjelpe personalet til å risikovurdere.
- Uke 17.12.2012: Fallende tendenser frem til denne uken.
- Uke 24.12.2012: Mye fast personell på avdelingen. Risikovurdering av nye pasienter økte til 60 %.
- I nyttårsskiftet 2012-2013 var det gamle måleskjemaet fullt, og ved en glipp ble skjemaet tatt ned uten at det ble hengt opp nytt. Det ble ikke hengt opp nytt registrerings skjema før uke 7.1.2013. Mange ansatte trodde dermed at prosjektet var ferdig grunnet manglende informasjon rundt dette.
- Generelt lave tall på grafen i 2013.

Tolkning av data:

- Man ser at innsamlingen av data blir sårbar når det er høy arbeidsbelastning, samtidig som det er mange vikarer som ikke har fått informasjon om prosjektet.
- Mange faste ansatte på jobb = God risikovurdering? En tolkning som ikke lar seg bevise da man ikke har analysert data på dette punktet. Men det kommer frem en god datasamling enkelte uker hvor bemanningen av fast personal har vært god. Dette beror på at man ikke har fått gitt ut informasjon om pilotprosjektet til vikarer, da det kan være vanskelig å nå frem til de ettersom man bruker forskjellige vikarbyråer.
- Det har vært vanskelig å følge opp prosjektet på s 205 for pilotlederen, da hun jobber på s 105. I tillegg har det kun vært en ressursperson på s 205, og med en personalgruppe på rundt 34 så blir det en for stort lass å dra alene. Er det noe vi har tatt lærdom av så bør prosjektet følges opp på én avdeling, ikke to separate avdelinger slik vi har gjort. Det ble bestemt at etter måneder skal man avslutte datainnsamling på s 205, men heller ha et økt fokus på s 105.

8.3 Resultatmål 1 på s 105

Antall dager mellom hvert trykksår

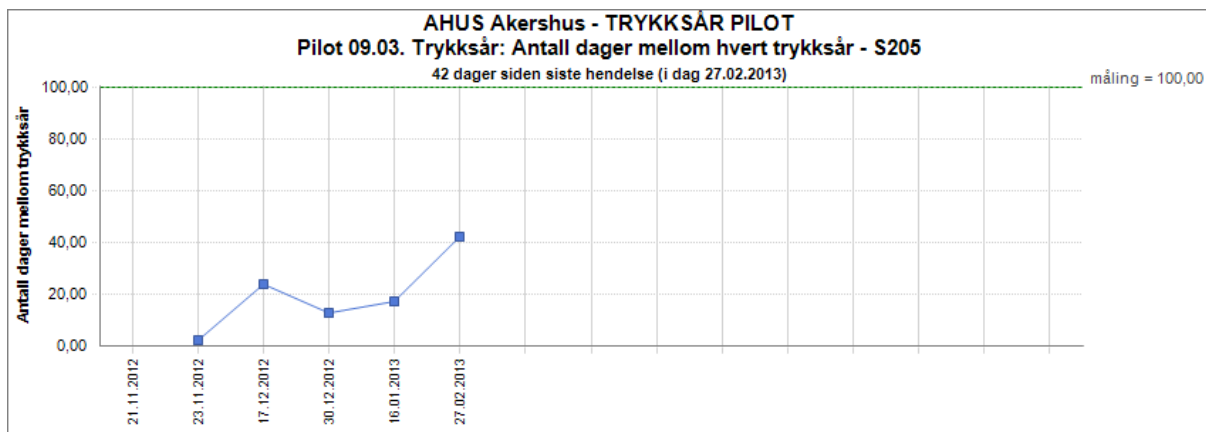


Vurdering av grafer:

- 30 dager er målet, altså grønn linje. For hvert trykksår som oppstår går punktlinjen tilbake til 0 igjen, altså 0 dager siden forrige trykksår.
- Valgt å legge målet på 30 dager til å starte med, altså 1 mnd uten trykksår. Når dette målet er nådd kan man sette grensen høyere. Viktig å ha et mål som er oppnåelig.
- Trykksår oppstår gjennom hele perioden.
- En flott topp på 60 dager mellom hvert trykksår den 11.2.2012. Årsak i følge kollegaer: lett pasientgruppe.
- Tre trykksår oppstår tett i februar 2013. Mulig årsak kan være at ansatte har fått mer fokus på observasjon av pasientenes hud, slik at man oppdager trykksår lettere?
- Hele 11 trykksår totalt i mars. Dette er mye, og selv om vi har blitt flinke til å registrere trykksår, må vi bli enda flinkere til å jobbe med tiltakene. Etter påske vil vi gjennomføre internundervisning om tiltakspakken , 15 min hver dag i to uker, for å nå hele personalgruppen.

8.4 Resultatmål 1 på s 205

Antall dager mellom hvert trykksår



Tolkning av data:

- Ut ifra grafen oppstår det få trykksår på denne avdelingen. 5 stk på nesten 4 mnd.
- På s 205 har det vært utfordrende med datainnsamling gjennom store deler av perioden. Dette ser man tydelig på grafen til prosessindikator 2, derfor stiller man seg kritisk til om man kan stole på grafen til resultatindikatoren. Men det kommer tilbakemeldinger fra personalet om at det er lite trykksår på denne sengeposten, så grafene kan allikevel muligens stemme. Det er vanskelig å si hvilken tolkning som er rett uten at man egentlig kun synser om saken.

9.0. Erfaringer

9.1 Erfaringer fra tiltakspakken

1. Risikovurdering for trykksår hos alle nyinnlagte pasienter

Det ble tidlig i forløpet bestemt at vi skulle bruke et risikoverktøy som heter *Braden skala*, da det var denne som var mest kjent i prosjektgruppen, og det var den som kom opp som et forslag fra kampanjen. *Braden skala* er relativt lett fungerende og forståelig, i tillegg til at den baserer seg mye på observasjoner, noe som passet en sykehusavdeling bra. Se vedlegg.

Begrensninger:

- Når vi hadde bestemt oss for hvilke risikovurderingsverktøy vi skulle bruke, måtte valget tas i forhold til hvilke pasienter vi skulle vurdere. Det ble tidlig i

forløpet tatt et valgt om at vi på ortopedisk avdeling kun ønsket å ta for oss øyeblikkelig hjelp pasienter i forhold til risikoscreening. Begrunnelsen for dette var at man sjeldent opplever trykksår hos elektive pasienter, da de har kort liggetid og er relativt oppegående og mobile etter operasjon.

- De første tre månedene valgte vi å risikovurdere alle pasientene en gang i døgnet, hvor dette falt på dagtid. Dagvaktene opplevde ofte at oppsamling av registreringer ble vanskelig å holde kontroll på, og det ble derfor ikke alltid gjennomført. I tillegg mente personalet at dette var tidkrevende og unødvendig. Et eks. på dette kan være risikopasienter som er innlagt over en lang periode vil score relativt likt fra dag til dag, og er utsatt for å få trykksår gjennom hele oppholdet. Derfor syntes vi at fokuset burde ligge på å bruke tiden på tiltak og behandlingsplan, og ikke en gjentakende risikovurdering. På bakgrunn av dette gikk vi i uke 6 over til å ha som mål å risikovurdere pasienten ved innkomst i forbindelse med gjennomføring av normalstatus/innkomst vurdering. Dette for å sikre at alle pasientene ble risikovurdert, og for å unngå at screeningen ble overlatt til kun dagvaktene hvor tidspress ofte var et problematisk område.

Hvordan bruke risikovurderingen:

- Avdelingen har postlister som viser hvilke pasienter som er innlagt og hva problemstillingen til den enkelte pasient er. På disse listene ble det notert hvilken score pasienten har på *Braden skala*, slik at alle ansatte var klar over hvilke som var i risikogruppen for utvikling av trykksår. (F. eks * BS 15). På den måten er man hele tiden observant på at pasienten er en risikopasient.
- Om det er en risikopasient, så skal tiltakene vedrørende forebygging av trykksår hos den enkelte pasient legges inn i behandlingsplanen.
- Informasjon om risikovurderingen bør komme frem i sykepleiesammenfatningen ved overføring til annen enhet.
- Gitt opplæring til ansatte i bruk av *Braden skala*.
- Valg av riktig madrassunderlag ble bestemt delvis ut i fra *Braden skala*. Vi har vurdert det slik at om man scorer 12 eller lavere tar vi i bruk vekseltrykk madrass slik som luftmadrass, 16-13 Tempur. Men at klinisk skjønn skal brukes og tiltak som står beskrevet i tiltakspakken skal igangsettes uansett risikoscore.

Tilbakemeldinger fra personalet:

- "*Braden skala er lett å bruke*".
- "*Lett å glemme risikovurderingen, men man bruker alltid vurdering med det kliniske blikk*".
- "*Morsomt med fokus på trykksår*".

Fallgruver:

- Feil bruk av *Braden skala* kan gi feil vurdering og score.
- Pasienter som er sengeliggende og fastende før operasjon vil gi en dårlig score, dog de nødvendigvis ikke gjør det i etterkant av operasjon uansett alder.

- Man gjennomfører risikovurderingen, men glemmer å føre det opp på datainnsamlingen.
- Enkelte pasienter har scoret maks score på *Braden skala*, men likevel har det oppstått trykksår hos pasienten. *Braden skala* fanger ikke opp alle pasientene.

2. Pasienter med risiko for trykksår revurderes daglig

Begrensninger:

- Manglende datainnsamling på dette tiltaket gjør det vanskelig å få oversikt om tiltaket blir fulgt opp.

Ressurser:

- God kunnskap hos personalet i forhold til vurdering av huden.
- Bilde av de ulike trykksårstadiene på vaktrommet – her skal det ikke være tvil om hvordan et trykksår ser ut.

Tilbakemeldinger fra personalet:

- *"Dette gjør vi hver dag"*.
- Noen mener det er mer hensiktsmessig å gjennomføre en daglig hudvurdering enn en daglig risikovurdering. I starten gjennomførte vi piloten med daglige risikovurderinger, men dette ble endret i 2013 til daglig vurdering av huden. Dette bidro til at prosessmålingen gikk opp i andel prosent risikovurderinger.

3. Kartlegg og vurder ernæringsstatus, lag ernæringsplan ved behov

Begrensninger:

- Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus hos risikopasienter ble utført etter avdelingens vanlige rutiner med generell sykepleiekunnskap. Det var et bevisst valg å ikke ta i bruk mer ressurser på dette området i pilotprosjektet, da det samtidig var oppstart av elektroniske meldinger til kommunene (PLO). Hadde vi startet opp med ernæringscreeningen i tillegg, ville det blitt enda en ny ting for de ansatte å sette seg inn i.
- Dessverre liten tilgang på ernæringsfysiologer på sykehuset.
- Ingen rutine på risikovurdering i forhold til ernæring på sengeposten.

Fallgruver:

- Feilbruk av ernæringsscreeningsverktøy.
- Liten erfaring med å lage ernæringsplan.

Hva kan jobbes med:

- Vi er i kontakt med klinisk ernæringsfysiolog på sykehuset.

- Opplæring i ernæringscreening bør være et mål for 2013.
- Etterspør en tiltakspakke i forhold til ernæring, generell veiledning man kan bruke til pasienter som er i risiko for å utvikle trykksår.

4. Pasienter med risiko for trykksår mobiliseres, stillingsforandring

Ressurser:

- God kompetanse og kunnskap om mobilisering på ortopedisk avdeling.
- Mye fokus på mobilisering.
- Nasjonal kortutgave av retningslinjer ved forebygging av trykksår. Kilde NPUAP og APUPAP.

Hvordan bruke dette tiltaket:

- Vi har erfaring med at det er viktig å informere og forberede pasienten om vanlige rutiner ved mobilisering. Derfor blir pasienten delaktig ved mobiliseringen, og de kjenner til viktigheten ved hyppig stillingsendring.
- De ortopediske sengepostene har elektriske senger, som er et godt hjelpemiddel når det gjelder muligheten for hyppige stillingsforandringer. Pasienten kan styre dette mye selv ved riktig informasjon om hvordan bruke sengens innstillinger på en god måte.
- Tiltak som mobilisering og hyppig stillingsendring legges inn på pasientens behandlingsplan.
- Daglige rapporter gis muntlig ved vaktbytte, informere ansatte om hvem som er mobilisert og hvem som har behov for det.

5. Benytt trykkavlastende underlag og optimaliser hudpleie som forebygging og behandling

Ressurser:

- Vi har tilgang til vekseltrykkmadrasser (luftmadrasser) på avdelingen, og disse er blitt tatt mer i bruk etter at pilotprosjektet startet. Disse madrassene brukes til pasienter som scorer lavt på *Braden skalaen*, dvs mindre enn 12, eller der man ser en risiko for utvikling av trykksår.
- Tilgang på noen tempurmadrasser.
- God tilgang på parfymefri hudkrem med nøytral PH verdi.

9.2 Kloke grep og fallgruver under veis i prosjektet

- Gjennomgangen av *Braden skala* er enkel og rask, og gir en oversikt over pasientens risiko for utvikling av trykksår. Vi har fått tilbakemelding fra ansatte om at de er blitt mer oppmerksom på forebygging av trykksår, nettopp på grunn av bruken av *Braden skala*.

- I løpet av fagdage høsten 2012 ble alle ansatte informert om pilotprosjektet, og dette la et godt grunnlag for å få en god start på prosjektet.
For å øke engasjementet rundt prosjektets tema kunne det vært nyttig å ha teoriundervisning om forebygging av trykksår og sårbehandling på fagdage. Internundervisning underveis hadde også vært aktuelt for å nå ut til alle ansatte. Dette står på agendaen i løpet av 2013.
- Sykepleiestudenter har blitt involvert i prosjektet gjennom deltakelse på fagdager og siden gjennom informasjonsmøter/undervisning.
Sykepleiestudenter har derfor vært en ressurs i forbindelse med registrering og forebygging av trykksår.
- På sengepost s 105 har man begynt med morgenmøte på ukedagene, for å gå igjennom bemanningen på de ulike tun, for å gi informasjon om prosjektet, motivere, informere og svare på spørsmål. Her kan man også vise frem resultater fra de siste målinger. Man har i prosjektperioden begynt med daglige møter i avdelingen, som innebærer at alle tun samles for et raskt samarbeidsmøte klokken 11, for å se hvordan man ligger an i forhold til arbeidstvingde og gjenstående arbeid. Her kan man minne hverandre på pilotprosjektet, og hjelpe hverandre ved spørsmål. Dette er fortsatt i startfasen på sengepost s 105.
- Avdelingene har i tillegg till grafer brukt *Safety cross* (se vedlegg 12.1) for å illustrere forekomsten av trykksår. Den er motiverende å bruke, da man ser fortløpende resultater daglig i forhold til trykksår som oppstår.
- Prosjektleder/ressurspersoner savnet mer tid til prosjektet i form av veiledning og motivering av ansatte, samt informere nyansatte og vikarer. Vi ser i ettertid at det hadde vært behov for flere ressurspersoner for å styrke motivasjon og entusiasme hos ansatte, men også for tettere oppfølging av prosjektet.
- Det har vært en utfordring på begge avdelinger med mye vikarer som ikke har fått informasjon om prosjektet. Spesielt i helgene har dette vært en utfordring.
- I ettertid ser vi at det hadde vært en fordel å bruke mer tid på planlegging av prosjektet, da det involverer mange ansatte på to sengeposter med drift døgnet rundt.
- Da det i en hektisk hverdag kan være vanskelig å følge med på at alle ting fungerer i prosjektet, kunne det vært en idé å begynne med et "prøvetun" og tett oppfølging, for lettere å kunne gjøre endringer i startfasen.

10.0. Oppsummering og konklusjon

Det å være et pilotprosjekt innebærer så mangt. Vi fikk utdelt en tiltakspakke fra pasientsikkerhetskampanjen som vi skulle bruke, sammen med målinger som vi skulle samle data på. Men det fulgte ikke med en guide på hvordan dette skulle gjennomføres. Og det er jo akkurat det som er spennende med å være pilot; *stien dannes etter hvert som man går*. Vi har fortløpende testet ut og formet piloten underveis.

Det har vært både oppturer og nedturer, men for det meste sitter vi igjen med en meget god erfaring. De ansatte har blitt mer engasjerte og har fått bedre kunnskap om forebygging av trykksår. Dette kommer tydelig frem når vi diskuterer pilotprosjektet på personalmøter eller ved interne diskusjoner. Personalgruppen viser engasjement og har mange meninger om emnet. Alle utspill som har forekommet er tatt med videre for bearbeidelse av pilotprosjektet, med et mål om at dette skal kunne implementeres på et permanent basis i den travle hverdagen. Det er viktig at man utvikler gode rutiner som sikrer at pasienter som er utsatt for å utvikle trykksår blir fanget opp tidlig slik at nødvendige tiltak kan iverksettes. Vår vurdering underveis er at sykepleiedokumentasjon og kommunikasjon er viktige ledd for å ivareta kvaliteten i arbeidet for trykksårforebygging. Det blir interessant å se hvordan denne piloten tar form videre i prosjektet.

For piloten selv er det mange planer som er satt fremover. Vi skal blant annet ha internundervisning om den redigerte tiltakspakken, hvor vi skal ha det samme emne hver dag over en to ukers periode, for å nå hele personalgruppen. I tillegg skal det jobbes med å få lagd en veiledende behandlingsplan i dips (it systemet) som skal være tilgjengelig for hele sykehuset. Videre jobbes det med å lage et lommeformat som hjelpemiddel, med bilder av de ulike trykksårkategoriene og tiltak, samt et risikoscreeningsverktøy, som skal deles ut til personalgruppen.

Vi ser jo at piloten har tatt med seg mange fine tiltak inn i avdelingene, og et videre fokus vil forhåpentligvis bidra til at trykksårforekomsten minker.

11.0 Vedlegg

11.1 Pasientsikkerhetskalender (trykksår)

Måned		1	2		
Enhet		3	4		
		5	6		
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
		25	26		
		27	28		
		29	30	31	
Ingen nye trykksår					
Innlagt med trykksår					
Trykksår oppstått i avdelingen					

Alle nye trykksår skal "godkjennes" av <fagsykepleier/rød strek/ressursperson> før det markeres med rødt i kalenderen sammen med <NPR-nummer>, kategori og lokalisasjon.

11.2 Braden skala

Braden skala for prediskjon av trykksår

(Bergstrom, Braden, m.fl. 1987, norsk oversettelse ved Bjøro 1998)

				Skår										
				Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Evnen til å oppfatte og reagere på stimuli Evnen til å reagere hensiktsmessig ved ubehag som er trykkrelatert	1p: Totalt redusert Reagerer ikke på smertestimuli på grunn av redusert bevissthetsnivå eller sedasjon (stønner ikke, avverger ikke) eller har redusert evne til å kjenne smerte over mesteparten av kroppens overflate.	2p: Meget redusert Reagerer kun på smertestimuli. Kommuniserer ikke ubehag unntatt ved stønn eller rastløshet. Eller har redusert evne til å oppfatte sansestimuli med begrenset evne til å kjenne smerte eller ubehag over halvparten av kroppens overflate.	3p: Noe redusert Reagerer på verbale stimuli, men klarer ikke alltid å formidle ubehag eller behov for å bli snudd. Eller har noe redusert evne til å oppfatte sansestimuli med begrenset evne til å kjenne smerte eller ubehag i en eller to ekstremiteter.	4p: Ikke redusert Reagerer på muntlige beskjeder. Har ingen svikt i sanseapparat med begrenset evne til å kjenne eller gi uttrykk for ubehag.										
Fuktighet I hvor stor grad huden er utsatt for fuktighet	1p: Fuktig mesteparten av tiden Huden er fuktig store deler av tiden på grunn av svette, urin, og lignende. Fuktighet kjenner hver gang pasienten skal flyttes eller snus.	2p: Fuktig Huden er ofte fuktig, men ikke alltid. Sengetøyskift nødvendig minst en gang pr vakt.	3p: Fuktig av og til Reagerer på verbale stimuli men klarer ikke alltid å formidle ubehag eller behov for å bli snudd. Eller har noe redusert evne til å oppfatte sansestimuli med begrenset evne til å kjenne smerte eller ubehag i en eller to ekstremiteter.	4p: Sjelden fuktig Huden er vanligvis tørr, sengetøyet skiftes kun til fastsatte tidspunkter.										
Aktivitet Grad av fysisk aktivitet	1p: Sengeliggende Er ikke ute av sengen. Eventuelt løftes ut av sengen og løftes tilbake igjen etter meget kort tid.	2p: Stolbundet Evnen til å gå er svært begrenset eller mangler helt. Kan ikke bære egen kroppsvekt og/eller må ha hjelp til å komme over i stol eller rullestol.	3p: Går av og til Går av og til i løpet av dagen, men kun korte avstander, med eller uten hjelp. Tilbringer mesteparten av tiden i seng eller stol.	4p: Går ofte Gjør store og hyppige endringer i stilling uten hjelp.										
Mobilitet Evne til å styre kroppen og skifte stilling	1p: Fullstendig immobil Gjør ingen endringer i kroppens stilling eller endring av ekstremiteters stilling uten hjelp.	2p: Meget begrenset Gjør av og til mindre endringer i kroppens eller ekstremitetenes stilling, men er ikke i stand til å gjøre hyppige eller større endringer uten hjelp.	3p: Noe begrenset Gjør hyppige eller mindre endringer i kroppens eller ekstremitetenes stilling selv.	4p: Ingen begrensninger Gjør store og hyppige endringer i stilling uten hjelp.										
Ernæring Vanlig mønster for fødeinntak/ernæring	1p: Svært dårlig Spiser aldri et fullstendig måltid. Spiser sjelden mer enn en tredjedel av maten som tilbys. Spiser to porsjoner eller mindre av proteiner (kjøtt eller melkeprodukter) pr dag. Tar ikke drikke med ernæringstilskudd. Eller er null pr os og/eller får kun klar væske eller intravenøst i mer enn 5 døgn.	2p: Sannsynligvis utilstrekkelig Spiser sjelden et fullstendig måltid og spiser kun omtrent halvparten av maten som tilbys. Proteininntak omfatter kun tre porsjoner kjøtt eller melkeprodukter pr dag. Får ernæringstilskudd av og til. Eller får mindre enn optimal mengde flytende kost eller sondeernæring.	3p: Tilstrekkelig Spiser mer enn halvparten av de fleste måltider. Spiser totalt fire porsjoner protein (kjøtt eller melkeprodukter) pr dag. Avviser av og til et måltid, men tar vanligvis tilskudd hvis tilbudt. Eller får sondeernæring eller totalparenteral ernæring som sannsynligvis tilfredsstiller ernæringsbehovet.	4p: Meget bra Spiser mesteparten av hvert måltid. Avviser aldri et måltid. Spiser vanligvis fire eller flere porsjoner med kjøtt og melkeprodukter. Spiser av og til mellom måltidene. Har ikke behov for ernæringstilskudd										
Friksjon og skyveeffekt	1: Problem Trenger moderat til maksimal hjelp ved forflytning. Løfting uten gnidning mot sengetøy er ikke mulig. Glir ofte ned i sengen eller stolen. Trenger hyppig stillingsendring med maksimal assistanse. Muskelspasmer, kontrakturer eller agitasjon medfører friksjon neste hele tiden.	2: Potensielt problem Er svak og skral eller trenger noe hjelp til å bevege seg. Under forflytning glir huden til en viss grad mot laken, stol eller hjelpemidler. Opprettholder bra stilling i stol eller seng mesteparten av tiden, men glir ned av og til.	3: Ikke noe øyensynlig problem Forflytter seg i seng og stol uten hjelp og har tilstrekkelig muskelstyrke til å løfte seg selv helt fra underlaget ved forflytning. Opprettholder god stilling i seng eller stol til enhver tid.											
				Total skår:										

Lav risiko: 15-18
 Medium risiko: 13-14
 Høy risiko: 10-12
 Svært høy risiko: ≤9