Ny pasient

Ernæring-screening

Innen 24 t
NRS2002-score >= 3 poeng
Nei (ingen tiltak)
Ja

Trykksår screening

Innen 24 t
Braden-score <= 18
Ja
Nei (ingen tiltak)

Registrering av tiltak i behandlingsplan

- Trykkavlasting
- Hudpleie (sårstall)
- Ernæring
- Mobilisering/aktivitet/øvelser

Forebygging av trykksår – prosjekt eller prosess?

Evaluering av pilotprosjekt
I TRYGGE HENDER 24|7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

Innhold
Kort oppsummering .................................................................................................................. 3
Bakgrunn for kampanjen .......................................................................................................... 3
Hvor piloten har vært gjennomført .......................................................................................... 4
3.1 Organisering ...................................................................................................................... 5
4.1 Overordnet mål .................................................................................................................... 6
4.2 Avgrensninger ................................................................................................................... 6
4.3 Nytteeffekter og hvordan måle disse ................................................................................. 7
4.4 Sukcesskriterier ................................................................................................................ 7
4.5 Leveranser og aktiviteter .................................................................................................. 8
5 Tiltakspakke .......................................................................................................................... 10
6 Måling ................................................................................................................................... 12
6.1 Hva har vi målt og hvorfor? .............................................................................................. 12
6.2 Måleskjema ....................................................................................................................... 13
6.3 Innsamling av data .......................................................................................................... 15
6.4 Hvilke målinger mangler? .............................................................................................. 16
7 Resultater ................................................................................................................................ 16
7.2 Trykksår-hyppighet ........................................................................................................... 16
7.3 Trykksår-screening av nye pasienter .............................................................................. 19
7.4 Andel pasienter på post som er trykksår-evalueret ......................................................... 20
7.5 Andel pasienter med < 18 poeng (Braden) og som har tiltak i behandlingsplan .......... 21
7.6 Årsaker til nedgang i resultater ....................................................................................... 21
8 Erfaringer ............................................................................................................................... 22
8.1 Bare «litt rød»? .................................................................................................................. 22
8.2 Samarbeid med andre ....................................................................................................... 22
8.3 Tilbakemeldinger fra involverte ..................................................................................... 23
8.4 Positive bonus-effekter .................................................................................................... 25
9 Anbefalinger ........................................................................................................................... 26
9.1 Tiltakspakken ................................................................................................................... 26
9.2 Målinger ........................................................................................................................... 28
9.3 Manglende målinger ........................................................................................................ 28
10 Oppsummering og konklusjon ......................................................................................... 28
11 Vedlegg ................................................................................................................................ 30
Vedlegg 1 – Måleskjema, første versjon .............................................................................. 31
Vedlegg 2 – Måleskjema, siste versjon ................................................................................. 32
Vedlegg 3 – Rutine for trykksår- og ernærings-screening på 3B ......................................... 33
Vedlegg 4 – Braden skjema for prediksjon av trykksår ....................................................... 34
Vedlegg 5 – Sikkerhets-kalender nr. 1 («sikkerhets-kors») .................................................. 34
Vedlegg 6 – Sikkerhets-kalender nr. 2 (vanlig kalender) ....................................................... 37
Vedlegg 7 – Resultat av mini-audit ....................................................................................... 38
Vedlegg 8 – Rutine for innsamling av data på 3B ................................................................. 40
Vedlegg 9 – «Sideregnskap» .................................................................................................. 41
Kort oppsummering

Forebygging av trykksår er et område som inngår i grunnutdanningen til alt omsorgspersonell. Dette er grunnleggende sykepleie som ofte «tas for gitt» og derfor blir usynlig og ofte tilfeldig. De aller fleste trykksår kan forebygges ved hjelp av enkle tiltak, men er tidkrevende og utfordrende å handle.

Trykksår er svært belastende og ressurskrevende både for pasienten selv, pårørende og pleiepersonell. Konsekvensene av trykksår er redusert livskvalitet, smerter, forsinket rehabilitering, infeksjon/sepsis, og i verste fall tidlig død.

Fokus og systematisk innsats over tid kan bidra til at effekten av utførte tiltak blir både større og mer synlig. Dette vil igjen redusere forekomst av trykksår og dermed redusere belastningen både for pasient, pårørende og helsetjenesten generelt.

Rapportens første del forteller hvor piloten har vært gjennomført og hvordan prosjektet har vært organisert. Deretter går vi inn på overordnede mål og avgrensinger før vi beskriver forventet nytteeffekt, viktige suksesskriterier og aktiviteter utført i prosjektpérioden.

Tiltakspakken på forebygging av trykksår er hentet fra lignende prosjekt i Danmark og Wales. Den gjennomgås i rapportens kapittel 5. Vi begrunner de målingene vi har valgt å gjøre og beskriver hvordan vi har gått fram for å samle inn data. Resultater av målingene synliggjøres i kapittel 7.

I rapportens siste del går vi inn på erfaringer vi har gjort i prosjektpérioden. Avslutningsvis gir vi anbefalinger for det videre arbeidet på innsatsområdet.

Bakgrunn for kampanjen


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:

- reducere 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: [http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no)

**Hvor piloten har vært gjennomført**

Pilotprosjektet er gjennomført ved avdeling 3B ved Stavanger Universitetssjukehus HF.

Avdeling 3B er en medisinsk avdeling innen fagområdene nefrologi, endokrinologi, reumatologi, immunologi samt generell medisin. Avdelingen har 24 sengeplasser, 5 overlegestillinger og 35 årsverk innen pleie/omsorg fordelt på 13 hjelpepleiere og 33 sykepleiere.

Avdeling 3B ble valgt som pilot fordi:

- De har representativ pasientgruppe
- De allerede har innført ernærings-screening (viktig tiltak i trykksårpakken)
- Personalgruppen er kjent for å være positiv til endringer

Avdelingen er som de fleste medisinske avdelinger preget av stort overbelegg/mange korridorpasienter, mange vikarer og tilnærmet ingen tilgang til spesialutstyr innen trykkavlastning.
### 3.1 Organisering

Pilotprosjektet har vært organisert på denne måten:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Funksjon</th>
<th>Person</th>
<th>Ansvar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Prosjektleder</td>
<td>Mari Robberstad, sårsykepleier 3B</td>
<td>Frikjøpt 80 % stilling mot prosjektet. Har derfor hatt ansvar for mye av den praktiske gjennomføringen, bl.a. registrering i Extranet og vært møterefrent.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pilotperiode:** 29.11.12 – 24.02.13.

**Målting:** 03.12.12 – pågår ennå.

Referansegruppa ble holdt løpende oppdatert gjennom møtereferat og annen skriftlig informasjon.

Det har vært to fellesmøter med både prosjekt- og referansegruppe. Det første fellesmøtet ble holdt for at alle deltagerne i prosjektet skulle bli kjent med hverandre og de ulike rollene i prosjektet. Intensjonen med det siste fellesmøtet var evaluering av prosjektet og planlegging av det videre arbeidet.

**Bakgrunn og målsetting for piloten**

Hensikten med pilotprosjektet er å teste ut tiltakspakken med tilhørende målinger før spredning til andre steder. Erfaringer fra pilotprosjektet vil danne grunnlag for det videre arbeidet på innsatsområdet.

### 4.1 Overordnet mål

I starten var pilotprosjektets overordnede mål å forebygge pasientskader i form av sykehusrelaterte trykksår og sykehusrelatert forverring av allerede eksisterende trykksår. Dette ble undervegs endret til:

**Prosjektets overordnede mål er å forebygge pasientskader i form av sykehusrelaterte trykksår.**

Endringen ble gjort fordi det vanskelig gjorde innhenting av data generelt (komplekst skjema – vedlegg 1) samtidig som det opplevdes som lite nyttig p.g.a. liten pasientgruppe.

### 4.2 Avgrensninger

Hensikten med pasientsikkerhetskampanjen er å forebygge trykksår som oppstår som følge av inaktivitet. Prosjektet avgrenses derfor til ikke å omfatte trykksår som skyldes diabetisk nevropati og som oppstår fordi pasienten er i aktivitet.
4.3 Nytteeffekter og hvordan måle disse

Den beste muligheten for å lykkes med et prosjekt eller endringsarbeid, er at det som skal gjøres på en eller annen måte oppleves nyttig eller viktig. De aller færreste er villige til å gjøre en ekstrainsats hvis det ikke oppleves nyttig.

På samme måte er det viktig å måle om innsatsen som gjøres virkelig viser igjen. Det ble derfor viktig å lage og synliggjøre nytteeffekten og måleindikatorene.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nytteeffekt</th>
<th>Indikator</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Færre pasientskader i form av sykehuservede trykksår</td>
<td>• Antall trykksår som oppstår i.l.a. sykehusoppholdet</td>
</tr>
<tr>
<td>Økt effekt av pleiepersonalets arbeidsinnsats gjennom innføring av standardiserte og strukturerede tiltak</td>
<td>• Antall pasienter som risikovurderes for trykksår de første 24 timene etter innleggelsen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Antall pasienter med trykksårrelaterte tiltak i behandlingsplan i DIPS</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.4 Suksesskriterier

Alle prosjekt har potensiale til å lykkes eller mislykkes i større eller mindre grad. Vi ønsket å øke sjansen for å lykkes og definerte derfor tidlig kritiske suksessfaktorer:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kritiske suksessfaktorer</th>
<th>Hvordan sikre suksess</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>God ledelsesforankring</td>
<td>• Deltagelse i styringsgruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Aktiv involvering av berørte ledere</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivert og engasjert personalgruppe</td>
<td>• Informasjon</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Opplæring</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Kontinuerlig oppfølging</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• «Høringsgruppe» 3B (avd.leder, s.pl. og hj.pl. på post)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mange nye på 3B (nyansatte, studenter og vikarer)</td>
<td>• Informasjon</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Opplæring</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Inkludere bemanningscentral og studentkoordinator</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Tilføring av ekstra ressurser første prosjektuke?</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Enkel og lett gjennomførbar rutine
- Logiske skjema
- Skjema lett tilgjengelig

Tilgjengelige ressurser/hjelpemidler
- Tilgjengelige hjelpemidler
- Synlig oversikt over / kunnskap om tilgjengelige hjelpemidler

Ved å være bevisst disse fallgruvene allerede før vi startet arbeidet, har vi sannsynligvis klart å eliminere flere feilskjer.

God ledelsesforankring er essensielt i enhver kvalitetsforbedringsprosess. Uten dette vil prosjektet/endringen kun ha kortvarig effekt og aldri kunne utvikle seg til å bli en varig endring. Pilotprosjektet på 3B har støtte på alle ledernivå i organisasjonen.

Vi visste at personalgruppen på 3B var svært slitne etter en periode med høgt overbelegg, mye vikarer og mange nyansatte. Det ble derfor viktig å tydeliggjøre at prosjektet innebar lite nytt. Dette er tiltak som vi for det meste allerede gjør! Ved å sette tiltakene i system letter vi arbeidet for oss selv.

Konsekvensen av å lage enkle rutiner som ble kommunisert og synliggjort, var at vikarer og nyansatte nå fikk hjelp til å gjøre jobben «på vår måte» i stedet for «å kjøre sitt eget løp» i mangel på noe bedre. De aller fleste er innstilt på å gjøre en innsats dersom det oppleves nyttig eller viktig.

4.5 Leveranser og aktiviteter

Kvalitetsforbedringsarbeid handler i stor grad om kultur. Vi har derfor valgt å ha en bred innfallsvinkel på hvordan vi skal skape fokus på trykksår. Økt fokus på et område gir økt bevissthet og dermed større potensial for handling. Økt kunnskapsnivå sikrer rett handling. Vanligvis er vi flinke på det vi har fokus på! Fokus påvirker også hvilke oppgaver som prioriteres.

Gjennom pilotprosjektet ønsket vi å:

1. Øke bevisstheten hos personalet, pasient og pårørende rundt viktigheten av enkle og standardiserte tiltak for å forebygge pasientskader gjennom informasjon på personalmøte og internundervisning, samt tilpasset informasjon til pasient og pårørende.
2. Øke kunnskapsnivået hos personale, pasient og pårørende rundt forebygging og behandling av trykksår gjennom internundervisning og tilpasset informasjon til pasient og pårørende.
3. Utarbeide og implementere rutiner for forebygging av trykksår og trykksårforverrelse.
4. Tilrettelegge for bruk av hjelpemidler innen ernæring, hudpleie og trykkavlastning.
5. Utføre og synliggjøre jevnlige målinger av definerte indikatorer.
Tabellen under viser hvilke aktiviteter vi har gjennomført i prosjektperioden. Tall i venstre kolonne refererer til nummerering av leveranser på begynnelsen av avsnittet (se over).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leveranse nr.</th>
<th>Aktivitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Kick-off-fest med tilhørende «besøksrunde» med kakeutdeling og info på ulike sengeposter på SUS</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Utarbeidelse av rutine for trykksår-screening med tilhørende målinger på 3B (vedlegg 2 – rutine 3B)</td>
</tr>
<tr>
<td>1 og 2</td>
<td>Markering av den internasjonale «STOP trykksår-dagen» 16.11.12</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Informert om pilotprosjektet til: • Personalgruppa på personalmøte og mail • Legegruppa på seksjonsmøter og mail • Innleide/vikarer på personalmøte og mail • Praksisstudenter pr. mail, gjennom praksisvegleder og informasjonsmøte • SUS gjennom artikkel på intranet</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Innføring av trykksår-screening (inkl. ernærings-screening) i den daglige rutinen/strukturen på 3B (se vedlegg 3 – Braden skjema): • Påminnelse om screening på morgenrapport – v/avd.ledelse • Innhenting av data/målinger på grupperapport kl. 12.00 – v/daglig trykksår-ansvarlig • Utskrivning av lister som bakgrunn for datainnsamling – v/sekretær • Ukentlig gjennomgang av totalt antall utførte screeninger (onsdager) – v/sekretær</td>
</tr>
<tr>
<td>1 og 2</td>
<td>Internundervisning: • «Forebygging og behandling av trykksår» v/sårsykepleier • «Praktisk forebygging av trykksår» v/fysioterapeut • «Grunnleggende prinsipp for sårbehandling» v/sårsykepleier • «Ernæring og sår» v/sårsykepleier • Opplæring av nye praksisstudenter i trykksår og ernæringsscreening v/ernæringsansvarlig og sårsykepleier</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Tema på 3Bs refleksjonsmøte: • Hvordan forebygge trykksår ? • Hva kan vi gjøre for å få flere trykksårfrie dager?</td>
</tr>
<tr>
<td>3 og 5</td>
<td>Studietur til Næstun Hospital på Sjelland, uke 2.</td>
</tr>
<tr>
<td>1, 2, 3, 4 og 5</td>
<td>Tilstedeværelse på sengepost for å motvirke, informere, veilede, lære opp og avklare evnt. spørsmål om screening, utstyr og sårstall, særleg fram til slutten av januar.</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Utarbeidelse av statistikk og synliggjøring av data på informasjonsvegg på 3B</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Delegering av innsamling av data til pleiepersonalet i stedet for prosjektleder/avd.ledelse.</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Innføring av «sikkerhets-kalender» for visualisering av funn (vedlegg 4 og 5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Screeningkonkurranse – både ernæring og trykksår, i samarbeid med ernæringsansvarlig

Gjennomført mini-audit nr. 1. Neste mini-audit planlegges på slutten av året (vedlegg 6).

Innkjøp av fotoapparat til dokumentasjon i pasientjournal

Reportasje/artikkel om prosjektarbeidet i «Sykepleien» nr. 5

Artikler på intranet

Godkjent plan for anskaffelse av trykkavlastende madrasser og puter – samkjøring medisinsk og kirurgisk klinikk. Felles lager og logistikk.

Godkjent plan for utarbeidelse av felles retningslinjer formet som flytdiagram med «klikkbar» informasjon som film, bilder, informasjon, m.m.

Utarbeidet forslag til informasjonsbrosjyre til pasienter/pårørende/ny omsorgsgiver samt informasjonsplakat.

5 Tiltakspakke

Pilotprosjektet har brukt tiltakene som var beskrevet i pasientsikkerhetskampanjen. Dette er tiltak som internasjonal forskning har vist er viktige og effektive:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskrivelse av tiltakene</th>
<th>Lokale tilpasninger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Trykksår-screening (Braden)</td>
<td>Alle nye pasienter skal trykksår-screenes innen 24 timer etter ankomst avdelingen, deretter ukentlig eller når det skjer en endring som øker trykksårrisikoen (eks. fall, brudd, sykdomsforværing)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Trykkavlastning / stillingsendring</strong></td>
<td>Den sentrale tiltakspakken legger opp til bruk av trykkavlastende underlag, d.v.s. spesialmadrasser. 3B har ikke tilgang til dette. I enkelte tilfeller har vi brukt Tempur-madrass. Disse er imidlertid ikke godkjent av NAV og anbefales dermed ikke som trykkavlastende underlag. Hovedfokus har derfor vært på bruk av puter, stillingsendring og posisjonering av seng.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Undersøkelse og pleie av hud</strong></td>
<td>Pleie av fuktig hud, spesielt ved inkontinens. Bruk av beskyttende og fuktighetstvillende kremer i.f.m. fuktig og / eller tørr hud.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Mobilisering / aktivitet / øvelser</strong></td>
<td>De fleste pasienter på en medisinsk avdeling med Braden score 18 eller mindre, trenger en god del hjelp. I praksis har vi jobbet lite med øvelser fordi mange av pasientene ikke har evne til å forstå viktigheten (dement, delir, mangler innsikt) eller ikke er i stand til å gjøre det selv (alvorlig syk, nedsatt styrke og bevegelighet). Fokus har dermed vært på mobilisering og aktivitet og ikke øvelser isolert. Kort liggetid før utskrivelse reduserer også mulighet for opptrening.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Informasjon til pasient / pårørende / ny omsorgsgiver</strong></td>
<td>Til nå har vi stort sett gitt muntlig informasjon. I noen tilfeller av lite innsikt/forståelse hos pasienten, har vi vist pasienten foto av det aktuelle såret. Prosjektgruppen har begynt å jobbe med skriftlig informasjonsbrosjyre til alle pasienter/pårørende og informasjonsplakat som skal henges opp på pasientrom og i korridorer.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vi har laget følgende rutinebeskrivelse som er opphengt på 3B og kopiert på baksiden av Braden skjema:

![Diagram](image)

Fargene er motivert av «trafikklys-tenking» samt tiltrekker oppmerksomhet. Informasjon som framstilles på en visuell måte er mer oversiktlig og lettere å ta inn en ren skriftlig informasjon.

6 **Måling**

6.1 **Hva har vi målt og hvorfor?**

Kampanjen har definert et minimum som alle skal måle. Dette er:

- Antall / andel pasienter som er trykksår-evaluert innen 24 timer
- Antall nye trykksår

Det er opp til hvert enkelt delprosjekt å måle på flere indikatorer hvis dette oppleves nyttig.
Vi valgte å måle dette i tillegg:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hva</th>
<th>Hvorfor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hvor mange pasienter har trykksår når de blir innlagt og blir trykksårene forverret under innleggelsen?</td>
<td>Det virket ulogisk å ikke ta med denne gruppen da tiltakene var de samme og pasientgruppen med sår var mer ressurskrevende enn pasientgruppen uten sår. Vi gikk etter en måned bort fra dette fordi målingene ble vanskeligere og det krevde for mye ressurser i forhold til nytteeffekten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvor mange av pasientene har risiko for å utvikle trykksår?</td>
<td>Viser pleietyngden på avdelingen. Viktig å ha oversikt over risikopasienter.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvor mange av pasientene som har risiko for å utvikle trykksår, har aktuelle tiltak i behandlingsplanen?</td>
<td>Behandlingsplanen er vårt beste hjelpemiddel til å sette fokus på pasientens problemområder og sikre kontinuitet i pleien når det er flere personer involvert (turnus/vikarer). Vi har i lengre tid jobbet aktivt med bruk av behandlingsplan. Dette var også en mulighet til å fornye fokus på området.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 6.2 Måleskjema

Måleskjemaet har vært endret flere ganger underveis i pilotperioden for å få et skjema som er enkelt og logisk og dermed mest mulig brukervennlig. Det var to hovedgrunner til det:

- Sikre innhenting av data når prosjektleder og avdelingsledelsen ikke var på jobb (helg og helligdager)
- Involvere så mange som mulig for å skape engasjement og fokus og dermed bygge en kultur rundt forebyggende arbeid

Vi tok utgangspunkt i måleskjema utarbeidet av Kunnskapssenteret og tilpasset det til våre målinger:
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Hva</strong></th>
<th><strong>Hvorfor</strong></th>
</tr>
</thead>
</table>
| Fjernet kolonner som omhandlet registrering av nye pasienter med eksisterende trykksår og forværring av disse | • Nytteffekt sto ikke i forhold til ressursbruk.  
• Måleskjemaet ble unødvendig komplekst.  
• Ikke praktisk gjennomførbart å gradere forværring av trykksår – mange faktorer og gradvise overganger. |
| Enkelte målinger gjøres ukentlig i stedet for daglig | Ressurskrevende. Like stor nytte av ukentlige som daglige målinger. |
| Plass til 2 ukers måling på ett skjema i stedet for 4 uker. | For å få plass nok til skrive på linjene. |
| Ikke nødvendig med kolonner for «kategori 3» og «kategori 4» på nyoppdagede trykksår. | Disse kolonnene har ikke vært brukt.  
Kategori 1 og 2 trykksår oppstår i løpet av timer. Kategori 3 og 4 trykksår «oppstår» ikke - de utvikler seg over dager og uker!  
Viktig å ta høyde for «hverdagen» og ikke alle eventualiteter! |
| Nytt felt for beskrivelse av trykksåret, f.eks.: «rød på setet», «blemme på H. hæl» | • Prosjektleder har brukt en del tid på å føre «sideregnskap» for å få oversikt over hvor trykksår oppstår og medvirkede faktorer. Dette ble gjort ved gjennomgang av journalnotat i DIPS.  
Denne informasjonen føres nå direkte i dette feltet.  
• Det har noen ganger vært usikkerhet om et trykksår er nytt eller om det har vært meldt tidligere. P.g.a. denne informasjonen er dette nå lettt å sjekke. |
| Mindre endringer som f.eks. «navnelapp», «dato» | Sikrer rett og lik bruk. |
Viktige spørsmål undervegs har vært:

- Er måleskjemaet lett og logisk å forstå?
- Er det lett å bruke, f.eks. god nok plass til å skrive på linjene?
- Måler vi det som er viktig og nyttig i det daglige?
- Er det tilstrekkelig med færre målinger, f.eks. ukentlig i stedet for daglig?
- Kan noe utelukkes?
- Er det en fordel om ny informasjon inkluderes?

Konkret råd: Det er ikke nødvendig å måle alt som gjøres! All informasjon må oppleves nyttig!

Måleskjemaet ble sist endret 11.03.13 (vedlegg 6).

6.3 Innsamling av data


På 3B har vi benyttet den strukturen vi allerede har til innsamling av data: morgenrapport kl 07, grupperapport kl. 12, og registrering i DIPS. Vi har også flere ganger benyttet 3Bs faste refleksjonsmøter (tirsdag) og internundervisning (fredag).


Resultatet av at kun prosjektleder/avdelingsledelsen innhentet data var at vi ofte manglet data fra helgene. Avdelingsleder ga etter noe tid tilbakemelding på at arbeidet var for ressurskrevende.

Utfordringen var tredelt:

- Hvordan gjøre målingene så lite ressurskrevende at de ville bli gjort selv om det var travelt?
- Hvordan gjøre målingene så lite ressurskrevende at de ville bli gjort også etter pilotprosjekt?
- Hvordan gjøre målingene uavhengige av enkeltpersoner?
Vi gikk over til å lære opp enkelte i personalgruppa til å innhente data til måleskjemaet. Noen av disse var med i avdelingens «sårgruppe» og hadde dermed litt mer interesse for sår enn andre. Det var også viktig å lære opp personer som hadde høg stillingsprosent og var mye på jobb. Etterhvert ble også avdelingens sekretær inkludert i arbeidet.

**Viktige spørsmål undervegs har vært:**

- Hvem har tilgang til data?
- Hvem har praktisk sett mulighet til å gjøre jobben?

**Konkret råd:** Når noe ikke blir gjort, er dette et tegn på at det ikke fungerer godt nok. Rutinen må derfor endres!

Vi har etter hvert kommet fram til en rutine som fungerer godt de aller fleste dagene (vedlegg 7). Dette betyr at rutinen er på veg til å bli en «varig struktur», som er ett av målene i pasientsikkerhetskampanjen.

### 6.4 Hvilke målinger mangler?

På slutten av prosjektet oppdaget vi at det ikke var mulig å lage statistikk på egen trykksårforekomst slik at vi kan sammenligne våre resultat med resultat fra andre undersøkelser. Vi har kun målt nyoppståtte trykksår og mangler derfor data på hvor mange trykksår som finnes på avdelingen til enhver tid. Slike målinger blir desto mer interessante når flere grupper begynner å jobbe systematisk med forebygging av trykksår. Hvordan dette skal gjøres må bestemmes av Kunnskapssenteret og ekspertgruppen.

### 7 Resultater

#### 7.2 Trykksår-hyppighet

Den danske «sikkerhets-kalenderen» er formet som et kors:

Kalenderen var et godt hjelpemiddel men fasongen skapte forvirring: «Hvorfor et kors?»

Vi har nå gått over til å bruke en vanlig kalender som er selvforklarende. Denne kalenderen viser i tillegg at trykksår-hyppigheten på 3B ikke har sammenheng med dager med minimumsbemanning. De fleste trykksårene oppstår i løpet av ukene:

**Nyoppstårte trykksår i februar 2013**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uke</th>
<th>man</th>
<th>tir</th>
<th>ons</th>
<th>tor</th>
<th>fre</th>
<th>lør</th>
<th>søn</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Ingen nye trykksår  
Nyoppstått trykksår*
I både januar og februar har vi registrert ni trykksår per måned. Heldigvis har alle, med unntak av fire tilfeller, vært kategori 1. Dette er sår som vanligvis blir omtalt som «litt rød», og ikke blir sett på som trykksår. At vi har så mange nyoppståtte tilfeller kan skyldes at folk er blitt bevisste på trykksår og dermed sjekker pasientens hud nøye. Selv om vi synes at tallet er for høyt, ser vi at sårene ikke forverres og de fleste blir reversert. Dette skyldes i stor grad at vi er flinke til å bruke behandlingsplanen aktivt.

Foreløpig, ser det ut som om mars blir en bedre måned enn januar og februar. Fram til 16. mars har vi kun hatt to trykksår (kategori 1). Dette kan skyldes flere forhold, bl.a. at vi stadig jobber med opprettholdelse av fokus. På refleksjonsmøte 5. mars var tema: «Hvordan får flere grønne dager og færre rosa?».

«Sideregnkapet» (vedlegg 8) viser at de aller fleste trykksårene på 3B oppstår på setet. Det er svært få trykksår på hælene. Dette betyr at vi er flinke til å avlaste hæler men har for lite fokus på avlasting av setet. Ett av de foreslåtte tiltakene som kom opp på refleksjonsmøtet, var at pasienter med risiko for å utvikle trykksår aldri skal ligge flatt på ryggen, hvis det ikke er medisinsk nødvendig. Hvis vi klarer å snu statistikken ved hjelp av dette enkle tiltaket, understreker dette at det er alle de små tingene som gir resultater!

Figuren under viser antall dager mellom oppståtte trykksår:
7.3  Trykksår-screening av nye pasienter

Målet er at alle nye pasienter skal trykksår-evalueres i løpet av de 24 første timene etter innkomst. De aller fleste pasientene kommer inn mellom kl.16 og 07. Målingene gjøres kl. 12 hver dag. I praksis betyr dette at de pasientene som telles kl. 12 har vært inneliggende vesentlig kortere tid enn 24 timer. Neste dag er de «nye pasientene» blitt «gamle» og de telles derfor ikke. Teoretisk sett kan vi derfor screene alle nye pasienter i løpet av 24 timer uten at dette gjenspeiles i oversikten.

Fra og med uke 11 har vi derfor endret rutinen for registrering av data i DIPS. Nå registreres følgende i behandlingsplanen:

- Utført trykksår-screening
- Dato og klokkeslett
- Poengsum

Dette har medført en løsning på tre ulike utfordringer:

- Utført trykksår-screeningen blir dokumentert like godt som før
- Data til statistikk/oversikter kan hentes direkte fra DIPS i stedet for i hver enkelt pasientperm
- Oversikter i.f.m. screening av nye pasienter blir korrekt

Den svært variable kurven viser at de nye rutinene på avdelingen ennå ikke er blitt «varige strukturer».

Screening-konkurransen som ble holdt i uke 5,6 og 7 ser ut til å ha hatt en positiv men kortvarig effekt. Vi har ennå ikke oversikter som viser resultat i.h.t. ny registreringsmåte.
7.4 Andel pasienter på post som er trykksår-evaluert

De første ukene i pilotperioden var over 90 % av alle pasientene på avdelingen trykksår-evaluert. Dette sank til under 70 % i uke 2. Også her kan vi se at screening-konkurranse som startet i uke 5 har hatt positiv men kortvarig effekt.

Disse målingene ble i begynnelsen gjort daglig noe som var for ressurskrevende uten at det ga tilsvarende nytte. Målingene gjøres nå ukentlig.
7.5 Andel pasienter med < 18 poeng (Braden) og som har tiltak i behandlingsplan

3B har i lengre tid jobbet aktivt med bruk av behandlingsplaner. Flere perioder på 100 % viser at registrering av tiltak i behandlingsplan er godt innarbeidet. Behandlingsplanen er vårt viktigste hjelpemiddel i forebyggende arbeid. Det er her vi synliggjør pasientens fokusområder under innleggelsen, fastsetter tiltak og skaper kontinuitet i pleien.

Også her har vi hatt en forbigående nedgang i resultatene i uke 7 og 8.

7.6 Årsaker til nedgang i resultater

Sannsynligvis er det fem viktige grunner til de dårlige resultatene de siste ukene:

1) Svært travel periode med mye overbelegg og mange dårlige pasienter
2) Gjenspeiler typiske trekk i kvalitetsforbedringsarbeid: treg start, så bedring i resultatene, deretter nedgang
3) Vanskelig å opprettholde engasjement og fokus over tid (sammenheng med punkt 2 over)
4) Vinterferie i uke 8
5) Påskere i uke 11 og 12, redusert bemanning p.g.a. sykdom
Trolig vil resultatene igjen bli bedre ved at vi stadig jobber med å opprettholde fokus gjennom:

- Påminnelser på morgenrapport kl 07 og grupperapport kl 12
- Uformell prat i arbeidstida
- Tema på refleksjonsmøter og internundervisning
- Synliggjøring av målinger
- Feiring av framgang og nye rekorder

8 Erfaringer

8.1 Bare «litt rød»?

Trykksår graderes i ulike kategorier alt etter alvorlighetsgrad. Kategori 1 trykksår er det som vanligvis omtales som «litt rød». Dette oppfattes ikke som trykksår fordi det logisk sett ikke er et sår enda – det er jo ikke hull på huden engang…. En viktig del av arbeidet på dette innsatsområdet i pasientsikkerhetskampanjen blir å gjøre folk bevisste på akkurat dette: Den røde huden er uttrykk for en skade dypere i vevet og er nettopp derfor starten på et trykksår som lett kan utvikle seg.

8.2 Samarbeid med andre

Det er ikke mulig for en prosjektleder å gjennomføre en kvalitetsforbedringsprosess alene. Selv om pilotperioden er over, er det meningen at det forebyggende arbeidet skal fortsette. Prosjektleder trenger hjelp og støtte for å lykkes. Samarbeid med andre blir derfor viktig.

Ledere

Kvalitet er kultur! Lederne (flere nivå) er de formelle kulturbærerne og må involveres på et tidlig tidspunkt. De må avgi ressurser og tilrettelegge for gjennomføring av tiltak, f.eks. informasjon, innhenting av data, registreringsrutiner i journal, internundervisning, m.m.. Ledere må vise at de forventer resultater og aktivt etterspørre dem. Det kan være nyttig å ha faste tider der prosjektleder og avdelingsledelsen gjennomgår prosjektet.
Nøkkelpersonell på avdelingen

Prosjektleder trenger nøkkelpersoner eller diskusjonspartnere i miljøet for å finne gode løsninger og teste dem i praksis. Det er verdifullt å involvere de uformelle kulturbærerne på avdelingen og personer som har høg stillingsprosent. Disse personene er mye til stede og har stor gjennomslagskraft.

Tverrfaglig prosjekt- og referansegruppe

Pilotprosjektet har hatt stor nytte av at prosjektet har vært sammensatt av personer som har stor faglig bredde og spredning i organisasjonen. Vi har hatt fagpersoner tilgjengelig når det har dukket opp spørsmål eller det har vært behov for faglige innspill. Når prosjektet skal spres til flere enheter, er det større sannsynlighet for at flere personer i ulike miljøer allerede kjenner til prosjektet.

Faglig støtte fra Kvalitetsavdelingen og Kunnskapssenteret


8.3 Tilbakemeldinger fra involverte

Tilbakemelding fra 3B

Både personalgruppa og avdelingsledelsen på 3B har gitt tilbakemelding om at de er fornøyd med å bruke Braden skala. De syns den er enkel og grei å bruke, ikke minst fordi den baseres på observasjoner. Den oppleves også som nyttig når det gjelder å tenke praktiske tiltak i behandlingsplanen.

Ernærings-screeningen (NRS 2002) oppleves som mer tungvint enn Braden skala fordi man må veie/måle pasienten samt innhente informasjon fra pasienten (eventuelt pårørende / sykehjem). For pasienter som ikke kan gjøre rede for seg, er det nyttig å starte kostregistrering med en gang man observerer/mistenker redusert inntak.

På generell basis er personalgruppa positiv til screening fordi man opplever det som nyttig.
Hovedutfordringen med trykksår-screeningen er å faktisk gjøre den! Dette til tross for at screeningen i seg selv tar kort tid.

Personalgruppen mener at de i løpet av prosjektperioden er blitt mer bevisste på trykksår. Dette bekreftes av gjennomført «mini-audit» (vedlegg 5).

**Tilbakemelding fra prosjekt- og referansegruppe**

Både prosjekt- og referansegruppa har gitt tilbakemelding på at det har vært nyttig å ha faste møtetider med agenda og møterefereat. De opplever at prosjektet har vært gjennomført på en ryddig måte. De mener den vellykkede gjennomføringen skyldes:

- Frikjøpt prosjektleder
- God ledelsesforankring
- Prosjektleder er kjent i miljøet (3B)

Enkelte i referansegruppa har vært usikker på egen rolle i prosjektet men opplever allikevel at det har vært god kommunikasjon undervegs. Det var svært kort tid fra 3B/SUS ble valgt som nasjonal pilot til prosjektstart (ca 2 uker). Medlemmer i referansegruppa var ikke avklart før en måneds tid etter dette. God tid før prosjektstart muliggjør at alle parter er godt informert og forberedt.

Prosjekt- og referansegruppa stilte spørsmål ved om det er mulig å involvere leger på en bedre måte enn det som har vært gjort i pilotprosjektet. Fordi forebygging av trykksår blir sett på som en pleieoppgave, har det vært vanskelig å engasjere legegruppa. I enkelte situasjoner og på konkret oppfordring, har legene bidratt i samtale og motivering av pasienter.

Det er lagt ned mye arbeid i prosjektet og prosjekt- og referansegruppa er svært opptatt av at det arbeidet som er påbegynt også blir videreført etter pilotslutt. Vi vil prøve å få minst en til sengepost som kan delta på læringsnettverket.

På møtet ble det snakket om ulike måter å videreføre prosjektarbeidet. Prosjektgruppa har allerede vedtatt å lage «visuelle» og interaktive prosedyrer med klikkbare tekst som leder videre til mer informasjon, f.eks. tekst, bilder og film:snatter om bl.a.:

- praktisk trykkavlasting / leiring i seng
- gradering av trykksår
- ernæring / kostberikning / praktisk regnestykke
- sårstell
I tillegg er det foreslått å markere den internasjonale «STOPP trykksår dagen» 16. november med stands på sykehusets fellesområde med utstilling av informasjon og trykksårforebyggende hjelpemidler.

**8.4 Positive bonus-effekter**

**Større fokus på sår generelt**

3B hadde i lengre tid før prosjektstart hatt både intern ressursgruppe på sår og sårsykepleier. Trykksår-prosjektet medførte at det ble mer fokus på sår og sårbehandling generelt, til nytte for både pasient, pleiepersonell og leger. Fordi prosjektleder har vært frikjøpt 80 %, har det vært mulig å bruke tid på praktisk opplæring når vi har hatt pasienter med trykksår/sår. Dette omfatter internundervisning, praktisk sårstell, utarbeidelse av sårprosedyrer og dokumentasjon i DIPS.

**Madrass-prosjektet**


Med bakgrunn i dette ble det opprettet en tverrfaglig «madrass-gruppe» med personer fra både kirurgisk og medisinsk divisjon, ledelsen, innkjøp og sengesentral. Vi har nå fått godkjent en plan for anskaffelse av trykkavlastende madrasser samt sentral lager- og logistikk-funksjon for hele sykehuset.
9 Anbefalinger

Med bakgrunn i det arbeid vi har gjort på 3B og gjennomføringen av pilotprosjektet, vil vi i dette kapittelet komme med anbefalinger til det videre arbeidet med forebygging av trykksår.

9.1 Tiltakspakken

1. Risikovurdering av alle nyinnlagte pasienter

I pilotprosjektet har målsettingen vært at alle nye pasienter skal trykksår-screenes innen 24 timer. Fordi trykksår utvikles i løpet av kort tid, er 24 timers fristen sårfaglig sett for lang tid. Braden er basert på observasjon. I praksis betyr dette at vi trenger tid til observasjon før pasienten kan screenes.

Anbefaling: Screeningen skal gjøres innen 6 timer. Dette er en avveining mellom sårfaglig nødvendig og praktisk mulig.

2. Daglig undersøkelse av hudstatusen


Anbefaling: Hudstatus sjekkes minimum hver vakt, og hver gang det er naturlig p.g.a. hjelp/stell-situasjon.

3. Kartlegging og vurdering av ernæringsstatus

Prosjektets kliniske ernæringsfysiolog understreker at ernærings-punktet på Braden skjema ikke er tilstrekkelig for å kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus. Det er derfor viktig å utføre en egen ernærings-screening. Å innføre trykksår-pakken vil dermed innebære å innføre 2 ulike screeninger samtidig. Pleiepersonalet kan oppfatte dette som en belastning i stedet for et nyttig hjelpemiddel i det daglige.

4. Mobilisering og gjennomføring av stillingsforandring


Anbefaling: Tiltaket endres til «Stillingsforandring og mobilisering»

5. Vurdering av bruk av trykkfordelende utstyr/underlag

Den sentrale tiltakspakken legger opp til bruk av trykkavlastende underlag, d.v.s. spesialmadrasser. På lik linje med 3B, vil det være mange avdelinger som ikke har trykkavlastende underlag. Sannsynligvis er det også usikkerhet rundt hvilken pasient som trenger hvilket utstyr.

Anbefaling:
- Ekspertgruppen utarbeider retningslinjer/flytdiagram som viser hvilke pasientgrupper som har behov for hvilken kategori utstyr. F.eks. pasienter med svært høg trykksårrisiko bør ha vekselluft-madrass.
- Kampanjeledelsen vurderer mulighet for å avsette økonomiske midler til anskaffelse av trykkavlastende utstyr og tar initiativ til å starte prosess mot oppdragsgiver for å få øremerkede budsjettmidler

6. Overføring av informasjon om trykksårrisiko og tilpassede tiltak

Mange av de pasientene som har trykksårrisiko evner ikke å gi uttrykk for behov eller er motivert til å Samarbeide om tiltak. Pårørende er da en viktig ressurs, både rent praktisk men også med tanke på motivasjon.

Det er viktig å opprettholde fokus og kontinuitet også etter pasienten utskrives eller overføres til annet omsorgssted. Dobbeltarbeid må unngås.
Anbefaling: Tiltaket gjøres om til to ulike tiltak:

- «Involver pasienter og pårørende i planleggingen og gjennomføringen av trykksårforebyggende tiltak»
- «Inform er om trykksårrisiko og forebyggende tiltak ved utskrivelse eller overflytting»

### 9.2 Målinger

Det har vært viktig å ha mulighet til å tilpasse opplegget til vår egen avdeling. Denne fleksibiliteten har gjort det mulig å fokusere på det som oppleves nyttig i vår hverdag.

Anbefaling: Samme fleksibilitet gjennomføres i det videre spredningsarbeidet.

### 9.3 Manglende målinger

På slutten av prosjektet oppdaget vi at vi manglet data for å kunne sammenligne våre resultater med resultater fra andre undersøkelser (prevalens og insidens).

Anbefaling: Ekspertgruppa avgjør hvordan vi skal ivareta dette behovet.

### 10 Oppsummering og konklusjon


Det vi har fått til skyldes i stor grad:

- Ledelsesforankring – flere ledd
- Frigitte ressurser - prosjektleder frikjøpt 80 % stilling i pilotperioden, etterpå 20 %
- Personalgruppe har kultur for å være positiv til endringer
- Tverrfaglig samarbeid
Hovedutfordringen i prosjektet har vært å skape fokus og engasjement samt å opprettholde dette over tid. Kvalitetsforbedring innebærer å jobbe med holdninger over tid. Hvordan gjøres dette på en god måte på turnusbaserte arbeidsplasser?

En av de viktigste erfaringene fra pilotperioden er at arbeidet krever tid og ressurser! På arbeidsplasser uten turnusarbeid kan et budskap overbringes alle ansatte på en gang! Det er ikke mulig på en sengepost. Samme budskap må gjentas mange ganger. Det er alltid noen som ikke har hørt det før! Informasjon og resultater må repeteres og synliggjøres på mange måter. Kontinuerlig fokus er avgjørende for gode resultater! Det er alle de små tiltakene og endringene som skaper resultater!


Kontinuerlig fokus og god tid til innarbeidelse av nye rutiner gir varige strukturer og dermed en kontinuerlig prosess i stedet for et tidsbegrenset prosjekt.
11 Vedlegg

Vedlegg 1: Måleskjema – første versjon
Vedlegg 2: Måleskjema – siste versjon
Vedlegg 3: Rutine for trykksår- og ernærings-screening på 3B
Vedlegg 4: Braden skjema for prediksjon av trykksår
Vedlegg 5: Sikkerhets-kalender nr. 1 («sikkerhets-kors»)
Vedlegg 6: Sikkerhets-kalender nr. 2 (vanlig kalender)
Vedlegg 7: Resultat av mini-audit
Vedlegg 8: Rutine for innsamling av data på 3B
Vedlegg 9: «Sideregnskap»
Vedlegg 1 – Måleskjema, første versjon
### Vedlegg 2 – Måleskjema, siste versjon

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diensteinheit</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.(a)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.(b)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.(c)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.(d)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.(e)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.(f)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.(g)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.(h)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.(i)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.(j)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.(k)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Trykkår**

*Trykkår: [Info]*

*Referanse: [Info]*

*Oppmøte: [Info]*
Vedlegg 3 – Rutine for trykksår- og ernærings-screening på 3B

Ny pasient

Ernærings-screening

Innen 24 t

BMI < 20,5

Ja

Nei
(ingen tiltak)

Registrering av tiltak i behandlingsplan

Trykkavlasting

Hudpleie (sårstell)

Ernæring

Mobilisering/aktivitet/øvelser

Trykksår screening

Innen 24 t

Braden score < 18

Ja

Nei
(ingen tiltak)
**Vedlegg 4 – Braden skjema for prediksjon av trykksår**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Skala for prediksjon av trykksår</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Skala for prediksjon av trykksår</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Vedlegg 5 – Sikkerhets-kalender nr. 1 («sikkerhets-kors»)**
Vedlegg 6 – Sikkerhets-kalender nr. 2 (vanlig kalender)

Nyoppståtte trykksår i februar 2013

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uke</th>
<th>man</th>
<th>tir</th>
<th>ons</th>
<th>tor</th>
<th>fre</th>
<th>lør</th>
<th>søn</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Ingen nye trykksår
- Nyoppstått trykksår

Nyoppståtte trykksår i mars 2013

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uke</th>
<th>man</th>
<th>tir</th>
<th>ons</th>
<th>tor</th>
<th>fre</th>
<th>lør</th>
<th>søn</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
<td>29</td>
<td>30</td>
<td>31</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Vedlegg 7 – Resultat av mini-audit**

| Funn etter mini-audit,  
| forebygging og behandling av trykksår |
|---|---|

Som et ledd i det nasjonale pilotprosjektet *Forebygging av trykksår*, ble det foretatt en mini-audit på området ved avdeling 3B den 22. januar 2013.  
5 ansatte ved avdelingen ble intervjuet, avdelingssykepleier, 2 sykepleiere og 2 hjelpepleiere. Under er funnene etter intervjuene beskrevet.

**Opplæring**

Kunnskap om trykksår er en del av innholdet i studiet til både hjelpepleiere og sykepleiere, det forventes at dette beherskes.

Ingen systematisk opplæring i forebygging og behandling av trykksår, men dette er ett av temaene i internundervisning, tema i pauser og rapporter.  
Det har vært også undervisning ifm pilotprosjektet.

Det er flere ressurspersoner i avdelingen med kompetanse på området.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kjennskap til pilotprosjektet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alle kjenner til pilotprosjektet på forebygging av trykksår og oppfatter Braden som et enkelt verktøy.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Retningslinjer/prosedyre for forebygging av trykksår</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ingen har kjennskap til om det finnes egne retningslinjer/prosedyre for forebygging av trykksår ved avdelingen eller på SUS.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Det oppfattes som om alle har kunnskap om trykksår og at dette er en del av sentrale observasjoner ifm stell.  
Ved tvil om tiltak eller vurderinger søkes råd hos kollega eller ressurspersoner.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Faglig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alle tar i bruk stell-situasjoner for observering og vurdering av trykksårrisiko og også ernæringsstatus.</td>
</tr>
<tr>
<td>Alle iverksetter tiltak ved trykksårrisiko.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Dokumentasjon**

Alle beskriver at behandlingsplanen er viktig for å kunne;
- vurderer utviklingen av trykksåret
- ser behovet for endring av tiltak
- får kontinuitet i oppfølging av tiltakene

Alle dokumenterer observasjoner / vurderinger / tiltak i behandlingsplanen.

Det oppfattes som om den stort sett følges opp og brukes aktivt.

**Pasient involvering**

Alle er opptatt av å involvere pasienten i tiltak for å forbygge trykksår med informasjon og motivering.

**Forbedringsforslag**

Ingen konkrete forslag til forbedringer / forenklinger av arbeidet med trykksårevaluering eller ernæringsscreening.

Fortsatt behov for stadig påminnelser og at tema holdes varmt.
**Vedlegg 8 – Rutine for innsamling av data på 3B**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivitet</th>
<th>Når</th>
<th>Hvem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Utskriving av lister</td>
<td>Hver morgen (ikke helg/helligdager)</td>
<td>Sekretær</td>
</tr>
<tr>
<td>Påminnelse om screening</td>
<td>Hver morgen (ikke helg/helligdager)</td>
<td>Avd.ledelse</td>
</tr>
<tr>
<td>Dagens trykksåransvarlig</td>
<td>Hver morgen, oppført i arb.liste</td>
<td>Avd.ledelse</td>
</tr>
<tr>
<td>Innhenting av data til måleskjema</td>
<td>Grupperapport på ukedager, i løpet av dagen i helg/helligdager</td>
<td>Trykksår-ansv.</td>
</tr>
<tr>
<td>Telle antall pasienter som er screenet</td>
<td>Ukentlig – hver onsdag</td>
<td>Sekretær</td>
</tr>
<tr>
<td>Fargelegge i sikkerhetskors samt skrive opp «antall dager siden sist nyoppståtte trykksår»</td>
<td>Daglig</td>
<td>Trykksår-ansv.</td>
</tr>
<tr>
<td>Registrere i Extranet</td>
<td>Ukentlig</td>
<td>Prosjektleder</td>
</tr>
<tr>
<td>Statistikk til info.vegg 3B</td>
<td>Ukentlig</td>
<td>Prosjektleder</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Vedlegg 9 – «Sideregnskap»**

«Sideregnskap» til måleskjema

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uke</th>
<th>Initialer</th>
<th>Kommentar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>48</td>
<td>GS</td>
<td>Braden – 18 poeng. Oppstått grad 1 på setet i.f.m. innleggsen. Utskrevet samme uke.</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>EHF</td>
<td>Braden – 22 poeng. Trykksår grad 1 på neserygg ved innkomst, etter bruk av V-PAP. Utviklet seg til grad 3 under innleggsen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>AA</td>
<td>Braden – 10 poeng. Trykksår grad 1 på setet if.m. innleggsen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FR</td>
<td>Braden – 14 poeng. Trykksår grad 1 på setet ifm innleggsen.</td>
</tr>
<tr>
<td>52-2</td>
<td></td>
<td>Ingen oversikt p.g.a. juleturnus</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>BK</td>
<td>Braden - 17 poeng. Født i 1917 – infeksjon og nekrose i tå. Trykksår grad 1 på setet ifm innleggsen.</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>BJH</td>
<td>Braden – 17 poeng. Født 1968 – resp.svikt, pneumoni, respiratorbehandlet x 2 denne innleggsen. Hudavskrapning i setefure, oppstått på 3B i kombinasjon med hyppig diare</td>
</tr>
</tbody>
</table>