

# Tender, Love and Care



**Skrevet av gruppe 1:**

**Maryam Saeed (gruppetleder)**

**Lisa K.U. Lundberg**

**Linda T. Aaserud**

**Oddne F. Johnsen**

**Silje Beate Belstad**

**Adeel A. Anwar**

# Innholdfortegnelse

Sammendrag	s. 2
- Bakgrunn	s. 2
- Kunnskapsgrunnlag	s. 2
- Begrunnet tiltak og metode	s. 2
- Organisering	s. 2
- Resultater / Vurdering	s. 3
1.0 Innledning	s. 4
1.1 Trykksår	s. 5
1.2 Forebygging og behandling	s. 5
1.3 Komplikasjoner	s. 6
2. Kunnskapsgrunnlag	s. 7
3. Forbedringsarbeidet	s. 10
3.1. Observasjon og praksis	s. 10
3.2. Indikatorvalg	s.
3.3. Begrunnet tiltak	s.
4. Prosess og organisering	s. 15
4.1 Innføring	s.
4.2 Faglige kurs og informasjon	s.
4.3 Oppfølging og evaluering	s.
4.4 Andre utfordringer	s.
5. Diskusjon	s. 17
6.Referanser	s.
Vedlegg	
Sjekkliste for oppfølging av beboer	s. 25

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Trykksår defineres som sårdannelse og iskemisk nekrose i hud og eventuell underliggende vev som har vært utsatt for et så langvarig trykk at blodsirkulasjonen har blitt komprimert. Det er en tilstand som er vanlig å møte i det norske helsevesenet idag og som kan medføre store plager for de pasienter som rammes. Da vi ut fra egen erfaring vet at det rettes lite fokus på trykksårsproblematikken på sykehjem idag, ønsker vi med denne oppgaven å kvalitetsforbedre det forebyggende arbeidet i forhold til trykksår. Som utgangspunkt har vi valgt en fiktiv sykehjemsavdeling som vårt mikrosystem, da det viste seg vanskelig å fokusere på et spesifikt sykehjem i området. Vi mener dette er et område med stor potensiale til kvalitetsforbedring og at dette er et tema som bør belyses da trykksår kan lede til konsekvenser for både den enkelte pasienten og for samfunnet.

### **Kunnskapsgrunnlag**

Vårt kunnskapsgrunnlag er basert på søk i databasene Clinical Evidence, Up To Date, Cochrane Library og PubMed. Vi har dessuten vært i kontakt med et flertall sykehjem i Oslo-området via telefon, samt fått lov å besøke et sykehjem i Oslo for å få ytterligere informasjon om temaet. Vi har i vårt arbeide vært interessert i å finne kunnskap om trykksår og forebygging, samt kunnskap om effekten av bruk av sjekklister i praksis.

### **Begrunnet tiltak og metode**

Vi har fokusert på identifisering av risikopasienter og deretter et forebyggende tiltak hos de utsatte pasientene. Når det gjelder forebygging av trykksår er det mange tiltak som har vist seg effektive. For å begrense vårt tiltak har vi valgt ut reposisjonering av pasienter og kontroll av huden, som er to enkle og gjennomførbare tiltak for å forebygge trykksår. Vi ønsker å implementere bruk av Norton-scale for risikoidentifisering samt registrering av reposisjonering og kontroll av huden med hjelp av en sjekklister hos de pasienter med økt risiko for trykksår.

### **Organisering**

Ved implementering av vårt forbedringsarbeid må ledelsen ved sykehjemsavdeligen involveres. Vi vil arrangere innføringsmøter for de ulike faggruppene. Avdelingssykepleier

vil bli øverste ansvarlig for de nye rutinene. Kurs for sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter avholdes hvor bruk av riskoidentifisering og sjekklister gjennomgås. Det skal fortløpende registreres at risikoidentifiseringslister og sjekklister er utfylt, gjennomgått og etterfulgt. Etter en stund avholdes evalueringsmøte hvor alle deltar. Registrering av trykksår før oppstart og igjen etter et halvt år vil kunne si om det har blitt en endring i andel trykksår.

### **Resultater / Vurdering**

Vi presenterer her et systematisk tiltak som krever lite ressurser. Det faglige fokuset på trykksår som vårt tiltak trolig vil medføre, kan også være en mulighet for å øke fagkunnskapene i et sykehjemsvesen med stadig større andel ufaglært arbeidskraft. Vurdert opp mot forekomsten av trykksår og enkelheten av tiltaket, mener vi det vi bør gjennomføres.

## 1.0 Innledning

Trykksår, decubitus, defineres som sår dannelse og iskemisk nekrose i hud og eventuell underliggende vev som har vært utsatt for et så langvarig trykk at blodsirkulasjonen har blitt komprimert. Det er en tilstand som idag er utbredt i både sykehus og sykehjem. I litteraturen sees varierende data over prevalensen av trykksår. I en canadisk artikkel har man undersøkt forekomsten i Canada, USA og Storbritannia og man fant her at prevalensen i sykehus varierer fra 4,7-32,1% og i sykehjem fra 4,6-20,1% (1). I en undersøkelse som ble gjennomført i Oslo i 2005 estimerte man at andelen pasienter med trykksår ligger mellom 6-22% ved sykehjem i Oslo. Selv om man her understreker at dette kun er et estimat, kan man utifra tallene allikevel anta at trykksår forekommer ved mange sykehjem i Oslo (2).

Vi ønsker med denne oppgaven å kvalitetsforbedre det forebyggende arbeidet i forhold til trykksår. Dette er meget relevant tema, da trykksår som nevnt er et utbredt problem innen helsevesenet. Pasienter kan risikere å pådra seg trykksår ved opphold i institusjoner, da økt immobilitet er en stor risikofaktor. Mange pasienter trenger hjelp til mobilisering og er dermed avhengige av helsepersonell for at ikke trykksår skal utvikles. I den generelle behandlingen av trykksår vet man idag at er det de forebyggende tiltakene som er de mest effektive, noe som ytterligere forsterker vårt mål med oppgaven.

Vi har valgt å fokusere på sykehjem der vi lar en sykehjemsavdeling representere et mikrosystem. Det er i oppgaven ikke tatt utgangspunkt i et spesifikt sykehjem i Oslo, da dette viste seg vanskelig å gjennomføre. Vi mener allikevel at problemene finnes og at det er et område med betydelig forbedringspotensiale. Vårt forslag er å inføre et tiltak som legger vekt på risikoidentifisering og regelmessig trykkavlastning. Målet med vår intervensjon er å senke insidensen av trykksår på sykehjem.

## 1.1 Trykksår

Som tidligere nevnt er trykksår en tilstand som skyldes nedsatt sirkulasjon og langvarig iskemi i hudområder som er utsatt for vedvarende trykk. Det er oftest stolbundne og sengeliggende pasienter som rammes. Risikoen for utvikling av trykksår avhenger av flere faktorer:

- Sensorisk persepsjon
- Fuktighet
- Aktivitet
- Mobilitet
- Ernæring
- Friksjon og skyvningseffekt

Alvorlighetsgraden varierer og man har valgt å inndele trykksår i fire stadier, se tabell under.

### Stadieinndeling (Kilde: NEL: Trykksår)

Stadium I	Inntakt hud med noe rødhet.
Stadium II	Åpent sår med grunn, rødrosa sårbunn.
Stadium III	Sår gjennom hele hudens tykkelse og med synlig subkutant fett.
Stadium IV	Sår gjennom hele hudens tykkelse og med eksponerte muskler og ben.

## 1.2 Forebygging og behandling

Det finnes flere ulike retningslinjer for trykksårbehandling, men med varierende kunnskapsgrunnlag. Det eksisterer ikke nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling. Fra gammelt av er det den forebyggende behandlingen som har vært det viktigste tiltaket mot trykksår. De grunnleggende prinsippene i forebyggingen er trykkavlastning, god hudpleie og god ernæring, men i forhold til de konkrete tiltakene finnes det ikke noen enhetlig fremgangsmåte. Forebyggingen starter med identifisering av risikopasienter - paralyserte, bevisstløse, pasienter i postoperativ fase, magre pasienter etc. Ellers beskrives

posisjonsendring av stolbundne og sengeliggende pasienter, trykkreduserende madrasser, polstring av utsatte hudområder, god hudpleie, ernæring og eventuelt fysioterapi og hydroterapi. Tiltak ved eksisterende trykksår er trykkavlastning og generell sårbehandling. I alvorlige tilfeller kan kirurgi bli nødvendig.

### **1.3 Komplikasjoner**

De negative følgene av trykksår er mange. Sett fra pasientens perspektiv er det både medisinske og psykososiale aspekter. Det er en økt risiko for infeksjoner, hvorav noen kan ha så alvorlige følger som osteomyelitt, bakteriemi og sepsis. Man mener også at det er en risiko for at de langvarige sårene kan fungere som reservoar for resistente bakterier og dermed uttøve en fare for andre inneliggende pasienter. Trykksår i seg selv medfører også betydlige smerter, noe som ofte går utover egen ADL-funksjon samt det sosiale livet til pasientene.

De samfunnsmessige konsekvenserne av trykksår består i økte kostnader for helsevesenet. Man får en økt arbeidsbelastning for personalet da trykksår krever både nøye oppfølging og regelmessige sårstell, med et økt behov for arbeidskraft og forbruksmateriell som resultat.

## 2. Kunnskapsgrunnlag

Vi ønsket å finne ett kunnskapsbasert grunnlag for tiltak mot trykksår og søkte blant annet i Cochrane, PubMed, Up to date og Clinical Evidence. I Up to date brukte vi søkeordene ”pressure ulcers”. Vi velger å referere til origianlartikkelene som Up to date referer til. I Cochrane søkte vi på ”pressure ulcers and prevention. Vi fant ti artikler hvor av en ble vurdert som relevant. I PubMed søkte vi på MESH ordene ”pressure ulcer and prevention and nursing homes” og fant 5 relevante oversiktsartikler.

I Up to date fant vi at et viktig moment i forebyggingen av trykksår er å identifisere risikopasienter (3). Denne identifiseringer bør være systematisk og innebære såkalte ”risk prediction tools” (4). Dette omfatter skåringsskjemaer som graderer pasientene i forskjellige risikokategorier. De mest brukte skåringsskjemaene er Norton scale og Braden scale. Sensitiviteten angis til å ligge mellom 70-90% og spesifisiteten mellom 60-80% (5). Disse skalaene samsvarer godt, men Norton scale er mer sensitiv enn Braden scale (6). Dog er det en begrensning ved disse skalaene at ulike personers vurderinger samsvarer lite med mindre helsepersonalet er trent i å bruke disse skalaene (7). Det er uklart om disse skalaene er bedre til å identifisere risikopasienter enn en vanlig klinisk vurdering av pasientene (6).

Pasienter med høy risiko for utvikling av trykksår bør følges opp etter et regime hvor det viktigste tiltaket bør være reposisjonering med særlig fokus på vev utsatt for trykk som for eksempel sacrum (8). Tidpunkt og posisjonering av pasienten bør dokumenteres (4). Flere fagmiljøer anbefaler reposisjonering med to-timersintervaller (9), men det mangler randomiserte kontrollerte studier som underbygger effekten av reposisjonering (10).

Up to date nevner også trykkavlastende produkter som kan være nyttige for pasienter som har risiko for å utvikle trykksår. Det er rimelig godt kunnskapsgrunnlag for at trykkavlastende produkter har effekt (4), (8). I tillegg til reposisjonering og trykkavlastende produkter, kan andre tiltak være nyttige for å redusere risikoen for å utvikle trykksår. Disse tiltakene er indisert på grunnlag av individuell pasientbedømmelse. Motvirking av immobilitet med fysioterapi, mindre sedativer, tiltak ved inkontinens og adekvat ernæring, er slike tiltak. Det finnes imidlertid minimalt med randomiserte kontrollerte studier som underbygger disse tiltakene.



Bedømmelse av huden er også viktig i forebyggelsen av trykksår. Vurderingen bør skrives ned fortløpende (4). Både tørr og fuktig hud kan være risikofaktorer. Huden bør holdes tørr, men ved alt for tørr hud bør man smøre med fuktighetskrem. En dobbelblindet randomisert kontrollert multisenterstudie, N=331, fra 2005 finner en statistisk signifikant reduksjon av insidensen av trykksår fra absolutt risiko 17.37% til 7.32% over en 30 dagers periode. Pasientene ble smurt med hyperoksygenerte fettsyrer. Den RR var 0.42(0.22-0.80)NNT=9.95. (11). Slik vi vurderer dette er dette en reduksjon av insidensen av trykksår, som absolutt vil ha en betydning i en klinisk og samfunnsmedisinsk norsk virkelighet.

Kursing av helsepersonell med informasjon om årsaker til trykksår og hvordan forebygge disse, har vist seg å være effektive da det reduserer insidensen av trykksår (12).

Vi ønsket og finne kunnskapsbaserte metoder for implementering av forbyggende tiltak mot trykksår. Vi har tidligere i Klok-undervisningen blitt anbefalt å bruke nettsidene til nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi fant der at sjekklister og skåringsskjema er aktuelle verktøy i implementeringen av våre tiltak. Sjekklister defineres som huskelister over hvordan en prosedyre skal gjennomføres. En sjekklister kan eventuelt utvides til et skåringsskjema dersom en dokumenterer bruk av prosedyren.

På nettsidene til nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fant vi imidlertid ingen referanser eller annen dokumentasjon på at sjekklister er ett kunnskapsbasert verktøy i forbindelse med implementering av tiltak i helsevesenet. Søk på ordet checklist i Up to Date og Cochrane ga ingen relevante resultater. Søk på ordet primary prevention i Cochrane ga heller ingen relevante resultater. Søk på pressure ulcer prevention i BMJ best practice ga en liste over tiltak, men checklist var ikke blant disse. Søk i Pubmed på checklist og prevention og reviews ga tre relevante artikler (13), (15), (16).

Sjekklister har vist seg og være effektive både når det gjelder å redusere feil og øke andelen som får adekvat behandling (13).

Forfatterene viser blant annet til en artikkel som fant at pasientbehandlingen kan forbedres ved å bruke sjekklister (14). Artikkelen er en studie av andelen som får behandling etter retningslinjer, før og etter implementering av sjekklister. Det ble inkludert 123 pasienter med

STEMI infarkt og 116 pasienter med slag. Retningslinjene for behandling ble definert som ulike forhåndsbestemte delprosedyrer. Det ble så registrert hvor stor andel som fikk utført disse prosedyrene før og etter implementering av sjekklister. Endringen i andelen som fikk behandling i henhold til retningslinjer varierte mellom -1% og -55,4%, for de ulike delprosedyrene. Dette ble av forfatterne vurdert som en klinisk signifikant forbedring.

Det er også vist at sjekklister er effektive i behandlingen av anesthesi- og traumekirurgipasienter (15).

Det er vist ved randomiserte kontrollerte studier at bruk av sjekklister i allmennpraksis kan gi en absolutt økning av andelen kunnskapesbaserte prosedyrer per pasient på 22,8 % (16), (17). Slik vi vurderer det er kunnskapsgrunlaget for bruk av sjekklister ved implementering av tiltak i helsetjenesten adekvat. Den kvantitative nytten av tiltakene vurderes som klinisk signifikant.

### 3. Forbedringsarbeidet

#### 3.1. Observasjon og praksis

Flere av studentene i gruppen har jobbet som pleieassistent ved ulike sykehjem i Oslo og omegn og har erfart at det ikke finnes noen klare retningslinjer for forebygging av trykksår. Ingen hadde et fast regime eller tiltaksplan som de fulgte. Hverken sjekklister eller skriftlige faste retningslinjer var å finne, noe som altså tilsier store individuelle forskjeller av identifikasjon av risikopasienter og dernest forebyggende behandling. Under tiden opplevde vi også at en som pleieassistent ikke ble ordentlig opplært i viktigheten av å hindre trykksår hos utsatte beboere. For å underbygge våre erfaringer ringte vi rundt til titalls sykehjem for å høre deres løsning på problemet. Mange sykehjem benektet problemet totalt, mens andre mente de hadde gode rutiner som var individualiserte. Men heller ikke der kunne vi se nedskrevne retningslinjer, som spesielt for ufaglærte ville være en stor ressurs.

Tall fra Sosial- og helsedirektoratet viser kraftig oppgang i andel ufaglærte ansatte ved pleie- og sykehjem. Økningen er fra 10 % i 1995 til hele 30% i 2005. Dette kan igjen ha sammenheng med økende risiko for både trykksår og andre problemstillinger som undervekt og ernæring. I kombinasjon med økende aldersgruppe over 80 år i Norge, som gir oss flere og flere pasienter på langtidsposter, er det sterkt behov for økt fokus på opplæring og rask identifisering av problemstillinger (2).

SINTEF Helse utarbeidet høsten 2006 et metodeverktøy for systematisk forebygging av trykksår som ble prøvd ut på to sykehjem i Oslo i perioden februar – juni i 2007.

Metodeverktøyet bestod i et registreringsskjema for trykksår, risikovurderingsskjema og sjekklister for forebyggende tiltak. For å benytte de ulike skjemaene ble det arrangert kurs for de ansatte ved sykehjemmet. På et av kursene gikk en gjennom bruk av registreringsskjema for trykksår og risikovurderingsskjemaet, samt gjennomgang av forebyggende tiltak. Dette kurset var for sykepleiere og hjelpepleiere med fagansvar. På det andre kurset ble bruk av sjekklister for oppfølging av forebyggende tiltak gjennomgått og var ment for ansatte som hadde det daglige oppfølgingsansvaret, både faglærte og ufaglærte. Når man så på andelen beboere med trykksår i begynnelsen og på slutten av prosjektperioden så man en nedgang fra 16,4 % til 7,2 %. Resultatet kan ha vært påvirket av en liten endring i beboersammensetningen, men peker allikevel i retning av at undervisning av ansatte og dokumentasjon av arbeidet på en organisert og systematisk måte kan forbedre arbeidet med å forebygge trykksår ved sykehjem.

Ut fra vår erfaring fra jobb på sykehjem selv og samtaler med ulike sykehjem over telefon har vi kommet frem til at det ofte ikke eksisterer klare rutiner i arbeidet med trykksårforebygging. Vi ønsker derfor i vårt forbedringsarbeid å innføre en systematisk risikovurdering av beboerne og sjekklister for at forebyggende tiltak utføres. Vi vil ta for oss en tenkt langtidspost på et sykehjem som vårt mikrosystem.

Som nevnt under avsnittet kunnskapsgrunnlaget er identifisering av risikopasienter et viktig moment i forebyggelsen av trykksår. Et risikovurderingsredskap som for eksempel Norton skala er et verdifullt supplement til klinisk bedømming og spesielt når personalet er uerfaren (EPUAP, 1998). Ved bruk av Norton skala vurderes 5 ulike parametre, allmenntilstanden, bevissthetstilstand, aktivitetsnivå, mobilitet og inkontinens. For hver parameter kan man skåre mellom 1 til 4. Verdien for hver parameter summeres opp og pasienten får en skår mellom 20 og 5. Resultatet av risikovurderingen skal dokumenteres og pasienter skal klassifiseres i en av følgende kategorier: ikke risiko, risiko, høy risiko.

Hos beboere som har risiko eller høy risiko for trykksår utfra risikovurderingen bør det iverksettes et regime med forebyggende tiltak. Utfra hva vi har funnet av kunnskapsgrunnlag er det viktigste tiltaket stillingsendring, og tidspunkt og stilling av beboeren bør dokumenteres. Vi har i kunnskapsgrunnlaget funnet at stillingsendring hver annen time er det som bør anbefales. Bedømmelse av huden er også viktig i forebyggelsen av trykksår og vurderingen bør skrives ned fortløpende. Vi tenker oss at hos utsatte beboere skal det stå i brukerdokumentasjonen, enten den er elektronisk eller i papirform, de forebyggende tiltakene man skal fokusere på hos beboeren. Det skal stå hvor ofte man skal snu beboeren eller endre posisjon og samtidig skal det stå at man skal observere huden under morgen- og kveldsstell. Inne på rommet til hver beboer skal det ligge en sjekklister som pleieansvarlig skal signere samt notere ned tidspunkt og posisjonering når vedkommende har vendt beboeren. Denne sjekklisten skal også inneholde en del hvor det skal signeres for at man har sett etter rødhet i huden som uttrykk for begynnende trykksår. Dersom det er rødhet i huden skal det meldes fra til ansvarlig sykepleier. ( Se vedlegg).

### 3.2. Indikatorvalg

For å kunne evaluere om forbedringsarbeidet vi ønsker å implementere har noe for seg trenger vi en kvalitetsindikator. En kvalitetsindikator bør tilfredsstillende visse krav for at den skal være god (18). Vi har valgt andel beboere med trykksår som vår indikator. Dette er en *relevant* indikator i det vårt tiltak er forebygging av trykksår, og det beste målet vil jo da være om det har blitt en endring i andel trykksår. Andelen trykksår vil kunne være lett å måle (*målbar*) siden alle sykehjem i Oslo er pålagt å registrere trykksår. Bystyret i Oslo kommune vedtok i 2004 et felles kvalitetsmålingsystem for sykehjem i Oslo. Systemet består av tre elementer, hvorav et av dem er registrering av objektive indikatorer, heriblant trykksår (19). Ved å måle andel beboere med trykksår før vi setter inn vårt tiltak og så på ny måle andel beboere med trykksår etter et halvt år vil vi kunne se om det har blitt en nedgang i forekomsten. Trykksår er relativt vanlig forekommende og dermed vil vår indikator, andel beboere med trykksår, være *sensitiv for forandring*. Når det gjelder tolkningen av indikatoren kan det være en mulig bias. Endringen i andel trykksår trenger ikke kun være et resultat av økt fokus og systematisering av forebyggingsarbeidet, men kan muligens også skyldes endret beboersammensetning ved sykehjemmet i oppfølgingsperioden. Vi anser allikevel denne biasen som liten og mener andel beboere med trykksår er en god indikator.

### 3.3. Begrunnet tiltak

Alle pasienter bør bli risikovurdert av helsepersonell. Dette bør gjøres enten av lege eller sykepleier selv, eller under deres nøye veiledning (3). For å risikovurdere må en ha kunnskap om risikofaktorer og hvordan dette skal håndteres. Det finnes allerede to typer skalaer som brukes for nettopp dette, Braden og Norton Scale. Fordi Norton scale er mer sensitiv enn Braden scale, og fordi Norton scale har færre punkter og mindre tekst, velger vi å anvende denne skalaen (6). Denne skalaen inneholder fem punkter med skåring 5-20. Når en assistent eller sykepleier vil måtte krysse av for alle fem punkter før hver innleggelse vil det i seg selv være en form for undervisning for risikovurdering. Da hun hver gang leser opp og går systematisk gjennom alle punktene vil hun lære seg dem, samt være sikker på at ikke noe er blitt glemt i en til tider svært overarbeidet hverdag. Selv om det er mye å gjøre for hver pleier skal ikke det gå utover pasientene. Det vil være behjelpelig med å gradere risikoen hos den enkelte, samt få mer individualisert håndtering av problemstillingen med godt kunnskapsgrunnlag.

Et argument mot scårings skjema er standardisering av individer. Her er man nødt til å bruke det kliniske skjønn som alle faglærte som ufaglærte opparbeider seg med tiden. Hvert enkelt tiltak vil være avhengig av menneskene som utfører dem. Det er viktig med god undervisning i forkant og samtidig tviholde på det kliniske blikket og erfaringen man får gjennom pasientkontakt.

Andre del av tiltaket vårt er å registrere hver gang en pasient er snudd etter retningslinjene. Dette skal gjøres ved å signere på en liste hver gang det utføres. Slike sjekklister er vist ved randomiserte-kontrollerte studier å være effektive med en absolutt økning på 22,8% på prosedyrer som er kunnskapsbaserte (16).

Under et besøk ved sykehjem ble ideèn om en sjekklister mottatt med stor skepsis. Et av argumentene var at en slik liste vil gjøre pasientene om til objekter. Denne tanken er viktig å motarbeide hos selve personalet slik at de ikke motoverfører disse holdningene til pasientene/brukerne. I en travel hverdag hvor det er lett å glemme seg eller hoppe over forskjellige oppgaver vil en liste være med på å gjøre ting enklere. En sikrer slik at alle tiltak er utført og at alle pasientene som har behov for det, går gjennom samme behandling og oppfølging.

Motgang vi generelt vil møte er de samme som ovenfor; mere arbeid, mistillit til pleierne ved å ikke stole på at de gjør arbeidet sitt og objektivisering av pasientene. Men da dette er evidensbasert, enkel måte å håndtere og måle på vil likevel de positive argumentene veie opp mot de negative. Dette er et kostnads- og nytteeffektivt tiltak hvor vi implementerer to enkle lister for nettopp å gjøre jobben enklere for de som holder på med dette til daglig.

## **4. Prosess og organisering**

Ved all implementering av nye rutiner er det mange aspekter som må ivaretas for at utfallet skal bli så bra som mulig. Det er viktig at alle som medvirker i forbedringsarbeidet er klare over hva man ønsker å oppnå, slik at alle arbeider mot et felles mål. Hver enkelt må være inneforstått med hvorfor endringen må til, samt besitte en viss kunnskap om det aktuelle temaet. Informasjon og opplæring bør gis via flere medier, noe som igjen øker både etterlevelse og oppslutning blant personalet. Man kan for eksempel benytte seg av både muntlig og skriftlig informasjon samt holde kurs om temaet. Det er også viktig at tiltaket som settes igang er enkelt å gjennomføre. Alle i personalet skal ha forståelse for hva som skal gjøres og man skal vite hvordan tiltaket skal utføres i praksis. Her er det viktig at alle de forskjellige yrkesgruppene man finner på et sykehjem inkluderes, både de faglærte og de ufaglærte. Dette reduserer risikoen for at de nye rutineene kun blir sett på som økt arbeidsbelastning og man får dermed en økt compliance hos personalet.

Når nye rutiner startes i en avdeling har ledelsen en viktig rolle som støttespiller. De bør medvirke til å legge betingelsene tilrette for personalet og bidra med ekstra ressurser dersom dette er nødvendig. Vårt tiltak medfører ikke noen ekstra kostnader, men det er allikevel viktig at ledelsen har en støttende og positiv holdning til prosjektet.

Gjennom å ivareta alle de nevnte punktene over sikrer man at implementeringen av et nytt tiltak når beste mulig resultat. Videre følger en nærmere gjennomgang av hva vi tenker det er viktig å fokusere på ved implementering av vårt tiltak på sykehjemmet.

### **4.1 Innføring**

Vårt valgte mikrosystem er en sykehjemsavdeling. Sykehjemmene er ofte inndelt i flere avdelinger med spesialisering på ulike pasientgrupper. Vi har valgt en somatisk pleieavdeling som utgjør den største delen. Disse plassene benyttes også for terminalpleie og kreftpasienter. Avdelingene er hovedsakelig bemannet av sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. Vår oppgave omfatter derfor ikke rehabiliteringsposter eller poster for fysisk aktive senildemente, heller ikke arbeidere som fysioterapeuter og vernepleiere.

I første omgang må man få godkjenning på den aktuelle avdeling for innføring av tiltaket vårt.

## 4.2 Faglige kurs og informasjon

En viktig forutsetning for at tiltaket skal kunne gjennomføres er økt *kunnskap* om trykksår, med forebygging, behandling og konsekvenser i sentrum i tillegg til praktisk informasjon om selve tiltaket.

Vi ønsker å holde et innføringsmøte hvor vi vil ta hensyn til de ulike fagnivåene.

Avdelingssykepleier: Ha et eget møte med ham/henne der tiltaket og fremgangsmåten presenteres med risikoidentifisering og sjekkliste. Denne personen vil være med i videre informasjonsmøter med de ansatte og er en avgjørende instans for selve gjennomføringen. Denne vil videre også kunne fungere som en kontaktperson for avdelingen og som øverste ansvarlig for de nye rutinene.

Sykepleiere: Informasjonen her vil være mest mulig tiltaksorientert, da de gjennom sin utdanning har god kunnskap om trykksår. Sykepleierne har ansvaret for å identifisere pasienter i risikozonen og deretter innføre sjekklisten. Det holdes derfor et kurs i risikoidentifisering og trening i bruk av vårt valgte skjema Norton for dem.

Hjelpepleiere/pleieassistenter: Denne gruppen består av både faglære og ufaglærte, noe som er viktig å ta hensyn til. Her vil vi informere om hva trykksår er, konsekvensene av det og om viktigheten av forebyggende arbeid. I tillegg kommer selve tiltaksorienteringen, hvor de får en gjennomgang av sjekklisten og rutinene knyttet til den.

I tillegg til kursene ved oppstart er det viktig at det holdes nye kurs dersom nytt personell ansettes på et senere tidspunkt, eventuelt kan man holde oppfriskningskurs i avdelingen ved gitte tidsintervall for å opprettholde compliance og engasjement hos personalet.

## 4.3 Oppfølging og evaluering

Registrering: Det er viktig at man innarbeider gode rutiner. Derfor bør man fortløpende registrere at risikoidentifiseringslister og sjekklister er utfylt, gjennomgått og etterfulgt.

Evalueringsmøter: Man bør etter en tid innkalle til evalueringsmøter på tvers av nivåene, da kommunikasjon og samarbeid mellom disse er avgjørende. Alle kan her gi tilbakemelding om hvordan de opplever innføringen av de nye rutinene og hvordan det fungerer i praksis. Disse tverrfaglige møtene bør holdes på jevnlig basis.



#### **4.4 Andre utfordringer**

Utfordringene ved vår implementering kan bli mange. Sykehjemsposter kan være preget av ulike holdninger, kultur samt allerede eksisterende rutiner i forhold til forebygging og identifisering av trykksår. Dyktighet, ansvarsfølelse og bemanning på avdelingen kan være andre utfordringer. Faktorer som kvalitet og trivsel er også av betydning for at tiltaket skal kunne følges opp over tid.

## 5. Diskusjon

*Er problemet med trykksår i sykehjem så betydelig at det rettferdiggjør forbedringstiltak?*

Som nevnt varierer prevalensestimater for trykksår mellom 4,6-20,1% for sykehjem i USA, Canada og Storbritannia (1), og for sykehjem i Oslo anslo SINTEF i 2005 prevalensen til å ligge mellom 6-22%. Selv om vi tar utgangspunkt i det laveste estimatene må forekomsten av trykksår kunne sies å være endemisk i sykehjem. Vi vet imidlertid lite om alvorlighetsgraden av disse trykksårene, eller de kliniske og samfunnsmedisinske konsekvensene. Vi har lite data over pasientomkostinger ved trykksår, for eksempel i form av tapte kvalitetsjusterte leveår, smerter og tap av ADL funksjon. De samfunnsøkonomiske kostnadene til behandling av trykksår er heller ikke godt dokumentert. På tross av dette mener vi ut i fra generell kunnskap om komplikasjoner ved trykksår, at problemet fører til mye lidelse for pasienter i form av smerter, infeksjoner og redusert funksjon. Faren for at trykksår skaper reservoarer for resistente bakterier, samt kostnadene forbundet med stell og behandling av trykksår utgjør også et samfunnsmedisinsk problem.

Tiltakene som vi anbefaler for å forebygge trykksår har støtte i anerkjente fagmiljøer. Som nevnt er identifisering av pasienter med risiko for å utvikle trykksår essensielt. Det anbefales å bruke systematiske verktøy til dette (4).

Norton scale, som vi har valgt å bruke, har en sensitivitet på 70-90% og spesifisitet på 60-80%, som etter vår mening er adekvat (5). Det er imidlertid studier som indikerer at klinisk observasjon er vel så bra til å fange opp risikanter (6). Vi mener likevel at det i et forbedringsarbeid er ønskelig å bruke et systematisk verktøy for identifisering av risikopasienter.

Klinisk observasjon er svært avhengig av den enkelte observatør og gir mindre mulighet til å evaluere kvalitetsforbedringsprosessen. Det kan være en begrensning at Norton scale gir lav inter- observatør- reliabilitet med mindre personalet trenes i å bruke skalaen (7). Dette kan unngås ved at innføringen av Norton scale inngår i ett undervisningsopplegg rundt trykksår. Et slikt undervisningsopplegg er vist å kunne redusere insidensen av trykksår (12).

Vi vurderer forøvrig Norton scale til å være enkel og lite tidkrevende i en klinisk hverdag.

Vi erkjenner at reposisjonering, et av de viktigste elementene i forebygging av trykksår, mangler randomiserte kontrollerte studier som bekrefter effekten. Dette skyldes trolig at dette elementet i forebyggingen er så innarbeidet og velbegrunnet, ut i fra kunnskapen om hvordan trykksår dannes, at randomiserte studier anses som unødvendig. Vi vil også fremheve at det ville være meget etisk betenkelig å randomisere noen til ikke å bli reposisjonert. Et annet poeng med reposisjonering er at det ikke er knyttet kommersielle interesser til tiltaket. Det er enkelt å gjennomføre og krever ikke spesialutstyr. Det er derfor neppe noen kommersielle aktører som er villige til å investere penger i studier av tiltakets effekt. Dette kan også forklare mangelen på dokumentasjon.

Vi finner ingen studier som spesifikt vurderer nytten av ”snulister” – dokumentasjon på når og hvordan pasienten blir reposisjonert, utover at det anbefales av anerkjente fagmiljøer (4). Det er imidlertid dokumentert at sjekklister kan øke andelen kunnskapsbaserte prosedyrer i allmennpraksis og på sykehus (16),(14).

#### *Bør prosjektet gjennomføres?*

Det er som tidligere nevnt viktig at tiltaket funderes både blant pleiepersonalet og ledelse i mikrosystemet. Flere sykehjem nærmest benektet at trykksår eksisterte på deres institusjon. Enkelte uttrykte også en frykt for at ”snulister” på pasientrom kunne medføre en objektifisering av pasientene. Det kan derfor tenkes at et slikt prosjekt vil bli møtt med motstand i flere institusjonsnivåer. Det er etter vår mening umulig å gjennomføre et slikt prosjekt uten støtte både blant pleiere og ledelse. For å gjennomføre prosjektet må vi derfor enten finne et sykehjem som ønsker et slikt prosjekt velkommen, eller opparbeide støtte gjennom kontakt med en institusjon.

Et motargument vi kan bli møtt med er at tiltaket vil stjele tid i en stressende hverdag, og at trykksårprofylakse er en del av generell sykepleie, som ikke krever særskilte systematiske tiltak.

Noen vil kanskje se på vårt tiltak som en indirekte kritikk av det arbeidet som gjøres på sykehjemmet. Det vi imidlertid kan poengtere overfor ledelse og pleiere, er at vi vet at trykksår er et generelt problem i helsevesenet, som rammer immobile pasienter uansett hvor de er. Vi presenterer her et systematisk tiltak som krever lite ressurser. Vi ønsker ikke å underkjenne den faglige kompetansen som er på sykehjemmet, og våre tiltak kan kombineres med generell sykepleie og andre tiltak mot trykksår. Det faglige fokuset på trykksår som vårt tiltak trolig vil medføre, kan også være en mulighet for å øke fagkunnskapene i et

sykehjemsvesen med stadig større andel ufaglært arbeidskraft. Det arbeidet som tiltaket medfører kan forhåpentligvis medføre arbeidsbesparelse i behandling av trykkeår.

Selv om det ikke finnes førstegradsdokumentasjon på effekten av våre konkrete tiltak, mener vi at tiltakene kan sies å være kunnskapsbaserte. Vurdert opp mot forekomsten av trykksår og enkelheten av tiltaket, mener vi det vi bør gjennomføres. Ut i fra en sammenfattet vurdering kan man komme frem til om et slikt tiltak vil være nyttig i den enkelte institusjon.

## 6. Referanser

1. Kaltenhaler E, Whitfield MD, Walters SJ, et al. UK, USA, and Canada: how do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare? *J Wound Care* 2001;10:530–535,
2. SINTEF
3. Stechmiller, JK, Cowan, L, Whitney, JD et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Repair Regen* 2008; 16:151
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EUPAP). Guidelines for treatment of pressure ulcers. *EPUAP Review* 1999; 1:31
5. Smith DM, Winsemius DK, Besdien RW. Pressure sores in elderly: Can this outcome be improved?. *J Gen Intern Med* 1991;6:81
6. Xakellis GC, Franz RA, Arteaga M et al. A comparison of patient risk for pressure ulcer development with nursing use of preventive interventions. *J AM Geriatr Soc* 1992 Dec;40(12):1250-4
7. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A et al. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987 Jul-Aug;36(4):205-10
8. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing Pressure Ulcers: A systematic Review. *Jama* 2006; Vol 296, No.8
9. Vanderwee K, Grypdonc MH, De Vacquer D et al. Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *J Adv Nurs*. 2007 jan;57(1):59-68
10. More ZEH, Cowman S. Repositioning for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
11. Torra i Bou JE, Segovia GT, Verdu SJ et al. The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers. *J Wound Care* 2005 Mar;14(3):117-21
12. Moody BL, Fanale JE, Thompson M et al. Impact of staff education on pressure sore development in elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1988 Oct;148(10):2241-3
13. Hales B, Terblanche M, Fowler R et al. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; Volume 20, Number 1: pp. 22–30
14. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. *MJA* 2004; 181 (8): 428-431
15. Hales BM og Pronovost PJ. The checklist—a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care* Volume 21, Issue 3, September 2006, Pages 231-235
16. Iglar K, Katyal S, Matthew R et al. Complete health checkup for adults: Update on the Preventive Care Checklist Form. *Can Fam Physician*. 2008 Jan;54(1):84-8

17. Dubey V, Mathew R, Iglar K et al. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2006;7:44.
18. ref. KLOK-hefte
19. [www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunnshelse/kvalitet\\_i\\_sykehjem](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunnshelse/kvalitet_i_sykehjem)
20. Hackman JR. Leading teams. Setting stage for great performances. 2002 Boston: Harvard Business School Press
21. Katzenbach JR. og Smith DK, 1993. The Wisdom of teams. Creating the high performance organization. Boston Harvard Business School Press
22. Mohammed, Klimoski & Rentsch, 2000
23. Locke GP, Locke EA. Enhancing the benefits and overcoming the pitfalls of goal setting. *Organizational Dynamics* 2006, 35(4), 332-340

## Sjekkliste for oppfølging av beboer

Dokumentasjon av stillingsendring og observasjon av hud

Dato	Signer for klokkeslett man har snudd pasienten og noter ned hvilken stilling											
	8	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												