

Tiltakspakke for Forebygging av trykksår



IS-0459

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no





Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsprogrammet

I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (1).

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* skal bidra til å redusere pasientskader i Norge. Dette gjøres med målrettede tiltak på utvalgte områder i hele helsetjenesten.

Forbedringskunnskap, brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis er grunnleggende forutsetninger for programmets arbeid. Tiltakspakkene er utarbeidet i samarbeid med praksisfeltet og bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens/brukerens ønsker og behov. Programmet tilbyr også ulike forbedringsverktøy for å redusere pasientskader.

Mer om programmet: pasientsikkerhetsprogrammet.no

Kontaktinformasjon

Sekretariatet er plassert i Helsedirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Oversikt over sekretariatet finner du på programmets nettsider pasientsikkerhetsprogrammet.no

Generelle henvendelser: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Sekretariats telefon: 464 19 575

Alle helseforetak har programledere som bistår og veileder iverksettingen av programmet lokalt. Regionale programledere er ansvarlige for programmet i regionene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med støtte opp mot forbedringsteam i kommunene: usht.no

ISBN-nummer 978-82-8081-358-9

IS-0459

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram *I trygge hender 24-7*
Helsedirektoratet, Oslo, 2014



Innhold

Innledning.....	4
Driverdiagram.....	4
Tiltakene	5
Tiltakspakkens målinger	6
Resultatindikator	6
Prosessindikatorer	7
Kom i gang - forbedring i praksis.....	8
Forbedringsmodellen.....	8
Hvorfor måle	9
Ressurser og verktøy.....	11
Endringslogg	11



Innledning

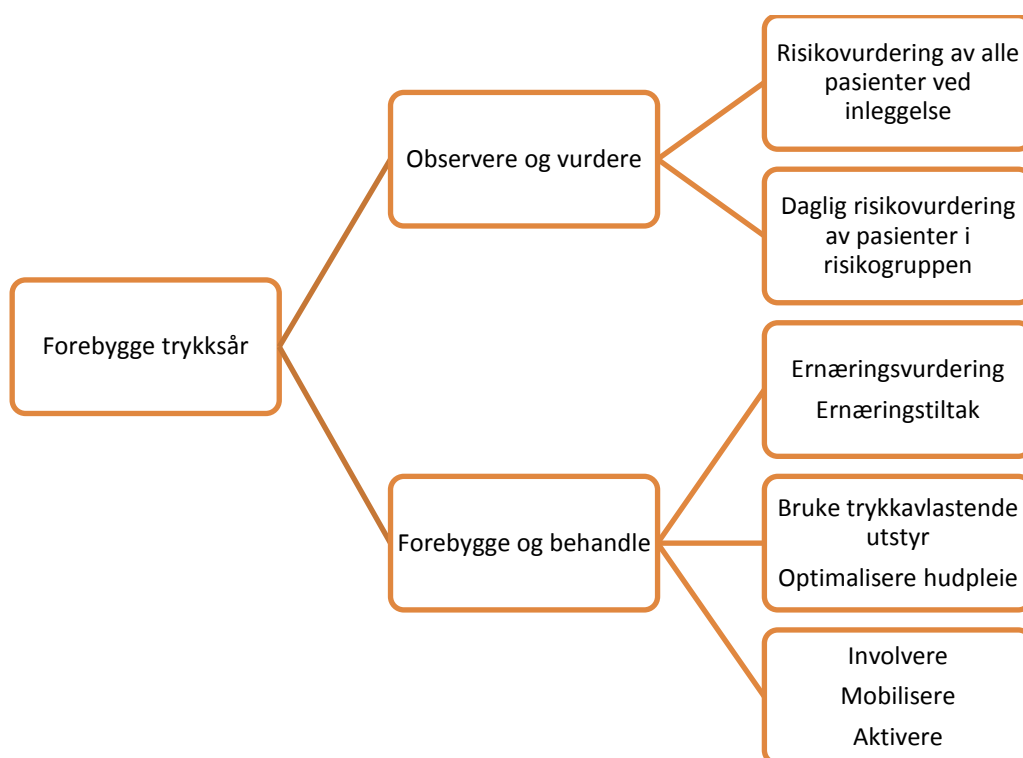
Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter(2-3).

Trykksår forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus. En europeisk multisenterstudie fra 2007 viste en forekomst av trykksår på 18 % i sykehus. Norske studier har tidligere vist en forekomst mellom 6,7-15 %. Forekomsten er høyere i pasientgrupper med tverrsnittslesjoner, hoftebrudd og intensivbehandling.

Innsatsområdet er valgt på bakgrunn av potensialet for klinisk forbedring i Norge, effektive tiltak, gode data for evaluering av tiltak, samt støtte i norske fagmiljøer. Erfaringer fra tilsvarende initiativ i Wales og Danmark viser at de fleste trykksår kan forebygges ved systematisk arbeide for å identifisere pasienter med risiko for å utvikle trykksår og iverksette målrettede tiltak for disse.

Pasientsikkerhetsprogrammet er en nasjonal dugnad for å redusere antall trykksår.

Driverdiagram



Figur 1 Diagrammet gir en visuell fremstilling av tiltakspakken for forebygging av trykksår. Ved å lese diagrammet fra høyre til venstre kan du se hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå målet.



Tiltakene

Innenfor hvert av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet er det valgt ut tiltak som kan gjennomføres ved den enkelte enhet. Tiltakspakkene skal i så stor grad som mulig være kunnskapsbaserte, og inneholder de antatt viktigste tiltakene for å unngå pasientskader.

Tiltak 1. Vurder alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse i sykehus og ved første møte med pasient i sykehjem

Vurder alle nyinnlagte pasienter for trykksårrisiko (1-4). Risikovurderingen gjøres innen 4 timer, og kan gjøres ved å bruke vurderingsskjemaer som Braden eller Waterlow, eller ved å vurdere pasienten ved hjelp av tre spørsmål:

1. Har pasienten trykksår ved innleggelse/overflytting?
2. Har pasienten behov for hjelp til å endre stilling i seng eller stol?
3. Vurderer du det som sannsynlig at pasienten kan få trykksår under innleggelsen?

Hvis JA på et av spørsmålene, er pasienten i risikogruppen for trykksår.

Tiltak 2: Sikre nødvendig trykkfordelende utstyr/underlag hos alle risikopasienter

Sikre pasientens behov for trykkfordelende utstyr/underlag til stol og seng. En helhetlig vurdering bør omfatte (2-4):

- Undersøkelse av pasientens hud
- Generell helsetilstand
- Komfort og personlig preferanse

Tiltak 3: Undersøk regelmessig huden til alle risikopasienter

Undersøk huden morgen og kveld for tegn på rødhet hos pasienter som har risiko for å utvikle trykksår. Det vil være nødvendig å undersøke huden oftere ved endring/forverring av pasientens tilstand (2,3,5).

Undersøk særlig hud over benfremspring, områder der pasienten oppgir ubehag eller smerte, hud som utsettes for trykk fra medisinsk utstyr og hudområder uten følesans.



Tiltak 4: Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos alle risikopasienter

Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos alle risikopasienter. Hyppigheten av stillingsforandring må ses i sammenheng med underlaget som brukes pasientens vevstoleranse og hudens tilstand aktivitets- og mobilitetsnivå generell medisinsk tilstand.

Tiltak 5: Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle risikopasienter

Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos risikopasienter ved innleggelsen og fortløpende under oppholdet jf. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (6). Planlegg, iverksett og evaluér ernæringstiltak for pasienter med utilstrekkelig ernæringsinntak og/eller ernæringssvikt.

Tiltak 6: Involver pasient og pårørende i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende tiltak

Pasienten og pårørende skal involveres i planleggingen og gjennomføringen av trykksårforebyggende tiltak, og få muntlig og skriftlig informasjon om hvilken egeninnsats som kan bidra til å forebygge trykksår.

Tiltakspakkens målinger

Løpende målinger er viktige for å kunne følge opp arbeidet med tiltakene, og vurdere om en endring fører til forbedring. Nedenfor beskrives fire målinger som er definert for tiltakspakken forebygging av trykksår.

I tiltakspakken er det to typer målinger, resultatmålinger og prosessmålinger. Måling i forbedringsarbeid er omtalt i eget kapittel under. Merk at nummerering på målingene tilsvarer nummer i databasen Extranet som brukes for å registrere målingene. Mer om Extranet i neste kapittel.

Resultatindikator

Tittel	09.01. Antall dager mellom hvert trykksår
Status	Obligatorisk
Definisjon	Antall dager mellom hvert nyoppdagede trykksår (kategori 1-4) som oppstår i avdelingen.
Frekvensen av målingen	Det anbefales å registrere umiddelbart etter hvert trykksår
Diagramtype	Run-diagram og/eller kontrolldiagram av typen G-diagram



Prosessindikatorer

Tittel	09.02. Andel pasienter som vurderes for trykksårrisiko ved innleggelse
Status	Obligatorisk
Nevner	Antall pasienter som legges inn
Teller	Antall pasienter som vurderes for trykksårrisiko innen 4 timer etter innleggelse.
Frekvensen av målingen	Indikatoren skal brukes på sykehjem og sykehus hvor det er 10-20 innleggelses ukentlig, da det som en tommelfingerregel bør være 10-20 pasienter i nevneren.
Diagramtype	Run-diagram og/eller kontrolldiagram av typen P-diagram

Tittel	09.03. Andel risikopasienter som får undersøkt huden både morgen og kveld
Status	Frivillig måling
Nevner	Antall risikopasienter
Teller	Antall risikopasienter som har fått huden undersøkt både morgen og kveld.
Frekvensen av målingen	Dataene bør samles inn daglig på et bestemt tidspunkt. Dette kan medføre at en og samme pasient blir talt flere ganger i løpet av en uke. Dataene kan også samles inn ved å gjennomføre en ukentlig punktprevalensundersøkelse.
Diagramtype	Run-diagram og/eller kontrolldiagram av typen P-diagram

Tittel	09.04. Andel risikopasienter som har fått individuell behandlingsplan
Status	Frivillig måling
Nevner	Antall risikopasienter
Teller	Antall risikopasienter som har fått individuell behandlingsplan med trykksårforebyggende tiltak.
Frekvensen av målingen	Ukentlig
Diagramtype	Run-diagram og/eller kontrolldiagram av typen P-diagram

Hvilken datakilde som velges avgjøres av hvordan datainnsamlingen og -behandling organiseres på de enkelte avdelinger/enheter. Dataene kan samles inn ved å gjennomgå journaler/kurver, ulike registrerings skjema, tavlemøter eller ved å gjennomføre en ukentlig punktprevalensundersøkelse.



Kom i gang - forbedring i praksis

Erfaring viser at endring av praksis er krevende og tar tid. Forbedringsmodellen er en enkel og praktisk metode for å lykkes med varig forbedring.

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen (Model for Improvement) er en anerkjent metode for å drive systematisk forbedringsarbeid. Modellen er svært egnet til å tilpasse tiltak til lokale forhold og for å skape raske forbedringer. Ved å redusere avstanden mellom det vi vet (beste praksis) og det vi gjør, har den vist seg å være sentral for å oppnå forbedring i helsetjenesten. Forbedringsmodellen er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (7), og har vært brukt både i Norge og internasjonalt i mange år.

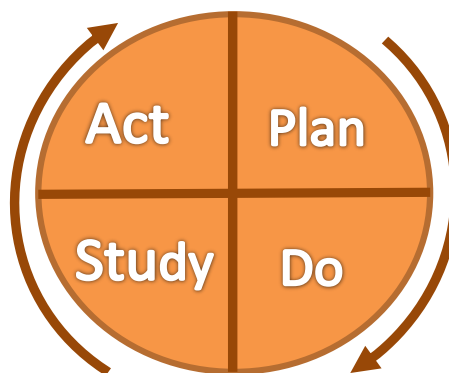
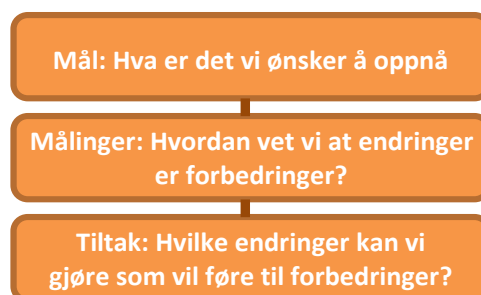
Forbedringsmodellen er todelt. Først planlegges forbedringsprosjektet, deretter testes det ut i liten skala til den kan implementeres.

I første del skal tre grunnleggende spørsmål besvares.

1. Hva vil vi oppnå? (Mål)
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)
3. Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? (Tiltak)

Målene beskriver hvor stor forbedringen som skal oppnås lokalt, innen når. Den enkelte enhet definerer målene sammen med leder.

De lokale målene må tallfestes for å være målbare. De bør også være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål kan være «30 prosent reduksjon av fall på sengepost A innen utgangen av året».





På bakgrunn av målsettingene, defineres konkrete målinger som kan gi svar på om en endring fører til forbedring. Alle tiltakspakkene inneholder anbefalte målinger og tiltak for de ulike innsatsområdene.

I forbedringsmodellens andre del testes og implementeres tiltakene som er definert i første del. Gjentatte tester av tiltak i praksis er svært viktig for å lykkes i forbedringsarbeidet. PDSA-sirkelen er en systematisk metode for småskala-testing. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (8).

Forbedringstiltak testes først i svært liten skala, på én enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter). Erfaringen fra testen diskuteres og tiltakene justeres ved behov før nye tester gjennomføres.

Ved hjelp av småskalatestingen finner man den beste, mulige løsningen tilpasset lokale forhold. Først da kan forbedringstiltaket spres til resten av enheten.

Hvorfor måle

For å lykkes med forbedringsprosjekter er det avgjørende å måle. Innsamlede data er viktige for å dokumentere om tiltakene blir implementert og om det gir resultater. Ved å måle kontinuerlig før, under og etter forbedringsprosessen skaffes informasjon som sier noe om endringene skaper ønsket forbedring, og om endringen er varig.

Målinger er også nyttige for å kunne reflektere over egen praksis og kan være et godt utgangspunkt for faglige diskusjoner. I forbedringsarbeid følges endring og forbedring løpende over tid, og det stilles derfor lavere krav til datamengde enn for eksempel ved forskning.

Det er i hovedsak to typer målinger som brukes i forbedringsarbeid, resultatmålinger og prosessmålinger. For noen av innsatsområder er det lagt til rette for å måle begge.

En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasientene i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. En prosessindikator er nyttig for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis. Den kan for eksempel beskrive forebygging, diagnostikk og hvor vidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak.



Extranet - et verktøy for måling

Extranet er en database som gjør det enklere å følge forbedringsarbeidet i egen praksis. Den er gratis og fritt tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammet.no. Her ligger også veiledning.

Extranet inneholder alle målingene i programmet slik at teamene lett kan legge inn egne data og få opp resultatene sine i form av diagrammer og tidsserier (se under). For tilgang, send henvendelse til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Hvordan analysere måledataene

For at registrerte data skal kunne gi et bilde på hvordan man ligger an og om innsatsen gir forbedring, er det viktig at det måles jevnlig og at hyppigheten av målingene opprettholdes før, under og etter innføring av tiltak, til målepunktene ligger stabilt ved ønsket nivå. Deretter holder det med jevnlig stikkprøver for å sikre at nivået opprettholdes selv om man slutter å måle jevnlig.

Dataene analyseres i tidsserier som gir oversikt over utviklingen over tid. Til dette brukes statistisk prosesskontroll (SPC). SPC er et verktøy som egner seg godt til forbedringsarbeid fordi man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukertilgjengeligheten for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt (9). Extranet benytter SPC for å visualisere og analysere data for teamene.

Baseline er et viktig prinsipp for analyse av data i tidsserie for å kunne si statistisk sikkert om en endring er en forbedring. En baseline er en løpende måling i forkant som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll se pasientsikkerhetsprogrammet.no



Ressurser og verktøy

- Sluttrapport pilotprosjekt
- [Pilotrapport forebygging av trykksår ved SUS.pdf](#)
- [Sluttrapport - Pilotprosjekt forebygging av trykksår - Ahus](#)
- Nettsidene for innsatsområdet
På www.pasientsikkerhetsprogrammet, finnes nyttig informasjon for implementering av tiltakspakken og spredning av tiltakene.

Endringslogg

Versjon	Dato	Endringer	Utført av
1.0			
1.1			
2.0		Større endringer på innhold og design, tilpasset avsluttet læringsnettverk. Ikke endret tiltakene eller målinger.	
2.1	Mai 2015	Mindre endringer i design og satt inn driverdiagram.	Caroline Austdal



Referanser

- 1) World Health Organization, patientsafety, http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- 2) NPUAP & EPUAP. Trykksårforebygging: Retningslinjer for klinisk praksis. Kortutgave. (norsk utgave av EPUAP & NPUAP Pressure ulcer prevention. Quick reference guide.) Norsk oversettelse: Norsk Interessegagruppe for Sår (NIFS), Trykksårutvalg (leder Bjørø, K.). 2011; Available at: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Norwegian.pdf. Accessed Feb 8, 2011.
- 3) National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) and European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: NPUAP; 2009.
- 4) Baumgarten M, Margolis DJ, Orwig DL, Shardell MD, Hawkes WG, Langenberg P, et al. Pressure ulcers in elderly patients with hip fracture across the continuum of care. J Am Geriatr Soc 2009 May;57(5):863-870.
- 5) Vanderwee K. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. Journal of evaluation in clinical practice 2007;13(2):227.
- 6) Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
- 7) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
- 8) Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2. Utg. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009
- 9) Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003
- 10) National Pressure Advisory Panel editor. Pressure ulcers in america: prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: NPUAP; 2001.



- 11) Cardenas DD, Hoffman JM, Kirshblum S, McKinley W. Etiology and incidence of rehospitalization after traumatic spinal cord injury: a multicenter analysis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004 Nov;85(11):1757-1763.
- 12) Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA, Strom BL, Garino J, Kagan SH, et al. Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients. *Wound Repair & Regeneration* 2003 Mar-Apr;11(2):96-103.
- 13) Shahin ES, Dassen T, Halfens RJ. Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2008 Aug;14(4):563-568.
- 14) Bjørø K, Ribu L. Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus. *Sykepleien Forskning* 2009;4(4):299-305.
- 15) Bjørø K. The prevalence of pressure sores in a Norwegian Hospital (Prevalensen av trykksaar i et norsk sykehus). Oslo: University of Oslo; 1998.
- 16) Bjørø K. [Clinical nursing--pressure sores in 33,000 hospital patients. Interview by Kjell Arne Bakke.]. *Tidsskr Sykepl* 1997 May 6;85(8):10-17.