

**SINTEF Helse**Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 OsloTelefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

**RAPPORT**

TITTEL

**Metode for å redusere forekomst av trykksår ved norske sykehjem**

FORFATTER(E)

Reidun Skøien og Stine Hellum Braathen

FINANSIERINGSKILDE

Den norske lægeforening, Kvalitetssikringsfond I

RAPPORTNR. A2212	GRADERING åpen	FINANSIERINGSKILDE REF. Anne Sofie Torp	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 978-82-14-04253-5	PROSJEKTNR. 78g014	ANTALL SIDER OG BILAG 40/ 7
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Stine Hellum Braathen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Sissel Steihaug
ARKIVKODE	DATO 2007-09-14	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Inger Scheel, forskningssjef	

## SAMMENDRAG

Et estimat fra en undersøkelse i Oslo viste at andelen beboere med trykksår ligger mellom 6 prosent og 22 prosent ved sykehjem i Oslo. Andelen ansatte som er ufaglærte øker ved de fleste sykehjem. Dette kan ha en sammenheng med en økende risiko for trykksår, da denne gruppen ikke har noen formell utdanning som omfatter trykksårforebyggende arbeide. Med hensyn til dette er det spesielt viktig å inkludere også ufaglærte i kompetanseheving og forebyggingsarbeide/ rutiner.

Målet med dette prosjektet har vært å utvikle et metodeverktøy som kan redusere risiko for utvikling av trykksår blant beboere ved norske sykehjem. Vi har utviklet et verktøy for registrering, risikovurdering og forebygging av trykksår og prøvd ut metodeverktøyet ved to sykehjem.

En tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe med representanter fra de to deltakende sykehjemmene deltok i utviklingen av metodeverktøyet og bistod i utprøvingen av verktøyet ved sykehjemmene.

Av resultatene fra dette prosjektet ser det ut til at organisert og systematisk undervisning, risikovurdering, registrering og dokumentasjon av trykksårforebyggende arbeide kan forbedre arbeidet med å forebygge trykksår ved sykehjem og føre til reduksjon i antall trykksår. Med en tilpassing av metodeverktøyet til det enkelte sykehjemmet, mener de to deltakende sykehjemmene at verktøyet (hele eller deler av det) vil være nyttig å benytte i forebygging av trykksår i framtiden. Deltagere i arbeidsgruppen og de ansatte ved de to deltagende sykehjemmene syntes prosjektet har vært nyttig for å få økt fokus og bevisstgjøring på trykksårforebygging.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kvalitet	Quality
GRUPPE 2	Metode	Methodology
EGENVALGTE	Opplæring	Training
	Trykksårforebygging	Pressure sores prevention

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 Innledning</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Mål	4
<b>2 Utvikling av metodeverktøy</b>	<b>4</b>
2.1 Metode	4
2.2 Identifiserte rutiner, problemstillinger og ressurser ved sykehjemmene	5
2.3 Prosess og resultat	5
<b>3 Utpøving og evaluering av metodeverktøyet</b>	<b>7</b>
3.1 Skjemaer	7
3.2 Tilbakemeldinger fra ansatte	7
<b>4 Presentasjon av metodeverktøyet</b>	<b>9</b>
<b>5 Data om beboerne</b>	<b>9</b>
<b>6 Anbefalinger</b>	<b>12</b>
6.1 Registrering av trykksår	12
6.2 Risikovurdering av trykksår	12
6.3 Oppfølging av beboere	12
6.4 Undervisningspakkene	13
<b>7 Konklusjoner</b>	<b>13</b>
<b>8 Referanser</b>	<b>14</b>
<b>9 Vedlegg</b>	<b>15</b>
Vedlegg 1- Søknadsskjema for deltagelse i prosjektet	16
Vedlegg 2 - Problemstillinger	17
Vedlegg 3 – UUS Trykksår registreringsskjema modifisert for sykehjem	19
Vedlegg 4 – Braden skala for risikovurdering av trykksår	22
Vedlegg 5 – Sjekkliste for oppfølging av beboer	23
Vedlegg 6 – Kurs i registrering og risikovurdering av trykksår	24
Vedlegg 7 – Kurs i daglig oppfølging av beboer	33

## 1 Innledning

Den norske lægeforening, Kvalitetssikringsfond I, har gitt SINTEF Helse økonomisk støtte til å utvikle et metodeverktøy for å forebygge trykksår ved norske sykehjem. Hensikten med prosjektet har vært å utvikle et verktøy som bidrar til at forekomsten av trykksår reduseres og som er enkelt å bruke i det daglige arbeidet med beboerne.

### 1.1 Bakgrunn

I 2005 ble det gjennomført et prosjekt i regi av Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune. I forbindelse med utvikling av kvalitetsmålingssystemer ble det foretatt registrering av objektive kvalitetsindikatorer ved 53 sykehjem i Oslo. En av indikatorene som ble registrert, var trykksår. Resultatet viste at andelen beboere med trykksår ligger mellom 6 prosent i lavrisikogruppen (beboere med mindre omfattende hjelpebehov for å kunne bevege seg i sengen) og 22 prosent i høyrisikogruppen (beboere med omfattende hjelpebehov for å kunne bevege seg i sengen) (Oslo kommune 2005). Selv om det ble anmodet om forsiktighet i bruk av tallene, viser resultatet at trykksår forekommer ved mange sykehjem.

Tall fra Sosial- og helsedirektoratet viser at andelen ufaglærte ved norske sykehjem har økt fra 10 prosent i 1995 til 30 prosent i 2005 (Kirkhusmo og Risberg 2005). Dette kan ha en sammenheng med en økende risiko for trykksår, da denne gruppen ikke har noen formell utdanning som omfatter trykksårforebyggende arbeide. Med hensyn til dette er det spesielt viktig å inkludere også ufaglærte i kompetanseheving, forebyggingsarbeide og rutiner.

Aldersgruppen over 80 og over 90 år øker i Norge, og beboere ved sykehjem blir stadig eldre som følge av dette. Sykehjemsbeboere har ofte dårlig helse og høy forekomst av sykdom (Fryjordet 2001). Mange beboere ved sykehjem er av den grunn ofte sengeliggende eller rullestolbrukere og ligger eller sitter passive store deler av dagen. På grunn av manglende bevegelse og i tillegg nedsatt allmenntilstand har disse beboerne en høy risiko for å utvikle trykksår. Med trykksår reduseres helsen ytterligere. Derfor bør fokus rettes mot forebyggende tiltak. Utfordringen ligger i å sette i gang tiltak som kan motvirke en uønsket utvikling.

Trykksår er et sammensatt problem der mange årsaksfaktorer bidrar. Utvikling av et metodeverktøy for systematisk forebygging av trykksår vil gi en helsemessig gevinst for den enkelte og en økonomisk gevinst for samfunnet.

Gjennom dette prosjektet er det utviklet et metodeverktøy for forebygging av trykksår. I denne rapporten beskrives hvordan metodeverktøyet ble utviklet og prøvd ut ved to sykehjem i Oslo, og hvordan det kan brukes videre i trykksårforebyggende arbeide.

## 1.2 Mål

Målet med prosjektet var å utvikle et metodeverktøy for å redusere risiko for utvikling av trykksår blant beboere ved norske sykehjem.

Metodeverktøyet skulle inneholde en opplæringspakke med:

- metode for registrering av trykksår og registrering av alvorlighetsgrad på trykksår
- metode for risikovurdering
- retningslinjer for å forebygge trykksår

Delmål I:

Utvikle et enhetlig metodeverktøy for registrering, risikovurdering og forebygging av trykksår basert på eksisterende skjema for registrering og risikovurdering.

Delmål II:

Prøve ut metodeverktøyet ved to sykehjem og evaluere verktøyet.

Delmål III

Presentere metodeverktøyet for aktuelle helsefaggrupper og administrativ ledelse ved noen sykehjem.

## 2 Utvikling av metodeverktøy

Utvikling av metodeverktøyet ble gjennomført høsten 2006. I tillegg til SINTEF Helse deltok en tverrfaglig gruppe ansatte ved to sykehjem i Oslo i dette arbeidet. En referansegruppe ble opprettet for å kvalitetssikre. Under dette punktet beskrives hvordan utviklingen av metodeverktøyet foregikk (metode) og resultatet arbeidsgruppen kom fram til.

### 2.1 Metode

Det ble sendt ut forespørsel til 10 sykehjem i Oslo om å delta i prosjektet. Et strategisk utvalg sykehjem, basert på oversikten over sykehjem i Oslo presentert i sykehjemsprosjektet i 2005, ble tilskrevet. Utvalget representerte både kommunale og private sykehjem, store og små sykehjem og sykehjem sentralt i Oslo og fra utkanten av Oslo. Interesserte sykehjem ble bedt om å søke om å delta i prosjektet (vedlegg 1).

Kriterier for deltakelse var at ledelsen og ansatte var engasjerte i trykksårproblematikk og at de ønsket å forbedre sine rutiner på området. For å kunne delta i prosjektet, måtte en til to ansatte ved sykehjemmet ha anledning til å delta i en arbeidsgruppe for å utvikle metodeverktøyet og bistå i utprøvingen av dette. Sykehjemmene oppgav i søknaden hvilke faggrupper de ønsket å ha med i prosjektet. Det ble i søknadsskrivet påpekt at sykehjemmene ville ha direkte nytte av å delta i prosjektet med tanke på sykehjemmets eget kvalitetssikringsarbeid.

To sykehjem ble valgt ut til å delta på bakgrunn av kriteriene nevnt over, et privat sykehjem og et kommunalt sykehjem. Det private sykehjemmet var et mindre sykehjem med rundt 100 beboere, mens det kommunale var større med ca. 150 beboere. Ved det private sykehjemmet hadde de kun faste plasser, og alle beboerne var inkludert i prosjektet. Ved det kommunale sykehjemmet hadde de både faste plasser og korttidsplasser. Beboerne ved en avdeling med faste plasser og en avdeling med korttidsplasser ble inkludert.

På oppstartmøtet ble to sykepleiere fra Ullevål Universitetssykehus (UUS) med hovedfag med tema innenfor trykksårproblematikk invitert i tillegg til representantene fra de to sykehjemmene. Fra SINTEF deltok prosjektleder, prosjektmedarbeider og kvalitetssikrer. På oppstartmøtet ble arbeidsgruppen og referansegruppen etablert og deres oppgaver diskutert og avklart. Arbeidsgruppens mandat var å utarbeide et metodeverktøy, forberede et undervisningsopplegg og sette opp en plan for utprøvingen av metodeverktøyet. Referansegruppens mandat var å kvalitetssikre metodeverktøyet som arbeidsgruppen utarbeidet før utprøving på sykehjemmene og å bistå arbeidsgruppen faglig underveis.

Arbeidsgruppen var sammensatt av en lege, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sykepleier og en hjelpepleier fra sykehjemmene. Fra SINTEF deltok prosjektleder og prosjektmedarbeider. I referansegruppen deltok en sykepleier (doktorgradsstipendiat) fra UUS, prosjektleder og kvalitetssikrer av prosjektet. Ved behov møtte også prosjektmedarbeider i referansegruppen. Det var ønskelig å ha fagkonsulent fra sykehjemmene med i referansegruppen, men på grunn av for stort tidspress, lot ikke dette seg gjøre. De ble imidlertid holdt orientert om arbeidet og deltok i organiseringen av undervisningen som ble holdt ved de to sykehjemmene. Det ble avholdt fire arbeidsgruppemøter og to referansegruppemøter i forbindelse med utviklingsarbeidet.

Arbeidsgruppen gjennomgikk de mest brukte skjemaer for registrering av trykksår og risikovurdering.

Eksisterende skjemaer som ble gjennomgått, var:

- Ullevål Universitetssykehus trykksårregistreringsskjema
- Registreringsskjema for objektive kvalitetsindikatorer i Oslo kommune
- Braden skala for risikovurdering
- Norton skala for risikovurdering
- Waterlow skala for risikovurdering

## **2.2 Identifiserte rutiner, problemstillinger og ressurser ved sykehjemmene**

For å få fram og synliggjøre problemstillinger knyttet til arbeidet med forebyggende tiltak, startet arbeidet i arbeidsgruppen med å få fram eksisterende rutiner ved sykehjemmene.

Problemstillinger ble knyttet til system og organisering, bemanning, kvalitet, opplæring og kompetanse og utstyr (vedlegg 2). I tillegg ble ressursene ved sykehjemmene diskutert. Ressurser ved sykehjemmene var:

- o tverrfaglighet
- o kompetanse
- o at sykehjemmene har fokus på kvalitet og er engasjerte i problematikken
- o at det finnes noe trykkavlastende utstyr
- o at sykehjemmene har rutiner for opplæring
- o kapasitet

Med denne gjennomgangen fikk vi oversikt over faktorer rundt arbeidet med forebygging av trykksår som var viktig å ta hensyn til med tanke på utprøvingen av metodeverktøyet.

## **2.3 Prosess og resultat**

Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i registreringskjema for objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem som brukes i Oslo kommune, fordi dette var kjent for de ansatte ved sykehjemmene. Dette skjemaet er ikke primært beregnet for registrering av trykksår, men dekker ulike kvalitetsindikatorer. Skjemaet har et felt om trykksår, men det registreres ikke hvor på kroppen

trykksåret er eller om beboeren har flere trykksår. Heller ikke alvorlighetsgraden av trykksår registreres. Gruppen mente det var nødvendig å vite hvor på kroppen trykksåret var og likeledes graden av trykksår fordi aktuelle tiltak er avhengig av dette. Ullevål Universitetssykehus, Trykksårregistrering - registreringsskjema (Bjørø 2002) ble derfor valgt. Ved å benytte dette skjemaet ville man få opplysning om både alvorlighetsgrad av trykksår og hvor på kroppen trykksåret var. I skjemaet beskrives de ulike alvorlighetsgradene av trykksår. Med tillatelse fra Bjørø ble skjemaet modifisert for sykehjem (vedlegg 3).

Også når det gjaldt risikovurdering tok arbeidsgruppen utgangspunkt i registreringsskjema for objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem. Viktige risikofaktorer som sensibilitet, aktivitet, fuktighet og ernæring ble diskutert. Gruppen kom fram til at skjemaet for kvalitetsindikatorer ikke var tilstrekkelig på bakgrunn av dette. Blant skjemaene Braden skala, Norton skala og Waterlow skala var Braden skala det skjemaet arbeidsgruppen mente i størst grad dekket faktorene som ble nevnt over. Den norske versjonen av skjemaet Braden Scale, Braden skala (Bjørø 1998), ble ut fra dette valgt som risikovurderingsskjema (vedlegg 4).

Arbeidsgruppen mente det var viktig å dokumentere oppfølgingen av forebyggende tiltak for den enkelte beboer. Derfor utarbeidet arbeidsgruppen en sjekklister for daglig oppfølging av beboerne. Denne sjekklisten inneholdt forebyggende tiltak som gruppen mente var viktig å dokumentere, samt dokumentasjon ved observasjon av trykksår hos beboeren (vedlegg 5).

Arbeidsgruppens valg av eksisterende skjema (registreringsskjema for trykksår og risikovurderingsskjema) og sjekklisten for oppfølging ble gjennomgått i referansegruppen. Nødvendig modifisering av eksisterende skjema ble kvalitetssikret og godkjent.

For å kunne benytte de ulike skjemaene, mente arbeidsgruppen at det var nødvendig å holde kurs for de ansatte ved sykehjemmene. SINTEF Helse utarbeidet et forslag til kursopplegg som ble gjennomgått i arbeidsgruppen.

Det ble utarbeidet to typer kurs:

- et for å gjennomgå bruk av registreringsskjema for trykksår og risikovurderingsskjemaet, samt gjennomgang av forebyggende tiltak (vedlegg 6)
- et for å gjennomgå bruk av sjekklisten for oppfølging av forebyggende tiltak (vedlegg 7)

Det første kurset var for sykepleiere og hjelpepleiere med fagansvar og det andre kurset for ansatte som hadde det daglige oppfølgingsansvaret. Dette kunne være både faglærte og ufaglærte.

Organiseringen av kursene ble avklart med arbeidsgruppen og fagkonsulentene ved sykehjemmene i begynnelsen av januar 2007, og kursene ble gjennomført i løpet av januar.

Kursene ble holdt ved hvert sykehjem for å unngå at ansatte var for lenge borte fra jobben. Det ble avholdt ett kurs for fagansvarlige på hvert sykehjem som varte to timer. Kurset om bruk av sjekklisten for faglærte og ufaglærte ble avholdt 2-3 ganger ved hvert sykehjem og varte i ca. en time. Tidspunktene for kursene ble satt slik at flest mulig kunne delta. Ved begge sykehjemmene ble det utarbeidet en mappe som inneholdt alle skjemaene og begge kurspresentasjonene. Begge sykehjemmene har faste undervisningsopplegg for ansatte, og målet på sikt er at kursene kan legges inn i sykehjemmenes egne undervisningsopplegg. Kurspresentasjonene ligger som vedlegg 6 og 7 i rapporten.

På begge kursene ble det lagt opp til dialog; diskusjon og gruppeoppgaver, i tillegg til foredrag. Dette for å få frem og jobbe med de ansattes egne erfaringer og holdninger.

### 3 Utprøving og evaluering av metodeverktøyet

Utprøvningsperioden startet 1. februar og ble avsluttet 31. mai, 2007. Evalueringen i bruken av skjemaene ble gjennomført tre ganger; 28. februar, 13. april og 11. juni. I alt 134 beboere var inkludert i prosjektet ved start. Under dette punktet beskrives metoden for gjennomføringen av utprøvingen og resultatene av utprøvingen.

#### 3.1 Skjemaer

Skjemaene som ble prøvd ut, var:

- Registreringsskjema for trykksår, Ullevål Universitetssykehus (Bjøro, UUS, revidert utgave 2002), modifisert for sykehjem
- Braden skala for risikovurdering (Braden og Bergstrøm, 1988, oversatt av Bjøro)
- Sjekkliste for forebyggende tiltak (utarbeidet av SINTEF Helse og arbeidsgruppen)

Registreringsskjemaet for trykksår og risikovurderingsskjemaet ble fylt ut på alle beboere som var inkludert i prosjektet 1. februar, og de utfylte skjemaene ble sendt til SINTEF Helse. Skjemaene ble anonymisert før de ble sendt til SINTEF. Dataene ville gi oss bakgrunnsinformasjon om beboernes aldersfordeling, kjønnsfordeling, samt bruk av trykkavlastende madrasser og antall beboere med trykksår. Videre ville dataene kunne indikere om det var en sammenheng mellom risiko for trykksår og forekomst av trykksår.

Registreringsskjemaet for trykksår ble på nytt fylt ut på alle inkluderte beboere 31. mai. På denne måten kunne vi registrere endringer i trykksårutviklingen i denne perioden. Det er imidlertid viktig å påpeke at noen beboere falt fra i perioden og nye kom til, men vi vet ikke hvor mange dette dreier seg om. Derfor ville tallene ikke være direkte sammenlignbare, men kun indikere om antall trykksår generelt viser en endring. Siden hovedmålsetningen med prosjektet ikke var å samle inn beboerdata, men å prøve ut metodeverktøyene, har vi ikke gjort omfattende analyser av de innsamlede dataene nevnt over.

Risikovurderingsskjemaet, som var inkludert i prosjektet, ble fylt ut ved innleggelse av nye beboere og ved funksjonsendring hos beboere. Dette ble gjort for å sikre at beboerne fikk den oppfølgingen de trengte i forhold til risiko og funksjon.

Arbeidsgruppen besluttet at de ansatte som hadde det daglige oppfølgingsansvaret/ kontakten med beboerne, skulle benytte sjekklisten hver dag i hele februar for å øke fokuset på forebyggingsarbeidet. Sjekklisten ble så evaluert, og oppfølgingsarbeidet ble bedre tilpasset hvert sykehjem. Ved andre gangs evaluering ble sjekklisten ytterligere revidert og forenklet.

#### 3.2 Tilbakemeldinger fra ansatte

Det ble foretatt evalueringer av metodeverktøyet underveis i utprøvningsperioden. Evalueringen ble gjort gjennom fokusgruppeintervjuer med ansatte som var direkte involvert i utprøvingen av metodeverktøyet på sykehjemmene. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer ved begge sykehjemmene tre ganger i løpet av utprøvningsperioden (1. februar til 31. mai).

Generelle tilbakemeldinger:

I begynnelsen av utprøvningsperioden og i kjølvannet av undervisningen var bevisstheten rundt trykksårforebygging høy blant de ansatte. Etter hvert 'dabbet' bevisstheten litt av. Det ble mye papirarbeid som tok tid bort fra beboerne, ble det sagt. Fra det ene sykehjemmet var det ikke med sykepleier i arbeidsgruppen. Det ble derfra påpekt viktigheten av at sykepleiere og hjelpepleiere burde involveres fra starten av i et slikt prosjekt, fordi det er de som har ansvar for den daglige

oppfølgingen av beboerne. Det ble dessuten påpekt et behov for tiltak som øker bevisstheten rundt trykksårforebygging og rutiner som holder bevisstheten oppe.

Oppsummert var tilbakemeldingene på bruken av registreringskjemaet (UUS):

- Viktig at ansvaret ligger hos sykepleier, som har det faglige ansvaret
- Fint for å bevisstgjøre på trykksårutsatte kroppsdeler
- Skjemaet er ikke viktig i forebyggingsarbeidet
- Sykehjemmene har ikke behov for å fortsette med dette skjemaet etter prosjektperioden; de har egne rutiner som sikrer at nye sår registreres

Oppsummert var tilbakemeldingene på bruk av risikovurderingskjemaet (Braden):

- Skjemaet var greit å fylle ut og inneholdt relevante punkter for risiko
- Sykehjemmene syntes skjemaet var nyttig for bevisstgjøring i forhold til trykksårrisiko
- Viktig at flere personer (minst to) som kjenner beboeren fyller ut skjemaet sammen, da ulike personer kan ha ulike vurderinger
- Viktig å bestemme forebyggende tiltak ut fra hvert punkt i Braden skjemaet, ikke bare etter total skår, som noen ganger kan være misvisende
- Sykehjemmene ønsker å fortsette å bruke Braden skjemaet

Oppsummert var tilbakemeldingene på bruk av sjekklisten:

- Ansatte ble mer bevisste på forebyggende tiltak
- Ansatte meldte oftere fra til ansvarlig pleier om rødhet på huden hos beboere
- Skjemaet var tidkrevende å bruke, og følt i mange tilfeller veldig unyttig.

Etter første evaluering av sjekklisten valgte arbeidsgruppen å la de ansatte sjekke beboerne individuelt. Dette førte imidlertid til mye rot med flere forskjellige rutiner, og det var vanskelig å huske hvem som skulle sjekkes og når. Ved andre gangs evaluering ble skjemaet ytterligere forenklet. De forebyggende tiltakene ble innarbeidet i brukerdokumentasjonen med en forenklet liste pr. beboer pr. år.

Oppsummert var tilbakemeldinger etter denne forenklingen:

- Sjekklisten kan benyttes som dokumentasjon for om tiltakene fungerer eller ikke
- Mest nyttig for dem som har høy risiko for sår eller har sår
- Mye jobb med avkryssing hver dag
- Noen mener man bør krysse av hver dag på alle beboerne for å klare å følge rutinen
- Det er pr. i dag ikke noe alternativ til sjekklisten ved noen av de to sykehjemmene
- Sjekklisteskjemaet har vært for tungvint og bør integreres bedre i de eksisterende rutinene
- **VIKTIG** å holde fokuset oppe, følge med på huden, følge opp tiltak, osv.

Tilbakemeldinger om undervisningsopplegget

- Veldig nyttig
- Vi fikk økt bevissthet og kunnskap om forebygging
- Bør ikke vare lenger enn en time
- Sykehjem bør ha slike kurs jevnlig 1-3 ganger pr. år
- Det bør være enda mer fokus på forebyggende tiltak – med konkrete eksempler



## 4 Presentasjon av metodeverktøyet

Etter at metodeverktøyet var utviklet og prøvd ut ved sykehjemmene, ble resultatene fra prosjektet presentert på et seminar i regi av sykehjemsetaten i juni 2007. Invitasjoner til seminaret ble sendt ut til noen sykehjem i Oslo, samt lagt ut på [www.sykehjemsetaten.no](http://www.sykehjemsetaten.no), slik at invitasjonen ble formidlet til alle sykehjemmene i Oslo. På seminaret var alle ansatte i sykehjem invitert; både fagansatte, administrativt ansatte, ledelse og ufaglærte.

Presentasjonen ble utarbeidet og presentert av SINTEF Helse, men med innspill fra arbeidsgruppen. Representanter fra arbeidsgruppen var til stede på seminaret, og en av dem holdt et lite innlegg på slutten av seminaret. I tillegg var både representanter fra SINTEF og de andre representantene fra arbeidsgruppen, tilgjengelige for spørsmål og kommentarer etter seminaret.

## 5 Data om beboerne

Siden dette er et metodeutviklingsprosjekt, er beboerdataene først og fremst interessante som bakgrunnsinformasjon. I tillegg kan registreringen av antall trykksår ved start og slutt gi oss en pekepinn på om utprøvingen av metodeverktøyet har ført til endring i antall trykksår. Det er viktig å ta hensyn til at det totale antall trykksår er relativt lite; totalt 22 sår. Dataene under er hentet fra Registreringsskjema for trykksår - Ullevål skjema og Braden skala for risikovurdering. Informasjonen er presentert samlet for begge sykehjemmene.

### Beboerne:

Totalt antall beboere som var inkludert i prosjektet fra de to sykehjemmene samlet:

- Registrert 1. februar: 134 beboere
- Registrert 31. mai: 138 beboere

Profilen på beboerne vurdert ut fra tallene fra februar og mai varierte svært lite. Tallene under er hentet fra februardataene.

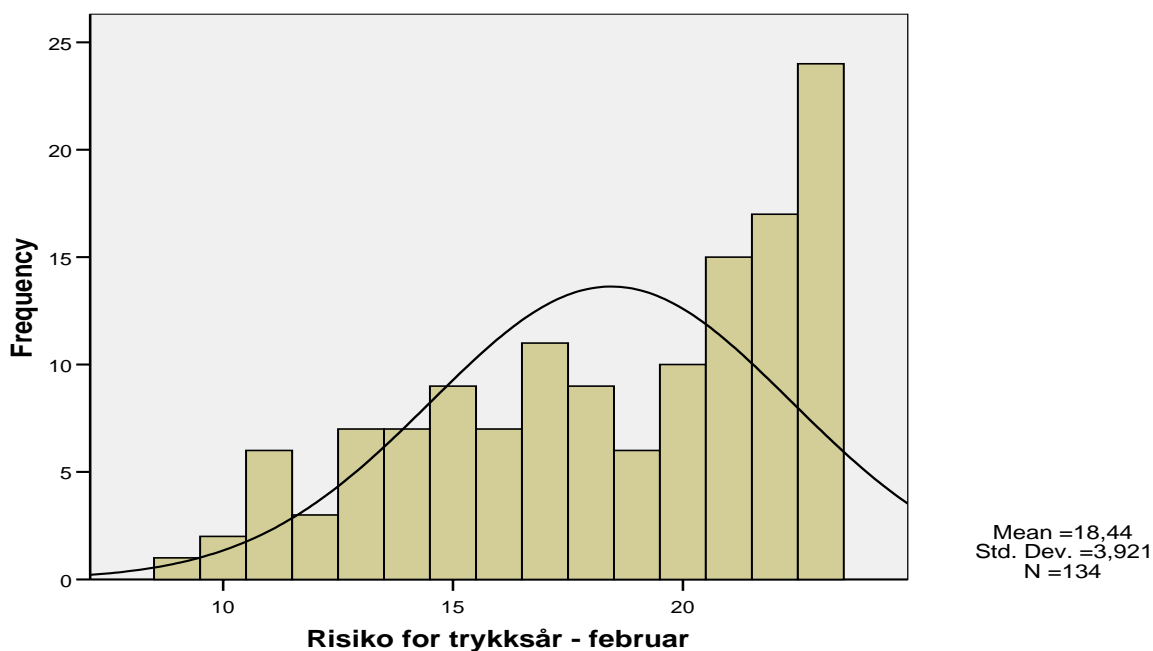
- Kjønn: 68 % kvinner, 32 % menn
- Alder: 68 % er 81 år eller eldre (20 % er over 91 år)
- Type plass på sykehjem:
  - Ved det kommunale sykehjemmet:
    - Fast: 49 %
    - Korttid: 51 %
  - Ved det private sykehjemmet:
    - Fast: 100 %

### Trykksårforebygging:

- Madrass:
  - Standard skummadrass: 66 %
  - Trykkavlastende madrass (luftmadrass/ tempur/ mm.): 34 %

### Beboernes risiko for trykksår og andel trykksår:

- Beboernes risiko vurdert ut fra Braden skala:



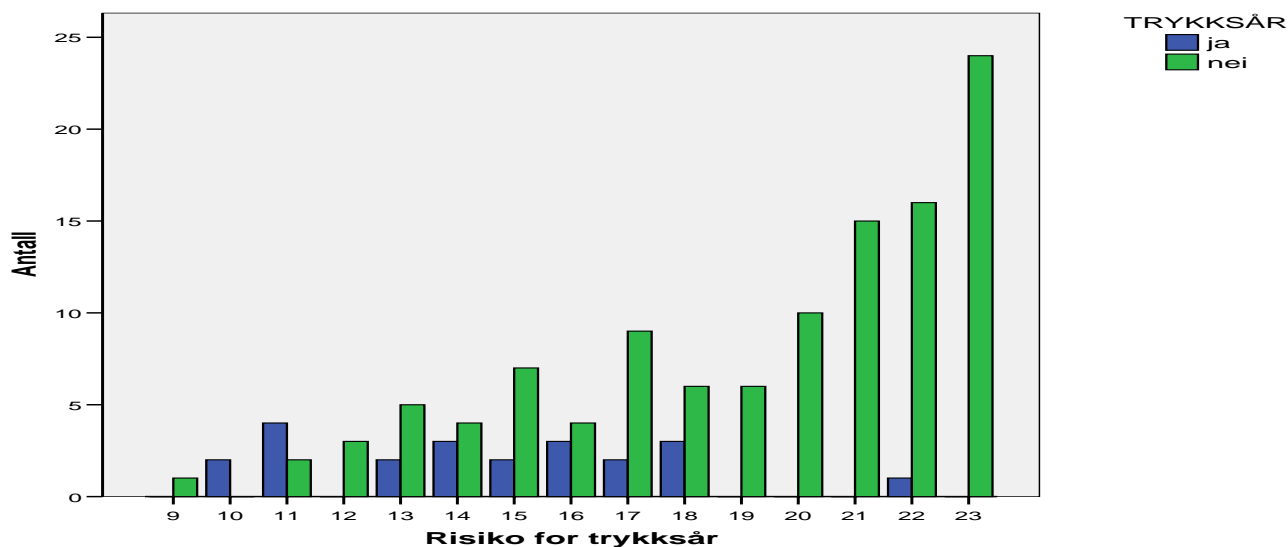
Figur 1. Andel beboere (y-aksen) fordelt på risiko for trykksår vurdert ut fra braden skala (x-aksen)

- Ingen risiko: 18 og over
- Lav risiko: 15 -18
- Medium risiko: 13- 14
- Høy risiko: 10- 12
- Svært høy risiko: 9 og under  
(fra Braden skala)

Figur 1 viser et gjennomsnitt på 18, 4; det vil si lav eller ingen risiko. De som skårer lavere enn 18 har risiko for trykksår. En del beboere har medium og høy risiko for å få trykksår.

- Andel beboere med trykksår:
  - Ved innleggelse i sykehjem: 6%
  - Ved registrering i februar: 16, 4 %
  - Ved registrering i mai: 7, 2 %

Tallene over viser en reduksjon i andel beboere med trykksår i mai sammenlignet med februar. Det må her taes i betraktning at disse tallene ikke nødvendigvis er sammenlignbare, da det kan være snakk om en litt annen populasjon ved registreringen i mai enn ved registreringen i februar.



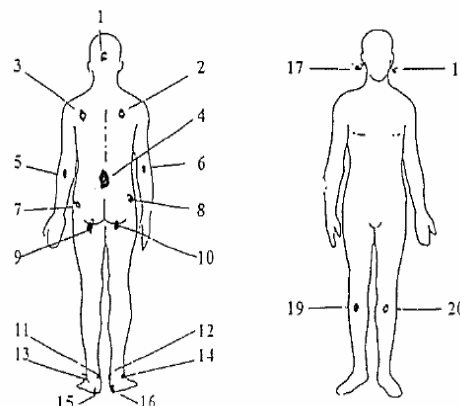
Figur 2. Antall beboere med og uten trykksår i forhold til grad av risiko.

Tallene for risiko i figur 2 er basert på Braden skala for risikovurdering av trykksår. Jo lavere skåren er, jo høyere er risikoen for å utvikle trykksår. Figur 2 viser at én beboer har trykksår tross for ingen risiko. Ellers sees en tendens til økende forekomst av trykksår ved økende risiko for trykksår.

### Lokalisasjon og stadium på trykksår:

Figur 1.

1. Bakhode
- 2./3. Skulder, h./v.
4. Korsbenet (Sacrum)
- 5./6: Albu, v./h.
- 7./8. Store lårbensknute (trochanter major), v./h.
- 9./10. Sittebensknute (Tuber ischii), v./h.
- 11./12. Indre ankelben, v./h
- 13./14. Ytre ankelben, v./h.
- 15./16. Hæl, v./h.
- 17./18. Øreflippen, h./v.
- 19./20. Kne, h./v.
21. Annet, spesifiser A/B



Andel sår i %:

- 4: 16 %
- 7/8: 17 %
- 9/10: 29 %
- 13/14: 10 %
- 15/16: 26 %
- 20: 3 %

(Figuren er hentet fra Registreringsskjema for trykksår fra Ullevål universitetssykehus)

Figur 3. Fordeling av trykksår etter lokalisasjon

Figur 3 viser at flest trykksår oppstår på korsbenet, på hoftene, på sittebensknutene, på anklene og på hælene.

Blant beboerne som hadde trykksår, hadde de fleste sår i stadium 1 og 2.

### Oppsummering:

Resultatene fra beboerdataene viser at andelen beboere med trykksår har gått ned fra begynnelsen til slutten av prosjektperioden (februar 16,4 % til mai 7,2 %). Det kan være ulike årsaker til denne positive endringen. Blant annet kan det være en liten endring i beboersammensetningen. Trolig er registreringene i februar og mai gjennomført på samme måte (samme skjema, samme personer, osv.), slik at forekomsten faktisk var lavere i mai. I tillegg vet vi at de fleste trykksårene som ble registrert i februar var i stadium 1 eller 2, og dette er de stadiene på et trykksår hvor det er lettest å reversere og behandle såret. Ut fra den betydelige innsatsen som er gjort blant de ansatte ved

sykehjemmene i løpet av prosjektperioden er det sannsynlig at forekosten for trykksår reelt har gått ned. De ansatte ved begge sykehjemmene har hatt en økt bevissthet rundt trykksårforebygging i prosjektperioden, og de har fått mer kunnskap om forebyggingsarbeidet.

## 6 Anbefalinger

Under skisserer vi anbefalinger fra prosjektets arbeidsgruppe for bruken av metodeverktøyet i trykksårforebyggende arbeid ved sykehjem.

### 6.1 Registrering av trykksår

- Ved de to deltagende sykehjemmene gjøres trykksårregistrering i dag i registreringsskjema for objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem. Dette skjemaet er et skjema som alle sykehjem i Oslo er pålagt å fylle ut. I dette skjemaet registreres det kun om en beboer har trykksår eller ikke, men ikke hvor mange trykksår, hvor på kroppen eller alvorlighetsgrad. Arbeidsgruppen mente at denne dokumentasjonen, for trykksår, med fordel kunne vært noe mer detaljert. Derfor ble registreringsskjema for trykksår fra Ullevål universitetssykehus benyttet. Sykehjemmene mente imidlertid at dette skjemaet var litt for detaljert og tidkrevende å fylle ut, og de ønsker seg et noe enklere skjema.
- For å få bedre og mer utfyllende registrering av trykksår i sykehjem kan man benytte registreringsskjemaet fra UUS (modifisert for sykehjem, vedlegg 3) eller integrere flere spørsmål om trykksår, alvorlighetsgrad og plassering på kroppen i registreringsskjema for objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem, som sykehjemmene i Oslo benytter.

### 6.2 Risikovurdering av trykksår

- Sykehjemmene mente Braden skala for risikovurdering av trykksår var et meget nyttig verktøy som de ønsker å benytte videre.
- Skjemaet bør fylles ut av ansvarlig sykepleier som kjenner den aktuelle beboeren, eller eventuelt av sykepleier i samarbeid med annet pleiepersonell som kjenner beboeren.
- Skjemaet bør fylles ut på alle beboere i sykehjem, og på alle ved innleggelse i sykehjem. Videre bør skjemaet fylles ut på nytt dersom en beboer får endret funksjonsnivå eller endret fysisk helsetilstand.
- Skjemaet bør oppbevares eller integreres i beboerens brukerdokumentasjon.

### 6.3 Oppfølging av beboere

- Daglig oppfølging bør gjøres på beboere som er i risikozonen for trykksår (inkludert lav risiko), og oppfølgingen/ sjekklisteskjemaene bør integreres i den eksisterende brukerdokumentasjonen.
- Sjekklisten kan eventuelt begrenses til ett eller to punkter som det skal krysses av på daglig i brukerdokumentasjonen. Alternativt kan det utarbeides en oversikt per beboer med avkryssning som går over ett år, eller en liste per måned for alle beboerne på en avdeling/ post. Det kan variere fra sykehjem til sykehjem og fra avdeling til avdeling hva som er mest hensiktsmessig.
- Daglig oppfølging bør gjøres av den/ de som har ansvaret for det daglige stedet/ oppfølgingen av beboeren, og avvik eller endringer meldes fra om til ansvarlig sykepleier med en gang.

#### **6.4 Undervisningspakkene**

- Undervisningspakkene var svært nyttige, og tilsvarende undervisning anbefales av de deltagende sykehjemmene til bruk i andre sykehjem, og alle ansatte som jobber i direkte kontakt med beboerne.
- Undervisningen bør avholdes 1-3 ganger per år. Kurset bør ikke vare mer enn 1 time, det bør avholdes på sykehjemmet, i et tidsrom som passer for de ansatte og i forhold til de daglige rutinene på sykehjemmene.
- Eksempel på undervisningspakker ligger i vedlegg 6 (undervisning for sykepleier og annet personell med faglig ansvar for beboerne) og vedlegg 7 (undervisning for ufaglært personell og annet personell som har ansvaret for den daglig oppfølgingen av beboerne)

### **7 Konklusjoner**

Av resultatene fra dette prosjektet ser det ut til at undervisning av ansatte og dokumentasjon av arbeidet på en organisert og systematisk måte kan forbedre arbeidet med å forebygge trykksår ved sykehjem og føre til reduksjon i antall trykksår. Med en tilpassing av metodeverktøyet til det enkelte sykehjemmet, mener de to deltagende sykehjemmene at verktøyet (hele eller deler av det) vil være nyttig å benytte i forebygging av trykksår i framtiden. Metodene bør integreres i eksisterende rutiner og brukerdokumentasjon i hvert enkelt sykehjem, slik at det ikke blir for omfattende og tidkrevende, men et verktøy som er passe enkelt å benytte i en travel hverdag. Deltagere i arbeidsgruppen og de ansatte ved de to deltagende sykehjemmene syntes prosjektet har vært nyttig for å få økt fokus og bevisstgjøring på trykksårforebygging.

## 8 Referanser

Bjøro, K. (1998). The Braden Scale for predicting pressure sore risk, Bergstrøm, Braden, Laguzza, Holman. Norsk oversettelse.

Bjøro, K. (2002). Ullevål Universitetssykehus, trykksårregistrering - registreringsskjema.

Fryjordet, J. (2001). Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten fra Den norske lægeforening.

Kirkhusmo, A og Risberg, T. (2005). Ufaglærte driver eldreomsorgen. NRK.no/Puls, 14.02.05.

Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2005). Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem i Oslo kommune. Rapport.

[www.sykehjemsetaten.no](http://www.sykehjemsetaten.no)

Bildene fra undervisningspakkene er hentet fra:

European Pressure Ulcer Advisory Panel: [www.epuap.org](http://www.epuap.org)

## **9 Vedlegg**

Vedlegg 1- Søknadsskjema for deltagelse i prosjektet

Vedlegg 2 - Problemstillinger

Vedlegg 3 – UUS Trykksår registreringskjema modifisert for sykehjem

Vedlegg 4 – Braden skala for risikovurdering av trykksår

Vedlegg 5 – Sjekkliste for oppfølging av beboer

Vedlegg 6 – Kurs i registrering og risikovurdering av trykksår

Vedlegg 7 – Kurs i daglig oppfølging av beboer





## Vedlegg 2 - Problemstillinger

### Problemstillinger

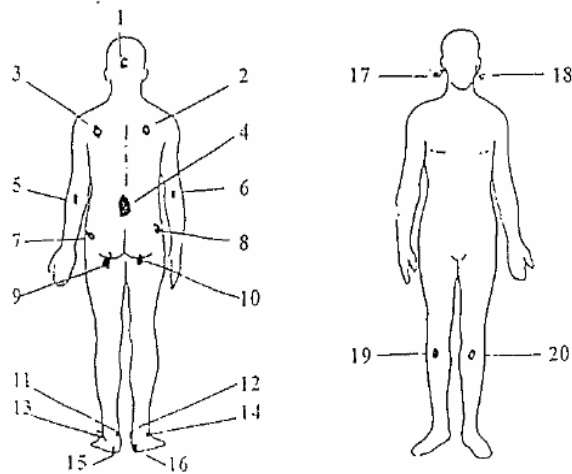
- System og organisering:
  - Ansatte setter seg ofte ikke inn i (leser ikke) dokumentasjon om trykksår og i rutiner (i brukermappa)
  - Kommunikasjon innad i systemet; hvem har ansvaret for å gi/ videreføre beskjeder (om sår/ mulige sår/ risiko for sår) til hvem?
  - Rapportering; Dårlig daglig rapportering, ofte flere som går hjem 14.00, så det er kun 1-2 igjen som gir rapport til kveldsvakter. Ofte lite beskjed om oppfølging og tiltak. Det varierer fra avdeling til avdeling når og hvor ofte det er rapport.
  - Sykepleiervikarer som ikke følger igangsatte sårprosedyrer, men lager nye prosedyrer. Eller andre som igangsetter prosedyrer uten å følge opp (dårlig kommunikasjon om rutiner)
  - Dokumentasjon/ systemet: dårlig kommunikasjon og rutiner
  - Måling av objektive kvalitetsindikatorer; ha det i ryggmargen at man skal unngå trykksår (hudkontroll må sees på daglig)
- Bemanning:
  - Dårlig bemanning; morgenstell, skift, etc. går fort for seg fordi det er for få på vakt, og mange av de som er på vakt er ofte ufaglærte og vet ikke om viktige rutiner og retningslinjer (eks: snu i senga, tilte senga/ stolen, avlaste hæl, osv.).
  - Mye sykefravær; mindre bemanning fører til dårligere pleie, som kan føre til sår (underbemannet nesten daglig).
- Kvalitet, opplæring og kompetanse:
  - Mange ulike hjelpere i morgenstellet, med ulik helsefaglig bakgrunn. Ofte er det ulik ansatt hos en beboer hver dag.
  - Språkproblematikk; mange av de ansatte snakker dårlig norsk, og dette gjør at de forstår informasjon som blir gitt både skriftlig og muntlig (og all informasjon er på norsk).
  - Ved det kommunale sykehjemmet har de startet opp med et prosjekt kalt MIA, der alle som snakker dårlig norsk (de må ta en norsktest) får 60 timer gratis norsk undervisning (for mer info se; <http://www.mangfold.no/>).
  - Mange pleiere er ufaglærte; ofte flere ufaglærte enn faglærte (særlig kveld og helg). Det skal ikke være mer enn 30-40 % ufaglærte, men i praksis er det 70-90 %.
  - Dårlig opplæring i forhold til utstyr (hjelpemidler), blir ofte brukt feil. Det er sykepleier/ ergo som har ansvar for å følge opp/ gi opplæring, men det er alt for få av de.
  - Mye ekstravakter; mangelfull opplæring i forhold til rutiner/ prosedyrer (avlastning og sengeleie).
  - Kultur; ikke målbar pleie (omsorg, interesse, kontinuitet) er viktig og kan bidra til å fremskynde sårprosessen. Viktig å se på det positive som gjøres også.
  - Mangel på kunnskap; pleieassistenter vet ikke hvor viktig dette er.
  - Mangel på kunnskap; nattevaktene er redde for å vekke beboer som sover ved stillingsendring/ skift, og beboer blir derfor ikke snudd (etisk problemstilling).

➤ Utstyr:

- Forflytning; viktig å være bevisst i forflytningssituasjon (unngå friksjon i forflytning fra/til stil, seng, toalett, osv.)
- Lang ventetid/ bestillingstid på hjelpemidler (avlastningsputer, rullestoler, madrasser). Dette gjør at brukere ofte sitter/ ligger på dårlig tilpasset utstyr (bruker ofte lånt og avlagt utstyr)
- Lite hjelpemidler (lite å velge i); dårlige madrasser. Standard madrassen i seng er for begge sykehjem skumgummi madrass med plasttrekk. Madrasser med tregelastisk skum brukes også ved begge sykehjemmene, for brukere som spesielt trenger det. Noen trenger også luftmadrass, ved det kommunale sykehjemmet må dette leies inn. Det private sykehjemmet har kjøpt inn 9 luftmadrasser.



**10. Trykksårstatus**

A. Hvor har beboeren trykksår?	B. Trykksårets alvorlighetsgrad
Angi dato og tallet for markering(ene) av trykksår i figur 1. For nærmere utdyping se side 3.	Se "nøkkel for vurdering av trykksårets alvorlighetsgrad" nedenfor og utdyping på side 3. Angi stadiet som passer for hvert trykksår.
<p><b>Figur 1. Tallmarkering for knokkelfremspring hvor trykksår oppstår hyppigst.</b></p> 	<p><b>Trykksår defineres som hudskade som skyldes vedvarende trykk og medfører skade av underliggende vev.</b>  <b>Nøkkel for vurdering av trykksårets alvorlighetsgrad.</b>  <b>Stadium I:</b> Avgrenset rødt hudområde på inntakt hud: varseltegnet på sår dannelse: Rødme vedvarer utover 30-45 minutter etter trykkavlastning.  <b>Stadium II:</b> Delvis tap av hudlaget som omfatter overhud (epidermis) og deler av lærhud (dermis). Trykksåret er overfladisk og ser klinisk ut som avskrapning, blemme eller overfladisk fordypning (kavitet).  <b>Stadium III:</b> Tap av hele hudlaget med irreversibel skade av underhud (subkutant vev), og hvor skaden strekker seg ned til det underliggende sene/muskellaget. Trykksåret er en sår dannelse som klinisk ser ut som et dypt hulrom.  <b>Stadium IV:</b> Tap av hele hudlaget med omfattende skade og eller nekrose av muskel, bensubstans, sener og leddkapsel. NB! Dannelse av sår lommer kan også være tilstede ved stadium IV.            (Erfaringsgruppen for forebygging og behandling av trykksår i Helse region I (1996) UUS.</p>

## VEILEDNING FOR UTFYLING AV SKJEMA FOR TRYKKSÅRREGISTRERING

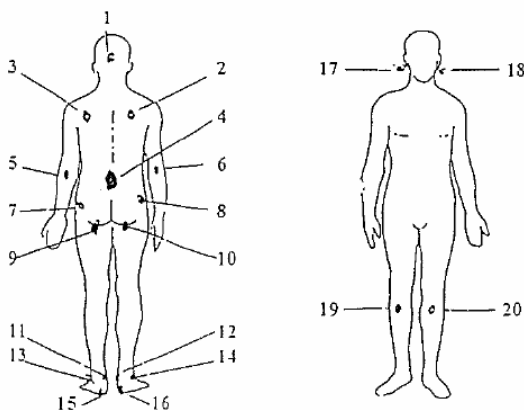
Trykksår defineres som hudskade som skyldes vedvarende trykk og medfører skade av underliggende vev. (Ref: Trykksår konsensumøte i helseregion I, 1996). Trykksår oppstår oftest over knokkelfremspring. Se figuren nedenfor. Under morgensteller på registreringsdagen, så nær opp til kl. 08.00 som mulig skal alle beboerne vurderes og undersøkes for trykksår. Dette gjøres fortrinnsvis av sykepleier (som tilkaller lege ved behov). Beboere med nedsatt mobilitet eller som har vært immobilisert er særlig utsatt og her må man være særlig på vakt. Vurderingen og undersøkelsen skjer i samarbeid med beboeren. Beboerens integritet må ivaretas.

### Skjemaet fylles ut for alle beboerne, enten de har trykksår eller ikke.

1. Beboerens navn skrives inn, og det krysses av for om beboeren bor fast på sykehjemmet eller midlertidig.
2. Skriv inn beboerens alder
3. Kryss av for aktuelt alternativ
4. Dato fylles inn ved hver gangs registrering. Ved fjerde registrering, bruk et nytt skjema som stiftes sammen med det første. Gjør en anmerkning på det første skjemaet om at beboeren har to skjema.
5. Kryss av for hvor beboeren er innskrevet fra?
6. Kryss av aktuelt alternativ. Svar "ja" hvis trykksår er dokumentert i beboerens journal ved innskriving i sykehjemmet.
7. Svar "ja" dersom trykksår i stadium I-IV er observert på registreringsdagen.
8. Kryss av for alternativet som passer. Hvis trykkavlastende madrass avkrysses, spesifiser type trykkavlastende madrass.
9. Kryss av for den mest aktuelle kroniske sykdommen beboeren har.
- 10 A. På linjen i tabellen, angi dato for registrering og tallet for markering(ene) av trykksår(ene). Ett trykksår på hver linje. Ved behov bruk to skjema og stift sammen. Gjør en anmerkning på det første skjemaet at beboeren har to skjema.

Figur 1.

1. Bakhode
- 2./3. Skulder, h./v.
4. Korsbenet (Sacrum)
- 5./6. Albu, v./h.
- 7./8. Store lårbensknute (trochanter major), v./h.
- 9./10. Sittebensknute (Tuber ischii), v./h.
- 11./12. Indre ankelben, v./h
- 13./14. Ytre ankelben, v./h.
- 15./16. Hæl, v./h.
- 17./18. Øreflippen, h./v.
- 19./20. Kne, h./v.
21. Annet, spesifiser A/B



- 10 B. Trykksår inndeles i stadier for å beskrive vevsskaden som observeres. Fire stadier for trykksår er beskrevet nederst til høyre på registreringsskjemaet. Hvert trykksår i kolonne A vurderes gjennom direkte observasjon for å bestemme stadium. I kolonne B skrives stadiet som best beskriver det enkelte trykksårets alvorlighetsgrad.

**NB!** Definisjon av stadium-inndeling begrenses av følgende forhold: Trykksår er ikke alltid slik det ser ut til å være. En nøyaktig klinisk bedømmelse av stadium er ikke mulig før såret er rensset eller revidert. Vurdering av stadium I trykksår kan være vanskelig hos beboere med mørk hudfarge.

## Vedlegg 4 – Braden skala for risikovurdering av trykksår

### Braden Skala for vurdering av trykksår

(Kilde: Bergstrøm, Braden, Laguzza, Holman, The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, 1987; 36: 205-210. Norsk oversettelse: Bjørø 1998.)

Beboerens navn: _____		Evaluators navn: _____		Dato for vurdering: _____
<b>Evnen til å oppfatte og reagere på stimuli</b> Evnen til å reagere hensiktsmessig ved ubehag som er trykkrelatert	<b>1. Totalt redusert:</b> Reagerer ikke på smertestimuli på grunn av redusert bevissthetsnivå eller sedasjon, (stønner ikke, avverger ikke) eller har redusert evne til å kjenne smerte over mesteparten av kroppens overflate.	<b>2. Meget redusert:</b> Reagerer kun på smertestimuli. Kommuniserer ikke ubehag unntatt ved stønn eller rastløshet eller har redusert evne til å oppfatte sansestimuli med begrenset evne til å kjenne smerte eller ubehag over halvparten av kroppens overflate.	<b>3. Noe redusert:</b> Reagerer på verbale stimuli men klarer ikke alltid å formidle ubehag eller behov for å bli snudd eller har noe redusert evne til å oppfatte sansestimuli med begrenset evne til å kjenne smerte eller ubehag i en eller to ekstremiteter.	<b>4. Ikke redusert:</b> Reagerer på muntlige beskjeder. Har ingen svikt i sanseapparat med begrenset evne til å kjenne eller gi uttrykk for smerte eller ubehag.
<b>Fuktighet</b> I hvor stor grad er huden utsatt for fuktighet	<b>1. Fuktig mesteparten av tiden:</b> Huden er fuktig store deler av tiden på grunn av svette, urin o.l. Fuktighet kjennes hver gang pasienten skal flyttes eller snus.	<b>2. Fuktig:</b> Huden er ofte fuktig, men ikke alltid. Sengetøyskift nødvendig minst en gang pr. vakt.	<b>3. Fuktig av og til:</b> Huden er fuktig av og til, sengetøyskift er nødvendig omtrent en gang pr. dag.	<b>4. Sjelden fuktig:</b> Huden er vanligvis tørr, sengetøyet skiftes kun til fastsatte tidspunkter.
<b>Aktivitet</b> Grad av fysisk aktivitet	<b>1. Sengeliggende:</b> Er ikke ute av sengen. Eventuelt løftes ut av sengen og løftes tilbake igjen etter meget kort tid.	<b>2. Stolbundet:</b> Evnen til å gå er svært begrenset eller mangler helt. Kan ikke bære egen kroppsvekt og/eller må ha hjelp til å komme seg over i stol eller rullestol.	<b>3. Går av og til:</b> Går av og til i løpet av dagen men kun korte avstander, med eller uten hjelp. Tilbringer mesteparten av hver vakt i seng eller stol.	<b>4. Går ofte:</b> Går utenfor rommet minst to ganger daglig og i rommet minst en gang annen hver time om dagen.
<b>Mobilitet</b> Evne til å styre kroppen og skifte stilling	<b>1. Fullstendig immobil:</b> Gjør ingen endringer i kroppens stilling eller endring av ekstremitetenes stilling uten hjelp.	<b>2. Meget begrenset:</b> Gjør av og til mindre endringer i kroppens eller ekstremitetenes stilling, men er ikke i stand til å gjøre hyppige eller større endringer uten hjelp.	<b>3. Noe begrenset:</b> Gjør hyppige eller mindre endringer i kroppens eller ekstremitetenes stilling selv.	<b>4. Ingen begrensninger:</b> Gjør store og hyppige endringer i stilling uten hjelp.
<b>Ernæring</b> Vanlig monster for fødeinntak/ernæring	<b>1. Svært dårlig:</b> Spiser aldri et fullstendig måltid. Spiser sjelden mer enn en tredjedel av maten som tilbys. Spiser to porsjoner eller mindre av proteiner (kjøtt eller melkeprodukter) pr. dag. Tar ikke drikke med ernæringstilskudd. eller Er null pr. os og/eller får kun klar væske eller intravenøst i mer enn 5 døgn.	<b>2. Sannsynligvis utilstrekkelig:</b> Spiser sjelden et fullstendig måltid og spiser kun omtrent halvparten av maten som tilbys. Proteininntak omfatter kun tre porsjoner kjøtt eller melkeprodukter pr. dag. Får ernæringstilskudd av og til. eller Får mindre enn optimal mengde flytende kost eller sondernæring.	<b>3. Tilstrekkelig:</b> Spiser mer enn halvparten av de fleste måltider. Spiser totalt fire porsjoner protein (kjøtt eller melkeprodukter) pr. dag. Avviser av og til et måltid, men tar vanligvis tilskudd hvis tilbudt. eller Får sondeernæring eller totalparenteral ernæring, som sannsynligvis tilfredsstiller ernæringsbehovet.	<b>4. Meget bra:</b> Spiser mesteparten av hvert måltid. Avviser aldri et måltid. Spiser vanligvis fire eller flere porsjoner med kjøtt og melkeprodukter. Spiser av og til mellom måltider. Har ikke behov for ernæringstilskudd.
<b>Friksjon og skyveeffekt</b>	<b>1. Problem:</b> Trenger moderat til maksimalt hjelp ved forflytning. Løfting uten gnidning mot sengetøy er ikke mulig. Glir ofte ned i sengen eller stolen. Trenger hyppig stillingsendring med maksimal assistanse. Muskelspasmer, kontrakturer eller agitasjon medfører friksjon nesten hele tiden.	<b>2. Potensielt problem:</b> Er svak og skral eller trenger noe hjelp til å bevege seg. Under forflytning glir huden til en viss grad mot laken, stol eller hjelpemidler. Opprettholder bra stilling i stol eller seng mesteparten av tiden, men glir ned av og til.	<b>3. Ikke noe øyensynlig problem:</b> Forflytter seg i seng og i stol uten hjelp og har tilstrekkelig muskelstyrke til å løfte seg helt fra underlaget ved forflytning. Opprettholder god stilling i seng eller stol til enhver tid.	
<b>Total skår:</b> Lav risiko: 15-18, medium risiko: 13-14, høy risiko: 10-12, svært høy risiko: 9 og under				



## Vedlegg 6 – Kurs i registrering og risikovurdering av trykksår

### Kurs i registrering av trykksår og risikovurdering

Mål for kurset:

Gjennomgå registrerings skjema for trykksår og risikovurderingsskjema.

Tema:

- Registrering av trykksår – UUS registrerings skjema
- Risikovurdering – Braden skala
- Forebyggende tiltak

### Betydningen av forebygging

- Ligger beboeren i sengen hele dagen, er det stor sjanse for trykksår. Hvor?
- Sitter beboeren i en stol hele dagen, er det stor sjanse for trykksår. Hvor?
- Hvorfor er det viktig å forebygge trykksår?
- Hvordan kan trykksår forebygges?
- Hva kan du gjøre for å forebygge trykksår hos beboerne?



## Europeen pressure ulcer advisory panel

### ■ Definition of a Pressure Ulcer

- A pressure ulcer is an area of localised damage to the skin and underlying tissue caused by pressure or shear and or a combination of these
- Informasjon fra EPUAP: [www.epuap.org](http://www.epuap.org)

## Stadium 0

- Det er svært viktig at utsatte punkter på kroppen til beboeren observeres og sjekkes regelmessig for å unngå at det oppstår rødhet på huden.

## Trykksår alvorlighetsgrad I

Avgrenset rødt hudområde på inntakt hud: varseltegnet på sårdannelse:  
Rødme vedvarer utover 30-45 minutter etter trykkavlastning  
(EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Dersom dere skal få redusert antall trykksår, må dere være spesielt på vakt overfor rødhet på huden (stadium 0 og I).
- Jo raskere en tendens til trykksår oppdages, dess bedre er utgangspunktet for heling.
- Når en beboer har fått en rød flekk på et utsatt sted på huden, handler det nødvendigvis ikke om manglende stell
- Men blir ikke rødheten oppdaget og får lov til å utvikle seg uten behandling, hva handler det da om?
- Ved rødhet, reager raskt med tiltak. Ikke vent til i morgen, da kan rødheten ha utviklet seg til et sår.

## Alvorlighetsgrad 1, avgrenset rødt hudområde (EPUAP)



## Alvorlighetsgrad 2 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Delvis tap av hudlaget som omfatter overhud (epidermis) og deler av lærhud (dermis). Trykksåret er overfladisk og ser klinisk ut som avskrapning, blemme eller overfladisk fordypning

## Alvorlighetsgrad 2, delvis tap av hudlaget (EPUAP)



### Alvorlighetsgrad 3 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Tap av hele hudlaget med irreversibel skade av underhud (subkutant vev), og hvor skaden strekker seg ned til det underliggende sene/muskellaget. Trykksåret er en sårdannelse som klinisk ser ut som et dypt hulrom.

### Alvorlighetsgrad 3, tap av hele hudlaget (EPUAP)



## Alvorlighetsgrad 4 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Tap av hele hudlaget med omfattende skade og eller nekrose av muskel, bensubstans, sener og leddkapsel. NB! Dannelse av sårlokker kan også være tilstede ved stadium IV.

## Alvorlighetsgrad 4, tap av hele hudlaget med omfattende skade (EPUAP)



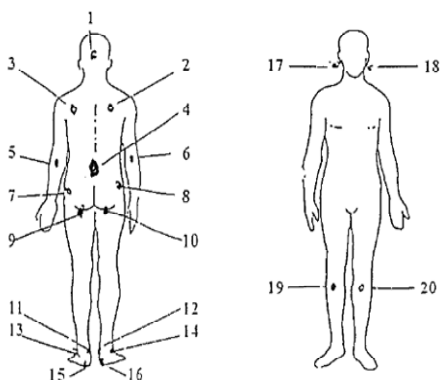
## Alvorlighetsgrad 4, nekrose (EPUAP)



## Hvor på kroppen trykksår gjerne oppstår (EPUAP, oversatt av Bjørø 2002)

Figur 1.

1. Bakhode
- 2./3. Skulder, h./v.
4. Korsbenet (Sacrum)
- 5./6: Albu, v./h.
- 7./8. Store lårbensknute (trochanter major), v./h.
- 9./10. Sittebensknute (Tuber ischii), v./h.
- 11./12. Indre ankelben, v./h
- 13./14. Ytre ankelben, v./h.
- 15./16. Hæl, v./h.
- 17./18. Øreflippen, h./v.
- 19./20. Kne, h./v.
21. Annet, spesifiser A/B



## Registreringsskjema (UUS)

- Beboerens kode
- Dato for registrering
- Registrering av trykksår
- Trykkavlastende madrass
- Beboerens kroniske sykdommer
- Trykksårstatus

## Braden skala

- Evnen til å oppfatte og reagere på stimuli
- Fuktighet
- Aktivitet
- Mobilitet
- Ernæring
- Friksjon og skyveeffekt

## Skår

- Lav risiko: 15 – 18 poeng
- Medium risiko: 13 – 14 poeng
- Høy risiko: 10 – 12 poeng
- Svært høy risiko: 9 eller færre poeng

### Forebyggende tiltak:

- Ved enhver risiko (lav, medium, høy) må det vurderes hvilke forebyggende tiltak som bør iverksettes.

Forebyggende tiltak:	Sjekkpunkter:
<b>Beboerens liggestilling endres regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har endret liggestilling i henhold til rapport.
<b>Beboerens sittestilling endres regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har endret sittestilling i henhold til rapport.
<b>Beboeren forflytter seg eller får hjelp til å forflytte seg regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har vært i fysisk aktivitet i løpet av dagen.
<b>Beboeren følges opp i forhold til toalettbesøk</b>	Sjekk at beboeren er tørr.
<b>Beboeren følges opp i forhold til mat og drikke</b>	Sjekk at beboeren spiser og drikker i henhold til rapport.
<b>Beboeren sitter på trykkavlastende sittepute</b>	Sjekk at puten ligger riktig. Ved bruk av luftpute, sjekk at det er luft i puten.
<b>Beboeren ligger på trykkavlastende madrass</b>	Ved bruk av luftmadrass, sjekk at det er luft i madrassen.



## Vedlegg 7 – Kurs i daglig oppfølging av beboer

### Kurs i daglig oppfølging

Mål for kurset:

Gjennomgå hvordan sjekklisten skal benyttes i det daglige stedet

Tema:

- Betydningen av forebygging
- Observasjon av beboeren
- Bruk av sjekklisten

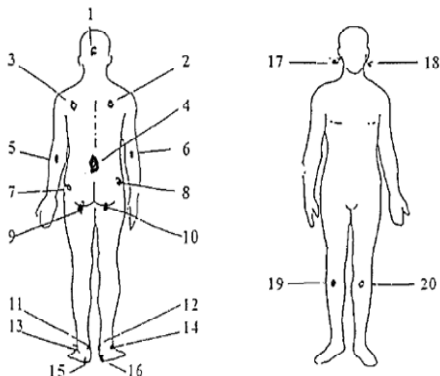
### Betydningen av forebygging

- Ligger beboeren i sengen hele dagen, er det stor sjanse for trykksår. Hvor?
- Sitter beboeren i en stol hele dagen, er det stor sjanse for trykksår. Hvor?
- Hvorfor er det viktig å forebygge trykksår?
- Hvordan kan trykksår forebygges?
- Hva kan du gjøre for å forebygge trykksår hos beboerne?

## Hvor på kroppen trykksår gjerne oppstår (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

Figur 1.

1. Bakhode
- 2./3. Skulder, h./v.
4. Korsbenet (Sacrum)
- 5./6: Albu, v./h.
- 7./8. Store lårbensknute (trochanter major), v./h.
- 9./10. Sittebensknute (Tuber ischii), v./h.
- 11./12. Indre ankelben, v./h
- 13./14. Ytre ankelben, v./h.
- 15./16. Hæl, v./h.
- 17./18. Øreflippen, h./v.
- 19./20. Kne, h./v.
21. Annet, spesifiser A/B



## Stadium 0

- Det er svært viktig at utsatte punkter på kroppen til beboeren observeres og sjekkes regelmessig for å unngå at det oppstår rødhet på huden.

## Alvorlighetsgrad 1 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Avgrenset rødt hudområde på inntakt hud: varseltegnet på sårdannelse: Rødme vedvarer utover 30-45 minutter etter trykkavlastning.

## Alvorlighetsgrad 1, avgrenset rødt hudområde (EPUAP)



## Alvorlighetsgrad 2 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Delvis tap av hudlaget som omfatter overhud (epidermis) og deler av lærhud (dermis). Trykksåret er overfladisk og ser klinisk ut som avskrapning, blemme eller overfladisk fordypning

## Alvorlighetsgrad 2, delvis tap av hudlaget (EPUAP)



### Alvorlighetsgrad 3 (EPUAP, oversatt av Bjøro 2002)

- Tap av hele hudlaget med irreversibel skade av underhud (subkutant vev), og hvor skaden strekker seg ned til det underliggende sene/muskellaget. Trykksåret er en sårdannelse som klinisk ser ut som et dypt hulrom.

### Alvorlighetsgrad 3, tap av hele hudlaget (EPUAP)



## Alvorlighetsgrad 4 (EPUAP, oversatt av Bjørø 2002)

- Tap av hele hudlaget med omfattende skade og eller nekrose av muskel, bensubstans, sener og leddkapsel. NB! Dannelse av sårlokker kan også være tilstede ved stadium IV.

## Alvorlighetsgrad 4, tap av hele hudlaget med omfattende skade (EPUAP)



## Alvorlighetsgrad 4, nekrose (EPUAP)



## Observasjon

- Situasjoner hvor beboerens hud bør observeres, er ved:
  - stell i seng
  - sning i seng
  - toalettbesøk
  - dusjing
  - av- og påkledning
  - forflytning
  
- Målet med å observere beboerens hud, er:
  1. å forebygge mot rødhet
  2. å melde fra til ansvarlig pleier ved rødhet

## Bruk av sjekklisten

1. Sjekk at forebyggende tiltak fungerer  
Meld fra til ansvarlig pleier dersom tiltakene ikke fungerer tilfredsstillende
  
2. Ved rødhet på huden, kryss av på sjekklisten hvor på kroppen det er rødt  
Nb! Meld fra til ansvarlig pleier

Forebyggende tiltak:	Sjekkpunkter:
<b>Beboerens liggestilling endres regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har endret liggestilling i henhold til rapport.
<b>Beboerens sittestilling endres regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har endret sittestilling i henhold til rapport.
<b>Beboeren følges opp i forhold til mat og drikke</b>	Sjekk at beboeren spiser og drikker i henhold til rapport.
<b>Beboeren følges i forhold til toalettbesøk</b>	Sjekk at beboeren er tørr.
<b>Beboeren forflytter seg eller får hjelp til å forflytte seg regelmessig</b>	Sjekk at beboeren har vært i fysisk aktivitet i løpet av dagen.
<b>Beboeren ligger på trykkavlastende madrass</b>	Ved bruk av luftmadrass, sjekk at det er luft i madrassen.
<b>Beboeren sitter på trykkavlastende sittepute</b>	Sjekk at puten ligger riktig. Ved bruk av luftpute, sjekk at det er luft i puten.