

Regional riktlinje för prevention av trycksår

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Förord

Region Skåne arbetar med trycksårsprevention i enlighet med Vårdhandbokens avsnitt Trycksår. Denna riktlinje förtydligar Vårdhandbokens text samt kompletterar med rekommendationer som avser sluten somatisk sjukvård för vuxna i Region Skåne.

Malmö 2021-03-16



Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Faktaansvarig	Monica Bergenek	Vårdutvecklare, Skånes universitetssjukvård	Monica.Bergenek@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Regional grupp för trycksårs prevention		
Sakkunnig	Christina Monsen	Vårdutvecklare, Skånes universitetssjukvård	christina.monsen@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Ann Svensson	Regional chefsjuksköterska	Ann.Svensson@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	Carina.i.akesson@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2018-05-01	2020-05-01	Ann Svensson
Revidering	2018-12-01	2020-05-01	Ann Svensson
Revidering	2021-03-15	2023-03-15	Monica Bergenek
Revidering			
Revidering			

Sökord

Hudbedömning

Huden ska inspekteras och bedömas snarast eller i början av en vårdepisod, senast inom två timmar efter ankomst till sjukhuset¹ inklusive tid på akutmottagning. Genomför hudbedömningen ”från huvud till tå” med särskilt fokus på huden över benutskott och nära medicintekniska produkter till exempel urinkateter, syrgasgrimma/mask och perifer venkateter. Därefter ska hudbedömning ske dagligen på alla patienter som är sängliggande och/eller som är stillasittande stor del av dygnet samt på patienter med specifika riskfaktorer, riskdiagnoser eller risksituationer, se textavsnittet Riskbedömning.

Riskbedömning

Risken för trycksår ska bedömas vid ankomst till sjukhus för samtliga patienter 65 år eller äldre samt för yngre patienter som förväntas bli sängliggande eller stillasittande stora delar av dygnet.

Riskbedömningen ska göras snarast möjligt, senast inom åtta timmar. En riskbedömning gällande trycksår ska alltid innefatta en hudbedömning och vårdpersonalens kliniska bedömning av trycksårsrisken.

Observera att alla patienter, oavsett ålder, kan riskera att utveckla trycksår beroende på flera faktorer.

Vid en klinisk bedömning bedöms patientens

- specifika riskfaktorer – exempelvis begränsad rörelseförmåga, nedsatt känsel, otillräckligt vätske- eller näringsintag, svår smärta, kognitiv svikt samt sederande eller smärtstillande läkemedel
- eventuella riskdiagnoser – exempelvis höftfraktur, stroke och spinalskada
- eventuella risksituationer - exempelvis operation, sängliggande eller stillasittande och tryckrisk på grund av medicinteknisk produkt eller gips.

Vårdpersonalen ska ställa sig två frågor:

- Löper patienten risk för att få trycksår om inga förebyggande åtgärder sätts in? Bedöm enligt ovan parametrar.
- Finns risk att patienten blir liggandes eller sittandes i samma position större delen av dygnet exempelvis på grund av försämrat hälsotillstånd eller kirurgiskt ingrepp?

Vid ”JA” på någon av frågorna har patienten en ökad trycksårsrisk.

När det finns behov för det ska den kliniska bedömningen kompletteras med modifierad Nortonskala. Vårdpersonal som saknar tillräcklig erfarenhet för klinisk bedömning ska alltid använda bedömningsinstrumentet. Observera att flera riskfaktorer inte ingår i instrumentet, t.ex. nedsatt känsel, riskdiagnoser och risksituationer som innebär nedsatt rörlighet/aktivitet, hög ålder samt smärtstillande.

Riskbedömningen ska uppdateras när patientens tillstånd förändras, speciellt vid försämrat allmäntillstånd eller efter större kirurgiska ingrepp.

¹ I texten används genomgående begreppet ”sjukhus” vilket inte undantar andra verksamheter som bedriver sluten, somatisk vård.

Vårdplan

Alla identifierade riskpatienter ska ha en vårdplan med förebyggande åtgärder utifrån aktuella riskfaktorer och risksituationer. Vårdplanen ska bygga på en tvärprofessionell bedömning av risker och omvårdnadsbehov.

Obligatoriska åtgärder för samtliga patienter med ökad risk för, eller befintligt trycksår, är daglig hudbedömning och adekvat tryckavlastning.

Åtgärderna i vårdplanen ska utvärderas kontinuerligt under vårdtiden. Vårdplanen uppdateras vid förändrat tillstånd, nytillkomna rodnader eller vid nytillkommet trycksår.

Information och delaktighet

Patient och eventuellt närstående ska göras delaktiga i det förebyggande arbetet och informeras om aktuella riskfaktorer.

Uppmuntra och motivera patienter som kan medverka till

- täta lägesändringar - även små förflyttningar/rörelser kan göra stor skillnad
- att undvika halvsittande i sängen med tanke på risken för skjuv
- mobilisering så snart det är lämpligt/möjligt.

Om trycksår uppstår under vårdtiden ska patienten informeras om detta samt om behandling och vikten av avlastning.

Vid utskrivning

För att uppnå god kontinuitet i vårdkedjan ska eventuell kvarstående trycksårsrisk, behov av trycksårsförebyggande åtgärder samt eventuella trycksår och behandling överrapporteras till nästa vårdinstans i samband med att patienten flyttar till annan enhet eller vid utskrivning. Detta ska även dokumenteras i epikrisen som skickas till nästa vårdinstans. Bidiagnos trycksår anges av läkare i epikrisen.

Journaldokumentation

Hudbedömning vid inskrivning: Om patienten blir inlagd via akutmottagning ska dokumentation om hudbedömning ske på Akutkortet eller i patientjournalen. Vårdavdelningar dokumenterar trycksår i anteckning *Inskrivning* under sökordet *Trycksår*. Ange lokalisation och kategori för samtliga trycksår.

Ökad risk konstateras med hjälp av klinisk bedömning: Använd enval *Klinisk bedömning – ökad risk* som finns anteckning *Inskrivning* eller i anteckning *Riskbedömning*.

Ökad risk konstateras med hjälp av ett riskbedömningsinstrument: Modifierad Nortonskala finns i anteckning *Riskbedömning*.

Undantag för dokumentation av riskbedömning pga. planerad vårdtid under 24 timmar: Använd enval *Vårdtid < 24 timmar* som finns i anteckning *Inskrivning* eller i anteckning *Riskbedömning*. Detta val bör användas med försiktighet då trycksår kan utvecklas på kort tid.

Observera att det är patientens status som avgör huruvida en riskbedömning behövs, inte vårdtidens längd.

Ingen risk för trycksår enligt klinisk bedömning: Använd enval *Ej relevant pga. diagnos eller allmäntillstånd* som finns i anteckning *Inskrivning* eller i anteckning *Riskbedömning*.

Nyttillkommet trycksår: Öppna alltid en ny anteckning *Trycksår, nyttillkommet*. Dokumentera trycksårskategori, lokalisation, bidragande orsaker och vidtagna åtgärder.

Registrera nyttillkommet trycksår i avvikelssystemet

Vid nyttillkommet trycksår ska en avvikelserapport skrivas. En hänvisning till journalanteckning *Trycksår, nyttillkommet* räcker som beskrivning. Exempelvis: "Nyttillkommet trycksår i sakrum, se Trycksår, nyttillkommet 2021-03-04 i patientjournalen".

Ett nyttillkommet trycksår är ofta en vårdskada, det vill säga en undvikbar skada. Är vårdskadan allvarlig ska händelsen anmälas enligt rutin för lex Maria.