

Vårdprogram för trycksår

- förebyggande åtgärder och behandling

Riktlinjer för utförare av Hälso-och sjukvård i Region Skåne.
Vårdprogram fastställt av Hälso- och sjukvårdsdirektör.



Dokumentinformation

Originalversion publicerad december 2013 av Skånes universitetssjukhus.

Reviderad version publicerad juni 2021 av Region Skåne.

	Namn	Position
Originalversion framtagen av	Monica Bergenek	Vårdutvecklare/leg. sjuksköterska
	Agnetha Perlkvist	Vårdutvecklare/leg. sjuksköterska
	Katarina Frick	Leg. sjuksköterska trycksårsmottagningen Sus
Version 2 framtagen av	Monica Bergenek	Vårdutvecklare/leg. sjuksköterska
	Christina Monsen	Leg. sjuksjuksköterska, dr med vet
Version 2 granskad av	Katarina Frick	Leg. sjuksköterska, trycksårsmott, Sus
	Ryma Sleiman	Leg. sjuksköterska, trycksårsmott, Sus
	Anna Björk	Leg. fysioterapeut, enhet HR förvaltningsövergripande
	Ann Svensson	Regional chefsjuksköterska
	Veronica Himanen	Undersköterska, hudmott, Trelleborgs Lasarett
	Petra Elg	Chefsjuksköterska, Ystad lasarett
	Anna-Therese Brostedt	Chefsjuksköterska, Skånes sjukhus nordost
	Charlotta Levenius	Vårdutvecklare, Lasarettet i Landskrona
	Camilla Andersson	Verksamhetsutvecklare/patientsäkerhetsstrateg, VO ortopedi, Skånes sjukhus Nordväst
	Patientsäkerhetsrådet Region Skåne	

Innehåll

1. Trycksår	5
Klassificering av trycksår.....	5
Förekomst av trycksår.....	7
Trycksår eller fuktskada?	7
Riskfaktorer för trycksår	8
2. Identifiera riskpatienter	10
Hudbedömning.....	10
Riskbedömning	10
3. Förebyggande och behandlande åtgärder.....	11
Information och patientdelaktighet	11
Tryckavlastning i säng	11
Tryckavlastning i stol.....	12
Planerade lägesändringar med lägesändringsschema	12
Övrig avlastning.....	13
Aktivitet och hjälpmedel.....	14
Nutrition.....	15
Hudvård.....	15
Smärtbehandling	16
4. Trycksår – en vårdskada	16
5. Behandling av trycksår.....	16
Utred orsaken till trycksåret.....	16
Omläggning och förband	16
6. Vid överflytt till annan enhet eller utskrivning.....	18
För mer information och utbildning.....	18
Referenser	19

Inledning

Trycksår är en vanlig komplikation till sjukdom, vård och behandling och kan snabbt förvärras. Förutom ett stort lidande för patienten leder trycksår till ökade kostnader för hälso- och sjukvården samt en ökad arbetsbelastning för vårdpersonalen.

För att effektivt förebygga trycksår krävs teamarbete där även patient och närstående bör inkluderas. Med väl fungerande rutiner för att snabbt identifiera patienter med ökad risk och att sätta in förebyggande åtgärder, med daglig hudinspektion av riskpatienter samt kontinuerlig utvärdering av insatta vårdåtgärder, kan de flesta trycksår förebyggas.

Vårdprogrammet är indelat i sex delar:

1. Trycksår – definition och riskfaktorer
2. Identifiera riskpatienter
3. Förebyggande och behandlande åtgärder
4. Trycksår – en vårdskada
5. Behandling av trycksår
6. Vid utskrivning

Vårdprogrammet är ett komplement till Vårdhandbokens avsnitt om trycksår och är tänkt att vara ett stöd i det dagliga vårdarbetet för god och säker vård.

1. Trycksår

Trycksår är en lokaliserad skada på hud och/eller underliggande vävnad vanligen över benutskott, som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Risken för trycksår ökar om det tryckutsatta hudområdet utsätts för fukt och/eller temperaturförhöjning. Andra riskfaktorer är olika sjukdomstillstånd som ger försämrad rörlighet, cirkulation och/eller nedsatt känsel.

Tryck uppstår då patientens kroppstyngd pressar ihop blodkärlen mot underlaget. Cirkulationen försämras till området eller upphör helt (ischemi). Speciellt utsatta är kroppsdelar där ben ligger nära hud, till exempel hälar och ryggslut. Den enskilde patientens hälsotillstånd är avgörande för vilket tryck och vilken tid som krävs för att skadan ska uppkomma.

Skjuv uppstår exempelvis när huvudänden höjs så att patienten halvsitter i sängen eller då ryggstödet på en rullstol sänks ner så att patienten halvligger. Yttersta hudlagret ”fastnar” mot underlaget samtidigt som kroppen glider neråt pga. tyngdlagen, se bild 1. När huden och underliggande vävnad förskjuts i förhållande till varandra, knickas eller tänjs kapillärerna ut. Cirkulationen upphör eller försvåras då i området och detta i kombination med ett tryck bidrar till uppkomsten av trycksår.

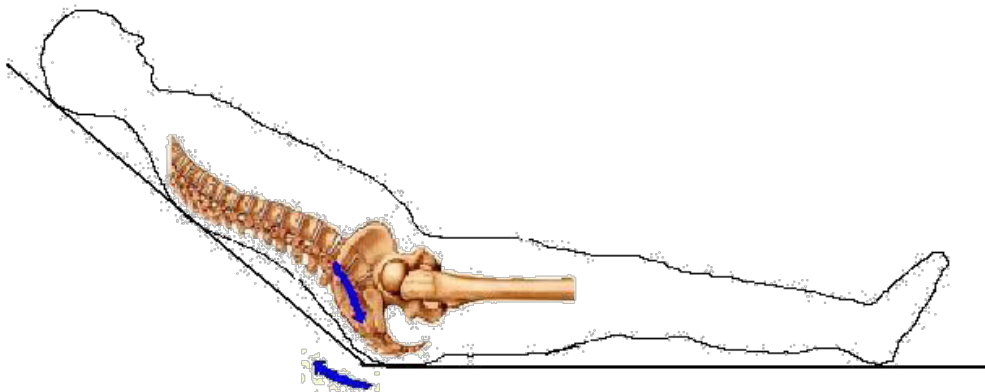


Bild 1. Risk för skjuv då halvsitter eller halvligger

Källa: Arjo

Ytterligare en faktor som bidrar till ökad risk för trycksår är friktion. Friktion uppstår vid lägesändring när patienten inte förflyttas korrekt utan dras i sängen varvid ytliga hudlager skrapas av. Särskilt utsatta områden är korsben, hälar och armbågar.

Klassificering av trycksår

Alla trycksår ska klassificeras. Klassificeringen beskriver skadans djup. Det finns sex trycksårskategorier.

Kategori 1. Rodnad som inte bleknar vid tryck

Intakt hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benutskott, som inte bleknar vid tryck. Mörkt pigmenterad hud kan sakna detta tecken, men färgen skiljer sig från omkringliggande hudområden. Området kan vara smärtsamt, hårt, mjukt, varmare eller kallare än omgivande hud. Trycksår kategori 1 kan indikera att personen är i riskzonen för att utveckla djupare trycksår.

Kategori 2. Delhudsskada

Delhudsskada visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt, öppen eller sprucken serumfylld blåsa. Denna kategori ska inte användas för att beskriva hudflikar, hudskador efter häfta eller inkontinensrelaterad fuktskada.

Kategori 3. Fullhudsskada

Vid en fullhudsskada är subkutan fett synligt, men ben, senor eller muskler syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup. Kan inkludera underminering och fistlar. Djupet av ett trycksår kategori 3 varierar beroende på anatomisk lokalisering. Näsrygg, öron, bakhuvud och fotknölar saknar subkutan fettvävnad, vilket gör att trycksår kategori 3 kan vara ytliga på dessa lokaliseringar. Motsatsen gäller för områden med riklig subkutan fettvävnad som kan utveckla extremt djupa trycksår kategori 3. Ben och/eller senor är inte synliga eller palpabla.

Kategori 4. Djup fullhudsskada

Vid en djup fullhudsskada syns ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas. Ofta förekommer underminering och fistlar. Djupet av ett trycksår kategori 4 varierar beroende på anatomisk lokalisering. Exempelvis saknas subkutan fettvävnad på näsrygg, öra, bakhuvud och malleoler och sår på dessa lokaliseringar kan vara ytliga. Trycksår kategori 4 kan involvera muskler och stödjevävnad (t ex fascia, sena, ledkapsel). Blottat ben innebär risk för att osteomyelit och osteit uppstår.

Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt

Vid fullhudsskada är sårbottnen täckt av död vävnad/nekros (gul, gulbrun, grön eller brun) och/eller sårskorpa (gulbrun, brun eller svart). Det är inte möjligt att avgöra djupet förrän tillräckligt med nekros och/eller fibrin har tagits bort.

Obs! Stabil sårskorpa (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) på hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) ”plåster” och ska inte avlägsnas.

Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt

Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa. Området kan upplevas smärtsamt, hårt, mjukt, varmare, och kallare vid jämförelse av intilliggande hud. Djup vävnadsskada kan vara svårt att upptäcka på individer med mörk hudfärg. Såret kan snabbt utvecklas vidare och involvera ytterligare vävnadslager trots optimal behandling.

Tips! Region Skånes trycksårskort i fickformat kan beställas via Raindance Marknadsplats - artikelnumret är 27636.

STOPPA TRYCKSÅR!

Identifiera alla riskpatienter

- Klinisk bedömning
- Hudbedömning
- Modifierad Norton-skala

Minska trycket i säng och stol

- madrass
- sittdyna
- hävlastning

Planera lägesändring – lägesändringsschema

- i säng
- i stol

Inspektera huden dagligen

Tillgodose närings- och vätskebehov

Håll huden torr, mjuk och smidig

Tänk på att slangar från syrgas, urin-kateter och dränering kan ge trycksår

SKÅNE

KATEGORI 1
Rödnad som inte bleknar vid tryck, hel hud.

KATEGORI 2
Delhudsskada, yttligt öppet sår utan fibrinbeläggning eller intakt/sprucken serumfylld blåsa.

KATEGORI 3
Fullhudsskada, subkutan fett är synligt men ben, sena och muskel syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup.

KATEGORI 4
Djup fullhudsskada med sårkavitet och/eller vävnadsnekros.

ICKE KLASSIFICERBART TRYCKSÅR – SÅRDJUP OKÄNT
Fullhudsskada där sårbottnen är helt täckt av död vävnad/nekros och/eller sårskorpa, som gör att det inte är möjligt att avgöra sårets djup.

MISSTÄNKT DJUP HUDSKADA – SÅRDJUP OKÄNT
Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa.

Observera! Djupet av ett trycksår kategori 3–4 varierar beroende på anatomisk lokalisering.

Fuktskador
Det är skillnad mellan trycksår och fuktskadad hud vad gäller utseende, lokalisering och behandlingsalternativ. Ett sår kan även vara en kombinationsskada, dvs. både trycksår och fuktskada.

	Trycksår	Fuktskada
Placering	Ofta över benutskott	Hudveck
Form	Runda	Diffusa, utspridda
Djup	Varierar	Ytliga
Nekros	Kan förekomma	Förekommer aldrig
Sårkanter	Väl avgränsade	Oregelbundna
Färg	Från rödnad till svart	Från blek till rödnad

FUKTSKADA KATEGORI 1
Kvarstående hudrodnad utan hudförlust

FUKTSKADA KATEGORI 2
Kvarstående hudrodnad med hudförlust

OBS! Fukt ökar risken för skjuvsador. Använd hjälpmedel som minskar risken för skjuv och hög friktion. Vid risk för fuktskada - använd barriärprodukt.

Illustration: Arjo Huntleigh Foto: S. Magelli och C. Morsen.

Bild 2. Region Skånes trycksårskort

Reaktiv hyperemi eller kvarstående rodnad – avgör med ett ”tumtest”

Ett hudområde som utsätts för tryck kompenserar cirkulationsförsämringen när trycket väl släpper, genom att öka cirkulationen till det aktuella området. Detta kallas för reaktiv hyperemi och kan ses vid lägesändring som till exempel röda hälar, men där området återfår normal hudfärg inom 1-2 timmar när trycket försvinner. Det säger dock inget om hur god cirkulationen är.

Det primära är att förebygga trycksår innan det blir en skada på huden. Därför är det viktigt att identifiera reaktiv hyperemi och tryckavlasta. En reaktiv hyperemi kan särskiljas från trycksår kategori 1 genom ett så kallat tumtest. Med tumtest försöker man kontrollera om det blir ett synligt återflöde av blod till det område som tummen försöker att blockera cirkulationen till. Det är en subjektiv bedömning och inte helt tillförlitligt.

1. Tryck lätt med tummen på det rodnade området
2. Lyft tummen och titta på huden – en färgskiftning från vitt till åter rodnad betyder att cirkulation finns till området
3. Om ingen färgskiftning syns är cirkulationen störd och det ska klassas som ett trycksår
4. Om tumtestet är svårbedömt, avlasta området och gör en ny tumtest efter två timmar

En genomskinlig tryckskiva i hårdplast kan användas istället för tummen. Huden inspekteras genom tryckskivan när den trycks mot det rodnade området. Uppkommer ett ljus område motsvarande som vid tumtryck, är rodnaden en reaktiv hyperemi.

Rodnader ska alltid dokumenteras, hållas under uppsikt och avlastas då vävnaden kan vara skadad även om den bleknat vid tryck. En rodnad kan även vara en indikation på en djupt belägen skada som kan bli synlig först efter flera dagar.

Förekomst av trycksår

Vanligast är att trycksår uppstår över de klassiska trycksårspunkterna: hälar, ryggslut, sittbensknölar, höftbenskammar, fotknölar, axlar, bakhuvud och knän. Vid rygggläge vilar stora delar av kroppstyngden på korsbenet, kotpelarens/rygggradens benutskott och hälarna. I sidoläge är det framför allt höfter, knäns insidor och hälar som utsätts för tryck.

Vid sittande belastas sittbensknölar och vid ”framhasat” läge i stol även korsbenet.

Trycksår förekommer även på andra ställen där vävnad utsätts för ett yttre tryck, till exempel bakom öron efter tryck av syrgasgrimm, på näsvingarna efter tryck av sond, på kroppens mjukdelar efter tryck av kateter/drän, innanför gipsbandage samt på underläpp och tunga när patienten är intuberad.

Trycksår eller fuktskada?

Det är skillnad mellan trycksår och fuktskadad hud vad gäller utseende, lokalisation och behandlingsalternativ. Det går att särskilja huruvida ett sår är ett trycksår eller en fuktskada genom att bedöma sårets utseende, se tabell 1.

En fuktskadad hud har en ökad känslighet för tryck och ökar risken för skjuvskador. Ett trycksår kan även vara en kombinationsskada av både tryck och fukt. En kombinationsskada måste därför både avlastas och skyddas mot ytterligare fukt med barriärprodukt. Kombinations-skador är vanliga nedanför korsbenet.

Tabell 1. Synliga skillnader mellan ett trycksår och en fuktskada.

	Trycksår	Fuktskada
Placering	Ofta över benuskott	Hudveck
Form	Runda	Diffusa, utspridda
Djup	Varierar	Ytliga
Nekros	Kan förekomma	Förekommer aldrig
Sårkanter	Väl avgränsade	Oregelbundna
Färg	Från rodnad till svart	Från blek till rodnad

Riskfaktorer för trycksår

Det är förmodligen en kombination av flera faktorer som tillsammans med tryck leder till att trycksår uppstår. Om hudområdet är påverkat av fukt på grund av inkontinens, behövs mindre tryck och/eller skjuv för att ett trycksår ska uppstå. Ju fler riskfaktorer patienten har, desto större är risken för att utveckla trycksår.

Riskfaktorer för trycksår kan delas in i orsaker som hör till patientens tillstånd (patientrelaterade riskfaktorer, se tabell 2) samt yttre orsaker (miljörelaterade riskfaktorer).

Till miljörelaterade riskfaktorer räknas bland annat:

- tryck, skjuv och friktion från kläder, sängkläder och underlag
- tryck av till exempel syrgas-, sond-, drän- och kateterslangar
- bristfällig förflyttningsteknik och avsaknad av hjälpmedel
- lång tid på akutmottagning/röntgen/transport/operation
- kvarglömda produkter i säng/stol

Tabell 2. Patientrelaterade riskfaktorer

Patientrelaterade riskfaktorer	Specificerade riskfaktorer
Akuta virussjukdomar t ex influensa och magsjuka	-Feber, närings- och/eller vätskebrist -Påverkan på huden av avföring
Akut sjukdom/skada t ex medvetlöshet	-Lågt systoliskt blodtryck (under 130 mm Hg) -Nedsatt förmåga att uppfatta/signalera obehag och smärta -Status som förhindrar lägesändring
Akut skada t ex höftfraktur och stroke	-Smärta och försämrad rörlighet -Påverkan av smärtstillande läkemedel
Demenssjukdom / kognitiv svikt	-Nedsatt förmåga att tolka smärtsignaler och medverka till lägesändring -Försämrat vätske- och näringsintag
Diabetes	-Högt blodsocker -Risk för övervikt -Nedsatt perifer cirkulation -Nedsatt eller avsaknad av känsel
Hjärt- och kärlsjukdomar	-Nedsatt perifer cirkulation -Ödem
Hudens status	-Inkontinens leder till uppluckring av huden -Torr, tunn och oelastisk hud spricker lättare
Hög eller låg ålder	-Förändrad vävnads- och muskelstruktur -Hög ålder leder till mindre elastisk, tunnare och torrare hud
Lungsjukdomar	-Sämre syresättning ut i vävnaderna
Malnutrition	-Försämrat vätske- och/eller näringsintag -Ofrivillig viktning -BMI < 20 vid 69 år eller yngre -BMI < 22 vid 70 år eller äldre -Övervikt
Neurologiska sjukdomar t ex MS, ryggmärgsskada och Parkinsons sjukdom	-Svårighet att själv ändra läge -Nedsatt eller avsaknad av känsel
Omfattande brännskada	-Ökad tryckkänslighet och vätskeförluster pga. vävnadsskada
Smärta	-Kärlsammandragning ger försämrad perifer cirkulation -Ökad risk för oförmåga till rörlighet och lägesändring
Vid vård i livets slutskede	-Nedsatt perifer cirkulation -Försämrat intag av vätska och näring -Nedsatt förmåga till rörlighet och lägesändring
Tidigare trycksår	-Minskad styrka och stabilitet över aktuellt hudområde
Övrigt	-Lågt albumin- och Hb-värde

2. Identifiera riskpatienter

Hudbedömning

Huden ska inspekteras snarast eller i början av en vårdepisod, senast inom två timmar efter ankomst till sjukhuset 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.

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, tryckrisk pga. dränage, syrgasslang och dylikt samt 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.

Vid osäkerhet i den kliniska bedömningen ska modifierad Nortonskala användas som ett komplement. 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.

3. Förebyggande och behandlande åtgärder

En hög medvetenhet och kunskap om trycksår i det tvärprofessionella teamet runt patienten, är en förutsättning för att minska uppkomsten av trycksår. Det i kombination med en engagerad ledning behövs för att evidensbaserade riktlinjer ska bli praxis.

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 patientdelaktighet

Patient och eventuellt närstående ska göras delaktiga i det förebyggande arbetet och informeras om aktuella riskfaktorer. Patienten ska informeras om hur han eller hon själv kan minska risken.

Uppmuntra och motivera patienter som kan medverka till:

- täta lägesändringar - även små förflyttningar/rörelser kan göra stor skillnad
- visa patienten hur skjuv kan undvikas vid sittande i sängen
- mobilisering så snart det är lämpligt/möjligt

Tips! Ge patienten egna uppgifter. Engagera, aktivera och informera patienten om att det här kommer vi att hjälpa dig med, dessa saker kommer vi att påminna dig om och det här vill vi att du ska göra själv.

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

Region Skåne har en informationsbroschyr till patienter med hög risk för trycksår eller befintligt trycksår. Den kan även delas ut till närstående.

[Länk till patientinformationsbroschyr](#)

Tryckavlastning i säng

Patienten ska få en förebyggande eller tryckavlastande madrass vid identifierad risk för trycksår eller vid befintligt trycksår. Vilken madrass som är aktuell är alltid en individuell bedömning beroende av det eventuella trycksårets djup (klassificering), aktuella riskfaktorer och patientens status, men guidande grundprinciper är:

- Patient med risk för att utveckla trycksår eller med trycksår kategori 1 och 2 - välj en tryckfördelande skummadrass (t ex Optimal 5zon) eller madrass med statiskt fyllda luftkuddar (t ex Curocell AREA zon)
- Patient med hög risk för att utveckla trycksår där frekvent lägesändring inte är möjlig och patient som har utvecklat trycksår kategori 3 och 4, icke klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada - välj en madrass med aktivt tryckfördelande underlag med luftflödessystem (t ex AutoLogic 200)
- I vissa undantagsfall kan det vara aktuellt att hyra en madrass utanför upphandlat sortiment, exempelvis madrass med flytande glaskulor eller en madrass med kontinuerligt luftflödessystem som ger konstant lågt tryck, minskad skjuveffekt och en god kontroll av mikroklimat.

[Länk till upphandlade madrasser](#)

Obs! Tryckavlastande madrasser kan aldrig ersätta planerad kontinuerlig lägesändring utan är endast kompletterande hjälpmedel.

Vid sittande i säng ska ryggstödet lutning anpassas så att patienten inte glider ner med risk för skjuv eller vilar hårt på sittbensknölna. En stabil sittställning kan uppnås genom att sängens nedre del vinklas i knähöjd alternativt att en positioneringskudde placeras under knäna.

Undvik att bädda med flera lager (lakan, plastunderlägg, täcke, filt) mellan patient och madrass då detta minskar den tryckavlastande effekten av madrassen samt ökar risken för skjuv- och friktionsskada. Flera lager mellan patienten och sängen ger även större risk för att materialen lägger sig i veck, vilket kan skapa obehag och risk för tryckskador framför allt vid långvarigt sängläge.

Tryckavlastning i stol

Patienter som riskerar att utveckla trycksår i sittande ställning eller som har trycksår som belastas vid sittande, ska förses med en tryckavlastande sittdyna i stol/rullstol. Sittdynan minskar trycket på särskilt utsatta delar så som sittben och svansben, genom att öka hela kroppens kontaktyta till stolen/rullstolen.

Obs! Tryckavlastande sittdynor kan aldrig ersätta planerad kontinuerlig lägesändring utan är endast kompletterande hjälpmedel.

[Länk till Upphandling av sitt- och ryggdynor](#)

Tänk även på möjligheten att avlasta vikt från sätet med hjälp av ryggstöd, armstöd och fotstöd. Ett bra stöd för rygg, armar och fötter hjälper patienten att hitta en bekväm, avslappnad och stabil sittställning, vilket förhindrar skjuv. Ytterligare ett sätt att minska risken för skjuv och friktion vid vilande sittställning i rullstol är att använda tiltfunktion på comfortrullstolen, istället för att vinkla ryggstödet bakåt. Kontrollera alltid patientens sittställning och att patienten sitter kvar i samma position vid förändring.

Stolen ska individanpassas för att ha lämplig sitthöjd, sittbredd och sittdjup. Ta gärna hjälp av verksamhetens fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Sitthöjd: Vid sittande ska knäna vara i samma höjd som höfterna. Om knäna kommer högre upp, ökar belastningen på sätet istället för att tas upp på baksidan av låren. När fötterna inte når ner till golvet förloras sittstabiliteten och patienter glider ofta fram i stolen för att söka och uppnå stöd för fötterna. Fotstöd mot golv eller fotplatta är därför viktigt.

Sittbredd: Sittbredden är också viktig för ett bra sittande. En för smal stol kan orsaka tryck/trycksår över höftbenet medan en för bred stol kan medföra att patienten lutar sig åt sidan eller hasar ner och på så vis belastar felaktigt.

Sittdjup: Även sittdjupet på stolen är av betydelse. Vid ett för kort sittdjup får låren inte tillräckligt stöd och mer tryck läggs över höften och sätet. Vid ett för stort sittdjup vill patienten gärna glida fram för att undvika obehag av tryck i knäveckan av stolsitsens framkant. En sittdyna med fasad/snedskuren framkant kan också underlätta.

Planerade lägesändringar med lägesändringsschema

Lägesändring anses vara en av de viktigaste och mest effektiva åtgärderna för att förebygga trycksår. Alla patienter som inte själva kan ändra läge, ska få hjälp med regelbunden lägesändring i säng och stol/rullstol. Lägesändring varannan till var tredje timme kan vara ett lämpligt intervall, intervallet bör utvärderas vid varje lägesändring genom hudinspektion. Svårt sjuka patienter kan behöva lägesändring oftare. Vid vård i livets slutskede är trycksårskan extra stor, men här måste

vårdteamet ta hänsyn till patientens situation och tillsammans med närstående göra ett etiskt övervägande kring hur ofta lägesändringar ska genomföras.

Intervallen för lägesändringar vid sittande behöver vara tätare än vid liggande. Har patienten trycksår som belastas vid sittande, måste tiden i stol/rullstol begränsas beroende på patientens hälsotillstånd samt trycksårets status och lokalisation. Tänk även på att en trött patient lätt förlorar en god sittställning. Utvärdera alltid sitttiden.

Planerat lägesändringsintervall och genomförda vändningar ska dokumenteras på ett lägesändringsschema för att säkerställa regelbundenhet och jämn variation mellan olika positioneringar. Även sittrestriktioner dokumenteras på lägesändringsschemat samt i vårdplanen.

[Länk till Region Skånes lägesändringsschema](#) för egen utskrift

Tips! En långsmal positioneringskudde som ligger från huvudet, runt rygg och höft och ”famnar om” patienten, kan kännas skönt och tryggt – särskilt för oroliga patienter.

Vid sängläge bör om möjligt 30 graders vinkelposition omväxlande höger och vänster sida användas. I detta läge avlastas korsben, höfter, höftbenskammar och hälar. Läget kan dock vara svårt för patienter med kontrakturer eller kraftig oro som riskerar att glida ner. En kilkudde eller annan typ av positioneringskudde kan underlätta för patienten att ligga kvar i 30 graders vinkelposition.

Tips! 30 graders sidoläge med hjälp av två stödkilar/kilkuddar som placeras under madrassen kan vara ett bra exempel på positionering till natten. Kuddarna är lätta att plocka ut och lägga till och man stör patienten så lite som möjligt.

[Länk till upphandling av positioneringskuddar](#)

Undvik att positionera patienten med tryck mot befintlig rodnad eller trycksår eller med höjd huvudända mer än 30 grader, då detta ökar trycket och risken för skjuv över korsbenet när patienten ligger på rygg i sängen.

Lägesändring ska genomföras på ett sådant sätt att trycket minskar eller omfördelas samt att skjuv och friktion undviks. För detta krävs en korrekt förflyttningsteknik och ofta hjälpmedel, vilket avdelningens fysioterapeut och arbetsterapeut kan vägleda kring.

[Länk till Vårdhandboken, avsnitt Förflyttningsteknik](#)

Övrig avlastning

Det är viktigt att avlasta mellan knän samt hälar och fotknölar med hjälp av kuddar, då det där finns ytterst lite naturlig polstring mellan hud och ben. Kuddarna mellan benen motverkar även inåtrotation och adduktion i höftleden. Genom att använda kuddar mellan benen uppnås en större flexibilitet att justera och uppnå önskad höft- och knäledsvinkel.

Kuddar bör även placeras så att symmetri uppnås och vridna positioner undviks. En kudde under det undre knät vid avlastat sidoläge kan hjälpa till att undvika vridning i ryggen.

Det är av största vikt vid positionering att hjälpa patienten till bekväma och stabila viloställningar så att patienten kan och vill ligga kvar i vald position. Patienten kommer annars troligtvis själv försöka att byta till en annan position, som kanske inte ger samma önskade tryckavlastning. Ibland behövs

formstabila positioneringskuddar som hjälper och stödjer patienten att ligga kvar i vald position. Positioneringskuddarna finns i olika form, storlek och fyllnadsgrad.

Sträva efter s.k. ”svävande hälar” med hjälp av positioneringskudde med full längd under vaden. Knät ska vara lätt böjt eftersom översträckning av knät kan orsaka obstruktion av vena poplitea, vilket ökar risken för djup ventrombos.

Trycksår på fot/häl ska avlastas helt med upphandlad hälavlastning. Dessa skydd ska tas av vid gång. Hjälpmedel, framför allt nyinsatta, ska utvärderas med täta kontroller då de kan riskera att skapa nya tryck på underben eller fötter. Extra obs om patienten har nedsatt perifer cirkulation, känsel eller diabetes. Efter behov är det viktigt att även avlasta fötter/hälar i sittande.

[Länk till aktuell upphandling för hälavlastning](#)

Urinkateter med urinuppsamlingspåse ska fixeras med lämplig anordning så att tyngd och drag mot blåsbotten undviks. Även andra slangar så som sonder, dränage och slangar till infarter ska fixeras och hanteras så risken för tryck minimeras.

Aktivitet och hjälpmedel

Rörelse och aktivitet är kroppens försvar mot trycksår. Mobilisering av patienten är av stor vikt och bör ökas allt eftersom patientens allmäntillstånd förbättras då även sårhäkning gynnas.

Rehabiliteringsåtgärder och förflyttningsteknik med eventuella hjälpmedel ska anpassas så att trycksåret inte påverkas negativt. Avdelningens fysioterapeut och arbetsterapeut bör involveras.

Det är här viktigt att ha en plan för lägesändringar, aktivitet och rörelse som sträcker sig över hela dygnet och som innefattar lägesändringar både i säng samt till sittande och aktivitet när detta är möjligt. Uppmuntra patienten till aktivitet genom dagliga rutiner som att t ex sitta uppe regelbundet, gå till toaletten, äta i matsalen, gå en runda på avdelningen osv.

Ibland varierar patientens hjälpbehov och det kan krävas olika tillvägagångssätt vid personförflyttningen vid olika tidpunkter på dygnet. Är patienten som ska förflyttas pigg på morgonen och tröttare på eftermiddagen eller kvällen? Stäm av i teamet runt patienten för en bra 24-timmarsplan - samarbete är av största vikt för ett bra resultat.

Vid alla personförflyttningar är det viktigt att aktivera patienten så mycket som möjligt samt att arbeta med god teknik och använda hjälpmedel efter behov. Många gånger hjälper vårdpersonal, i all hast, till för mycket och gör patienten onödigt passiv. Vid förflyttning av patienter med risk att utveckla trycksår eller som har trycksår är det angeläget att arbeta så att vi minskar risken för friktion och skjuv.

För säkra förflyttningar:

- Ta reda på patientens förutsättningar och nyttja patientens förmågor. Patienten bör göra samtliga förflyttningar så aktivt som möjligt, t ex böja på knäna vid förflyttning ”högre upp i säng” och på så sätt bli av med tyngden från benen, ta bort friktion från hämlarna och vid förmåga ge kraft i frånskjutet. Bjud patienten handen vid vändning i säng och inbjud på detta sätt till naturligt rörelsemönster och ökad medverkan.
- Informera om hur förflyttningen ska göras, ge patienten tid och uppmuntra till medverkan. Tillräckligt med tid är en förutsättning för att patienten ska kunna medverka vid förflyttningen. En äldre patient behöver ofta längre tid på sig för att vara redo. Ge tydliga instruktioner för vad som ska hända och vad patienten förväntas göra. Arbeta lugnt och

harmoniskt. Förflytta vid behov i etapper.

- Stimulera till ett naturligt rörelsemönster. Att resa sig, vända sig osv är något vi lärt oss som barn och gör mer eller mindre automatiskt. Den här rörelseförmågan kan förändras vid sjukdom och de tidigare inlärdade rörelsemönstren måste övas in på nytt. Det naturliga rörelsemönstret är grunden för våra olika förflyttningstekniker. Rörelser som sker automatiskt är det mest energibesparande och skonsamma sättet att röra sig på.
- Planera förflyttningen – hur ska den genomföras, antal vårdpersonal som krävs, vem som ska ge instruktioner samt vilka tryck- och friktionspunkter behöver avlastas vid den aktuella förflyttningen?
- Bedöm behov av hjälpmedel för att minska friktion och skjuv och säkerställ att dessa finns på plats. Genom att minska friktionen under de tyngst liggande partierna underlättas förflyttningen och risken för trycksår minskas. Friktionsminskande hjälpmedel är t ex glidlakan/tub/matta/tyg/skivor.

Det finns även friktionsökande hjälpmedel såsom en antihalkmatta under fötterna för att patienten ska få ett bättre grepp mot underlaget och bättre kraft vid t ex en förflyttning ”högre upp i säng”. Antihalkmattan kan också hjälpa till att förhindra att fötterna glider mot underlaget och därmed undvika onödig friktion mot hälarna.

Även små täta lägesändringar som patienten själv gör ger stor nytta och ett glidlakan kan underlätta rörelse i sängen för patienten.

Nutrition

Patienter med dehydrering eller allvarlig näringsbrist löper stor risk att utveckla trycksår och en patient med stora sår har 10 procent högre närings- och proteinbehov, 30–35 kcal och 1,25–1,5 gram protein per kilo kroppsvikt och dygn. Ett led i att förebygga och behandla trycksår är därför att se till att patienten får tillräckligt med näring och vätska.

Vätskebalans och näringsintag ska bedömas och eventuella brister ska åtgärdas och följas upp. Beräkning av energi- och proteinbehov, bedömning av intag samt utredning av bakomliggande ätproblem ligger tillsammans med medicinsk information till grund för vilka åtgärder som bör sättas in. Vid otillräckligt intag ska åtgärder som är baserade på individens specifika problem sättas in. Om kostförändringar inte räcker för att täcka energi- och proteinbehovet bör kosten kompletteras med energi- och proteintäta speciallivsmedel (näringsdrycker, berikningsprodukter). Skånelistan speciallivsmedel ger vägledning gällande evidensbaserade och kostnadseffektiva val. Vid behov ska läkare och dietist konsulteras.

[Länk till Vårdgivare Skåne – Förebygga och behandla undernäring](#)

[Länk till Hjälpmedelssortiment – speciallivsmedel](#)

Hudvård

Hudens kondition påverkar risken för trycksår och oren hud ökar risken för infektion vid hudskada. Torr hud bör smörjas dagligen med fuktighetskräm. Huden ska dock inte djupmasseras då detta medför risk för skjuvskada. Är huden fuktig bör någon form av hudbarriärfilm/kräm användas.

Smärtbehandling

Alla patienter med trycksår ska smärtskattas för ställningstagande till behov av smärtstillande läkemedel inför omläggning eller för kontinuerlig smärtlindring. Även valet av lokal sårbehandlingsprodukt påverkar smärtan, till exempel förband som fastnar i såret och ger smärta vid borttagandet.

4. Trycksår – en vårdskada

De flesta trycksår kan förebyggas och trycksår är därmed oftast en vårdskada*. Då trycksår uppkommer under vårdtiden ska därför en avvikelserapport skrivas och verksamheten ska göra en orsaksutredning samt vidta relevanta förbättringsåtgärder.

Allvarlig vårdskada ska anmälas enligt lex Maria enligt verksamhetens rutin.

5. Behandling av trycksår

Det är viktigt att diagnostisera såret och säkerställa att det är ett trycksår. Därefter ska trycksåret klassificeras, se avsnitt *Klassificering av trycksår*. Alla trycksår med öppen såryta ska ha en sårjournal.

Utred orsaken till trycksåret

Orsaken till uppkomst av trycksår ska utredas och kan kräva vårdteamets samlade kompetens för att kunna bedöma olika aspekter. Ibland krävs remiss för bedömning av behov av t ex en mer avancerad kirurgisk revision och behandlingsstrategi.

Det kan t ex förekomma medicinska riskfaktorer som påverkat uppkomsten av trycksår (till exempel nedsatt arteriell cirkulation, diabetes eller risk för osteit), vilket ska identifieras och om möjligt åtgärdas. Kontakt kan behöva tas med andra verksamheter, till exempel inom specialistområde kärlkirurgi vid nedsatt cirkulation eller specialistområde endokrin om trycksåret sitter på foten och patienten har diabetes.

Omläggning och förband

Vid all såromläggning ska basala vårdhygieniska rutiner följas med ett aseptiskt arbetssätt. Bedömning ska göras angående behov av ren eller steril omläggningsrutin. Vid omläggning av trycksår inom slutenvården rekommenderas att alltid använda sterila vätskor samt höggradigt rena eller sterila produkter.

Endast förbandsmaterial ur aktuell förbandsupphandling ska användas.

[Länk till Region Skånes upphandling av förband](#)

Det är en fördel om avdelningen har ett basförråd, vilket innebär ett urval av upphandlat förbandsmaterial som alltid finns på avdelningen och som i första hand används. Det gör att all personal i verksamheten får god kännedom om förbandens funktionalitet och hur de ska/får användas.

***Vårdskada:** lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. **Allvarlig vårdskada:** vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

För att välja lämplig såromläggning behöver följande bedömas:

- Vävnaden i såret
- Om såret behöver debrideras/rengöras upp
- Tecken på infektion
- Sårvätskans mängd, färg och utseende
- Sårkanterna och omkringliggande hud

Det är sårets status och behov som avgör lämplig omläggningstrategi.

Omläggning – kategori 1, misstänkt djup hudskada och icke-klassificerbart trycksår

Ett trycksår kategori 1 måste inte läggas om. En omläggning med täckande förband kan komplicera den dagliga inspektionen, vilket kan medföra att en försämring inte upptäcks.

Omläggning – kategori 2

Vid ytliga rena sår utan sårhåla (kavitet) räcker det ofta med att ha ett sårkantsskydd och ett ytterförband, exempelvis ett polyuretanskumförband eller ett icke vidhäftande förband. Polyuretanskumförband finns både med och utan en häftande kant. Dessa finns även med en yta gjord av silikon, som kan användas vid extra skör hud runt såret eller vid smärta då förbandet tas av.

Vid hel blåsa kan ett skyddande förband användas. Om blåsan spruckit ska blåskappan klippas bort, därefter ovan omläggningstrategi.

Vid ett ytligt sår som fuktas sparsamt, kan gel appliceras på sårytan för att upprätthålla en fuktig miljö.

Omläggning – kategori 3 och 4

Torrt sår

Vid ett trycksår kategori 3 eller 4 med sparsam sårvätska, bör fukt tillföras sårytan genom att applicera någon form av gel. Dessa produkter kan även användas för att lösa upp fibrin eller nekros. Sårkanterna skyddas med sårkantsskydd och som ytterförband kan till exempel ett polyuretanskumförband användas.

Vätskande sår

Vid ett måttligt/kraftigt vätskande trycksår kategori 3 eller 4 behövs ett förband som kan ta hand om denna sårvätska. Som ytterförband kan till exempel ett polyuretanskum- eller ett absorptionsförband med superabsorbent användas.

Infekterat sår eller sår som behöver rensas upp

Om såret är infekterat eller behöver rensas upp, kan till exempel bakterieadsorberande förband, polyuretanskumförband med upprensande egenskaper, polyhexametylenbiguanid (PHMB) eller förband med medicinsk honung, silver- eller jod användas. Utanpå det upprensande förbandet behövs ett ytterförband. Sårkanterna skyddas mot fukt med sårkantsskydd.

Obs! Observera att behandlingstiden för antiseptiskt förband innehållande framför allt silver och PHMB ska hållas kort.

Behandling av nekroser

Behandling av nekroser ser olika ut beroende på sårets diagnos. Stabil sårskorpa (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) på hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) ”plåster” och ska inte avlägsnas. Ansvarig läkare ska bedöma behov av borttagande av nekros. Vid nekrotiska sår på fot och/eller underben bör ankel/arm index eller tåtrycksmätning tas för att förvissa sig om att patienten har god arteriell cirkulation.

Lukt från sår

Ett illaluktande sår kan läggas om med antiseptiskt förband och/eller förband innehållande kol som binder doftmolekylerna.

Sår med avstannad sårhäkning

Ett sår som avstannat i sårhäkningen kan få hjälp att kickstarta sårhäkningen med innerförband av kollagen.

Sårinfektion

Vid misstanke om sårinfektion ska läkare i samråd med patientansvarig sjuksköterska göra en klinisk bedömning och vid behov ordinera en sårodling och/eller andra prover som kan påvisa infektionstecken.

Trycksår koloniserar av hudens normala bakterieflora och ibland av tarmflora så som *Escherichia coli*, *klebsiella*arter och *Pseudomonas aeruginosa*. Dessa bakteriefynd saknar ofta klinisk betydelse. Sårodling ska endast tas vid uppenbara infektionstecken. Ansvarig läkare ska även ta ställning till och bedöma behov av antibiotika eller annan behandling i enlighet med Stramas (Samverkan mot antibiotikaresistens) riktlinjer.

[Länk till STRAMA Skåne](#)

Undertrycksbehandling

Vid djupare trycksår kategori 3 och 4 kan ibland undertrycksbehandling användas för att få en snabb upprepning av sårytan. Vid kraftigt vätskande sår ger undertrycksbehandling ett slutet system med god förmåga för vätskehantering. Vid sår i ryggslut är det viktigt att placera adapter/slang så att patienten inte får tryck av dessa delar. Undertrycksbehandling ordineras av ansvarig läkare/sjuksköterska tillsammans med särskilt kunnig personal inom sårbehandling.

6. Vid överflytt till annan enhet eller utskrivning

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

För mer information och utbildning

Region Skånes [Sårportal](#)

Webbutbildning [Sårbehandling](#)

Webbutbildning [Att förebygga trycksår, undernäring och fall](#)

Referenser

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP): [Prevention och behandling av trycksår: Kortversion av riktlinje](#) (2019)

Nationella vårdhandboken – [avsnitt Trycksår](#)

Nationella vårdhandboken – [avsnitt Sårbehandling](#)

Nationella vårdhandboken – [avsnitt Arbetsteknik och förflyttningskunskap](#)