



VANDSCHEMA

Namn: *SIRI COMPLIANCE* sal: *8*

Datum	Kl	Hö	Vä	Rygg	Sitter uppe	Mun- vård	Sign
<i>1/10</i>	<i>10.00</i>	<i>X</i>				<i>X</i>	<i>(P)</i>
	<i>15.00</i>		<i>X</i>			<i>X</i>	<i>(P)</i>
	<i>13.00</i>			<i>X</i>		<i>X</i>	<i>KL</i>

VÅRDPROGRAM FÖR TRYCKSÅR

- förebyggande åtgärder och behandling



Vårdprogrammet är framtaget av

Agnetha Perlkvist, leg. sjuksköterska och vårdutvecklare
Enheten för eHälsa och kvalitet, Staben för verksamhetsutveckling,
Skånes universitetssjukhus

Katarina Frick, leg. sjuksköterska
Trycksårsmottagningen SUS Malmö, Geriatriska kliniken,
Skånes universitetssjukhus

Monica Bergenek, leg. sjuksköterska och vårdutvecklare
Enheten för eHälsa och kvalitet, Staben för verksamhetsutveckling,
Skånes universitetssjukhus

Vårdprogrammet är granskat av

Christina Monsen, leg. sjuksköterska och sårkoordinator
Kärkliniken, Skånes universitetssjukhus

Ewa Idvall, professor i vårdvetenskap
Malmö högskola och Skånes universitetssjukhus

Ami Hommel, universitetslektor docent
Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus

Eva Toth-Baranyi, överläkare, ställföreträdande verksamhetschef,
Geriatriska kliniken, Skånes universitetssjukhus

Innehållsförteckning

4	INLEDNING
5	● 1. TRYCKSÅR – DEFINITION OCH RISKFAKTORER
6	Klassificering av trycksår
6	<i>Kategori 1. Rodnad som inte bleknar vid tryck</i>
6	<i>Kategori 2. Delhudsskada</i>
6	<i>Kategori 3. Fullhudsskada</i>
6	<i>Kategori 4. Djup fullhudsskada</i>
7	Reaktiv hyperemi eller kvarstående rodnad – "tumtest"
8	Förekomst av trycksår
9	Trycksår eller fuktskada?
10	Riskfaktorer för trycksår
12	● 2. IDENTIFIERA RISKPATIENTER
12	Klinisk bedömning
12	Hudbedömning
13	Modifierad Nortonskala
14	● 3. FÖREBYGGANDE OCH BEHANDLANDE ÅTGÄRDER
14	Information och patientens delaktighet
14	Tryckavlastning i säng och stol
15	Planerade lägesändringar med vändschema
16	Övrig avlastning
16	I livets slutskede
16	Nutrition
16	Hudvård
16	God hygien
17	Smärtbehandling
17	Aktivitet och hjälpmedel
18	● 4. LOKALBEHANDLING AV TRYCKSÅR
18	Utred orsaken till trycksåret
18	Omläggning och förband
19	<i>Omläggning – kategori 1</i>
19	<i>Omläggning – kategori 2</i>
19	<i>Omläggning – kategori 3 och 4</i>
20	<i>Illaluktande sår</i>
20	<i>Sår med avstannad sårläkning</i>
20	<i>Sårinfektion</i>
20	<i>Undertrycksbehandling</i>
21	● 5. VID UTSKRIVNING
22	SAMMANFATTNING
23	REFERENSER
25	Vårdprogrammets hemsida och aktuella länkar
26	Bilaga 1: Klassificering av trycksår
27	Bilaga 2: Förbandstyp och exempel på förband

Inledning

Trycksår är en vanlig komplikation till sjukdom, vård och behandling och kan snabbt förvärras och orsaka stort lidande hos patienten. Förutom lidande för patienten leder även trycksår till onödiga merkostnader för hälso- och sjukvården och en ökad arbetsbelastning för vårdpersonalen. Studier visar att ungefär var femte patient på sjukhus i Europa har trycksår. De flesta trycksår kan förebyggas vilket kräver ett teamarbete där även patient och närstående bör inkluderas. All sjukvårdspersonal har behov av kunskap och rutiner för att snabbt identifiera riskpatienter, sätta in förebyggande åtgärder samt följa upp.

Syfte

Vårdprogrammet riktar sig till samtliga yrkeskategorier med syfte att öka kunskapen om hur trycksår förebyggs och behandlas.

Mål

Vårdprogrammet i kombination med klinikernas eget förbättringsarbete ska minska uppkomsten av trycksår vid SUS samt förbättra omhändertagandet av patienter med trycksår.

Vårdprogrammet är indelat i fem delar:

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

Vårdprogrammet är tänkt att vara ett stöd i det dagliga vårdarbetet för god och säker vård.

2013-10-05



Marie Ekberg, chefläkare
Skånes universitetssjukhus



Else-Maj Rosenlöf, chefsjuksköterska
Skånes universitetssjukhus

1. TRYCKSÅR

– definition och riskfaktorer

Ett trycksår orsakas av syrebrist/försämrad cirkulation och är enligt internationell definition ”en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis 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 cirkulation och nedsatt förmåga att känna och reagera på tryck.

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 korsben. Den enskilde patientens hälsotillstånd är avgörande för vilket tryck och vilken tid som krävs för att skadan skall uppkomma.

Friktion: uppstår vid lägesändring när patienten inte lyfts utan dras i sängen varvid ytliga hudlager skrapas av. Särskilt utsatta områden är korsben, hälar och armbågar.

Skjuv: uppstår när huden och djupare liggande vävnad förskjuts i förhållande till varandra. Vid skjuv kan ”knickbildning” på hudens kapillärer uppkomma, vilket leder till att kapillärerna blir helt eller delvis hoptryckta och att cirkulationen försämras. Stor risk för skjuv är till exempel vid höjning av sängens huvudända då patienten glider ned i sängen.

Klassificering av trycksår

I vårdprogrammet kommer för enkelhetens skull benämningen trycksår användas för samtliga kategorier även om kategori 1 inte innebär ett sår.

De flesta trycksår är av lindrigare grad men får inte förbises, eftersom de snabbt kan förvärras om inte adekvata åtgärder vidtas tidigt. Trycksårets svårighetsgrad ska klassificeras enligt en internationellt överenskommen skala (kategori 1-4), se bilaga 1; *Klassificering av trycksår*.

Kategori 1. Rodnad som inte bleknar vid tryck

Hel 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 sårbedd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt eller öppen eller sprucken serumfylld eller blodfylld 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. Skadan kan inkludera underminering och fistlar. Djupet av ett trycksår kategori 3 varierar beroende på anatomisk lokalisation. Näsrugg, öron, bakhuvud och malleoler saknar subkutan fettvävnad, vilket gör att trycksår kategori 3 kan vara ytliga på dessa lokalisationer. Motsatsen gäller för områden med riklig subkutan fettvävnad som kan utveckla extremt djupa trycksår kategori 3. Ben och/eller senor är dock inte synliga.

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 lokalisation. Näsrugg, öron, bakhuvud och malleoler saknar subkutan fettvävnad, så trycksår

kategori 4 kan vara ytliga på dessa lokalisationer. Trycksår kategori 4 kan involvera och synliggöra ben, muskler och stödjevävnad, till exempel bindvävshinna (fascia), sena och ledkapsel vilket ökar infektionsrisken (osteit och osteomyelit). En svart nekros bedöms som kategori 4 även om huden är intakt, exempelvis på hälar.

Reaktiv hyperemi eller kvarstående rodnad – ”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 om en person har röda hälar, men där området snabbt återfår normal hudfärg 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 vid behov tryckavlasta. En reaktiv hyperemi kan särskiljas från trycksår kategori 1 genom ett så kallat tumtest.

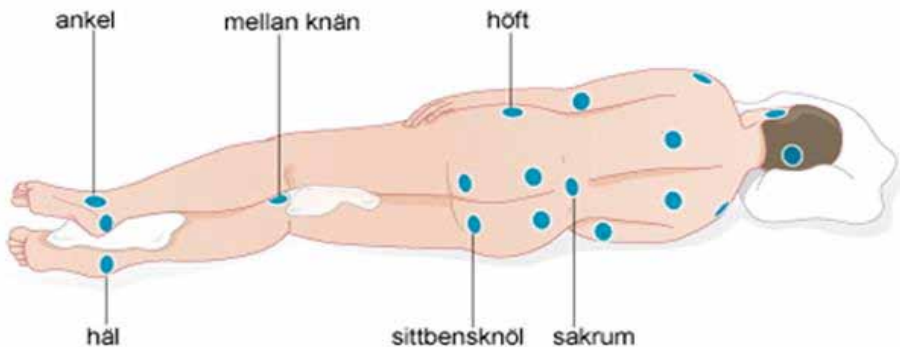
Med tumtest försöker man kontrollera om det blir ett synligt återflöde av blod till det område som tummen försöker att ”strypa” cirkulationen till.

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

En genomskinlig tryckskiva i hårdplast kan användas som ”tumme”. Huden inspekteras genom tryckskivan när den trycks på huden. Uppkommer ett ljus ”tumtryck” i det rodnade området, är rodnaden en reaktiv hyperemi. Tumtest är en subjektiv bedömning och inte helt tillförlitligt. 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, korsben, sittbensknölar, höftbenskammar, fotknölar, axlar, bakhuvud och knän (se figur 1). Trycksår förekommer även på andra ställen där vävnad utsätts för ett yttre tryck, till exempel bakom öron efter tryck av syrgasgrimma, på näsvingarna efter tryck av sond, på kroppens mjukdelar efter tryck av kateter/drän, innanför gipsbandage samt på underläppen när patienten är intuberad.



Figur 1. Riskområden

Bild hämtad från <http://www.varhandboken.se>, avsnitt Trycksår, 2013.

Trycksår eller fuktskada?

Det är skillnad mellan trycksår och fuktskadad hud vad gäller utseende, lokalisation och behandlingsalternativ. En fuktskadad hud har en ökad känslighet för tryck. Ett trycksår kan även vara en kombinationsskada av både tryck och fukt. En kombinationsskada måste därför både avlastas och skyddas mot ytterligare fukt. Kombinations-skador är vanliga nedanför korsbenet.

	Trycksår	Fuktskada
Placering	Benutskott	Hudveck
Form	Runda	Diffusa, utspridda
Djup	Kategori 1-4	Ytlig
Nekros	Kan förekomma	Förekommer aldrig
Sårkanter	Väl avgränsade	Oregelbundna
Färg	Från rodnad – svart	Från blek – rodnad
Behandlingsstrategi	Alltid avlasta och använda lämpligt förband	Alltid skydda mot fukt

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.

Riskfaktorer för trycksår kan delas in i orsaker som hör till patientens tillstånd så kallade patientrelaterade riskfaktorer, och yttre orsaker så kallade miljörelaterade riskfaktorer.

Till miljörelaterade riskfaktorer räknas bland annat:

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

Patientrelaterade riskfaktorer	Ökad risk på grund av
Akuta virussjukdomar till exempel influensa och magsjuka	Feber, närings- och vätskebrist Påverkan på huden av avföring
Akut sjukdom/skada till exempel medvetslöshet	Lågt systoliskt blodtryck (under 130 mm Hg) Försämrad känsla för obehag och smärta
Akut skada till exempel höftfraktur och stroke	Smärta och försämrad rörlighet Påverkan av smärtstillande läkemedel
Demenssjukdom	Nedsatt förmåga att tolka smärtsignaler och medverka till lägesändring Försämrat vätske- och näringsintag
Diabetes	Högt blodsocker Risk för övervikt Nedsatt eller avsaknad av känsel

Patientrelaterade riskfaktorer	Ökad risk på grund av
Försämrat vätske- och näringsintag	Försämrat vätske- och/eller näringsintag Ofrivillig viktnedgång BMI < 20 vid 69 år eller yngre BMI < 22 vid 70 år eller äldre Övervikt
Hjärt- och kärlsjukdomar	Lågt albumin- och Hb-värde
Hudens status	Hög ålder leder till mindre elastisk, tunnare och torrare hud Inkontinens → uppluckring av huden
Hög och låg ålder	Förändrad vävnads- och muskelstruktur, se även "Hudens status"
Lungsjukdomar	Sämre syresättning ut i vävnaderna
Neurologiska sjukdomar till exempel ryggmärgsskada, MS och Parkinsons sjukdom	Svårighet att själv ändra läge Nedsatt eller avsaknad av känsel
Omfattande brännskada	Ökad tryckkänslighet och vätskeförluster på grund av vävnadsskada
Smärta	Kärlsammandragning → försämrad perifer cirkulation
Terminalt stadium	Nedsatt perifer cirkulation Försämrat intag av vätska och näring Nedsatt förmåga till rörlighet och lägesändring
Tidigare trycksår	Minskad styrka och stabilitet över aktuellt hudområde

2. IDENTIFIERA RISKPATIENTER

I en komplett bedömning av trycksårsrisk ingår tre delar:

- Klinisk bedömning (helhetsbedömning)
- Hudbedömning
- Modifierad Nortonskala, validerad riskbedömning

Riskbedömningen ska upprepas vid förändrat allmäntillstånd och postoperativt.

Klinisk bedömning

Klinisk bedömning av trycksårsrisk kan ske genom att sjuksköterskan/undersköterskan med sin ”kliniska blick” (helhetssyn grundad på bland annat kunskap, erfarenhet och intuition) kan bedöma att patienten har en ökad risk eller genom att ställa sig två frågor:

- Löper patienten risk för att få trycksår om inga förebyggande åtgärder sätts in?
- 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.

Då sjuksköterskan/undersköterskan identifierat en riskpatient genom klinisk bedömning, kan detta dokumenteras under specifikt sökord i patientjournalen utan att modifierad Nortonskala används.

Hudbedömning

Hela huden ska inspekteras och bedömas i samband med inskrivning, senast inom 24 timmar. Eventuella trycksår, fuktskador eller tecken på reaktiv hyperemi ska dokumenteras i patientjournalen.

Daglig hudinspektion är obligatorisk åtgärd för samtliga riskpatienter under vårdtiden.

Modifierad Nortonskala

Enligt SUS kliniska riktlinjer för trycksårsprevention ska samtliga patienter ≥ 65 år riskbedömas inom 24 timmar med modifierad Nortonskala, men med följande undantag:

- akutintag, intensivvård och förlossning/BB/perinatal
- patienter med en förväntad vårdtid under 24 timmar
- patienter med diagnos och/eller allmäntillstånd som gör riskbedömningen irrelevant.

Inom dessa undantagna verksamheter/patientgrupper ska ansvarig sjuksköterska alltid göra en klinisk bedömning och en hudbedömning av risk för trycksår samt vid behov vidta adekvata åtgärder.

Även patienter under 65 år som förväntas bli sängliggande, rullstolsburna eller sittande stor del av dygnet, ska riskbedömas inom 24 timmar med modifierad Nortonskala.

3. FÖREBYGGANDE OCH BEHANDLANDE ÅTGÄRDER

En ökad medvetenhet och kunskap hos det tvärprofessionella teamet runt patienten, är en förutsättning för att minska antalet trycksår. Det i kombination med en engagerad ledning behövs för att evidensbaserade riktlinjer ska bli praxis. En individuell vårdplan för trycksårsprevention ska upprättas för samtliga identifierade riskpatienter samt för de som redan har trycksår, kategori 1-4. I vårdplanen dokumenteras insatta och planerade åtgärder som följs upp och utvärderas. Adekvat tryckavlastning (inklusive planerad lägesändring vid behov) och daglig hudinspektion är obligatoriska åtgärder för samtliga riskpatienter. Ett trycksår kategori 1 kan snabbt förvärras utan tryckavlastning.

Information och patientens delaktighet

Patient och närstående ska informeras om risken att utveckla trycksår och hur de kan medverka:

- Patienten uppmanas till täta lägesändringar, även små förflyttningar/rörelser kan göra god nytta
- Patienten uppmanas att undvika halvsittande i sängen med tanke på skjuvrisk

Tryckavlastning i säng och stol

Patienten ska få en förebyggande eller tryckavlastande madrass vid identifierad risk för trycksår och eller vid befintligt trycksår. Vilken madrass som är aktuell beror bland annat på trycksårets djup (klassificering), aktuella riskfaktorer, poäng enligt modifierad Nortonskala samt klinisk bedömning. Upphandlade madrasser: se länk *Upphandlade madrasser* i referenslista. Lathund vid val av madrass: se länk *Lathund madrasser* i referenslista.

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.

Patienter som riskerar att utveckla trycksår i sittande ställning eller som har trycksår som belastas vid sittande, skall förses med en tryckavlastande sittdyna i stol/rullstol, se länk *Upphandling av sitt- och ryggdynor* i referenslista. Uppgående patient uppmuntras att själv bära med sig sin sittdyna. Stolen ska individanpassas, ha lämplig sitthöjd och sittdjup och kan behöva kompletteras med stöd under fötterna, armstöd samt stöd för ryggen. En stabil sittställning förhindrar skjuv.

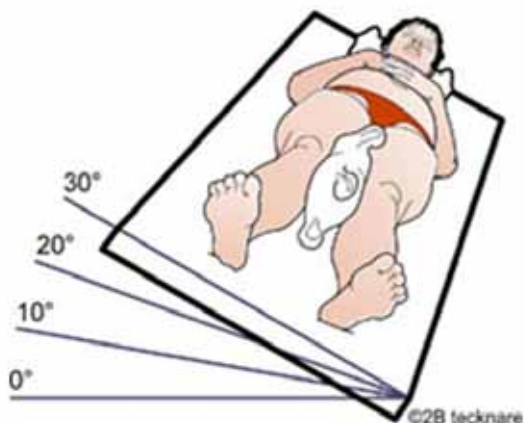
Tryckavlastande madrasser och sittdynor kan aldrig ersätta lägesändring utan är endast kompletterande hjälpmedel.

Planerade lägesändringar med vändschema

Lägesändring anses vara en av de viktigaste och mest effektiva åtgärderna för att förebygga trycksår. Alla riskpatienter som inte själva kan ändra läge, skall ha regelbunden lägesändring i säng och stol/rullstol. Lägesändring varannan till var fjärde timme kan vara ett lämpligt intervall men bör kontinuerligt utvärderas. Svårt sjuka patienter kan behöva lägesändring oftare. Planerat lägesändringsintervall och genomförda vändningar skall dokumenteras på ett vändschema.

Patienten kan även läggas i sidoläge, vinkelposition 30° (se figur 2). En kilkudde kan underlätta att patienten ligger kvar i detta läge.

Figur 2. Vinkelposition i 30°
Bild hämtad från Handbok
för hälso- och sjukvård,
avsnitt Trycksår, 2006.



Har patienten trycksår som belastas vid sittande, måste tiden i stol/rullstol begränsas beroende på patientens hälsotillstånd och trycksårets status och lokalisation.

Övrig avlastning

Det är även viktigt att avlasta mellan knän med hjälp av kuddar samt hälar och fotknölar, då det där finns ytterst lite naturlig polstring mellan hud och ben. Trycksår på fot/häl ska avlastas helt. Region Skåne har upphandlat hälskydd och hälsårssko, se aktuell upphandling i referenslistan. 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.

I livets slutskede

I terminalt skede är trycksårskan extra stor, men här måste vårdteamet ta hänsyn till patientens situation och tillsammans med närstående göra ett etiskt övervägande kring hur ofta patienten ska vändas.

Nutrition

Patienter med allvarlig näringsbrist löper stor risk att utveckla trycksår och en patient med stora sår har ett 10 % högre närings- och proteinbehov. Ett led i att förebygga och behandla trycksår är därför att se till att patienten får tillräckligt med näring och dryck. Näringstillskott med högt proteininnehåll skall erbjudas som komplement till den vanliga maten till patienter med risk för trycksår och näringsbrist. Vid behov ska läkare och dietist konsulteras. Vätskebalans och näringsintag ska bedömas och eventuella brister ska åtgärdas och följas upp. Läs vidare om SUS preventionsarbete gällande undernäring, se länk *Riktlinjer undernäring* i referenslista.

Hudvård

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.

God hygien

Vid behov ska patienten få adekvat hjälp att sköta sin personliga hygien, då bristande hygien kan försämra trycksårets status.

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.

Aktivitet och hjälpmedel

Mobilisering av patienten är av stor vikt och bör ökas allteftersom patientens allmäntillstånd förbättras då även sårhäknings gynnas. Rehabiliteringsåtgärder och förflyttningsteknik med eventuella hjälpmedel (glidlakan och glidbräda) ska anpassas så att trycksåret inte påverkas negativt. Avdelningens sjukgymnast och arbetsterapeut bör involveras.

4. LOKALBEHANDLING AV TRYCKSÅR

Det är viktigt att diagnostisera såret och säkerställa att det är ett trycksår. Därefter ska trycksåret klassificeras (kategori 1-4), se bilaga 1; *Klassificering av trycksår* och en Sårjournal öppnas (Sårjournal ska inte öppnas vid kategori 1 och kategori 2 med hel blåsa).

Samtliga trycksår som uppkommit under vårdtiden på SUS ska även registreras som en avvikelse i avvikelssystemet så att verksamheten kan göra en orsaksutredning och vidta relevanta förbättringsåtgärder.

Utred orsaken till trycksåret

Orsaken till uppkomsten av trycksåret ska utredas och kan kräva vårdteamets samlade kompetens för att kunna bedöma olika aspekter. Förekomst av medicinska riskfaktorer som kan påverka utveckling av trycksår (till exempel nedsatt arteriell cirkulation, diabetes eller risk för osteit) ska identifieras och om möjligt åtgärdas. Kontakt kan behöva tas med andra verksamheter, till exempel kärlliniken vid nedsatt cirkulation eller endokrinologiska kliniken vid fotsår om patienten har diabetes.

Omläggning och förband

Vid all såromläggning skall basala vårdhygienrutiner följas liksom ett aseptiskt arbetssätt. Bedömning ska göras angående behov av höggradigt ren eller steril omlägningsrutin. 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 på SUS, se bilaga 2; *Förbandstyp och exempel på förband*. För ytterligare information om sårbehandling, se länk *Sårbehandling Region Skåne* i referenslista.

Det är en fördel om avdelningen har ett basförråd, vilket innebär ett urval av upphandlat förbandsmaterial som alltid ska finnas på avdelningen och är de som i första hand ska användas.

För att välja lämplig såromläggning ska följande bedömas:

- Sårvätskans mängd, färg och utseende
- Vävnaden i såret
- Om såret behöver rensas upp
- Tecken på infektion
- Sårkanterna

Omläggning – kategori 1

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. 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 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 egenskap, silver- eller jodförband användas. Utanpå det upprensande förbandet behövs ett ytterförband. Sårkanterna skyddas mot fukt med sårkantsskydd.

Observera att behandlingstiden för förband innehållande silver skall hållas kort. Silverförband ordineras alltid av läkare eller i samråd med specialistmottagning.

Se länk: *Sårbehandling Region Skåne* i referenslista

Behandling av nekroser

Behandling av nekroser ser olika ut beroende på sårets diagnos. Ansvarig läkare ska bedöma behov av borttagande av nekros.

Vid nekrotiska sår på fot och/eller underben bör ankel/arm index tas för att förvissa sig om att patienten har god arteriell cirkulation.

Illaluktande sår

Ett sår som luktar illa kan läggas om med förband innehållande kol, se bilaga 2; *Förbandstyp och exempel på förband*.

Sår med avstannad sårläggning

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

Sårinfektion

Vid misstanke om sårinfektion ska ansvarig läkare göra en klinisk bedömning och vid behov ordinera en sårodling och/eller andra prover som kan påvisa infektionstecken. Ansvarig läkare ska även ta ställning till och bedöma behov av antibiotika eller annan behandling i enlighet med Stramas (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) riktlinjer, se länk *Strama Skåne* i referenslista.

Undertrycksbehandling

Vid särskilt svårläkta sår kan en undertrycksbehandling bli aktuell. Det är ansvarig läkare tillsammans med särskilt kunnig personal inom sårbehandling som ordinerar detta.

5. VID UTSKRIVNING

I samband med utskrivning ska ökad trycksårsrisk, förebyggande åtgärder samt eventuella trycksår och behandling överrapporteras till nästa vårdgivare eller annan vårdenhet inom slutenvård.

En kopia på upprättad vårdplan för trycksårsprevention och eventuell sårjournal skickas till nästa vårdgivare.

Ökad risk samt eventuellt trycksår dokumenteras även i omvårdnadsepikrisen. I medicinsk epikris under sökordet Bidiagnos, dokumenteras all relevant medicinsk information om befintligt trycksår.

SAMMANFATTNING

Trycksår – definition och riskfaktorer

- Ett trycksår är en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benuskott som ett resultat av tryck eller tryck i kombination med skjuv
- Trycksår orsakas av syrebrist/försämrad cirkulation
- Alla trycksår ska klassificeras, kategori 1-4
- En rodnad som inte bleknar vid tryck är ett trycksår kategori 1

Identifiera riskpatienter

- Hitta alla riskpatienter genom att kombinera klinisk bedömning (helhetsbedömning), hudbedömning samt modifierad Nortonskala

Förebyggande och behandlande åtgärder

- Trycksår är möjliga att förebygga genom snabb identifiering av riskpatienter och att förebyggande åtgärder sätts in
- Förhindra trycksår genom att minska trycket i säng och stol med rätt dyna/madrass, planera lägesändring, inspektera huden dagligen, tillgodose närings- och vätskebehov samt håll huden torr och smidig
- Samarbeta i vårdteamet

Lokalbehandling av trycksår

- Innan behandling sätts in, görs en bedömning av såret utifrån sårets vävnad, storlek/djup, vätska och lukt
- Välj förband efter trycksårets status och behov (tillföra fukt, absorbera sårvätska, rensa upp såret och minska lukt med mera)

Vid utskrivning

- Rapportera till nästa vårdgivare ökad trycksårsrisk, behov av åtgärder samt eventuella trycksår och behandling

REFERENSER

Bååth C, Hall-Lord ML, Idvall E, Wiberg-Hedman K, Wilde Larsson B. Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *J Clinical Nurs* 2008 Mar;17 (5):618-26.

Bååth C, Idvall E, Gunningberg L, Hommel A. Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2013 Oct;19(5):862-7. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01865.x

Care of Sweden. Tillgänglig på http://www.careofsweden.se/wp-content/uploads/2013/08/Handlingsplan_Trycksar_SE_130806_web.pdf. Hämtad juni 2013.

Center för eHälsa i samverkan. Vårdhandboken. Tillgänglig på www.vardhandboken.se. Hämtad juli 2013.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Tillgänglig på <http://www.epuap.org/>. Hämtad maj 2013.

Gunningberg L, Ehrenberg A. Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2004;31(6):328-35.

Gunningberg L, Hommel A, Bååth C, Idvall E. The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2013 Aug 29. doi: 10.1111/jep.12079

Handbok Kvalitetsindikatorområden. Ett stöd för arbetet inom: Fall, Smärta, Tryckskada och Undernäring. Region Skåne Handbok KI. Sammanställning av arbetsgruppernas resultat gjord av Irene Axman Andersson, Utvecklingscentrum november 2009 (uppdaterad april 2012). Tillgänglig på <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/Rapporter/Kvalitetsindikatorer2012-04-25IAA.pdf>. Hämtad juli 2013.

Idvall E (red). Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. 6:e upplagan. Stockholm: Gothia Förlag och Svensk sjuksköterskeförening; 2013.

Lindh M, Sahlqvist Lena. Säker vård. Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg. Stockholm: Natur och kultur; 2013

Lindholm C, Sterner E, Romanelli M, Pina E, Torra y Bou J, Hietanen H, Iivanainen A, Gunningberg L, Hommel A, Klang B, Dealey C et al. Hip fracture and pressure ulcers - the Pan-European Pressure Ulcer Study - intrinsic and extrinsic risk factors. *Int. Wound J* 2008 Jun; 5(2):315-28.

Lindholm C. SÅR. Studentlitteratur, 3:e upplagan, kapitel trycksår; 2012.

Monsen C, Mehica L. Kunskapsunderlag för tryckskadeprevention, SUS Malmö. 2010.

National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Kortversion av riktlinjer finns översatt till svenska. Tillgänglig på <http://www.swenurse.se/PageFiles/7831/Svensk%20broschyr%20A5%20V30%20HQ.pdf>
Hämtad maj 2013.

Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN), 2006. Tillgänglig på <http://www.swespen.se>.
Hämtad maj 2013.

PUCLAS 2 – Klassifikation av trycksår. European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2005. Utbildningsprogram- trycksår. Tillgänglig på <http://www.puclas.ugent.be/puclas/s>.
Hämtad juni 2013.

Regionalt vårdprogram. Trycksår Prevention och behandling. Stockholms läns landsting; 2010. Tillgänglig på http://www.produktionssamordning.se/Global/Vardsamordning/Dokument/TUFF/tuff%20info/info%20tuff/Trycksar_2010_webbversion.pdf.
Hämtad maj 2013.

Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18552/2012-1-5.pdf>.
Hämtad juli 2013.

Socialstyrelsen. Förhindra trycksår. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/forhindratrycksar>.
Hämtad juli 2013.

Sterner E. Pressure ulcers - role of the nurse to improve patient safety – prevalence, riskfactors, classification and documentation in patients undergoing hip surgery. Stockholm: Karolinska Institutet. Tillgänglig på http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40929/Thesis_Eila_Sterner.pdf?sequence=1
Hämtad mars 2013.

Sveriges Kommuner och Landsting. Förebygg trycksår i samband med vård. Stockholm: Tryckoffset; 2008.

Sveriges Kommuner och Landsting. Trycksår – åtgärder för att förebygga. Tillgänglig på <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-633-0.pdf?issuusl=ignore>.
Hämtad maj 2013.

Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, Elia M. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2005; 4(3):422-50. Review.

Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J of Clinical Practice 2006 Dec 12. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x

Wann-Hansson C, Hagell P, Willman A. Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. J Clinical Nurs. 2008;17(13):1718-27.

Vårdprogrammets hemsida och aktuella länkar

Här finns vårdprogrammet digitalt med tillhörande länkar:
<http://intra.skane.se/vardprogramtrycksar>

Vårdprogram för trycksår - förebyggande åtgärder och behandling: <http://intra.skane.se/vardprogramtrycksar>

Koncerninköp: http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Koncerninkop/Int/Avtalswebben/Register/33_ort.pdf

Lathund madrasser: http://www.skane.se/Public/BP/PK/Madrass_lathund.pdf

Riktlinjer undernäring: <http://projekt.i.skane.se/itutv/umas/SUSVGIIDokumenserver1/Enheten%20fr%20eHlsa%20och%20kvalitet/Klinisk%20vårdutveckling/Undernäring%20prev%202013%202015.pdf>

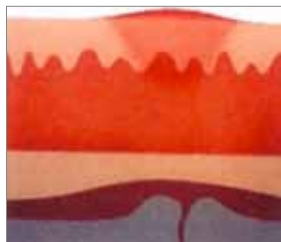
Strama Skåne: <http://www.skane.se/strama>

Sårbehandling Region Skåne: <http://www.skane.se/Public/BP/PK/Sarbehandling.pdf>

Upphandlade madrasser: <http://www.skane.se/public/BP/PK/madrass.pdf>

Upphandling av sitt- och ryggdynor: <http://intra.skane.se/Stod-Service/Inkop-och-upphandling/Produkter-och-tjanster/Hjalpmedel-tekniska-avtal-och-avrop/>

Bilaga 1 Klassificering av trycksår



Kategori 1 Rodnad som inte bleknar vid tryck



Kategori 2 Delhudsskada



Kategori 3 Fullhudsskada



Kategori 4 Djup fullhudsskada

Bilaga 2 Förbandstyp och exempel på förband

Förslag på förband som kan användas vid lokalbehandling av trycksår.
Observera att samtliga upphandlade omlägningsprodukter inte representeras, endast ett begränsat urval exemplifieras.

Typ av förband/produkt	Exempel på förband
Absorptionsförband	Absorptionsförband Sorbion Sachet S förband
Bakterieadsorberande förband	Sorbact; Absorberande förband/ Gelkompress/Tamponad/Kompress/ Foam
Gel Främjar fuktig sårhäkning	IntraSite Gel IntraSite Conformable Suprasorb G
Gelbildande förband God uppsugningsförmåga	Aquacel Aquacel Extra Hydrofiber förband Melgisorb
Icke vidhäftande kompress	Solvaline N
Jodförband	Iodosorb
Kolförband	Actisorb Plus 25 (innehåller även silver) Vliwaktiv
Kollagent förband Vid avstannad sårhäkning	Suprasorb C
Polyuretanskumförband Utan häftande kant	Allevyn Tegaderm Foam
Polyuretanskumförband Med häftande kant	Allevyn Adhesive Biatain Tegaderm Foam Adhesive

Typ av förband/produkt	Exempel på förband
<p>Polyuretanskumförband Med särskild ytbehandling för att inte fastna i sår, utan häftande kant</p>	<p>Allevyn Gentle Biatain Soft Hold Cutimed Siltec Mepilex</p>
<p>Polyuretanskumförband Med särskild ytbehandling för att inte fastna i sår, med häftande kant</p>	<p>Allevyn Gentle Border Cutimed Siltec B Mepilex Border</p>
<p>Polyuretanskumförband Med upprensande egenskap, finns med och utan spärrskikt/häftande kant</p>	<p>PolyMem/PolyMem Wic/PolyMAX</p>
<p>Silverförband Kräver ordination av läkare/ specialistmottagning</p>	<p>Acticoat Flex 7 Aquacel Ag Atrauman Ag Mepilex Ag Mepilex Border Ag Silvercel Non-Adherent</p>
<p>Sårfilm</p>	<p>Fixomull Transparent Tegaderm Film</p>
<p>Sårkantsskydd</p>	<p>Cavilon No Sting, Welland VBF</p>

Omslag: Sue Harden-Mugelli
Bilaga 1, foto: Sue Harden-Mugelli, Katarina Frick
Bilaga 1, illustrationer: Karlstad universitet
Producerad av Kommunikationsenheten
Skånes universitetssjukhus

Upplaga 2
December 2013

