

Trycksår - utredning, prevention och behandling

Författat av: Annika Friberg och Pia Backteman

Berett av: Kompetensgrupp Sår

1 Bakgrund

Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten och höga kostnader för samhället. Kunskap hos alla i teamet om riskbedömning, utredning av orsak samt adekvat behandling, uppföljning av insatta åtgärder samt förflyttningsteknik är mycket viktig. Målet för Region Örebro län är att erbjuda patienter en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård med nollvision för vårdskador.

1.1 Definition av trycksår

Trycksår definieras som en lokal skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över benutskott – och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Trycksår är vanligtvis lokaliserade över benutskott och kan också vara orsakade av medicinteknisk utrustning.

2 Syfte och omfattning

Denna rutin ska säkerställa att trycksår förebyggs, utreds, diagnosticeras och behandlas. Samtliga inläggande patienter med bedömd risk för trycksår omfattas av denna rutin.

3 Ansvar och roller

Samtlig personal ansvarar gemensamt för att säkerställa att trycksår förebyggs, utreds, diagnosticeras, behandlas och dokumenteras. Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och ansvarar för att bedöma risk för trycksår och för att det förebyggande arbetet genomförs och följs upp. Teamet ansvarar tillsammans för att åtgärderna utförs. Tydlig ansvarsfördelning ska fastställas i lokala rutiner.

4 Rutinbeskrivning

Trycksårsprocessen börjar med patientens ankomst till enheten och inleds med en systematisk hud- och riskbedömning. Syftet är att snabbt identifiera både personer med risk att utveckla trycksår och de som har trycksår. Hud- och riskbedömningen dokumenteras i patientjournal. Efter bedömningen görs en utredning gällande orsakerna till trycksår och en planering för åtgärder och trycksårsbehandling. Insatta åtgärder ska följas upp, utvärderas och kommuniceras med berörd personal, patient och närstående. Vid överflyttning till annan vårdenhet/ kommunen ska status samt åtgärder överrapporteras.

För mer detaljerad information kring prevention och behandling av trycksår hänvisas till [vårdhandboken](#).

5 Prioriterade och grundläggande åtgärder

5.1 Hudbedömning och riskbedömning

Hudbedömning ska ske utifrån patientens tillstånd och behov, oavsett ålder. Denna ska ske snarast efter ankomst till enheten inom ett par timmar, dock senast inom åtta timmar. Hudbedömning ska upprepas dagligen på identifierad riskpatient. Dokumenteras i journal.

Riskbedömning ska ske snarast efter ankomst till enheten, senast inom 8 timmar. Använd riskbedömningsinstrumentet Risk Assessment Pressure Sorces (RAPS). Komplettera alltid med en klinisk bedömning. I de fall det är aktuellt ska riskbedömning göras även för undernäring, ohälsa i munnen och fall. Se rutin [Senior Alert – Förebyggande arbete](#).

5.2 Mobilisering

Rörelse och aktivitet är kroppens försvar mot trycksår och andra sänglägeskomplikationer. Patienten och ev. närstående ska informeras om risk för trycksår och uppmuntras att vara så aktiv som möjligt, göra lägesändringar och be om hjälp vid smärta eller obehag. Arbeta utifrån att alltid låta patienten göra det hen kan själv.

5.3 Tryckavlastning (omgivningsanpassning/ lägesändring)

- ”Tryckfördelande madrass i förebyggande syfte”. ska finnas i alla sängar på sjukhusen. För patienter med hög risk att utveckla trycksår kan finnas behov av madrass i behandlande syfte. Se [Behandlande madrasser, Centrum för hjälpmedel](#).
- För patienter i rullstol ska avlastande sittdyna användas
- Regelbundna lägesändringar i säng eller stol. Tillse att patienten placeras säkert, stabilt och bekvämt. Använd lägesändringsschema, se [Region Örebro lägesändringsschema](#).
- Avlastning hälar, använd positioneringskudde eller speciellt utformad hälavlastning.
- Bedöm behov av andra hjälpmedel för att minska friktion och skjuv till exempel glidlakan, slide, positioneringskuddar.
- Medicinteknisk utrustning kan behöva polstras.
- Överväg flerskiktsförband i polyuretanskum över benutskott (ex hälar) som skydd vid friktion.

5.4 Hudvård - inkontinens/fukt

Håll huden ren, torr och smidig genom förebyggande hudvård. Använd pH-balanserad rengöringsprodukt. Vid sår eller hög risk för sår ska huden inspekteras dagligen. Vid tecken på fuktskada använd barriärkräm och se [Rutin för Inkontinensassocierad dermatit \(IAD\)](#).

5.5 Nutrition

Tillgodose närings- och vätskeintag. Undernäring medför ökad risk för trycksår. Patienter med risk för eller som har trycksår ska utredas och behandlas i enlighet med rutinen ”Undernäring – utredning, prevention samt behandling av patienter ineliggande på sjukhus. Se [riktlinje för nutrition](#). Utöver detta ska följande utredning och behandling genomföras för samtliga patienter med trycksår.

- Erbjud, vid behov, kosttillägg med högt proteininnehåll (peroralt eller via sond) som tillägg till den vanliga maten till patienter med undernäring och samtidig risk för trycksår. Behandling med kosttillägg ska ordinerars och utvärderas.

- Vid trycksår grad 2-4 kan diagnosspecifik näringsdryck med högt innehåll av arginin, zink och c-vitamin ordineras, 400 ml näringsdryck per dygn i 8 veckor. Efter utvärdering kan en ny behandlingsperiod ordineras.
- Vid behov kontakta dietist.

Påbörjad nutritionsbehandling och plan för uppföljning ska överrapporteras vid övergång till annan enhet eller vid utskrivning till annan vårdgivare.

6 Åtgärder för patienter med trycksår

Involvera patient och närstående i trycksårsprevention och behandling. Informera om hur trycksår uppstår, vilka förebyggande åtgärder som är viktiga och vad personen och närstående kan göra själva. Viktigt är att fortsätta med förebyggande åtgärder som tryckavlastning, lägesändringar, nutrition och hudvård.

- Kategorisera och diagnosticera såret utifrån kategorierna 1-4 samt sår med okänt sår djup. För trycksår som kräver omläggning, upprätta sårjournal.
- Fuktskada, inkontinensassocierad dermatit, (IAD) och trycksår kan existera över samma område. Var noga med diagnos.
- Ta ställning till vilken lokalbehandling som är lämplig och påbörja behandlingen, se [Sårwebben/Vårdhandboken](#).
- Inspektera såret och var observant på tecken på infektion.
- Inspektera huden och andra tryckutsatta punkter dagligen.
- Smärtbedöm och smärtlindra vid behov.
- Vid utskrivning/överflyttning informera nästa vårdgivare om vidtagna åtgärder och fortsatt behandling.
- Ta ställning till om patienten behöver remitteras till annan specialist.

7 Dokumentation

Hud- och riskbedömningen dokumenteras i patientjournal vid ankomst till enheten, vid utskrivning och däremellan vid förändrat status. Sårjournal ska upprättas vid befintliga sår där sårets aktuella status dokumenteras och bör kompletteras med foto. Avvikelseregistrering ska göras i Platina vid upptäckt av anlagda trycksår i kategori 2-4 som inträffat under vårdtiden. Gäller även när tidigare vårdgivare inte informerat om befintligt trycksår.

8 Referenser

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2019.

Länk till svensk version av tidigare utgåva (2014): <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2018/06/swedish-quick-reference-guide-final-june2018.pdf>

SKL. *Trycksår: åtgärder för att förebygga*. Stockholm; 2011.

Hämtad 2017-09-05 från: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/trycksar-atgarder-for-att-forebygga.html>

Vårdhandboken. *Trycksår*. Hämtad 2017-09-05 från:

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Trycksar/Oversikt/>



9 Bilaga 1 - Klassificering av trycksår

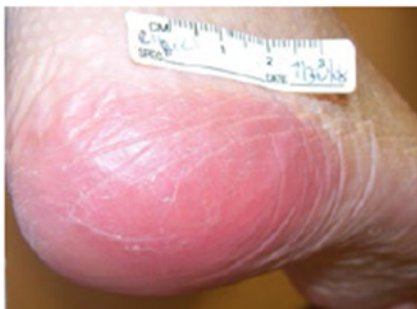
Internationellt klassifikationssystem för trycksår enligt NPUAP/EPUAP

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. Det finns också ett antal bidragande faktorer som kan relateras till trycksår, men betydelsen av dessa faktorer återstår att undersöka.

Kategori 1:

Hudrodnad 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, fast, mjukt, varmare eller kallare än annan hud. Kategori 1 trycksår kan vara svårt att upptäcka hos personer med mörk hudfärg. Kategori 1 trycksår kan indikera att personen är i riskzonen för att utveckla djupare trycksår.



Kategori 2:

Delhudsskada

Delhudsskada som visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbedd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt eller öppen/sprucken serumfylld blåsa. Visar sig som ett blankt eller torrt ytligt sår utan fibrinbeläggning eller ytligt hematom. Denna kategori ska inte användas för att beskriva hudflikar, hudskador efter häfta, inkontinensrelaterad dermatit eller maceration.



Kategori 3:

Fullhudsskada

Fullhudsskada. Subkutan fett är synligt, men ben, sena eller muskler syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup. Kan inkludera underminering och fistlar. Djupet av ett Kategori 3 trycksår varierar beroende på anatomisk lokalisering. Nästrygg, öra, bakhuvud och malleoler saknar subkutan fettvävnad och Kategori 3 trycksår kan vara ytliga på dessa lokaliseringar. Motsatsen gäller för områden med riklig subkutan fettvävnad som kan utveckla extremt djupa Kategori 3 trycksår. Ben/senor är inte synliga eller palpabla.



**Kategori 4:
Djup fullhudsskada**

Djup fullhudsskada som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas. Ofta förekommer underminering och fistlar. Djupet av Kategori 4 trycksår varierar med anatomisk lokalisation. Exempelvis saknas subkutan fettvävnad på näsrygg, öra, bakhuvud och malleoler och sår på dessa lokalisationer kan vara ytliga. Kategori 4 trycksår kan involvera muskler och stödjevävnad (till exempel fascia, sena, ledkapsel) vilket gör det sannolikt att osteomyelit och osteit uppstår. Blottade ben och muskler är synliga eller direkt palpabla.

**Icke klassificerbart trycksår:
sårdjup okänt**

Fullhudsskada där sårbotten är 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. Stabil (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) sårskorpa på hälar fungerar som kroppens naturliga (biologiska) "plåster" och ska inte avlägnas.

**Misstänkt djup hudskada:
sårdjup okänt**

Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck, och/eller skjuv som medfört skada på underliggande vävnad. 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 utvecklas vidare och döljas av en tunn sårskorpa. Utvecklingen kan gå fort och involvera ytterligare vävnadslager trots optimal behandling.



