

Trycksår

Förebygga – Utreda – Behandla – Utvärdera

PROGRAM

Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

POLICY

Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningsätt och principer för vägledning.

STRATEGI

Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för Prioritering.

HANDLINGSPLAN

Beskriver konkreta mål och åtgärder.

RIKTLINJER

Säkerställer ett riktigt agerande och en god kvalitet vid handläggning och utförande.

Beslutad av Programdirektör, Patrik Jonsson, den 19 september 2020

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 4 |
| <i>Hälso- och sjukvårdsprocessen- trycksår</i> | 4 |
| Definition av trycksår | 4 |
| Syfte | 4 |
| Ansvar och roller | 4 |
| <i>Enhetschef ansvarar för</i> | 4 |
| <i>Sjuksköterskan ansvarar för att</i> | 4 |
| <i>Arbetsterapeut ansvarar för att</i> | 5 |
| <i>Omvårdnadspersonal ansvarar för</i> | 5 |
| Åtgärder för att förebygga trycksår | 5 |
| Riskbedömning och hudbedömning | 5 |
| Tryck, skjuv och friktion | 6 |
| <i>Rörelse och aktivitet</i> | 6 |
| <i>Tryckavlastning/ lägesändring</i> | 6 |
| Hudvård - inkontinens/fukt..... | 6 |
| Nutrition | 6 |
| Åtgärder för patienter med trycksår | 6 |
| Dokumentation | 7 |
| <i>Trycksår ska hanteras som en vårdskada</i> | 7 |
| Referenser | 7 |
| Bilaga 1 - Klassificering av trycksår | 8 |
| Bilaga 2 – Schema för lägesändring | 10 |
| Bilaga 3. Lägesändringar och positionering..... | 11 |

Inledning

Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten och medför höga kostnader för samhället.

Med kunskap hos alla i teamet om riskfaktorer och vårdrelaterade riskmoment och förflyttningsteknik kan trycksår förhindras. Målet är att erbjuda patienter en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård.

Hälso- och sjukvårdsprocessen- trycksår

Trycksårsprocessen inleds med en systematisk hud- och riskbedömning för att identifiera personer med risk att utveckla trycksår och de som eventuellt har trycksår.

1. Riskbedömning görs (RAPS, i Senior Alert)
2. Hud- och riskbedömningen dokumenteras i patientjournal.
3. Utredning görs gällande orsakerna till risk för trycksår eller uppkomna trycksår
4. Planering av åtgärder och behandling.
5. Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder med teamet inklusive patienten/närstående
6. Rapportering av status och åtgärder ska göras vid överflyttning till annan vårdande enhet.

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.

Syfte

Denna riktlinje ska säkerställa att trycksår förebyggs, utreds och behandlas.

Ansvar och roller

Samtlig personal har ett gemensamt ansvar att utifrån roll och funktion säkerställa att risk för trycksår uppmärksammas, att bedömningar görs systematiskt så att trycksår förebyggs, utreds, behandlas och dokumenteras. Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och ansvarar för att identifiera riskfaktorer och för att det förebyggande arbetet genomförs och följs upp. Teamet ansvarar tillsammans för att åtgärderna utförs. Har individen inte kontakt med kommunal sjuksköterska ska kontakt tas med primärvården.

Enhetschef ansvarar för

- att omvårdnadspersonal har kunskap om hur trycksår förebyggs

Sjuksköterskan ansvarar för att

- identifiera riskfaktorer och ordinera omvårdnadsåtgärder för att förebygga trycksår – se vårdhandboken Trycksår/Åtgärder för att förebygga
- göra riskbedömning med bedömningsverktyget RAPS
- ge handledning och instruktioner till omvårdnadspersonal för att förebygga och behandla trycksår, t.ex. vändschema
- förskriva förebyggande eller behandlande madrass
- kontakt tas med arbetsterapeut/sjukgymnast tas vid behov för tex utprovning av avlastande hjälpmedel, positionering

- läkarkontakt tas för information samt vid behov av utredning, behandling samt vid behov av smärtstillande
- dokumentera bedömningar, ordinerade åtgärder och uppföljningar
- involvera patienten och/eller i trycksårsprevention

Arbetsterapeut ansvarar för att

- identifiera riskfaktorer och ordinera åtgärder för att förebygga trycksår – se vårdhandboken Trycksår/Åtgärder för att förebygga
- prova ut och förskriva adekvata tryckavlastande hjälpmedel såsom t.ex. sittdynor, förebyggande madrass etc.
- informera och instruera omvårdnadspersonal
- initiera mobiliserande aktiviteter
- dokumentera bedömningar, ordinerade åtgärder och uppföljningar
- involvera patienten och/eller i trycksårsprevention

Omvårdnadspersonal ansvarar för

- att vara uppmärksam på hudförändringar, t. ex i samband med personlig omvårdnad
- att arbeta enligt instruktion från legitimerad personal
- att uppmärksamma förändringar av patientens status som kan öka risk för trycksår
- att hålla patientansvarig sjuksköterska underrättad om patientens status

Åtgärder för att förebygga trycksår

Följande obligatoriska omvårdnadsåtgärder ska ingå i ett systematiskt arbete för att minska risk för trycksår i samband med vård:

- Genomför en strukturerad riskbedömning, se riktlinje för vårdprevention
- Genomför [hudbedömning](#).
- Minska tryck, skjuv och friktion, exempelvis genom lägesändring och tryckavlastning.
- Håll huden torr, mjuk och smidig genom förebyggande hudvård.
- Tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov.
- Involvera patient och/eller närstående i trycksårspreventionen.
- Kommunicera riskfaktorer och förebyggande åtgärder till nästa vårdenheter.

Alla åtgärder ska dokumenteras och kontinuerligt följas upp och utvärderas i en individuell vårdplan

Riskbedömning och hudbedömning

Riskbedömning ska göras vid ny vårdkontakt om inte uppenbart obehövligt, och vid förändrat hälsotillstånd. För person som har nedsatt aktivitetsförmåga, nedsatt allmäntillstånd, som är sängliggande och/eller rullstolsburen ska riskbedömning göras omgående. En riskbedömning måste alltid kombineras med klinisk bedömning av erfaren personal.

Använd riskbedömningsinstrumentet Risk Assessment Pressure Sorces (RAPS). Läs mer i riktlinje Vårdprevention. Upprepa riskbedömningen minst en gång per år och vid försämrat hälsotillstånd.

Hudbedömning ska ske utifrån patientens tillstånd och behov, oavsett ålder. Det ska om möjligt ske vid första omvårdnadstillfället. Resultat av hudbedömningen ska dokumenteras.

Hudbedömning ska upprepas kontinuerligt på identifierade riskpatienter och det ska dokumenteras. Vårdplan ska finnas med aktuell åtgärd med vad, hur, när och vem som ska utföra hudbedömningen.

Tryck, skjuv och friktion

Rörelse och aktivitet

Rörelse och aktivitet är kroppens försvar mot trycksår och andra sänglägeskomplikationer. Patienten och ev. närstående bör informeras om risk för trycksår och uppmuntras att vara så aktiv som möjligt. Arbeta utifrån att alltid låta patienten göra det hen kan själv.

Tryckavlastning/ lägesändring

Sköna viloställningar/regelbundna lägesändringar är viktigt för en person som ligger mycket i sängen. En frisk person ändrar ofta ställning under sömn/vila. En person som inte klarar att göra lägesändringar själv, behöver få hjälp av personal eller närstående med detta. Lägesändringar är viktiga för att främja allmäntillståndet, förebygga trycksår, underlätta vid andningsproblematik, ge en god sömn samt minskad smärta. Genom positionering kan man uppnå god avlastning och funktionella viloställningar. Läs mer om lägesändring och positionering bilaga 3.

Hudvård - inkontinens/fukt

Håll huden ren, torr och smidig genom förebyggande hudvård. Vid sår eller hög risk för sår ska huden inspekteras dagligen. Vid tecken på fuktskada använd barriärkräm.

Nutrition

Tillgodose närings- och vätskeintag. Undernäring medför ökad risk för trycksår. Om patienten har en bedömd risk för undernäring ska nutritionsutredning och behandling ske enligt riktlinje ”mat, måltider och nutrition”.

Åtgärder för patienter med trycksår

Involvera patient, läkare 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 såret utifrån kategorierna 1-4 samt sår med okänt sår djup, se bilaga 1. För trycksår som kräver omläggning, upprätta vårdplan
- Obligatoriska åtgärder som beskrivs ovan ska genomföras.
- 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.
- Smärtbedömning, med validerat smärtskattningsinstrument, VAS eller Abby pain scale och smärtlindra vid behov.
- Vid utskrivning/överflyttning informera nästa vårdgivare om vidtagna åtgärder och fortsatt behandling.
- Förskrivning av behandlande madrass, sittdyna eller andra hjälpmedel. Mer information finns även på [centrum för hjälpmedels hemsida](#).

Dokumentation

Hud- och riskbedömningen, ordinerade åtgärder och uppföljningar ska dokumenteras i patientjournal. Sår ska beskrivas, dokumenteras och följas upp enligt nedan

- lokalisation
- storlek och djup
- utseende och färg
- sårsekretion
- lukt
- sårsmärta
- sårkanter
- hud runt såret
- tecken på infektion

Trycksår ska hanteras som en vårdskada

Avvikelseregistrering ska göras vid upptäckt av trycksår i kategori 2-4. Gäller även när tidigare vårdgivare inte informerat om befintligt trycksår.

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; 2014. Länk till svensk version: <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/>

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 lokalisering. Exempelvis saknas subkutan fettvävnad på näsrygg, öra, bakhuvud och malleoler och sår på dessa lokaliseringar 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 hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) "plåster" och ska inte avlägsnas.



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.



Bilaga 3. Lägesändringar och positionering