



MAS-Regel

Regel för Trycksår

Framtagen av socialförvaltningen
Gäller från och med 2020-01-02

Regel för Trycksår

Innehåll

1. Bakgrund	2
1.1 Definition	2
1.2 Riskbedömning	2
1.3 Förebyggande åtgärder	2
2. Avlastning Fördela trycket	3
2.1 Hudvård	3
2.2 Lägesändring	3
2.2.1 Aktivitet	3
2.2.2 Nutrition	4
3. När ett trycksår uppstått	4
4 Kategorisering av trycksår	4
5. Trycksårsbedömning	5
6. Förutsättning för sårläggning	5

1. Bakgrund

Trycksår räknas till en av våra vanligaste vårdsador och orsakar stora problem genom fysisk och psykiskt lidande för dem som drabbas. Vården av personer med trycksår innebär också en påfrestning för vårdgivaren i form av ökade kostnader. Sammantaget är det därför mycket angeläget att förebygga tryckssador.

1.1 Definition

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv som är när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra.

1.2 Riskbedömning

Riskbedömning enligt modifierad Norton Senior alert ska göras vid ankomst eller i början av en vårdperiod oavsett om patienten är på en vårdinrättning eller vårdas i det egna hemmet. Rekommendation är inom 8 timmar. Om en person bedöms ha hög risk för att utveckla trycksår, eller redan har befintliga trycksår, måste detta kommuniceras till hela teamet kring patienten. Sjuksköterska kontaktar fysioterapeut och arbetsterapeut för bedömning av rörelseförmåga, förflyttningsteknik och behov av hjälpmedel.

1.3 Förebyggande åtgärder

Det ska finnas en individuell dokumenterad vårdplan för alla patienter som löper risk att utveckla trycksår. Planen ska innehålla dokumentation av vilka tryckavlastande hjälpmedel och åtgärder som ska användas för den enskilda patienten samt hur patientens riskfaktorer ska korrigeras. Det är viktigt att göra patient och dennes närstående delaktig i trycksårspreventionen.

2. Avlastning Fördela trycket

Tryckavlastningen/tryckfördelningen måste göras dygnet runt oavsett om patienten sitter i stol, rullstol eller ligger i en säng. Hjälpmedel som madrasser, sittdynor, kuddar och kilar ska individuellt förskrivas, utprovas och användas för att förhindra att benutskott, exempelvis knän, hälar och fotknölar, trycker mot varandra och/eller mot underlaget. Kunskap om korrekt [förflyttningsteknik](#) är viktig.

2.1 Hudvård

I samband med daglig omvårdnad ska huden inspekteras främst med tanke på utsatta hudområden. Torr hud bör hållas mjuk och smidig med fuktighetsbevarande kräm och eventuella orsaker till negativ fuktpåverkan av huden såsom inkontinens, svettning och sårsekretion ska undanröjas.

2.2 Lägesändring

Hjälp patienten att ändra läge, eller om han eller hon kan ändra läge själv uppmuntra till täta lägesändringar för att omfördela trycket.

Liggande

1. Placera alltid kuddar mellan knäna och vid behov mellan och under fotknölar.
2. Upprätta ett vändschema och dokumentera lägesförändringarna.

Sittande

1. Använd alltid tryckavlastande sittdyna till riskpatienter. Om patienten har behov av tryckavlastning i säng behövs även tryckavlastning i stol.
2. Uppmana patienten att ändra läge då och då genom att räta ut knäna för att ändra belastningstrycket.
3. Anpassa ryggstödet lutning så att patienten inte glider ner (risk för skjuvskada) eller vilar hårt på sittbensknölar.
4. Avlasta om möjligt trycket genom att luta stolen eller patienten framåt och bakåt med regelbundna intervall.
5. Säkerställ att patientens fötter vilar plant mot underlaget.
6. Stadga upp patienten om denna tenderar att luta åt ena eller andra hållet.

2.2.1 Aktivitet

Rörelse och aktivitet är kroppens försvar mot trycksår och andra sänglägeskomplikationer. Patienten bör uppmuntras att vara aktiva och delta i aktiviteter som ger ökad rörlighet.

2.2.2 Nutrition

Patienter med nedsatt näringstillstånd ska ha en plan för energi och näringstillförsel och/eller näringstillskott. Nationella riktlinjer för nutrition bör följas. Läs mer om [nutrition](#) i Vårdhandbokens texter.

3. När ett trycksår uppstår

- Legitimerad sjuksköterska bedömer vilken kategori trycksåret har
- Registrera trycksåret i Senior alert
- Kontakta läkare
- Kontakta fysioterapeut- och arbetsterapeut
- Upprätta en tvärprofessionell vårdplan, med vårdåtgärder
- Kontakta sårombudssjuksköterskorna vid behov för hjälp med behandlingsmetod
- Skriv avvikelse vid trycksår med kategori 3 och 4

4 Kategorisering av trycksår

För att man ska kunna bedöma svårighetsgraden av ett trycksår så kan trycksåren kategoriseras enligt en skala 1-4 samt Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt och Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt

Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck

Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck på ett avgränsat hudområde, vanligtvis över benutskott

Kategori 2: Delhudsskada

Ytligt sår med rosaröd sårbedd utan fibrinbeläggning. Kan också vara intakt eller öppen/sprucken serumfylld eller blodfylld blåsa.

Kategori 3: Fullhudsskada

Subkutant fett är synligt men ben, sena och muskel syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup.

Kategori 4: Djup fullhudsskada

Djup fullhudsskada kan involvera ben, sena, ledkapsel och/eller muskelvävnad. Fibrin och/eller nekros är vanliga. Ofta förekommer underminering och fistlar.

Icke klassificerbart trycksår: sår djup 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.

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.

5. Trycksårsbedömning

Patienten ska bedömas varje dag avseende eventuell smärta, förändringar i kroppstemperaturen, födointag och hudområdet kring trycksåret. Själva trycksåret ska bedömas efter sårrengöring.

Bedöm trycksåret och dokumentera sårets eller såren

- lokalisation
- utbredning, storlek och djup
- utseende
- sårsekretion
- lukt
- sårsmärta
- omgivande hud
- tecken på infektion
- nekros.

6. Förutsättning för sårläkning

- Avlasta
- Behandla näringsbrist. Sårläkning kräver ökat intag av till exempel protein, zink (vid zinkbrist) och vitaminer
- Lokalbehandla såret
- Uppmärksamma tecken på infektion och åtgärda eventuell infektion
- Lindra smärta
- Försök att öka patientens aktivitet