

Datum: 2009-01-01 uppdaterad 2010-02	Version nr: 5
Utarbetad av: Margareta Skog, Eila Sterner, Eva Göhtson	Godkänd av: Chefläkare Ann-Britt Bolin Omvårdnadschef Marie-Louise Orton

Trycksår, prevention och behandling

Inledning

Regionalt vårdprogram ”Trycksår – Prevention och behandling” (1) ska utgöra grund för arbetet med att förebygga och behandla personer som har, eller riskerar att få, trycksår.

Definition och klassifikation av trycksår

Ett trycksår är en lokaliserad skada av huden och underliggande vävnad, orsakad av tryck eller skjuv, eller en kombination av dessa (2). Trycksåren klassificeras enligt standardiserat system. Trycksår graderas enligt grad

1-4:

Grad 1	Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck. Missfärgad hud, värme, ödem, hårdhet kan också användas som kännetecken, särskilt hos individer med mörkare hud.
Grad 2	Ytlig epitelskada, det vill säga delhudsskada, av epidermis och/eller dermis. Såret är ytligt och ses kliniskt som avskavd hud, sprickor eller blåsa.
Grad 3	Fullhudsskada av subkutan vävnad som kan gå ned till, men inte genom, underliggande fascia.
Grad 4	Djupt sår med omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer med eller utan fullhudsskada.

Läs gärna mer på <http://www.puclas.ugent.be/>. Risk finns att grad 1-trycksår utvecklas till djupare skada och trycksår kan utvecklas på några timmar (3,4) upp till 3-5 dagar (5).

Tumtest – bra för att identifiera trycksår grad 1

Genom ”tumtest” kan trycksår (grad 1) skiljas från kroppens normala reaktion på att ett område har haft försämrad cirkulation. Tryck lätt med tummen på det rodnade området, lyft bort tummen (eller använd tryckskiva av plast). Uppkommer då ett ljust ”tumtryck” i det rodnade området, som blir rött igen, tyder det på att cirkulationen finns i området. Tecken på att skada uppkommit är om inget tumavtryck syns, om det röda området är varmare eller kallare än omgivande vävnad samt om vävnaden är hård eller svampig, och om patienten påtalar smärta, sveda eller stickningar (6,7).

Riskpatienter och riskfaktorer

Riskpatienter – Patienter som har minskad rörlighet och tillbringar större delen av dagen sittande eller sängliggande har ökad risk för trycksår (8). Har patienten försämrad känsel på grund av sjukdom, eller är dåsig på grund av operation, smärtbehandling eller sömnmedel, ökar risken ytterligare. Patienter som är magerlagda eller har ätsvårigheter ligger också i riskzonen men även de med kraftig övervikt kan drabbas (9). Hög ålder, kirurgiska ingrepp och höftfraktur ökar också risken (10,11).

Patienter med följande sjukdomstillstånd bör observeras extra noga (1):

• Höftfraktur	• Lågt systoliskt blodtryck
• Stroke	• Lågt albumin
• Omfattande brännskada	• Lågt Hb
• Ryggmärgsskada	• Feber
• Diabetes	• Smärtor
• Parkinson	• Lång tid sedan senast intag av dryck
• Demens	• Har haft trycksår tidigare

Riskmoment i vården - Mer än 80 procent av alla trycksår uppstår över de klassiska trycksårslokaliseringarna som korsben, hälar, sittbensknölar, höftbenskammar och fotknölar (12,3). Riskmoment i vården är långa väntetider och liggande på dåligt underlag i väntan på omhändertagande. Även långa operationer och intensivvård är en riskfaktor (12).

Åtgärder för att förebygga trycksår i samband med vård enligt SKL

Riskbedömning

- Bedöm snarast trycksårsrisk på alla patienter >70 år och på riskpatienter oberoende av ålder.
- Riskbedömningen upprepas vid försämrat hälsotillstånd och efter större kirurgiska ingrepp samt inför utskrivning.

Hudinspektion

- Inspektera huden snarast efter ankomst.
- Gradera eventuella trycksår enligt skalan 1-4.
- Upprepa hudinspektionen dagligen på alla patienter >70 år och på dem som är sängliggande, rullstolsburna eller sittande stor del av dygnet.

Planering, genomförande och uppföljning av givna omvårdnadsåtgärder

- Håll huden torr, mjuk och smidig.
- Minska trycket.
- Tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov.

Patientinformation och eventuell överrapportering

- Informera patient och närstående om hur trycksår kan förebyggas.
- Informera eventuell vårdgivare i nästa steg om den givna omvårdnaden och rekommendera fortsatta åtgärder (13,14).

Riktlinjer för trycksårsprevention

Riskbedömning

Fråga alltid dig själv som vårdpersonal (oberoende av patientens ålder):

- Tror du att denna patient har risk för att få trycksår under sin sjukhusvistelse om inga förebyggande åtgärder sätts in?
- Finns risk att patienten kommer att ligga eller sitta i samma position större delen av dygnet?

Riskbedömning med Modifierad Norton

Om svaret blir ja på någon av frågorna så ska riskbedömning genomföras med bedömningsinstrumentet Modifierad Norton som i hög grad identifierar patienter som löper risk för att få trycksår (14,15,16). Resultatpoäng på Modifierad Norton < 20 innebär ökad risk för trycksår och

aktiv trycksårsprofylax ska vidtas. Observera att patienter med högre poäng också kan drabbas av trycksår. Riskbedömningen bör göras snarast efter ankomst och ska förnyas om patientens situation förändras.

Prevention

De preventiva åtgärderna ska skraddarsys för respektive patient och följa moderna metoder.

Tryckavlastning och madrasser

- Tryckavlastning ska ske genom hela vårdkedjan speciellt om patienten inte själv kan ändra position. Även uppegående patienter kan behöva avlastning i säng och stol.
- Bästa tryckavlastningen i sängläge sker med 30 graders lutning i sidoläge (17).
- Lägesändringar är mycket viktiga och patienten ska uppmuntras till aktivitet och lägesändring eller få hjälp av vårdpersonal (18). Vändning/lägesändring sker vanligen varannan - var fjärde timme (19) eller utifrån behov.
- Använd hjälpmedel så att patienten själv kan göra små mikrorörelser i säng/stol.
- Använd korrekt förflyttningsteknik, samt friktionsreducerande hjälpmedel.
- Madrasser med hög skumkvalitet och som är förebyggande och tryckfördelande är att föredra, helst i alla sängar (20). Madrassen ska vara lätt att flytta vid akuta situationer.
- Luftväxlade madrasser kan avlasta utsatta områden och kan vara ett alternativ om patientens tillstånd tillåter och patienten tolererar att ligga på madrassen (5,12).

Hudens skötsel

- Huden ska inspekteras dagligen. Huden över benuskott och störningar i hudens tillstånd tillhör initialbedömningen. Tryckskador hos patienter med mörk hud kan vara svåra att upptäcka. Huden kan antingen vara varmare eller svalare än omkringliggande hud. Vävnaden kan också kännas hårdare eller svampigare. (www.epuap.org)
- Huden ska hållas ren, torr och smidig. Undanröj orsaker till fuktpåverkan på huden. Detta är extra viktigt vid inkontinens, svettning och feber. Vid inkontinens kan produkter användas som ger en fuktspärre som skydd mot urin/avföring (12). Hudområde som tidigare har haft trycksår måste skyddas extra noga.
- Rengöring sker enklast med tvål och vatten men ibland kan speciellt hudrengöringsmedel behöva användas. Noggrann och försiktig klapptorkning rekommenderas. Hudens normala fuktighet kan återställas med hjälp av fuktighetsbevarande kräm.
- Använd aldrig fingertoppsmassage direkt på hudrodnad.
- Tänk på att även katetrar kan ge tryckskador på mjukdelar (7).

Nutrition (21)

- Patienter med nedsatt näringstillstånd ska ha en individuell plan för näringstillförsel. Extra näringsdrycker kan minska risken för trycksår. Har patienten ofrivillig viktförlust är det viktigt med dietistkontakt.

Dokumentation

- Bedömning, insatta åtgärder och utvärdering ska dokumenteras regelbundet. Har patienten trycksår ska plats, behandling och val av förband samt målsättningen finnas dokumenterad. Avrapportering till nästa vårdgivare är av stor betydelse.

Behandling vid trycksår

Grad 1

Behandling i linje med preventiva åtgärder (se ovan).

Grad 2-4

- Avlasta sårområdet och håll sårhålan kroppsvarm och fuktig med lämpligt förband, skydda mot friktion, skjuv och bakterier. Komplettera med förband av hög uppsugningsförmåga och skydda omkringliggande hud för uppluckring.
- Sårödra enligt rutin vid misstanke om infektion (åtgärder se nedan).

Rengöring av sår

- Sårrengöring - innebär i princip rengöring med rikligt kroppsvarmt färsktappat kranvatten om inte medicinsk kontraindikation föreligger.
- Djupa sår som penetrerar till steril kroppshåla eller led rengörs enligt steril rutin med kroppsvarmt NaCl. Gäller även om fistlar förekommer som man inte vet var de slutar.

Förband

- Lokalbehandling – Fuktighetsbevarande/absorberande förband. Om förbandet måste bytas ofta på grund av kraftig sårsekretion kan hydrofiber eller alginatförband förstärkta med absorptionsförband vara mest kostnadseffektivt. Så fort omlägningsfrekvensen minskar rekommenderas polyuretanförband eller superabsorberande förband vid riklig sårvätska.
- Skydda den friska huden mot uppluckring.
- Vid lukt kan kolförband användas tillsammans med ovanstående förband. Obs! Kolförband ska inte täckas med plastfilm.
- Vid misstanke om infektion (exempelvis rodnad, sårsmärta, illaluktande sår, pus, nekros, eller om såren blir större) ska läkare ta ställning till odling och antibiotikabehandling.
- Silverförband (även jod) kan vara av värde under den första tiden för att få stopp på sårsekretion och luktproblem, samt minska mängden bakterier i såret. Är sårytan djup och inte tycks läka, och infektionen fortfarande är ett problem, kan undertrycksbehandling vara ett alternativ. Silverförband, jodförband och undertrycksbehandling ska inte användas slentrianmässigt.

Kirurgisk behandling

- Vid behov sker kirurgisk debridering av såret, vilket innebär att död vävnad avlägsnas. Metod väljs utifrån vad som bäst passar patientens tillstånd.

Övrig behandling

- Uppluckrande geler kan användas men tar mer tid. Eventuellt larvterapi – beroende på var på kroppen såret finns och om patienten tillåter denna form av behandling.

Smärta

- Säkerställ en god smärtbehandling över dygnet, speciellt viktigt inför förbandsbyten.

Nutrition

- Följ vätske- och näringsintag samt viktminskning. Sätt in åtgärder.

Dokumentation

- Samtliga bedömningar och åtgärder ska utvärderas och dokumenteras.

Handlingsplan – Lokala riktlinjer på avdelningen/enheten

Varje avdelning/enhet som kommer i kontakt med patienter som riskerar trycksår ska ha en handlingsplan för trycksårsprevention. Se RVP trycksår (1).

Referenser

1. Regionalt vårdprogram Trycksår, prevention och behandling, Stockholms läns landsting 2010.
www.vardsamordning.se/publikationer
2. www.epuap.org .
3. Vanderwee K, Grypdonck M, Defloor T. Non-blanchable erythema as an indicator for the need for pressure ulcer prevention: a randomized controlled trial. *J Clin Nurs* 2007; 16 : 32 5-33 5.
4. Bliss MR Aetiology of pressure sores, *Reviews in clinical gerontology* 1993; 3:379-397.
5. Collins F A guide to the selection of specialist beds and mattresses, *Journal of Wound Care*, May 2004: 14-18.
6. Sharp CA, Mclaws M-L. Estimating the risk of pressure ulcer development: is it truly evidence based?
Int Wound Journal 2006; 3:4:344-353, Review article.
7. EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Pressure ulcer treatment guideline. 1998 <http://www.epuap.org/gprevention.html>.
8. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery,
J Adv Nurs. 2005 Jun; 50(6):605-12.
9. Langer G, Schloemer G, Kerr A, Kuss O, Behrens J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2003.
10. Lindholm C, Sterner E, Romanelli M, Pina E, Torra y Bou J, Hietanen H, Iivanainen A, Gunningberg L, Hommel A, Klang B, Dealey C. 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.
11. Schoonhoven L, Defloor T, van der Tweel I, Buskens E, Grypdonck MHF. Risk indicators for pressure ulcer during surgery, *Nursing research* 2002;16(2) pp 163-173.
12. Lindholm C. Sår, Lund Studentlitteratur 2003.
13. Förebygg trycksår i samband med vård. Fickfolder, SKL, Stockholm.
14. Förebygg trycksår i samband med vård. Broschyr, SKL, Stockholm.

15. Ek AC, Unosson M, Bjurulf P. The modified Norton scale and the nutritional state. (1989) *Scand J Caring Sci* 3:4;183–187.
16. Bååth C, Hall-Lord M-L, 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 Clin Nurs*, 2008; Mar; 17(5):618-26.
17. Young T. 30 degree tilt position vs. 90 degree lateral and supine positions in reducing the incidence of non-blanching erythematic in a hospital in-patient population: a randomized controlled trial. *J Tissue Viability*, 2004; 14:88-96.
18. Defloor T, Vanderwee K, Wilborn D, Dassen D. Pressure ulcer prevention and repositioning. In *Science and practice of pressure ulcer management* (Ed Romanelli M) Springer, London 2006.
19. Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH, The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *Int j Nurse stud* 2005;42:37-46.
20. Cullum N, McUnnes E, Bell-Syer SEM, Legood R. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.
21. Regionalt vårdprogram Nutrition med inriktning mot undernäring, Stockholms läns landsting 2010. www.vardsamordning.se/publikationer