

Vårdprevention - Trycksår, vårdriktlinje

Vad är ett trycksår?

”Ett trycksår är en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis 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.” (EPUAP-NPUAP, 2019)

Trycksår är en komplikation till följd av sjukdom, vård och behandling som orsakar stort lidande för patienten och höga kostnader för samhället. Kvalitativa studier har visat att trycksår påverkar patienten både fysiskt, mentalt, emotionellt och socialt. Smärtan beskrivs i studier som ”oändlig”, det dagliga livet begränsas och man blir beroende av andra.

I Vårdhandboken finns mer information om trycksår.

Trycksår beror på syrebrist

Tryck innebär att patientens kroppstyngd pressar kroppsdelar med utskjutande benpartier mot underlaget. Känsligheten för tryck beror på både tryckets kraft mot underlaget, tid och patientens allmäntillstånd.

En tryckskada kan lätt utvecklas till ett trycksår. För att uppmärksamma den vävnadsskada som etablerats och som kan leda till genombrott av intakt hud och manifest sår har man slagit fast att även tryckskador grad 1 ska kallas för trycksår.

Skjuv innebär en förskjutning av vävnadslager i förhållande till överhuden. Detta uppstår till exempel om sängens huvudända höjs, så att patienten glider nedåt i sängen.

Även friktion – om patienten dras i sängen istället för att lyftas – kan leda till skada, genom att huden nöts. Genom rätt förflyttningsteknik och hjälpmedel kan både patienten själv och personalen minska risken för sådana skador.

Figuren nedan visar vanliga riskområden för trycksår:

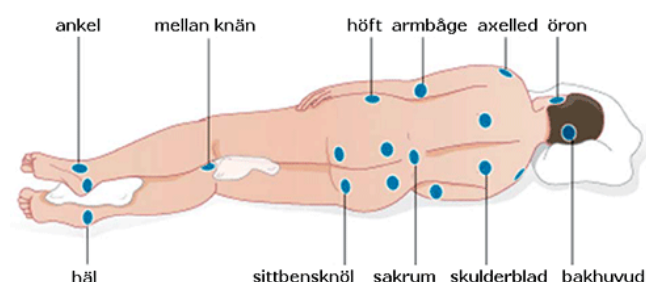


Bild hämtad från Vårdhandboken.

Trycksår delas in i fyra kategorier

Man använder kategorierna 1-4 för att bedöma svårighetsgraden för trycksår. Till hjälp finns ”Trycksårskort - Ett kort för fickan” från SKR.

Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck

Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck på ett avgränsat hudområde, vanligtvis över benutskott. Området kan kännas smärtsamt, varmare eller kallare än huden runt omkring. Kategori 1 kan indikera att personen har risk för att utveckla djupare trycksår eller att tryckskada redan uppkommit djupt i vävnaden.

Kategori 2: Delhudsskada

Delhudsskada visar sig som ett ytligt sår med rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning, men kan också vara en blåsa. Kategorin ska dock inte användas för att beskriva hudflikar, hudskador av häfta, inkontinensrelaterad dermatit eller maceration.

Kategori 3: Fullhudsskada

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

Kategori 4: Djup fullhudsskada

Djup fullhudsskada kan involvera ben, sena eller muskel. Fibrin och/eller nekros är vanliga. Ofta förekommer underminering och fistlar. Risk för osteomyelit/osteit. En svart nekros bedöms som grad 4 även om huden är intakt.

Riskbedömning

Region Jönköpings län har valt att använda riskbedömningsinstrumentet modifierad Nortonskala (MNS) kombinerat med klinisk bedömning av erfaren personal.

En poängsumma under 20 innebär risk för trycksår.

För alla patienter som har risk för trycksår ska förbyggande åtgärder vidtas. Det innebär att en Generell Vårdplan (GVP) för trycksår ska upprättas. I denna vårdplan ska insatta och planerade åtgärder dokumenteras, följas upp och utvärderas.

Mer information om trycksår för personal finns på Senior alert samt Vårdhandboken.

Hudbedömning

Gör daglig hudinspektion av tryckutsatta lokalisationer för alla med risk för trycksår och särskilt uppmärksamhet ges till sängliggande, rullstolsburna och sittande stor del av dygnet, oavsett ålder.

Beakta speciellt korsrygg, sittbensknölar, hälar, armbågar, höftbenskammar, skulderblad och bakhuvud.

Inspektera och bedöm huden. Klassificera eventuella trycksår enligt kategori 1-4.

Observera skillnad mellan tryckskada och fuktskada på grund av urin, faeces eller blandinkontinens, eftersom olika åtgärder/kombinationer av åtgärder kan behövas.

	Trycksår	IAD*	HAD*
Lokalisation	Över benutskott eller medicinsk utrustning	Perineum, runt anus, mellan eller ut på skinkor	Ljumskar, under bröst, hängande buk, mellan skinkor, mellan tår
Associerade faktorer	Immobilitet, ev nedsatt känsel	Urin och/eller faeces-inkontinens	Avdunstning
Djup	Ytligt till djupt	Ytligt	Ytligt
Form	Avgränsat, runt, distinkta kanter	Oregelbundet och otydliga kanter	Utslag, linjär spricka
Övrigt	Nekros kan förekomma, kan vara underminerat, fistel	Omgivande hud är tydligt uppluckrad	Omgivande hud ofta uppluckrad

* IAD = inkontinens-relaterad dermatit
* HAD = hudvecks-relaterad dermatit

NPUAP, EPUAP (2014) Pressure ulcer prevention and treatment guideline
Gray et al 2007. Incontinence-associated Dermatitis - A Consensus. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007;34(1):45-54.

Det finns en kortversion av rapporten ”Prevention och behandling av trycksår” som är producerad av National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel och Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

Förebyggande åtgärder

Nedan följer exempel på trycksårsförebyggande åtgärder på vårdavdelning för patienter med förhöjd trycksårsrisk.

Genomför hudbedömning

Det är viktigt att göra en bedömning av huden minst en gång per dag eller oftare vid behov.

Hudvård - Håll huden torr, mjuk och smidig

- Tvätta med oparfymerad tvål eller tvättkräm.
- Smörj torr hud med oparfymerad, fuktighetsbevarande kräm/lotion.
- Skydda hudområden som är utsatta för fukt med barriärkräm eller motsvarande.

Omgivningsanpassning - Tryckreducera och avlasta

- Alla patienter i riskzonen och/eller med trycksår grad 1 ska ha en tryckreducerande sängmadrass.
- Tänk på att varje lager av till exempel filter och pappersdrag ovanpå madrassen försämrar den tryckavlastande effekten.
- Överväg om patienten behöver en kudde under benet eller annat hjälpmedel för att avlasta hälarne ("svävande hälar").
- Överväg om tryckreducerande dyna i stol/rullstol behövs.
- Använd inte massage som trycksårsprofylax.

Lägesändring - Ändra sitt- och liggläge

- Ta ställning till hur ofta patienten behöver hjälp med lägesändring i säng/stol/rullstol. Utgå från den dagliga hudinspektionen. För både liggande och sittande patienter kan ett vändschema/avlastningsschema vara värdefullt.
- Undvik ligg- och sittställningar som kan medföra att patienten glider ned, eftersom detta ökar risken för skjuvning.
- 30 graders vinkelposition omväxlande höger och vänster ger god avlastning.



Beakta närings- och vätskebehov

- Eftersom patienter i riskzonen för trycksår också kan riskera undernäring omfattar modifierad Norton-skala även närings- och vätskebehov.
- Följ upp närings- och vätskebehovet så att det tillgodoses. Näringstillskott kan behövas.
- Nattfasta max 11 timmar.
- Kontakta vid behov dietist.

Följ upp smärta

- Var uppmärksam på om personen upplever smärta eller sveda i huden.
- Om personen har ett trycksår bör smärtuppföljning göras regelbundet.

Samordning

- Vid behov kontakt med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.

Mer information om åtgärder för att förebygga finns i Vårdhandboken.

Om ett trycksår uppstår

Om patienten har ett trycksår, fundera över:

- Varför blev det så?
- Hur kan vi göra för att det ska bli bättre?
- Vilka trycksårsförbyggande åtgärder blev utförda?
- Var det rätt åtgärder?

Dokumentation

I status under Hud/vävnad använd sökordet **Trycksår vid inskrivning** för att dokumentera förekomst eller frånvaro av trycksår i samband med inskrivning på vårdavdelningen. Dokumentation på sökordet ska ske för samtliga patienter som skrivs in i sluten vård.

Vid förekomst av trycksår ska lokalisation och grad dokumenteras under sökorden Trycksår 1-5. Använd flervallistan (pilar över aktuella värden), komplettera med fritext vid behov.

Resultatet av den utförda riskbedömningen dokumenteras under sökordet Riskbedömning trycksår.

Om patienten har en risk eller förekomst av trycksår ska en generell vårdplan (GVP trycksår) startas. En GVP är uppbyggd med fasta val, som vid behov kan kompletteras med fritext. Vårdplanen ska anpassas utifrån patientens behov och förutsättningar gällande formulering av omvårdnadsdiagnos, mål och ordinerade åtgärder.

Patientinformation

- Hur du undviker trycksår – Patientinformation, Region Jönköpings län
- Din säkerhet på sjukhus, Region Jönköpings län
- Goda råd för dig som senior, informationsbroschyr Senior alert
- Gröna korset - Trycksårskorset, Region Jönköpings län