Sår - handläggning av svårläkta sår

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022–00141) februari 2022 giltigt till mars 2023
Utarbetad av tidigare sektorsråden för Allmänmedicin, Dermatologi och venereologi, Diabetes, Geriatrik, Infektion, Internmedicin, Kirurgi inklusive plastik- och kärlkirurgi, Ortopedi och handkirurgi, Rehabiliteringsmedicin, Reumatologi samt STRAMA. Uppdaterad av RPO Hud- och könssjukdomar
Version 2

Syfte

Syftet med riktlinjen är att förbättra omhändertagandet av patienter med svårläkta sår i primärvården genom att fokusera på diagnosen. Sedan ska antingen orsaken till såret åtgärdas eller patienten tidigt remitteras till sjukhusspecialistvården. Avsikten är att minska antalet sår, minska felaktig antibiotikaförskrivning, förbättra vårdprocessen för patienter med spinalskada och sittsår samt med tiden minska antalet underbensamputationer.

Förändringar sedan föregående version

Förlängning av giltighetstid. Anpassning av layout till aktuell dokumentstandard.
Aktuella justeringar: Venös kärlundersökning med handdoppler utgår och ersätts med venös duplex för säkrare diagnostik och remittering till kärlkirurg för ev. varicerkirurgi. Vid misstanke om kritisk ischemi hänvisas till att följa vårdförlopp och snabb remittering till kärlkirurg. Tillägg att vara uppmärksam på sårinfektioner hos immunnedsatta och remittering till infektionsklinik. Justeringar /förtydligande i flödesschema i samstämmighet med justerad text.

Bakgrund

I dag är omhändertagandet av patienter med svårläkta sår inte alltid optimalt. Ofta saknas diagnos varför orsaken till såret inte åtgärdas. Läkare behöver engageras mer i dessa patienter, som till största delen har sina vårdkontakter i primärvården. En signal att vården inte är optimal är att VGR ligger över genomsnittet avseende underbensamputationer hos patienter med diabetes. Man ser också att många sår uppfattas som infekterade och behandlas med antibiotika på felaktiga grunder.

Vårdnivåer

De flesta patienter med sår tas om hand i primärvård och i kommunal hälso- och sjukvård. Vissa patienter med sår ska remitteras vidare till sjukhusspecialister, i en del fall utan fördröjning. Likvärdig vård kräver likartade indikationer för remiss i hela regionen.
Denna riktlinje fokuserar på diagnostik, utredning och remissbehov. Sårwebben innehåller mycket av den information som krävs om undersökningsmetoder, behandlingar och omläggningar. När utredning/behandling är klar på sjukhuset remitteras patienten som regel tillbaka till primärvården med en behandlingsplan *som ska* inkludera indikationer för återremiss. Vårdcentralerna behöver utforma lokala riktlinjer för hur de strukturerar vården för dessa patienter internt med tonvikt på samarbete mellan läkare och sjuksköterskor samt fast vårdkontakt.

Diagnos - bakomliggande orsaker - särskilda observandum för olika typer av sår som är eller misstänks bli svårläkta:
För att få en preliminär diagnos inför utredning/remittering, se Bilaga Flöde för bedömning och diagnos

A. **Svårläkta bensår:**
   Definieras som sår nedanför knäleden som inte läkt eller förväntas läka inom 6 veckor. Orsaken varierar och att identifiera och behandla den är avgörande för sårläkningen.
   1. **Venösa, arteriella, arterio/venösa eller multifaktoriella** är de vanligaste sårtyperna. Vid sår på underben/fot ska man alltid börja undersökning med ankeltryckmätning och beräkning av ABI.

2. **Fotsår hos patient med diabetes**. Särskild uppmärksamhet då försämringar kan ske mycket snabbt. Se Fotundersökning vid diabetes – Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes
   - Orsaken varierar men utredning av orsak ska göras tidigt.
   - Såren kan vara neuropatiska och/eller arteriella men är oftast av blandorsak.
   - Om sår inte förbättras inom tio dagar eller inte förväntas läka på 6 veckor remiss till diabetesfotteam!
   - Om snabb försämring eller alarmsymtom och feber akut kontakt med diabetesfotteam/infektion/akutmottagning (lokala variationer).
   - Har oftare än andra antibiotikakrävande infektioner.
   - Speciella faktorer vid diabetes som gör bedömningen svårare;
     - Ofta nedsatt/avsaknad av känsel/smärta
     - Varma fötter trots arteriell insufficiens pga. autonom neuropati
     - Falskt förhöjt ankeltryck pga. stela kärl.
     - Ofta dåligt lokalt immunförsvar pga. neuropati, angiopati och hyperglykemi
     - Varm svullen fot med/utan sår - misstänk osteoartropati (Charcot) - inremitteras akut till ortoped!

B. Trycksår

Trycksår beror på långvarigt tryck mot utsatta kroppsdelar som leder till skador pga ischemi. Nedsatt sensibilitet eller nedsatt rörlighet gör att patienten inte ändrar position för autonom tryckavlastning. Riskgrupper är äldre och/eller patienter med nedsatt känsel. Personer med myelomeningocele (MMC) sköts oftast via Habiliteringen i samarbete med kommun/primärvård. Trycksår får i första hand hanteras av den klinik de vårdas på för grundsjukdomen. Om det inte fungerar utreds de och remitteras vidare enligt detta RMR.

Trycksår kategorier 1–4 se Bilaga Flöde för bedömning och diagnos

Trycksår hos patient med spinal skada kräver särskilda hänsynstaganden

- Nedsatt känsel
- Känner inte smärta (vid tryck eller infektion)
- Autonom dysfunktion - inte alltid feber vid infektion.
- Atypiska symtom
- Se Bilaga Flöde för bedömning och diagnos bilaga

C. Infektion är sällan primär orsak till sår, ovanliga förekommer– **telefonkontakt vid behov**

- Efter vistelse i tropikerna - atypisk lokalisation.
- Infekterat sår hos immunnedsatt patient kan se annorlunda ut och kan orsakas av bakterier som hos immunkompetenta inte orsakar infektioner

D. Hudcancer kan visa sig som sår**:** maligna melanom, skivepitelcancer, basaliom.

- Ofta påtagligt liten smärta i förhållande till hur såret ser ut
- Lokalisation atypisk

- Progredierar oavsett åtgärd

Om misstanke malignt melanom: snabb remiss till Hud, UTAN föregående biopsi.

E. **Svårläkta sår efter operation**: Opererande klinik skall kontaktas

F. **Ovanligare typer av bensår** är reumatiskt sår, vaskulitsår, pyoderma gangrenosum, hypertensivt sår, atrophie blanche, sår vid lymfödem, m.fl.

UTREDNING (utöver basal kroppsundersökning och provtagning) se Sårwebben

- **Anamnes:** Diabetes? Reumatisk sjukdom? Njursvikt? Hjärt-kärlsjukdom? KOL? Malignitet? Rökning? ADL-skattning? Tidigare tromboser/kärlkirurgisk åtgärd? Smärta? Riskfaktorer för trycksår? Alkohol? Sjukvård utomlands senaste året?
- **Allmän status/u.s.** Allmäntillstånd, feber? sensibilitet och cirkulation i fötter/underben, blodtryck
- **Läkemedel:** Kortison? Cytostatika? Antikoagulantia?
- **Lab**: Hb, HbA1c, krea, B-glukos
- **Nutritionsstatus**
- **Ben lokalstatus:**
  - **Palpera pulsar på fötterna + femoralis**, (poplitea)
  - **Blodtryck och ankel/arm index;** Dopplerundersökning**,** (Normalt >0,9, arteriell insufficiens <0,8, grav ischemi <0,5)

Stela kärl och uttalat ödem kan ge falskt höga värden för ankel-arm-index! Då avgör den kliniska bilden.

- **Duplex** (görs på Klinisk fysiologi eller av kärlkirurg) är en utvidgad venös undersökning som visar om det föreligger djup eller ytlig venös insufficiens: ***Vid ytlig eller kombinerad ytlig och djup venös insufficiens är åderbråcksoperation indicerad***.
- Eventuell **mätning av tåtryck** sker på Klinisk fysiologi på remiss från sjukhusspecialist.

REMISS till: (indikationer)

Remiss kan i dessa fall ibland ske mycket tidigt i förloppet. Indikationer för remiss och om behandling är kopplat till remittering (kliniker i alfabetisk ordning).
Alla remisser bör förutom adekvat medicinsk anamnes och status även bifogas med FOTO för att underlätta bedömning och prioritering.

A. **Diabetesfotteam:** (remiss skrivs av läkare, sjuksköterska)
   - Alla patienter med diabetes och fotsår om inte bättre på 1 vecka, inte förväntas läka inom 6 veckor (akut till Infektion/Akutmottagning om infektion med feber/allmänpåverkan).
   - Misstänkt Charcot med/utan sår (svullen, rodnad, värmeökad fot utan sår) ska inte till diabetesfotteam. De remitteras akut efter telefonkontakt med ortopedkonsult/bakjour ortopedi.
   - Sekundärinfektion i sår hos patient med diabetes kan vara svårbedömt (smärta kan t.ex. saknas pga. neuropati). Istället kan nytillkommen svullnad, ökad

sekretion och/eller dålig lukt vara tecken på infektion
(Infektion/diabetesfotteam kan gärna konsulteras vid tveksamhet).

B. **Geriatrik**
Geriatrik är ingen remissinstans för primärvården när det gäller svårläkta sår och finns därför heller inte med i beskrivning av vårdnivåer. Geriatrik ser dock troligen sår i hög frekvens och bör ha ungefär samma förhållningssätt och utbildning som primärvården med ett särskilt fokus på profylax mot trycksår. Geriatrisk specialkompetens finns inte överallt och har delvis en otydlig roll.

C. **Hud:** (remiss skrivs av läkare)
- Oklar diagnos o/el terapiresistent sår
- Djup venös insufficiens med svårbehandlade ödem
- Om svårt att polikliniskt få en fungerande lokalbehandling eller kompression
- Svårkontrollerbar smärta
- Om sår lämpligt för pinch-graft, d.v.s. stora granulerade sår, smärtsamma sår och reumatiska sår
- Misstanke om atypiskt sår
- Vid tumörmisstanke

D. **Infektion: i komplicerade fall** (remiss/telefonkontakt, av läkare)
- Vid misstanke om djup infektion/septisk påverkan akut remiss
- Sår med klassiska infektionstecken där påbörjad antibiotikabehandling inte ger förväntad effekt, omvärdera diagnosen.
- Infekterade sår som patienten fått utomlands
- Behandlingskrävande infekterade sår med multiresistenta bakterier
- Sårinfektioner hos patienter med komplicerande antibiotikaöverkänslighet.
- Sårinfektioner hos immunsupprimerade

OBSERVERA! Akut infektion i framfot hos patient med diabetes skall remitteras akut.

E. **Kirurgi/ ortopedi:** (remiss skrivs av läkare)
Sår med behov av revidering.
- Trycksår i allmänhet och nedom fotledsnivå i synnerhet, utgör ett särskilt och ibland mycket komplext problem. Här finns ofta ett behov av samarbete mellan kirurg och ortoped. Dessa remitteras till kirurg, för initial bedömning. Kirurg får därefter initiera samarbetskontakt med ortoped i lämpliga fall.
- Kärlkirurgisk bedömning är grundläggande inför eventuell, sekundär ortopedisk handläggning
- Sittsårspatienter ska ha förtur till operation.
- Misstänkt Charcot med/utan sår (svullen, rodnad, värmeökad fot utan sår) remitteras akut efter telefonkontakt med ortopedkonsult/bakjour ortopedi. (Inte direkt till diabetesfotteam).

F. **Klinisk fysiologi**
- Venös Duplex

- Tåtryck

G. **Kärlkirurgi:** (remiss skrivs av läkare/team)
Såret ska vara bedömt som venöst och/eller arteriellt
- Alla med kritisk ischemi = Ankel/arm index (ABI= Ankel/Brachialindex) <0,5, eller lågt ankeltryck <50–70 mmHg. **Snabb kontakt/remittering**.

Se **Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kritisk benischemi**

- Alla med diabetes och icke-läkande sår eller gangrän och med ankel/arm index <0,9 eller icke-komprimerbara kärl (alternativt till diabetesfotteam)
- Patienter med sår som inte läker och med viss ischemi; tryckindex 0,6–0,9.
- Sår orsakade av kombination av arteriell och djup venös insufficiens om det låga trycket gör att patienten inte tolererar kompression eller såren försämras.
- Alla med misstänkt åderbråcksorsakade bensår. Detta oavsett om såren läker eller inte!
- Patienter med icke komprimerbara kärl där ABI inte kan fastställas och sår som inte läker

H. **Ortopedteknisk avdelning (OTA):** (remiss skrivs av läkare, sjuksköterska, fotterapeut)
- Arteriell insufficiens + felställningar
- Patienter med diabetes och/eller reumatisk sjukdom som behöver anpassade skor/inlägg (fotbädd)/annan avlastning
- Om förskrivning och kostnadsansvar se Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter

I. **Plastikkirurgi:** (remiss skrivs av läkare)
- Sjukhusklinik eller trycksårsteam/sittsårsrond remitterar för bedömning om rekonstruktion kan vara aktuellt. Plastikkirurgen tar över patienten först vid inläggning för rekonstruktion, fram till dess kan plastikkirurgen rekommendera åtgärder men tar inte över PAL-skapet
- Plastikkirurg rekonstruerar trycksår i utvalda fall

J. **Rehabmedicin**[1] (remiss skrivs av läkare/arbetsterapeut/sjuksköterska)
Trycksår hos patient med spinal skada (med en incidens som anges till 5–15 per år), har uppmärksammats av Plastikkirurgin. Dessa sår bör skötas av Rehabiliteringsmedicin tillsammans med Plastikkirurgin. Formerna för detta får arbetas fram. Rehabiliteringsklinikerna i regionen vårdar även patienter med ryggmärgsskador av annan genes såsom infektioner, tumörer, vaskulära skador, MS mm. Dessa patienter kan förstås också drabbas av svårläkta trycksår som i första hand får hanteras på plats och remitteras vidare vid behov enligt detta RMR.

Om patienten har rullstol skickas remiss till arbetsterapeut på Rehabiliteringsmedicin för inställning/avlastning (tryckmätning bör göras).
- Behandling påbörjas direkt när det upptäcks på samma sätt som vid andra trycksår inklusive omedelbar avlastning (= om sittsår ska man ligga i stället för att sitta). Arbetsterapeut ska se över stol och madrass.

[1] Detta avsnitt är i behov av fortsatt utveckling

- Vården av dessa trycksår kräver särskild koordinering och ett multidisciplinärt omhändertagande
- Vid multidisciplinär sittsårsrond bestämmer man fortsatta åtgärder (konsultativ insats)
- Primärvård bör beredas möjlighet att delta i sittsårsrond alt. telemedicin.
- Såromläggning görs ofta i primärvården, hemsjukvård eller av assistenter även om sjukhuskliniker är involverade i bedömningen. Läkningen bör följas upp på Rehabiliteringsmedicin (konsultativ roll till primärvården)

K. **Reumatologi** (remiss skrivs av läkare)
Sår vid reumatisk sjukdom/misstanke om reumatisk sjukdom.

LOKALBEHANDLING se Sårwebben

- **Omläggningsmaterial för olika typer av sår,** rekommendationer från *Referensgruppen inom Förband & Sårläkning Västra Götalandsregionen*. Se REK-listan – Hud – Terapiråd - Sårförband

- **Kompression är en mycket viktig behandling vid venös insufficiens och alla former av underbensödem.** Se Kompressionsbehandling på Sårwebben

  Kompressionsbehandling är alltid indicerat vid ödem såvida inte kontraindikation föreligger då det är en viktig sårläkningshämmande faktor.

  Modifierad kompression ges vid ABI 0,6–0,8.Vid ABI <0,6 konsulteras kärlkirurg innan kompression

  Patienter med underbensödem behandlas inte sällan felaktigt (utan att hjärtsvikt föreligger) med vattendrivande läkemedel i stället för kompression.

- **Undertrycksbehandling** ordineras, följs upp och sätts ut av sjukhusklinik. Omläggning kan ske i Primärvård.

Läkare ska aldrig sätta in antibiotika vid bensår utan att själv ha undersökt patienten

OM INFEKTION, ANTIBIOTIKA OCH BENSÅR

- Överförskrivning av antibiotika är vanligt till patienter med svårläkta sår. Detta innebär risk för selektion av resistenta bakterier med svårbehandlade infektioner som följd samt onödig risk för biverkningar (t ex Clostridium difficile) hos denna patientgrupp som ofta är äldre och har multipla sjukdomar.
- Odla selektivt! Svårläkta sår är ofta koloniserade av bakterier som i de flesta fall inte förhindrar sårläkning. Odla alltid när antibiotikabehandling övervägs och vid misstanke om att patienten kan vara bärare av multiresistenta bakterier, t.ex. MRSA.
- Systemisk behandling är (utom vid samtidig diabetes) initialt indicerad endast vid erysipelas, odlingsfynd av streptokocker grupp A, C och G, allmänpåverkan, feber eller disseminerad infektion. Det finns ingen indikation för lokalbehandling med antibiotika.
- Diabetes - särskilda regler gäller! Se Fotsår hos patient med diabetes.
- Symtom/fynd som värmeökning, smärta, rodnad och sekretion, dvs de klassiska infektionstecknen, kan finnas UTAN att det föreligger en infektion, t ex vid inflammatoriskt ödem, atrofi blanche, eksem, ischemi, osteoartropati hos patienter med diabetes.
- Vid en LOKAL bensårsinfektion är behandlingen: (se även sårtyp)
  - Primärt intensifierad antiseptisk lokalbehandling, tätare omläggningar
  - Vid ödem är kompression en viktig del av behandlingen
  - Uppföljning görs dagligen och efter 14 dagar utvärderas behandlingseffekten. Vid utebliven effekt eller försämring överväg sårodling och systemisk antibiotikabehandling.
  - Antibiotika-behandling får givetvis övervägas tidigare om såret snabbt ökar i storlek, rodnaden, svullnaden och/eller smärtan tilltar kraftigt eller vid tillkomst av feber.
  - Om man väljer att sätta in antibiotika är den rekommenderade behandlingstiden 10 dagar. Antibiotika är behandling av en komplikation och ska inte fortsätta när infektionen är utläkt, även om såret kvarstår.

FÖREBYGGANDE

Åtgärder för att förhindra nya sår är självklart prioriterade:

A. Intervention/operation mot åderbråck förebygger återkomst av venösa sår

B. Optimal kompression vid bensvullnad är mycket viktigt (lindning eller kompressionsstrumpa). När sår är läkt används med fördel kompressionsstrumpor som ordineras av läkare med erfarenhet av/kunskap om kompressionsbehandling (medicinska underlaget ska innehålla diagnos och kompressionsklass). Obs att vattendrivande läkemedel inte är en adekvat åtgärd vid bensvullnad pga. venös insufficiens. Se Kompressionsbehandling

C. Avlastning/trycksårsprofylax. Vid spinala skador ska remiss utfärdas TILL REHABMEDICIN FÖR INFORMATION

D. Anpassade skor/ortopediska inlägg

E. Vid diabetes bör fotstatus utföras minst en gång per år av läkare (och gärna även vid diabetessjuksköterska-besöken), nationell nivågradering ska göras.

(Nivå 1: frisk fot, Nivå 2: tecken till angiopati och/eller neuropati, Nivå 3: tidigare svår fotsjukdom, Nivå 4: pågående svår fotsjukdom). Se Fotundersökning vid diabetes – Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes

Vid nivå 2–4 bör remiss utfärdas till OTA och fotterapeut.

F. En väl informerad patient bör efter förmåga bidra till att förebygga nya sår.

Uppföljning av denna riktlinje

- RiksSår, kvalitetsregister
- Epidemiologiska studier
- Nettobesparing.
- Antal remisser till diabetesfotteam (ökar=bra)
- Antal remisser till kärlkirurg (ökar=bra)
- Antal benamputationer (”major amputations”) (minskar=bra)
- Antal antibiotikabehandlade bensår (minskar=bra),

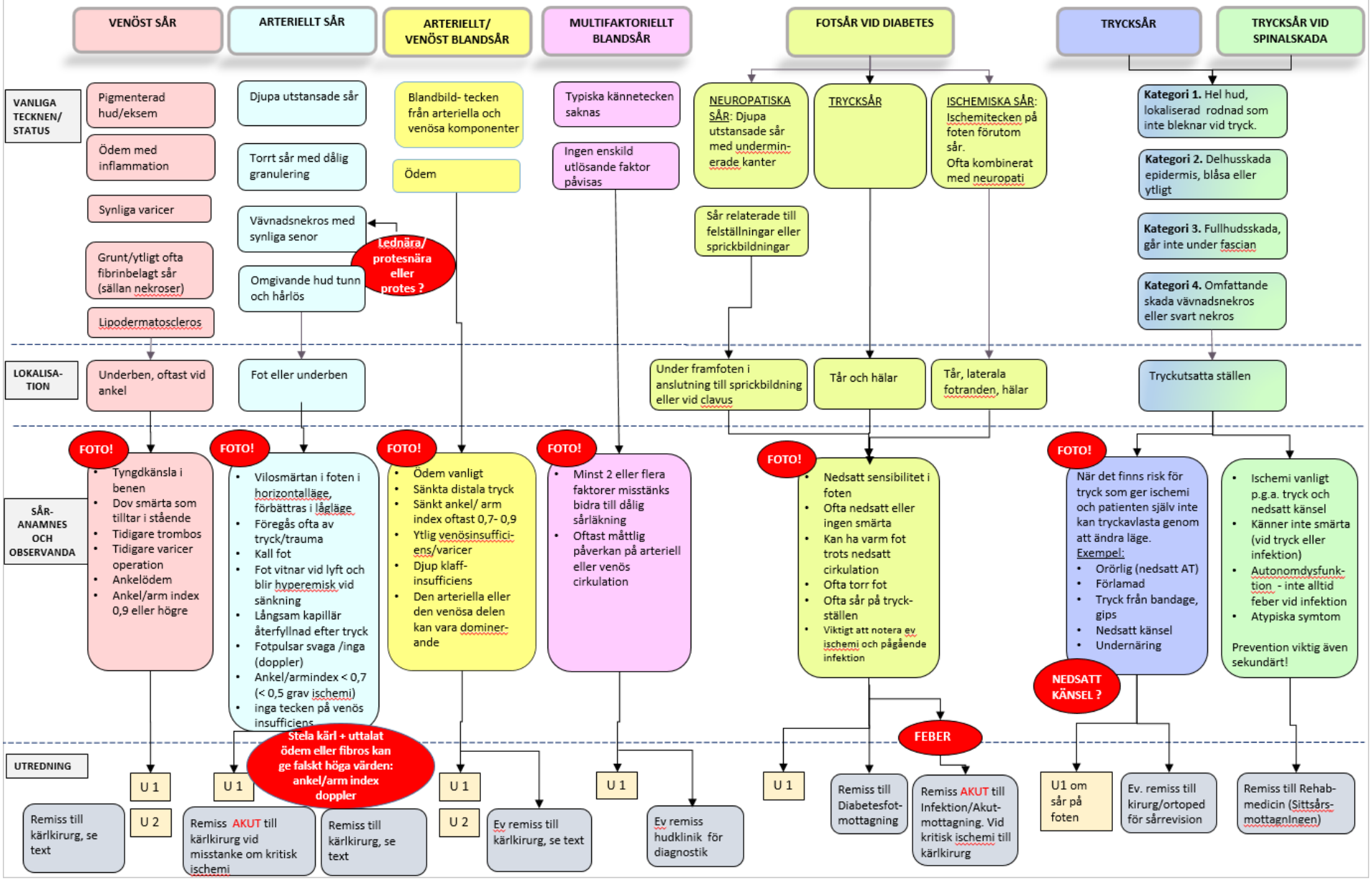
Bilaga
Flöde för bedömning och diagnos

Flöde för bedömning och diagnos

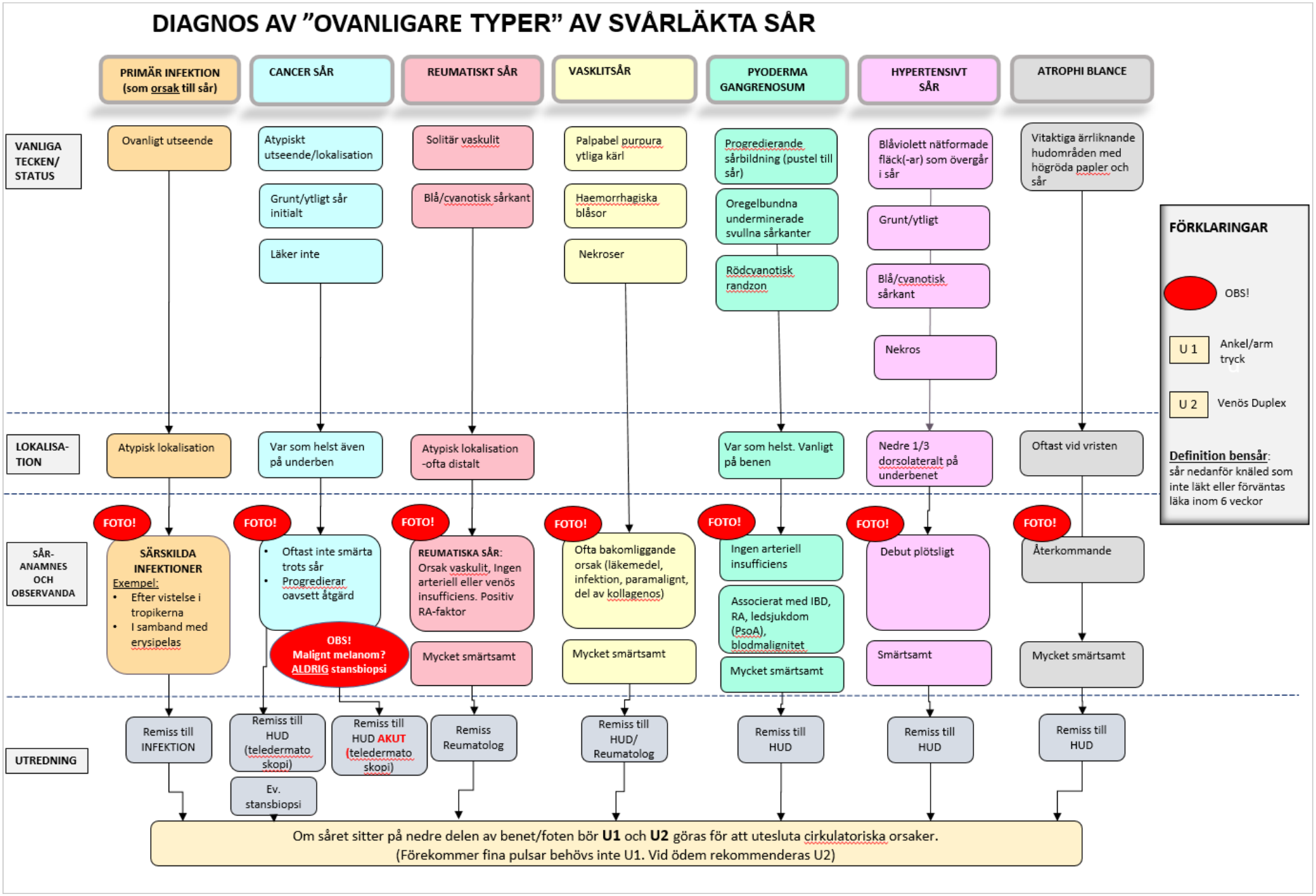
Bilaga till RMR Sår - handläggning av svårläkta sår

Bilaga 1

DIAGNOS AV SVÅRLÄKTA SÅR



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN


DIAGNOS AV ”OVANLIGARE TYPER” AV SVÅRLÄKTA SÅR
PRIMÄR INFEKTION (som orsak till sår)
CANCER SÅR
REUMATISKT SÅR
VASKLITSÅR
PYODERMA GANGRENOSUM
HYPERTENSIVT SÅR
ATROPHI BLANCE
VANLIGA TECKEN/ STATUS
Ovanligt utseende
Atypiskt utseende/lokalisation
Grunt/ytligt sår initialt
Läker inte
Solitär vaskulit
Blå/cyanotisk sårkant
Palpabel purpura ytliga kärl
Haemorrhagiska blåsor
Nekroser
Progredierande sårbildning (pustel till sår)
Oregelbundna underminerade svullna sårkanter
Rödcyanotisk randzon
Blåviolett nätformade fläck(-ar) som övergår i sår
Grunt/ytligt
Blå/cyanotisk sårkant
Nekros
Vitaktiga ärrliknande hudområden med högröda papler och sår
LOKALISA-TION
Atypisk lokalisation
Var som helst även på underben
Atypisk lokalisation -ofta distalt
Var som helst. Vanligt på benen
Nedre 1/3 dorsolateralt på underbenet
Oftast vid vristen
SÅR-ANAMNES OCH OBSERVANDA
FOTO!
SÄRSKILDA INFEKTIONER
Exempel:
Efter vistelse i tropikerna
I samband med erysipelas
FOTO!
Oftast inte smärta trots sår
Progredierar oavsett åtgärd
OBS! Malignt melanom? ALDRIG stansbiopsi
FOTO!
REUMATISKA SÅR: Orsak vaskulit, Ingen arteriell eller venös insufficiens. Positiv RA-faktor
Mycket smärtsamt
FOTO!
Ofta bakomliggande orsak (läkemedel, infektion, paramalignt, del av kollagenos)
Mycket smärtsamt
FOTO!
Ingen arteriell insufficiens
Associerat med IBD, RA, ledsjukdom (PsoA), blodmalignitet
Mycket smärtsamt
FOTO!
Debut plötsligt
Smärtsamt
FOTO!
Återkommande
Mycket smärtsamt
UTREDNING
Remiss till INFEKTION
Remiss till HUD (teledermatoskopi)
Ev. stansbiopsi
Remiss till HUD AKUT (teledermatoskopi)
Remiss Reumatolog
Remiss till HUD/ Reumatolog
Remiss till HUD
Remiss till HUD
Remiss till HUD
Om såret sitter på nedre delen av benet/foten bör U1 och U2 göras för att utesluta cirkulatoriska orsaker.
(Förekommer fina pulsar behövs inte U1. Vid ödem rekommenderas U2)
FÖRKLARINGAR
OBS!
U 1
Ankel/arm tryck
U 2
Venös Duplex
Definition bensår:
sår nedanför knäled som inte läkt eller förväntas läka inom 6 veckor