

Gäller för: Anestesi- operation- intensivvård, Uppvakning NÄL, Uppvakning 1

Giltig från: 2025-09-24

Uddevalla sjukhus, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus

Giltig till: 2027-09-24

Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Teamledare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Trycksår-förbyggande behandlande åtgärder AnOpIVA

Bakgrund

Trycksår orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnads eller muskelskada. Sår kan också uppstå om ett föremål trycker mot huden under en längre tid. Orsaker till trycksår är framför allt tryck, skjuvning och friktion eller en kombination av dessa faktorer. Fukt och temperaturförhöjning ökar risken för trycksår. Patientens tyngd, underlag och tiden för trycket påverkar uppkomsten av tryckskador i hud och underliggande vävnad.

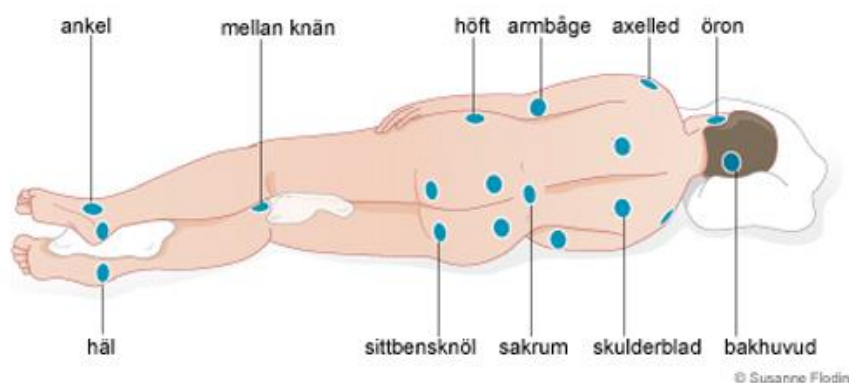
Syfte

Syftet med standardvårdplanen är att säkerställa att patienter får vård där man tidigt identifierar och minimerar risker för trycksårsutveckling samt att man fortlöpande dokumenterar riskerna och eventuellt förekommande trycksår.

Vilka berörs

All personal på AnOpIVA-kliniken.

Lokalisation



Trycksårsbedömning och riskfaktorer

Risikfaktor att ta hänsyn till är exempelvis nedsatt rörlighet, sänkt medvetandegrad, sedativa läkemedel, smärta, hög ålder, inkontinens, malnutrition, lågt serumalbumin, nedsatt känsel, intorkning, lågt blodtryck/blodvärde, kärlsjukdom, allvarlig eller terminal sjukdom, akut sjukdomstillstånd och tidigare trycksår.

Mikroklimat är en riskfaktor, det menas kombination av den fukt och värme som uppstår mellan hud och underlag. Bidragande orsak är plast och blöjor. Stigande temp i området ökar behovet av syrgas och näring i vävnaderna. Dessa faktorer i kombination med tryck, skjuv och/eller friktion avgör om patienten får trycksår eller inte (SKL, vårdhandboken).

För att identifiera patienter som löper ökad risk att drabbas av trycksår finns det olika riskbedömningsskalor. Inom NU-sjukvården används modifierad [Nortonskala](#).

- Gäller alla patienter oavsett ålder inom slutenvården
- Riskbedömningen görs så snart som möjligt.

Klassificering av trycksår

För en bedömning av svårighetsgraden av ett trycksår klassificeras det enligt följande skala.

Kategori		Åtgärder
1 Rodnad som inte bleknar vid tryck	Kategori 1-trycksår indikerar att personen kan vara i farozonen för att utveckla djupare trycksår eller att tryckskada redan uppkommit djupt i vävnaden. Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck på ett avgränsat hudområde. Färgen skiljer sig från omkringliggande hudområden. Området kan vara smärtsamt, fast, varmare eller kallare än kringliggande hud.	Avlasta genom täta lägesförändringar, varannan timme. Markera med spritpenna sårets omkrets. Rekommendation: Smörj med Cavilon. Observera förändringar regelbundet.
2 Delhudsskada	Delhudsskada som visar sig som ett ytligt sår med rosaröd sårbedd utan fibrinbeläggning. Skadan kan vara intakt, öppen/sprucken eller blodfylld blåsa. Den visar sig som ett blankt och torrt ytligt sår eller hematom.	Rengöring utefter sårutin. Avlasta genom täta lägesförändringar, varannan timme. Rekommendation: Cavilon runt sårkanterna och ett skyddande förband ex mepilex border.

<p>3 Fullhudsskada</p>	<p>Subkutan fett är synligt, men ben, sena, muskel syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup. Kan inkludera underminering eller fistlar. Kategori 3-trycksår kan vara ytliga beroende på anatomisk lokalisering, ex näsrygg, öra, bakhuvud och malleoler som saknar subkutan fettvävnad. Även på områden där riklig subkutan fettvävnad finns kan kategori 3-trycksår utvecklas.</p>	<p>Rengöring och nekrosupplösande gel ex prontosangel. Rekommendation: Skydda sårkanter med cavilon. Ett absorberande förband ex mepilex border eller polymem.</p>
<p>4 Djup fullhudsskada</p>	<p>Djup fullhudsskada kan involvera ben, sena, ledkapsel och/eller muskelvävnad. Fibrin och/eller nekroser är vanliga. Ofta förekommer underminering och fistlar. Djupet av ett Kategori 4-trycksår varierar beroende på anatomisk lokalisering. Risk för osteomyelit/osteit.</p>	<p>Rengöring enligt sårutin. Skydda den kringliggande huden med cavilon. Vid rikligt vätskande sår används aquacel i sårhålan och täcks med ett absorberande förband ex mepilex border och polymem. Fixera med opsite.</p>
<p>Icke klassificering trycksår. Sår djup okänd</p>	<p>Fullhudsskada täckt av död vävnad, nekros/eller sårskorpa. Sår djup går inte att avgöra.</p>	<p>Avlasta eller ett avlastande förband.</p>
<p>Misstänkt djup hudskada. Sår djup okänd</p>	<p>Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfyllt blåsa.</p>	<p>Avlasta eller avlastande förband.</p>
<p>Skjuv</p>	<p>Uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra, ex när en persons huvudända på sängen höjs och patienten glider ner. Kan inträffa om patienten dras och inte förflyttas korrekt mellan säng och stol.</p>	
<p>Friktion</p>	<p>Uppstår tex. när en armbåge eller fot gnids mot underlaget.</p>	

Vid uppkommen tryckskada

Informera patient, närstående och gör ett MedControlärende och följ rutinen [Handläggning av vårdskada](#)

Förebyggande åtgärder IVA

Vid ankomst

- Noggrann inspektion av hud och förband. Använd sjuksköterskekontroll CCC.
- Förebyggande avlastning och skydd för häl och sacrum.
- Alla sepsispatienter får ett sacrumförband.

Under vårdtiden

- Täta lägesförändringar. Använd säng med kontinuerlig vändningsfunktion.
- Behåll huden torr och mjuk.
- Inspektion av hud, förband och gips.
- Följ rutin för omtejpning/omläggning av sond, tub och katetrar
- Aktivt värma och behålla kroppstemperatur.
- God nutrition.

Dokumentation

- Gör bedömning i CCC SSK-kontroll.
- Om det finns sår skall det göras sår/trycksårdocumentation i CCC.
- Gå in på ögat ställ pilen på kateter och högerklicka. Välj sedan ”vårdåtgärder” och välj ”sårdocumentation” och följ dess instruktioner.
- Dokumentation i Melior då pat. skickas till avdelning

Förebyggande åtgärder UVA

Vid ankomst

- Titta över hudkostym, planera åtgärder utifrån riskbedömning.
- Uppmärksamma gröna dukar, ev. kvarlämnat material.
- Förebyggande avlastning, ev. skydd och sidoläge.

Under vårdtiden

- Täta lägesförändringar.
- Inspektion av hud, förband och gips.
- Aktivt värma och behålla kroppstemperatur.
- Behåll huden torr och mjuk.

Dokumentation

- Registrera förekomst av trycksår i trycksårsförstret i Orbit.
- Dokumentera vid utskrivning ev. trycksår i utskrivningsmeddelande i Orbit.

Förebyggande åtgärder OPERATION

Preoperativt

- Titta över hudkostymen vid ankomst och registrera förekomst av trycksår i trycksårsfönstret i Orbit.
- Planera åtgärder utifrån riskbedömning.
- Förebyggande avlastning och ev. skydd.

Under operation

- Täta lägesförändringar om möjligt, även små.
- Inspektion av huden samt inspektera tejping av infarter, sond och trachealtub
- Aktivt värma och behålla kroppstemperatur.

Vid avslutad operation

- Inspektion av hud. Rapportera ev. nytillkomna hudförändringar i trycksårsfönstret i Orbit

Referenser

Trycksår. Åtgärder för att förebygga. Sveriges kommuner och landsting, 2011.
Trycksår. Vårdhandboken, 2025. www.vardhandboken.se

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi- operation- intensivvård, Uppvakning NÄL, Uppvakning 1 Uddevalla sjukhus, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus

Innehållsansvar: Sofia Berglund, (sofbe28), Teamledare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1525759947-188

Version: 14.0

Giltig från: 2025-09-24

Giltig till: 2027-09-24