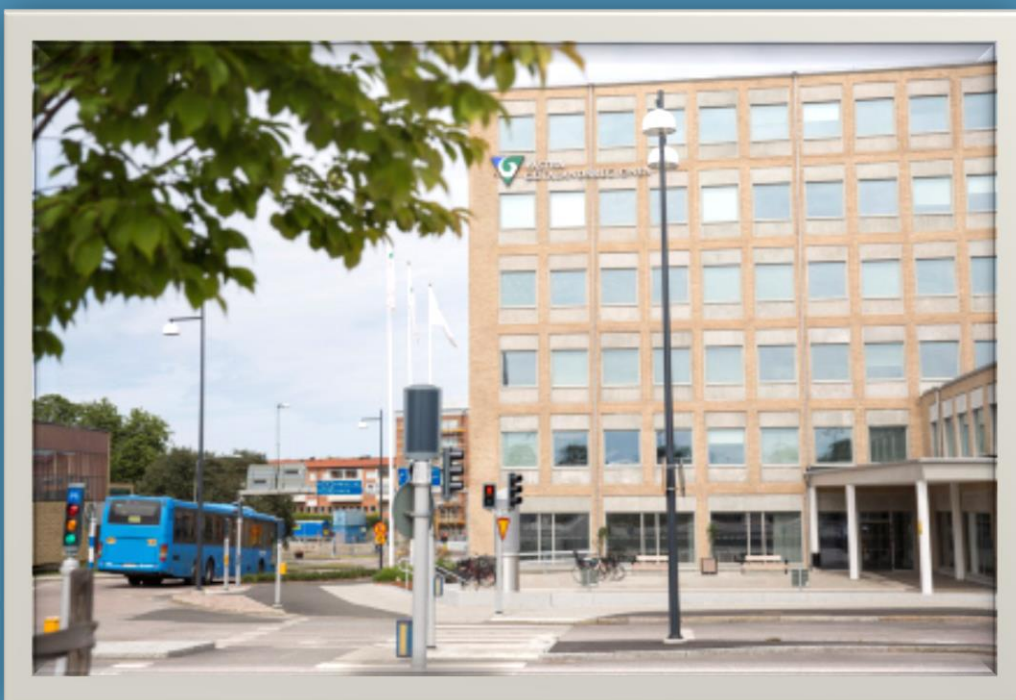


Förekomst av svårläkta bensår och bakomliggande faktorer hos patienter på Närhälsan Töreboda vårdcentral



Författare: Waleed Shaibani, ST-läkare

Arbetsplats: Bräcke Diakoni Vårdcentralen
Vilan/Skara

Rapport 2022:6

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2022:6

FoU i VGR: [Förekomst av svårläkta bensår bakomliggande ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Marianne Engelhart, med. dr. specialistläkare i allmänmedicin Närhälsan
Tidan vårdcentral, FoU-handledare, FoU primär och nära vård, FoUI-
centrum Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Bensår är ett stort globalt problem för hälso- och sjukvården i hela världen. Bensår minskar patienternas livskvalitet kraftigt, då den tenderar att vara återkommande, leder till höga kostnader och ger långt lidande för patienterna.

Ett svårläkt bensår definieras som ett bensår nedanför knät som inte läker inom 6 veckor. Svårläkt bensår innebär en huddefekt som innefattar epidermis, dermis ner till gränsen mot underhudsfettet. Bensår är inte en sjukdom utan ett symptom på en underliggande arteriell, venös och /eller neuropatisk sjukdom som dock inte alltid kartläggs. Syftet med detta projekt är att kartlägga förekomsten av patienter med svårläkta bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral samt dess orsaker och bakomliggande faktorer och därmed öka medvetandet om svårläkt bensår och på så sätt förbättra behandlingen på Närhälsan Töreboda vårdcentral.

Metod

Tvårsnitt journalstudie på Närhälsan Töreboda vårdcentral under perioden mellan 1: a januari 2018 och 31: a december 2019. Data presenteras med deskriptiv statistik.

Resultat

Prevalensen av svårläkt bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral var under studieperioden 2,3%. Patienternas ålder var mellan 69 och 103 år. Av patienterna med bensår hade 63% fått en tydlig diagnos som förklarar orsaken till bensåret. De vanligaste bidragande faktorer till svårläkta bensår enligt studien var 51% ateroskleros, 36 % tidigare kärlkirurgiska åtgärder och 62% tidigare tromboser. Den vanligaste kombinationen av orsaker och bidragande faktorer var venös insufficiens och tidigare kirurgiska åtgärder (15%) samt ateroskleros och tidigare tromboser (14%). Diabetes mellitus var störst som enskild faktor (12%).

Konklusion

Studien visade att Närhälsan Töreboda vårdcentral har en hög förekomst av svårläkt bensår på 2,3% jämfört med vad som anges i litteraturen och mer än en tredje del av patienterna hade inte fått en orsaksdiagnos. På grund av att en del av patienterna inte har fått en diagnos så inleder jag ett kvalitetsarbete ev. i samarbete med sårcentrum vid Skaraborgs sjukhus, för att öka förebyggande åtgärder och arbeta i team med olika personalkategorier för diagnostik, behandling och rehabilitering vid bensår samt förebyggande åtgärder för patienter med risk för bensår.

Nyckelord

Bensår, primärvård, diabetes, venös trombos, varicer

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	1
Definition	1
Riskfaktorer och bidragandefaktorer	1
Behandling.....	2
Förekomst	2
Syfte	2
Frågeställningar.....	3
Metod	3
Studiedesign	3
Studiepopulation och urval	3
Datainsamling och analys.....	3
Dataanalys	4
Etiska överväganden	4
Resultat	4
Diskussion.....	6
Resultatdiskussion.....	6
Metoddiskussion	7
Slutsats.....	7
Referenslista.....	8

Bakgrund

Bensår är ett stort globalt problem för hälso- och sjukvården i hela världen. Bensår minskar patienternas livskvalitet kraftigt, då den tenderar att vara återkommande, leder till höga kostnader och ger långt lidande för patienterna [1].

Definition

Ett svårläkt bensår definieras som ett bensår nedanför knät som inte läker inom 6 veckor. Svårläkt bensår innebär en huddefekt som innefattar epidermis, dermis ner till gränsen mot underhudsfettet [2, 3, 4].

Bensår är inte en sjukdom utan ett symptom av en underliggande sjukdom och kan delas in i grupper, det vill säga arteriella bensår, venösa bensår, neuropatiska bensår och kombinationer av dessa [2]. Den indelningen kallar vi framöver en etiologisk indelning.

Arteriella bensår kan uppstå vid aterosklerotiska förträngningar, efter kärlkirurgiska ingrepp eller trauma. Arteriella bensår sitter distalt på foten – ofta fotrygg, tå och häl men kan även sitta på underbenet och ofta på ställen som är utsatta för trauma (tryck och skav). Det handlar ofta om utstansade djupa, torra sår med dålig granulering, svarta nekroser, ibland blottade och ibland gangrän. Omgivande hud är tunn och hårlös och kapillär återfyllnad efter tryck är långsam. Foten kan vara blek i högläge med reaktiv hyperemi (cyklamenröd färg) i sänkt läge och ibland är foten kall [2].

Vanligt förekommande fynd vid venöst bensår är ödem som är mest uttalat vid vristen, eksem på omgivande hud, pigmentering av omgivande hud, fyllnads- och tyngdkänsla i benen och dov smärta som tilltar i stående. Smärtan kan vara uttalad. Såret finns vanligtvis på insidan av nedre tredjedelen av underbenet, strax ovanför fotleden (damaskzonen) och ofta runtom malleolus medialis. Såret är ofta grunt och sårbotten brukar vara fibrinbelagd. Nekroser förekommer sällan. Vid neuropatiska bensår hos diabetiker är vanliga förekommande fyndnedsättning av sensibilitet i foten, frånvaro av smärta i såret, och ett varmt och torrt sårområde [2].

Riskfaktorer och bidragandefaktorer

De vanligaste riskfaktorer för bensår är ökande ålder, fetma, orörlighet, begränsat utbud av fotledsfunktioner, tidigare sår, ärftlighet, tidigare DVT, rökning och alkohol. Bidragande faktorer till svårläkta bensår oavsett orsak är åderbräck, djup klaffinsufficiens, ankelödem, tromboser, vaskulit (inflammation i kärl) [5]. Långt stående högt blodtryck eller dåligt kontrollerat blodtryck kan ge **mycket** smärtsamma sår på underbenet så kallat Martorell sår, hypertensivt sår eller angiodermatitis necroticans.

Behandling

En omfattande bedömning av svårläkt bensår krävs för att bestämma etiologin av bensåret för att kunna välja rätt behandling [6, 7]. En lämplig hanteringsplan behövs där flera yrkeskategorier inom vården är inblandade såsom läkare, sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut samt ibland sjukgymnast. Om patienten remitteras till sårcentrum bidrar flera specialister till behandlingsprocessen såsom ortoped, neurolog, dermatolog samt internmedicinare. Enligt SBU behandlas patienter med svårläkt sår olika trots att de har samma bakomliggande sjukdom. Detta kan bero på skiftande tillgång till vårdpersonalen, varierande rutiner med olika vårdgivare, skilda yrkesmässiga erfarenheter samt brist på läkartid [8]. Även min erfarenhet är att en del av patienterna inte utreds gällande orsak till svårläkt bensår.

Förekomst

Enligt Wound Healing Society varierar prevalensen av svårläkt bensår i USA mellan 0,1 och 2% [8]. I västvärlden orsakar venösa sjukdomar mer än 70% av alla svårläkta bensår samt arteriella sjukdomar 10% [5, 6, 7]. Enligt en SBU rapport uppskattas prevalensen av svårläkt bensår i den vuxna befolkningen inom EU som 0,12–0,32 % [8]. Förekomsten av svårläkta bensår i Tyskland är 0,24% [9]. Enligt studien i Irland stod venös kärlsjukdom för 81% av kroniska bensår och arteriell kärlsjukdom för 16,3%, medan sårbildning på grund av diabetisk neuropati och reumatoid vaskulit var ovanligt [10]. I Sverige är prevalensen av bensår 0,3 % av hela population enligt Sårwebben [2] som baserar sig på ett flertal svenska studier samt aktuell litteratur när man studerar bensår patienter inom primär- och slutenvården [9]. På sjukhuset i VGR har det rapporterats att bensår relaterade till venös insufficiens utgör 70%, arteriell sjukdom 10% och sår med blandad etiologi 15% [11]. Förekomsten av svårläkta bensår på vårdcentralsnivå är inte kartlagd i Sverige; det är också okänt hur ofta olika orsaker och bidragande faktorer förekommer samtidigt. Prevalens på patienter med svårläkt bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral (Närhälsan Töreboda vårdcentral) är därför också okänd. På grund av den relativt höga åldern hos patienter i Töreboda enligt Care Need Index (CNI-är ett socioekonomiskt index som används för att mäta risk för ohälsa inom en population, till exempel gällande invånare inom en kommun eller patienter som är listade vid en vårdenheter.) (CNI genomsnitt för svenskt hälsovården är 1,3). CNI på NTV är hög på grund av en hög andel av patienter som är arbetslösa, lågutbildade och har ålder över 65 år [12] tror vi att förekomsten av patienter med svårläkt bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral är hög. Därför och för att det saknas riktlinjer på Närhälsan Töreboda vårdcentral för hantering av svårläkta bensår och för att patienter med svårläkt bensår ofta inte verkar få en tydlig klinisk bakomliggande diagnos startade vi det här projektet.

Syfte

Syftet är att kartlägga förekomsten av svårläkt bensår och dess orsaker och därmed öka medvetenheten om bensårsproblemen på Närhälsan Töreboda vårdcentral.

Frågeställningar

- 1) Hur många patienter har svårläkta bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral?
- 2) Hur många patienter med svårläkta sår på Närhälsan Töreboda vårdcentral har fått såret indelat efter etiologi dvs. arteriellt, venöst, neuropatiskt?
- 3) Hur är fördelningen av bensårsorsaker på Närhälsan Töreboda vårdcentral?
- 4) Hur ofta förekommer de vanligaste kombinationerna av orsaker, riskfaktorer och bidragande faktorer till bensår?

Metod

Studiedesign

Tvärsnitt journalstudie.

Studiepopulation och urval

Studien genomfördes på Närhälsan Töreboda vårdcentral, Töreboda kommun, Skaraborg, Västra Götalands Regionen. Vårdcentralen har omkring 8000 listade och har en relativt hög CNI på 2,56 (CNI genomsnitt för svensk hälso- och sjukvård är 1,3). CNI på Närhälsan Töreboda vårdcentral är hög pga. en hög andel arbetslösa, lågutbildade och äldre över 65 år i kommunen [12].

Under perioden 1: a januari 2018 till 31:a december 2019 gjordes urvalet till studien; de patienter som är listade på Närhälsan Töreboda vårdcentral och som hade bensår. Detta konstaterades genom att titta på vem som fått följande diagnoskoder (ICD-koder) i journalen: L979-Bensår som ej klassificeras, I70,2C-Perifer ateroskleros med bensår. I83.0-Varicer i nedre extremiteterna med bensår och I83.2-Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation. Om koden L899-Trycksår, ospecificerad, har satts undersöktes om det handlade om bensår. Vi granskade journalerna av alla patienter som har haft diagnos med ovanstående koder i minst 6 veckor under studieperioden, det vill säga att diagnosen behövde förekomma minst en gång till efter 6 veckor.

Datainsamling och analys

I varje journal tittar vi på följande variabler: kön, ålder, rökning, BMI under behandlingstiden. Orsaken till bensår betraktas som arteriellt när det någonsin fanns en ICD-kod ateroskleros (ICD: I70, I70.2C, I739B, I79.2), när det beskrivs i journalen att de har genomgått en operation som kan orsaka skada till artärens endotel i benet (exempelvis operation i samband med aorta-aneurysm, ortopediska ingrepp i benet), eller ett trauma i benet. Orsaken till bensår betraktas som venös om patienten någon gång har fått följande ICD-koder i sin journal: venös insufficiens (I872, I83.0, I83,2), pågående tromboflebiter (I182.9 och I183.0),

flebit och tromboflebit i nedre extremiteterna, samt information om tidigare venös kärlkirurgiska åtgärder utan satt ICD-kod. Orsaken till neuropatiska bensår finns när följande ICD-koder finns med: diabetes mellitus med perifera cirkulationsrubbingar (E10.5, E11.5).

Utifrån journalanteckningar hämtade vi även information om tidigare trombosor, både arteriella och venösa.

Dataanalys

Vi utförde deskriptiv statistik med hjälp av Excel.

Etiska överväganden

Projektet är ett lokalt kvalitetsarbete på vårdcentral som verksamhetschefen har lämnat muntligt tillstånd till. Efter journalgenomgång kodades och pseudonymiserades all data. Ingen etisk prövning behövs då det är ett FoU arbete och verksamhetsuppföljning. Forskaren har förstått att alla uppgifter om identifierbara personer inte skall lagras eller avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. Granskning av kollegors handläggning har diskuterats med dem och verksamhetschefen och har godkänts.

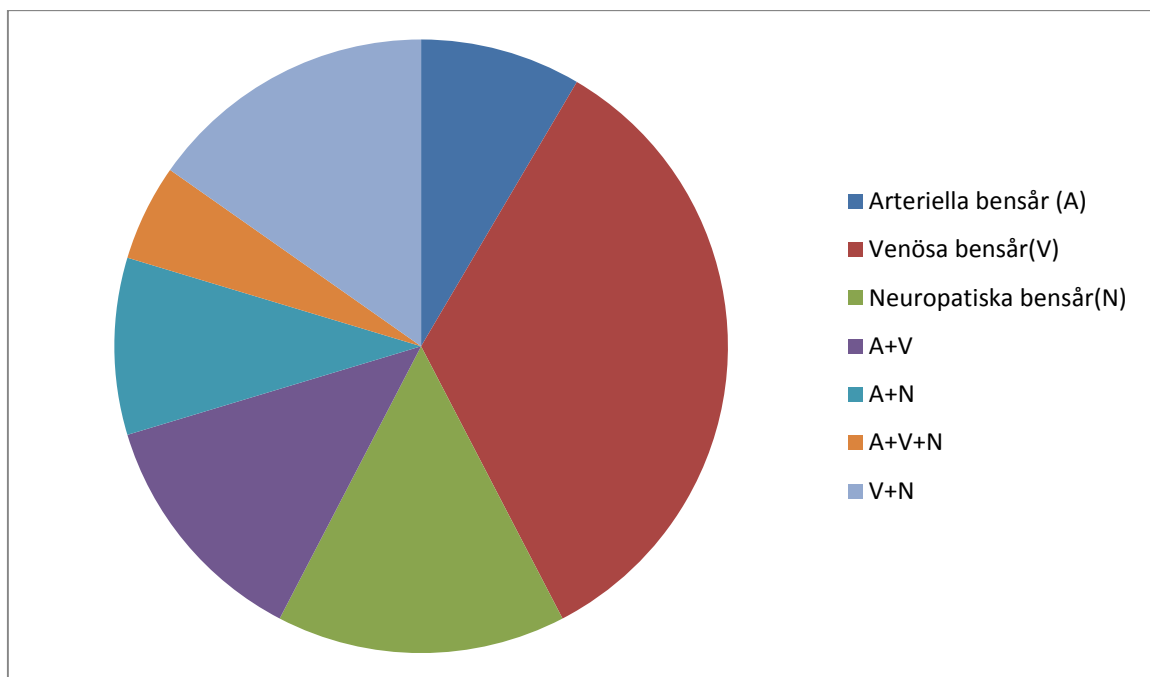
Resultat

Under studieperioden hade Närhälsan Töreboda vårdcentral 8020 listade patienter, bland dem hittades 186 patienter (2,3%) med svårläkt bensår. De hade en ålder mellan 69 och 103 år och en genomsnittsålder på 71 år.

Tabell 1. Kliniska karakteristika hos 186 patienter som hade haft svårläkta bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral under studieperioden

	Totalt	Procent
Kvinnor	82	44
Män	104	56
Överviktiga (BMI>25 kg/m ²)	57	31
Rökare	48	26
Aldrig rökt	38	20
Tidigare rökning	63	34
Rökning ej noterat	37	20
Förekomst av orsaksdiagnos	118	63

Tabellen visar att det fanns 12% fler män än kvinnor i vår studiepopulation. En tredjedel av patienterna hade BMI över 25 kg/m². Rökare och de som slutat röka utgjorde en stor grupp av patienterna med bensår (60%). Av de patienter som hade ett bensår har 63% fått en orsaksdiagnos.



Figur 1

Fördelningen av bensårsorsaker hos 118 patienter med orsaksd diagnos på Närhälsan Töreboda vårdcentral

Arteriell orsak till bensår förekom hos 8% av patienterna (A), venös orsak förekom hos 34% (V) och neuropatisk orsak hos 15% (N), Figur 1. Kombination med arteriell och venös orsak förekom hos 13% av patienterna (A+V), kombination av arteriell och neuropatisk orsak förekom hos 9% (A+N), kombination av venös och neuropatisk orsak förekom hos 15% (V+N). Alla tre diagnoserna förekom som orsak hos 5% av patienterna (A+V+N).

De vanligaste kombinationerna av orsaker, riskfaktorer och bidragande faktorer till bensår i hos patienter vid Närhälsan Töreboda vårdcentral visas i tabell 2. De flesta patienterna hade en kombination av riskfaktorer där venös insufficiens och tidigare kärlkirurgiska åtgärder var vanligast, 15%. En annan vanlig kombination var ateroskleros och tidigare trombos, 14%. Diabetes mellitus utgjorde en relativ stor enskild riskfaktor med 12% av patienterna. Ateroskleros förekom i 51% av fallen antingen som enskild riskfaktor (10%) eller i kombination med andra riskfaktorer (41%). Även tidigare trombos förekom ofta bland patienterna med bensår (62%) samt tidigare kärlkirurgiska åtgärder (36%).

Tabell 2. Kombinationer av faktorer som bidrar till bensår hos patienter vid Närhälsan Töreboda vårdcentral

Kombinationer av faktorer	Antal	Procent
AT+TT	26	14
AT+TT+DM+TK	19	10
AT+TT+V+DM	17	9
AT	19	10
AT+TT+V	16	8
V	2	1
V+TT	14	8
V+TK	27	15
TT	4	2
TT+TK	20	11
DM	22	12
Totalt	186	100

AT, ateroskleros; DM, Diabetes mellitus 1 och 2 med perifera cirkulationsrubbningar; TK, tidigare venösa eller arteriella kärlkirurgiska åtgärder; TT, tidigare trombos; V, venös insufficiens.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien visade att den vanligast rapporterade orsaken till bensår är venös insufficiens. Inte alla patienterna i studien hade fått en tydlig klinisk underliggande diagnos som bidrog till sår-utvecklingen. Några hade allmänna diagnoser som inte förklarar orsaken till såret som t.ex. "Bensår som ej klassificeras". Detta leder till otydlig underliggande diagnos. Därför rekommenderas, i första hand att inte använda de allmänna diagnoserna (ICD-koder), utan istället använda tydliga diagnoser som t.ex. "Perifer ateroskleros med bensår", "Varicer i nedre extremiteterna med bensår", "Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation", "Trycksår på fotled/fot", "Trycksår på knä/underben", "Martorell sår" och "Ulcus pedis" (fotsår hos icke diabetiker).

Studien visade att den vanligaste kombinationen av bidragande faktorer var venös insufficiens och tidigare trombos 25%, och vanligaste bidragande faktorer till svårläkt bensår är venösa sjukdomar 78% vilket stämmer med data 70% som har rapporterats från sjukhus [11].

Vid jämförelse med andra studier som har genomförts har vi en högre prevalens av svårläkta bensår på Närhälsan Töreboda vårdcentral (2,3%) jämfört med den i USA 0,1-2%, [8], i EU 0,1-2%, [7] och i Sverige 0,3%, [2]. Även från Danmark rapporterades en lägre prevalens av kroniska sår 0,15%, [11]. Närhälsan Töreboda

vårdcentral har förmodligen en högre prevalens på grund av hög CNI i samband med relativt hög ålder (>65 år) på patienter.

Av patienterna med kroniska bensår hade 63% fått en tydlig diagnos som förklarar patologin bakom bensåret. Det borde vara en högre andel med tydlig bakomliggande diagnos.

I västvärlden orsakar venösa sjukdomar mer än 70% och arteriella sjukdomar orsakar 10% av alla svårläkta bensår [5, 6, 7] och denna studie visade liknande resultat (86% arteriell och venösa orsaker sammanlagda (78%+8%).

Metoddiskussion

En styrka med denna studie var att inte bara förekomsten av bensår kartlades utan också förekomst av kombinationer av olika orsaker till bensår, risker och bidragande faktorer på primärvårdsnivå.

En begränsning i studien är att den genomfördes under en relativ kort studieperiod som gör att siffrorna möjligtvis inte speglar den reella situationen gällande förekomst av bensår. Studieresultatet kanske inte är representativt för primärvården i Sverige för att det endast utfördes på en specifik vårdcentral som ligger i ett område med högt CNI.

För att ge äldre patienter bättre livskvalitet är det viktigt att snabbt komma fram till diagnos och bakomliggande orsaker till svårläkt bensår så att rätt behandling kan ges för att minska läkningstiden. För att få en bättre bild av problemet i framtiden behöver vi identifiera och prioritera framtida behov av organisationsändring för att minska resursbrist, underbemanning och möjlighet att nå information från vårdgivares elektroniska journalsystem. En utökad möjlighet att förebygga bensår hos patienter med riskfaktorer vore också värdefullt hos t.ex. patienter med diabetes.

Slutsats

Studien visade att Närhälsan Töreboda vårdcentral har en hög förekomst av svårläkt bensår på 2,3% jämfört med vad som anges i litteraturen och mer än en tredje del av patienterna hade inte fått en orsaksdiagnos. Detta bör ge leda till ett kvalitetsarbete ev. i samarbete med sårcentrum vid Skaraborgs sjukhus, för att öka förebyggande åtgärder och arbeta i team med olika personalkategorier för diagnostik, behandling och rehabilitering vid bensår samt förebyggande åtgärder för patienter med risk för bensår.

Denna studie kan leda till att det på Närhälsan Töreboda vårdcentral och ev. övriga vårdcentraler förs en diskussion för att förbättra handläggning av bensår genom effektiva rutiner utifrån de riktlinjer som finns om bensår från sårcentrum [2].

Ett förslag för att minska kostnader och förbättra behandlingsresultaten kan vara teamarbete med medlemmar från olika professioner som är delaktiga i diagnostik, behandling samt rehabilitering av vid bensår eller risk för bensår. Detta skulle gagna både patienter och deras anhöriga.

Referenslista

1. N. J. M. London and R. Donnelly, "ABC of arterial and venous disease. Ulcerated lower limb," *The British Medical Journal*, vol. 320, no. 7249, pp. 1589–1591, 2000.
2. Sårcentrum Skaraborgs Sjukhus Skövde. Sårwebben[Internet]. Skövde: Västra götalands landsting; År [uppdaterad datum2021-12-01 ; citerad datum 2022-02-10]. Hämtad från: www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/.2020-02-24.
3. W. B. van Gent, E. D. Wilschut, and C. Wittens, "Management of venous ulcer disease," *The British Medical Journal*, vol. 341, no. 7782, pp. 1092–1096, 2010.
4. Participants.Scottish Leg Ulcer Trial. Effects of a national community intervention programm on healing rates of chronic leg ulcer:randomized controlled trail.*Phlebology* 20002,17:47-53.
5. C. S. Sasanka, "Venous ulcers of the lower limb: where do we stand?" *Indian Journal of Plastic Surgery*, vol. 45, no. 2, pp. 266–274, 2012.
6. Vu T, Harris A, Duncan G, Sussman G. Cost-effectivness of multidisciplinary wound care in nursing homes: A pseudorandomized pragmatic clustertrial. *Fam Pract* 2007.
7. González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):926-944. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The care of patients with chronic leg ulcer. *SIGN* 26 1998;July.
9. SBU Svårläkta sår hos äldre – prevention och behandling systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. SBU-rapport nr 226. ISBN 978-91-85413-67-6.
10. Vowden, "Arterial disease: medical and future perspectives," in *Proceedings of the WUWHS Congress*, 2008.
11. Chronic venous leg ulcers: the future of cell-based therapies.Matthias Augustin.Wolfgang Vanscheidt.Published:August 03, 2012DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61255-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61255-0)
12. Behandling -och utrednings rekommendationer för ben och fot sår .Hudsektionen Sunderby Sjukhus 2011-03-01 1



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg