OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Karin Scharl, (karsc4), Chefsjuksköterska
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare
Giltig från: 2026-08-27
Giltig till: 2028-08-27

Trycksår – Prevention och behandling

Förändringar sedan föregående version

Rutin och användning av Rörelsemonitorering och Immobiliseringsfunktion samt redaktionella ändringar är gjorda.

Sammanfattning

Rutinen ger instruktioner kring prevention, riskbedömning och behandling av trycksår samt tydliggör arbetssätt för riskbedömning och dokumentation liksom ansvarsförhållanden mellan verksamheter. Rutinen baseras i huvudsak på avsnitt i Vårdhandboken (Sårbehandling respektive Trycksår) [1, 2].

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Sammanfattning 1
Bakgrund och syfte 2
Förutsättningar 2
Genomförande 3
Hudbedömning 3
Riskbedömning 4
Preventiva åtgärder för riskpatient 4
Mål 4

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Åtgärder/information 4
Enhetsspecifika åtgärder 6
Akutmottagningen 6
Operationsenhet 1 & 2 7
Postoperativa enheten 7
Åtgärder för patient med trycksår 8
Mål 8
Åtgärd/Information 8
Dokumentation och rapportering vid överflyttning till nästa enhet/vårdgivare 9
Uppföljning 10
Referens- och länkförteckning 10

Bilagor

Bilaga 1 - Trycksår – Riskbedömning med RAPS-skala

Bakgrund och syfte

Trycksår är en lokal skada i huden och/eller underliggande vävnad, till följd av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Risken för trycksår ökar om det tryckutsatta hudområdet utsätts för fukt och temperaturförhöjning. Många olika riskfaktorer är associerade till trycksår och en kombination av dessa avgör om en person utvecklar trycksår. Patienter med nedsatt sensibilitet, immobila och/eller multisjuka äldre är att betrakta som högriskgrupper gällande trycksår. Trycksår är nästan alltid en vårdskada som oftast går att undvika.

Förutsättningar

- Att patienter i riskzon identifieras tidigt.
- Att adekvata förebyggande eller behandlande åtgärder vidtas tidigt för dem som har ökad risk för eller har befintligt trycksår.

- Att varje avdelning (som omfattas av riktlinjen) har en till två personer, som ansvarar för implementering och uppföljning av nedanstående rutiner.
- Tillgång till tryck- och friktionsförebyggande hjälpmedel.
- Tydlig struktur i omvårdnadsdokumentationen.
- Att varje avdelning skapar en struktur kring riskbedömningar för att säkerställa att dessa utförs.
- Regelbunden utbildning och påminnelse till alla medarbetare, inklusive nyanställda och studenter, om trycksårsprevention.
- Att uppkomna trycksår identifieras dagligen i Gröna Korset.
- Att åtgärder vidtas i det dagliga kvalitets- och förbättringsarbetet för att förhindra trycksårutveckling

Genomförande

Hudbedömning

- Det är ansvarig sjuksköterskans ansvar att säkerställa att hudinspektion utförs på varje patient inom 2 timmar efter ankomst till avdelningen. För uppegående patient utan riskfaktorer för trycksårsutveckling kan anamnes med riktade frågor om sår, rodnad eller ömhet över tryckutsatta områden ersätta hudinspektion.
- Resultatet av *initial* hudinspektion dokumenteras i mall *Ankomst* under sökord *Trycksår vid inskrivning* (obligatoriskt fält), se lathund Ankomst. Vid ankomst till avdelning dokumenteras hudinspektion i Omvårdnadsstatus. Om patienten läggs in via en mottagning, har en planerad inskrivning eller öppen retur ska vårdavdelningen starta *Ankomst* och dokumentera i hela aktiviteten.
- Upprepa hudinspektionen dagligen för riskpatienter och på dem som har nedsatt aktivitetsförmåga och rörlighet och/eller medicinteknisk utrustning. Uppstår trycksår under vårdtid, dokumentera detta i mall för

Omvårdnadsstatus, ange trycksårskategori, se Vårdhandboken/Hudbedömning, och lokalisation. Öppna även en sårjournal, med diagnos *Trycksår nytillkommet / Trycksår vid inskrivning*.

- Uppkomna trycksår under vårdtid lyfts vid arbetsdagens Gröna Korset-genomgång och Avvikelserapporteras (alla kategorier).
- Samma dag som patienten skrivs ut dokumenteras *Trycksår vid utskrivning* i O*mvårdnadsstatus*.

Riskbedömning

- Sjuksköterska ansvarar för att riskbedömning med RAPS-skala (se bilaga 1, Trycksår - Riskbedömning med RAPS-skala) görs inom 8 timmar efter ankomst till avdelningen på alla patienter.
- Riskbedömningen kan utföras av annan utsedd person.
- Riskbedömningen upprepas vid försämrat hälsotillstånd och efter större kirurgiska ingrepp. I övriga fall en gång per vecka.
- Dokumenteras i Melior under *Riskbedömningar*. Riskbedömningarna uppdateras och signeras efter varje förnyad bedömning.

Preventiva åtgärder för riskpatient

Mål

Förhindra uppkomst av trycksår.

Åtgärder/information

- **Tryckförebyggande madrass** Inom somatisk vuxenvård på SÄS är alla sängar utrustade med tryckreducerande madrasser. För patient med hög risk att utveckla trycksår kan det vara lämpligt med en självreglerande madrass eller luftväxlande madrass. Beställ lämplig madrass från Sängpool SÄS Borås - Södra Älvsborgs Sjukhus.
- **Regelbunden lägesändring** ta ställning till hur ofta patienten behöver hjälp med lägesändring i säng och i stol. Dokumentera lämpligt intervall i journal. Hjälpmedel för

att säkerställa att vändning sker, exempelvis vändschema eller vändskiva som markerar när vändningar är gjorda väljs utifrån tillgängligt utbud på avdelningen.

- **Monitorering** Finns rörelsemonitorering installerat på avdelningen ska immobiliseringsfunktionen användas för de patienter som riskerar att drabbas av trycksår och lämpligt intervall ställas in.
- **Hälavlastning** Eftersträva ”svävande hälar”. Om patienten är sängliggande stor del av dygnet, ska patientens hälar avlastas med positioneringskudde eller speciellt utformad hälavlastare.
- **Bedöm huden minst 1** gång/arbetspass för att säkerställa att vidtagna åtgärder är tillräckliga.

Övriga åtgärder:

- Bedöm behovet av tryckreducerande/avlastande sittdyna i stol eller rullstol. Vid behov, kontakta arbetsterapeut.
- Bedöm behovet av hjälpmedel för att minska risken för friktion och skjuv, ex glidlakan, positioneringskudde under knäna vid sittande etc.
- Håll huden torr och smidig.
- Tillgodose närings- och vätskeintag. Vid risk för malnutrition, följ riktlinje Nutrition. Vid behov, kontakta dietist.
- Informera och involvera om möjligt patient och närstående.
- Informera eventuell vårdgivare i nästa steg.

Se utförligare information i Vårdhandboken, avsnitt Trycksår.

Åtgärderna dokumenteras i Melior; riskbedömningsmallen för RAPS. Kommunicera valda åtgärder inom teamet. Vid upprepad riskbedömning med RAPS ska befintlig riskbedömningsmall uppdateras och signeras.

Åtgärderna utvärderas genom daglig hudinspektion och korrigeras vid behov. Inkludera patientens upplevelse av åtgärderna i utvärderingen dokumentera i *Omvårdnadsstatus*.

Varje avdelning ansvarar för att ha eget sortiment av trycksårs-förebyggande hjälpmedel som exempelvis positioneringskuddar, hälavlastare och glidlakan.

Enhetsspecifika åtgärder

Akutmottagningen

Patienter med misstänkt höftfraktur

Omhändertas enligt riktlinje för omhändertagande av höftfrakturpatienter vid SÄS (process Höftfraktur). Samtidigt som patienten placeras i säng tillses att patientens hälar avlastas med multikudde - ”svävande hälar”.

Övriga patienter

- Sjuksköterska ansvarar för att en behovsbedömning av trycksårspreventiva åtgärder görs snarast (inom två timmar) efter ankomst till akutmottagningen på alla patienter som är sängliggande, rullstolsburna eller har begränsad aktivitetsförmåga och rörlighet.

Bedömningen, som inkluderar hudinspektion, kan utföras av annan utsedd person, se första punkten under rubrik Hudbedömning. Trycksårspreventiva åtgärder kan omfatta:

- överflyttning till säng (obligatoriskt för immobil patient)
- lägesändring/positionering
- avlastning av patientens hälar
- vätska och näring (ge/erbjuda mellanmål om patientens tillstånd tillåter)
- byte av kläder/inkontinensskydd (tillse torr, ren hud).

Resultatet av hudinspektionen dokumenteras i Melior i mall *Ankomst*, sökord *Trycksår vid inskrivning* (obligatoriskt). Vid trycksår öppnas en *Sårjournal*. I *Planering* under sökord *Hud/vävnad* anges

hänvisning till S*årjournalen*. I *Sårjournalen* dokumenteras hur såret ska skötas.

Upprepa bedömningen regelbundet under hela vårdtiden på akutmottagningen. Förändrat status eller ny åtgärd dokumenteras.

Operationsenhet 1 & 2

Före operation – operationsmottagning

Patienter som ska genomgå långa operationer (>2 timmar) bör ligga i en annan position än den position som är tänkt på operationsbordet. Dokumenterat hudstatus från preoperativt samtal kontrolleras och förändrat status dokumenteras i Orbit/operationsmottagningens anteckningsfält samt rapporteras muntligen till operationsteamet.

Under operation

Vidta tryckförebyggande åtgärder för riskpatient samt patient med lång operationstid. Avlasta patientens hälar och se till att de avlastas från tryck på ett sätt som gör att benets vikt fördelas utefter vaden utan att ge tryck över akillessenan. Knäet ska vara lätt böjt. Vid behov, tillse att patienten får en tryckförebyggande madrass postoperativt.

Efter operation

Patienten hudinspekteras och fält ”Trycksår efter op slut” i mall för ”Omvårdnadsåtgärder Op” besvaras med ja/nej. Eventuella nytillkomna trycksår dokumenteras i sårjournal och överrapporteras till postoperativ enhet. Patienter som har genomgått en lång operation placeras om möjligt i en annan position än den position som han/hon legat i under operationen.

Minimera risk för skjuv vid förflyttningar mellan säng och operationsbord genom att använda hjälpmedel samt god förflyttningsteknik.

Postoperativa enheten

Sjuksköterska ansvarar för att behovet av följande åtgärder bedöms vid patientens ankomst till enheten:

- regelbunden lägesändring/positionering
- avlastning av hälar

- hudvård (minimera fukt)
- byte till tryckförebyggande madrass.

Regelbunden lägesändring/positionering och avlastning dokumenteras löpande på övervakningskurvan.

För samtliga patienter - upprepa bedömningen varannan timme under hela vårdtiden på postoperativa enheten.

Skriftlig överrapportering till mottagande vårdavdelning sker i Orbit, mall ”postop sammanfattning” och ska innefatta:

- aktuellt hudstatus. Dokumentera Trycksår ”ja” eller ”nej”. Om Trycksår besvaras med ”ja” anges kategori, lokalisation och sida.
- vidtagna trycksårspreventiva åtgärder samt, vid behov, förslag på fortsatta åtgärder hos mottagande enhet, se rubrik Prevention av trycksår.

Åtgärder för patient med trycksår

Mål

Läka befintliga trycksår och förebygga att nya sår uppstår.

Åtgärd/Information

- Informera patient och närstående.
- Gradera och dokumentera trycksårskategori, se Vårdhandboken/Hudbedömning. För varje trycksår upprättas en ny sårjournal som uppdateras under vårdtillfället.
- Trycksår uppkomna på vårdavdelning, eller där tidigare vårdgivare inte informerat om befintligt trycksår, avvikelserapporteras.
- Ta ställning till vilken lokalbehandling som är lämplig och påbörja behandlingen, se Vårdhandboken/Sårbehandling samt Sårwebben.
- Smärtbedömning och smärtlindra vid behov.

- Patient ska minst ha en tryckförebyggande skummadrass. Bedöm om denna behöver bytas till en självreglerande madrass eller luftväxlande madrass, se Sängpool SÄS Borås - Södra Älvsborgs Sjukhus på intranätet.
- Bedöm behovet av tryckreducerande/avlastande sittdyna i stol eller rullstol. Vid behov, kontakta arbetsterapeut.
- Ta ställning till hur ofta patienten behöver hjälp med regelbunden lägesändring i säng och i stol. Överväg om patienten behöver något hjälpmedel för positionering eller hälavlastning.
- Håll huden torr och smidig. Inspektera huden och andra tryckutsatta punkter dagligen.
- Tillgodose närings- och vätskeintag. Vid malnutrition, följ riktlinje Nutrition. Vid behov kontakta dietist.
- Informera eventuell vårdgivare i nästa steg.
- Ta ställning till om patienten behöver remitteras till annan specialist, se Sårwebben - Sårwebben för indikation till olika instanser.

Dokumentation: Öppna en sårjournal, med diagnos *Trycksår*. I övrigt följ dokumentationsrutinerna som beskrivs under rubriken Preventiva åtgärder för riskpatient.

Dokumentation och rapportering vid överflyttning till nästa enhet/vårdgivare

Summera eventuella trycksårspreventiva åtgärder vidtagna under vårdtid i *Omvårdnadsstatus* samt i *Vårdtidsammanfattning*.

Hudinspektera patienten innan utskrivning, tidigast 8 timmar före. För uppegående patient utan riskfaktorer för trycksårsutveckling, kan riktade frågor om sår, rodnad eller ömhet över tryckutsatta områden ersätta hudinspektion.

Dokumentera resultatet av hudinspektionen i mall för *Omvårdnadstatus* och i *Vårdtidssammanfattning* under sökord

Trycksår vid utskrivning. Bifoga alltid sårjournal om patienten har sår.

Uppföljning

Uppföljning sker dagligen vid Gröna Korset-genomgång där frågan ställs ”Har någon patient utvecklat trycksår eller löpt risk för att utveckla trycksår på grund av bristande åtgärder?”

Uppföljning av följsamhet till riktlinjen sker genom journalgranskning. Förekomsten av trycksår följs kontinuerligt upp via rapport på styrtavla.

Referens- och länkförteckning

1. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting, 2011.
2. Vårdhandboken, avsnitt *Sårbehandling* respektive *Trycksår* www.vardhandboken.se
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline. Emely Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.

- Avvikelsehantering MedControl Pro, SÄS https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/stod-och-tjanster/system-a-o/medcontrol-pro
- Sängpool, SÄS

https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/medicinska-omraden/hjalpmedel-medicinsk-teknisk-utrustning-och-tillbehor/central-pool-for-sangar/

- Sjukhusövergripande styrdokument SÄS https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/styrdokument
- Sveriges Kommuner och Regioner www.skr.se/ under rubrik *Rapporter och skrifter* (sökord trycksår)
- Sårwebben www.vgregion.se/skassarwebben

- Vårdhandboken
  www.vardhandboken.se

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Karin Scharl, (karsc4), Chefsjuksköterska

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-190

Version: 9.0

Giltig från: 2026-08-27

Giltig till: 2028-08-27