

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2024-06-17

Innehållsansvar: Linda Johansson, (linjo16), Sjuksköterska

Giltig till: 2026-06-11

Granskad av: Annette Trengre Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Trycksår – riskbedömning och åtgärd

Förändringar sedan föregående version

Förenklat texten och gjort justeringar för att förtydliga vikten av åtgärder vid trycksårssår samt dokumentationskrav. Länkar har uppdaterats.

Innehållsförteckning

Bakgrund, syfte och mål	1
Arbetsbeskrivning	2
Ansvar	2
Förberedelser	2
Riskbedömning	3
Dokumentation.....	3
Modifierad Nortonskala	4
Hudbedömning.....	4
Klassificering av trycksår	5
Dokumentation av risk under vårdtiden.....	5
Dokumentation av trycksårssåtgärder /VÅRDPLAN.....	5
Beskrivning av åtgärder i vårdplanen	6
Hjälp vid val av madrass utifrån risk/sårkategori	6
SSK Slutanteckning	7
Relaterad information	7
Arbetsgrupp	7
Käll- och litteraturförteckning	8

Bakgrund, syfte och mål

Sedan 2008 driver Sveriges kommuner och regioner (SKR) en satsning för att minska vårdskador, öka medvetenheten om risker i vården och

förbättra säkerhetskulturen, vilket gör det möjligt att arbeta förebyggande. Ett av målen är att öka patienternas medverkan i vården. Kraven på hälso- och sjukvården har skärpts och blivit tydligare sedan den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011.

Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse. Alla yrkeskategorier ska ha rutiner för att snabbt identifiera de personer som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Det är viktigt att använda effektiva omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar. Riskbedömning, hudinspektion, förebyggande åtgärder och resultat ska dokumenteras och journalföras enligt hälso- och sjukvårdslagen. En korrekt dokumentation är viktig för patientsäkerheten samt en förutsättning för att kunna kvalitetssäkra tillämpade åtgärder.

Syftet med rutinen är att beskriva var och hur risker, åtgärder och informationsöverföring för trycksår/trycksårsrisk ska dokumenteras i patientjournalen (Melior). Från inskrivning till utskrivning.

Målet är att arbetsrutiner och dokumentationen ska bidra till en god och säker vård med minskade vårdskador i form av trycksår och att uppgifter om patientens risk/er och åtgärd/er ska dokumenteras på ett tydligt sätt i patientjournalen (Melior). Kommunikation ska också ske dialog med patienten och dennes närstående för att öka förståelse och medverkan i de förebyggande åtgärderna för att minska risk för trycksår.

Arbetsbeskrivning

Ansvar

Legitimerad personal är ansvarig för dokumentationen. Undersköterska har möjlighet att dokumentera. Vid dokumentation är det viktigt att tillvarata alla professioners kompetens och att alla hjälps åt. Dubbeldokumentation ska undvikas.

Förberedelser

Sjuksköterskan har ett inskrivningssamtal med patienten där uppgifter inhämtas från patienten, närstående, tidigare vårdenheter och/eller annan yrkeskategori angående patientens hudkostym, aktivitetsförmåga och nutritionsstatus. Utifrån de insamlade uppgifterna görs en bedömning om risk föreligger för trycksår eller om befintligt sår finns.

Inskrivningssamtalet inkl. risk- och hudbedömning ska dokumenteras.

Riskbedömning

Ett trycksår är en lokaliserad skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över benutskott och är ett resultat av tryck eller tryck i kombination med skjuv. Det finns ett antal bidragande faktorer som kan leda till trycksår.

Bedöm snarast efter ankomst risken för trycksår på alla personer över 70 år och på dem som är eller förväntas bli sängliggande, rullstolsburen eller sittande en stor del av dygnet. Riskbedömningen är obligatorisk och ska ske inom ett dygn efter inskrivningen. Riskbedömningen kan vara en klinisk bedömning eller en bedömning med hjälp av standardiserat formulär (Nortonskalan).

Upprepa riskbedömningen vid förändring till exempel efter operation, försämrat hälsotillstånd eller lång vårdtid. En riskbedömning ska göras kontinuerligt under hela vårdtiden. Om risk föreligger ska ställning tas till relevanta åtgärder.

I samband med utskrivning inhämtas information så att aktuell status kan sammanställas angående risk för trycksår, om trycksår fanns vid inläggning eller har uppkommit under vårdtiden. Aktuell status ska kommuniceras till patient, eventuellt till närstående och annan vårdgivare.

Dokumentation

Dokumentation av risk, vid inskrivning

I mallen SSK inskrivning under rubriken omvårdnadsstatus finns sökordet risk för trycksår. Här dokumenteras om patienten har risk för trycksår eller inte. När man väljer sökordet kommer tre olika svarsalternativ upp;

Sökord	Beskrivning
Risk för Trycksår	<p>Befintligt trycksår Ja/Nej Klinisk bedömning se *Vårdplan Om patienten har ett trycksår vid inläggning öppna en sårvårdsjournal.</p> <p>Ja, uppenbar risk enligt klinisk bedömning, se *Vårdplan Riskfaktor föreligger. Har patienten normal hud eller finns det rodnader över tryckutsatta punkter, är patienten mobiliserad, säng eller rullstolsbunden, har patienten bra nutritionsstatus. En kombination av olika riskfaktorer som tillsammans med yttre tryck, skjuv eller friktion avgör huruvida ett trycksår kan uppstå.</p> <p>Nej. Enligt klinisk bedömning Det är uppenbart att patienten inte har någon risk för trycksår. Kan även vara undantag, t.ex. vårdtid <24 h, i övrigt fullt frisk men kommer in för en mindre åkomma. Skriv undantaget i fritexten.</p>

Trycksår vid inskrivning	Ja. - Rodnad, bleknar ej vid tryck - Delhudsskada - Fullhudsskada - Djup fullhudsskada Nej.	Höger Vänster	Bak huvud Öra Näsa Näsvinge Mungipa Axel Skulderblad Armbåge Sakrum Höftbenskam Sätesmuskel Sittbensknöl Insida knä Ankel Häl Annan lokalisering
--------------------------	--	--------------------------------	---

Om patienten har både en rodnad och ett sår eller flera sår så dokumenteras detta genom att ta en dubblett på sökordet.

Sår är alltid överordnat Nortonpoäng. Om patienten har sår, öppna en sårvårdsjournal.

När det gäller riskfaktorer, situationer som t.ex. operation, tidigare trycksår eller paraplegi så visar sig inte alltid risken i Nortonbedömningen. Därför är informationsinhämtning och den kliniska bilden viktigt i samtliga bedömningar.

Modifierad Nortonskala

Ett specialinstrument för riskbedömning är till exempel den modifierade Nortonskalan. Den modifierade Nortonskalan hittas i Vårdhandboken <https://www.senioralert.se/for-personal/blanketter/#riskbedomningsblanketter-och-atgarder> och bör användas som ett komplement till den kliniska bedömningen.

Bedömningen görs enligt ett enkelt poängsystem. Bli totalpoängen 20 eller lägre finns ökad risk för trycksår. Förebyggande åtgärder ska bedömas och utföras efter behov samt ska nutritionsstatus bedömas och följas med mat och vätskelista. Kontakt med dietist är lämpligt för bedömning om behov av kompletterande näringsdryck.

Hudbedömning

En hudbedömning ska ske inom ett par timmar (men inte senare än 8 timmar) efter ankomst till sjukhuset. Klassificera eventuella trycksår enligt klassificering av trycksår. Upprepa hudbedömningen dagligen på alla personer över 70 år och på de som är sängliggande, rullstolsburna eller sittande en stor del av dygnet.

Klassificering av trycksår

För bedömning av svårighetsgraden av ett trycksår klassificeras de enligt en skala 1-4.

Kategori 1. Rodnad som inte bleknar vid tryck

Kategori 2. Delhudsskada ”avskavd” hud eller blåsa

Kategori 3. Fullhudsskada utan sårkavitet

Kategori 4. Djup fullhudsskada med sårkavitet och/eller vävnadsnekros

Icke klassificerbart trycksår: sårdjup okänt > , är kategori 3 eller 4, men eftersom såret är täckt med död vävnad eller sårkorpa går det inte att bestämma kategori.

Misstänkt djup hudskada: sårdjup okänt > , är hel hud som visar tecken på djup vävnadsskada, men det är omöjligt att veta om detta är en skada som kommer utvecklas eller inte.

Trycksårskort där ovanstående kategorier förenklat finns beskrivet, går att beställa via Marknadsplatsen:

<https://www.proceedo.net/web/procurement/product/175066912/481807/M/details>.

Dokumentation av risk under vårdtiden

Risk för trycksår kan uppstå under hela vårdtiden. Framförallt när patientens situation förändras och/eller vid lång vårdtid. Riskbedömning gällande trycksår ska göras kontinuerligt och dokumenteras under omvårdnadsstatus under sökordet risk för trycksår. När man väljer det sökordet kommer två olika alternativ upp. En beskrivning av dessa finns nedan.

Sökord	Beskrivning
Risk för trycksår	<p>Ja liten risk se *Vårdplan En liten risk kan vara att patienten har fått feber, försämrat allmäntillstånd, är i behov av en mindre operation eller har svårare att röra sig t.ex. sitter eller ligger längre stunder.</p> <p>Ja uppenbar risk se *Vårdplan En ny riskbedömning är gjord och då har patienten fått lägre Norton eller så är patientens tillstånd så mycket förändrat att risken blivit uppenbar t.ex. immobilisering, sepsis, större operation, etc.</p>

Dokumentation av trycksårssåtgärder /VÅRDPLAN

Alla åtgärder dokumenteras fortlöpande i vårdplan under omvårdnadsåtgärder och sökordet risk för trycksår eller trycksår.

När man väljer sökordet trycksårsrisk eller trycksår i vårdplanen faller det ut olika alternativ. De aktuella kryssas för. Om det finns ett befintligt trycksår ska även en sårvårdsjournal öppnas.

Beskrivning av åtgärder i vårdplanen

Följande åtgärder finns under sökordet omvårdnadsåtgärder–
Trycksårsrisk/Trycksår.

Åtgärder	Beskrivning
Information till patient/närstående	Patienten/närstående ska informeras om att risk för trycksår föreligger och vilka åtgärder som vidtas. Om möjligt ska patienten vara delaktig och involveras i sin behandling samt kunna vara med och påverka. Skriftligt material lämnas med fördel till patienten.
Patient avböjer åtgärd	Ange vilka åtgärder patienten avböjer och om möjligt av vilken anledning.
Madrass:	Skriv i fritext vilken typ av madrass man har valt t.ex. luftmadrass eller trögskum. På sjukhuset lånar man behandlande madrass från hjälpmedelsförrådet i källaren på Skaraborgs sjukhus Skövde.
Sittdyna:	Kontakta sjukgymnast och arbetsterapeut för optimering av sittställning och för bedömning av vilken sittdyna det finns behov utav. Även om patienten inte har en rullstol kan det finnas behov av en sittdyna.
Övrig avlastning:	Hjälpmiddel för övrig avlastning så som kilkuddar, hælavlastning, hælkil etc. Om behovet för avlastning av fotsår finns kan remiss till ortopedtekniska avdelningen skrivas t.ex. vid justering av skor, nattskenor.
Glidlakan	Kan skrivas i fritext vilken storlek eller hur det används t.ex. för att främja patientens egen rörelseförmåga, för att motverka friktion.
Lägesändring	Här skrivs om patienten har vänd/sittschema och hur ofta patienten skall vändas eller hur länge patienten får sitta.
-	Övrig åtgärder kan skrivas in som fritext så som behov av justering av rullstol här kan även utvärdering skrivas. Fotodokumentation rekommenderas.

Hjälp vid val av madrass utifrån risk/sårkategori

- Risk för trycksår – trycksår kategori 1-2

Välj en madrass med tryckreducerande skum, de är s.k. förebyggande madrasser och på SkaS är tryckreducerande skummadrass numera standard. Madrasser tillhandahålls på SkaS via lokalfunktionen.

- Mycket hög risk för trycksår – trycksår kategori 3-4

Välj en madrass med växeltrycks luft, enligt aktuell upphandling. Detta är s.k. behandlande madrasser och beställs till enheten/avdelningen så man har till 20% av enhetens sängar och vid behov av extra beställer man/hämtar via hjälpmedelsförrådet.

Madrasserna ersätter inte avlastande åtgärder och vändschema ska användas på riskpatient.

SSK Slutanteckning

I samband med utskrivning inhämtas information och aktuell status angående trycksårsrisk/trycksår ska sammanställas och följa patienten till ev. nästa vårdgivare. Detta dokumenteras i SSK slutanteckning under sökordet trycksårsrisk/trycksår. I fritexten sammanfattas aktuella åtgärder. Dessutom kan relevant dokumentation bifogas, t.ex. sårvårdsjournal, dietistkontakt eller vårdplan.

Sökord	Beskrivning												
Trycksårsrisk	Ja, kan klinisk bedömas eller via Modifierad Norton skala												
	Nej, kan kliniskt bedömas eller via Modifierad Norton skala												
Trycksår vid utskrivning	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja.</th> <th>Höger</th> <th>Vänster</th> <th>Bakhuvud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Rodnad, bleknar ej vid tryck - Delhudsskada - Fullhudsskada - Djup fullhudsskada </td> <td></td> <td></td> <td> Öra Näsa Näsvinge Mungipa Axel Skulderblad Armbåge Sakrum Höftbenskam Sättesmuskel Sittbensknöl Insida knä Ankel Häl Annan lokalisation </td> </tr> <tr> <td>Nej.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ja.	Höger	Vänster	Bakhuvud	<ul style="list-style-type: none"> - Rodnad, bleknar ej vid tryck - Delhudsskada - Fullhudsskada - Djup fullhudsskada 			Öra Näsa Näsvinge Mungipa Axel Skulderblad Armbåge Sakrum Höftbenskam Sättesmuskel Sittbensknöl Insida knä Ankel Häl Annan lokalisation	Nej.			
Ja.	Höger	Vänster	Bakhuvud										
<ul style="list-style-type: none"> - Rodnad, bleknar ej vid tryck - Delhudsskada - Fullhudsskada - Djup fullhudsskada 			Öra Näsa Näsvinge Mungipa Axel Skulderblad Armbåge Sakrum Höftbenskam Sättesmuskel Sittbensknöl Insida knä Ankel Häl Annan lokalisation										
Nej.													
	Övriga åtgärder kan skrivas i fritext. Detta kan vara omläggning, bedömning av hudkostymen t.ex. rodnader. Man kan även bifoga t.ex. sårvårdjournal.												

Relaterad information

På Sårwebben <https://www.vgregion.se/s/skaraborgs-sjukhus/vardgivare/sarwebben/trycksar/> och på Riksårs hemsida <https://www.rikssar.se/> finns information och material som rör trycksår. Där hittar man information om hur en riskbedömning genomförs, åtgärder, klassificering av trycksår och information om omläggingsmaterial. Det finns fler trycksårsåtgärder att vidta än de som nämns i rutinen. Dessa kan man skriva i fritextfältet.

Arbetsgrupp

Linda Johansson Leg. Sjuksköterska Hudkliniken V08

Karin Hult, verksamhetsutvecklare, Patientsäkerhet

Käll- och litteraturförteckning

- 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. Emily Haesler (Ed.). Perth, Australia: Cambridge Media; 2014
- <https://epuap.org/> (2019)
- Patientsäkerhetslag (2010:659). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Sveriges kommuner och regioner (SKL 2011) Trycksår: åtgärder för att förebygga. ISBN-nummer:978-91-7164-633-0 <https://issuu.com/sverigeskommunerochlandsting/docs/7164-633-0>
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
- Sårwebben. <https://www.vgregion.se/s/skaraborgs-sjukhus/vardgivare/sarwebben/trycksar/>
- Vårdhandboken (2020) Trycksår. Vårdhandboken produceras av Inera AB. Länk: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/hudbedomning/>
- Nortonskala, <https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/files/d491841d-395c-4a9e-b14f-bb999770c150.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Linda Johansson, (linjo16), Sjuksköterska

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (annt2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-123

Version: 9.0

Giltig från: 2024-06-17

Giltig till: 2026-06-11