

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Innehållsansvar: Maria Tiger, (marti8), Ivasjuksköterska

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-12

Giltig till: 2026-11-12

Omvårdnad - Trycksårsprofylax och riskbedömning

Revideringar i denna version

241029 Text redigerad enligt nu gällande riktlinjer och titelbyte är utfört.

Syfte

Identifiera ineliggande patienter med förhöjd trycksårsrisk. Ge information om förebyggande åtgärder och vägledning inför dokumentationen.

Resultatmål fastställs nationellt, regionalt, lokalt och på verksamhetsnivå.

Arbetsbeskrivning

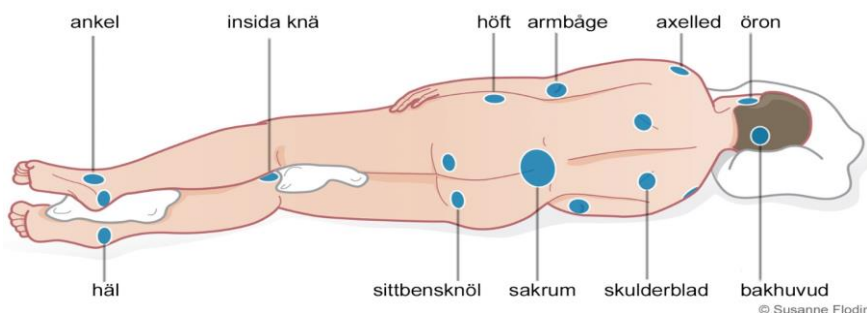
Bakgrund

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad som beror på den lokala syrebristen som kan leda till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller. Utsatta kroppsdelar kan vara benutskott som ett resultat av tryck eller tryck i kombination med skjuv eller/och friktion (Skjuv=olika vävnadsskador förskjuts i förhållande till varandra).

Tryckkänsliga ställen är öron, axlar, armbågar, fingrar, rygg, sacrum, höftben, knän, fotknölar och hälar. En av de viktigaste åtgärderna för att förebygga tryckskada är att hålla huden intakt, ren och mjuk. Svårt sjuka och/eller nedsövd patienter löper extra hög risk för hudskador på grund av nedsatt känsel, immobilitet och försämrad vävnadsperfusion. Vidare kan utrustning för behandling och övervakning ge tryck och friktion, till exempel endotracheal tub, pulsoxymetrimätare, blodtrycksmanschett, syrgasmask, CPAP-mask och urinkateter. Vissa läkemedel som krävs i

samband med svår sjukdom, till exempel Adrenalin och Noradrenalin, ökar risken för hud och trycksador då de försämrar perifer vävnadsperfusion.

Trycksår kan också förekomma på andra ställen där vävnad utsätts för tryck av medicinteknisk utrustning, till exempel på näsvingarna när patienten har sond eller på underläppen är patienten är intuberad.



Vanliga riskområden för trycksår liggande position (ryggläge och sidoläge)

Bild: Vårdhandboken, Illustratör Susanne Flodin

Metod och dokumentation CIVA och NIVA

- Inspektera och bedöm patientens hudkostym 1 gång/pass. Titta efter tidiga tecken på tryckskada, rodnad, utslag, värmeökning eller uppluckring av huden i samband med vändning.
- Identifiering av trycksår ska göras inom **2 tim** efter ankomst och dokumenteras i IVA ankomstanteckning i Melior under **Trycksår vid inskrivning**. Vid utskrivning skall det dokumenteras i IVA slutanteckning under **Trycksår vid utskrivning**.
OBS! Gäller endast NIVA då CIVA använder IVA Ankomst TUF.
- Riskbedömning för trycksår görs inom 8 tim på alla IVA-patienter. Det ska dokumenteras i Melior under **Riskbedömning → Trycksår enl. Nortonskalan**.

Riskbedömning → Trycksår Gör så här:

1. Öppna aktuellt vårdtillfälle i Melior
2. Välj **Ny anteckning**
3. Välj **Riskbedömning**, tryck OK
4. Välj **Ny anteckning** igen, välj sedan **Trycksår** och tryck OK (Nu syns Nortonskalan)
5. Dokumentera under **Hudbedömning**. Välj därefter poäng i rullistorna under varje sökord. Räkna ut totalpoäng och ange denna.

20 p eller lägre på Nortonskalan= ökad risk för tryckskada vilket kräver aktiv trycksårprofilax och skärpt totalomvårdnad. (Trycksår klassificeras enligt EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019)

Om sår finns ska det dokumenteras dagligen i Plan vid Trycksår, risk i Melior. I första hand undersköterskans uppgift men IVA-SSK är ytterst ansvarig. Alla trycksår förvärvade under vårdtiden är en vårdskada och ska dokumenteras i Melior under Aktivitet: Vårdskada samt i Med Control Pro.

Metod och dokumentation PIVA och POSTOP

Inspektera och bedöm patientens hudkostym vid ankomst och minst 1 gång/pass. Titta efter tidiga tecken på tryckskada, rodnad, utslag, värmeökning eller uppluckring av huden i samband med vändning. Identifiering av trycksår ska göras inom 2 timmar efter ankomst. Tänk på att kortvarigt ta av patientens kompressionsstrumpor för att kontrollera huden och att lägesändring bör genomföras med 2 - 3 timmars intervall.

Riskbedömning för trycksår bör genomföras preoperativt på vårdavdelning.

- Om patienten vårdas <48 timmar dokumentera i första hand i mallen **IVA Omvårdnadsrapport** eller **Postoperativ omvårdnad** under sökordet **Hud/vävnad** oavsett typ av hudskada. Om det sedan tidigare finns **Plan för sårvård** bör omvårdnadsåtgärd dokumenteras i befintlig mall.
- Om patienten vårdas > 48 timmar och har tecken på tryckskada rodnad, utslag, värmeökning eller uppluckring av huden dokumentera i mall **Plan för hud/vävnad**.
- Om patienten vårdas > 48 timmar och trycksår har uppkommit dokumentera i mall **Plan för trycksår, risk**. Alla trycksår förvärvade under vårdtiden är en vårdskada och ska också dokumenteras i Melior under **Aktivitet: Vårdskada** samt i **Med Control Pro**.

Profylax av trycksår

- Skötsel av hud: håll huden torr och mjuk för att minska risken för sprickor. Smörj med hudlotion dagligen. Hudbarriär (ex Cavilon) kan användas då risk finns att huden luckras upp pga. riklig fukt. Vid hudrodnad, fingertoppsmassera ej, då det kan öka skadan. Sår rengöres alltid noggrant. TotalCare-säng: Progressa kan med fördel användas vid behov.
- POX-probe flyttas vid varje vändning, växla mellan öron- och finger-proben.
- Lägesändring av patient ska ske med intervall och på ett sätt som står i relation till patientens cirkulatoriska och respiratoriska tillstånd samt hudens känslighet. Lägesändring med 2–3 timmars intervall kan ses som en riktlinje men variationer kan förekomma, andra tidsintervall tas i samråd med teamet. Små lägesändringar är bättre än inga. Observera att inga slangar ligger under

patienten, ej heller åtsittande underkläder. Nattetid ska patienten vändas sida till sida.

- Tryckavlastning av utsatta ställen ska göras med kuddar för att minska tryck, skjuv och friktion. Se rutin om kuddkit [IVAsäng/Kuddkit\(vgregion.se\)](#). Kompressionsstrumpor ska vara väl uppdragna. Ej vikas ner över benen. Är strumporna för långa ska de klippas rakt av i överkanten. Tag av strumporna 2 ggr/dygn i ca 1 tim.
- Överväg att applicera flerskiktsförband i polyuretanskum över benuskott (exempelvis sacrum) för att skydda hudområden som frekvent utsätts för tryck, friktion och skjuv.
OBS! Glöm inte att öppna förbandet och inspektera huden 2 ggr/dygn för att upptäcka om sår uppkommit.

Uppföljning, utvärdering och revision

Nationell utvärdering 1 g/år

CIVA/NIVA/POSTOP 1 g/år

Resultatmål fastställs nationellt, regionalt, lokalt och på verksamhetsnivå

Kunskapsöversikt

- Vårdhandboken 210430
- SKR Trycksår 150923
- Trycksårsprevention 200422
- Trycksårsprofylax 200915
- VGR Riktlinjer för Patientsäkerhet 2020 191016
- EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019 ev 210315
- Prevention och Behandling av Trycksår,
- Kortversion av riktlinje 2019 SSIS (Sårjuksköterskor i Sverige 210322
Aitken, Leanne, Doug Elliott, Wendy Chaboyer, and Australian College of Critical Care Nurses. Critical Care Nursing. Fourth ed. 2019.
- Sonia O.Labeau, Elsa Afonso, Julie Benbenishty et al *Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study* European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2020

Granskare/arbetsgrupp

CIVA Sårgrupp

NIVA Sårgrupp

Linda Lejon Instruktor NIVA

Lotta Börjesson Instruktor CIVA

Ann-Sofie Brandén, Instruktor CIVA

Erika Wanne, Instruktor PIVA/Postop

Gunilla Didriksson specialistundersköterska PIVA/Postop

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Maria Tiger, (marti8), Ivasjuksköterska

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1596

Version: 9.0

Giltig från: 2025-11-12

Giltig till: 2026-11-12