

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2025-04-04

Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

Giltig till: 2027-04-02

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Trycksårsprevention

Syfte

Denna rutin ska användas för att identifiera patienter som har hög risk för att utveckla trycksår, ge vägledning vad gäller dokumentation av trycksår samt vara till hjälp i det förebyggande arbetet kring trycksår.

Bakgrund

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad som vanligen orsakas av tryck eller tryck i kombination med skjuv (förskjutning av vävnaderna i förhållande till varandra). Den lokala syrebristen som uppstår leder till direkt eller indirekt vävnadsskada. Känsligheten för tryck varierar stort mellan olika patienter och mellan olika vävnader, därav är det preventiva arbetet av största vikt (1).

Trycksår orsakar patienten smärta, påverkar livskvalitet och förlänger vårdtiden på sjukhus med ökade kostnader och ökat lidande som följd (2).

Tidigare klassificerades hudskador förorsakade av feces- eller urininkontinens som trycksår. Idag kallas dessa hudskador inkontinensrelaterad dermatit (IAD).

Riskpatienter

Prevalensen av trycksår bland intensivvårdspatienter varierar stort mellan 5-50% och risken att utveckla trycksår är kumulativ; 5 % risk efter fem dagar, 30% risk efter tio dagar och 50% risk efter 20 dagars vårdtid på IVA. Den vanligaste lokaliseringen är sacrum, hälar och huvud, vg se bild nedan för riskutsatta hudområden. Riskfaktorer för att utveckla trycksår är b.l.a hög ålder, förhöjd kroppstemperatur, malnutrition, inotropt stöd, diabetes och lång operationstid. Tryckskador orsakade av medicinteknisk utrustning är inte ovanliga. Detta är viktigt att beakta vid lägesändring av patienten (1,3).

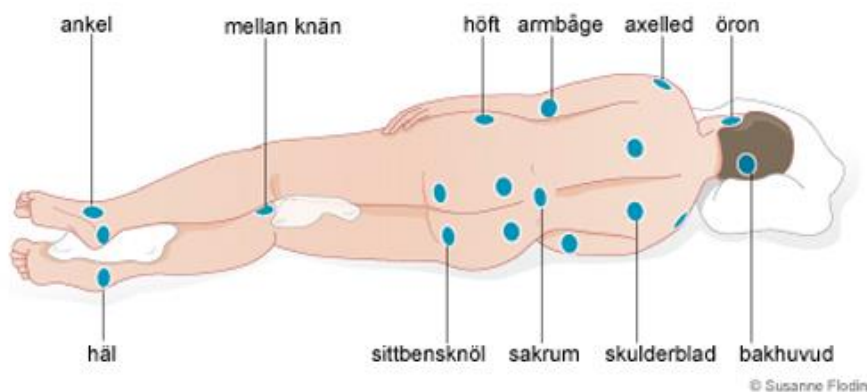


Bild:
Vårdhandboken,
illustratör Susanne
Flodin

Specifik omvårdnad och förebyggande åtgärder

Tryckavlastning

Det optimala intervallet för att vända intensivvårdspatienten är okänd, varannan timme finns beskrivet, likaså vändning med tretimmars intervall (3). Patienter med låga nortonpoäng behöver justeras oftare. I vissa fall kan patientens tillstånd försvåra eller förhindra ordinarie vändningsintervall tex vid maligna arytmier, hemodynamisk instabilitet eller öppet sternum. Dessa patienter löper hög risk att utveckla trycksår. Kan inte lägesförändring ske måste små justeringar göras som förändrar patientens tyngdpunkt, genom att lyfta under ben, höfter, skuldror mm, och palla upp med kuddar. Sträva efter ”svävande hälar”, men tänk på att inte översträcka benen. Tänk på att flytta saturationsmätaren i samband med lägesförändring.

En liten lägesförändring är bättre än ingen alls. Normalt sett anpassar sig kroppen till förändringar i position, men vid långvarig immobilitet försämras dessa mekanismer. En patient som vänds lite, men ofta, klarar det hemodynamiskt bättre än en patient som ligger plant länge för att sedan vändas mycket på sidan (4).

Hud

Patientens hudkostym ska inspekteras dagligen med efterföljande signatur på baksidan av observationsbladet. Eftersträva att bevara huden torr, mjuk och ren. Använd tvättcremé hellre än tvål/hudkräm. Det är viktigt att torka huden torr efter användning av Bedbath. Vid risk för uppluckring av hud använd Silesse® hudbarriär.

Nutritionstatus

Läkare ordinerar dagligen patientens kalori- och proteinbehov.

IVA-säng

Kvittera patientens vikt i IVA-sängen och bedöm om patienten befinner sig i ”rätt” viktintervall. Justera upp/ned vid behov.

Mikroklimatfunktionen, MCM, kan med fördel användas till alla patienter då den hanterar värme/fukt som alstras av patienten och därmed kan förebygga utveckling av tryck- och fuktrelaterade skador.

ALT-funktion (Automatisk Lateral Terapi)

Automatisk lateral terapi, ALT, är en funktion som kan aktiveras på IVA-sängen då patientens tillstånd inte tillåter vändning enligt sedvanlig rutin exempelvis vid öppet sternum, maligna arytmier eller cirkulatorisk instabilitet. **Denna funktion ska alltså inte ersätta vanlig vändning av patienten.** På detta vis kan patienten tilltas enligt en förutbestämd vinkel under en förutbestämd tid och får på så vis sin tyngdpunkt förändrad och därmed kan en trycksårsutveckling förebyggas. Vg se [arbetsbeskrivning ALT-terapi IVA-säng](#).

Förebyggande förband

Mepilex Border Sacrum kan appliceras dels i förebyggande syfte, och dels då ett trycksår redan har uppstått.

Glöm inte att dagligen inspektera under förband som applicerats i förebyggande syfte.

Riskbedömning

En strukturerad riskbedömning ska göras för att identifiera patientens risk för att utveckla trycksår. Som ett första steg ska patientens hudkostym inspekteras inom två timmar efter ankomst till avdelningen. Dokumenteras enligt mall nedan.

Modifierad Nortonskala

Riskbedömning enligt modifierad Nortonskala ska genomföras på alla patienter dag ett efter ankomst, förutom på utskrivningsklara patienter som väntar på avdelningsplats. Bedömningen sker i dialog mellan sjuksköterska och undersköterska. Om patienten får ≤ 20 poäng ska anteckning, förutom i Melior, även göras på observationsbladets baksida (längst ner till vänster under rubriken "Övrigt") för att göra de som vårdar patienten uppmärksamma om att en ökad risk för trycksår föreligger. Skriv gärna detta med rödfärgad penna.

Ny bedömning enligt Nortonskalan görs var sjunde dag alternativt vid förändrat tillstånd.

Dokumentation

Anteckning i Melior	Utförligare information	Dokumentation
IVA-ankomstanteckning, SSK	Trycksår vid inskrivning; Ja/Nej	Alltid vid inskrivning
Riskbedömning	Trycksår. Hudbedömning enligt Modifierad Nortonskala	Dag 1 efter ankomst. Upprepas var 7:e dag eller vid förändrat tillstånd.
Plan vid trycksår, risk	Vid risk för trycksår, då ett förband applicerats i förebyggande syfte.	Då förbandet sätts på och vid förändring.
Plan vid trycksår, risk	Vid befintligt trycksår	Då en åtgärd utförs. Minst 1 gång/vecka i samband med helavtvättning.
IVA-slutanteckning, SSK	Trycksår vid utskrivning; Ja/Nej	Alltid vid utskrivning

Var god se dokumentationspärmar för uppdaterade dokumentationsmallar.

Alla trycksår förvärvade under vårdtiden är att klassa som en vårdskada. Det ska dokumenteras i Melior under aktiviteten vårdskada samt skall händelsen registreras i MedControl Pro.

Fotodokumentation

Sår som uppkommer under vårdtiden, tex trycksår, kan med fördel även fotodokumenteras och läggas in i patientens journal via medicinsk media. Detta syftar till att förbättra informationsöverföringen vad gäller patientens hud- och sårstatus mellan olika vårdinrättningar/avdelningar och att kunna följa sårets utveckling under vårdtiden. Fotodokumentation rekommenderas en gång/vecka, i samband med helavtvättning, om patienten vårdas under en längre tidsperiod. Vg se rutin [Picsara](#).

Relaterad information

Var god se trycksårskategorier; [5493.pdf \(skr.se\)](#)

Var god se Modifierad Nortonskala; [Microsoft Word - Modifierad Nortonskala 2011 \(vardhandboken.se\)](#)

[Översikt - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

[Trycksårsprevention \(vgregion.se\)](#)

Arbetsgrupp

Marielle Fohlin Leidefeldt, instruktör TIVA.

Källförteckning

1. Lindholm, C. (2018). *Sår* (upplaga 4:2). Studentlitteratur.
2. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, Calvino-Gunther S, Chaboyer W, Coyer F, Deschepper M, François G, Honore PM, Jankovic R, Khanna AK, Llauro-Serra M, Lin F, Rose L, Rubulotta F, Saager L, Williams G, Blot SI; DecubICUs Study Team; European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group Collaborators. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Med.* 2021 Feb;47(2):160-169. doi: 10.1007/s00134-020-06234-9. Epub 2020 Oct 9. Erratum in: *Intensive Care Med.* 2021 Apr;47(4):503-520. PMID: 33034686; PMCID: PMC7880913.
3. Grealy, B, Coyer, F. (2015). Essential nursing care of the critical ill patient. Aitken, L, Marshall, A, Chaboyer, W, *ACCCN`s Critical care nursing*. (3rd ed. s. 131-163). Elsevier Australia.
4. C.T. Brindle, R. Malhotra et al. Turning and Repositioning the Critically Ill Patient With Hemodynamic Instability. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(3):254-267.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Lukas Lannemyr, (lukla), Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2153

Version: 9.0

Giltig från: 2025-04-04

Giltig till: 2027-04-02