Trycksår

Örebro kommun **2026-03-31** **Voo 671/2026**
orebro.se

ÖREBRO

PROGRAM
Uttrycker värdegrund och önskvärd utveckling av verksamheten.

POLICY
Uttrycker ett värdegrundsbaserat förhållningssätt och principer som ska tjäna som vägledning.

STRATEGI
Konkretiserar ett program eller en policy och utgör en grund för prioritering.

RIKTLINJE
Reglerar den befintliga verksamheten och visar på ett riktigt agerande och en god kvalitet vid utförande och handläggning.

PLAN
Omsätter konkreta mål i åtgärder och aktiviteter.

Dokumentansvarig på politisk nivå: Vård- och omsorgsnämnden
Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Medicinskt ansvariga (MAS och MAR) och Samordnande sårsjuksköterska

Innehåll

Inledning 4
Tryck, skjuv och friktion 4
Syfte 4
Ansvar och roller 4
Enhetschef ansvarar för att 4
Sjuksköterska ansvarar för att 4
Arbetsterapeut ansvarar för att 5
Baspersonal ansvarar för att 5
Avvikelser gällande trycksår 6
Förebyggande åtgärder 6
Riskbedömning och hudbedömning 6
Energi- och näringsbehov 6
Tryckavlastning och lägesändring 7
Miljö i säng 7
Hudvård 7
Inkontinensassocierad dermatit/fuktskador 7
Åtgärder vid uppkommet trycksår 7
Referenser 8
Bilaga 1 - Kategorisering av trycksår 9

Inledning

Trycksår är en vårdskada som orsakar lidande för patienten, förlänger vårdtider och medför höga samhällskostnader. Med ökad kunskap hos hela teamet om riskfaktorer, förebyggande insatser och förflyttningsteknik kan många trycksår förhindras.

Definitionen av ett trycksår är en lokal skada i huden eller underliggande vävnad till följd av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Trycksår kan även orsakas av medicinteknisk utrustning. Trycksår kan uppstå över hela kroppen, men benutskott som sakrum, sittbensknölar och hälar är särskilt utsatta.

Tryck, skjuv och friktion

Ett högt tryck mot huden kan orsaka försämrad närings- och syretillförsel till vävnaden vilket kan leda till trycksår. Trycket uppstår vanligen av kroppstyngden mot underlaget. Hur högt tryck som krävs för att ett trycksår ska uppkomma varierar mellan individer.

Skjuv uppstår när huden utsätts för tryck samtidigt som den förskjuts i förhållande till underliggande vävnad, exempelvis när huvudändan på en säng höjs och patienten glider ned. Skjuv kan leda till att blodkärlen tänjs ut eller brister, vilket minskar eller helt stoppar blodtillförseln till hudområdet.

Friktion uppstår när huden gnids mot ett underlag och kan förstärkas av skjuv. Exempel på detta är felaktiga förflyttningar i säng eller stol, eller när exempelvis en fot gnids mot underlaget.

Syfte

Denna riktlinje riktar sig till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och ska säkerställa ett systematiskt arbete för att förebygga, utreda, kategorisera och behandla trycksår. Målet är att erbjuda patienter en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård.

Ansvar och roller

All personal har, utifrån roll och funktion, ett ansvar för att uppmärksamma risker för trycksår samt att medverka till att förebyggande åtgärder vidtas. Om individen inte har kontakt med kommunal hälso- och sjukvård ska kontakt tas med primärvården.

Ansvarsfördelningen syftar till att säkerställa ett strukturerat och patientsäkert arbetssätt.

Enhetschef ansvarar för att

- Säkerställa att all personal, både baspersonal och legitimerad, har adekvat kunskap kring trycksår samt riskförebyggande arbetssätt inom sitt uppdrag.

Sjuksköterska ansvarar för att

- Leda det riskförebyggande och behandlande arbetet kring trycksår.
- Genomföra riskbedömning med bedömningsinstrumentet RAPS.
- Planera, dokumentera och följa upp förebyggande omvårdnadsåtgärder vid identifierade risker.

- Vid uppkommet trycksår ansvarar sjuksköterskan för att utreda bakomliggande orsak, göra en sårbedömning, kategorisera trycksåret, välja lämpliga åtgärder samt följa upp regelbundet. Samtliga delar ska dokumenteras i patientens journal.
- Sårbedömning ska dokumenteras enligt följande:
    - kategori
    - lokalisation
    - storlek och djup
    - utseende
    - sårsekretion (torrt, lätt, måttligt, rikligt)
    - lukt
    - sårsmärta
    - sårkanter
    - hud runt såret
    - infektionstecken

- Vid trycksår med kategori 2–4 ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för en behandlingskontinuitet. För att säkerställa kontinuitet ska antalet personer som utför såromläggning begränsas till 2–3, inklusive omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- Vid behov förskrivning av behandlande madrass.
- Vid behov förskrivning av basal nutritionsbehandling.
- Kontakt med arbetsterapeut ska tas för bedömning och åtgärder kring förflyttning, aktivitetsutförande, tryckavlastning, hjälpmedelsförskrivning och rörelsefunktion.
- Vid behov kontakta fysioterapeut för stöd gällande mobilisering.
- Informera ansvarig läkare om uppkommet trycksår, oavsett kategori, samt för en dialog kring medicinsk bedömning, behandling och smärtlindring.
- Involvera patient och/eller närstående i det preventiva samt behandlande arbetet.

Arbetsterapeut ansvarar för att

- Identifiera riskfaktorer för trycksår genom att utreda omgivningsfaktorer samt aktivitets- och funktionsförmåga.
- Se över befintliga hjälpmedel och miljö i säng. Vid behov förskriva adekvata tryckavlastande hjälpmedel som till exempel sittdynor och förebyggande madrass.
- Informera och instruera baspersonal gällande förflyttningsteknik samt användning av förskrivna hjälpmedel.
- Initiera mobiliserande samt tryckavlastande åtgärder.
- Dokumentera utredning, bedömning, ordinerade åtgärder och uppföljningar vid identifierade risker.
- Involvera patienten och/eller närstående i det preventiva samt behandlande arbetet.

Baspersonal ansvarar för att

- Följa ordinationer och instruktioner från legitimerad personal.
- Uppmärksamma förändringar i hudstatus samt patientens hälsotillstånd och löpande informera sjuksköterska. Förändringar av patientens hälsotillstånd som kan öka risken för trycksår är exempelvis viktnedgång, nedsatt aptit, feber, nedsatt rörlighet.

Avvikelser gällande trycksår

En avvikelse ska skrivas vid följande:

- Vid upptäckt av trycksår som har uppkommit på den egna enheten oavsett sårkategori (kategori 1–4, icke klassificerbart samt misstänkt djup hudskada. Se bilaga 1 för stöd i kategorisering).
- Vid befintligt trycksår hos patient inkommande från annan vårdenhet/vårdgivare ska avvikelse skrivas om trycksåret **inte** överrapporterats. Denna avvikelse ska även skickas till berörd vårdenhet/vårdgivare för vidare utredning.

Förebyggande åtgärder

Följande omvårdnadsåtgärder ska ingå i ett systematiskt arbete för att minska risk för trycksår i samband med vård. Samtliga åtgärder ska dokumenteras, kontinuerligt följas upp och utvärderas i en individuell vårdplan.

Riskbedömning och hudbedömning

Riskbedömningsinstrumentet som ska användas är RAPS (Risk Assessment Pressure Score).

- Riskbedömning ska genomföras vid ny vårdkontakt, om det inte bedöms som uppenbart obehövligt, och därefter upprepas minst en gång per år samt vid förändrat hälsotillstånd.
- För patienter med nedsatt aktivitetsförmåga, nedsatt allmäntillstånd samt för patienter som är sängliggande och/eller rullstolsburna ska riskbedömning genomföras omgående.
- En riskbedömning ska alltid kompletteras med en klinisk bedömning utförd av personal med adekvat kompetens och resultaten av båda ska dokumenteras i patientens journal. Dokumentationen ligger till grund för vårdplan med tydlig beskrivning av åtgärder – vad som ska göras, hur, när och vem som ansvarar för genomförandet.

Hudbedömning ska genomföras inom några timmar, dock senast åtta timmar efter ankomst eller vid vårdperiodens början, oavsett om patienten vårdas på en vårdinrättning eller i hemmet. Bedömningen ska omfatta hela kroppen, med särskilt fokus på utskjutande benpartier som sakrum, sittbensknölar, höftbenskam och hälar. För ytterligare vägledning hänvisas till avsnittet Hudbedömning i vårdhandboken.

Energi- och näringsbehov

Undernäring och dehydrering ökar risken för uppkomst av trycksår samt försvårar sårläkning, därför är det viktigt att detta utreds tidigt i processen vid riskbedömningen samt vid uppkomna trycksår. Se rutin för mat, måltid och nutrition för nutritionsutredning samt åtgärder.

Säkerställ ett tillräckligt energi-, protein-, närings- och vätskeintag. Proteinbehovet kan beräknas till 1,2–1,5 g/kg kroppsvikt vid ett pågående trycksår. Cubitan är en näringsdryck som kan förskrivas av sjuksköterska vid behov. Produkten är specifikt framtagen som kostbehandling vid trycksår då den innehåller arginin, zink och selen vilket främjar sårläkning.

Tryckavlastning och lägesändring

Tryckavlastning och lägesändringar är grunden i det förebyggande arbetet gällande trycksår. Kontinuerliga lägesändringar minskar omfattningen av trycket över utsatta områden. Uppmuntra patienten att delta i aktiviteter för att öka rörligheten, vilket förbättrar blodcirkulationen och stärker patientens autonomi.

Ett lägesändringsschema ska användas när patienten har en nedsatt rörlighet och är stillasittande eller stillaliggande. Frekvensen är vanligen två till tre timmar, men en individuell bedömning ska alltid ske då det kan krävas tätare lägesändringar. Se Förebyggande åtgärder - Vårdhandboken.

Miljö i säng

Vid vila i säng ska onödiga lager under patienten, som överkast och täcke, avlägsnas för att den tryckavlastande eller behandlande madrassen ska ge avsedd effekt.

Engångsunderlägg för inkontinens ska endast användas vid kortvariga behov då det skapar en fuktig miljö samt är ett onödigt material i sängen vilket ökar risken för att trycksår uppstår. Vid mer långvariga behov ska istället utprovning av inkontinensmaterial, toalettrutiner samt läkemedelsbehandling ses över.

Hudvård

Huden är känslig för fukt då detta ökar känsligheten för tryck och skjuv. En för torr hud som spricker saknar sin elasticitet vilket resulterar i en skör hud som är mer känslig för skada. Huden ska hållas torr, ren och smörjas med mjukgörande kräm för att stärka hudens barriärfunktion och motståndskraft.

Inkontinensassocierad dermatit/fuktskador

Det är viktigt att differentiera IAD (fuktskada vid inkontinens) från trycksår då dessa behandlas på olika sätt. IAD kan även öka risken för trycksår relaterat till fukt. Ytliga småsår, spegelsår på skinkorna eller en spricka mellan skinkorna talar för IAD snarare än trycksår. För behandling av IAD, se Sår • Vårdgivare Region Örebro län och rutin för inkontinensassocierad dermatit.

Åtgärder vid uppkommet trycksår

- Fortsätt med samtliga förebyggande åtgärder.
- Uteslut undernäring och dehydrering, sätt in adekvata åtgärder.
- Gör en sårbedömning, kategorisera trycksåret och skapa en vårdplan med adekvata åtgärder samt en tydlig plan för uppföljning.
- Ordinera en lämplig sårbehandling utifrån aktuella rekommendationer i Sårbehandling - Vårdhandboken eller Svårläkta sår - 1177 för vårdpersonal.
- Fortsätt med regelbundna lägesändringar och, om möjligt, säkerställ totalt eller partiell tryckavlastning av det utsatta området. Dessa ska fortsätta även om en behandlande madrass förskrivs.
- Använd smärtskattningsinstrument och informera ansvarig läkare vid sårsmärta då detta kan vara tecken på infektion i såret, alternativt infektion i underliggande benvävnad vid djupa trycksår. Säkerställ smärtlindring vid behov.

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska utföra såromläggning regelbundet och dokumentera uppföljning i vårdplan.
- Begränsa antal personer som utför såromläggning till 2–3, inklusive omvårdnadsansvarig sjuksköterska, genom personbunden delegering för att öka behandlingskontinuiteten och optimera sårläkning.
- Involvera patient och/eller närstående. Informera om hur ett trycksår uppstår, vilka åtgärder som sätts in samt vad patient och/eller närstående kan bidra med för att främja sårläkning.
- Vid utskrivning eller överflyttning till annan enhet eller vårdgivare ska överrapportering ske gällande sårstatus, vidtagna åtgärder och planerad fortsatt bedömning.

Referenser

Vårdhandboken. *Trycksår*. Hämtad 2026-02-20 från:
Översikt - Vårdhandboken

Socialstyrelsen. *Trycksår*. Hämtad 2026-02-25 från:
Trycksår - Patientsäkerhet

Internetmedicin. *Trycksår – Prevention och behandling*. Hämtad 2026-03-05 från:
Trycksår – prevention och behandling

1177 för vårdpersonal. *Nationellt vårdförlopp för svårläkta sår*. Hämtad 2026-03-06 från:
Svårläkta sår - 1177 för vårdpersonal

Nutricia. *Produktblad Cubitan*. (2025)
Produktblad_Cubitan_2025.pdf

Bilaga 1 - Kategorisering av trycksår

Trycksår grad 1: Hudrodnad som ej bleknar vid tryck

Intakt hud med rodnad på avgränsat område som ej bleknar vid tryck. Hos personer med melaninrik hud framträder rodnaden inte lika tydligt eller inte alls. Området kan kännas fastare, mjukare, varmare eller kallare än intilliggande hud. Kan upplevas smärtsamt för individen.

Trycksår grad 2: Delhudsskada

Ett öppet sår med en rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning. Kan även vara en intakt eller sprucken blåsa.

Trycksår grad 3: Fullhudsskada

Subkutant fett är synligt men inte ben, sena eller muskel. Kan finnas fibrin. Djupet på en fullhudsskada beror på lokalisation. Kan finnas fistlar.

Trycksår grad 4: Djup fullhudsskada
Ett trycksår som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin och nekros kan synas samt kan finnas fistlar. Ökad risk för osteomyelit och osteit.

Icke klassificerbart trycksår: sårdjup okänt
Fullhudsskada där sårbotten är täckt av fibrinbeläggning och/eller nekros. Ej möjligt att avgöra djup. En stabil, torr och intakt sårskorpa på hälar ska inte avlägsnas utan fungerar som ett naturligt ”plåster”.

Misstänkt djup hudskada: sårdjup okänt
Lila eller rödbrunt hudområde med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck och/eller skjuv. Området kan vara smärtsam, hårt, mjukt, varmare eller kallare än intilliggande hud. Kan vara svårt att upptäcka på melaninrik hud, känn och jämför med omgivande hud. Såret kan fort utvecklas vidare.