

Forebyggelse af trykskader.

Sygeplejefaglig instruks.

Udarbejdet af:

Nina Steffensen Keller, Hanne Jensen og Lena Jungemann

Godkendt:

Revideres:

Juli 2015

Ansvarlig for revidering af dokument:

Tovholder for Clearing House i Hillerød Kommune.

Formålet:

At vi gennem kommunikation, tværfagligt samarbejde og tidlig planlægning skaber rammerne for forebyggelse af tryksår, rammer som imødekommer borgerens ønsker og behov for lindring.

Målgruppe:

Ledere og medarbejdere på plejecentre, i hjemmeplejen og på rehabiliteringsafdelingen i ældre og sundhed i Hillerød Kommune.

Definition af begreber:

Trykskade defineres som et lokaliseret område med ødelæggelse af det muskulære væv og efterfølgende iltmangel i celler som medfører skade i knogle-, muskel- eller fedtvæv, opstået som konsekvent udefra kommende tryk mellem to flader over tid.

Udefra kommende tryk defineres som, udefra kommende kræfter, der påføres huden, som et resultat af kontakt mellem huden og anden overflade.

Fremgangsmåde og procedure:

Alle borger i Hillerød Kommune med tilknytning til ældre og sundhed screenes for risiko for trykskader. Se bilag 1.

Trin 1; er borger i risikogruppe gå videre til trin 2. (Nortons skala)

Trin 2; - Risiko faktorer klarlægges.

Sygdomsbillede; Dehydreret, hypotensiv, diabetes, arteriosclerose, dermatologiske lidelser, kontinens, vægttab mm.

Funktionsniveau; Smerter, lammelse, nedsat sensibilitet, immobil mm.

Ydre påvirkninger; Genstande og apparatur som kan påføre tryk. (fx kateter, ledninger, folder på tøj og sko).

Trin 3; Forebyggende handlinger iværksættes ud fra individuel plan som revurderes løbende. Der tages stilling til følgende:

-Mobilisering og lejrning-/stillingsskifte inkl. Hjælpemidler til dette formål.

- Udarbejdelse af ernæringsplan, hvis der vurderes ernæringsmæssig risiko.
- Trykaflastende og trykfordelende hjælpemidler.

Trin 4; Individuelle plan udføres dagligt.

- Huden efterses for trykspor og tryksår på hele kroppen.
- De trykaflastende og trykfordelende hjælpemidler anvendes korrekt og efter planen.
- Borgeren mobiliseres bedst muligt, og forflytning og lejrning sker korrekt efter planen.
- Borgeren får det korrekte at spise og drikke ifølge ernæringsplanen.

Ansvar:

Områdeleder, Sygeplejerske / SSA/SSH

Dokumentation.

Når der laves risiko vurderinger for trykskader, dokumenteres det i CSC- omsorg ved at oprette et delproblem i fokusark. Det dokumenteres også hvis borger ikke er risiko.

Referencer:

[http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Slut220709\(2\).pdf](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Slut220709(2).pdf)

http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/images/Primaersector/Tryksaar_i_kommuner/PSK-Tryksaarspakken-web.pdf

Kliniske retningslinjer er vurderet efter AGREE-instrumentet.

Bilag:

Bilag 1: Nortons skala

Bilag 2: Graduering af trykskader.

Bilag 1:

Nortons skala, risikovurdering.

A fysisk tilstand	B Mental tilstand	C Aktivitet	D Bevægelighed	E Inkontinens	F Ernæringstilstand
God 4	Vågen 4	Går selv 4	Fuldstændig 4	Kontinent 4	Spiser godt 4
Nogenlunde god 3	Apatisk 3	Går med hjælp 3	Let begrænset 3	Sommetider 3	Spiser kun lidt 3
Ringe 2	Konfus 2	Afhængig af stol 2	Meget begrænset 2	Sædvanligt 2	Spiser kun ringe 2
Meget dårlig 1	Stuporøs/koma 1	Sengeliggende 1	Immobil 1	Altid 1	Underernæret 1

Bedøm borgeren fra A til F. Er pointsum under 20 indikerer det, at borgeren kan have behov for foranstaltninger for at undgå decubitus.

Som vejledning kan følgende retningslinjer anvendes.

< 7 point	Ekstra høj risiko
8-11 point	Høj risiko
12-15 point	Middel risiko
16-20 point	Lav risiko

Bilag 2

Klassifikation og graduering af trykskader

Bruges til vurdering af om forebyggelses tiltag har effekt. Trykgrad noteres i delproblem.

- Grad 0** Ikke permanent rødfarvning af intakt hud.
- Grad 1** Permanent (non-blanchable) erythem i intakt hud. Mørk rød misfarvning af huden, præget af varme, ødem, induration (ill. 5 + 6)



Grad 2 Sår som delhudstab omfattende epidermis, dermis eller begge. Såret er overfladisk og præsenterer sig som en dermabrasion eller bulladannelse



Grad 3 Fuldhudstab med skade, eventuelt nekrose, omfattende subcutis. Skaden kan nå ned til fascie, men ikke gennem denne. Der kan være underminering af såret.



Grad 4 Udbredt vævsdestruktion, nekrose eller skade på muskel, knogle, bindevæv – med eller uden gennembrud af hud.

