

Titel ”Svårläkta sår hos äldre ”

Författare: Rut F Öien, familjeläkare, docent i allmänmedicin

Inledning

Hösten 2014 kom SBU:s rapport, Svårläkta sår hos äldre - prevention och behandling, som presenterades på EPUAP:s konferens i Stockholm (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Detta studiebrev bygger på denna rapport (SBU rapport 2014:226), <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Svarlakta-sar-hos-aldre---prevention-och-behandling/> [1]

Brevet inleds med fyra fallbeskrivningar med tillhörande basutredning och basbehandling vid omläggningar samt behandlingsstrategier för varje patientfall. Därefter kommer ett avsnitt med fokus på infekterade sår, maligna sår och vårdskador illustrerade med sårbilder. Sedan följer ett avsnitt om prevention för de olika sårtyperna och en sammanställning av rekommenderade sårprodukter.

Avslutningsvis diskuteras nationella kvalitetsregister, aktuell forskning i ämnet sår och sårbehandling samt avsaknaden av nationella riktlinjer.

I samband med texterna finns rutor med frågeställningar att diskutera helst i grupp.

Svårläkta sår, dvs sår som inte läkt inom 6 veckor, innefattar bensår, fotsår hos personer med eller utan diabetes samt trycksår. Tiotusentals svenskar lider av svårläkta sår, som kan ta månader eller år att läka om patienten inte får ett strukturerat omhändertagande. Beräkningar från 1980- och 1990-talet pekar mot att det finns cirka 40 000 patienter med svårläkta sår i Sverige men nyare och mer tillförlitliga uppgifter saknas.

Svårläkta sår är ett stort problem framför allt för den drabbade patienten med smärta och nedsatt livskvalitet. För hälso- och sjukvården medför svårläkta sår betydande resursbehov där sårrelaterade kostnader uppskattas till 2–4 procent av all hälso- och sjukvårdsbudget. Frekvensen av såromläggningar styr i hög grad totalkostnaden pga personalkostnader. I och med att antalet och andelen äldre, liksom antalet personer med diabetes, ökar, förväntas de totala kostnaderna för svårläkta sår att öka framöver.

Patienter med svårläkta sår tillhör en lågprioriterad grupp ur medicinsk synpunkt med hög medelålder (runt 80 år). Oftast är såren ett uttryck för bakomliggande sjukdom såsom perifer arteriell och/eller venös kärlsjukdom, diabetes, reumatism eller neurologiska sjukdomar.

Många patienter behandlas av olika vårdgivare under läkningstiden, som kan vara mycket lång (veckor, månader, år) speciellt om patienten saknar diagnos och därmed optimal behandling. Det saknas data om hur svensk praxis ser ut i dag. Handläggning och lokalbehandling av patienter med svårläkta sår uppvisar stora variationer regionalt i Sverige och styrs av utbildning, kompetens, erfarenhet och lokala traditioner men också av regionala upphandlingar av omläggningsmaterial och förbrukningsartiklar. Hudkliniker, som tidigare haft stort ansvar för utredning, optimerad sår- och smärtbehandling, har idag minskade resurser för att behandla patienter med svårläkta sår.

För personer med diabetes och fotsår finns tillgång till multidisciplinära team med endokrinologer, infektionsläkare, ortopedier och ortopedteknisk personal.

För trycksårspatienter finns ingen given huvudansvarig utan dessa patienter finns i hela vårdkedjan. Det stora flertalet behandlas inom kommunerna, där många behandlar få med stor risk att ingen har helhetsbilden och tar ansvar.

Majoriteten av alla patienter med svårläkta sår behandlas i primärvården, där huvudansvaret för dessa patienter ligger. Idag har sårbehandlingar etablerats inom primärvården på flera ställen, där specialiserad personal arbetar i team med läkaren, distriktssköterskan och undersköterskan runt patienten. Många sårteam strukturerar sin verksamhet genom registrering i RiksSår, det svenska nationella kvalitetsregistret för svårläkta sår, www.rikssar.se [2]

Utredning och behandling av patienter med svårläkta sår varierar kraftigt mellan de olika landstingen men generellt kan sägas att vården är både orättvis och ojämlig. Mycket tyder på att hög vårdkvalitet kräver fungerande vårdkedjor, teamarbete med behandling enligt diagnos och med kontinuitet samt kontinuerlig fortbildning av personal.

Diskussionsruta 1

Hur ser det ut i din verksamhet? Hur många patienter med svårläkta sår har du huvudansvaret för? Hur är sårbehandlingen organiserad på din vårdcentral? Vilka typer av behandlingar finns att tillgå på din vårdcentral?

Målsättning

- ge underlag till diagnos
- visa på olika utredningar som bör göras i primärvården
- ge förslag på behandlingsstrategier till olika typer av sår
- ge förslag på hur infekterade sår kan handläggas
- visa på olika typer av vårdskador
- visa på forskningsresultat från RiksSår

Rätt diagnos ger rätt behandling

Det är visat att noggrann diagnostik och därmed optimal behandling leder till sjunkande prevalens, kortare sårhelingsstider och betydande kostnadsreduktion.[3]

Hur ska familjeläkaren hitta rätt bland de ca 42 olika ICD diagnoserna? [Bilaga 1](#)

Patientfall 1

Karin är en 60 kvinna, som haft kontakt med vårdcentralen under flera år pga återkommande extremt smärtsamma sår. Dina kollegor har genom åren skrivit ut analgetika i olika former bl.a. Fentanylplåster och hon har fått upprepade antibiotikakurer.

Någon har försökt få henne att sluta röka (hon röker nästan ett paket cigaretter per dag) och en av dina kollegor har talat om hennes vikt (BMI 33). Patienten känner sig frisk i övrigt och har inga mediciner förutom analgetika.

Det aktuella såret debuterade för 22 veckor sedan efter mindre trauma och hon har fått sitt ben omlagt tre gånger i veckan. Patienten har inte velat ha sina ben lindade pga sårsmärtan. Nu kommer den nyanställda distriktssköterskan in till dig och ber om din hjälp. Hon visar en bild av såret.



Du gör en basutredning för att ställa en diagnos.

Basutredning

- medicinsk anamnes (samtidiga sjukdomar och aktuell medicinering)
- social anamnes (rökning, fysisk aktivitet, mobilitet)
- sårhistorik (recidiverande sår, aktuellt sårs storlek, duration, lokalisation, sårsmärta)
- kärlanamnes (DVT, åderbräck, opererad [venös/arteriell kirurgi])
- ankeltrycksindex (ABPI) med Doppler
- ödem? eksem?

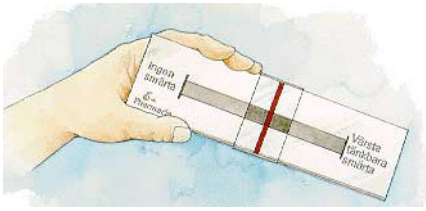
Källor:

LMB [4], Sårwebben [5], Medibas [6], Vårdhandboken [7], Mall för diagnos. [Bilaga 2](#)

- Smärta

Hur stark smärta har patienten? Stör smärtan nattsömnerna? Finns tecken på arteriell insufficiens med smärta? Tecken på claudicatio? Hänger patienten med benet utanför sängkanten på natten? Har patienten adekvat smärtlindring?

Mät med VAS skala.



[http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-
vardgivare/Sarvardsboken/Metoder/Smartbehandling/](http://www.orebroll.se/sv/Halsa-och-varld/For-vardgivare/Sarvardsboken/Metoder/Smartbehandling/)

Diskriminera mellan arteriell smärta (natttid, claudicatio osv.) och sårsmärta
Sätt in analgetika vid behov: Paracetamol, tramadol, Morfin (Dolcontin, Norspan plåster)

- Ödem

Har patienten pittingödem?

Tryck med tummarna under minst 1 minut på underbenen för att verifiera ödem.

Lymfostas ger svullnad, som inte ger avtryck med tummarna.



Bilden visar pittingödem + lymfödem

- Kärlstatus

Vilket ankeltrycksindex har patienten?

Är adp (arteria dorsalis pedis) och atp (arteria tibialis posterior) palpabla.

Använd Doppler för att mäta blodtrycket i adp och atp.

Ta det högsta värdet. Dividera detta med armbloodtryck för att få fram ankeltrycksindex.

Normal cirkulation: ABPI > 0.9

Nedsatt cirkulation: ABPI 0.6 – 0.9

Kritisk ischemi: < 0.5

Dopplerundersökning, se sårwebben <http://www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/Hemsidor-SkaS/Sarwebben/Ny-startsida/Sarwebben/Preliminar-bedomning-av-sar/C-Dopplerundersokning/>

- Sårstatus

Stark/måttlig/obetydlig sårvätskning? Sårbädd med granulationsyta/fibrinbeläggning/svarta nekroser?

Diskussionsruta 2

Du kan konstatera att patienten har

- stark smärta som stör nattsömmen med VAS 10
- fullgod cirkulation med ankeltrycksindex 1.0 och palpabel adp
- har total sårarea på närmare 100 cm²

- har uttalade pittingödem
- att sårbädden är täckt av tjockt gul fibrin med blågrön missfärgning
- att sårkanterna är macererade, eftersom sårvätska runnit ut över sårbädden

Vilken diagnos väljer du?

Vilken behandlingsstrategi väljer du?

Ska sårodling tas? Ska smärtlindring justeras? Hur ska sårbädden behandlas? Behövs remiss skickas till kirurgkliniken? Hudkliniken?



Venöst sår med macererade sårkanter pga stark vätskning och olämpligt material.



Venöst sår med granulationsyta och svullna sårkanter



Venöst sår i läkning.

Basbehandling vid omläggningar – gäller alla sårtyper

- Så få omläggningar som möjligt
- Tvätta med ljummet kranvatten, duscha gärna av ben och sår. Torka torrt.
- Plocka bort torra hudflagor.
- Debridera sårbedd med slev, curette, böjd ögonsax, klopincett.
- Debridera svart fuktig nekros efter bedövning med Xylocaingel eller EMLA.
- OBS! Torr svart nekros ska inte luckras upp utan försiktig bortklippning av kanterna vid varje omläggning.
- Smörj sårkanterna med sparsamt med zinksalva.
- Mjukgörande (Canoderm) till hud på underben
- Behandla ev. eksem med kortisonkräm grupp II-III.

Lokalbehandling, se LMB [4] och Vårdhandboken Lokalbehandling [Bilaga 4 Sårprodukter - REK lista](#)

Förslag på behandlingsstrategi – patient 1

1. Kompressionsbehandling med fyrlagerbandage. För bra compliance, meddela patienten att så fort som svullnaden lagt sig så kommer smärtan att minska
2. Pga djupare sår och tecken på så ordinerar du Iodosorb att bytas 2-3 ggr i veckan under 3 veckor.
3. Ovanpå Iodosorb tar du ett polyuretanskumförband.
4. Du kontrollerar att hennes smärtlindrande medicin fungerar och sätter upp patienten på ett läkarbesök tillsammans med distriktssköterskan inom 4 veckor.

Lindningsteknik är ett hantverk, där hög kompetens behövs.



Bilden visar usel kompression.

Kompressionsbehandling, se sårwebben, <http://www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/Hemsidor-SkaS/Sarwebben/Ny-startsida/Sarwebben/Kompressionsbehandling/Kompressionbindor-2012-B/>

Pumpstöverbehandling, se sårwebben <http://www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/Hemsidor-SkaS/Sarwebben/Ny-startsida/Sarwebben/Kompressionsbehandling/Pumpstovelbehandling/>

Tips: Pumpstöver (kompressionsstöver) 1-2 ggr dagligen under 45-60 minuter på 40-50 mm Hg, rekvideras från Hjälpmedelscentral. Räcker med knähög, 3-kammarstöver. Kombinationen kompressionsstrumpor/enkla förband och pumpstöver passar bra, Undvik pumpstöver över flerlagerbandage, då tryckskada kan uppstå från ”kasande” förband. Använd då pumpstöver på mottagningen vid omläggningstillfällena. Kompression vid kombination av venös och arteriell insufficiens avgörs av läkaren, från fall till fall, beroende på graden av arteriell insufficiens.

Fysisk aktivitet – ge gärna förslag på ”bensårsövningar” [Bilaga 5](#)

Faktaruta 1 - venösa sår

- 40-50% av alla bensår
- Orsakas av venös insufficiens
- Ofta ödem som förvärras till kvällen
- Inte sällan hypostatiskt eksem
- Typisk lokalisation är mediala ankeln
- Ofta stark vätskande ffa vid bristande kompression
- Ofta smärtsamma ffa vid atrophie blanche
- Kompression är bästa behandlingen



Bilden visar atrophie blanche

Patientfall 2

Ensamboende 90 årig kvinna utan hemtjänst. Frisk förutom grön starr. Sedan många år tilltagande besvär med claudicatio. Haft kontakt med kärlkirurg för cirka 15 år sedan och då PTA mot iliaca communis vänster sida.

Aktuell medicinering: Analgetika. Är rökare (ung 3 cig/dag)

Har fått sår på fot vänster fotrygg efter mindre trauma för 2 månader sedan.

Upplever såret som oerhört smärtsamt. Har fått antibiotika och utvecklade då clostridie diarréer.



Vid din kliniska undersökning noterar du att patienten har

- iskalla fötter
- icke palpabla pulsar (atp/adp)
- svårbedömt ankeltrycksindex men troligen höger 0.23, vänster 0.43
- svår claudicatio - kan gå högst 15 meter innan smärta i vad.

Diskussionsruta 3

Vilken diagnos väljer du?

Vilken behandlingsstrategi väljer du?

Ska sårodling tas? Ska smärtlindring justeras? Hur ska sårbädden behandlas? Behövs remiss till kirurgkliniken? Hudkliniken?

Förslag på behandlingsstrategi patient 2

- Remiss till kärlkirurg pga. kritisk ischemi, där man beställer MR angio
- Trombyl och Simvastatin sätts in
- Analgetika maximeras
- Sårodling tas men du avvaktar med antibiotika
- Såransvarig ska göra tätare omläggningar
- Du försäkrar dig om att besöket på kirurgkliniken blir genomfört snarast
- Ingen kompression



Vid vissa tillfällen måste även ett arteriellt sår ha viss kompressionsbehandling. Här avgör den perifera cirkulationen hur stark kompression patienten ska ha vid samtidigt ödem. I detta fall kan rekommenderas flerlagerbandage för lättare kompression som Profore lite eller Coban 2 lite. [BILAGA 4](#)

Faktaruta 2 – arteriella sår

- 10-20% av alla ben/fotsår
- Orsakas av åderförkalkning/nedsatt perifer cirkulation
- Tecken på claudicatio finns
- Typisk lokalisering är nedanför ankeln ffa hæl, tå
- Oftast extremt smärtsamma ffa när benet/foten hänger ner
- Såret är ofta djupt och kan exponera underliggande senor
- Sårbädden har ofta svart nekros
- Underliggande cirkulatorisk svikt behandlas med by-pass teknik
- Många patienter har hjärtkärl- eller lungsjukdom och diabetes, högt blodtryck och högt kolesterol, vilket bör regleras först

- Konservativa åtgärder som rökstopp och gångträning är viktiga, se patientfilm ”Från sår till läkning” www.rikssar.se

Patientfall 3

60-årig man med diabetes typ I sedan 25 års ålder, insulinbehandling de senaste 10 åren. Icke rökare, rullstolsburen.

Haft kontakt med ortopedkliniken pga Charcot fot, för vilken han fått gipsbehandling. Fick abscess och abscessklyvning utfördes. I efterförloppet insattes behandling med vakuumpump (negativt tryck, PICO). Pga progredierande förlopp övervägdes amputation, något som patienten starkt motsatte sig.

Aktuell medicinering: NovoRapid, Furix, Felodipin, Enalapril, Omeprazol, Levemir, Trombyl, Duroferon, Betolvex, Candesartan, Simvastatin, Orudis retard, Risperidon, Tradolan Retard, Propavan.



Vid din kliniska undersökning noterar du

- uttalade ödem
- sårstorlek 19,6 cm²
- sårbädd med rejäl hypergranulation
- riklig sårsekretion, svullna sårkanter
- inskränkt rörlighet i fotleden
- ankeltrycksindex 1.14

Diskussionsruta 4

Vilken diagnos väljer du?

Vilken behandlingsstrategi väljer du?

Skickar du remiss skickas till kirurgkliniken? Ortopedkliniken? OTA?

Hur ska sårbädden behandlas? Kan/ska du sätta in kompressionsbehandling?

Förslag på behandlingsstrategi patient 3

- Läkemedelsgenomgång
- Remiss till ortoped för ställningstagande till gipsbehandling/ avlastande plastskena
- Remiss till OTA för avlastning (skor)
- Kompressionsbehandling med MABS behandlingsstrumpa
- Antimikrobiell behandling med silver

- PICO undertrycksbehandling som gav bra resultat



Efter PICO behandling

För patienter med fotsår är PICO, undertrycksbehandling, lämplig



PICO behandling



Såret under PICO

Faktaruta 3 – fotsårhos person med diabetes

- 10-20% av alla svårläkta sår
- Finns tre huvudtyper: neuropatiska sår (stressår), ischemiska sår eller en kombination av neuropati och perifer kärlsjukdom (majoriteten)
- Trycksår är vanligen lokaliserade kring hälen
- Sår till följd av dålig blodcirkulation förekommer oftast på tåspetsar och fotens utsida
- Underliggande cirkulatorisk svikt behandlas med by-pass teknik
- Oftast ingen/begränsad smärta pga neuropati
- Svårbedömd ankeltrycksindex pga stela kärl, som är svåra att komprimera
- Bra med tåtrycksmätning
- Egenvård/fotvård viktig
- Reglering av diabetes
- Avlastning med olika ortopedtekniska hjälpmedel som ortoser och behandlingsskor
- Rökstopp är viktigt

Patientfall 4

Du har ansvar för SÄBÖ Kungsljuset där Einar bor sedan några månader.

Einar är 85 år, har hjärtsvikt och viss kognitiv svikt, som gör att han har svårt att uttrycka om han har smärta.

Så plötsligt börjar han dra upp benen i sängen och jämra sig. Han skickas in till sjukhus där man konstaterar förstoppning. Einar har då fått en tryckskada på ena hälen eftersom han tryckt med foten mot sänggaveln som ett sätt att uttrycka sin smärta.



Vid din kliniska undersökning noterar du att patienten har

- 14 Norton poäng, dvs överhängande risk för trycksår [BILAGA 6](#)
- ankeltrycksindex svårbedömt men tecken på stela kärl (Doppler > 260 hö atp)
- nekrotisk sårbädd och sårstorlek på 18 cm²
- smärta, som uppskattas som hög av personal och anhöriga

Diskussionsruta 5

Vilken kategori av trycksår noterar du? [BILAGA 7](#)

Vilken typ av avlastning bör patienten ha? Sätter du in näringsdryck?

Skickar du remiss skickas till ortopedkliniken för amputation?

Hur ska sårbädden behandlas? Kan/ska du sätta in kompressionsbehandling?

Förslag på behandlingsstrategi patient 4

- Sårteam med ansvar för vändschema var tredje timme [BILAGA 8](#)
- Remiss till arbetsterapeut för översyn av avlastande material [BILAGA 9](#)
- Näringsdryck (Cubitan)

Trots detta försämras både såret och patientens allmäntillstånd snabbt och dramatiskt med sepsis och osteit. Risken för amputation är överhängande.



Ny behandlingsstrategi patient 4



Klipp försiktigt bort den del av svarta nekrosen som är mjuk/fuktig



Använd antimikrobiell behandling med jod alt. silver i omgångar

Behandling med negativt tryck övervägs men sätts inte in pga patientens allmäntillstånd

Såransvariga fortsätter sitt dagliga omvårdnadsarbete och sårhäkningsfarten tar långsamt fart och patientens allmäntillstånd förbättras.



Faktaruta 4 – trycksår

- 10-20% av alla svårhelade sår
- Trycksår jämföras med vårdskada
- Orsakas av en kombination av tryck och skjuv (förskjutning av vävnadslager) över benutskott
- Typisk lokalisation är sacrum, hälar och malleoler [BILAGA 10](#)
- Indelas i 4 kategorier [BILAGA 7](#)
- Ofta mycket smärtsamma och orsakar nedsatt livskvalitet
- Tryckavlastande/tryckfördelande underlag såväl i sittande som liggande
- Regelbundna lägesändringar gäller även vid avancerade tryckreducerande underlag
- Sängliggande rekommenderas 30 graders sidoläge med svagt förhöjd huvudända Bilaga 8
- Argininberikat näringstillskott (Cubitan)
- Vid kraftig biobörda/infektion – använd antimikrobiella preparat
- Vid kraftig vätskning – använd vakuumpump
- Viktigt med hudvård för att skydda huden från fukt, värme, inkontinensskador

Infekterade sår

I primärvården behandlas alltför många patienter med svårläkta sår (uppemot 80%) med peroral antibiotika, dels pga. svårigheter att kliniskt fastställa en sårinfektion, dels pga. brist på kontinuitet i vården. [8-9]. Överförskrivning av antibiotika är direkt associerad med ökad antibiotikaresistens som MRSA.

Majoriteten av svårläkta sår koloniserar av bakterier, i de flesta fall *Staphylococcus aureus* (runt 70%), som vanligtvis inte påverkar sårhäkningsprocessen. Majoriteten av svårläkta sår har också oftast inflammationstecken som sårsmärta, svullnad i sårområdet, rodnad hud och vätskning. Därför är det svårt att fastställa en sårinfektion om man ser såret vid enstaka tillfällen. Om det däremot finns en såransvarig sjuksköterska som garanterar kontinuitet i behandlingen upptäcker hon när något av dessa tecken blir mer uttalat, framför allt mer vätskning eller att patienten upplever mer smärta.

Det första steget blir att ordinera en antimikrobiell behandling som t.ex. jod eller silver under en 10-14 dagars period med tätare omläggningsintervall. Om ingen förbättring då skett, ska en sårodling tas och antibiotika sättas in i enlighet med resistensmönstret.

Pseudomonas finns i ung. 15% av fallen och bör behandlas med ättiksyrelösning vid omläggningar och antimikrobiella preparat. Vissa fluorokinoloner kan ge Achillesseneruptur.



Erysipelas ska behandlas skyndsamt med antibiotika men på senare år har b-hemolytiska streptokocker grupp G (GGS) uppmärksammats, där antibiotikabehandling ska sättas in. Vi fann GGS i 12% av alla sårodlingar [10].



Biofilm

Idag anses den största bakteriemängden vara bunden i biofilm, vilket nu är ett stort forskningsområde. Bakterier som Pseudomonas och staph aureus, som kapslats in i biofilm, blir motståndskraftiga mot antibiotika och bromsar sårhäkningen. För att få bort biofilm är mekanisk debridering med exempelvis curette av stor vikt. Biofilm kan inte ses med blotta ögat men kan misstänkas på riktigt långsamläkande sår, där de sårprodukter man provat visat sig verkningslösa.

Misstänke på malignitet

Ovanliga sårtyper som basaliom och skivepitelcancer måste uteslutas om ett sår läker extremt långsamt eller ser ovanligt eller "konstigt" ut.

Basaliom har oftast en central ulceration och vallartade kanter och finns i en nodulär eller yttlig form. Basaliom växer lokalt i huden med mycket liten risk för metastaser.



Skivepitelcancer kan utvecklas i bensår, oftast efter lång sårduration (Marjolin sår). Har ofta en svulstig uppdrivning av sårkanterna. Skivepitelcancer kan metastasera.



Vid misstanke på malignitet, ta stansbiopsier från olika delar av såret, gärna där en del av såret och en del av sårkanten ingår. Bra att ta ex vis 3 stansbiopsier med en stans på 3 eller 4 mm i diameter.

Om negativt svar från PAD och du fortfarande tycker att såret ser misstänkt ut, ta gärna 3 nya biopsier från andra delar av såret.

Statistik från RiksSår visar att hudtumörer utgör 1% av alla sår. [Bilaga 11 –hur man tar stansbiopsier](#)

Vårdskador



Fel lindningsteknik kan bidra till nekros av senor, ”ödembullar” och tryckskador.



Ovarsam behandling visar klart hur personalens fingrar grävt upp sårskador på patientens ben.

Prevention

Venös insufficiens med ödem

- Kompression, där ödemet avgör hur stark kompression som behövs (vanligtvis kompressionsstrumpor klass I eller II).
- Mjukgörande till benen efter duschning, gärna dagligen, för att behålla hudens spänst
- Kortisonkräm mot eksem (venöst/hypostatiskt), (steroider grupp I-II)
- Fysisk aktivitet så att muskelpumpen kan bidra till minskat ödem, t.ex. dagliga promenader.
- Speciellt utformade program för rörelser i ankel och underben. [Bilaga 5](#)
- Rökstopp
- Viktminskning vid högt BMI

SBU rapporten har visat att kirurgisk behandling av yttlig venös insufficiens (åderbräck) är av värde som komplement till traditionell kompressionsbehandling för att minska recidiv även hos äldre personer [1]. Det finns anledning att öka ansträngningarna för att kartlägga och diagnostisera venös insufficiens ex vis genom venduplex.

Nedsatt perifer cirkulation/arteriella sår

Allmän profylax med blodfettsänkande och blodproppshämmande medicinering

Analgetika vid smärtande sår

Konservativa åtgärder som rökstopp och gångträning är viktiga, se patientfilm "Från sår till läkning" www.rikssar.se

Sårprofylax med anpassade skor

Regelbundna Dopplermätningar och remiss till kärlkirurg vid misstanke om progress av nedsatt perifer cirkulation

Regelbundna uppföljningar för att följa utveckling av claudicatio

Fotsår hos personer med diabetes

Egenvård:

Daglig inspektion av fötter

Regelbunden fotvård

Lämpliga strumpor och skor

I samband med läkar/sjuksköterskebesök:

- Fotinspektioner vid varje återbesök
- Optimal metabol kontroll
- Behandling av ödem med kompression/pumpstövel.
- Rökstopp
- Fotvård

Alla patienter med högriskfötter bör ha tillgång till och regelbundet undersökas och behandlas av en fotvårdsspecialist. Detta är speciellt viktigt för äldre personer med nedsatt syn och försämrad möjlighet att sköta sin egen fothygien.

- Ortopedtekniska hjälpmedel som orthoser
- Avlastning med hjälp av ortopediska skor
- Strukturerad utbildning av patienten (anhörig) när det gäller egenvård
- Utbildning av fotvårdsspecialist för patient och anhöriga framför allt för patienter med förhårdnader, hudsprickor samt uttalad nagel- eller hudpatologi.

Trycksår

Trycksår skiljer sig mycket från övriga svårläkta sår i och med att merparten skulle kunna förhindras med hjälp av preventiva åtgärder.

Riskbedömning:

En formell och klinisk bedömning i samband med patientens ankomst till akutsjukvård, geriatrisk vård, äldreboende eller hemsjukvård. Använd Norton skala [Bilaga 6](#)

Hudbedömning:

Bör göras på patienter i riskzonen, dvs sängliggande eller rullstolsburna patienter.

Bedömningen kan göras antingen vid överflyttning mellan olika vårdformer eller dagligen om det finns stor risk för uppkomst av trycksår. Detta utgör grunden för all prevention.

Trycksårsombud bör finnas inom alla enheter där trycksår förekommer eller förväntas uppstå.

1. Tryckavlastning är den viktigaste preventiva åtgärden. Patienter i riskzonen ska ha individuellt anpassade tryckavlastande madrasser/dynor i stol och rullstol samt hälskydd.
2. Regelbundna lägesändringar ska ske även om patienten ligger på en avancerad madrass, förflyttningsteknik bör tränas av all personal och glidlakan/glidbrädor bör användas.
3. Många äldre lider också av inkontinens, vilket är frätande på huden och kan öka sårbarheten för uppkomst av trycksår. Kontroll av inkontinens och fukt och särskild observation av patienter med feber och svettningar är därför viktiga preventiva åtgärder.

Bra att använda riskbedömningen i Senior alert, ett nationellt kvalitetsregister för prevention av fall, undernäring och trycksår [11].

Att förebygga trycksår är en av sjuksköterskans omvårdnadsuppgifter. Det som mest påverkar omhändertagande av patienter med risk för trycksår är vilken attityd sjuksköterskor och undersköterskor har till prevention och behandling av trycksår, vilket har visat sig vara en av flera förklarande faktorer till olikheterna i trycksårsförekomst [1].

Kvalitetsregister

Det saknas uppgifter om hur svensk praxis ser ut i dag liksom konsekvensanalyser av de pågående stora strukturella omorganisationerna i vård och omsorg [1]. Nationella kvalitetsregister som Rikssår, Swedvasc och Senior Alert har representativa data för vissa

patientgrupper. Genom registreringar kan faktiska förhållanden belysas som exempelvis hur många patienter som behandlas hos de olika vårdgivarna och resultaten inom respektive vårdinstans. Detta är uppgifter som det idag saknas kunskaper om.

RiksSår, www.rikssar.se, utvecklades från den kliniska verksamheten i primärvården. Registret innefattar ben-, fot- och trycksår, som registreras vid två tillfällen: för diagnos och behandlingsstrategi samt kontinuitet av såransvarig sjuksköterska och för uppföljning, dvs. läkt sår eller klinisk negativ händelse som amputation eller död.

RiksSårs syfte är att alla patienter med svårläkta sår ska få en god och likvärdig vård utifrån adekvat diagnos och evidensbaserad omvårdnad och behandling; att verka tvärprofessionellt; att bidra till lokal och nationell kvalitetsutveckling; att medverka till ökad kostnadseffektivitet och genomföra kliniskt patientnära forskning.

Det finns stora ojämlikheter i behandlingen av patienter med svårläkta sår i landet. RiksSår har således fokuserat på ett medicinskt område där det finns stora förbättringspotentialer för att uppnå en säker, optimal och jämlik vård.

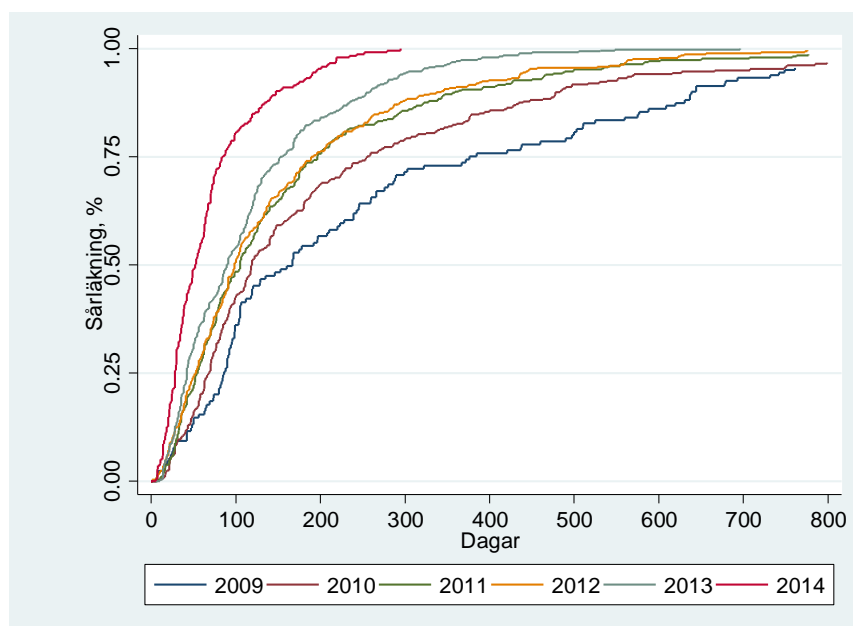
Forskning

I SBU rapporten noteras att de svenska nationella kvalitetsregistren kan användas för att belysa den komplexa kliniska verkligheten, då de är utmärkta underlag till kvalitetsutveckling och att de utgör forskningsbaser med stor potential [1]. Data från RiksSår har varit underlag i ett antal vetenskapliga studier liksom i magister- och ST-arbeten [12-14].

Halverad läkningstid och minskad antibiotikaförskrivning [13]

Data från RiksSår 2009 - 2012 illustrerar de omedelbara effekterna av registreringar, som resulterat i signifikant minskad läkningstid från 146 dagar år 2009 till 63 dagar år 2012. Även antibiotikabehandling reducerades signifikant från 71% till 29%.

Trenden med minskade läkningstider har fortsatt även 2013 och år 2014 var sårsläkningstiden 53 dagar, dvs en minskning med 64%.



Livskvalitet [12,14]

Svårsläkta sår påverkar livskvaliteten negativt, pga. smärta, inskränkningar i fysisk aktivitet, isolering och ökat vårdberoende men även pga. symtom som sekretion och lukt [1]. Personer med svårsläkta sår kan lätt känna hopplöshet inför sin situation framför allt som såren tidigare kallades ”kroniska”. Idag benämner vi såren som svårsläkta eller långsamläkande för att visa på möjligheten till sårsläkning.

Sårsmärta är det symtom som visat på det starkaste sambandet med sänkt livskvalitet hos patienter med svårsläkta sår. Det är bl.a. visat att den nedsättning av livskvaliteten som venösa bensår innebär, motsvarar den som kan uppmätas hos patienter med kronisk lungsjukdom eller kronisk hjärtsvikt [1]. Hälsorelaterad livskvalitet kan mätas med EQ-5D. [Bilaga 12](#)

Förbättrad vårdkvalitet

RiksSår har uppmärksammats internationellt pga resultat som förbättrad vårdkvalitet, minskad antibiotikabehandling och minskade behandlingskostnader framför allt genom reducerade läkningstider. Vi har samarbete med det tyska och holländska sårsläkningssällskapen inom EWMA:s ram (European Wound Management Association) liksom med registercentrum vid Monash University i Australien [15].

Telemedicin och svårsläkta sår

Syftet med den pågående studien är att undersöka om telemedicin minskar tid till diagnos, ökar läkartillgänglighet, minskar sårsläkningstid, påskyndar insättning och uppföljning av smärtlindring, ökar patienters livskvalitet mätt med EQ-5D, förbättrar säkerheten för dokumentation, påverkar personal- och patientnöjdhet/följsamhet och besparar patienter/personal resor till/från läkarbesök.

Honung till svårsläkta sår

Sedan 2013 pågår forskningsprojekt i samarbete med Mikrobiologen, Lunds Universitet, för att undersöka om honungsbinas mjölksyrebakterier kan vara ett alternativ till antibiotika för att förebygga och behandla kraftig biobörda och infektioner i svårsläkta sår [16].

Hälsoekonomi

Cost consequences due to reduced ulcer healing times – analyses of dressing changes based on the Swedish Registry of Ulcer Treatment

är en hälsoekonomisk analys utgående från tidigare resultat [13]

under sammanställning av hälsoekonom Gunnel Ragnarson Tennvall, IHE (Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi), Lund (article submitted).

Fotsår hos personer med diabetes

Complexity of factors related to outcome of diabetic foot ulcers är en pågående studie för att belysa livskvalitet, antibiotikaförbrukning, smärtbehandling och komplikationer som amputation, både ur ett medicinskt, omvårdnads- och hälsoekonomiskt perspektiv hos personer med diabetes och fotsår.

Nationella riktlinjer

RiksSårs styrgrupp har ett uppdrag att utforma de nationella riktlinjerna utifrån bl.a. SBUs rapport [1], Läkemedelsboken [4], Sårwebben [5], Medibas [6] och Vårdhandboken [7]. Samarbete pågår med SSiS (Sårsläkarsällskapet i Sverige) och planeras med SFAM (NPR gruppen), STRAMA m.fl. De nationella riktlinjerna kommer att följa de kvalitetsindikatorer för omvårdnad (Idvall red. 2009), som redan existerar.

Ambitionen är att synliggöra inriktningens målen avseende god vård genom medicinsk kvalitet (bl.a. sårläggning, komplikationer som amputation), farmakologisk kvalitet (antibiotikaförbrukning); omvårdnads kvalitet (bl.a. sårläggning, information om egenvård) funktionell kvalitet (mobilitet) och patientupplevd kvalitet (upplevd sårsmärta, störd nattsömn).

De svenska kvalitetsindikatorerna kompletteras och integreras med de europeiska riktlinjerna från EWMA:s position documents (European Wound Management Association) och EPUAP:s riktlinjer (European Pressure Ulcer Advisory Panel): EPUAP-NPUAP-PPPIA International Pressure Ulcer Guidelines.

Referenser

1. Svårsläkta sår hos äldre - prevention och behandling, 2014 (SBU rapport 2014:226), <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Svarlakta-sar-hos-aldre---prevention-och-behandling/>
2. RiksSår, www.rikssar.se
3. Öien RF, Ragnarson Tennvall G. Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *J Wound Care* 2006;15:259-262.
4. Läkemedelsboken 2014, <http://www.lakemedelsboken.se/>
5. Sårwebben, <http://www.vgregion.se/skassarwebben>
6. Medibas, <http://handboken.medibas.se/>
7. Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/>
8. Läkemedelsverket, Farmakologisk behandling av hud- och mjukdelsinfektioner, 2009:(20)5 http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Bakgrund%20-%20farmakologisk%20beh%20av%20bakteriella%20hud-%20och%20mjukdelsinfektioner.pdf
9. Petursson P. G Ps' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics: A phenomenological study. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23 : 120 – 5
10. Oien RF, Akesson N. Bacterial cultures, rapid strep test, and antibiotic treatment in infected hard-to-heal ulcers in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Dec;30(4):254-8.
11. Senior alert, <http://plus.lj.se/senioralert>
12. Oien RF, Akesson N, Forssell H. Assessing quality of life in patients with hard-to-heal ulcers using the EQ-5D questionnaire. *J Wound Care*. 2013 Aug;22(8):442-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23924845>
13. Rut F Öien, Henrik W Forssell. Ulcer healing time and antibiotic treatment before and after the introduction of the Registry of Ulcer Treatment: an improvement project in a national quality registry in Sweden. *BMJ Open* 2013;3:e003091. doi:10.1136/bmjopen-2013-003091
14. Akesson N, Oien RF, Forssell H, Fagerström C. Ulcer pain in patients with venous leg ulcers related to antibiotic treatment and compression therapy. *Br J Community Nurs* 2014 Sep;19(9 Suppl):S6-S13. doi:10.12968/bjcn.2014.19.Sup9.S6
15. Öien RF, Weller CD. The Swedish national quality Registry of Ulcer Treatment (RUT): How can 'RUT' inform outcome measurement for people diagnosed with venous leg ulcers in Australia? *Wound Practice & Research*, 2014;22(2):74-77
16. Butler E, Oien RF, Lindholm C, Olofsson TC, Nilson B, Vásquez A. A pilot study investigating Lactic acid bacterial symbionts from the honeybee in inhibiting human chronic wound pathogens. *Int Wound J* 2014 Sep 8. doi:10.1111/iwj.12360.

För vidare läsning:

Sår. Lindholm C. 3:e uppl. Studentlitteratur AB. 2012. ISBN 9789144054421.

Vensjukdomar. Norgren L, red. Studentlitteratur AB. 2004. ISBN 9144024894.

Grauers M, Lindholm C. Sårbehandling 2013/2014. Gothia 2013. ISBN 9789172058774.

Lindholm C. Antiseptiska preparat vid sårbehandling. 2013. Sårjuksköterskor i Sverige.

www.swenurse.se