

# Fuktskada - prevention & åtgärder

1. Hudvård vid inkontinensrelaterad fuktskada:
  - Täta byten av inkontinensskydd
  - Tvätta försiktigt med mild tvål (pH 4-6) eller förfuktad tvättlapp
  - Klappa torrt med handduk
  - Använd barriärprodukt
  - Involvera patient och/eller närstående

**Observera!** Vid fukt ökar risken för skjuvskador i samband med förflyttning – använd hjälpmedel som minskar risk för skjuv och hög friktion.

2. Bedöm behov av justeringar i toalettrutiner samt kost- och vätskeintag.



Fuktskada Kategori 1. Kvarstående rodnad

Foto: P. B. Östergren  
och avsnitt med tillstånd



Fuktskada kategori 2. Hudförlust

Foto: P. B. Östergren  
och avsnitt med tillstånd

Modifierad och producerad med tillstånd av  
Södra Älvsborgs Sjukhus  
Tryck 2018-12 Nyckelrisats AB 08-540 681 00

## Kombination av fukt och tryck

En fuktskada och trycksår kan existera över samma område  
Omvårdnadsplan upprättas som beaktar både fukt och tryck.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Nollvision Trycksår



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

# Trycksårskategorier



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Kategori I.** Rodnad som inte bleknar vid tryck, hel hud



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Kategori II.** "Aviskavd hud" eller blåsa



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Ikke klassificerbart trycksår: sår djup okänt**  
Fullhudsskada täckt av död vävnad, nekros och/eller sårskorpa. Sår djupet går inte att avgöra.



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Kategori III.** Sår, omfattar hudens alla lager



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Kategori IV.** Omfattande vävnadsskada, nekros eller skada på muskel, ben eller stödjevävnad, med sårkavitet



Foto: NPUAP  
copyright & används med tillstånd

**Misstänkt djup hudsskada: sår djup okänt**  
Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa

## Trycksår - prevention & åtgärder

1. Hudbedömning snarast efter ankomst på alla patienter:
  - Upprepas därefter dagligen på identifierad riskpatient
  - Kategorisera ev. trycksår

Resultat av hudbedömningen dokumenteras vid ankomst till enheten, vid utskrivning och däremellan vid ev. förändrat status.

2. Riskbedömning görs med validerat instrument snarast efter ankomst på:
  - Alla patienter som är sängliggande, rullstolsburna eller stillasittande oavsett ålder
  - Alla som är 65 år eller äldre

Riskbedömning upprepas vid försämrat hälsotillstånd, efter större kirurgiska ingrepp samt inför överförande till annan enhet eller vårdgivare.

3. För riskpatient, förebygga genom:
  - Tryckavlastande underlag i säng och stol (val av underlag styrs av riskbedömning och/eller förekommande trycksårskategori)
  - Regelbundna lägesändringar i säng och stol – oftare i stol
  - Svävande hälar
  - Tillgodose närings- och vätskeintag, v.b kontakta dietist
  - Involvera patient och/eller närstående
  - Informera vårdgivare i nästa steg

Dokumentera planerade åtgärder och utvärdera dem regelbundet.

4. Om trycksår uppstår rapporteras detta som en avvikelse. Trycksår ska diagnosättas med ICD-kod vid utskrivning.

14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1