

# Instruktioner

---

Nationell punktprevalensmätning av  
trycksår (PPM-trycksår)

Vecka 10, 2020

# Punktprevalensmätning (PPM) av trycksår vecka 10 år 2020

## Innehållsförteckning

- Bakgrund
- Instruktioner för mätning och registrering av trycksår
- Så här fyller du i pappersprotokollet
- Så här görs webbinmatningen

## Bakgrund

Uppföljningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete på varje avdelning/äldreboende/hemsjukvård runt om i Sverige för att förebygga och minska förekomsten av trycksår. Punktprevalensmätning (PPM) av trycksår, är avsedd att vara ett stöd för regioner och kommuner.

Att få beskrivande data på hur det ser ut i den egna verksamheten och också jämföra sig med andra är en välkänd drivkraft i allt utvecklings- och förbättringsarbete. Återkoppling av resultaten är av mycket stor betydelse för det fortsatta förbättringsarbetet som bör kopplas till evidensbaserade åtgärder i Vårdhandboken. Punktprevalensmätningen vänder sig till hälso- och sjukvård i såväl regioner och kommuner. Mätningen omfattar alla personer som är 18 år och äldre.

Punktprevalensmätningen består av observation, riskbedömning och journalgranskning. Mätningen sker i **vecka 10** på i förväg angivet datum som bestäms av respektive sjukhus/äldreboende/hemsjukvård.

Den metod som vi valt för PPM trycksår baseras på den metod som European Pressure Ulcer Advisory Panel utarbetade 2001 samt det amerikanska kvalitetsregistret "Collaborative Alliance for Nursing Outcomes".

Det finns fler riskbedömningsinstrument förutom Modifierad Nortonskala som används i landsting och kommuner. För att kunna göra nationella jämförelser måste samma bedömningsinstrument användas. Till denna nationella punktprevalensmätning har vi valt Modifierad Nortonskala eftersom den används under många år i Sverige.

Varje avdelning/äldreboende/hemsjukvård kommer att få sina egna resultat därutöver presenteras resultaten på kommun-, region- och riksnivå.

**Resultatet** av trycksårsmätningen **registreras** i ett nationellt webbaserat system snarast möjligt efter bedömningen och journalgranskningen men allra **senast den 22 mars** (var god se webbregistreringsinstruktioner på s. 8)

## Instruktioner för mätning och registrering av trycksår

Mätningen kräver specifik utbildning av de sjuksköterskor, i undantagsfall undersköterskor som genomför datainsamlingen avseende trycksårsklassificering, riskbedömning, prevention samt genomförandet av mätningen. Sjuksköterskorna bör ha genomfört utbildning där det ingår att bedöma olika kategorier av trycksår. Den webbaserade utbildningen PUCLAS2 gäller inte längre. Det finns en engelsk version ”PUCLAS4” som kan användas via licens.

Vid denna mätning registreras alla personer som är 18 år och äldre.

- Mätningen genomförs med ett protokoll per patient/boende.
- För att spara på papper. Skriv ut endast en första sida per avdelning/enhet och protokollet dvs. sidan 2 och 3 dubbelsidigt i det antalet som behövs. Lägg alla protokoll tillsammans med första sidan och lämna till ansvarig för webbregistreringen.
- Viktigt att protokollet är fullständigt ifyllt. Ofullständiga protokoll kan inte registreras i databasen.
- Varje patient/boende ska bedömas av två sjuksköterskor, i undantagsfall en sjuksköterska och en undersköterska som tillsammans genomför hudbedömning, registrering av preventiva åtgärder, riskbedömning och journalgranskning. Förslagsvis genomförs mätningen av sjuksköterska som tillhör avdelningen/enheten och en ”utifrån” eftersom objektivitet eftersträvas.
- Planera i förväg i vilken ordning patient/boende ska bedömas t.ex. på en kirurgavdelning börjar man med de patienter som först ska till operation. Såromläggningar görs i samband hudbedömningen så att förbandet inte måste tas av igen när hudbedömningen genomförs.
- Mätningen sker under **en dag** på varje avdelning/äldreboende/hemsjukvård under **vecka 10 år 2020**. Varje sjukhus, äldreboende och hemsjukvård väljer dag för mätningen. Vi rekommenderar att mätningen genomförs på samma dag inom sjukhuset/äldreboendet/hemsjukvården och om möjligt inom hela /regionen/kommunen.
- Alla patienter/boende som är inneliggande kl 07.00 den aktuella dagen registreras, oavsett om de har trycksår eller inte. Om patienter blir inlagd efter denna tid deltar dessa inte i mätningen.
- Patienter på uppvakningsavdelning, ska registreras på den egna avdelningen, medan patient på IVA registreras på IVA.
- Patienter på permission och boende som är tillfälligt hemma ska **ej** registreras.
- Alla patienter/boende ska få ett informationsblad om mätningen av personalen dagen innan. Det är lämpligt att den sjuksköterska som ska genomföra mätningen informerar patienten/boende om mätningen.

## Så här fyller du i pappersprotokollet

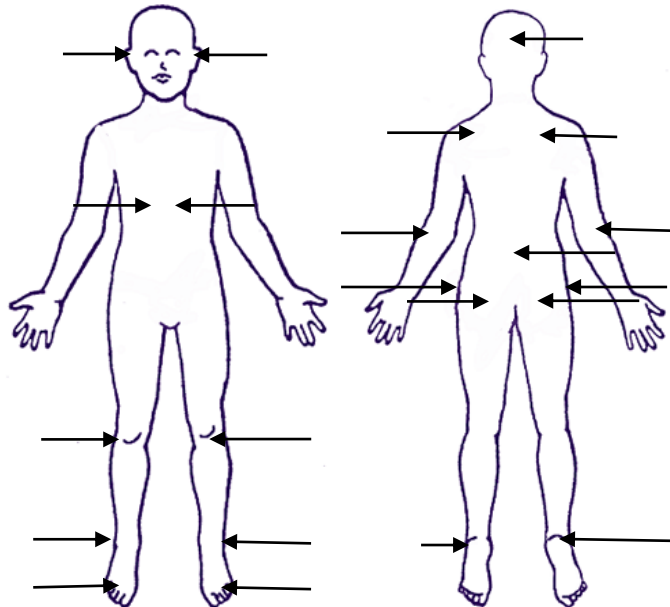
För varje patient/boende ifylls ett protokoll. För att spara på papper. Skriv ut protokollet dvs. sidan 2 och 3 dubbelsidigt.

**Persondata:** Fyll i patientens/boendes fullständiga personnummer samt kön. Även för de patienter/boende som inte kan eller vill delta noteras födelseår och kön på protokollet. Senare i webbregistreringen **anges endast patientens/boendes födelseår**. I tiden för hur länge patienten har varit på sjukhuset räknas också tiden på akutmottagningen.

### Hudbedömning vid tidpunkt för punktprevalensmätningen:

Hudobservationen görs med hjälp av trycksårskort med färgbilder på trycksår. För bedömning av kategori 1 rekommenderas tryck med tummen. Om rodnaden inte bleknar av vid tryck med tummen = kategori 1. Om patienten/boende har trycksår anges kategori och antal samt var det mest allvarliga trycksåret är lokaliserat. Om sjuksköterskorna är oeniga om trycksårskategori så gäller extern sjuksköterskas bedömning. Förband på trycksår ska tas av och inspekteras för att kunna klassificeras korrekt. IAD (Inkontinensassocierad dermatit) är INTE ett trycksår. Se trycksårskor från Sårsköterskor i Sverige (SSiS), <https://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Sarsjukskoterskor-i-Sverige---SSiS/Dokument/nytt-trycksarskort/>

Speciellt viktiga observationspunkter illustreras nedan.



### **Beskrivning av kategorier enligt EPUAPs riktlinjer**

Den senaste versionen av nationella evidensbaserade riktlinjer kom 2014 och en kortversion finns översatt till svenska. Utöver de tidigare trycksårskategorierna 1-4 finns nu två ytterligare kategorier som kallas ”Icke klassificerbart trycksår” och ”Misstänkt djup hudskada”. För båda dessa kategorier är sår djupet omöjligt att ta ställning till.

Från och med våren 2019 utökades punktprevalensmätningen för trycksår med dessa två kategorier.

- ”Icke klassificerbart trycksår” är kategori 3 eller 4, men eftersom såret är täckt med död vävnad eller sårskorpa går det inte att bestämma kategori.
- ”Misstänkt djup hudskada” visar tecken på djup vävnadskada, men det är även här omöjligt att veta om detta är en skada som kommer att utvecklas eller inte. Denna skada kommer att presenteras som ”Misstänkt djup hudskada” och inte inkluderas i de andra kategorierna.

Se film och informationsblad på [www.skr.se/patientsakerhet](http://www.skr.se/patientsakerhet)

#### *Kategori 1: Hudrodnad som inte bleknar vid tryck*

Intakt hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benutskott, som inte bleknar vid tryck. Mörkt pigmenterad hud kan sakna detta tecken, men färgen skiljer sig från omkringliggande hudområden. Området kan vara smärtsamt, fast, mjukt, varmare eller kallare än annan hud. Kategori 1 trycksår kan vara svårt att upptäcka hos personer med mörk hudfärg. Kategori 1 trycksår kan indikera att personen är i riskzonen för att utveckla djupare trycksår.

#### *Kategori 2: Delhudsskada*

Delhudsskada som visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbedd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en intakt eller öppen/sprucken serumfylld blåsa. Visar sig som ett blankt eller torrt ytligt sår utan fibrinbeläggning eller ytligt hematom. Denna kategori ska inte användas för att beskriva hudflikar, hudskador efter häfta, inkontinensrelaterad dermatit eller maceration.

#### *Kategori 3: Fullhudsskada*

Fullhudsskada. Subkutan fett är synligt, men ben, sena eller muskler syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup. Kan inkludera underminering och fistlar. Djupet av ett Kategori 3 trycksår varierar beroende på anatomisk lokalisering. Nästrygg, öra, bakhuvud och malleoler saknar subkutan fettvävnad och Kategori 3 trycksår kan vara ytliga på dessa lokaliseringar. Motsatsen gäller för områden med riklig subkutan fettvävnad som kan utveckla extremt djupa Kategori 3 trycksår. Ben/senor är inte synliga eller palpabla.

#### *Kategori 4: Djup fullhudsskada*

Djup fullhudsskada som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas. Ofta förekommer underminering och fistlar. Djupet av Kategori 4 trycksår varierar med anatomisk lokalisering. Exempelvis saknas subkutan fettvävnad på näsrygg, öra, bakhuvud och malleoler och sår på dessa lokaliseringar kan vara ytliga. Kategori 4 trycksår kan involvera muskler och stödjevävnad (t ex fascia, sena, ledkapsel) vilket gör det sannolikt att osteomyelit och osteit uppstår. Blottade ben och muskler är synliga eller direkt palpabla.

#### *A Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt*

Fullhudsskada där sårbotten är täckt av död vävnad/nekros (gul, gulbrun, grön eller brun) och/eller sårskorpa (gulbrun, brun eller svart). Det är inte möjligt att avgöra djupet förrän tillräckligt med nekros och/eller fibrin har tagits bort. Stabil (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) sårskorpa på hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) ”plåster” och ska inte avlägsnas.

#### *B Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt*

Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck, och/eller skjuv som medfört skada på underliggande vävnad. Området kan upplevas smärtsamt, hårt, mjukt, varmare, och kallare vid jämförelse av intilliggande hud. Djup vävnadsskada kan vara svårt att upptäcka på individer med mörk hudfärg. Såret kan utvecklas vidare och döljas av en tunn sårskorpa.

Utvecklingen kan gå fort och involvera ytterligare vävnadslager trots optimal behandling.

#### **Lokalisation av det allvarligaste trycksåret (högst kategori)**

Fyll i endast **ett alternativ** dvs. det allvarligaste trycksåret.

- Om patienten/boende har ett trycksår kategori 1 på hälen, anges detta trycksår.
- Om patienten/boende har ett trycksår kategori 2 och två trycksår kategori 3, anges det allvarligaste av kategori 3.
- Om patienten/boende har kategori 3 trycksår och ett ”Icke klassificerat trycksår/”Misstänkt djup hudskada” anges det allvarligaste av dessa trycksår.
- Om patienten/boende har ett trycksår kategori 4 och ett ”Icke klassificerbart trycksår” och /eller ” Misstänkt djup hudskada” gör sjuksköterskan en bedömning vilket av dessa skador som är allvarligast för den enskilde patienten. Hänsyn behöver tas till var på kroppen skadan är, hur stort det är och hur rehabiliteringen påverkas.

#### **Trycksåren orsakade av medicinteknisk utrustning**

Fyll i Ja om trycksåret var orsakat av medicinteknisk utrustning som t ex kateter, sond eller syrgasmask.

**Prevention vid tidpunkt för punktprevalensmätningen:** Ange om patienten/boende har en förebyggande eller behandlande madrass och markera den tryckreducerande utrustning som finns både i säng och i stol. Ange också om lägesändring i säng och i stol är planerad. Lägesändring i säng och stol bör framgå av ett vändschema hos patienten/boende eller på annat sätt. Individuellt regelbunden planering innebär planerad lägesändring på andra tider än varannan timme, var 3:e eller var 4:e timme.

Behandlande madrass används till patienter som har hög risk för att utveckla trycksår, men där förebyggande madrass inte bedöms tillräcklig. En behandlande madrass kan t ex vara en luftmadrass med växeltryck eller hybridmadrass. **Ett tips!** Ta reda på före mätningen vilken typ av madrasser som finns på avdelningen/enheten.

**Riskbedömning vid tidpunkt för punktprevalensmätningen:** För att bedöma patientens riskstatus används i denna nationella mätning Modifierad Nortonskala. Skalan består av sju variabler *psykisk status, fysisk aktivitet, rörelseförmåga, födointag, vätskeintag, inkontinens, allmäntillstånd*. Varje svarsalternativ har ett värde mellan 1- 4. Minsta poäng är 1 och högsta är 4. Vid riskbedömningen ska det alternativ som bäst motsvarar patientens/boendes tillstånd fyllas i. Om tvekan råder mellan två olika alternativ vid riskbedömningen väljs det alternativ som ger patienten/boende större risk. **När riskbedömningen är klar summeras varje poäng från A-G och summan skrivs in i protokollet. 20 poäng eller lägre = ökad risk för tryckskada.**

### Journalgranskning

OBS! Journalgranskning görs ej om patienten/boende har legat inne mindre än 24 timmar.

#### Journalgranskning enligt protokoll på sjukhus:

För personer med nedsatt allmäntillstånd och nedsatt känsel liksom personer som är sängliggande, rullstolsburna eller har begränsad aktivitetsförmåga och rörlighet, oavsett ålder registreras om *riskbedömning* finns dokumenterat inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset. För samtliga personer som är 18 år och äldre registreras om *hudbedömning* finns dokumenterat inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset.

Riskbedömning ska göras vid ankomst eller i början av en vårdperiod oavsett om patienten är på en vårdinrättning eller vårdas i det egna hemmet.

Enligt internationella riktlinjer (EPUAP) så är rekommendationen att riskbedömning och hudbedömning ska genomföras inom ett par timmar (men inte senare än 8 timmar). *I denna mätning registreras dock om dokumentationen är gjort inom 24 timmar.*

Om trycksår observerats noteras om *trycksåren* finns dokumenterat inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhuset. Om trycksår är dokumenterade i journalen anges också om kategorierna var dokumenterade samt antal trycksår för respektive kategori. Slutligen anges om patientens *samtliga trycksår* som observerats vid mättillfället var dokumenterade.

**Journalgranskningen görs för att** kunna identifiera de trycksår som förvärvats på sjukhuset enligt följande - *Täljare*: Patienter som legat inne minst 24 timmar, som har trycksår och där inte samtliga trycksår dokumenterats inom 24 timmar. *Nämnare*: samtliga patienter som legat inne minst 24 timmar

**Journalgranskning enligt protokoll på äldreboende och hemsjukvård:** För samtliga boende registreras om hudbedömning och riskbedömning och eventuella trycksår finns dokumenterat.

### Så här görs webbinmatningen

- Klicka på länken: <https://ppm.vantetider.se>
- Logga in med regionens eller kommunens användarnamn och lösenord.
- Inloggningsuppgifter till databasen? <http://www.skr.se/patientsakerhet>
- Välj *Rapportering* för registrering av trycksår och *välj mätning*.
- Kontrollera att det är studie PPM trycksår **vecka 10**, 2020.
- Bläddra eller sök fram sjukhus/verksamhet eller avdelning/enhet i sökfunktionen.
- **Om** ni ej hittar eran avdelning/enhet/äldreboende/hemsjukvård var vänlig kontakta er kontaktperson.
- Välj avdelning/enhet och klicka på *Nästa*.
- Alla ineliggande patienter och boende som är 18 år och äldre ska registreras i databasen.
- Vid **inmatningen anges endast patientens/boendes födelseår och kön**.
- När patienten/boende är färdigregistrerad – klicka på ”*Spara*”. Du kommer därefter till nytt protokoll för samma avdelning. OBS! om du byter avdelning måste du välja den aktuella avdelningen.
- När registreringen av en patient/boende sparats genereras ett **löpnummer** som ska föras in längst ner på pappersprotokollet.
- För att avsluta registreringen klicka på ”*Punktprevalensmätning*” ovanför menyraden, för att återkomma till startsidan.
- Efter avslutad webbregistrering daterar och signerar du pappersprotokollet på första sidan. Löpnumret på pappersprotokollet är det enda sättet att hitta den inmatade patienten/boende igen om efterkontroll behöver göras. Pappersprotokollet kasseras när resultaten har analyserats.

### Lokala kontaktpersoner

Namn.....

Telefonnummer.....

e-post.....

### Ansvarig för webbregistreringen

Namn.....



Telefonnummer.....

e-post.....

Experter 2018: Lena Gunningberg, Leg. sjuksköterska, professor, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, Carina Bååth, Leg. sjuksköterska, docent, Karlstads universitet och forskningsledare Landstinget i Värmland, Eva Sving, Leg sjuksköterska, medicine doktor, patientsäkerhetssamordnare, Region Gävleborg/Centrum för forskning och utveckling, Region Gävleborg/Uppsala universitet, Eila Sterner, Leg. sjuksköterska, medicine doktor, Omvårdnadsansvarig Patientområde: Trauma, akut och rekonstruktiv kirurgi, Karolinska Universitetssjukhus, Ulrika Källman, Leg sjuksköterska, medicine doktor, Forsknings och utvecklingsledare, Södra Älvsborgs sjukhus.

Dessutom har Monica Bergenek, Leg sjuksköterska, vårdutvecklare, avdelning strategisk omvårdnadsutveckling, enhet utbildning vårdprofessioner, Skånes universitetssjukvård bidragit med sina praktiska erfarenheter av trycksårsmätningar.