

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

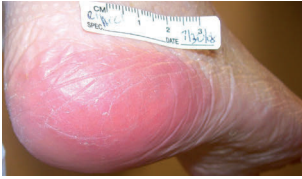


Foto: NPUAP
copyright & används med tillstånd

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