



SÅRHÅNDBOG



Indledning



Behandling af sår er blandt de ydelser, der fylder aller mest i den kommunale sygepleje. Derfor er der i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdet fælles vejledninger, instrukser samt denne sårhåndbog indenfor forebyggelse og behandling af sår.

Målgruppe

Sårhåndbogen henvender sig til sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter i den kommunale sygepleje og på plejehjem. Sårhåndbogen er delt op i forebyggelse og behandling, og omfatter de mest forekommende kroniske sår.

Forebyggelsesafsnittene er tænkt som vejledning for sygeplejepersonalet, men håbet er også, at afsnittene kan anvendes i det sundhedspædagogiske arbejde, for at styrke borgerens handlekompetence.

Opgaveløsning

I sårbehandling som i al anden opgaveløsning skal borgerens perspektiv skal være gennemgående. I samarbejdet med borgeren skal der være fokus på det, der har betydning og værdi for borgeren i hverdagen. Det er borgerens motiv og drivkraft, der skal være udgangspunkt for den hverdagsrehabiliterende indsats.

Sygeplejeklinik

Alle borgere der er psykisk og fysisk i stand til det, skal modtage sårbehandling på sygeplejeklinik.

Lægeordination

Alle behandlinger af sår, bortset fra mindre overfladiske kvæstsår, kræver forudgående lægeordination.

KK-net

Vejledningerne og instrukserne kan findes på KK-net ved at følge stien: Sundhed og Omsorg > Opgaveløsning > Service og ydelser til borgerne > Sårbehandling

Indholdsfortegnelse



Indledning

- Formål
- Målgruppe

■ Sår og bandage

- Nekrotisk sår – sort sår
- Inficeret sår
- Væskende sår
- Granulerende sår

■ Et godt billede – sådan!

- Hvordan tager man et godt billede!

■ Podning af sår

- Procedure ved podning

■ Procedure ved skiftning af forbinding

■ Pakning af sårprodukter – opbevaring i hjemmet

■ Kritisk iskæmi (arterielle sår)

- Forebyggelse / behandling

■ Venøse bensår

- Forebyggelse
- Behandling

■ Diabetiske fodsår

- Forebyggelse
- Behandling

■ Tryksår

- Forebyggelse
- Behandling
- Aflastning



Sår og bandage

Behandling



Nekrotisk sår – sort sår

- Kirurgisk revision med skalpel, saks og pincet
- Såret rengøres
- Brug hydrogel og hydrocolloid bandage til opløsning af mindre nekroser og fibrin
- Skiftes hver anden dag
- Undgå kompressionsbandage pga. den iskæmiske grundsygdom

Inficeret sår

- Såret rengøres
- Brug hydrofiber bandage, kulholdig bandage eller sølvbandage
- Anvend ikke antibiotikaholdige salver til kroniske sår
- Skiftes hver anden dag afhængig af sekretmængde, lugt og gennemsivning





Væskende sår

- Såret rengøres
- Brug hydrofiber bandage, som er højtabsorberende
- Beskyt sårkanter med zinkpasta
- Skiftes afhængig af sekretmængde
- Aktiv ødembehandling hvis den arterielle cirkulation tillader det

Granulerende sår

- Såret rengøres
- Såret holdes fugtig f.eks. under hydrokolloid bandager
- Skiftes efter behov, men minimum x 1 ugentlig
- Aktiv ødembehandling, hvis den arterielle cirkulation tillader det



Et godt billede – sådan!



Hvordan tager man et godt billede!

- Identifikation af borger og sår
 - Sæt borgeretiket med borgerdata og dato på Sårlineal (sårlineal på 5 cm.)
 - Læg borgeretiket ved siden af såret
- Tag først et billede langt fra
 - Sårets placering på kroppen kan her identificeres
- Tag et nærbillede før soignering af såret
 - Undlad at zoome
 - Brug altid flash (blitz)
- Baggrund på billede bør være rolig og uforstyrrende
 - Anvend et grønt eller blåt afdækningsstykke som baggrund
- Tag et billede efter soignering af såret
- Tag altid med "tulipanen" aktiveret
- Hav aldrig stærkt lys tændt ved siden af
 - Sluk evt. behandlingslampe
- Fotografer vinkelret på såret
 - Afstand 25 – 40 cm.
- Tryk halv ned og vent på at "firkanten" i søgeren bliver grøn
- Billedet overføres til computeren
- Åben sårjournal og billedet overføres manuelt til systemet





Podning af sår

Foretages inden evt.
behandling iværksættes



Remedier ved podning

- Udfyldt laboratorieseddel, samt kuvert til forsendelse
- Stuarts medium
- Steril kulpodepind

(Ovenstående udleveres af egen læge)

Procedure ved podning

- Håndhygiejne udføres
- Afskærm dig mod sprøjt og stænk
- Afdækningsstykker til opdækning lægges op i nærheden af arbejdsstedet, eksempelvis på et ryddeligt og rent bord
- Borgeren sættes til rette
- Sørg for god arbejdsstilling og godt lys
- Affaldsposen hænges/ sættes væk fra de rene materialer
- Afdækningsstykke lægges under den legemsdel, hvorpå der er sår
- Handsker iføres
- Fjern forbindingen og læg denne i affaldspose
- Aftag handsker
- Sprit hænderne og lad dem tørre
- Tag rene handsker på
- Rens såret
- Ved dybe sår podes fra kaviteten
- Ved overfladiske sår podes fra overgangen til vitalt væv
 - Undgå at kulpodepinden berører hudfloraen





- Kulpodepinden stikkes i det åbnede glas (Stuarts medium)
- Toppen af kulpodepinden knækkes af
- Glasset lukkes
- Handsker tages af
- Sprit hænderne
- Udfyld laboratoriesedlen inklusiv ”kliniske oplysninger”
- Opbevar kulpodepind og Stuarts medium på køl 2- 8 gr. og afsend hurtigst muligt
- Afsend materialet som farligt gods til Statens Seruminstitut

Behandl såret efter behandlingsplan

- Sprit hænderne og lad dem tørre
- Tag rene handsker på
- Fjern evt. pasta eller lignende der tidligere er påført til at skåne sårkanterne med olie
- Oprensning / revision af såret udføres med kniv, saks og pincet
- Undersøg sårets dybde og klassificer
- Hudpleje og sårbehandling efter ordination
- Oprydning og aftagning af handsker – sprit hænder



Procedure ved skiftning af forbindelse



Håndhygiejne udføres

- Afskærm dig mod sprøjt og stænk
- Afdækningsstykker til opdækning lægges op i nærheden af arbejdsstedet, eksempelvis på et ryddeligt og rent bord
- Borgeren sættes til rette
- Sørg for god arbejdsstilling og godt lys
- Affaldsposen hænges/ sættes væk fra de rene materialer
- Afdækningsstykke lægges under den legemsdel, hvorpå der er sår
- Handsker iføres
- Klargør de materialer der skal anvendes og læg dem i afpassede mængder og i den rækkefølge, de skal anvendes
- Tryk hudplejemidler, creme og salver ud på gazeswabs i afpassede mængder
- Fjern forbindingen og læg denne i affaldspose
- Aftag handsker
- Sprit hænderne og lad dem tørre
- Tag rene handsker på
- Brus eller spul såret med kropsvarmt vand – drikkekevalitet – afhængig af sårstadie
- Lavtryksskylning
 - Skylning med vand fra kande eller bruser, eller stor sprøjte med studs over 20 gauge
 - Inflammationsfasen uden fastsiddende forurening
 - Proliferationsfasen og maturationsfasen





- Højtryksskylning
 - Skylning med 30 ml. sprøjte med studsstørrelse 18- 20 gauge
 - Tømmes ved brug af 2 hænder, vinkelret og tæt på såret
 - Inflamationsfasen og præget af fastsiddende forurening
- Fjern evt. pasta eller lignende der tidligere er påført til at skåne sårkanterne med olie
- Vask og aftør såret og såromgivelserne med gazeswabs
- Oprensning / revision af såret udføres med kniv, saks og pincet
- Undersøg sårets dybde og klassificer
- Hudpleje og sårbehandling efter ordination
- Hurtig procedure – undgå nedkøling
- Oprydning
- Instrumenter rengøres og desinficeres
- Handsker tages af
- Afsprit hænder



Pakning af sårprodukter - opbevaring i hjemmet



Pak sårprodukterne til opbevaring i hjemmet

- Plastkasse med låg til opbevaring af sårbehandlingsprodukter
- Latexhandsker uden pudder
- God kvalitet af saks og pincet – flergangs
- Nonwoven kompressorer
- Relevante sårprodukter (så få som muligt ved første besøg)
- Papirplaster (kan anvendes til mærkning)
- Afdækningsstykker
- Affaldsposer
- Håndsprit

Opbevar sårprodukterne i hjemmet

- Plastkassen med sårprodukterne opbevares lukket, på et tørt og rent sted, gerne i et skab
- aldrig på gulvet
- Plastkassen holdes ryddelig og kun med de produkter, der skal anvendes
- Plastkassen rengøres en gang pr. måned, check udløbsdato på sårprodukter og sterile forbindinger med jævne mellemrum og dokumenter
- Ilæg plan for sårbehandlingen – udskift ved revision





Arterielle bensår -kritisk iskæmi

Forebyggelse/behandling



Særlige kendetegn

- Kroniske smerter i fødder som hindrer nattesøvn
- Kroniske sår/gangræn på fødder eller ben
- Positiv elevationstest – foden bleges af indenfor 10 sekunder ved ca. 30 gr. elevation

Forebyggelse

- Ophør af rygning
- Ændring af livsstil
- Behandling af forhøjet kolesteroltal og ordination af hjertemagnyl

Udredning/undersøgelse

- Undersøgelse af palpable fodpuls
- Elevationstest
- Distal trykmåling efter ordination
- Måling af ankelblodtrykket
- Udredning af smerter
- Konference med Videncenter for Sårheling vedrørende evt. karrekonstruktion





Venøse bensår

Forebyggelse



Anlæggelse af kompression

- Kompressionsforbinding
 - Observer
 - Fodpuls
 - Ankel/armindeks over 0,9 %
 - Anlæg
 - Anlægges om morgenen inden borgeren står ud af sengen
 - Flex foden 90 gr.
 - Start anlæggelse fra tæernes grundled
 - Anlæg bindet med spiralteknik – hver tur overlapper den forrige med 50 %
 - Højere kompression – overlap med mere end 50 %
 - Husk at dække hælen
 - Undgå snørefurer ved anvendelse af polstringsvat
 - Undgå brug af cirkulært påsat tape
- Kompressionsstrømpe
 - Inden køb
 - Måltagning på afhævet ben om morgenen
 - Påtagning
 - Påtages om morgenen inden borgeren står ud af sengen
 - Aftagning
 - Aftages først når borgeren lægger sig i sengen for at sove





Venøse bensår

Undersøgelse

Behandling



Fremgangsmåde for behandling

- Optag anamnese og saml den i sårjournal
 - Hvad er årsagen til at såret er opstået
 - Klarlæg det detaljeret
 - Hvordan er borgerens almene tilstand
 - Er borgeren mobil
 - Ernæringstilstand
 - Hvor lang tid har såret bestået
 - Beskriv såret
 - Sårets placering
 - Sårets udseende
 - Størrelse, farve, dybde, underminering, sårkanternes konsistens og regelmæssighed
 - Sårømgivelsernes udseende
 - Tegn på infektion, eksem, rødme af huden, maceration, pigmentering
 - Sekretionsmængde
 - Lugt
- Fastlæg sårtype
 - Udeluk at såret skyldes arteriosklerose
 - Undersøg om der er palpable fodpuls - ved mangel undersøg ankel/armindeks
 - Udeluk at såret er et immunologisk sår
 - Udelukkes ved sårets udseende
 - Pyoderma gangraenosum
 - Smertefuldt sår med blålig undermineret kant
 - Necrobiosis lipoidica
 - Velafgrænsede blegrøde planques med gullig centrum og atrofi





- **Smerte anamnese**
 - Mål smerteintensitet
 - Inddeling af smerter
- **Kliniske undersøgelser udføres**
 - Undersøg puls
 - Undersøg kapillærrespons
 - Undersøg følelsessans
 - Undersøg hudtemperatur
 - Undersøg for ødemer
 - Ved komplicerede sår bør Sårhelingscentret kontaktes og udrede ved hjælp af:
 - Hudperfusionstryk
 - Tåtryk
 - Duplex/farvescanning
 - Radiologiske undersøgelser
 - Transkutan oxygenmåling
- **Læg plan for behandling**
 - Plan for behandling i samarbejde med praktiserende læge/Sårhelingscentret
- **Opfølgning**
 - Hyppigt i starten
 - Ved forværring af såret
 - Jævnlig klinisk undersøgelse
 - Ankel/arm indeks hver 3- 6 måned
- **Skift forbinding**
 - Følg procedure for skiftning af forbinding, samt sår og bandage



Diabetiske fodsår

Forebyggelse



Rådgivning/undervisning af borger/hjælper

- Undervis borgeren/hjælperen i fodproblemer
 - Undgå fodbad
 - Undgå bare fødder
 - Aftegn borgerens fødder for kontrol af foddøj
- Instruer borgeren/hjælperen i forebyggende selvundersøgelse af fødderne
 - Observer for hyperkeratose (hård hud), tånegle og neglebånd
 - Hård hud og revner i hælen – nedgroede negle/ betændt neglebånd, kontakt til autoriseret fodterapeut
 - Observer for sår
 - Observer om der er tegn på infektion
- Kontakt til borgerens læge
 - Henvisning til autoriseret fodterapeut til regelmæssig fodterapi
 - Henvisning til Videncenter for Sårheling
- God blodsukkerkontrol
- Undersøgelse af fodstatus
 - Ved læge eller autoriseret fodterapeut 1 gang årligt
- Tegn på kritisk iskæmi
 - Kontakt videnperson i sårbehandling (sygeplejerske)



Diabetiske fodsår



Sårbehandling og observation

Observer huden på foden og fodpuls

- Manglende fodpuls eller tegn på infektion
 - Kontakt videnperson i sårpleje
- Megen hård hud evt. med underliggende vabel
 - Kontakt til fodterapeut eller videnperson i sårpleje

Mistanke om opståede problemer

- Undersøg berørings – og smertesansen samt for neuropati
- Undersøgelse for B12 mangel
- Undersøg kapillærfyldning
- Tegn på kritisk iskæmi
 - Kontakt videnperson i sårpleje
- Sårbehandling
 - Følg herefter procedure for sår og sårbandage samt procedure ved skiftning af forbindelse



Tryksår

Forebyggelse



Forebyg tryk

- Sørg for hensigtsmæssig lejring og aflastning
- Undgå shear i forbindelse med løft og forflytning af borger
 - Træk ikke i borger ved stillingsskift
 - Benyt forflytningshjælpemidler
- Læg borger anatomisk korrekt
- Undersøg borgerens hud for trykspor og skader
- Borgeren skal ligge på glat underlag

Risikoscor tryksårstruede borgere

- Vurder aktivitet og mobilitet
- Vurder huden for evaluering af intakt hud
- Overvej ernæringsmæssige indikatorer
- Overvej hudens påvirkning af perfusion og oxygenering
- Overvej hudens påvirkning af fugt eller mangel heraf
- Fremskreden alder
- Generelt helbreds niveau
- Kropstemperatur
- Braden risikoscoresystem 1 gang pr. måned og ved ændret tilstand af borgeren indenfor 2 timer
- Risikoscor ved Braden skala og udfyld risikoscoringskemaet
- Dokumenter som led i overvågning





Tryksår Behandling



Forebyg yderligere tryk

- Følg arbejdsbeskrivelse indenfor forebyggelse af tryksår

Behandl hud og/ eller sår

- Undersøg og behandl afhængig af tryksårets stadie
 - **Trykspor – grad 0**
 - Rødme, af intakt hud, som forsvinder ved tryk med finger
 - **Grad I**
 - Rødme, af intakt hud, som **ikke** forsvinder ved tryk med finger
 - Når det er muligt – vend ikke borger om på del af kroppen, der stadig er rød
- **Behandling for begge grader**
 - God hudpleje, brug blødgøringsmiddel til at fugte huden – **ikke** massage
 - Forstærk huden med semipermeabel film eller tynd hydrocolloid forbindelse
- **Grad 2**
 - Vabeldannelse eller overfladisk sår
- **Behandling**
 - Vabel intakt og borger **ikke** har diabetes - bevares vablen intakt
 - Vabel bristet og / eller borgeren har diabetes - afklippes vablen
 - Læg tynd hydrocolloidplade eller skumplast på





- **Grad 3**
 - Såret går gennem dermis og ind i det subcutane væv – nekroser, underminering eller fistler i såret
 - Muskelfacie intakt
- **Grad 4**
 - Såret er brudt gennem fascie ned i muskelvævet til evt. knogle og led
 - Såret er ofte inficeret
- **Behandling ved sorte og gule nekroser**
 - Fjern sorte og gule nekroser med saks, skalpel og pincet – **OBS. hælnekrose er en lægevurdering**
- **Behandling ved meget sekretion**
 - Brug Alginat, skumchips/filler eller hydrofiberbandage i kaviteten
 - Dæk med bandage – skum eller absorberende – evt. ble
- **Behandling ved mindre sekretion og sår i granulationsfasen**
 - Brug Hydrogel i kaviteten – dæk herefter med semipermeabel film, hydrokolloid plade, skumbandage eller absorberende forbinding
- **Behandling ved infektion**
 - Anvend evt. sølvholdige produkter



Aflastning



Risiko	Lav Score 15-18	Middel Score 13-14	Høj Score 10-12	Meget høj Score 9 eller <
Aflastning i seng	Trykfordelende madras	Trykfordelende madras eller Vekselryk madras	Vekselryk madras	Vekselryk madras
Aflastning i stol	Trykfordelende pude	Vic air adjuster 10 cm.	Vic air adjuster 10 cm. Eller Roho Quadtro Selekt 10 cm. flødebolle puden	Roho Quadtro Selekt 10 cm flødebolle puden
Hælaflastning	Ved trykspor/tryksår på hælen anvendes altid speciel aflastning til hælene: ➤ "tagrende" er god til borgere der hovedsageligt ligger på ryggen ➤ Heel lift (hælløfter) er påmonteret borgerens ben ➤ Husk det kan være nødvendigt at understøtte knæet, så det ikke overstrækkes			



SÅRBEHANDLING



Specialkonsulent/Risikomanager
Joan Agine
Direkte 35303063
Mobil 51714665

SUNDHEDSSTABEN
Sundheds - og Omsorgsforvaltningen
Sjællandsgade 40, Bygning H
2200 København N

Tryk: Rødgaard Grafisk Produktion