

# AntibiotikaSmarta Vårdcentraler

Nätverksträff 22 oktober 2025



# Dagens möte

- Återkoppling från föregående möte
- Hur går det med kriterium-arbetet?
- Nystartsträff 29 januari kl.13.00-17.00, Karlskoga las.
- Påminnelse om självdeklaration 3 nov 2025
- Diplomerings 2025 och våren 2026
- Nästa möte

## Tema sår:

- Sårdiagnostik (Emilie Larsson)
- Sårbehandling (Ida Isakovic och Pernilla Göransson)
- Aseptik vid sårbehandling (Annethe Thegel)



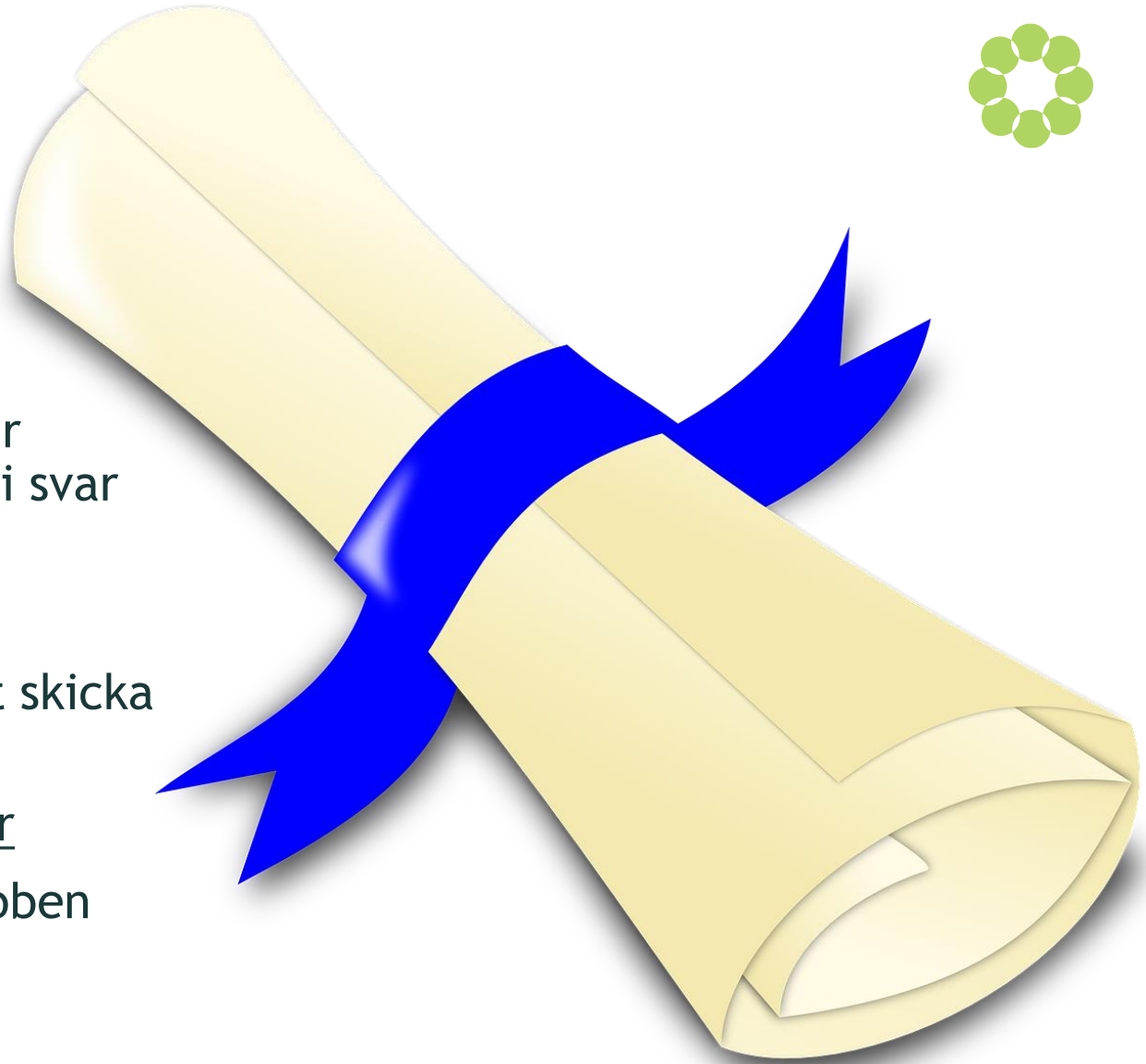


# Diplomering

Adolfsberg, Mikaeli och Lillån Vårdcentral har skickat in för diplomering 2025 - nu inväntar vi svar från FHM

Diplomering våren 2026 - deadline 13 mars att skicka till lokala Strama [strama@regionorebrolan.se](mailto:strama@regionorebrolan.se)

1. Titta redan NU på Uppföljning av kriterier
2. Finns "Diplomeringsmall" på vårdgivarwebben
3. Bifoga relevanta bilagor





# Nästa nätverksmöte

25 februari  
kl 13-14.30

Tema:  
Vägen till Diplomerings?  
Annat?





# **Sårdiagnostik och antibiotika -När, hur och varför?**

Nätverksträff Antibiotikasmart 22/10

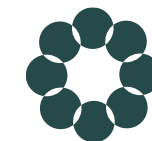
Emilie Larsson ST-läkare Lillåns VC



# Disposition idag (ca 20 min)

1. **Teamarbete och nationellt vårdförlopp.**
2. **Sår diagnostik (Etiologi):** Identifiera sårtyp genom basal undersökning, anamnes och kärlstatus. Med fokus på ett **case**.
3. **Basbehandling:** Hantera sår och omgivande hud, smärtlindring och kompressionsbehandling.
4. **Differentialdiagnoser:** Skilja mellan normal inflammation/läkning (rodnad/vätskning) och en verklig sårinfektion. Skilja mellan fibrin och gul nekros m.m.
5. **Antibiotika (När/Varför):** Fastställa indikationer för systemisk antibiotika, vilket kräver klinisk infektion (inte bara kolonisation/lukt)
6. **Uppföljning/Återfall:** Utvärdera sår läkningen (storlek, yta, sekretmängd) och hantera den höga risken för återfall genom fortsatt preventiv vård

# Artikel i senaste tidskriften Allmänmedicin om nationellt vårdförlopp svårläkta sår.



- Man skickar väl inte hem patienter med långvarig buksmärtor utan utredning?

## Nationellt vårdförlopp för svårläkta sår

– vem har råd att inte implementera?

**G**ör det fortfarande ont i magen? frågade läkaren och tittade bekymrat på patienten. Då testar vi att lägga på ett lite större plåster, nu har det väl snart gått två månader och tidigare plåster har inte hjälpt. Och så bokar vi ett återbesök om två veckor.

Han skickade hem patienten och skrev med stadig hand i journalen "Buksmärta UNS".

Jag valde kalleförtig och förstod att det bara var en feberdön. Vilken tur. Man släpper väl inte hem patienter med långvariga symptom utan att göra en utredning. Eller?

"Huden är kroppens största organ". Dessa uttalen från alla från student till pensionerad överläkare. Och att huden agerar kroppens första och starkaste fysikaliska och immunologiska barriär mot yttre faktorer är de flesta med på. Men sedan tvekar vi hänsyn i en paradox. Här kommer det sig att det fortfarande accepteras spontana sår som inte läker i detta stora starka organ utan att man blir nyfiken på varför?

Om vi tittar tillbaka i tiden för cirka 40 år sedan finns det ett begrepp som benämndes *kränkta sår*. Lite överdrivet, men man accepterade helt enkelt att patienten kunde ha stora hål i huden utan yttre överkan och att man inte hade några botemedel mot detta fenomen.

Som tur var långt ifrån alla accepterade denna syn på huden. 2003 bildade eldsjalar i Sverige sårcentra och man startade det nationella kvalitetsregistret RiksSår. Ytterligare 20 år senare är vi ännu framme i modern form av sjukvård som iakttagit *Nationellt vårdprogram för svårläkta sår* och *Nationella vårdförlopp*, det vill säga ett strukturerat arbetsätt för bedömning och behandling av svårläkta sår.

Så jag "kränkta sår"? Nej. Kroniska sår finns inte, detta är ett fenomen som hör till det förlutna. Nu bubblar det i luften och alla pratar om svårläkta sår.

Oavsett om man träffar en som har mångårig

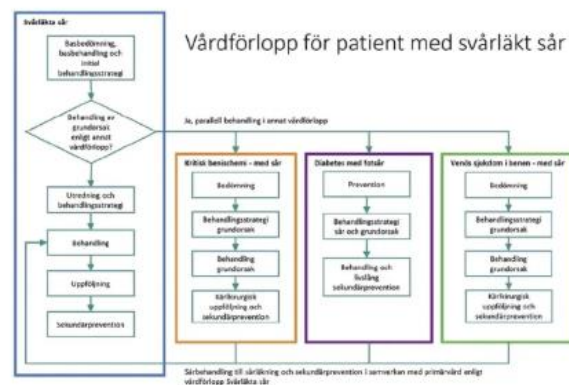
ring och korrekt diagnos. För diagnosen är avgörande för att patienten ska få korrekt behandling. Inte bara inom sår. Precis som med långvarig buksmärtor. Man brukar ta anamnes över utveckling av symptomen, smärta, ta hänsyn till patientens övriga sjukdomar och läkemedel, levnadsvanor, vikt med mera för att göra en rikstad utredning och komma fram till en lämplig behandling. Svårare än så är det inte. Ett budskap är ett symptom och att läsa patienten på med *symtomdiagnos* i flera år är inte värdigt modern sjukvård, så länge det finns möjlighet att finna orsaken till symptomet.

”

Lite överdrivet, men man accepterade helt enkelt att patienten kunde ha stora hål i huden utan yttre överkan och att man inte hade några botemedel mot detta fenomen.

Vad tvingas vi till genom vårdförloppet?

Först och främst är det viktigt att vi synliggör patienterna som har svårläkta sår, att dessa ska inkluderas i vårdförloppet för att kunna ha chans till korrekt behandling. Patienter som har ett sår som inte har läst eller börjar läsa inom fyra till sex veckor ska betraktas som svårläkta och ska inkluderas i vårdförloppet. Det finns undantag där patienter med kritisk ischemi, diabetesfot och rycksår ska inkluderas omgående, utan fördöjning. Patienter med atypiska sår till exempel vaskulära, pyoderma gangrenosum, hudtumörer med mera, sår som hudläkare går igenom på, ska också inkluderas omgående för att dessa inte förväntas läka utan specifikt inlett behandling.



till sår och återta dessa i olika boxar som vårdförloppet föregår sig till.

Trots att det finns så många vackra och långa diagnoser är cirkulatoriska orsakade sår de vanligaste och står för mer av hälften av samtliga svårläkta sår. Därför är det så viktigt att göra bedömning av cirkulationen. Var sätter sår? Har patienten pulsbå pulsat? Har patienten väsk i foten på natten? Är det en diabetiker?

För dessa storheter! Vi kan rätt snabbt finna misstänkar om ischemi i benet och hämta rätta en ben från amputation.

Eller är benet svullet och huden är lite brunaktig missfärgad (så kallade hemodermatitfallningar), finns det tydliga åderbräck, atropie-blåshet? Då har vi klinisk bild av venös insufficiens och patienten

av dessa cirkulatoriska störningar och det kan påverka utseendet av sår. Därför är det så viktigt att man gör samma grundläggande undersökning på alla patienter med svårläkta sår. "Wax off, wax on" som en vis karateövare en gång sa i filmen.

Vid diabetesfot sätter sår på foten (vilket sammansträffande) och patienterna har både nedsatt arteriell cirkulation och tecken till polyneuropati. Dessa patienter ska remitteras till diabetescentrum och väl inne i förloppet avslutas de aldrig då vi har att göra med mycket stora dömliga fötter.

Har man kommit så långt och fått fram att sår inte sitter där venösa och arteriella sår brukar uppstå så har vi inte så mycket att välja på i den rollen som möter patienter utanför specialkliniker. Det finns trecken och

”

Ett hudår är ett symptom och att låta patienten gå med symtomdiagnos i flera år är inte värdigt modern sjukvård, så länge det finns möjlighet att finna orsaken till symptomet.

Kroniska sår "finns inte"

Bensår = symptom inte diagnos



# Historik och nuläge

- Tidigare accepterade man ”kroniska” sår som något oundvikligt.
- Nationellt vårdprogram för svårläkta sår (2022)
- Ett sår som inte läkt eller börjat läka inom 4-6 veckor=svårläkt sår, inkluderas i vårdförloppet.
- Vissa sår (diabetessår, trycksår, kritisk ischemi, atypiska sår ska inkluderas i vårdförlopp omedelbart)



# Sår är teamarbete i läkekonst

- **Ssk:** Samordning och sköter det mesta av avancerad sårvård.
- **Uska:** Omläggning och omvårdnaden kring patienten.
- **Läkare:** Sätta diagnos behandla underliggande sjukdom.
- **Fysioterapeut/arbetsterapeut:** Tryckavlastning, hjälpmedel mobilisering träning
- **Dietist** (i en drömvärld): Nutrition
- **Rökstoppsmedicin/rökavvänjare**

Vårdförloppet betonar dock att individanpassa behandlingen efter behov och förutsättningar. Inkl palliativ vård.



# Vårdprogrammet omfattar följande sårtyper:

- venösa sår (vanligast)
- arteriella sår
- arteriovenösa sår (blandsår).
- trycksår (näst vanligast)
- traumatiska sår, (inkl. fliksår)
- atypiska sår
- diabetesrelaterade fotsår

Man har svårt att få fram exakta siffror pga att diagnostiken (diagnoskoderna) inte är korrekta samt att enbart 30 % rapporterar i rikssår och där är PV och HSV sannolikt underrepresenterade.



# Lokalisation? Ger mycket information.

- En diabetiker med FOTSÅR ska remitteras till fotteam på USÖ men ej i regel diabetiker med bensår.
- Hos patient med nedsatt rörlighet och såret sitter över benutskott: Trycksår.
- Insidan av underbenet, nära vristen eller fotknölen, ofta venösa sår.
- Distalt på foten, fottryggen, hälen eller utsidan av underbenet: Ofta arteriella.
- Pt. Kan givetvis ha blandning av störd venös och arteriell funktion: påverkar lokal och utseende på sår.
- Ytterligare stöd kan övervägas: AK/-index, P-glukos.
- Till sin hjälp finns ankelbrachialindex



Fall: Sommarvikarie från SÄBO ringer om en 90+årig man och "multisjuk" sår sedan 8 v vid ankeln. Vad ska vi göra?

"Kanske är lite smetigt och rött runtom?"

Pt. Verkar ej ha ont, benet är inte värmeökat, ingen feber, lite sekretion finns.





# Basbedömning



Är precis som det låter: En basal undersökning som möjliggör att förstå orsaken.



Bedöm kärstatus med status och anamnes: Har pt. palpabla pulsar? Har pt. Värk på natten? Är det en diabetiker? F.d storrökare?



Är benet svullet, missfärgat? Åderbräck? Atrophie blanche?



Fotot ska läggas in i journal (sms till akutdoktor-telefon m.m.)



# Fortsättning basbedömning

- Pt. Har ingen betydande värk, varma fötter och palpabla pulsar.
- Lite klåda och ödem.
- Möjligen föregående trauma men ingen kommer ihåg vad som hänt.
- Hypertoni, KOL och gikt i botten.
- Som tur kunde vikarien gå och ta en bild hen kunde sms:a till akuttelefonen.





# Försök ställa etiologisk *preliminär* diagnos:



Frågor i telefon:



Hur länge? Trauma? Tidigare sår? Tryck?



Känner ni pulsar? Är pt. Svullen om benen?



Vilka sjukdomar har pt? ”Har något förändrats med såret?”



Ett sår ca 4 x 2 cm medial malleol utan  
infektionstecken. Normala pulsar.  
Etiologi?





# Venöst bensår

Misstanke om venöst sår föreligger om patienten har **två eller flera av nedanstående symtom, oftast flera:**

- normalt ankel/armtrycksindex 0,9 - 1,4
- sår, ofta fibrinbelagt, kring malleolerna eller underbenet
- varicer
- ödem med eller utan inflammation
- tyngdkänsla, klåda, smärta eller andra symtom på benen som inskränker arbetsförmåga och livskvalitet
- Missfärgning. Ofta diffus, ibland brunt av hemosiderin, ibland mer rött, fläckigt. Eksem.
- Atrophie blanche - ärromvandling av dermis
- Lipodermatoskleros - ärromvandling subcutis+ dermis



# Om verkligheten vore som en AI-bild



**Venöst bensår**

**Arteriellt bensår**



# Blandsår

AK-index eller tåtryck  
viktigt!

- Vanligt med både venöst och arteriellt sår (ca 17% av sår).
- Oftast dominerar ett av tillstånden vilket avgör behandlingen.
- Ofta är de arteriella dragen mer subtila än de venösa.
- Ofta mer smärtsamma än rent venösa sår





# Diagnoskoder

- Venösa sår - förslag på ICD kod
- I83.0 Varicer i nedre extremiteterna med bensår
- I83.2 Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation
- Om inga synliga varicer:
- I87.2: Venös insufficiens (kronisk) (perifer).
- L97.9 Bensår, ospecificerat område

**Blandsår:** Ovanstående och Lägg till

- I70.2C Perifer ateroskleros med bensår



# Allt rött är inte infektion!

Symtom/fynd som värmeökning, smärta, rodnad, finns ofta UTAN att det föreligger en infektion

1. **Inflammatoriskt ödem** (tex pga. tex lipodermatoskleros och atrofi blanche ((vid långvarig venös insuff))
2. **Venöst eksem** (staseksem, kliande fjällande och röd hud pga. venös insufficiens.
3. **Kontaktdermatit** – irritation eller allergisk reaktion mot omläggingsmaterial, salva eller tejp.
4. **Inflammatorisk reaktion vid läkning**
  - Rodnad och värme som del av normal

Granulationsprocess.

5. **Arteriella sår/Ischemi** – kan ibland ge en bild med rodnad vid hyperemi, särskilt i kanterna mellan ischemi och stas.
6. **Charcotfot** - Varm röd fot.

**Erysipelas är "aldrig" Bilateral.**



*Inflammation med ödem (Sårcentrum Skaraborgs Sjukhus Skövde)*

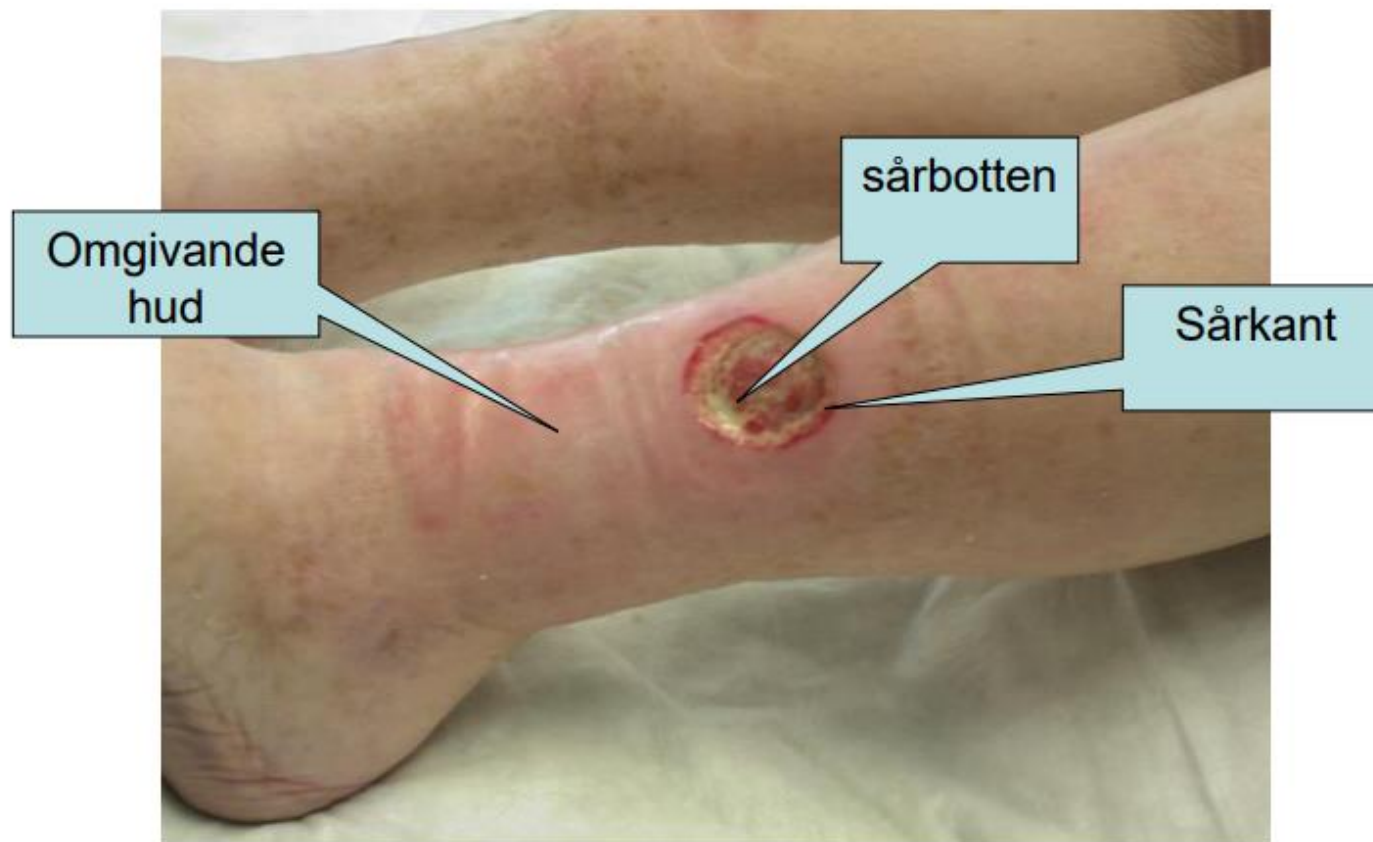


# Allt som vätskar är inte infektion!

- Ett sår vätskar naturligt som en del av normal läkningsprocess.
- Ett svullet ben ger mer sårvätska, ex pga venös insufficiens men även annan typ av inflammation eller systemiska faktorer: Hjärtsvikt, njursvikt, hypoalbuminemi ger ödem och mer vätska från sår.
- Maceration – överfuktad hud kan frisätta vätska isig (ond cirkel pga bruten hudbarriär).



## Bedöm och dokumentera



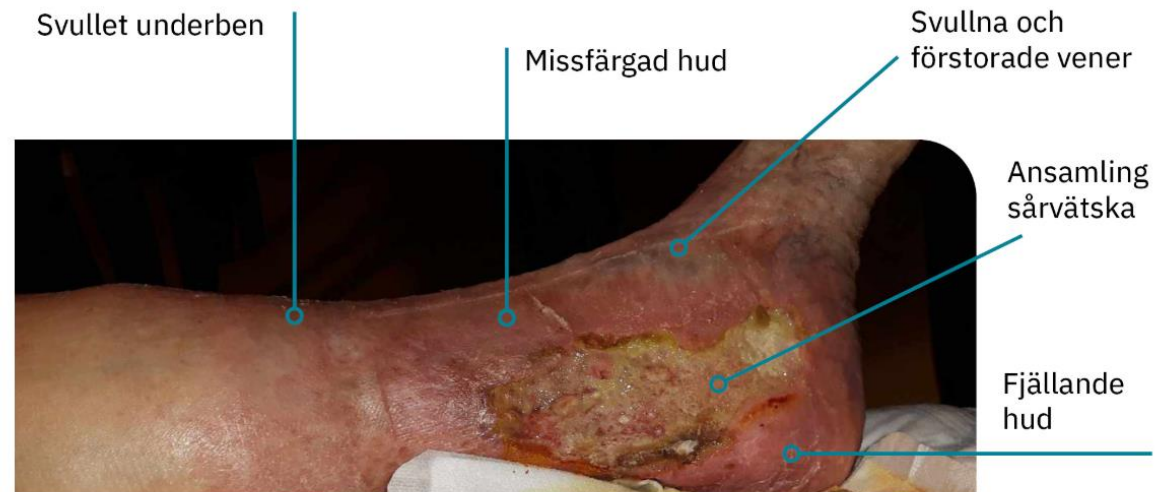
**Mät sårstorlek. Djup främst intressant vid trycksår, fistel (öronpinne)**





# Basbehandling

- sårbehandling och behandling av huden runt såret
- kompressionsbehandling
- smärtbehandling
- nutrition.



Icke infektiöst  
venöst sår.



## Venöst centrum?

Om venös reflux kan de erbjuda venkirurgi eller laser/radiofrekvens med syfte att ta bort eller stänga de sjuka venerna som orsakar stas.

*Okomplicerat om pt. Orkar och förstår...*



## Exempel på beskrivning av status i detta case:

- Medialt höger underben, strax ovan mediala malleol ett 4 x2 cm ytligt sår delvist fibrinbelagt i övrigt granulationsvävnad. Sårkanten är jämn, ingen maceration. Omgivande hud hyperpigmenterad, och lätt generell rodnad. Torr ställvis sprucken hud.
- Ej värmeökat ej fluktuation. Liten mängd tunn serös vätska på förband. Ingen påtaglig lukt. Smärta vid omläggning lätt, tolerabel.
- Inga infektionstecken.

### Diagnoskod:

- I83.2 Varicer i nedre extremiteterna med både bensår och inflammation





# Behandlingsplan case:

- Omläggning 1-3 gr/vecka (vätskning avgör): Rengöring, debriedering (vb)  
Lämpligt förband utifrån sårets sekretion (ex alevyn, Mepilex)
- Mjukgörande dagligen + skydda sårkanter (tex zinksalva, inotyol, eller barriärkräm m.m)
- Vid Eksem, torr, kliande, fjällande hud: Salvstrumpor (Zinczok) Ev betnovat vid omläggning.
- Kompressionsbehandling, comprilanlinda vid varje omläggning.
- Uppföljning med klinisk bedömning och nytt foto om 2 v.



# Hur skiljer man på gul nekros och fibrin?

**Gul nekros:** Gul-brun till grå-gul, ofta

- torr eller seg konsistens, ibland "läderartad".
- Sitter ofta fast i sårbädden.
- Torr nekros blir oftast helt svart/brun (låta vara)
- Gul nekros ska i regel bort
- Kan misstolkas som senor! Kräver ofta skarpa instrument.



**Fibrin:** Gul "klistrig" beläggning (fibrin, serös vätska, leukocyter, bakterier)  
Ljuskul till vitaktig, mjukt, fuktig ibland slemmig. Sitter ofta ytligt och kan ofta torkas/sköljas/skrapas bort.

- En del av normal läkningsprocess.
- Indikerar att såret är i läkningsfas men
- behöver rengöring pga kan försena läkningen.  
(Fäste för bakterier tex) om fibrin blir för tjock.





# Maceration -Ska helst förebyggas snarare än behandla.”



Myt: ”Lufta såret”



Figur 27. Vänster bild: Vit maceration är när huden blir uppluckrad vit och svullen. Mitten: Erytematous maceration är när huden är röd och inflammerad på grund av otillräcklig hantering av sårsekret. Höger bild: Periwound maceration finns inom 4 cm från sårkant. Foton Madeleine Stenius Aleris Rehab Station.



# Utvärdering av åtgärder efter ca 14 dagar

## Nytt foto.

Inspektion av det gamla förbandet, lukt, sekretion och mättnad.

Tänk på sårets läkningsfaser. Svårläkta sår ”fastnar i fas 1 ”inflammationsfasen”: börjar du se granulationsvävnad alltid bra tecken.

Sårets utveckling:

1. Storlek, har såret minskat i yta eller djup?
2. Kantutveckling: Jämn kant, ej upphöjd? Tecken på epithelisering eller granulationsvävnad i kanterna?
3. Såryta: Mer granulerande, mindre fibrin?
4. Sekretmängd: Minskad vätskning? (bättre balans), Lukt och färg.
5. Mer/mindre smärta?



## Patienten bör vara uppmärksam på följande symtom:

- nytillkommen eller mer uttalad smärta
- tecken på sårinfektion
  - mer uttalad sårsekretion
- tilltagande bensvullnad
- nytillkomna sår



# Blir lite infekterat efter några dagar. Lite illaluktande sekretion, ökad rodnad.

- Tätare rengöring och omläggningar gärna varje dag initialt.
- Ta odling
- Ev tillägg av sorbact, vid lukt tex Kolförband (ex carboflex)
- Överväg bakteriehämmande förband (se lila ruta)
- Kompressionsbehandling fortsätter
- Uppföljning görs gärna efter 2 dagar



## Avancerade förband

### Bakteriehämmande:

Jodpreparat  
Medicinsk honung  
PHMB

Iodosorb  
Activon, Actilite  
Suprasorb P+PHMB  
Suprasorb X+PHMB

### Läkningsstimulerande:

Biosyntetiskt

Epiprotect



# Antibiotika kan fördröja rätt behandling

- Omkring 50 % av alla patienter med svårläkta sår behandlas med antibiotika.
- Det är alldeles för mycket. Studier visar att endast 8 till 27 procent behöver antibiotika.
- Det är oftast bara ett orent sår, som behöver rengöras från nekros och fibrin, och ödemet behandlas med kompression. Ibland behövs lokal antiseptisk behandling,
- Felaktigt ordinerad antibiotikabehandling riskerar att fördröja rätt behandling -avlastning för trycksår, kärlkirurgi+läkemedel mot arteriella sår och kärlkirurgi+ kompression för venösa sår.
- Dessutom risk för biverkningar och selektion av resistenta bakterier med svårbehandlade infektioner som följd.



# Tecken på normal kolonisation vs infektion:

- Alla kroniska sår är koloniserade
- Kolonisation ≠ Infektion
- Kliniska infektionstecken: Tilltagande rodnad, värme, svullnad, ny/ökad smärta, pus, grumlig sårvätska, nekros/ökad blödning, illaluktande m.m.
- Systemtecken: Feber, (CRP/LPK) allmänpåverkan.



# Definitioner av bakterieväxt i sår:

- Kontamination - förorening av vanligtvis hud- eller tarmbakterier
- Kolonisation - bakterier har etablerat sig i såret men orsakar inget inflammatoriskt svar.
- Lokal sårinfektion - bakterierna finns djupare ner i sårbotten och i vävnaden närmast såret. Immunsystemet mobiliseras och lokala tecken på sårinfektion kan uppkomma.
- Manifest infektion - bakterierna har invaderat vävnaden och sprider sig utanför sårområdet och ger upphov till kliniska tecken på infektion.
- Infektionstecknen kan var diskreta hos immunnedsatta och vid diabetes.



# Myter

- "Antibiotika slår bort kolonisationen". Fel minskar mängd, så andra bakterier kan växa till.
- "Profylaktisk eller långvarig antibiotika utan klinisk infektion leder till snabbare läkning." Fel. Det finns ingen evidens för detta.
- "Fult" eller illaluktande sår utan andra infektionstecken ska ha antibiotika. Fel. Bakterier som koloniserar sårytan kan producera flyktiga ämnen, som luktar illa. Det handlar alltså om bakteriell metabolism, inte nödvändigtvis vävnadsskada.



# Icke-myter

- AB Försämrar istället sår läkningen på sikt genom att :
  - Försena rätt behandling
  - Störa normalfloran (i sår och omgivande hud).
  - Leda till resistensutveckling
  - Påverka tarmflora (*Clostridium difficile* tex)
- Korrekt behandling av lokal sårinfektion med antimikrobiella förband är ett led i att minska behovet av antibiotika.
- Odla enbart om kliniska tecken på sårinfektion och resultatet på odlingen förväntas påverka antibiotikavalet.



# Varför odla från sårkanten?

- **Rätt provmaterial:** Sårkanten, eller gränsen till frisk vävnad, är en viktig plats att ta prov från.
- **Minskad risk för falskt positiva resultat:** Att rengöra såret mekaniskt innan provtagning är avgörande.  
Det tar bort det översta lagret av "koloniserande" bakterier som annars kan ge ett missvisande resultat.
- **Ökad chans att hitta patogener:** Om det finns en infektion kommer de relevanta bakterierna att finnas i den aktiva delen av såret, inklusive sårkanten.  
Att ta provet härifrån ökar chansen att isolera och identifiera de bakterier som faktiskt är problemet.



# När är antibiotika indicerat direkt utan svar på odling?

- Systemisk antibiotika är indicerad vid:
  - Erysipelas
  - Odlingsfynd av betahemolyserande streptokocker grupp A, C eller G
  - Allmänpåverkan, feber eller tecken till disseminerad infektion.
- Klinisk infektion hos immunsupprimerade
- Behandlingstid: 7 dagar.



# Tecken på lokal sårinfektion:

- Fördröjd sårhäkning
- Nyttillkommen, ökad eller ändrad smärtbild
- Illaluktande sår
- Ökad eller ändrad sekretion
- Ödem runt såret
  - Rodnad närmast sårkanten
- Brunröd sårbädd eller biofilm



# Bilder på lokala sårinfektioner (vårdprogrammet)



Figur 12. Pseudomonaskolonisation med tydlig grönaktig beläggning. F Skaraborgs sjukhus, Skövde (Lill-Marie Persson).



Figur 13. Lokal Pseudomonas infektion med maceration



Figur 14. Lokal sårinfektion med mer uttalad sekretion, rodnad och värmeökning.

0,5 % Ättiksyreomslag (=Ättiksyra APL 5 mg/ml)  
kan provas vid pseudomonas eller stark lukt.

Kan ordinerars i Cosmic läkemedelsmodul (icke  
godkända LM, sök "ätti")



# Smärtbehandling

| Typ av farmakologisk smärtbehandling               | Läkemedel                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lokal smärtbehandling                              | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lidokaingel 2 % eller lidokainsalva 5 % (till exempel Xylocain®)</li><li>2. Lidokain-/Prilokainkräm</li><li>3. Morfingel 1 mg/ml</li></ol> |
| Systemisk smärtbehandling<br>a) Nociceptiv smärta  | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Paracetamol</li><li>2. Opioder</li></ol>                                                                                                   |
| Systemisk smärtbehandling<br>a) Neuropatisk smärta | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Antiepileptika eller tricykliska antidepressiva selektiva serotonin/noradrenalinhämmare.</li></ol>                                         |



# Hurra det svårläkta såret läkt! Släppa helt?

- Pt. Med venöst sår har ca 80% risk att få ett nytt.
- Arteriella sår, trycksår och diabetessår ännu högre risk.

## Uppföljande kontakt behövs efter att såret har läkt:

- Fungerar kompression? Avlastning? Tar pt. Sin sekundär preventiva medicin? Mjukgörande? Nyttillkommen smärta som tecken på ny artärstenos?



# Take home:

## Huvudbudskap: Sårdiagnostik och Antibiotikasmarthet

| Fokusområde                   | Budskap                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Etiologisk Diagnostik      | Utred orsaken! <b>Kroniska sår "finns inte"</b> . Ett sår som inte läkt inom 4–6 veckor är ett svårläkt sår och kräver basbedömning (kärldata, ödem, foto).                                                                           |
| 2. Infektion vs. Kolonisation | <b>All rodnad och vätska är inte infektion!</b> Kolonisation är normalt. Symtom kan bero på inflammation, eksem eller läkningsprocessen.                                                                                              |
| 3. Antibiotikapolicy          | Var <b>strikt restriktiv</b> med systemisk antibiotika. Använd AB <b>endast</b> vid tydliga kliniska eller systemiska infektionstecken (t.ex. cellulit, feber, pus). Felaktig AB-användning försämrar läkningen och driver resistens. |
| 4. Behandling och Team        | <b>Basbehandling är centralt:</b> Rengöring, kompression (vid venösa sår), smärtlindring och nutrition. Sårvård är ett nödvändigt <b>teamarbete</b> .                                                                                 |

# Sårbehandling

# Vilka sår kan vi se?



Vad tvättar vi såret med?



Är det viktigt med Debridering?



# Debridering – Rengöring av sår

Debridering är det viktigaste steget vid behandling av sår vid varje omläggning.

**Mekaniskt** med sax, skalpell, slev, curette. Alltid smärtlindring med lokalbedövning.

**Autolytisk debridering** när man lägger på en hydrokollioid platta, tex. Duodermplatta.

**Debrideringsdyna** som fångar upp biofilm samt fibrin.

tex. Debrisoft.

Är ofta en långsam process som kan ta flera veckor.





## Före och efter debridering

[https://share.icloud.com/photos/02ecFQAZqt9jORYc\\_wFR0trtQ](https://share.icloud.com/photos/02ecFQAZqt9jORYc_wFR0trtQ)

## Klassiska tecken på bakterieinfektion är:

- Rodnad
  - Lukt
  - Svullnad
  - Tilltagande smärta
  - Ökad sårsekretion
  - Värmeökning
  - Feber
- 
- Ett eller flera tecken kan tala för infektion



# Infekterade sår

~Hur ser det ut?.

## Hur tar man en sårodling?

~Rengör såret, debridera ta bort krustor, nekroser med kranvatten

~Ta en odlingspinne ( rosa kork)

~ta provet i sårkant

~Vid fistel eller djupa sår så tar man djupare ned.



# Steril rutin

- **Steril omläggning** ( sterila instrument, redskap och rengöringsvätskor)
- Används vid Op-sår
- När det finns dränage
- Sår som står i förbindelse till led eller annan normal steril djupare sår
- Infektionskänsliga patienter (läkare tar ställning till det )
- Sterila material ska förvaras i stängda skåp och vara dammfritt och torrt.
- LÄS I VÅRDHANDBOKEN



com  
open to the general public. Only.

110662218  
Viktorie Novokhratska DREAMS

# Ren rutin

- **Ren omläggning:** ( höggradigt rent minst 85 grader)
- Svårläkta sår
- Trycksår
- Förorenade sår (trauma sår i det akuta skedet)
- Op-sår efter det första post operativa dygnet , suturer
- LÄS I VÅRDHANDBOKEN
- Ta hjälp av ditt hygienombud



# Smärtlindring





## Sårsmärta ~lokalbehandling

### **Sår kan behandla lokalt med:**

- Xylocain gel ( lidocain ) 2 %
- Kutan Xylocain spray 10 mg/dos
- Emla kräm
- Morfingel

All smärtlindring kräver läkarordination. Max dos per dygn bestäms av läkare.



# Antiseptiska förband





# Läsa om Vårdförlopp ( vad )

- Personcentrerad och sammanhållet vårdförlopp för **svårläkta sår** , 1177 för vårdpersonal.
- ~ finns även för **Kritisk benischemi, varicer och venösa sjukdom i benen, diabetes för hög risk för fotsår**
- Samt digital utbildning för vårdpersonal på Rikssår



## Läsa om Vårdprogram ( hur)

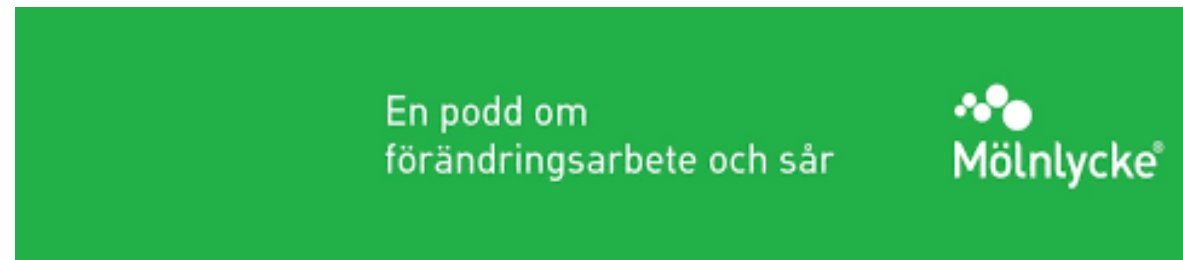
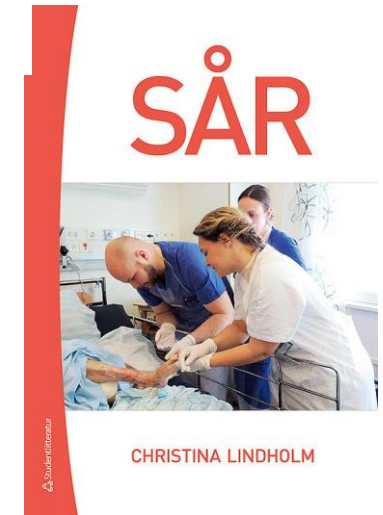
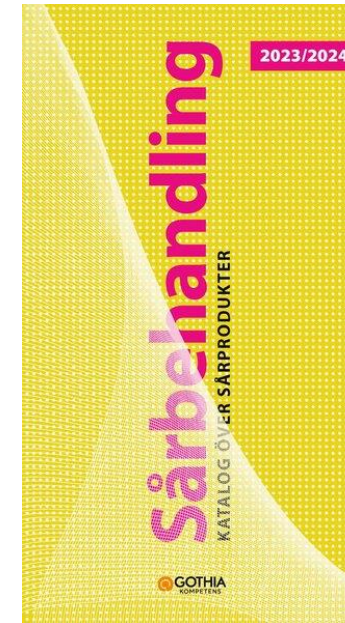
Vårdprogram för svårläkta sår ,  
1177 för vårdpersonal

Vårdprogram för venös sjukdom i  
benen –varicer och venös bensår,  
1177 för vårdpersonal

# Bra sidor och poddar



- Hud och sår, Vårdhandboken
- Sårwebben
- Sårsmart, Strama
- Boken ” Sår ”
- Sårbehandling ( katalog)
- Mölnycke podd
- Sårpodden
- Rikssår



# Tack !



- Ida Isakovic och Pernilla Göransson

# Aseptik vid sårbehandling 2025

- Bakgrund
- Smittvägar
- Riskfaktorer vid sårbehandling
- Aseptik
- Förvaring av material
- Omlägningsrutiner
- Tvättfatsrutiner
- Sårsmart-digital utbildning



## Smittvägar

### **Direkt kontaktsmitta**

Impetigo/svinkoppor - Staphylococcus aureus/MRSA, grupp A streptokocker (GAS)

Herpes virus

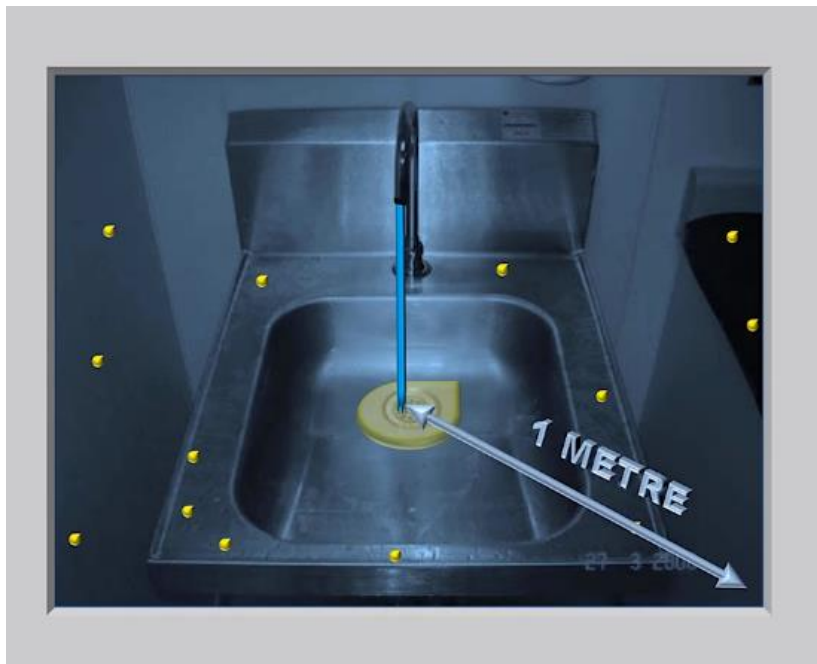
### **Indirekt kontaktsmitta**

Förorenade ytor eller material-Staphylococcus aureus/MRSA och GAS

### **Luftburen/damm smitta**

Partiklar från huden kan spridas i luften, särskilt vid såromläggning och bäddning

# Stänk från vattenkran



## Riskfaktorer för smittspridning

Stora sår, hudinfektioner och hudlesioner, exempelvis eksem eller brännskador, bölder

Hudpartiklar kan också falla (sedimentera) ned i öppna sår och ge sårinfektioner

När luftburna bakteriebärande partiklar sedimenterar på ytor och föremål kan de ge upphov till indirekt kontaktsmitta

Bakterier som sedimenterat ned på golvet innebär sällan någon smittspridningsrisk

## Basala hygienrutiner En förutsättning för att förebygga smittspridning



## Arbeta aseptiskt – vad är det?

Bevara föremålets ursprungliga renhetsgrad  
dvs. höggradigt rent material får endast beröras  
av rena och desinfekterade händer



## Förvaring

Transportförpackning (tfp)

Avdelningsförpackning (afp)

Produktförpackning (pfp)

Alla som hanterar produkten, från tillverkare till användare har ansvar för produktens kvalitet



2015-02-17

# Rena händer i förrådet!



Utför alltid en korrekt  
handdesinfektion innan du hämtar det  
du behöver i förrådet.

Med rena händer bevaras  
renhetsgraden på materialet och  
risken för smittspridning minskar!



Hygiengruppen



## Förråd och materialrutiner

Sterila och höggradigt rena produkter ska förvaras så de skyddas för damm, fukt och solljus

Skyddas från onödigt plock av personalhänder - rena händer på rent gods

Behåller sin ursprungliga renhetsgrad tills de ska användas, öppnade förband – rutin?

Höggradigt rena instrument diskas i diskdesinfektorn 1 gång/vecka

Rutin för översyn och rengöring ska finnas

## Omläggningssvagn, närförråd

Förorenas lätt, översyn/rengöringsrutin ska finnas

Material för ca 1 veckas användning

Oanvänt material från närförråd ska inte läggas tillbaka i avdelningsförrådet

Desinfektera händerna innan du  
plockar med materialet



## Förbered sårbehandlingen

Iordningställ en desinfekterad vagn/bricka med den utrustning och det material du behöver

Tappa upp kroppsvarmt kranvatten i rent kärl

Desinfekterade instrument används

Aseptisk teknik vid omläggningen



## Kranvatten

Vattenkvaliteten är oftast bra om man har kommunalt vatten

Vatten från egen brunn fungerar ofta om personen kan dricka vattnet och duscha utan att bli sjuk, men illaluktande missfärgat och grumligt vatten bör testas

Stillastående vatten kan innehålla stora mängder mikroorganismer

Spola ur kranen eller duschen 1 min och låt vattnet bli kroppvarmt innan användning



## Rutiner för tvättställ

Använd inte tvättställ som avlastningsyta

Placera inte rent material, läkemedel eller dylikt på/vid tvättställ

Häll ut överbliven dryck t.ex. kaffe, saft i diskho i avdelningsköket, toalettstol eller spoldesinfektor

Häll inte ut tvättvatten från tvättfat i tvättställ, använd toalettstol eller spoldesinfektor



## Salvor och kompresser

Ta det som behövs av salvan i en mugg, på en spatel eller kompress

Använd pincetten som tagits fram till aktuell omläggning för att plocka upp kompresser



## Hos patienten



Desinfektera händerna



Använd handskar och engångsförkläde



Handskar byts mellan orena och rena moment

## Vid omläggning



Skydda brits med ett underlägg  
och plocka bort förbandet



Förorenat material kastas direkt i  
avfallspåse

## Vid omläggning



Ta bort underlägget som skyddat britsen, ta av handskarna...



...desinfektera händer och underarmar...



...så förorenas inte det yttre förbandet

## Efter avslutad omläggning



Desinfektera händer och underarmar



Förklädet tas  
av



Överblivet material kastas  
och arbetsytor desinfekteras

## Efter avslutad omläggning

Överblivet material i brutna förpackningar kastas om det inte går att hålla det personbundet

Använt omläggingsmaterial läggs i soppåse som knyts ihop och slängs i soporna

Instrument och omläggningsskär placeras i diskdesinfektor

Öppna instrumenten och lägg skålar så att vattenstrålarna kommer åt



## Efter avslutad värmedesinfektion

Desinfektera en avställningsyta

Öppna luckan

Desinfektera händerna

Kontrollera diskresultatet, om instrumenten inte blev rena – kör om processen

Låt godset torka på ren och luddfri engångshandduk

Flytta instrument och skålar till höggradigt ren förvaringsplats





# Nästa nätverksmöte

**25 februari**  
**kl 13-14.30**

Tema:  
Vägen till Diplomering?  
Annat?

