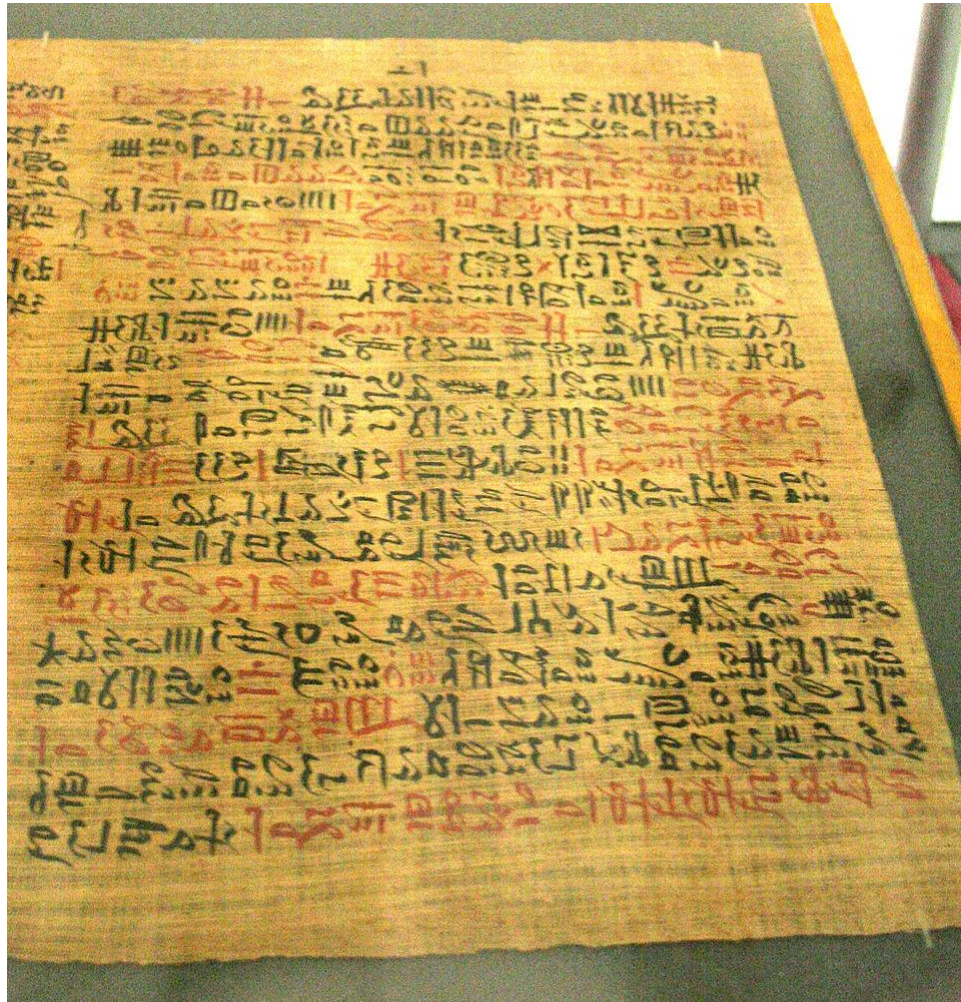


Pinch graft med historiskt perspektiv



Rut F Öien , specialist i allmänmedicin, docent, Lunds Universitet
Adjunct Associate Professor, Monash University, Melbourne, Australien
Forskare och handledare vid Blekinge Kompetenscentrum

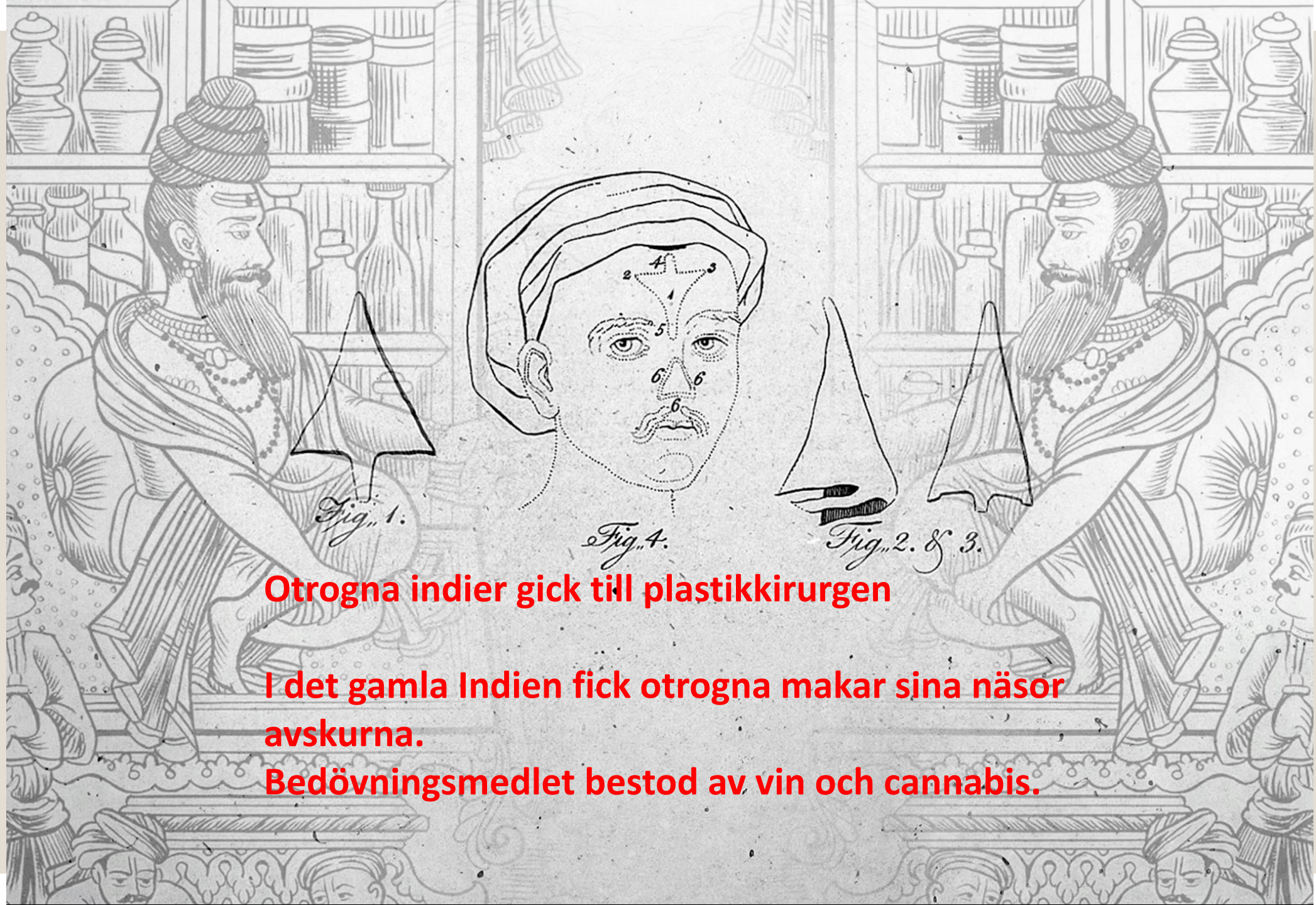


- Ebers-papyrusen, 1550 f.Kr. är ett av världens äldsta och mest omfattande medicinska dokument från forntida Egypten.
- Den 20 meter långa rullen innehåller över 800 recept och besvärjelser mot sjukdomar, inklusive örtmedicin och magiska formler

Hudtransplantation för näsor eller "den indiska metoden",
ca 600 f.Kr.

Denna Teknik utvecklades för att
återställa näsor som amputerats som
straff eller vid krigsskador.





Otrogna indier gick till plastikkirurgen

I det gamla Indien fick otrogna makar sina näsor avskurna.

Bedövningsmedlet bestod av vin och cannabis.

Definition

Pinch graft =(nypa transplantat [hudö]

små, tunna bitar av helhud används för att skjutsa på sårlekning

Tagställe

där man tar hudöarna

Hudöarna tas från tagstället, oftast lårets utsida, och placeras på ett väl rengjort sår med några millimeters mellanrum



J. L. Reverdin

Reverdin
schweizisk kirurg som verkade i Paris

1869, allograft, "Reverdin graft",
"pinch graft"

procedure for
removing tiny pieces of skin from a
healthy area of the body and seeding
them in a location that needs to be
covered

DE LA GREFFE EPIDERMIQUE 1

Par le D^r Jacques-L. REVERDIN (de Geneve), ancien interne laurent
des hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION.

Le 8 decembre 1869, je presentai à la Societe de chirurgie, un malade du service de mon excellent maitre, le D^r Guyon. J'avais pratique sur ce malade une experience nouvelle pour laquelle je proposai alors le nom de *greffe epidermique*; elle consistait à transporter sur une plaie granuleuse de petits lambeaux formes des parties superficielles du cutanement. Cette experience m'ait ele suggeree par l'observation des Hots epidemiques qui se formant spontanement sur certaines plaies; je m'etais demande si on ne pourrait pas, par une greffe, obtenir la formation d'ilots de cicatrisation analogues et hâter ainsi la guerison; il y avait là un double interet physiologique et pratique. Le resultat fut celui que j'osais à peine esperer, non-seulement les petits lambeaux resterent adherents aux bourgeons, mais bientôt ils commencerent à s'etendre et à former un ilot de cicatrisation.

Mais je ne pouvais evidemment tirer de conclusions d'un seul fait, je devais, comme le disait M. Trelat, user de reserve, et me mefier des coïncidences, quoique dans le cas particulier dit fussent difficiles à admettre. Ma communication se terminait par ces mots: « J'aurai à examiner, au point de vue clinique, dans quelles plaies, à quelle periode d'evolution de ces plaies, cette experience, que je nommerai volontiers greffe epidemique, peut reussir... »

J'aurai encore à rechercher jusqu'à quel point cette petite operation peut etre applicable et utile pratiquement.

Enfin, j'aurai à etudier, autant que possible, le processus histologique; y a-t-il simple effet de contact, de voisinage? Y a-t-il proliferation des elements transplantés? (1) ..

Depuis lors, j'ai pu repeter et multiplier mes experiences, les varier de plusieurs facons, en pratiquer sur le cheval, etudier

(1) Cocher de chirurgie, 8 dec. 1869.

Sår med granulation

Raka bort hår

Bäst att ta små hudöar

Sätta där såret är smalast

Var noga så att hudöarnas kanter inte rullar ihop sig

Låt transplanterade såret vara orört några dagar

1872:
från ung → gammal, från sig själv och från
mörkhyad → ljushyad

Enkel metod
Inga speciella instrument



The use of small deep skin grafts
John Staige Davis
1914, JAMA

Moderna plastikkirurgins fader
value of the "small deep grafts"
540 grafts at one time

Var kan man göra pinch grafting?

Polikliniskt ingrepp

Kan utföras på en vårdcentral eller mottagning under lokalbedövning
I sällsynta fall i patientens hem

Enkel metod

Kräver ingen avancerad utrustning: all nödvändig utrustning finns på en vårdcentral

Vem kan göra pinch grafting?

Läkare, sjuksköterska, annan personal

MEN

Utföraren tar det medicinska ansvaret

Kunskapsluckor där fler primärstudier behövs

- ▶ Olika former av antiseptisk behandling vid bensår hos äldre
- ▶ Hudtransplantation vid bensår hos äldre
- ▶ Kirurgi och kompression jämfört med enbart kompression för behandling av bensår hos äldre
- ▶ Systemisk antibiotikabehandling på fotsår hos äldre med diabetes
- ▶ Olika former av sårförband vid fotsår hos äldre med diabetes
- ▶ Undertrycksbehandling jämfört med sedvanlig sårbehandling med förband/omläggningar vid svårläkta sår
- ▶ Näringsdryck berikad med arginin jämfört med näringsdryck utan arginin eller annan nutritionsbehandling vid trycksår hos vuxna patienter som är undernärda eller har risk för undernäring

Hudtransplantation i öppen vård

En enkel metod för transplantation, som beskrevs redan år 1914, är fortfarande mycket användbar. Ingreppet ger sig mycket väl för primärvården, paragraferad docent Karin Norlin, biträde överläkare, infektionskliniken, Lasarettet i Lund, där man nu har sju års goda erfarenheter av denna teknik.

Den första beskrivningen av hudtransplantation gjordes 1869 av schweizaren Reverdin, som påskyndade sårsläkning genom att transplantera små bitar av epidermis. Davis från USA beskrev 1914 en metod för hudtransplantation som han kallade »the small deep graft» [1]. Hans transplanterade hela dermis ned till subkutana fettet. Senare skrev han åter om sin metod [2, 3]. Han förefaller att ha varit mycket använd vid denna tid. Ibland har metoden också kommit att kallas »pinch grafting».

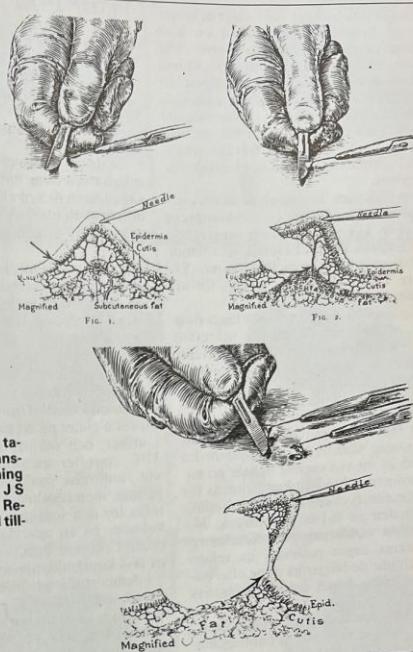
När plastikkirurgin utvecklades och modernare metoder för hudtransplantation kom, tycks den ursprungliga metoden till stor del ha fallit i glömska. För många typer av sår är detta emellertid en suverän metod för att påskynda läkning, varför en beskrivning av den kan vara på sin plats.

De senaste sju åren har vi vid infektionskliniken i Lund använt Davis' metod för fullhudtransplantation med mycket goda resultat. De transplanterade sårerna har framför allt varit venösa bensår, men även huddefekter efter mjukdelsinfektioner och inficerade operationssår.

När såret har en frisk granulationsvävnad kan transplantation göras. Uppdukning görs sterilt. Det bästa tagstället är framsidan av låret, som rakas vid behov. Tvättning sker därefter med 0,5-procentig klorhexidinsprit och tagstället kläds med sterila operationsdukar. Infiltrationsanestesi läggs ytligt subkutant med 0,5 procent lidokain (Xylocain) med adrenalin. Om man räknar med att ta t ex 50 hudöar är det lämpligt att bedöva ca 50 cm² för att ha god marginal.

Hudöarna tas genom att en subkutan nål sticks in i huden i ca 30 graders vinkel så att ett hudveck med formen av en kon

Figur 1. Tekniken vid tagande av hudtransplantaten. Teckning av Max Broedel i J S Davis artikel [3]. Reproducerad med tillstånd.



lyfts upp. Med en skalpell avskärs konens bas, och huden, vars diameter bör vara 3–5 mm, sitter då kvar på nålen (Figur 1). Hudöarna samlas i en skål med fysiologisk koksaltslösning. Transplantaten kan giska koksaltlösning. Transplantaten kan skäras ut mycket nära varandra men en bro av hel hud måste alltid lämnas emellan (Figur 2).

När tillräckligt många hudöar plockats förbinds tagstället med dubbel vaselinförbinds tagstället med dubbel vaselin kompress (t ex Jelonet) på vilken läggs torra kompresser för absorption av eventuell minimal blödning. Självhäftande väv av typ Mefix sätts över till

sist. Omläggning av tagstället behöver ej ske på en vecka och när omläggningen sker kan bandaget oftast avlägsnas. Några problem med tagstället i form av smärta eller infektion har aldrig inträffat. Vår erfarenhet är att patienterna mycket oftare har smärta och längdragen läkning av tagstället när delhudstransplantat med dermatom görs.

Såret, som skall ta emot transplantaten, bör vara tvättat och omlagt redan innan



Figur 2. Tagställe på låret. Hudöar har tagits för att täcka stora bilaterala bensår.



Figur 3. Hudtransplantaten är utplacerade i såret.

medicinsk rapport

ingreppet börjar. Om det är nytvättat och fuktigt, fäster nämligen hudöarna ej ordentligt utan glider.

Sterila dukar läggs runt såret och operatören byter handskar. Med en liten anatomisk pincett plockas öarna från skålen och läggs på såret med 5–10 mm mellanrum (Figur 3). Det är tämligen lätt att avgöra vilket som är den epiteliella sidan på transplantatet. Davis färgade tagstället med brillantgrönt för att inga misstag skulle ske med felvänt transplantat. Detta behövs dock ej enligt vår erfarenhet.

De utplacerade hudöarna »klistras» sedan på plats genom att en salvkompress läggs över, vilken när ut över omgivande hud. Kompressen trycks försiktigt till mot granulationsvävnaden mellan öarna. Ytterligare en salvkompress påläggs för att förhindra uttorkning.

Rikligt med torra kompresser läggs över för att polstra och absorbera sekretion från såret. Självhäftande fixeringsväv får hålla det hela på plats, och en tunn elastisk binda runt foten läggs också om det gäller ett venöst sår på underbenet.

Patienten behöver inte immobiliseras, om man bara har fast bandaget så väl att ingen glidning sker av transplantaten. En annan sak är att vid venösa bensår en immobilisering med höjd fot kan behövas för att avlasta ventricket. Transplantatinläkningen försämrats vid högt ventrick, liksom ju alltid sårsläkning gör. Således rekommenderas dessa patienter en relativ stillhet och när de börjar gå uppe efter någon vecka lindas benet med fast, elastisk binda.

Det transplanterade såret omläggas dagligen med avlägsnande av allt bandagematerial utom de två salvkompresserna. Torra kompresser läggs åter över salvkompresserna. Om såret efter några dagar blir mycket smetigt kan den yttre salvkompressen försiktigt avlägsnas.

När kapillärinväxt börjar ses i transplantaten efter några dagar ändras de färg och blir rosa–blå. Transplantat som förblir vita har ej tagit och kommer att falla av eller måste plockas bort senare. Efter en vecka avlägsnas också den inre salvkompress.

Därefter sköts såret med sedvanlig omläggning, där den viktiga principen är att såret inte får vara torrt. Epitelet börjar växa ut från hudöarna bara någon dag efter att dessa har tagit, och sårtytan blir helt täckt av epitel på 2–5 veckor.

Enkel och säker metod

Vi finner den beskrivna metoden för hudtransplantation enkel och säker att utföra. På ett väl genomblött, rent sår tar oftast alla hudöarna. Inga bekymmer uppstår på tagstället, där ären efter ett år knappast syns. Metoden är billig: ingen dyr operationsavdelning behöver belastas.

Framför allt borde »the small deep graft»-metoden vara lämplig att använda i primärvården, som ju kan ha fall med långdragna, svårårlästa sår. Den går nämligen alldeles utmärkt att utföra i öppen vård.

Viktigt är att veta att ju mer det höga ventricket kan avlastas (vid venösa bensår)

Nytt test för diagnostik av urinvägsinfektion visar god tillförlitlighet

Ett nytt kommersiellt test, UROBACT, för preliminär diagnostik av urinvägsinfektion visar god tillförlitlighet vid test på kliniska urinprov, enligt en studie av docent Steffen Ansén, kliniskt bakteriologiska laboratoriet, regionsjukhuset, Linköping.

Testet avläses som färgreaktion efter inkubation över natten vid 37°C. Provställningen är enkel och kontaminationsrisken liten. Användandet bör begränsas till öppen vård.

Urinvägsinfektion är en av de vanligaste orsakerna till läkarbesök i öppen vård [1] och drabbar framför allt kvinnor i fertil ålder [2]. Prevalensen av urinvägsinfektion i denna population har angivits till 4 procent, varför behovet av decentraliserad diagnostik är uppenbar.

I öppenvården kvantiteras bakterier i urinen ofta med »Dip-slides» där odlingsmedium gjutet på ett plastunderlag doppas i urinen och inkuberas över natten vid 37°C, varefter antalet kolonier bestäms vid jämförelse med en mall. Metoden är pålitlig, men resultaten kan vara svåra att tolka för den som inte är van att bedöma kolonier på en agaryta. Dessutom krävs relativt mycket urin, vilket kan innebära en viss kontaminationsrisk.

I denna studie utvärderas en ny odlingsmetod – UROBACT – för påvisning av bakteriuri. Resultaten avläses som en färgreaktion och metoden kräver endast små mängder urin.

UROBACT framställs av Dermaci, Ideon, Lund, och marknadsförs av LIC Medical, Stockholm. Varje test består av två identiska rör innehållande en rödfärgad odlingsbuljong med kolhydratsubstrat för olika bakteriezymer. Produktion av ett eller flera enzymer under bakterietillväxt resulterar i färgomslag från rött till

förhindra recidiv kräver livslång kompressionsbehandling med fast elastisk binda. Vi använder ofta den utmärkt elastiska strumpan Sigvaris i de fall då patienten har tillräckligt starka händer för att dra på den.

Alla typer av sår där läkningen annars skulle ta mycket lång tid kan vara lämpade att transplantera. Förutsättningen är att man fått en frisk, kärlik granulationsvävnad. Av detta följer att arteriella och diabetiska sår är svåra att läka både med och utan transplantation. Men ibland kan det vara värt ett försök även i de fallen.

Karin Norlin

Litteratur

1. Davis JS. The use of small deep skin grafts. JAMA 1914; LXIII:985-9.
2. Davis JS. The small deep graft. Ann Surg 1929; 89:902-16.
3. Davis JS. The small deep graft. JAMA 1914; LXIII:985-9.

gult. Provsättnings- och avläsningsmetoden framgår av Figur 1.

Odling av 424 konsekutiva, kylförvarade urinprov från öppenvården gjordes parallellt med UROBACT och konventionell semikvantitativ teknik. Vid varje re motsvaret överförs 10 µl urin med en Endo-agarplatta, som därefter inkuberas över natten vid 37°C. Vardera växta kolonier räknas. Vår avläsning motsvarar $\geq 10^4$ bakterier/ml (växt). Mindre än 100, men ≥ 10 kolonier motsvarar 10^4 – $<10^5$ bakterier/ml (växt), medan <10 kolonier motsvarar $<10^4$ bakterier/ml. De framväxta kolonierna identifieras med bakteriologiska timmetoder.

Resultat

Färgomslagen från rött till gult i UROBACT-rören var i samtliga förekomster de fall distinkta och lättolade.

Utfallet med de båda odlingsmetoderna presenteras i Tabell 1.

Riklig växt erhöles med konventionell odling i 182 prov, varav 169 var positiva med UROBACT, vilket gav en sensitivitet (sant positiva/sant positiva + falskt positiva) på 93 procent. Av 242 prov med $<10^4$ bakterier/ml var 213 negativa med UROBACT. Specificiteten (sant negativa/sant negativa + falskt positiva) var 88 procent. Med UROBACT var 96 procent (184 av 191). Av de 198 prov som utföll positiva med UROBACT visade 169 riklig växt i konventionell odling. Detta gav en sensitivitet (sant positiva/sant positiva + falskt positiva) på 85 procent. »Predictive value of negative test» (korrekt negativa med testet/totalantalet negativa med testet) $<10^4$ bakterier/ml var 94 procent (226 av 226).

Diskussion

Vid jämförelse av kommersiella test med konventionell bakteriologisk urindring möter man tolkningssvårigheter.

Den konventionella bakteriologiska urindringen är semikvantitativ och indikationen på bakterietillväxt är ofta osäker, därför inte alltid samma baktteriologiska resultat som vid UROBACT. Dessutom är kastat urinprov sällan kontaminerat, vilket vid frägenheten bakteriuri (växt av bakterier i urinvägar) ovanför uretra [1] medför att upp till 20 procent av proven kan vara falskt positiva. Bakteriemiens betydelse som indikator på bakteriuri kan dock ifrågasättas vid undersökning av endast ett kastat urinprov. Resultatet av växt uppfattas därför ibland mera som uppmärksamhet till förnyad provtagning som ett tecken på förekomst av bakterier i urinblåsan. Av denna anledning kan diskuteras om man skall beräkna sensitivitet för kommersiella test utifrån prov med $<10^4$ eller utifrån prov med $<10^5$ bakterier/ml; därför har båda alternativen

urinvägsinfektioner i relation till positiv test delvis falskt po

Liksom »inte ersätta sjukhusmiljövakning är därför inget

Pseudomonas aeruginosa UROBACT-gränssnitt

gränssnitt niska urinslides» fömonas värdens infektioner redan efter

Konklus Bakter UROBACT med den toden vi um. Det föräran pen vär andra b värde f vägsinf



Karin Norlin,

- infektionsläkare i Lund
- uppskattad kliniker
- pionjär utmattningssyndrom
- startade Vattentankar i Kenya
- beskrev badfeber, i Lancet 1977



Reverdin, 1869



John Staige Davis, 1914



Karin Norlin, 1987

Leg ulcer management in primary care
with special reference
to pinch grafting

Rut Frank Öien



FACULTY OF MEDICINE
Lund University

Malmö 2002

- 326 Pinch graft i primärvård
- Pinch graft i primärvård nästan 6 ggr billigare än på sjukhus



Grunden är
patienternas
förtroende,
kontinuitet
och
uppföljning

Pinch Grafting: A Systematic Review of Modern Perspectives and Applications in Dermatologic Surgery and Wound Healing

George M. Jeha, MD,* Emma Hill, MD,† Laura Taylor, MD,† Michael Davis, MD,†‡§ Hubert T. Greenway, MD,† and Benjamin Kelley, MD, MBA†

BACKGROUND Pinch grafting has experienced a resurgence in interest in recent years, stemming from its simplicity, safety, and potential in restoring tissue integrity. While historically employed for chronic nonhealing wounds, pinch grafts have shown promise following surgical procedures, particularly those involving the lower extremities.

OBJECTIVE To systematically review the literature and present an updated overview of the current applications of pinch grafting.

METHODS A systematic review was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. In collaboration with a medical reference librarian, the PubMed, Embase, Scopus, and Web of Science databases were searched for studies reporting on the use of pinch grafting from 2000 onward. The references of each included article were also screened.

RESULTS Ten articles met final inclusion criteria. In total, 300 patients underwent pinch grafting for treatment of skin ulceration, while an additional 35 cases were performed as an alternative to primary closure following skin cancer resection. Overall, pinch grafting was safe and well tolerated, with minimal adverse outcomes reported.

CONCLUSION Pinch grafting is a safe, straightforward, and effective technique to promote the healing of chronic wounds. While the procedure shows early promise in emerging applications within dermatology, the majority of the reported cases involved this indication, reflecting a need for further research in this area.

A total of **930** potentially relevant publications were identified in the initial query. After removal of duplicates, **409** unique records remained. Ultimately, a total of **10** publications met the inclusion criteria and were included in the final qualitative synthesis – år 2024

TABLE 2. Overview of Studies Reporting Nonindividualized Patient Data on Pinch Grafting for Treatment of Cutaneous Ulcerated Wounds

First Author, Year	Study Type	Number of Patients	Number of Treated Ulcers	Median Age of Patients in Years (Range)	Number of Female Patients (%)	Etiology of Ulcer (%)†	Median Duration of Ulcer in Months (Range)	Median Size of Ulcer in cm² (Range)	Number of Healed Ulcers (%)	Pinch Graft Donor Site	Median Healing Time in Weeks (Range)
Hjerppe et al ^{9,*}	Retrospective	104	169	64.5–75 (38–90)	Not specified	Venous (67) Rheumatic (9) Other (10)	6.8–9.8 (1.6–22.2)	5.5–6 (0.5–150)	104 (62)	Thigh	5–8 (1–44)
O'Brien et al ¹²	Prospective	85	126	74 (35–94)†	59 (69)	Venous (43) Multifactorial (25) Venous-arterial (17)	15.9 (1–84)†	13.5 (0.1–165.6)†	76 (60)	Thigh	18.5 (3–48)†

* In the case of the referenced article, medians from 2 individual groups (1 outpatient group and 1 inpatient group) are presented as ranges, denoted by "Group A Median–Group B Median."

† Data in table: median, unless † denotes mean.

‡ The 3 commonest etiologies are listed.



Atrophie Blanche

Pinch graft minskar smärta

Hudtransplantation (skin grafting) på häst är en etablerad kirurgisk metod för att behandla stora, svårläkta sår, särskilt på nedre delen av benen där huden är stram och risken för överdriven ärrvävnad är stor. Metoden påskyndar läkningen, minskar bildandet av ärrvävnad och ger ett bättre kosmetiskt och funktionellt slutresultat än om såret får läka av sig självt.

Williams ZJ, Pezzanite LM, Hendrickson DA. Review of skin grafting in equine wounds: indications and techniques. Equine Vet Educ. 2024 Sep;36(9):484-493. doi: 10.1111/eve.13964. Epub 2024 Feb 28. PMID: 39246829; PMCID: PMC11376462.



Skin Grafts – A Faster Way to Heal Large Wounds
September 21, 2019 by Kathy Connell, DVM
Del Oeste Equine Hospital

Nationellt/Internationellt nätverk





- EGPRW (European General Practice Research Workshop) med föreläsningar i Paris 1993, London 1997, Barcelona 1997.
- Forum Balticum: Karlskrona: 1994, 1998, Klaipeda, Litauen 2002, Tartu, Estland 2004.
- 3rd European Conference on Advances in Wound Management, Harrogate, UK 1993
- **Equipo Cesca och Centro de salud "Benita de Avila", Madrid, 1994**

ABC

Pinch grafting



Sammanfattning Rut F Öien

Definition

Pinch graft =(nypa transplantat [hudö]

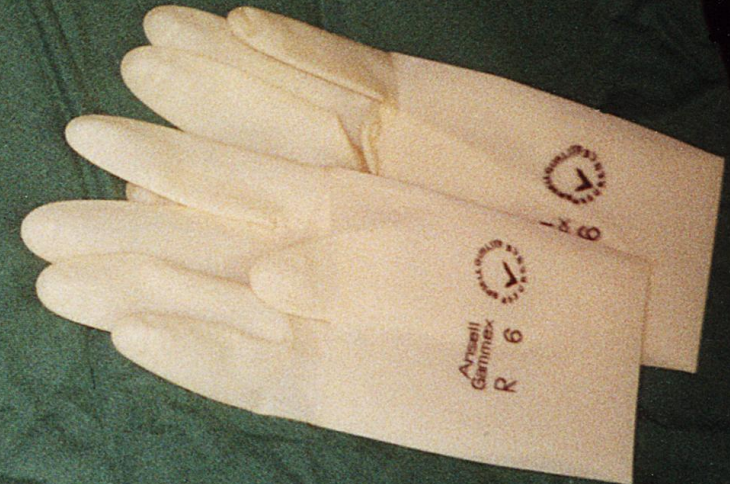
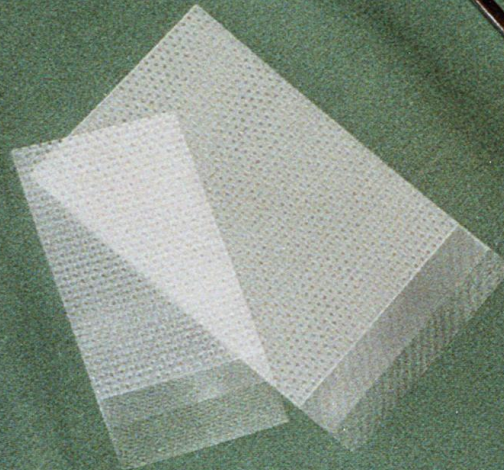
små, tunna bitar av helhud används för att skjutsa på sårlekning

Tagställe

där man tar hudöarna

Hudöarna tas från tagstället, oftast lårets utsida, och placeras på ett väl rengjort sår med några millimeters mellanrum

Detta behöver man



Hur gör man → Steg 1

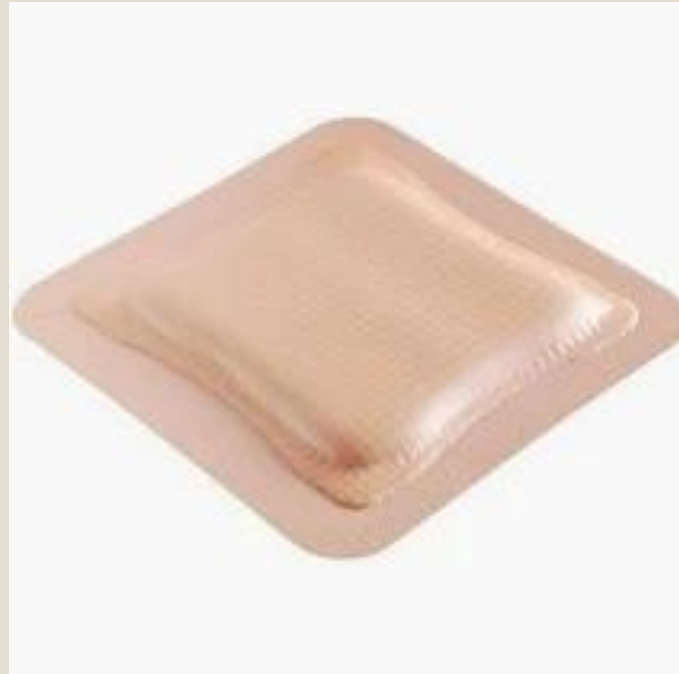
- Ytlig infiltrationsanestesi läggs på ett handflatestort område på tagstället, Med hjälp av en subkutan nål och skalpell tas hudöar, 3–5 mm i diameter.
- Huden lyfts upp med en nål så att en liten "kon" bildas, som sedan skärs av med en skalpell.
- Hudöarna läggs i en skål med NaCl
- När alla hudöar har tagits, placeras hudöarna ut mha en slät pincett.
- Hudön har tunna kanter och en vit "knopp" i botten (fett), så att man lätt ser vad som är upp och vad som är ner

Hur gör man → Steg 2

- Tagstället täcks vanligtvis med ett polyuretanskumförband eller ett absorberande skumförband lämnas orört i 1 vecka.
- Hudöarna placeras ut på bensåret, med några millimeters mellanrum. Över såret läggs förslagsvis ett fuktighetsbevarande förband, som byts 1 gång/vecka.



På hudöarna



På tagstället



bild från Vårdhandboken

Läkningsprocessen

- Hudöarna blir blåroda pga kärlinväxt under den första veckan.
- Patienten bör vara i relativ stillhet under de första dagarna, med högläge av benet samt kompression vid venöst sår.
- Fullständig läkning av såret sker, i gynnsamma fall, inom 6 veckor medan tagstället brukar läka inom 14 dagar.

Var kan man göra pinch grafting?

Polikliniskt ingrepp

Kan utföras på en vårdcentral eller mottagning under lokalbedövning
I sällsynta fall i patientens hem

Enkel metod

Kräver ingen avancerad utrustning: all nödvändig utrustning finns på en vårdcentral

Vem kan göra pinch grafting?

Läkare, sjuksköterska, annan personal

MEN

Utföraren tar det medicinska ansvaret

Lärdomar från pinch grafting

1. Det viktigaste är inte såret utan människan
2. Ha en fungerande organisation för att följa upp fram till läkning = kontinuitet
3. Prova gärna
 - *det kan inte orsaka några men
och
 - * det kan vara verkningsfullt för just din patient



RiksSår

- Ålder och kön
- Allmän anamnes
- Underliggande sjukdom(ar)
- Smärta? Mediciner?

- Lokalisation
- Uppkomst
- Duration
- Recidiv



Välkommen till RiksSår

RiksSår finns för att du som är patient ska få en säkerställd sår diagnos och kortare läkningstid. Fokus ligger på din livskvalitet. RiksSår ger dig som är personal ett kliniskt verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, utbildning och rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden. RiksSår erbjuder hälso- och sjukvården en heltäckande bild av sårproblematiken på nationell nivå och stora kostnadsbesparingar pga. minskade läkningstider.

Gå med i RiksSår

Läs hitte du information om hur du ansluter till

Digital fika med RiksSår

RiksSår bjuder in användare till en timmes fika via

Nationell sår läkningsdag

Sår läkningsdagen är en utomhusaktivitet som



Svårläkta sår
Rätt diagnos till rätt patient

Kunskapsstöd om svårläkta sår



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Välkommen till RiksSår

RiksSår finns för att du som är patient ska få en säkerställd sår diagnos och kortare läkningstid. Fokus ligger på din livskvalitet. RiksSår ger dig som är personal ett kliniskt verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, utbildning och rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden. RiksSår erbjuder hälso- och sjukvården en heltäckande bild av sårproblematiken på nationell nivå och stora kostnadsbesparingar pga. minskade läkningstider.

Gå med i R

Digital sårutbildning publicerad

RiksSårs digitala sårutbildning är en basutbildning för dig som träffar och behandlar patienter med svårläkta sår. Utbildningen omfattar den basbedömning och basbehandling som beskrivs i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp samt nationellt vårdprogram för svårläkta sår. Utbildningen beskriver också hur RiksSår kan användas för att följa upp vårdens kvalitet.

Rikssårs sårutbildning - <https://composer.grade.se/luvitportal/permalinks/opencourse/5730>

Mer utbildningsmaterial finns på: [RiksSårs utbildningsmaterial - RiksSår \(rikssar.se\)](#).

> [BMJ Open](#). 2024 Aug 21;14(8):e087894. doi: 10.1136/bmjopen-2024-087894.

Management and outcomes among patients with hard-to-heal ulcers in Sweden: a national mapping of data from medical records, focusing on diagnoses, ulcer healing, ulcer treatment time, pain and prescription of analgesics and antibiotics

T Rut Frank Öien ¹, Jenny Roxenius ², Maria Boström ^{2 3}, Hanna Linnea Wickström ^{2 4}

Affiliations + expand

PMID: 39174055 PMCID: [PMC11440203](#) DOI: [10.1136/bmjopen-2024-087894](#)

Abstract

Outcome measures: Descriptive analysis of data from the patients' medical records.

T **Results:** A total of 2470 patients from 168 units were included, of which 39% were treated in primary care, 24% in community care and 37% in specialist care. A total of 49% of patients were treated without an aetiological diagnosis. Healing occurred in 37% of patients and ulcer-related pain was experienced by 1224 patients (50%). Antibiotics were given to 56% of the patients. Amputation occurred in 5% and 11% were deceased.

Conclusion: Only 51% of patients with hard-to-heal ulcers had a documented aetiological ulcer diagnosis, which means that approximately 20 000 patients in Sweden might receive suboptimal treatment. Future research needs to explore why so many patients are undiagnosed and how to improve diagnosis, which could lead to faster healing and shorter treatment times.

...e treated according



Foto: Rut F Öien, Sårcentrum Blekinge

Patientrepresentant Inger Jardevi

Tänk så stor skillnad
just DU kan göra med
vårdförloppets
strukturerade
arbetssätt

<https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/nationellt-varldprogram-for-svarlakta-sar.pdf>

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN