

Dokumentnamn: Rutin för tidig identifiering av kritisk ischemi i primärvård		Revision: 01
Dokumenttyp: 8.5.0.1.1-5 rutin	Dokumentnummer: 25-385	
Detta dokument gäller för: Hälso- och sjukvården	Programområde/Funktionsområde: LPO Hjärt- och kärlsjukdomar	
Dokumentansvarig: LPO Hjärt- och kärlsjukdomar	Beslut av: Ordförande för LPO Hjärt- och kärlsjukdomar	
Beslut datum: 2025-04-07	Nästa revidering: 2026-04-07	

Rutin för tidig identifiering av kritisk ischemi i primärvård

Bakgrund

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kritisk benischemi (PSV KI) har som övergripande mål att skapa en välorganiserad och effektiv vård som främjar patientmedverkan där onödiga väntetider för patienten minimeras och tillgängliga resurser optimeras i syfte att lindra smärta, bevara fungerande ben och minska risken för död. Behovet av förbättrade rutiner berör främst patienter med KI och svårläkta sår. Denna rutin har som syfte att påskynda identifiering av KI.

Misstanke om KI föreligger om det finns vilovärk >2 veckor och/eller sår eller gangrän på fot. Välgrundad misstanke om KI föreligger när patienten har objektiva fynd som patologiskt kärlstatus med något av följande kriterier:

- Sänkt ankeltryck (<50–70 mmHg; ABI <0,5*).
- Sänkt tåtryck (<30–50 mmHg).
- Förhöjt ankel/brachialindex (ABI > 1.4).
- Fotsår hos person med diabetes som inte läkt på 2 veckor.

Initial kontakt med sjukvården

Patienter med följande symtom bokas direkt till allmänläkare:

- Vilovärk >2 veckor.
- Sår eller gangrän på fot.
- Fotsår hos person med diabetes som inte läkt på 2 veckor.

Det kan vara en fördel att basbedömning påbörjas av distriktssköterska* enligt RiksSårs-mall, i anslutning till bokat läkarbesök. Då har läkaren ett bra underlag för diagnossättning, där ankeltrycksmätning, smärtskattning och sårstatus med mera redan är undersökt.

Patienter med sår där det initialt inte finns misstanke om KI bokas till distriktssköterska* för att påbörja basbedömning:

- Patienter med fotsår utan diabetes, ingen vilovärk.
- Patienter med bensår.

*På vissa vårdcentraler har undersköterskan ansvaret för sårbehandling. Varje verksamhet tar ansvar för att personalen har rätt kompetens till arbetsuppgiften.

Rutiner vid patientbesök

Rutin distriktssköterska – patient som söker för sår som ej läkt/förväntas läka inom 4–6 veckor från uppkomsten. Distriktssköterska initierar basbedömning (enligt RiksSårsmall Nybesök) och påbörjar basbehandling.

- Anamnes, med särskilt fokus på tidigare och aktuella sjukdomar, aktuella läkemedel, rökning.
- Status; Body Mass Index (BMI), **rörlighet***, nutritionsstatus.
- Såranamnes; såruppkomst, sårduration, tidigare sår, djup ventrombos, kärlkirurgiska åtgärder eller tidigare amputation.
- Smärtanalys och smärtskattning (VAS).
- Kärlstatus; palpation av perifera pulsar, ankeltryck och ankel-/armtrycksindex (ABI).
- Sårstatus; sårstorlek, sårlokalisering, sekretion, fibrin, nekros, granulationer, sårkanter, tecken på sårinfektion, fotodokumentation i MultimediaArkiv.
- Hud runt såret; ödem, rodnad, blek hud, hyperpigmentering, varicer, behåring, atrophie blanche (vitaktiga ärliknande hudområden med högröda papler), lipodermatoskleros (senstadium av ödem med kronisk inflammation och bindvävsomvandling).
- Blodsockerkontroll och HbA1c vid misstanke om diabetesrelaterat fotsår. Vid behov kan kompletterande provtagning behöva utföras utifrån patientens allmäntillstånd. Såransvarig personal utses som följer sårbehandlingsförloppet med kontinuitet. Om ankeltryck och/eller ABI indikerar välgrundad misstanke om KI bokas tid till läkare omgående. Om ankeltryck och/eller ABI inte inger misstanke om KI men såret inte läkt eller förväntas läka inom 4–6 veckor bokas besök till läkare (inom 4–6 veckor) för bedömning, diagnossättning och behandling av bakomliggande orsaker till att såret inte läker.

Rutin läkare - patient med misstänkt KI

- Klinisk undersökning inklusive kärlstatus.
- Om diagnos KI är osäker skrivs remiss till tåtrycksmätning.

Vid välgrundad misstanke om KI:

- Information till och dialog med patienten, och vid behov närstående, om diagnos, fortsatt utredning och behandling. Dokumentera diagnos i journal.
- Skriv remiss till kärlmottagningen Karlskrona. Handläggning enligt PSV KI (se nedan). I remiss uppges andra sjukdomar, rörlighet, kärlstatus, sårlokalisering, sårstatus, infektionstecken och insatt behandling.
- Kontrollera kreatinin (S-krea).
- Optimerad farmakologisk behandling (kardiovaskulär sekundärprevention: antitrombotiska läkemedel (Trombyl 75mgx1) samt antihypertensiv och lipidsänkande behandling (Atorvastatin 40mgx1) med sikte på etablerade målvärden); smärtlindring; antibiotikabehandling vid infekterade fotsår (efter odlingsprov); diabeteskontroll (i förekommande fall).
- Kartläggning av riskfaktorer och i samråd med patienten, inleda åtgärder mot ohälsosamma levnadsvanor utifrån individuella förutsättningar i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (hjälp till rökstopp – högprioriterat, överväg remiss till rökavvänjning, förändring av ohälsosamma matvanor, minimerad alkoholkonsumtion, optimerad fysisk aktivitet).

Vid välgrundad misstanke om KI sker handläggning på två sätt:

- Patienter med snabb progress av sår/vävnadsdöd, tillkomst av infektiösa fotkomplikationer eller tecken på en akutisering av tillståndet med hot mot extremitetens vitalitet (sensorisk och/eller motorisk påverkan): Direktkontakt med kärlkirurg eller motsvarande för ställningstagande till akut eller subakut specialistbedömning.

- Övriga patienter: Omgående remiss för bedömning vid kärlkirurgisk enhet.

Ingång i vårdförloppet ska inte ske om:

- Patienten får plötslig cirkulationsstörning och det finns akut hot mot extremitetens överlevnad (akut benischemi). Dessa patienter ska bedömas omgående av specialistenhet.
- Vårdgivare (remittent) i samförstånd med patienten bedömer att det sammantagna hälsotillståndet inte medger medverkan i vårdförloppet, exempelvis vid grav komorbiditet där målet att bevara benet inte är rimligt. Detta rör sig ofta om multisjuka, sängbundna äldre patienter utan förmåga till självständig förflyttning och i många fall med permanenta kontrakturer i knä- och/eller höftleder.

Författare: Rolf Fröjse, överläkare