

Trycksår hos döende patienter, något oundvikligt eller ett tecken på dålig vårdkvalitet?

TEXT: MARIA CARLSSON

Förekomsten av trycksår i vården är ofta förknippad med moraliska bedömningar som dålig omvårdnad eller till och med skarpa uttryck som vanvård. En studie med sjuksköterskor och undersköterskor visade att känslor av skuld och skam som förknippas med trycksår kan leda till försummelse och underbehandling av såret. Även närstående till patienter vårdade inom specialiserad palliativ hemsjukvård kan känna oro och obehag inför risken att den sjuke utvecklar trycksår.

DET FINNS EN klinisk paradox att ta hänsyn till vid vård i livets slutskede och det är att vändningar kan lindra den smärta som uppstår på grund av tryck men själva lägesändringen kan i sin tur ge upphov till smärta. Det är i detta spänningsfält som besluten om trycksårsprofilax måste tas.

UNDER 2014 hölls en multidisciplinär State of the Science konferens i USA om det finns oundvikliga trycksår. Konferensen slog fast 15 konsensusuttalanden, varav ett var att det finns oundvikliga trycksår.

I SLUTET AV 80-talet rapporterades förekomsten av ett specifikt sår hos personer i livets slutskede benämnt som Kennedy Terminal Ulcer KTU. Definitionen av KTU är ett sår som vissa personer utvecklar när de är döende. Såret har ett oregelbundet mönster vanligen i form av ett päron, fjäril eller hästsko. Den vanligaste pla-

ceringen är i rygglut, hälar, armbågar eller skinka och färgen är mörkröd/gul/svart. Det mest karakteristiska med såret är den snabba uppkomsten.

DET TYPISKA FÖRLOPPET är att personens hud har varit intakt på morgonen och när personen ska läggas för eftermiddagsvila så upptäcks hudförändringen/såret, därefter progredierar såret snabbt och blir ofta djupt inom ett dygn. De flesta patienter dör inom 1-14 dagar. Såret går inte att förebygga och är nästan omöjligt att läka.

HYPOTESEN ÄR ATT etiologin bakom ett KTU är att blod transporteras bort från huden till andra organ under döendeprocessen...och att det är ischemin som associeras med den multipla organsvikten snarare än effekten av tryck eller shuvning som resulterar i oundvikliga trycksår (förf. översättning).

DET FINNS INGA vetenskapliga studier som bekräftar hypotesen att KTU finns, begreppet bygger enbart på kliniska observationer. En expertpanel betonar i ett konsensusdokument behovet av systematiska studier av sår som uppstår i livets slutskede SCALE, men även i detta dokument slås det fast att det finns oundvikliga sår som uppstår i livets slutskede och i dokumentet beskrivs även KTU.

I LITTERATUREN OMNÄMNS också en annan hudförändring som uppstår i livets slutskede, Trembley-Brennan Terminal Tissue. Hudförändringen har vissa likheter med ett KTU men progredierar inte till ett sår, men bör uppmärksammas som en möjlig differentialdiagnos. Sår som uppstår på grund av fukt till exempel genom urin och fecesinkontinens har en annan uppkomstmekanism, och studier har visat att dessa sår är svåra att skilja från trycksår.

I DET SVENSKA Palliativregistret som finansieras via Sveriges Kommuner och Landsting finns en fråga om patienten hade något trycksår, samt kategori, sista veckan i livet. I Socialstyrelsens riktlinjer för den palliativa vården är förekomsten av trycksår, grad 2-4, en kvalitetsindikator för vård i livets slutskede och databasen för denna kvalitetsindikator är Svenska Palliativregistret.

UNDER 2013 RAPPORTERADES 49 919 avlidna in till det Svenska Palliativregistret. Trycksår vid dödsfallet är inrapporterat för 17 procent av patienterna på vård och omsorgsboenden, 28 procent för den specialiserade palliativa slutenvården, 22 procent för den allmänna palliativa hemsjukvården vården samt 26 procent i den specialiserade palliativa hemsjukvården. Den stora skillnaden i andelen trycksår mellan patienter som avlider inom olika vårdformer till exempel specialiserad palliativ slutenvård jämfört med vård och omsorgsboenden, väcker frågan om sår orsakas av skillnader i vårdkvalitet eller om skillnaden kan förklaras av att man vårdar patienter med helt olika risker för att utveckla trycksår.

DEN BETYDLIGT HÖGRE siffran inom den specialiserade palliativa vården kan kanske förklaras av den stora andelen patienter med cancer i denna vårdform. Patienter med cancer har en ökad risk för sår på grund av kraftig avmagring, dåligt immunförsvar och för att de ofta behandlas med kortikosteroider etc.

SAMMANFATTANDE BUDSKAP:

Om det finns sår som uppstår i livets slutskede, som inte går att förebygga och knappast få att läka är det problematiskt att ha trycksår som uppstått sista veckan i livet som en kvalitetsindikator för palliativ vård. Bristen på studier som verifierar eller falsifierar förekomsten av KTU är problematisk. Målet för palliativ vård är livskvalitet och lindrat lidande, ibland kan vändningar snarare öka än minska lidandet hos den döende patienten genom den smärta som uppstår. Ett annat problem är risken för att även andra hudförändringar eller sår felaktigt registreras i registren som trycksår. Det är viktigt att de kvalitetsindikatorer som ingår i olika register är valida. Den stora skillnaden i andelen trycksår mellan patienter som avlider inom olika vårdformer väcker frågan om orsaken är skillnader i vårdkvalitet eller om det beror på att man vårdar patienter med helt olika risker för att utveckla trycksår. Även dessa frågor är viktiga att beakta när trycksår används som en kvalitetsindikator för god palliativ vård. Det är därför mycket angeläget att studier görs för att erhålla vetenskapligt underbyggd kunskap inom området sår som uppstår i livets slutskede.

Artikeln med referenser finns på www.nrpv.se



Maria Carlsson

Leg. sjuksköterska,
Docent, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,
Uppsala universitet

Trycksår vid dödsfallet är inrapporterat för 17 % av patienterna på vård och omsorgsboenden

Referenser

- Athlin E, Idvall E, Jernfält M, Johansson I (2009) Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2252–2258
- Carlsson M (2013) A separate structured conversation with relatives of patients enrolled for advanced palliative home care-A care development project-. *Palliat Support Care*, 12(2)107-115.
- Defloor T, Schoonhoven L (2004) Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 952–959.
- Defloor T, Schoonhoven L, Katrien V, Weststrate J, Myny D (2006) Reliability of the European Pressure Ulcer Advisory Panel classification system. *J Adv Nurse* 54 (2); 189-98.
- Edsberg L, Langemo D, Baharestani M M, Posthauer M E, Goldberg M (2014) Unavoidable pressure injury. State of the science and consensus outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 41 (4);1-22.
- Kennedy-Evans K (2009) Understanding the Kennedy Terminal Ulcer. *Ostomy Wound Manage.* 55 (9); 6.
- Kennedy K (2003) *The Kennedy Terminal Ulcer 198-199.* (Red) Milne CT, Corbett LQ. Wound, ostomy and continence nursing secrets. Hanley & Belfus. Philadelphia PA.
- Searle C, McInerney F (2008) Nurses' decision-making in pressure area management in the last 48 hours of life, 14, (9); 432-438.
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz JB et al. (2010) Scale: skin changes at life's end. Final consensus statement. *Adv Skin Wound care.* 23, (5); 225-236.
- Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Rekommendationer. www.socialstyrelsen.se/publikationer/2012/2012-6-17
- Svenska palliativ registret. www.palliativ.se
- Trombly K, Brennan M, Thomas L, Kline M (2012) Prelude to death or practice failure? Trombly-Brennan Terminal Tissue Injuries. *Amer J Hospice & Pall Medicine*
- Weir D (2007) Pressure ulcers: assessment, classification, and management. In: Krasner D, Rodeheaver G, Sibbald R eds. *Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals.* HMP Communications. 575-581.
- Yastrub D (2010) Pressure and pathology. Distinguishing pressure ulcers from the Kennedy Terminal Ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 37 (3); 249-250.