

Den røde tråden...

AV DEE BERG OG PATRICIA MERCKOLL

Sårbehandling har tradisjonelt ikke vært høyt prioritert i helsevesenet. Noen sår gror ukomplisert og uten spesielt mye oppfølging, mens andre sår blir kroniske etter et kirurgisk inngrep, traume eller sykdom. Slike sår kan påføre pasienten unødvendige lidelser og medføre en høy kostnad for samfunnet ved å forlenge et rehabiliteringsforløp, dersom optimal fysisk trening ikke er mulig på grunn av et åpent sår.

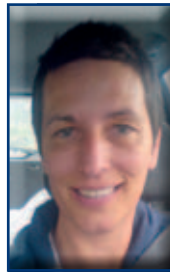
Kompetanse, kvalitet og kontinuitet

Pasienter med kroniske sår sirkulerer ofte mellom sykehus, allmennleger, hjemmesykepleiere og sykehjem uten at det blir kontinuitet i sårbehandlingen. Mange pasienter opplever at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike behandlerne. Kvaliteten på sårbehandlingen, dokumentasjonsmetoder og overføringsrutiner mellom de ulike nivåene bør både prioriteres og forbedres – samhandlingen bør altså bedres.

Behandlingslinjer kan defineres som strukturerte, tverrfaglige behandlingsplaner som spesifiserer viktige trinn i behandlingen av pasienter med definerte kliniske problemer (1). Bruk av behandlingslinjer i sykehus kan føre til færre komplikasjoner og bedre dokumentasjon av behandlingen. Dette fremgår av en fersk Cochrane-oversikt (2).

Behandlingslinjer for å standardisere sårbehandling og dokumentasjon av sår vil øke kompetansen, kvaliteten og kontinuiteten i sårbehandlingen til beste for pasienten og samfunnet.

Vi har ikke råd til å ignorere sårbehandling i de neste tiårene. Det er forventet en økning i kroniske sår på grunn av «eldrebølgen» og økning av fedme og diabetes (3). Kroniske sår har blitt beskrevet som en «stille epidemi» og kan være svært res-



Dee Berg, amerikansk sykepleier. Utdannet ved Bethania School of Nursing i Wichita Falls, Texas, USA. Jobber på CatoSenteret, et rehabiliteringssenter i Son. Det er mange ulike diagnoser blant brukerne. Har jobbet med sårbehandling de siste 10 årene og arbeider aktivt med veiledning og undervisning om sårbehandling og dokumentasjon av sår både internt og eksternt. Jobber også som privat konsulent i sårbehandling.



Patricia Merckoll, britisk lege og antropolog. Utdannet ved Royal Free and University College School of Medicine, London 2002 og University of Cambridge (MA Cantab. 1993. Archaeology and Anthropology). Spesiell interesse for sårheling. Er under spesialisering i medisinsk mikrobiologi, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

surskrevende og gi store kostnader for både pasienten og samfunnet hvis ikke riktig behandling brukes til riktig tid (3). Kroniske sår fører til enorme fysiske og psykiske lidelser, med smerte, redusert mobilitet og sosial isolasjon. En kompliserende faktor er den forventede økningen i antibiotikaresistente bakterier (4). Bakterier koloniserer sår og hindrer tilhelingsprosessen. Infiserte sår gir økt risiko for invasiv infeksjon (4). Vi kan ikke la overtalende markedsføring av produkter eller gamle vaner bestemme hvordan vi behandler sår. Evidensbasert praksis som kan dokumenteres må være bakgrunn for valg av sårbehandlingsprodukter og behandlingsmetoder (5). Et eksempel er grønnåpebad. Det finnes ingen dokumentert forskning på at dette er bra for sårtilheling, men det brukes fortsatt av mange. Det finnes også mye forskning på at sølv ikke passer til mange sår, og at det faktisk kan skade nytt granulasjonsvev i granulasjons- og modningsfasen av sårtilhelingen (6, 7). Vi må være trygge på de metodene og preparatene vi bruker og hvorfor vi bruker dem. Med andre ord: Riktig behandling til rett tid.

Vi må se på gamle metoder for sårbehandling, som honning og larveterapi, og gjennomføre forskning av høy kvalitet for å finne de beste metodene for å forbedre pasientbehandlingen samt redusere antibiotikabruk. Vi mener Norge har ressurser og kunnskap for å utarbeide en internasjonal standard for sårbehandling. *(forts. s 18)*

Dokumentasjon av sårbehandling

NAVN: James Bond

FØDSELSDATO: 007

ANKOMSTDATO: Uke 1 2010

AVREISEDATO: Uke 4 2010

SÅRDIAGNOSE: Operasjonssår etter amputasjon

SÅRETS PLASSERING: Over venstre kne

HVOR GAMMELT ER SÅRET? 6 uker

BEHANDLING VED ANKOMST: Acticoat sølvbandasje



FIGUR 1



FIGUR 2

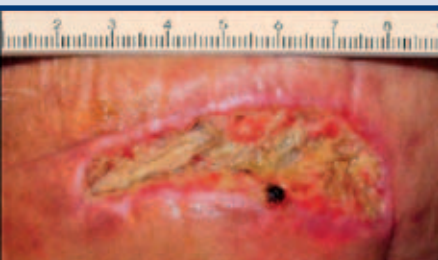
OBSERVASJONER VED ANKOMST: Under en skumbandasje fant jeg en Acticoat bandasje over såret (figur1). Den har vært der i flere uker, uten å ha blitt skiftet eller sett på i følge pasienten. Det var ingen sår dokumentasjon eller sårprosedyre i overføringsdokumentene til Catosenteret. Jeg fjernet Acticoat og fant en tykk gul, fettlignende nekrose under Acticoat (FIGUR 2). Nekrosen var festet til både sårbunnen og sårkanten. Såret var illeluktende, men det var ingen tegn til infeksjon og det var ingen sårveske.

MÅL VED SÅRBEHANDLING: Fjerne gul nekrose for å sette i gang sårheling igjen slik at pasienten kan få best mulig utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

TILTAK: Vi endrer sårprosedyre fra første dag fra Acticoat til Manukahonning. Manukahonning er antibakteriell og bra fra debridingsprosess (inflammasjonsfase) til modningsfase.

- Du Toit DF, Page BJ. An in vitro evaluation of the cell toxicity of honey and silver dressings. J Wound Care. 2009 Sep; 18 (9): 383-9
- Brennan MR, Faliks S. Honey debriding alternative. Symposium on Advanced Wound Care. Dallas Texas. April 2009.

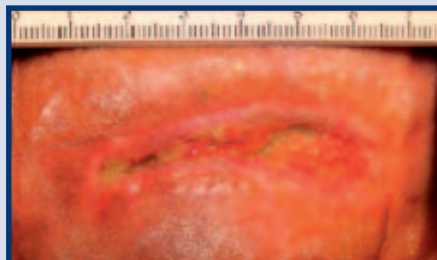
Sårskift en gang om dagen. Smør på et tykt lag med Manukahonning på såret. Legg en Aquacel over for å holde på fuktighet. Dekk med en Mepore. Ta bort løst vev ved sårskift hvis nødvendig. Dette er viktig så lenge såret er i opprensingsfase, men skal ikke gjøres i granulasjonsfase. I granulasjons- og modningsfase skal ikke såret vaskes. Bare ta av gammel bandasje, og ta på ny med en gang.



FIGUR 3 / UKE 1



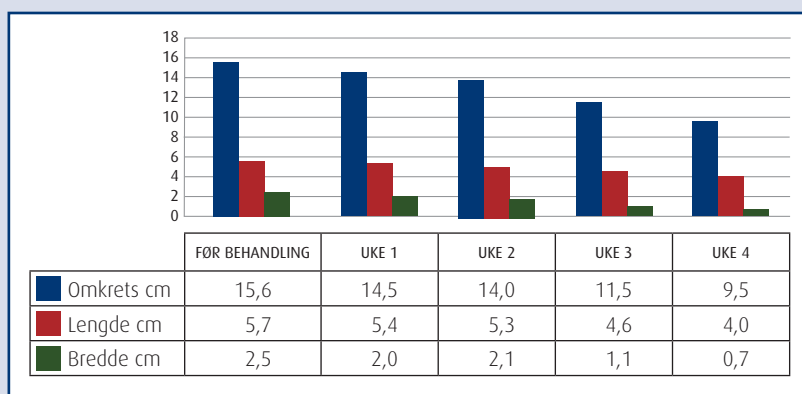
FIGUR 4 / UKE 2



FIGUR 5 / UKE 3



FIGUR 6 / UKE 4



FIGUR 7

RENGJØRINGSFASE (INFLAMMASJONSFASEN) UKE 1, FIGUR 3

Debridement av såret begynner. Sårkantene begynner å blø når gul nekrose løsner fra såret.

NYDANNELSEFASE (GRANULASJONSFASEN) UKE 2, FIGUR 4

Såret er rødt og friskt. Det ses friskt granulasjonsvev og epitelialisering av sårkantene.

MODNINGSFASE (ARRDANNELSEFASEN) UKER 3 OG 4, FIGUR 5 OG 6

OBSERVASJONER UNDER OPPHOLD:

Såret er nesten grodd uten komplikasjoner eller antibiotika under behandling. SE FIGUR 7.

BEHANDLING AVREISE: SE FIGUR 8

VIDERE OPPFØLGING: Pasienten skal skifte på såret selv og tar kontakt med fastlegen ved behov.

SÅRBEHANDLINGSANSVARLIG: Dee Berg

Sårprosedyre

DATO: Uke 4 2010

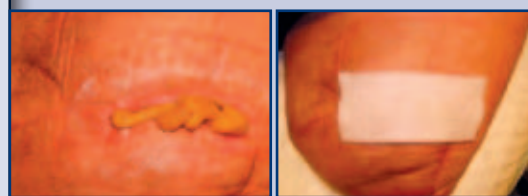
NAVN: James Bond

UTSTYR:

- Manukahonning
- Aquacel
- Mepore

FREMGANGSMÅTE:

- Fjerne gammel bandasje.
- Legg på ny honning i såret.
- Legg en 3 cm x 7 cm Aquacel oppå. Dekk med en Mepore
- Ikke vask såret mellom sårskift, honningen rens



FIGUR 8

Informasjon om pasienten, vurderinger som er gjort og konkrete råd som er gitt blir lett værende hos den enkelte ansatte som er ansvarlig for sårbehandling hvis det ikke blir dokumentert og formidlet til neste ledd i behandlingsskjeden.

Kompetanseoverføring og videreformidling av informasjon i et ofte langvarig sårhelingsforløp kan hjelpe både tverrfaglig behandlingsteam og pasienter raskere frem til målet – et tilhelet sår – ved bruk av en standardisert sårbehandlingsrapport.

Sårbehandlingsrapport

På CatoSenteret har vi utarbeidet et oversiktlig sårbehandlingssystem som vi vil vise her. Alle sår blir dokumentert ved ankomst, og dokumentasjonen blir oppdatert en gang i uken med bilde. Ut fra observasjoner og vurderinger gjort av «såransvarlig» eller primærkontakt blir det laget en beskrivende sårprosedyre med bilder. Ved avreise sendes en rapport av sårbehandlingen som en del av overføringsdokumentene. Avreiserapporten inneholder dokumentasjon av sårbehandlingen under oppholdet, beskrivende sårprosedyre med bilder og anbefalinger for videre oppfølging. Selv om prosedyren er utviklet ved et rehabiliteringssenter, kan den uten store endringer tas i bruk av alle instanser som jobber med pasienter med sår.

Kasuistikk

Da pasienten kom til CatoSenteret, hadde ingen sett på såret de siste seks ukene i følge pasienten. Det var ingen dokumentasjon om såret eller sårprosedyre i overføringsdokumentene. Erfaringen vår viser at dette ikke er uvanlig. Dette er i tråd med data publisert fra Danmark, der en studie fant at 58 prosent av trykksår ikke ble nevnt i pasientjournalen eller pleierapporten (8).

Vi endret sårprosedyren for denne pasienten fra Acticoat sølvbandasje til Manukahonning fordi såret, i følge pasienten, ikke hadde vist bedring de siste seks ukene. Sårprosedyren og dokumentasjon for denne pasienten er vist som et eksempel på forrige side.

Manukahonning

Vår erfaring er at Manukahonning er et godt valg i alle sårbehandlingsfaser, fra debridering uten kirurgisk inngrep, gjennom granulasjonsfasen og frem til modningsfasen for å minske dannelse av arrvev. Manukahonning er produsert i Australia og New Zealand, av bier som besøker *Leptospermum species*-busker (*Leptospermum scoparium*). Honning for

sårbehandling er ultra-filtrert og gamma-bestrålt for å gjøre den steril uten å ødelegge enzymene. Manukahonning har en sterk bakteriedrepende effekt, og bakteriene klarer ikke å utvikle resistens mot honning (9). Dette er sannsynligvis fordi det finnes så mange forskjellige bakteriedrepende substanser i honning-methylglyoxal, hydrogenperoxide, flavonoider (antioksidanter fra planten), sukker (som øker det osmotiske trykket), syrlig pH og kalium. I tillegg støtter honning helingsprosessen ved å stimulere proliferasjon av nye hudceller (7) og ved å gi et fuktig sårmiljø. Honning fjerner vondt lukt og virker ofte smertelindrende. Ettersom såret blir rensset, reduseres også væskingen.

Vi har funnet at rene honningprodukter er mer effektive og gir mindre smerter i bruk enn honningsalven som er på markedet.

Referanser

1. Eiring Ø, Flottorp S, Johansen M, Vandvik PO. Kunnskapsgrunnlaget for behandlingsslinjer – en foreløpig oversikt. Notat oktober 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2007.
2. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2
3. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, Gottrup F, Gurtner GC, Longaker MT. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. Wound Rep Regen 2009; 17: 763–771
4. Merckoll P, Jonassen T Ø, Vad ME, Jeansson SL, Melby KK. Bacteria, biofilm and honey: a study of the effects of honey on planktonic and biofilm-embedded chronic wound bacteria. Scand J Inf Dis, 2009; 41:5, 341–347
5. Gottrup F, Holstein P, Jorgensen B, Lohmann M, Karlsmar T. A new concept of a multidisciplinary wound healing center and a national expert function of wound healing. Arch Surg 2001; 136: 765–72
6. Storm-Versloot MN, Voss CG, Ubbink DT, Vermeulen H. Topical silver for preventing wound infection. 2010. Cochrane Database Syst Rev 2010 Mar 17; 3: CD006478
7. Du Toit DE, Page BJ. An in vitro evaluation of the cell toxicity of honey and silver dressings. J Wound Care. 2009 Sep; 18 (9): 383–9
8. Bermark S, Zimmerdahl V, Muller K. 2004. Prevalence investigation of pressure ulcers. EWMA J 2004; 4:7–11
9. Blair SE, Cokcetin NN, Harry EJ, Carter DA. 2009. The unusual antibacterial activity of medical grade *Leptospermum* honey: antibacterial spectrum, resistance and transcriptome analysis. Eur J Clin Microbiol Inf Dis 28: 1199–1208.
10. Brennan MR, Faliks S. Honey debriding alternative. Symposium on Advanced Wound Care. Dallas Texas. April 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
dee-berg@online.no / patriciamerckoll@gmail.com