



# SÅRPOLIKLINIKKEN I DRAMMEN – 10 års erfaringer

Kirsti Espeseth, Rune Eggum, Jon Haffner, Valtyr Oskarsson  
Sårpoliklinikken, Kirurgisk avdeling, Sykehuset Buskerud,  
3004 Drammen, Norge

## Abstract

10 years experience with a special out patient clinic for the treatment of chronic leg ulcers.

At Buskerud Hospital we established a special out patient clinic (OPC) for the treatment of chronic leg ulcers in 1997. A nurse in 75% employment was engaged for this activity, and for teaching other nurses how to treat chronic skin ulcerations. In addition a vascular surgeon in the hospital was made responsible for this activity, and to coordinate the medical aspect. The present report describes our experiences from this period.

At the beginning the OPC was open only half a day and the nurse spent most of her time teaching and working out registration forms and treatment descriptions. It soon became clear that considerable work was needed to increase competence outside the hospital. The opening hours for the OPC were gradually increased to full time (8 hour days, 5 days a week). Today an additional nurse is engaged in 30% employment. A consulting vascular surgeon and an intern participate directly in the OPC one day a week and are otherwise available every day if needed. The number of consultations has increased from 387 the first year to 1758 in 2006 and the results have greatly improved. The first year results showed that the OPC also saved hospital money, as the need for hospitalisation for this group of patients were reduced. The details of information gathered in the hospitals data system has been altered twice during this period, and the quality of the data is insufficient to allow us to draw any conclusions with regard to economic results.

## Resymé

I 1997 ble det opprettet en egen poliklinikk for sårbehandling ved kirurgisk avdeling, Buskerud Sentralsykehus. Resultatene det første året var positive både faglig og økonomisk. I denne artikkelen beskrives erfaringene frem til nå.

Virksomheten har gradvis blitt utvidet i disse ti årene. Antall konsultasjoner er økt fra 387 i 1997 til 1758 i 2006, og poliklinikken som initialt var åpen en halv dag i uken, er nå åpen fra 8-16 fem dager i uken. Det arbeider to sykepleiere ved poliklinikken, en i 80% stilling, en i 30% stilling. Det er også opprettet en spesiell rotasjonsordning for legebemannning av sårpoliklinikken.

Behandlingen er blitt bedret, mer individualisert, og sårjournalen er videreutviklet med spesifikke behandlingssopplegg for forskjellige typer sår. Videre er det drevet en utstrakt opplæringsvirksomhet både i og utenfor sykehuset.

*Sårpoliklinikken og  
Sykehuset i Drammen*



Dessverre har kodingen ikke vært kvalitetsmessig god nok til at vi kan tallfeste forbedring i behandling eller besparelser/inntekter for sykehuset.

Vi planlegger å utvide virksomheten ytterligere, og i tillegg til bedret koding, også sette i gang sårrelaterte forskningsprosjekter.

## Innledning

Behandlingen av leggsår i Norge har i stor grad vært fordelt på flere avdelinger, avhengig av det som har vært oppfattet som årsakene til sårene. Kirurgiske avdelinger har behandlet pasienter med sår som skyldes åreknuter og dårlig arteriell sirkulasjon, medisinske avdelinger sår som skyldes diabetes, ortopediske avdelinger sår på amputasjonsstumper og etter større skader og hudavdelinger sår som skyldes eksem, andre hudlidelser og venøse sår. Hudavdelinger har også i varierende grad vært trukket inn på de sykehus hvor slike finnes, men vurderingen av behovet for henvisning har vært overlatt til den enkelte lege.

Videre har det også vært høyst varierende praksis når det gjelder hvilke sår som skal behandles ambulant, og hva som krever innleggelse.

En journalgjennomgang som ble gjennomført ved kirurgisk avdeling, Buskerud Sentralsykehus i Drammen i 1996 viste at behandlingen av sårpasienter var kostbar, til dels usystematisk og antakelig i stor grad kunne foregå ambulant<sup>1</sup>. Det ble derfor opprettet en egen sårpoliklinikk ved kirurgisk avdeling med en sykepleier i 75% stilling og en faglig ansvarlig lege. Fra 2004 ble det opprettet ytterligere en 30% sykepleierstilling. Fra 2006 ble den første stillingen økt til 80%. Den aller første tiden var sårpoliklinikken åpen bare en halv dag i uken, men dette ble raskt øket til 3 og 4 dager i uken. Virksomheten er nå økt til kontinuerlig virksomhet fra 8-16 fem



dager i uken. Legebemanningen har hele tiden bestått av en faglig ansvarlig overlege (karkirurg) som ikke bare har hatt ansvar for det faglige opplegg i samarbeid med sykepleier, men også har kunnet tilkalles dersom det har vært spesielt behov for det. Det daglige behov for medisinske konsultasjoner har vært dekket av overleger og assistentleger ved karkirurgisk seksjon etter et rotasjonsystem. Hensikten med denne artikkelen er å presentere våre erfaringer fra poliklinikkens første 10 år.

Den er ment som en invitasjon til meningsutveksling om behovet for sårpoliklinikker, ikke som en vitenskapelig artikkel.

## Materiale og metode

Resultatene fra behandling av pasienter med diagnosen *ulcus cruris* det første driftsåret er tidligere beskrevet i SÅR<sup>2</sup>. Vi fant at de faglige resultater var bedre, behovet for amputasjoner ble redusert, og takket være at flere pasienter ble behandlet ambulant, medførte omleggingen en betydelig besparelse i liggedøgnskostnader for sykehuset.

Dokumentasjon av virksomheten har bestått i optegnelser i en egen sårjournal, samt tegning og fotografier av sår og deres utvikling i behandlingsperioden. Journalnotater er foretatt i sykehusets generelle journal-system. Pasienter som trenger innleggelse legges vanligvis inn på kirurgisk- eller ortopedisk avdeling.

Det har alltid vært mange pasienter som har blitt henvist direkte til sårpoliklinikken fra primærhelsetjenesten. I tillegg har pasienter som er behandlet i de kirurgiske sengepostene blitt fulgt poliklinisk etter utskrivelse. Etter hvert som tilbudet har blitt kjent har vi også fått pasienter fra andre avdelinger i sykehuset, og fra andre sykehus. Sårpoliklinikken har hele tiden ønsket å

gi et tilbud som skal være lett tilgjengelig for pasientene. Derfor kan pasienten få time om hjemmesykepleien eller pasienten selv ber om det. Vi mottar pasienter fra et forholdsvis stort distrikt, og har blant annet hatt pasienter som har reist 400-500 kilometer en vei for å komme hit. Dette er vel et uttrykk for at dette er en pasientgruppe som fortsatt mangler et slikt tilbud mange steder.

Vi har sett på hvor mange pasienter som er behandlet ved sårpoliklinikken pr. år siden poliklinikken ble startet og hvilke diagnoser pasientene har fått. Tallene er dels basert på registreringene som er gjort ved sårpoliklinikken og dels fra sykehusets datasystem (NIMES) for innlagte og polikliniske pasienter. Vi har også gjennomgått og diskutert internt de faglige og praktiske erfaringer ansvarlig sykepleier og faglig ansvarlig overlege ved poliklinikken har gjort.

## Resultater og diskusjon

### Dokumentasjon:

Ansvarlig lege har i samarbeid med sykepleier på sårpoliklinikken utarbeidet en egen sårjournal og spesifiserte opplegg for behandling av forskjellige typer sår. Da sårpoliklinikken åpnet var dette den eneste dokumentasjonen. Denne ble ikke registrert på data, og ble dermed utilgjengelig for resten av sykehuset. Dette viste seg å være svært upraktisk. Med økt erfaring hos legene har sårjournalen blitt benyttet i mindre grad. Den fungerer som et supplement til notatene i grunnjournalen som alltid skrives. I dette er det en fare for kvalitetsforringelse, idet våre erfaringer med bruk av egen sårjournal er meget positive. Inndelingen og punktene i journalene sikret fullstendig diagnostikk og behandling, og en bedre dokumentasjon av hva som ble gjort.

Avtegnning av sårets størrelse har blitt mye brukt. Spesielt i de første årene. Dette er en objektiv dokumentasjon som viser effekten av behandlingen. Denne praksisen har nok blitt noe forsømt i de senere år. En av grunnene kan være at den økte aktiviteten har medført behov for uheldige prioriteringer. Vårt mål er å stoppe denne utviklingen. Etter noen år fikk vi tilgang til et kamera og dermed muligheter for bilder av sårene. Disse er for det meste brukt i undervisningsøyemed.

Fra starten ble det laget sårprosedyreskjemaer som ble sendt med pasienten hjem. Dette skjemaet er noe endret med årene. Vi bruker i dag et standardskjema hvor de produkter som skal benyttes fylles inn. De spesifiserte opplegg for behandling er svært nyttige, men individuelle variasjoner gjør at oppleggene må justeres litt for å tilpasses den enkelte pasient. På den måten får de som har ansvar for skifting av såret utenfor sykehuset en rask tilbakemelding om hva som skal gjøres videre. Skjemaet brukes også til pasienter som er inneliggende og kommer til tilsyn fra andre avdelinger. Skjemaene har blitt svært godt mottatt.

### Diagnose og behandling:

Sårpoliklinikkens hovedmålsetting har vært å sikre pasienter med kroniske sår på underekstremitetene en fullstendig diagnostikk i form av vaskulær utredning og

behandling. Etter utredning søkes mange pasienter inn til karkirurgi både på arterier og vener. Det utføres mer venekirurgi på sårpatienter nå enn tidligere. Siden 2005 har også Subfascial Endoscopic Perforant Surgery (SEPS) blitt tilbudt utvalgte pasienter.

Fluelarvebehandling, vakuumbehandling, polikliniske hudtransplantasjoner, pinch grafts og polikliniske tåamputasjoner gjøres i dag regelmessig hos oss.

Når det gjelder ren sårbehandling er det vår erfaring at bruk av kompresjon nok er den aller mest forsømte faktor i primærhelsetjenesten. Svært mange pasienter har behov for kompresjon uten at dette verken er vurdert eller igangsatt før pasientene kommer til sårpoliklinikken.

Det har forsøksvis vært brukt fluelarver i regi av sårpoliklinikken. Pasientene som har fått denne behandlingen har blitt innlagt. Erfaringene er noe variable. Det har også vært noen problemer med transport av larvene, men tilbudet har definitivt sin plass for utvalgte pasienter med for eksempel pyoderma gangrenosum eller vaskulittsår, hvor kirurgisk revisjon erfaringsmessig ofte kan bli for traumatisk.

Vakuumbehandling av sår har blitt stadig mer brukt på sårpoliklinikkens pasienter. Dette har gitt oss muligheter som vi ikke hadde tidligere. Mange pasienter har hatt svært god effekt av denne behandlingen. Sårne har blitt raskere rene og tilhelingen framskyndet. Det har også gitt oss mulighet til å utføre små hudtransplantasjoner poliklinisk. Ved hjelp av pumpene fikseres transplantatet godt, væske holdes borte fra såret og pasienten kan mobiliseres. Denne aktiviteten vil nok øke. Silikonbelagte kompresser og kompresjonsbandasje brukes også for fiksasjon av hudtransplantat og pinch grafts.

Tåamputasjoner i lokalanestesi utføres i utvalgte tilfeller, oftest med tilfredsstillende resultat. Pasientene taes tilbake til kontroll etter 2-3 dager. Det har vært lite tilhelingsproblem, antakelig fordi pasientene er nøye selektert med tanke på arteriell sirkulasjon.

Det er forholdsvis mange pasienter som følges opp på sårpoliklinikken over lengre tid. Dette er i første rekke diabetes pasienter med sår på føttene og pasienter som bruker kompresjonsbandasjer.

Pasienter med diabetes fotsår trenger ofte å få fjernet fortykket hud rundt sårene og dette er det svært få behandlere i primærhelsetjenesten som gjør. Denne behandlingen må derfor som regel utføres ved sårpoliklinikken. Det legges også en del filtavlastning på disse føttene, og vi rekvirerer i utstrakt grad ortopediske sko og fotsenger.

Når det gjelder pasientene som skal skifte kompresjonsbandasjer ser vi ofte at bandasjene legges ulikt av den enkelte behandler som skifter "ute". Det er, slik vi ser det, et stort problem at det er så mange som skifter på hver enkelt pasient. For å sikre en jevn bandasjering og derved best mulig resultat, velger vi noen ganger å gjøre alle skiftningene på sårpoliklinikken. Hovedargumentet til de fleste pasientene som ber om oppfølging

på sårpoliklinikken, er at de ønsker kontinuitet, noe vi mener er meget viktig.

#### Samarbeide:

I likhet med andre som arbeider med sår på poliklinikker, erfarer vi at det til tider er en ensom jobb. Det er ikke så mange å søke råd hos innen sykehuset. Samarbeidet mellom lege og sykepleier på sårpoliklinikken er svært godt, selv om det av og til kan være vanskelig å få lege til poliklinikken når det ikke er avtalt på forhånd. Dette er en naturlig konsekvens av at sårpoliklinikken er en liten enhet og at legene som arbeider der også deltar i andre arbeidsoppgaver på kirurgisk avdeling som de noen ganger må prioritere fremfor sårpoliklinikken.

Sett fra sykepleiers side er det en stor gevinst at det nå er to ansatte. Det gjør at det er litt lettere å avvikle ferie og å kunne delta på kurs og seminar. Små spesialpoliklinikker er meget personavhengige og driften er derfor utsatt ved sykdom og liknende.

Etter hvert som virksomheten er økt har sårpoliklinikken også fått en rolle som første stasjon i videre henvisning av pasienter til andre avdelinger. I tillegg til karkirurgisk seksjon som har vært ansvarlig for virksomheten innen kirurgisk avdeling, har det vært et nært samarbeid med ortopedisk avdeling og revmatologisk avdeling, samt noe med medisinsk avdeling (diabetes) og hudavdelingen.

Heldigvis har vi gjennom flere år knyttet mange kontakter i sårtilværelsen, både i Norge og i Danmark. Dette medfører også viderehenvisninger, noe som er svært verdifullt både for pasientene og oss.

Daglig har vi telefonkontakt med primærhelsetjenesten. Vi har inntrykk av at de ser på sårpoliklinikken som en nyttig ressurs og støttespiller.

#### Undervisning:

De første årene hadde vi stor tro på at undervisning og en åpen holdning til å ta i mot hospitanter på sårpoliklinikken ville føre til mer kunnskap og bedre oppfølging av pasientene i primærhelsetjenesten. I 1998 hadde vi 85 hospitanter, og vi hadde mye undervisning både på avdelinger på sykehuset og for primærhelsetjenesten. Dessverre synes vi effekten målt i forbedring av sårbehandling uteble de fleste steder. Noe av forklaringen kan være stadig utskiftninger av personalet, samt at det ønskede prinsippet "få behandlere" ofte ikke gjennomføres. Det ble derfor en uoverkommelig oppgave å forsøke å holde alle oppdatert innen sårbehandling. Behandlerne blir heller ikke erfarne nok fordi de får for lite mengdetrening i å vurdere og behandle sår.

Fortsatt har vi mye undervisning og fortsatt har vi hospitanter på sårpoliklinikken, men vi foretar en seleksjon av personer som arbeider mye med sår, og som ønsker å fortsette med det.

#### Tallmaterialet:

Antall sårpatienter som er behandlet ambulant er økt dramatisk fra 42 årlige konsultasjoner i perioden før poliklinikken ble startet, til 183 i 1997, og 1821 i 2005. Siste år har det vært en liten reduksjon til 1674, trolig

pga langtidssykemelding av en avsykepleierne. Tabell 1 viser antall konsultasjoner de første tre og de siste to år av driften.

**Tabell 1: Antall polikliniske konsultasjoner ved Sårpoliklinikken, Sykehuset Buskerud HF**

År	1997	1998	1999	2005	2006
Antall	387	775	831	1821	1674

Det er vanskelig å sammenligne aktiviteten på sårpoliklinikken gjennom årene. Dette både fordi tallene fra sykehusets datasystem også omfatter den øvrige elektive, generelle kirurgi og på grunn av at vi har skiftet fra ICD9 til ICD10 diagnosekoder. I tillegg er det gjort noen endringer for å gjøre diagnostiseringen på sykehuset mer presis. Vi kan derfor ikke presentere tall som viser den prosentvise fordelingen av sår basert på etiologi. Desverre har kodingen heller ikke vært presis nok til å gjøre noen økonomiske analyser av virksomheten. Dette er beklagelig og må forbedres.

#### Ekstern virksomhet:

Da Norsk Interesseggruppe For Sårheling (NIFS) ble stiftet i Drammen i 1998 var sårpoliklinikken representert i stiftelsesgruppen og også med i styret som da ble valgt inn. Siden NIFS ble stiftet har alltid en eller to fra sårpoliklinikken vært med i styret eller i medlemsbladet SÅRs redaksjon.

## Konklusjon

Etableringen av sårpoliklinikken ved kirurgisk avdeling har vært en stor suksess. Det jevnt økende antall konsultasjoner ved poliklinikken viser at dette er en virksomhet det er behov for.

Våre erfaringer er meget positive når det gjelder det faglige, men vi må forbedre vår koding både av diagnoser og behandling for å kunne tallfeste hvor mye vi har oppnådd både når det gjelder pasientbehandling og besparelser/inntekter for sykehuset. Vi bør også få til systemer som gjør det mulig å registrere hva som brukes av spesialbandasjer og resultatene av denne bruken, samt en objektiv oversikt over hvor mange sår som faktisk gror. Med disse faktorer på plass vil det være mulig å publisere resultater.

Vi håper på en faglig styrking ved å knytte sterkere bånd til flere spesialiteter samt å kunne utvide virksomheten ytterligere i årene fremover, uten at dette går på bekostning av kvaliteten på dette pasienttilbudet. Det er også ønskelig å utvide aktiviteten til også å omfatte sårrelaterte forskningsprosjekter.

Kontaktperson: Kirsti Espeseth  
Tlf: +47 3280 3339. Fax: +47 03280 3344  
Mail: kirses@online.no, kirsti.espeseth@sb-hf.no

#### Referanser

1. Eggum R, Lie B, Skrede O, Haffner J. Sårterapi – en forsømt oppgave ved norske sykehus? Oslo: Vitenskapelige forhandlinger, Norsk kirurgisk forening 1996.
2. Eggum R, Gjønnnes K, Lie B, Skrede O, Haffner J: Positive erfaringer fra en sårpoliklinikk – Ambulant sårterapi satt i system. SÅR, 1999, 7, 1, 19-21.