

Erfaringer og tanker rundt sårbehandling fra vår arbeidsplass ved

HUDPOLIKLINIKKEN I LEVANGER

Theis Huldt-Nystrøm,
Hudlege, Levanger



SÅRARBEIDSPASS

Hudpoliklinikken i Levanger ble etablert i 1987, og yter i dag tjenester til en befolkning på rundt 50 000. Årlig har vi ca. 6 500 lege-konsultasjoner, i tillegg kommer sårbehandlinger, lysbehandling, allergitestning, småkirurgi og frysebehandling.

Hudpoliklinikken drives av 3 hudleger, 1 sykepleier og 2 legesekretærer. Fra en sped begynnelse i første etasje i en turnuskandidatbolig på sykehusområdet har Hudpoliklinikken vokst, og i 2002 flyttet vi inn i moderne og funksjonelle lokaler som vi leier av og i Sykehuset i Levanger. Sårbehandlingsrommet har en sentral plass. Rommet, som er på rundt 16 kvadratmeter, brukes foruten til sårbehandling også til allergitestning og ulike typer dermatologiske lokalbehandlinger. I innerste halvdel av rommet finnes en sårstol med tilgang til en hjemmesnekret, om enn ikke veldig funksjonelt trillbart fotbadekar, og til hånddusj. Det vanlige utstyret som trengs til enkle dopplerundersøkelser av kar, måling av ankelarm indeks, sensibilitetsundersøkelser og tåtrykksmåling finnes lett tilgjengelig rundt sårstolen. Ettersom Hudpoliklinikken har samarbeid og kontorfellesskap med en fysioterapeut som driver med manuell lymfedrenasje og pneumatisk kompresjonsterapi, har vi mulighet til å tilby pasientene våre også denne typen behandling. Vi har god kontakt med Diabetessykepleier når det trengs ekspertise vedrørende sårpasienter med diabetes.

Sårbehandling

Helt siden starten, har sårbehandling vært en liten, men veldig viktig del av vår polikliniske virksomhet. Detektivarbeidet med å finne årsaken til kroniske sår er spennende og utfordrende. Arbeid med sårpasienter er givende, det er en spesiell tilfredsstillelse i å få sår til å gro – selv om dette kan være et tålmodighetsarbeid som ofte tar lang tid. Daglig behandler vi gjennomsnittlig ca. 2 pasienter med kroniske sår, og årlig får vi henvist ca. 50 pasienter. "Ikke mange", vil nok noen tenke, men nok til at vi får følelse med sårproblematikken i området vårt, og erfaring med hvordan behandling av kroniske sår dessverre fortsatt oppfattes som medisinsk lavstatus.

Inntrykket vi sitter med, er at vi får de fleste venøse sår til å gro, likeledes hydrostatisk sår og rene neuropatiske sår. Størstedelen av pasientene henvises tilbake til fortsatt behandling på legekontor på hjemstedet. Vår største utfordring er de arterielle – venøse blandingsårene, som det stadig blir flere av. Pasienter med disse sårtyper blir ofte gående lenge med smertefulle sår, og av og til ender det med amputasjon fordi det ikke er mulig å foreta noe karkirurgisk inngrep som kan hjelpe pasientene.

Hva ønsker vi å bli bedre på? Vi har ikke foretatt registrering av sårtilhelingsfrekvensen, vi har ikke registrert infeksjoner, og vi har heller ikke registrert smerte systematisk i sårgruppen vår ... og hvor ofte har vi gått inn og spurt om kostholdet til pasientene? Sikkert alt for sjeldent! Vi må med andre ord bli bedre på å registrere data av betydning for behandling og oppfølging av sårpasientene på en meningsfull måte. Forebygging av tilbakefall av venøse sår burde vi nok også bli flinkere til og lage et system for.

Tverrfaglig samarbeid/ Fagutvikling

Vi har ikke lyktes med å få til noe tverrfaglig sårteam ved vårt arbeidssted, selv om vi flere ganger har forsøkt. I det minste burde avdelingene som behandler sår hatt felles prosedyrer for sårbehandling. Sårpasientene finnes jo også på medisinsk, ortopedisk og kirurgisk avdeling. Når vi ikke har lyktes, skyldes dette sikkert flere forhold. En medvirkende årsak til at interessen for et slikt tverrfaglig sårarbeid ikke har vært tilstede, kan være at sykehuset har måttet legge ned noen viktige spesialistfunksjoner. Tidligere fantes både radiolog, som utførte PTA og ballongdilatasjon av kar, og karkirurg ved vårt sykehus. Dette er nøkkelpersoner med tanke på god utredning og behandling av arterielle sår og diabetes sår. Disse funksjoner er nå

sentralisert til St Olavs Hospital, og det blir naturlig nok en annen form for kontakt kolleger imellom når de arbeider på forskjellige sykehus.

Man kan også spørre seg om effektivitetspresset i hverdagen er blitt så stort at helsearbeidere ikke lenger har noe særlig overskudd til fagutvikling, i alle fall ikke på fritiden? Vårt inntrykk er at ledelsen ved avdelingene innenfor sine gitte økonomiske rammer tydeligvis ikke klarer å prioritere undervisning og utviklingsarbeid i arbeidstiden fordi dette går utover driften (les "den umiddelbare inntjeningen").

Henvisninger

"Bare legg på den bandasjen du synes er best søster, dette kan du bedre enn meg!" høres ut som en setning fra en legeroman anno 1938 men er kanskje fortsatt mer aktuell enn vi ønsker den. Sårbehandling utføres fortsatt ofte ut fra utilstrekkelig bakgrunnskunnskap om både såret og pasienten.

Med tanke på diagnostikk gjorde vi i 1997 en gjennomgang av innholdet i 50 henvisninger på pasienter med kroniske sår. Resultatet var nedslående. Henvisningene var nesten uten unntak mangelfulle, og kun i et par av dem hadde man forsøkt å angi hva man trodde var årsaken til sårene. Her fantes et klart forbedringspotensiale!, mente vi. Etter at undersøkelsen ble gjen-gitt i Dagens Medisin ble den uten vår viten snappet opp og referert på første side i vår lokalavis, Trønder-avis. Under overskriften "Leger feilbehandler sår" ble sårproblematikk i hvert fall satt på dagsordenen for en kort periode – om enn på en fra vår side helt utilsiktet måte. Våre samarbeidspartnere blant allmennlegene følte seg nemlig ganske uthengt og tråknet på slik saken ble framstilt. Stikk i strid med det vi ønsket ble samarbeids-klimaet noe klatmet en periode, for så å gradvis normaliseres igjen.

Hjalp så dette oppslaget? Tvilsoomt. I ettetid kan vi vel se en liten bedring i kvaliteten på henvisningene



◆ Enkelt men ganske funksjonelt rom med god plass til behandlere og følge. Sårbehandlerens arbeidsstilling og stol er kjempeviktig. Lyskilden vår er ikke optimalt plassert. Trillbar skuffseksjon med ulike typer forbruksmateriell. Romslig avfallsoppsamler til gamle bandasjer.

◆ Krakk er for at pasientene skal komme litt opp fra gulvet når vi undersøker vener i knehasene med doppler. Tilhørende håndtak på veggen for å holde seg fast. På trallen ligger Dopler og BT apparat, stemmegaffel og monofilament 5.07. På brettet under står apparat for måling av tåtrykk.

på sårpatientene, men det er fortsatt sjeldent å se henvisninger der legen foreslår en etiologisk diagnose for kroniske sår der det vises til ankel-arm indeks, eller der det er angitt undersøkelse med monofilament 5.07. Dette tror vi ikke er spesielt for vårt område, men snarere et generelt problem i hele landet. I et forsøk på å bedre situasjonen har vi prøvd å arrangere kurs i sårbehandling og -diagnostikk for leger lokalt, men vi har ikke blitt møtt med den helt store interessen. Dette er egentlig ganske forståelig når man tenker på at hver allmennlege kanskje ser 3-4 pasienter med kroniske sår årlig – mens de drukner i hyperkolesterolemi- og hypertensjon- pasienter. Generali-

ster skal ikke kunne alt, men de må forventes å kunne utredning slik at pasienter henvises riktig. Her har vi fortsatt en "øm tå" som må behandles klokt.

Lokale sårbehandlere

Nord-Trøndelag fylke er nesten 400 km langt og relativt glissent befolket. Det stilles store krav til de lokale sårbehandlerne. En mindre spørreundersøkelse viste at enkelte sårpatienter hadde hatt opptil 16 ulike sårbehandlere siste 4 uker og at sårskiftefrekvensen var unødvendig høy. Vi startet derfor med kurs i sårbehandling. 1996 utførte vi en spørreundersøkelse blant 100 helsearbeidere i hjemmesykepleien som drev med sårbehandling. Det kom der fram at en majoritet i hjemmesykepleien behandlet sår uten at lege hadde sett på sårene, og at ca 50% av de spurte følte seg



► *Fotbadekar på hjul. Hjemmesnekret. Vi bruker tykk plastikkpose i karet og fyller i vann. Når pasienten er ferdig med fotbadet triller vi det over sluken og tar hull på plastikken. Vannet renner rett ned i sluken og vi slipper løfting og tømning av karet. Rengjøring av fotbadekaret etter bad blir også enklere ved bruk av plastikkpose.*



► *Hudpoliklinikken holder til i hele fløyen i 2 etasje i dette bygget.*



usikre på hvilke preparater samt den praktiske bruken av disse, som skulle benyttes i sårbehandlingen, – selv om det var dem selv som bestemte valg av preparater.

Dette medførte et raskt undervisningsstunt fra Hudpoliklinikken. Vi arrangerte 8 kurs i behandling av legg- og fotsår 1997-98, med både teori og praktiske øvelser. Nesten 400 personer deltok på disse kursene. Vi opprettet kontaktsykepleiere i sårbehandling i 15 kommuner som alle fikk hospitere ved Hudpoliklinikken. Vi var såre vel fornøyde med egen innsats.

Men hvor lenge var Adam i paradiset? Ved oppfølgingssamtaler ett år senere kom nedturen. Det viste seg da at nesten 50% av kontaktsykepleierne våre hadde sluttet eller skiftet jobb. De færreste hadde holdt noen undervisning på hjemsplassen. En del av sårsykepleierne hadde ikke fortsatt med sårbehandling i det hele tatt. I tillegg hadde det begynt en masse nye folk i hjemmesykepleien som hadde behov for en ny omgang skoling. Dette vippet oss litt av pinnen. Alt undervisningsarbeidet til nesten ingen nytte? Å fortsette en så ut-

strakt hospiterings- og undervisningsvirksomhet som det ville kreve å oppdatere helsevesenet på sårbehandling ville gått utover tilbudet til pasienter med andre typer hudlidelser. Det ville vært en feil prioritering av ressurser. Men hvem skal egentlig drive fagutvikling innen sårproblematikk i vårt område?

Sårsentra

Det er langt fram til at pasienter med legg- og fotsår både i vårt område og ellers i landet får det diagnostiske og terapeutiske tilbudet de burde hatt. Det beste ville selvfølgelig være om pasientene kunne få utført god og effektiv sårbehandling på hjemsplassen. Utfordringene organisatorisk ligger blant annet i at for mange helsearbeidere behandler for få pasienter. Sårbehandling er en ganske spesialisert behandling, og det er viktig at helsearbeidere får et visst volum for å opprettholde sin praktiske kunnskap. Burde vi kanskje også benytte mer veiledning for sårbehandlere ved bruk av internett, som i Jylland i Danmark? Vi trenger i alle fall et sentralisert, spesialisert, og tverrfaglig sårsenter i hvert fylke, og vi

trenger nasjonale standarder for hva som er god sårbehandling ved ulike typer sår. Dette burde være helt mulig å få til, og det behøver kanskje ikke koste samfunnet så mye heller. En utfordring for NIFS? Hansken er kastet.

Oppmerksomhet

Sårpasientene er en usynlig gruppe som ikke lager bråk. Det har de ikke energi til. Sår er et ikke-tema. Sår er lavstatus. I dagens mediasamfunn vil nok ikke lidelsene til sårpasienter fenge tilstrekkelig til at pressen setter fokus på problemet, med mindre noen av sårpasientene tilfeldigvis skulle være en kjendis, eller ha en sønn eller datter i regjeringen. Hvem skal tale sårpasientenes sak?

Ved Hudpoliklinikken i Levanger kommer vi til å fortsette med utredning og behandling av sår som alltid, og vi vil strebe etter å bli bedre på å registrere resultatene våre. Forhåpentligvis klarer vi å skape nye konstruktive samarbeidsformer med andre spesialister, og vi håper at flere leger vil engasjere seg innen feltet sårtilheling. Vi er fortsatt optimister. ■