

IMPLEMENTERINGSPROSJEKT:

**OPPSTART AV
SÅR-OG STOMITEAM
I ALTA KOMMUNE
UNDER KORONAPANDEMIEN**

MERETE ERGA OG MAY LISS BERG
JUNI 2021



FORORD

Denne rapporten dokumenterer oppstarten av sår- og stomiteam i Alta kommune. Oppstarten ble gjennomført som et prosjekt, av stomisyepleier Merete Erga og sårsykepleier May Liss Berg.

Prosjektet har fått støtte fra Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling som administreres av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, både til utvikling og oppstart av tilbudet. Professor Birgit Abelsen ved NSDM har vært faglig veileder for Erga og Berg.

Alta, 22. juni 2021

Ragna Eikanger

Avdelingsleder legetjenesten

INNHold

Innledning.....	1
Sår og stomi.....	1
Kjennetegn ved pasientene i oppstartfasen	2
Tidsbruk.....	5
Pasienthistorier	5
Refleksjoner etter oppstart	7

INNLEDNING

Alta kommune etablerte våren 2020 et kommunalt sår- og stomiteam. Ideen til dette hadde utspring i en rekke hendelser som viste at kunnskapen, behandlingen og samarbeidet rundt pasienter med sår og stomi har vært mangelfull - både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig kompetanse i form av spesialutdannede sår- og stomisykepleiere, kommunal vilje til utprøving og prosjektmidler til gjennomføring, muliggjorde etableringen.

Sår- og stomiteamet er samlokalisert med det kommunale legekantoret og andre kommunale team som diabetesteamet og flyktingehelseteamet, på Alta helsesenter. Sår- og stomiteamet har klinikkdag en dag i uken. Teamet har ansatt en stomisykepleier og en sårsykepleier i 20 % stilling hver, samt en lege i 10% stilling. Total arbeidstidsressurs tilsvarer 50% stilling.

Det kreves ingen henvisning for å få time hos sår- og stomiteamet. Pasientene kan bestille time selv via det kommunale legesenteret som administrerer timelistene for teamet. Pårørende, hjemmetjenesten og annet helsepersonell kan også bestille time på vegne av pasienten. Teamet har som nevnt klinikkdag en dag i uken, og med ordningen at timebestillingen administreres av det kommunale legesenteret har pasientene tilgang til å få bestilt time gjennom hele uken. Ved konsultasjon betaler pasientene som hos fastlege, det vil si egenandel for legetime samt kostnader til bandasjemateriell. Har pasienten frikort er det kun bandasjemateriell som må betales for.

I tiden før oppstart ble det søkt om midler fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) sitt program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling til både planlegging og dokumentasjon av implementeringen av sår- og stomiteamet. Denne rapporten beskriver implementeringen og oppstartsperioden fra 05.05.2020 og fram til 31.12.2020. Dette for å si noe om tilbudet til pasientgruppen og hvilke pasienttyper som benytter seg av tilbudet. I hele denne perioden var det koronapandemi. Den lave aktiviteten i samfunnet generelt, og i helsetjenesten spesielt, hadde også innvirkning på sår- og stomiteamets aktivitet. På tross av oppstart midt under en pandemi, var det økning i antall pasienter mot årsskiftet. Det kan virke som om tilbudet har blitt mere kjent lokalt på tross av dette.

Våren 2020 planla sår- og stomiteamet to kurs i samarbeid med to store leverandører av sår- og stomimateriell. Disse måtte avlyses på grunn av pandemien. Etter registreringsperioden er det gjennomført flere kurs med få deltakere. Bidrag til å heve kompetansen i den kommunale helsetjenesten om sår- og stomibehandling ved hjelp av kursvirksomhet, ses som viktige tiltak for å bedre tilbudet lokalt for disse pasientene.

SÅR OG STOMI

Sår er en skade i huden, som kan komme ved brannskade, traumer, sirkulasjonsproblematikk, operasjon med mer. Det er de kroniske sårene som er den store utgiftsposten for kommunene. Kronisk leggsår er eksempelvis en tilstand som gir store smerter og redusert livskvalitet. Tilstanden rammer særlig eldre mennesker og bidrar til betydelig ressursbruk i form av sårpleie og bandasjemateriell. Behandlingen av disse sårene er svært kostbare. Kompetent behandling er derfor viktig. En svensk studie¹ anslår at utgiftene til bare leggsår utgjør ca. 1,5 % av det totale helsebudsjettet.

¹ Nelzén O. Leg Ulcers: Economic Aspects. Phlebologie 2000; 15: 110-4.

De aller fleste eldre med sår blir brukere i hjemmetjenesten, slik at utgiftene til sårpleie og bandasjemateriell belastes det kommunale budsjettet. Alta kommune har ikke noen samlet oversikt over disse kostnadene. Det er anslått at det til enhver tid er rundt 300 sårpasienter i Alta kommune. Noen av disse har behov for spesialisert sårbehandling. Det finnes ikke sårklinikker eller sårsykepleiere ved sykehusene i Finnmark.

Stomi er en kunstig kroppsåpning som lages når en pasient får utlagt tarmen eller blæren, slik at avføring og urin kommer ut av et hull på magen i stedet for den normale veien. Dette krever spesialutstyr i form av en pose som festes på magen for å samle opp urin eller avføring. Det kan oppstå lekkasjer fra en stomi. Mange sliter med sår hud og allergiske reaksjoner kan forekomme.

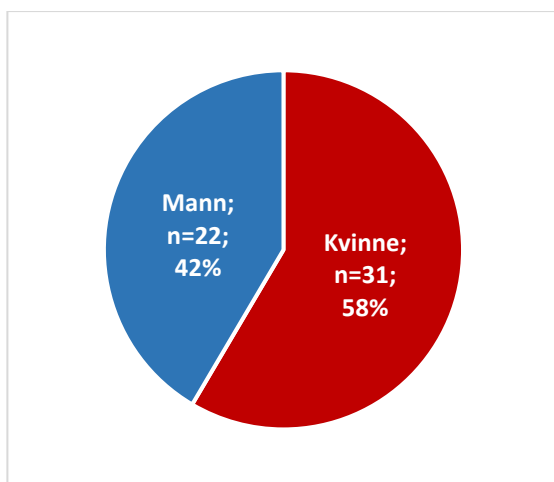
For å mestre en stomi trenger pasienten opplæring og oppfølging. Det er finnes mye forskjellig utstyr på markedet, og det er ofte behov for spesialisert kompetanse og tilpasning å finne fram til hva som er riktig for den enkelte pasient. Fra Trondheim og sørover er det flere stomisykepleiere ved de store sykehusene. Nordover var det i 2020 bare én stomisykepleier i 20% stilling ved UNN Harstad. I Finnmark fantes det bare en sykepleier med stomiutdanning, og det er den ene av de to ovennevnte sykepleierne som har sin hovedstilling ved et av private legekantorene i Alta.

Det er anslått at det finnes om lag 90 stomipasienter i Alta. Anslaget er basert på Boots og Apotek 1 sin statistikk. Mange av disse har ikke fått den oppfølgingen som de burde fått. Da det også er flere stomipasienter i nabokommuner som har behov for hjelp, er det ønskelig å gjøre stomitilbud i Alta tilgjengelig for disse.

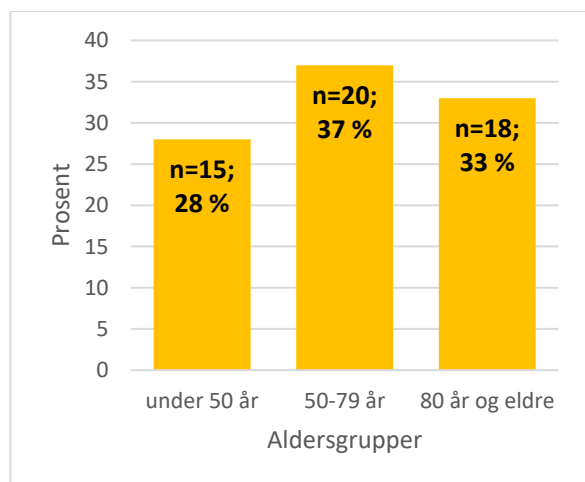
KJENNETEGN VED PASIENTENE I OPPSTARTFASEN

I løpet av oppstartsperioden hadde sår- og stomiteamet kontakt med n=54 pasienter. For kvalitetssikring, er det gjort registreringer av alder, kjønn, type problemstilling, hvor de kom fra og hvem som henviste, hvor lenge de hadde hatt problemet før de tok kontakt, samt hvor mange konsultasjoner de hadde hos sår- og stomiteamet. Det ble ikke registrert noen personidentifiserende kjennetegn eller helseopplysninger.

Figur 1 viser at det var en overvekt av kvinnelige pasienter. Figur 2 viser aldersfordelingen og at det har vært flest pasienter i aldersgruppen 50-79 år.

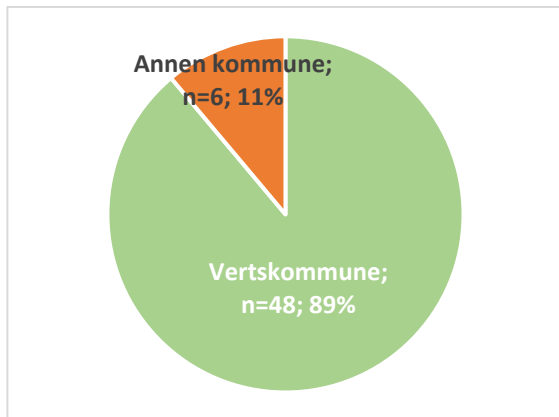


FIGUR 1: PASIENTENES FORDELT PÅ KJØNN (N=53)

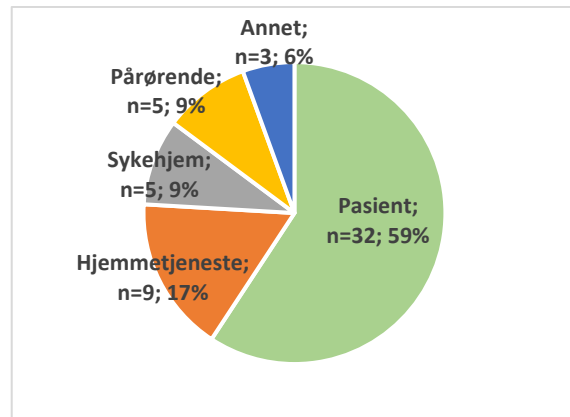


FIGUR 2: PASIENTENES ALDERSFORDELING (N=53)

Figur 3 viser at de fleste pasientene bodde i vertskommunen (Alta). Figur 4 viser at majoriteten av pasientene har tatt initiativ til kontakten med sår- og stomiteamet selv. Drøyt en av fire pasienter er henvist fra hjemmetjenesten eller sykehjem. I noen tilfeller er pårørende initiativtakere. I kategorien annet finner vi initiativ fra PU-bolig (1), sykehus (1) og utstyrsleverandør (1).

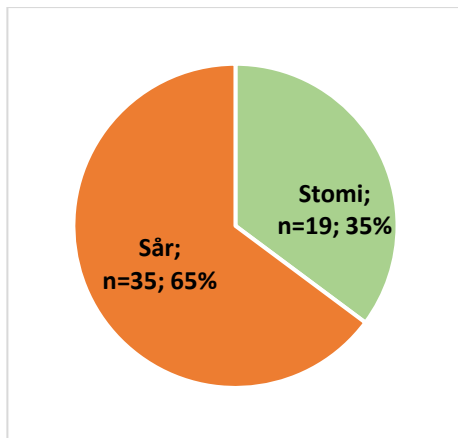


FIGUR 3: PASIENTENS BOSTEDSKOMMUNE (N=54)

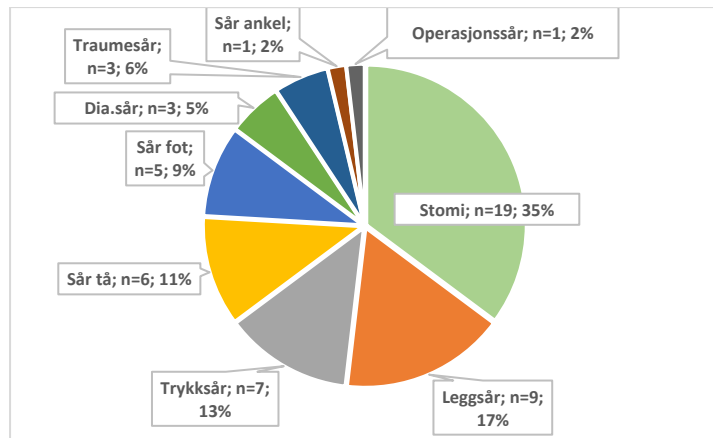


FIGUR 4: INITIATIVTAKER TIL KONTAKT MED SÅR/STOMI TEAMET (N=54)

Figur 5 viser at det i registreringsperioden var en overvekt av sårpasienter sammenliknet med stomipasienter som var i kontakt med sår- og stomiteamet. Figur 6 viser mer spesifikk årsak til kontakten i form av ulike typer sår. Leggsår og trykksår er det hyppigste forekomstene.



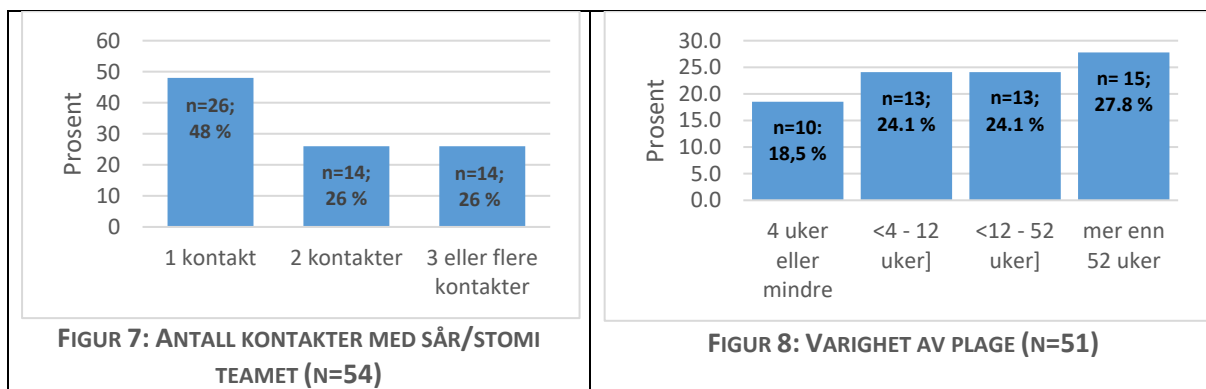
FIGUR 5: ÅRSAK TIL KONTAKT (N=54)



FIGUR 6: MER SPESIFIKK ÅRSAK TIL KONTAKT (N=54)

Sår- og stomiteamet hadde åpent 28 arbeidsdager i oppstartsperioden og hadde til sammen 119 pasientkontakter. I gjennomsnitt var det 4,3 kontakter per arbeidsdag. I noen tilfeller var dette telefonkontakt hvor sår- og stomiteamet ga veiledning, men i de aller fleste tilfellene var dette fysiske konsultasjoner. Figur 7 viser variasjonen i antall kontakter knyttet til den enkelte pasient med sår- og stomiteamet. I gjennomsnitt hadde hver pasient 2,7 kontakter med sår- og stomiteamet. I noen tilfeller var dette kontakt over telefon, men i de fleste tilfeller var dette konsultasjoner på legekantoret. Nær halvparten hadde en kontakt. Én pasient hadde hele 17 kontakter.

Figur 8 viser at over halvparten av pasientene har hatt sine plager i mer enn 12 uker. Drøyt en av fire har hatt plagene i mer enn ett år. Tabell 1 viser at over halvparten av de med stomi, har hatt sin plage i over ett år.

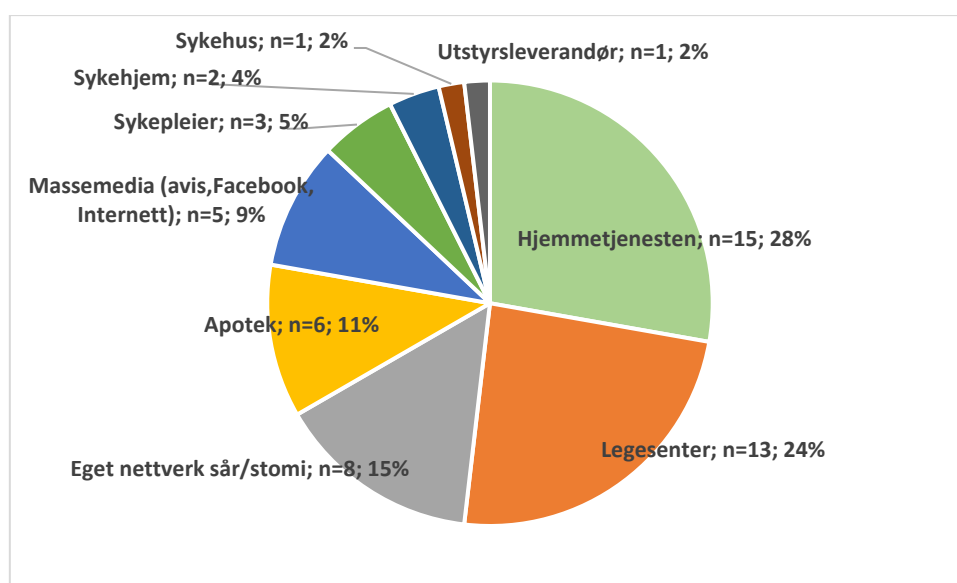


TABELL 1: VARIGHET AV PLAGE FORDELT PÅ ÅRSÅK TIL PLAGE (N=51)

	Stomi	Sår	Totalt
4 uker eller mindre	1	9	10
<4 – 12 uker]	1	12	13
(12 – 52 uker]	6	7	13
Mer enn 52 uker	10	5	15
Totalt	18	33	51

Legesenter, hjemmetjenesten og sykehus var i størst grad involvert i behandlingen, henholdsvis i behandlingen av 24, 23 og 17 pasienter. For 59 prosent av pasientene, hadde fem eller flere personer vært involvert i behandlingen før sår- og stomiteamet kom inn i bildet. For 24 prosent av pasientene hadde 10 eller flere personer vært involvert i behandlingen før sår- og stomiteamet kom inn i bildet.

I oppstartsperioden ble det gjennomført noe få markedsføringstiltak for å gjøre tilbudet kjent. Det ble laget en brosjyre som beskriver tilbudet som ble sendt ut til alle kommuner og apotek i Finnmark og Nord-Troms. Tilbudet er også registrert som tilbud, på Alta kommunes hjemmeside. Det var planlagt besøk rundt om på avdelinger i Alta kommune og i nabokommuner, men på grunn av koronapandemien, begrenset dette seg. Figur 9 viser at hovedkildene for pasientenes kjennskap til sår- og stomiteamet var hjemmetjenesten og legesenter.



FIGUR 9: KILDE TIL INFORMASJON OM SÅR/STOMI TEAMET (N=54)

TIDSBRUK

I tillegg til sårbehandlingen og stomistellet, går det med tid til å innhente nødvendig informasjon (som årsak til plage, hvor lang tid pasienten har hatt såret/stomien, anamnese, bruk av medisiner mm.). Dette for å hjelpe legen i å stille rett diagnose samt å kunne gi rett behandling. Det er derfor svært viktig at vi ved førstegangskonsultasjon setter av god tid til hver pasient. Denne informasjonen er det stort sett greit å få når pasienten er klar og orientert. Noen ganger er denne informasjonen krevende å få tak i. Pasienten kommer ofte i følge med personale fra helseinstitusjoner. Personalet som ofte sendes som følge, er ikke godt nok informert om pasienten. Dette er ofte vikarer, gjerne studenter, som har vært i svært kort tid ved avdelingen og dermed ikke kjenner til pasientens helseplager.

Selve førstegangs sår/stomistell tar også en del tid da det er en del undersøkelser og observasjoner som må gjøres. Det kan nevnes Ankel-arm index på alle med sår på beina, det tas mål av sår/stomi, det planlegges bandasjevalg/valg av system for stomibandasje. Dette danner igjen grunnlag for den videre behandlingen. I de tilfeller hvor vi må involvere andre i behandlingen, må vi også veilede annet helsepersonell eller pasientens pårørende. Under disse undersøkelsene finner vi ofte nye problemstillinger som ikke har blitt oppdaget tidligere og vi må da ofte henvise til andre instanser. Som regel gjelder dette mistanke om malignitet (kreft), mulige hudsykdommer mm.

Vi bruker også mye tid på å finne hjelpemidler som kan bidra til å fremme tilhelingen (eks. trykkavlastning for hæl og ankel). Det er en økonomisk belastning for pasientene å ha et sår over tid. Vi hjelper derfor også med å søke støtteordninger for pasienten. Etter at man er i mål med sårtilhelingen er det like viktig å forebygge nye sår, da forebygging er mye billigere enn langvarig behandling. Flere nyopererte stomipasienter uttrykker at de føler en enorm trygghet over at sår- og stomiteamet finnes da det ikke er noen andre steder å henvende seg.

PASIENTHISTORIER

Vi vil vise problematikken vi møter med en noen pasienthistorier. Grunnen til at vi har trukket frem disse pasienthistoriene er at vi synes de er gode eksempler på kompleksitet som krever spesialisert kompetanse. I tillegg har vi vært opptatt av å vise mangfoldet av pasienter. Felles for alle er at de viser behovet for et sår- og stomiteam der de får tett oppfølging med få personer involvert.

Pasient A fikk fjernet en inngrodd negl på sykehuset etter å ha hatt store plager med tåen i lang tid. Pasienten fikk videre sårbehandling ved eget legekontor. Både lege og sykepleier der mente at såret så bra ut og at det ville gro. Pårørende var svært bekymret og ringte ofte til legekantoret for kontroll. Etter hvert ønsket pårørende at pasienten skulle komme til sårteamet for vurdering og oppfølging. Vi observerte ved konsultasjon at det var hypergranulering i såret. Hypergranulering er en slags overreaksjon fra kroppen hvor vevet i sårbunnen vokser mer enn normalt, av og til over hudens nivå. Dette fører til at hudcellene ikke får vokse inn fra kantene og dekke såret. Sår med hypergranulering krever spesialbehandling. Underveis måtte vi benytte oss av i både debridering, hydrokortison og kompresjon for å komme i mål. Debridering er å rense såret «skarpt» for dødt vev, dette gjøres men en sårskrape eller skalpell. Da vi hadde fått renset opp i såret måtte vi i dette tilfellet med en bekymret pårørende, i tillegg lage gode avtaler om hvordan de selv skulle observere såret hjemme, samt hvordan de skulle skifte på såret selv imellom konsultasjonene hos sår- og stomiteamet. Etter at vi laget disse gode avtalene og samtidig ga tett oppfølging, grodde såret omsider.

Pasient B hadde sår under hælen og under stortå. Pasient B hadde gått til eget legekontor for sårskift, uten endring i status av såret. Pasienten hadde også vært på sykehus for revisjon av sårene.

Der var det blitt lagt på en altfor tett bandasje som ikke puster eller absorberer sårveske, såkalt hydrokolloid bandasje noe som førte til at sårkantene ble fuktskadet (Maserasjon). Da pasienten kom til konsultasjon hos sår- og stomiteamet ble det målt ankel/arm index som viste dårlig sirkulasjonsstatus. Vi kjente heller ikke fotpuls ved palpasjon. Vi sjekket i tillegg pasientens føtter med monofilament, et redskap for å sjekke om pasienten har nedsatt følelse for trykk. Resultatene ga grunnlag for å mistenke nevropati. Lege henviste pasienten til UNN for avklaring av sirkulasjonsstatus. Med tett oppfølging av sår- og stomiteamet og med revisjon av sårene hver uke, samt tilpasning av trykkavlastning, grodde sårene i løpet av 10 uker.

Pasient C gikk til eget legekontor for å få hjelp til et leggsår som har oppstått helt plutselig og uten traume. Behandling ble vurdert å være ok, men pasienten ble henvist til sår- og stomiteamet for sjekk av ankel/arm index. Denne var tilfredsstillende. Pasienten hadde imidlertid mye hevelser, ødemer i benet. Vi anbefalte kompresjon, men pasienten ønsket ikke å bruke dette, da vedkommende opplevde det som ubehagelig. Vi tok oss god tid og forklarte viktigheten av kompresjon og under samtalen kom det frem at strømpen som vedkommende tidligere hadde brukt var kjøpt etter skostørrelsen. Vi tok mål av pasientens ankel og legg, og tilpasset korrekt strømpe som pasienten fikk kjøpt hos oss. Pasienten ga klart uttrykk for at denne strømpen var behagelig. Avtalen videre var at pasienten skulle ta kontakt om såret ikke grodde innen en uke. Vi hørte ikke noe fra pasienten.

Pasient D er en multihandikappet person med stomi. Problematikken i dette tilfellet var flere lekkasjer om dagen. Ofte ble avføringen liggende på huden over lengre tid. Dette førte til sår og ødelagt hud. Personalet i boligen hadde vært i kontakt med legekontor, sykehus, samt apotek for å få hjelp, - uten å lykkes. Vi erfarte at det var lite kunnskap om stomi generelt blant pleiepersonalet, og dermed var det vanskelig å hjelpe over telefonen. Pasienten kom uken etter i følge med personalet til konsultasjon hos sår- og stomiteamet. Her blir stomien kartlagt og vi så umiddelbart hva som mest sannsynlig var årsak til lekkasjene. Vi foreslo endringer til nytt egnet utstyr. Vi veiledet personalet hvordan de kunne gjøre stomistell på en god måte og om det forskjellige utstyret som skulle brukes og hjalp dem å bestille rett utstyr hos apoteket. Vi tok en oppfølgingstelefon etter en uke. Det hadde da ikke vært lekkasjer siden konsultasjonen hos oss.

Pasient E hadde fire sår på leggen etter traume på grunn av et fall. Etter at pasienten ble utskrevet fra sykehus, ble sårene skiftet på av hjemmetjenesten frem til pasienten kommer til oss fem dager etter. Det var da mye puss under skorpene på tre av sårene. Det fjerde såret (og det største) var dekket av en stor, sort nekrose (dødt vev). Vi fjerner nekrosen, for å kunne observere sårbunnen. Under var det et stort hematom og skaden målte 1,5 cm i dybde og var 7 cm x 8,5 cm stort. Leggen var svært ødematøs, men ingen hadde vurdert kompresjon. Vi igangsatte dette i samarbeid med lege. Vi har åpent en gang i uken og er avhengig av at legekontor eller hjemmetjeneste følger opp imellom. I dette tilfellet var det hjemmetjenesten som skulle følge opp. Vi sendte epikrise med sårprosedyre, samt tok direkte kontakt med sykepleier i hjemmetjenesten for å sikre oss at dette ble fulgt opp. Vi opplevde så, da pasienten kom tilbake på time hos sår- og stomiteamet at sårprosedyren ikke var fulgt og kompresjonen var lagt feil. Pasienten ga i tillegg uttrykk for at det hadde vært forskjellige personer som stelte såret. Det så for oss ut som pleierne som stelte sårene hadde svært ulik kompetanse om sårbehandling. Vi tok etter dette over alt sårstell og såret grodde etter hvert, tross sin størrelse.

Pasient F har medfødt fotdeformitet og har flere ganger i løpet av livet hatt operasjoner i forbindelse med det. De fleste tærne har nå feilstillinger. Pasienten hadde fått et trykksår på innsiden av en tå. Såret grodde ikke på grunn av at tærne trykket mot hverandre. Vi vurderte det slik at det eneste som kunne hjelpe på dette var en trykkavlastning, og henviste pasienten til fotterapeut. På grunn av

pandemien og ferieavvikling hos fotterapeut, gikk det en god tid før pasienten fikk time. Den aktuelle fotterapeuten har utdanning i å lage silikonavlastning. Når denne var laget og tatt i bruk, så vi en klar forbedring av såret, og det grodde etter kort tid. Dette eksemplet viser viktigheten av tverrfaglig samarbeid.

Pasient G har stomi og var plaget med mye lekkasjer. Det var hjemmesykepleien som skiftet på stomien. Pasienten kom til oss på grunn av lekkasjeproblematikken. Vedkommende var mye isolert hjemme da hun ikke turte gå ut på grunn av redsel for lekkasje. Under kartlegging av pasienten, kom det frem at hun brukte en del stomiutstyr over flere dager. Dette utstyret er laget for å skiftes hver dag. I dette tilfellet hadde hverken pasient eller hjemmesykepleie kunnskap om dette. Vi vurderte pasienten dit hen at hun med litt veiledning kunne klare å skifte på stomien selv. Pasienten hadde på daværende tidspunkt oppfølging av hverdagsrehabiliteringsteamet og sårsykepleier (som da jobbet der) hadde da mulighet for å få opplæring og tett oppfølging. I dag skifter pasienten stomiutstyr hver dag selv og har fått en mer fri hverdag uten lekkasjer uten behov for hjemmesykepleie. Her ser vi igjen viktigheten av å bruke riktig kunnskap og kompetanse.

Pasient H hadde sju sår fra kneet og ned til over ankel. Pasienten hadde tidligere fått sårbehandling i sykehus, på legekontor og av hjemmetjenesten. Da pasienten kom til oss, var det pårørende som stelte sårene. Pasienten hadde brukt ca. kr. 15 000,- i bandasjemateriell. Flere av sårene hadde svarte nekroser, de luktet og det var tegn til infeksjon. Pasient og pårørende følte de hadde fått lite hjelp. Vi vurderte det slik at nekrosene burde vært fjernet for å kunne observere og optimalisere sårbunnen. Vi informerte pasient og pårørende om muligheten for vakuumbehandling, da vår vurdering var at dette ville ha god effekt på de største sårene. Pasienten skulle til kontroll på sykehuset dagen etter og videre komme til oss to uker senere. I løpet av disse to ukene ble pasienten innlagt på sykehuset, nekroser ble fjernet og vakuumbehandling igangsatt. Han fikk også antibiotika intravenøst. I tillegg hjalp vi pasienten med å søke om refusjon av utgiftene til bandasjemateriell.

Pasient I ble henvist fra hjemmesykepleien med sår på en tå i oktober. Dette hadde angivelig kommet på grunn av trykk fra skoen. Tåa var svært hoven og rød, og vi mistenkte osteomyelitt. Pasienten blir overført til legevakt og innlagt ved UNN. Pasienten hadde tidligere fjernet den ene stortåa på grunn av osteomyelitt. Pasienten kom tilbake fra UNN med en sårprosedyre, men det framgikk ikke av epikrisen om det var tatt røntgen eller MR for å bekrefte eller avkrefte osteomyelitt. Pasienten har diabetes, og ifølge wounds.no, er slike sår blålys, en skal ikke vente og se, men avklare med røntgen eller MR. Pasienten ble på nytt henvist til oss i begynnelsen av desember av hjemmesykepleien. Rødheten og hovenheten på foten var bedre enn da pasienten var hos oss sist. Etter fem uker med behandling etter sårprosedyre fra UNN, valgte vi å bytte sårprosedyre på grunn av at såret var litt for fuktig. Vi anbefalte også at pasienten ble henvist til ortopediingeniør for vurdering av spesial sko på grunn av feilstillinger i beina. Vi klarer ikke å se at dette er tatt tak i ifølge epikrise. Vår vurdering er at pasienten var dårlig ivaretatt, og at det var liten helhetstenkning rundt pasientens problemer.

REFLEKSJONER ETTER OPPSTART

Behovet for sår- og stomiteamets kompetanse visste vi var til stede. Vi hadde begge i lang tid før oppstart av sår- og stomiteamet fått mange telefoner både i jobbsammenheng og privat, med spørsmål om behandling samt ønske om veiledning. Etter oppstart avtok disse telefonene en god del, da de tok kontakt når vi hadde klinikkdag. De telefonene som allikevel kom, ble henvist til å ta kontakt på klinikkdagen.

Vi har klinikkdag en gang i uken. Fra oppstart og frem mot årsskiftet har det vært greie timelister, det har ikke vært fullt, noe man kanskje skulle ønske sett fra et økonomisk perspektiv. Men vi ser at vi har hatt behov for en myk start. Vi har hatt tid til å få tatt en grundig kartlegging av pasientenes sår- eller stomiproblematikk, og fått laget et godt behandlingstilbud for disse. I tillegg har vi hatt mulighet til å gjennomgå om vi skulle endre måten vi jobbet på. Underveis har pasientantallet økt, timelistene er nå (per juni 2021) helt fulle hver klinikkdag, og vi har et ønske om å få økt med en dag til i uken.

Ved oppstart av klinikken hadde vi som et kriterium at et sår skulle ha vedvart i 4 uker før de fikk komme til oss. Vi erfarte etter hvert at dette måtte vi gå bort ifra. Et eksempel er at en pasient med traumeskade ikke fikk adekvat hjelp på sykehus, noe som resulterte i en stor nekrose med påfølgende vevsskade. Dette før det var gått 4 uker. Denne pasienten kom til oss etter 2 uker, og i dette tilfellet var det allerede for sent, og tilhelingen tok ekstra lang tid. Vi har derfor fjernet dette kriteriet. I tillegg ønsker vi at dette skal være et tilbud flest mulig kan benytte seg av og ønsker derfor at det skal være enkelt å komme i kontakt med oss.

Når det gjelder antall konsultasjoner er det i enkelte tilfeller nok med en enkelt konsultasjon. Pasienten får veiledning og evner å følge opp såret eller stomien selv, eller ved hjelp av hjemmetjeneste. I andre tilfeller må vi selv følge pasienten opp over tid til sårene er grodd. Dette fordi såret er såpass komplisert og krever en god faglig oppfølging. Vi har erfart flere ganger at meldinger til hjemmesykepleie om observasjoner av såret og bandasjeskift ikke har blitt ivaretatt på rett måte. Andre ganger er såret i en utvikling slik at både bandasjemateriell og hyppighet for sårskift kan endres over kort tid, Dette krever også en god observasjonsevne og faglig kompetanse. Veiledning til helsepersonell vedrørende dette via PLO-meldinger blir vanskelig (eksempelvis blir elastisk bind ikke satt på eller kompresjonen ble lagt feil). Vi har under tiden vi har vært i drift, avdekket et stort behov for kompetanse. Det mangler fortsatt mye kunnskap på dette området i kommunen, også fastleger er lite oppdatert. Flere sender pasientene sine til oss fordi de hverken har ressurser eller kompetanse til å følge dem opp.

Vi får mange telefoner med spørsmål og ønske om veiledning på sår og stomi utenfra. Disse tar mye tid. Dette får vi bare telefontakst for og maks 100,-. I utgangspunktet hadde vi et ønske om å få benytte et system for lyd/bilde konsultasjoner i forbindelse med pasienter som bor langt borte eller er så skrøpelige at de ikke har mulighet å komme til klinikken. Dette har vi så langt ikke hatt mulighet til å jobbe med fordi vi kun har hatt en klinikkdag i uken. I tillegg har det økt med henvendelser fra institusjoner om vi kan foreta «hjemmebesøk» da de har pasienter/beboere med begrenset funksjonsnivå. Heller ikke dette lar seg gjøre med kun en åpningsdag.

Som nevnt i innledningen, har vi startet opp midt i koronapandemien og mulighetene for markedsføring har blitt begrenset. Selv om besøket til sår- og stomiteamet tok seg opp mot nyttår og har økt ytterligere etter registreringsperioden var ferdig - så må vi jobbe kontinuerlig med markedsføringen. Folk som kjenner til oss, tar kontakt og spør hvordan de skal komme i kontakt med sår og stomiklinikken. Det har vært en artikkel om teamet i avisen og vi sendt ut mail til alle kommuner i Finnmark, men fortsatt er det mange som ikke vet om oss. Vi har nå hatt et møte med kommunikasjonsrådgiver i kommunen, som skal hjelpe oss videre med dette. Vi hadde blant annet en oppegående pasient fra en nabokommune som hadde hatt stomi i 10 år. Personen hadde vært plaget med et problem i nesten 2 år. Pasienten hadde søkt hjelp hos kirurger som hadde prøvd kirurgisk behandling uten hell. Pasienten hadde spurt i flere ulike fora om det fantes noen som kunne hjelpe henne med problemet, men uten resultat. Til slutt var det en person fra Alta, som pasienten fikk kontakt med på sosiale medier, som tipset om sår- og stomiteamet. Dette viser at vi fortsatt har en stor jobb å gjøre for at vi skal bli kjent.

Per dags dato har vi åpent hos sår- og stomiteamet hver tirsdag. I flere tilfeller hadde det vært optimalt å ha åpent to dager i uken, dette for å kunne følge pasienten bedre opp. Vi har erfart at i enkelte tilfeller, blir ikke pasienten fulgt opp på best mulig måte når andre må involveres i behandlingen. Det kan være mange personer involvert. Disse har igjen ulik kompetanse, noe som til slutt medfører at tilhelingen tar lengre tid. En annen grunn til at vi burde hatt åpent 2 dager i uken er at man da kunne hatt mulighet for hjemmebesøk for de mest immobile som ikke kommer seg hit på egen hånd. I tillegg kunne vi ha lagt inn besøk i nabokommunene som et markedsføringstiltak. For å styrke tilbudet enda mer, har vi også tenkt på muligheten for at vi har en dag sammen og så hver sin andre dag. Dermed kunne vi dekket opp 3 dager i uken ved klinikken, noe som ville ført til enda større fleksibilitet. Den økte pasientmengden tilsier også at det hadde vært gunstig med et utvidet åpningstilbud.

Før oppstart hadde vi ønske om å begge være til stede på klinikkdagen, dette for å høste erfaring av hverandres kompetanser og dra lærdom av hverandre. Dette har vi virkelig sett nytten av. Vi har hatt mange nyttige faglige diskusjoner om tilstander og behandlingsforløp, noe som har ført til en bedre oppfølging av pasientene.

På nåværende tidspunkt er det ikke opprettet et samarbeide med spesialisthelsetjenesten. En av grunnene til dette tror vi er den store vikarbruken i helseforetaket. Kirurger og annet helsepersonell er på sykehuset i kort tid av gangen og har ikke informasjon om sår- og stomiteamet. Vi har sendt mail med informasjon om sår- og stomiteamet til helseforetaket, med spørsmål om denne kunne distribueres til alle ansatte. En annen tanke fra vår side er at kommunehelsetjenesten ligger under i «hierarkiet» og rådføres ikke. En ide for å markedsføre sår- og stomiteamet hadde vært å ta kontakt med enkelte sykepleiere ved sykehuset for å etablere en relasjon. Vi har imidlertid godt samarbeide med kommunehelsetjenesten, fastleger, hjemmebaserte tjenester, apotek og fotterapeut. Men samarbeidet kan fortsatt utvikles.

Kommunen gir klart uttrykk for at vi skal bestå, og fortsette å gi dette tilbudet til sår- og stomipasienter. Apoteket har gitt klart uttrykk for at det er fantastisk å ha oss som et lavterskeltilbud for disse to pasientgruppene. Med lavterskel mener vi at de kan ta kontakt med oss direkte om de trenger råd og veiledning. De kan informere kunder om oss, som igjen kan ringe oss direkte uten å måtte henvises via lege. Det er ønskelig å utvide tilbudet til flere dager.