



Representantforslag 91 S

(2016–2017)

fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiters, Ingvild Kjerkol og Kjersti Toppe

Dokument 8:91 S (2016–2017)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiters, Ingvild Kjerkol og Kjersti Toppe om forebygging og behandling av kroniske sår

Til Stortinget

Bakgrunn

Kroniske sår med vanskelig tilheling er et stort problem for mange pasienter i Norge. Man antar at mer enn 50 000 mennesker har kroniske sår i Norge, og av disse regner man med at ca. 15 000 har aktive sår med pågående behandling. Gjennomsnittsalderen for sårpasienter er 75 år, og med økende alder i befolkningen er det grunn til å forvente en økning i antall pasienter med kroniske sår dersom ikke noe gjøres for å forhindre en slik utvikling.

Kroniske sårpasienter har lav status i helsevesenet, lever ofte med konstante smerter uten mulighet for lindring, lite søvn, mye skyldfølelse og i en tilstand mellom fortvilelse og håp, med redsel for amputasjon. Sårene lukter, ser ille ut og kan være vanskelig å behandle. Dette kan føre til sosial isolasjon, og pasientene opplever at mye av det aktive livet stopper opp, «såret» overtar alt og livet går i stå.

Kroniske sårpasienter er en sterkt lidende pasientgruppe med betydelig redusert livskvalitet, men med god prognose ved riktig behandling. Det tilsier en pasientgruppe som skal ha høy prioritet. Takstene, ressursene og kompetansen tilsier ikke at det skjer i dag. Samfunnets reelle prioriteringer leses ikke i ord, men i tall.

Behandling av kroniske sår er svært kostbart. En svensk studie¹ har vist at utgiftene til leggsår utgjør

ca. 1,5 pst. av det totale helsebudsjettet. En stor del av disse kostnadene er knyttet til bruk av materiell for sårbehandling. Samfunnsøkonomisk er det åpenbart gunstig å gi sårpasienter et godt tilbud, men som ofte er svært ressurskrevende.

Det er behov for sammenhengende pasientforløp mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må sikres rett kompetanse, bedre kvalitet, pasientsikkerhet og en god arbeidsdeling mellom primærhelse- og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å se på finansiering, organisering og opplæring.

Hvem er de kroniske sårpasientene

De kroniske sårene har to hovedgrupper: trykksår eller ulike former for leggsår.

Eldre, sengeliggende pasienter er svært utsatt for å få trykksår, og det har vært mye oppmerksomhet på å forebygge trykksår i Norge. Dette har ført til en bedring, men fremdeles er det for mange som får liggesår på sykehus og i sykehjem.

Kroniske sår på føtter og legger har ofte en årsak i form av sykdom eller livsstil.

Man regner med at 8–15 pst. av alle diabetikere utvikler sår, og alle diabetikere har dårlig sårtilheling. Innen 15–20 år forventes det en dobling av antall diabetikere. Ifølge diabetikerforbundet er det 500 unødvendige amputasjoner i året. Det arbeides nå med Nasjonal retningslinje for diabetes, og forebygging og sårbehandling bør være en sentral del.

Røyking er fremdeles en viktig årsak til kroniske sår, og mange ender opp med amputasjon. Heldigvis er antall røykere redusert de senere årene, og man

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

kan derfor forvente en nedgang av denne gruppen sårpasienter.

Mange har også et dårlig fungerende venesystem i bena, og dette kan disponere for kroniske sår, såkalte venøse leggsår. De fleste med åreknuter vil ikke utvikle leggsår, men noen undergrupper har betydelig risiko for å utvikle slike sår.

Sykkelig overvekt i verden har økt med 100 pst. siden 1980, og overvekt er også en tilstand som kan disponere for leggsår.

Forebygging

Mange av sårene kan forebygges. Trykkavlastning vil kunne forebygge trykksår, god regulering av diabetes samt nøye stell av føttene vil kunne forebygge sår hos diabetikere, røykeslutt vil hindre dårlig blodsirkulasjon, vektreduksjon og støttestrømper vil kunne bedre trykkforholdene i bena og redusere farene for sårutvikling.

Selv om det er gjort mye for å forebygge, er det fremdeles mye som kan og bør gjøres. I tillegg til generelle folkehelseiltak som vektreduksjon, akt aktivitet og røykeslutt, er det flere tiltak som må vurderes. God informasjon om egenomsorg er viktig. Dette kan være i form av veiledning om hvordan røyking påvirker sårheling, råd om fottøy, hvordan unngå gnagsår, trykkihindring, fuktighetskrem og ernæring. Andre viktige tiltak kan være jevnlig behandling hos fotterapeut og opplæring av helsepersonell. I mange tilfeller er god behandling av den underliggende sykdommen den beste forebyggingen, for eksempel i form av god kontroll av diabetes eller operasjon for åreknuter.

Behandling i kommunen

Kroniske sårpasienter er en pasientgruppe som trenger hjelp fra flere, ofte fra flere spesialister og med god faglig oppfølging. For sårpasienter har samhandlingsutfordringen vist seg å være størst internt i spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstilbudet er ofte fragmentert og tilfeldig. Det meste av den praktiske sårbehandlingen hos kronikerne gjøres i kommunehelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten har gode muligheter for oppfølging med fastlegekontoret, fagteam i hjemmesykepleie, kommunale institusjoner og kommunale sykepleieklinikker, men de trenger mer kompetanse om forebygging og sårbehandling. Motivasjon, kunnskap og tett tverrfaglig dialog samt respekt for at sårheling er en langvarig behandling har vist seg avgjørende for å lykkes. Ny teknologi med fotografering av sårutvikling og telemedisin kan også være nyttige verktøy. Fagmiljøet viser til fagteam i hjemmesykepleien i Haugesund og kommunal sykepleieklinikk i Stavanger som gode tiltak.

Fastleger ser at det kan være dyrt for mange pasienter å dekke sårutstyret, og ønsker at kommunen skal overta utgiftene ved å innvilge hjemmesykepleie. Legekontor har ikke kapasitet og kompetanse til å utføre omfattende sårstell. Det er dessuten slitstomt for mange sårpasienter å oppsøke fastlegen flere ganger i uken.

Sårbehandling kan ta opptil to timer og er derfor utfordrende for fastleger å behandle uten at det går utover andre pasienter. Tidligere var det ofte sykepleiere tilknyttet fastlegekontoret som sto for sårstell. Hver fastlege har få sårpasienter, og man burde oppfordres til bedre samarbeid mellom fastlegene for å få hevet kompetansen og vurdert en spesialisering i større fastlegekontor. For å forebygge sår hos diabetespasienter bør de årlig tilbys en sensorisk analyse hos fastlegen. Slik analyse bør inngå i takstsystemet. Fastlegen må få kunnskap om hvor de skal henvise alvorlige sårpasienter og bedre informasjon om de ulike sårtypene.

Fotterapeuter spiller en viktig rolle i det forebyggende arbeidet med å hindre kroniske sår. I Tyskland har pasienter med diabetes rett til tre konsultasjoner hos fotterapeut per år. Hvordan fotterapeuter skal brukes mer i Norge, trenger å avklares.

Behandling av kroniske sårepasienter og finansiering bør problematiseres i piloteringen av primærhelseteam.

Behandling i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten finnes det få enheter som gir et tverrfaglig koordinert behandlingstilbud. Bare på Haukeland universitetssykehus blir pasienter behandlet på 20 ulike klinikker, og mange behandles på forskjellige avdelinger. Kroniske sårpasienter opplever å bli kasteballer i systemet.

Det anbefales at behandling av diabetiske fotsår blir organisert i multidisiplinære team i spesialisthelsetjenesten. I den nyeste og største studien (Weck M, 2013) var det en nesten fem ganger så høy amputasjonsrate i kontrollgruppen sammenlignet med dem som ble behandlet i multidisiplinære team.

Sykehuset i Tønsberg har hatt sårklinikk i mange år, og de mener det har bidratt til å redusere antall amputasjoner med 60 pst. sykehuset i Namsos har også en sårklinikk. I 2008 etablerte Stord Sjukehus en sårklinikk, og i 2017 står sårpasienter for 17 pst. av de kirurgiske inngrepene ved sykehuset, men de viser til at kirurgiske sårinngrep har langt mindre ressurser enn andre kirurgiske inngrep.

Fagmiljøet etterlyser flere sårsentre, der spesialister kan veilede både pasient og primærhelsetjeneste. Det er ønskelig å få på plass et sårhelingsbehandlingstilbud slik de har i København og Odense. På grunn av risiko for infeksjon bør man unngå innleggelse på sykehus, og utfordrende sårbehandling

bør fortrinnsvis skje poliklinisk. Målet må være at alle helseforetak blir pålagt å ha en diagnostisk avdeling og et tverrfaglig team som tilbyr sårbehandling.

Behovet for behandlingsfrister og forutsigbare pasientforløp bør også vurderes.

Finansiering

Det er ingen gode takster for pleie av kroniske sårpasienter, hverken for fastleger eller spesialisthelsetjenesten. Bandasjemateriell utgjør en svært stor del av kostnadene ved sårbehandling. Dersom pasienten får behandling av hjemmesykepleien, vil kommunen betale bandasjemateriell, men dersom pasienten går til fastlegen, må de selv betale bandasjer og søke om å få dette dekket av HELFO. De vil som regel få dekket utgiftene, men med en egenandel på ca. 1 800 kroner som ikke inngår i noen frikortordning.

Finansiering av sårutgifter bygger således ikke opp under helhetlige pasientforløp. Det viser seg også at HELFO har ulik praksis overfor private. Aleris i Austevoll får dekket alle utgiftene av HELFO, men på Sørlandet får de det ikke.

I forbindelse med behandlingen av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste uttalte helse- og omsorgskomiteen følgende (jf. Innst. 40 S (2015–2016)):

«Komiteen viser videre til høringsinnspill fra Norsk interessefaggruppe for sårheling om finansiering av hjelpemidler til ikke-helende sår. Det offentlige Norge bekoster i dag, med noen få unntak, behandlingen av sårpasienter. Dette skjer hovedsakelig via kommune, refusjon via § 5-22 og for enkelte pasienter på blå resept. I tillegg kommer pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Komiteen mener det offentlige fortsatt skal finansiere sårprodukter i denne kategori, men at ordningen blir mer lik for alle pasientgrupper. I dag oppleves ordningene som uklare både for pasienter og helsepersonell, noe som medfører ekstra og unødvendig belastning for både pasienter og behandlere. Komiteen ber derfor regjeringen vurdere disse ordningene opp mot hverandre og sørge for en bedre samordning. Komiteen mener at disse skal finansieres via en offentlig ordning.»

Fagmiljøet har tatt kontakt med Helsedirektoratet 1. desember 2016. Jan Magne Lindsund svarte at Helsedirektoratet hadde avlevert en oppsummering av tilgjengelig kunnskap om sårbehandling i august 2016 til departementet, og at de har fått tilbakemelding på at det ikke vil bli gjort noen endringer i finansieringen av sårprodukter på det nåværende tidspunkt.

Det er behov for å samordne finansiering av behandling og sårprodukter/bandasjer for pasienter som behandles på forskjellige nivåer, i helsetjenesten.

Kompetanseheving

I noen land er sårbehandling blitt et eget fag. I Italia har sårbehandleren høy status. Det samme er tilfellet i England og USA.

Norge har to høyskoler som tilbyr kurs i sårbehandling. Det er Høgskulen på Vestlandet avdeling Haugesund og Høgskolen i Sørøst-Norge avdeling Drammen. Sårbehandling bør inn i pensum i helseutdanningene.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

forslag:

Stortinget ber regjeringen på egnet måte fremme sak om nødvendige tiltak for bedre forebygging og behandling av pasienter med kroniske sår samt sikre sårpasienter et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud med mål om å redusere antall pasienter med kroniske sår og amputasjoner. Saken må også omhandle finansiering, tilgjengelighet og etablering av et tilbud i spesialisthelsetjenesten, for eksempel i form av sårsentre/sårklinikker. I tillegg må den foreslå tiltak for å øke kompetanse og samhandling på alle nivå slik at pasientene sikres en god og koordinert behandling.

6. april 2017

Torgeir Micaelsen

Tove Karoline Knutsen

Ruth Grung

Freddy de Ruiten

Ingvild Kjerkol

Kjersti Toppe

