

Regional plan for hudsykdommer i Helse Nord

2014–2020

Forord

Denne fagplanen er utarbeidet av en gruppe fagfolk parallelt med arbeidet de utfører i sin kliniske hverdag. Arbeidet har vært svært viktig, fordi hudfaget har få ressurser, hvor det er utfordringer knyttet til rekruttering. Prosjektgruppens sammensetning har speilet alle omsorgsnivå, og dette har bidratt til å sikre kvalitet i innhold.

Hudfaget er et lite fagområde, men det er ikke mindre viktig for pasienter og brukere av den grunn. Utfordringer og tiltak som er beskrevet av fagfolk og brukere med denne spesielle kompetansen, gjør at vi har fått god innsikt i hvordan dagens ressurser ivaretar tjenestetilbudet.

Det er viktig at vi har en god balanse mellom det arbeidet vi utfører i sykehusene og den polikliniske aktiviteten som utføres av avtalespesialistene. Kommunehelsetjenesten med fastlegene, har også en viktig funksjon for behandling og oppfølging av enkelte tilstander. Et godt samarbeid mellom de ulike omsorgsnivåene skal i sum gi et tilbud med høy kvalitet som holder internasjonal standard.

Avslutningsvis ønsker jeg å takke prosjektgruppen for et godt arbeid. Vi har nå en plan for hvordan vi skal sikre et bærekraftig tilbud i årene som kommer. Takksigelser rettes også til SKDE¹ for leveranse av forbruksrater innen for fagområdet.

Beste hilsen

Geir Tollåli
fagdirektør
Helse Nord RHF

¹ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord

Innholdsfortegnelse

Ordliste/forkortelse	5
Sammendrag.....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Mandat.....	8
1.2 Prosjektorganisering.....	8
2 Demografisk utvikling.....	10
3 Dagens status.....	11
3.1 Trender	11
4 Ulike tilstander.....	14
4.1 Malignt melanom	14
4.2 Non-melanom hudkreft.....	15
4.3 Psoriasis.....	16
4.4 Eksem	17
4.5 Leggsår	17
4.6 Veneriske sykdommer	18
5 Innhold i tjenesten på de ulike nivåene.....	19
5.1 Dermatologi i sykehus.....	19
5.2 Dermatologi i avtalepraksis.....	19
5.3 Dermatologi i kommunehelsetjenesten	20
6 Samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten.....	22
7 Dagens personellressurser.....	24
7.1 Hudleger i sykehus	24
7.2 Sykepleiebemanning på hudpoliklinikker	25
7.3 Oppgavedeling mellom hudleger og hudsykepleiere.....	27
8 Utdanning.....	29
8.1 Legespesialister	29
8.2 Sykepleiere	31
8.3 Særskilte oppgaver for Universitetssykehuset Nord-Norge.....	32
9 Rekruttering og stabilisering.....	34
9.1 Legespesialister	34
9.2 Avtalespesialister.....	34
10 Forbruksrater	36

10.1	Lysbehandling.....	38
11	Pasient- og brukeropplæring.....	40
12	Teledermatologi.....	42
13	Teknologi og utstyr som benyttes innen dermatologien.....	44
14	Økonomi.....	45
15	Referanser.....	46

Ordliste/forkortelse

CT	Computer tomograf
Dermatologi	Læren om huden og hudsykdommer
Dermatose	Sykdom i huden
FIN	Finnmarkssykehuset
Forekomst	Hvor mange nye individer i en bestemt gruppe som får en gitt tilstand i en gitt tidsperiode
HELFO	Helseøkonomiforvaltningen
HF	Helseforetak
HSYK	Helgelandssykehuset
Malignt melanom	Føflekkreft
KTV/KVO	Konserntillitsvalgt/konsernverneombud
Kurativ	Helbredende
LIS	Leger i spesialisering
NLSH	Nordlandssykehuset
Non melanom hudkreft	Hudkreft utenom føflekkreft
NST	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
PDT	Fotodynamisk behandling for aktiniske keratoser (forstadiet til kreft forårsaket av sol) og basalcellekreft
PET	Positronemisjonstomografi.
Prevalens	Hvor mange individer i en bestemt gruppe som har en gitt tilstand eller sykdom, gjerne på et gitt tidspunkt
PUVA	Lysbehandling med UVA- lys og psoralener
RBU	Regionalt brukerutvalg
RHF	Regionalt helseforetak
TL01	Kortbølget, smalspektret UVB lys
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
UVA	Langbølget stråling
UVB	Kortbølget stråling
UV-stråling	Ultrafiolett stråling

Sammendrag

Det er totalt 13,4 hudlegestillinger i Helse Nord. Prosentvis fordeler disse seg grovt slik innenfor hvert fylke: Finnmark 15 prosent, Troms 52 prosent og Nordland 33 prosent. Noen av stillingene er vakante, og tilbudet løses ved å leie inn vikarer. På sykepleiersiden er det svært få som har videreutdanning innen dermatologi. I sykehusene er det Helgelandssykehuset Mosjøen som kommer best ut, hvor to av tre sykepleiere har videreutdanning. Ved UNN Tromsø har to av 14,5 stillinger videreutdanning. Ved de resterende sykehusene har ingen av sykepleierne denne spesialkompetansen. Troms og Finnmark har et betydelig bedre hudlegetilbud enn hva som er tilfellet i Nordland, med unntak av Helgelandssykehuset. Det er i Salten, Lofoten og Vesterålen at underdekningen er størst.

Felles ventelister mellom sykehus og avtalespesialister er en del av mandatet. Det er foreløpig ikke lagt teknologisk til rette for å kunne benytte en slik løsning. Dette krever at samarbeidet mellom partene må løses på andre måter inntil dette er på plass. Tiltakene er derfor preget av å finne en god balanse mellom kjøp av private tjenester og drift i offentlig regi.

Utfordringer i dagens virksomhet

- lange ventetider i sykehusene
- lang ventetid hos avtalespesialist ved videre henvisninger fra kommunehelsetjenesten
- antall pasienter med hudsykdommer vil øke
- det vil bli behov for flere hudleger
- antall sykehussenger er kraftig redusert som følge av mer poliklinisk behandling
- det er et fåtall av sykepleierne som har videreutdanning i dermatologi
- legemiddelbivirkninger

Tiltak for å bedre tjenestetilbudet

- dimensjonere tjenestetilbudet mellom offentlig og private slik at ventetidene er innenfor måltallet på 65 dager gjennomsnittlig ventetid
- veiledning til allmennlegene via telemedisin, stillbilde eller direkte konferanse
- utdanningskapasiteten må økes for legespesialister
- det må tilbys videreutdanning for sykepleiere for rekruttering og stabilisering
- en sentral sengeavdeling ved UNN Tromsø må styrkes
- samarbeidet med kommunehelsetjenesten må styrkes
- samarbeidet kommunehelsetjeneste og sykehus må kvalitetssikre riktig legemiddelbruk

Oppsummert

Hudspesialistlegetilbudet i Nordland må styrkes. Det anbefales å opprette én stilling ved Nordlandssykehuset Bodø, én stilling ved UNN Narvik, og én avtalehjemmel i Svolvær. Avtalehjemmelen i Mo i Rana anbefales økt fra 37,4 prosent til 100 prosent. Det må opprettes utdanningsstillinger ved Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Mosjøen for å sikre det fremtidige tjenestetilbudet til befolkningen. I Finnmark foreslås det å opprette en 100 prosent avtalehjemmel i Alta.

Økonomi

Tabell 3 i kapittel 14, økonomi viser estimerte kostnader for de tiltak som er skissert i planen. Det gjøres oppmerksom på at det er store utfordringer knyttet til å rekruttere hudspesialister, slik at det anbefales å legge til rette for en gradvis opptrapping i løpet av planperioden. Prosjektgruppen anbefaler derfor at den skisserte opptrappingen gis likeverdig prioritet, men påpeker at Nordlandssykehuset må ha særskilt fokus på å få etablert et tilfredsstillende dermatologitilbud. Årlige kostnader er estimert til 8,5 millioner kroner.

1 Innledning

Innenfor dermatologi behandles forskjellige sykdomstilstander, f.eks. hudkreft, eksem, virus-, bakterie- og soppinfeksjoner, psoriasis, legemiddelreaksjoner, hår- og neglesykdommer, akne, svetteproblemer og ulike former for kløe.

Hudlegens rolle er å være en klargjørende instans hvor pasienten får stilt eller revurdert sin diagnose, planlagt sin behandling og videre behov for oppfølging.

De fleste pasienter kan tas hånd om poliklinisk eller ved dagbehandling. I et fåtall tilfeller vil det være behov for inneliggende behandling i en sykehusavdeling. Selv om sengetallet er blitt sterkt redusert får pasientene god behandling.

Helse Nord har hittil ikke hatt en egen regional plan for hudsykdommer. Det er behov for å utarbeide en strategi som skal sikre et likeverdig, godt faglig tilbud i helseregionen.

Rapporten *Strategiske tiltak for Norsk dermato-venerologi*, 2005 fra Norsk Dermatologisk selskap (1) viste at pasienter med hud- og seksuelt overførbare sykdommer i økende grad vil ha behov for diagnostikk og behandling.

1.1 Mandat

Prosjektgruppens mandat har vært:

1. Kartlegge dagens situasjon og gi en vurdering av denne.
2. Beskrive aktuelle trender som angår fagområdet mot 2020.
3. Kartlegge fremtidig behov for hudleger i regionen, herunder vurdere behovet for nye avtalespesialisthjemler.
4. Beskrive utfordringer knyttet til behandling av ulike tilstander.
5. Sikre lik praksis ved å følge/utarbeide felles retningslinjer.
6. Beskrive mulige samarbeidsformer herunder:
 - Samarbeid mellom avtalespesialister og spesialister i sykehusene.
 - Samarbeid om hvordan fordelingen av spesialister i de ulike foretak bør være.
 - Samarbeidet skal sikre rasjonell oppgavefordeling som gir gode pasientforløp.
7. Vurdere felles ventelister.
8. Beskrive bruk av teknologi og utstyrsbehov.
9. Foreslå tiltak 2014–2020 og prioritere disse.

1.2 Prosjektorganisering

Organisering

Prosjekteier: Helse Nord RHF v/administrerende direktør.

Styringsgruppe

Helse Nord RHF, leder	fagdirektør	Geir Tollåli
UNN	fag- og forskningssjef	Einar Bugge
Helgelandssykehuset	medisinsk direktør	Fred A. Mürer
Finnmarkssykehuset	medisinsk fagsjef	Harald G. Sunde
Nordlandssykehuset	fagsjef	Anne Kristine Fagerheim
Sykehusapotek Nord	fagsjef	Margaret A. Antonsen
Helse Nord RHF	KTV/KVO	Eirik S. Holand

Prosjektgruppe

Helse Nord RHF	prosjektleder	Arnborg Ramsvik
UNN	spesialist i dermatologi og venerologi	Dagfinn Moseng
Lenvik kommune	sykepleier	Hege Norheim
Nordlandssykehuset	spesialist i indremedisin	Olaf Antonsen
Helgelandssykehuset	spesialist i dermatologi og venerologi	Richard Stoll
Helgelandssykehuset	sykepleier i dermatologi	Ellen Parnas
Bodø	avtalespesialist i dermatologi og venerologi	John Sverre Nordahl
Saltdal kommune	Kommunelege	Magne Franing
Regionalt brukerutvalg	brukerrepresentant	Sissel Brufors Jensen

Arbeidsform

Prosjektgruppen har basert seg på fysiske arbeidsmøter. Totalt har det vært avholdt fire møter hvorav tre i Bodø og ett i Tromsø. Styringsgruppen har gitt sine innspill.

Hovedmål

Utrede og gi en anbefaling for fremtidig dekning av hudleger i regionen, og organisere tilbudene slik at de gir best mulig tilgjengelighet.

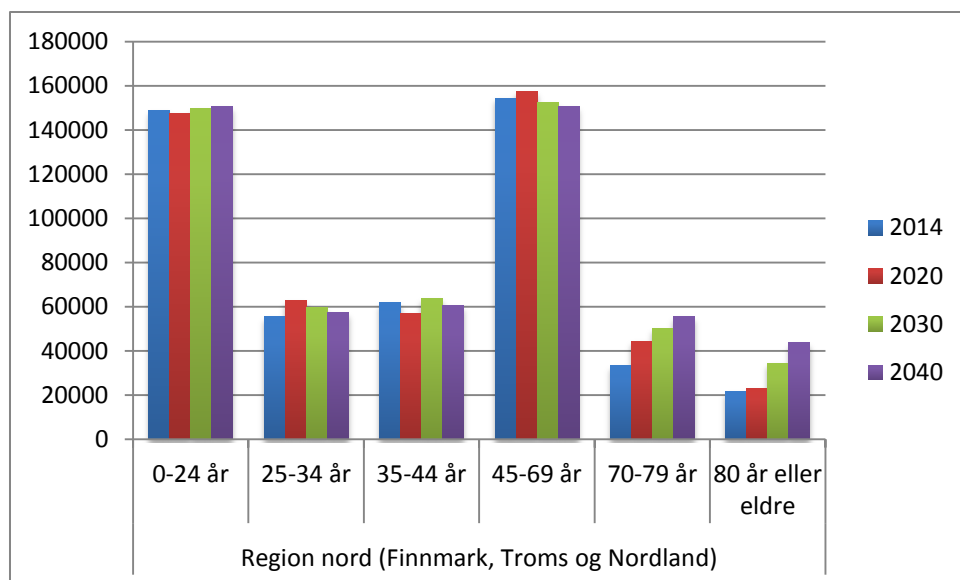
2 Demografisk utvikling

For befolkningen i hele regionen totalt sett forventes det en økning i perioden 2014 til 2040.

Den eldste delen av befolkningen forventes å få en relativt sett større vekst.

Aldersgruppen 70–79 forventes å øke mellom 30 og 36 prosent i de ulike fylkene fra 2014 til 2020. Fra 2014 til 2030 forventes økningen å bli mellom 47 og 55 prosent, mens for hele perioden (2014–2040) forventes en økning på mellom 61 og 71 prosent.

Relativt sett forventes det små endringer i befolkningen i de fire laveste alderssegmentene i hele perioden. Det forventes en vekst på 13 prosent for hele regionen i aldersgruppen 25–34 år fra 2014 til 2020, men dette flater ut slik at veksten i perioden 2014–2040 forventes å bli 4 prosent.



Figur 1 Fremskrevet folkemengde etter region, alder, tid og statistikkvariabel. Middels nasjonal vekst.

Kilde: SSB.

Den største økningen på lang sikt forventes å komme for den delen av befolkningen som er 80 år eller eldre. Forventet økning er relativt sett liten frem til 2020, men fra 2014 til 2030 forventes en økning på 51 prosent for Nordland fylke og 72 prosent for Troms og Finnmark. Den forventede økningen fra 2014 til 2040 er 90 prosent for Nordland, 119 prosent for Troms, og 115 prosent for Finnmark.

3 Dagens status

Underdekning av ressurser

Det har i mange år vært en underdekning av hudspesialisttilbudet i Helse Nord. De senere år er tilbudet i Troms og Finnmark bygget ut, hvor UNN har utdannet to spesialister som arbeider i Finnmark. Desentraliserte behandlingseenheter som gir lysbehandling er etablert i kommunene seks steder i Finnmark, og fem steder i Troms. Disse betjenes av stedlige sykepleiere og ambulerende hudleger.

I Nordland har det lenge vært en underdekning, og det er et sterkt behov for å bygge ut og stabilisere behandlingstilbudet. Helse Nord har minst antall avtalespesialister av alle helseregionene, 1,4 årsverk, se tabell 1. Disse vil gå av med pensjon i løpet av planperioden. Begge har sin avtalepraksis i Nordland, henholdsvis i Bodø og Mo i Rana.

Sengeposttilbudet

Behovet for innleggelse i sykehus er blitt mindre. Dette skyldes i hovedsak utvikling av nye effektive legemidler. I Helse Nord antas sengetilbudet å være på et minimumsnivå.

UNN Tromsø har eneste sengepost med spesifikt dedikert hudpersonell på døgnkontinuerlig basis. Pasienter med behov for innleggelse får et kvalitativt godt tilbud. Lite transportable pasienter kan vurderes behandlet lokalt i samråd med spesialist. Pasienter kan også overflyttes etter initial behandling ved UNN Tromsø. Personell og studenter oppnår erfaring og får sin utdanning. Sengeposttjeneste er en viktig og obligatorisk del av spesialistutdanningen.

Ved å sentralisere hudsenger kan pleiekompetanse opprettholdes ved at samarbeidet innen hudfaget i helseregionen styrkes. Dette er ikke til hinder for at eldre pasienter med multiple sykdommer legges inn på de lokale sykehusene i samarbeid med UNN Tromsø. UNN Tromsø mottar også henvisninger fra spesialister utenom Tromsøs boområde til innleggelse på sengeavdeling. De fleste innleggelsessøknader kommer fra fastleger, dels fra andre sykehusleger.

Avansert behandling

UNN Tromsø og Helgelandssykehuset Mosjøen har muligheter for mer krevende behandling som typer laserbehandling, hudkirurgi og annen type utstyrs- og personellkrevende behandling. Mye av denne behandlingen kan også foregå hos privatpraktiserende spesialister. Felles prosedyrer må utarbeides.

3.1 Trender

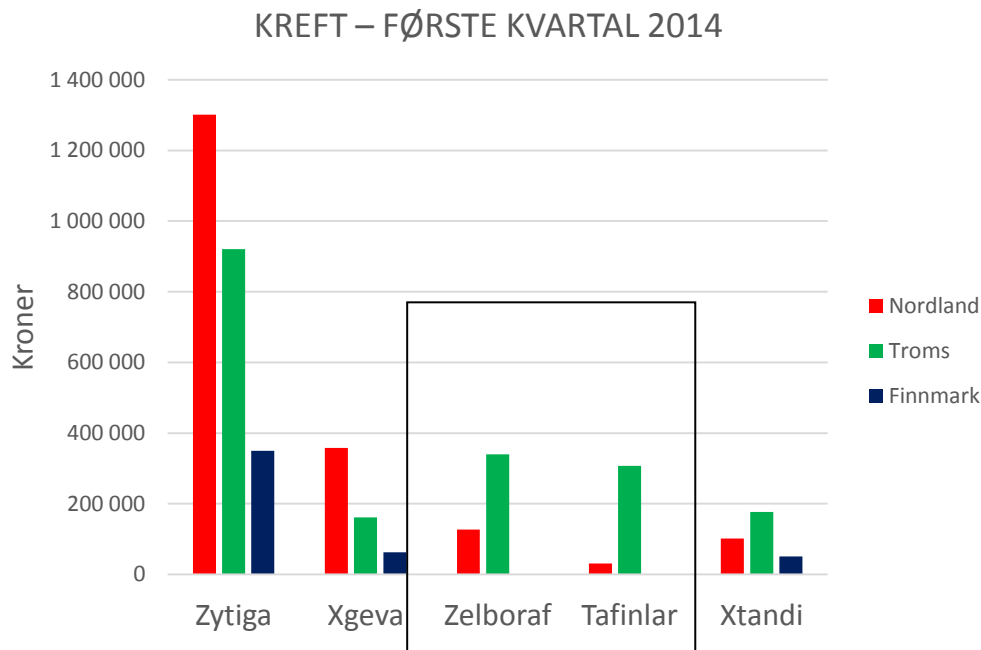
I løpet av de siste årene har den teknologiske utviklingen og nye medikamentelle muligheter skapt økt etterspørsel og lagt betydelig press på ressursene. En økende andel eldre har gitt økt forekomst av legemiddelbivirkninger i huden, multisystemsykdommer, og økende forekomst av hudkreft.

Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer ventes å øke både ved innenlands smitte og på grunn av smitteoverførsel fra utlandet.

Biomedisinsk forskning spesielt innenfor immunologi har ført til grunnleggende ny forståelse for store sykdomsgrupper. De nye biologiske legemidlene har langt på vei revolusjonert behandlingen for mange psoriatikere. Dette er foreløpig svært dyre medisiner. Det er grunn til å forvente at man i årene framover vil få flere nye immunmodulerende midler som kan brukes i behandlingen av andre hudsykdommer som f.eks. atopisk eksem. Det har kommet en rekke nye og effektive behandlinger for enkelte typer hudkreft. Fotodynamisk behandling (PDT) er nå en etablert behandling de fleste steder. Den medisinske og teknologiske utviklingen vil ventelig gi nye diagnostiske og terapeutiske fremskritt i årene som kommer. Kostnadene til disse nye medisinene kan derfor komme til å øke betydelig i årene som kommer.

Det nye beslutningssystemet for å innføre nye metoder i spesialisthelsetjenesten trådte i kraft i 2013 (2). Metodevurderingen forutsetter at en har et system som sørger for at det utarbeides enhetlige retningslinjer for bruk av nytt legemiddel, eller ny metode. Dette vil bidra til å sikre enhetlig praksis i regionen.

Flere nye kreftlegemidler er under metodevurdering, hvorav to for malingt melanom (Zelboraf® og Tafinlar®). Legemidlene er perorale formuleringer og åpner for hjemmebasert behandling. Figur 2 viser forbruk av disse fordelt på fylkene i regionen første kvartal 2014. Tallene er små, men illustrer at nye preparatene er tatt i bruk før metodevurderinger er gjort. Det illustrerer også behov for at en rask utarbeidelse av felles retningslinjer som sikrer enhetlig bruk i regionen når vurderingene, og eventuell beslutning om bruk, er gjort.



Figur 2 Forbruk av nye kreftlegemidler 1. kvartal 2014

Kilde: Apotekforeningens Bransjeregister per første kvartal 2014. Dataene er hentet ut 2.5.2014. Fylke er angitt iht ekspedierende apoteks beliggenhet.

Finansieringsansvaret for Zelboraf® og Tafinlar® ble i 2013 overført fra Folketrygden til helseforetakene. Videre oppfølging av forbruket vil være med å sikre at ressursene brukes mest mulig hensiktsmessig og at pasienter med behov og mest nytte av behandlingen får denne.

Strukturerte tverrfaglige legemiddelgjennomganger hos eldre anbefales som tiltak for å redusere legemiddelrelaterte problemer (LRP-er), herunder bivirkninger og legemiddelinteraksjoner som kan gi hudproblemer hos eldre (3 og 4).

En økt bevissthet og kompetanse på området hos behandlere og pleiere vil være et viktig tiltak for å hindre at pasienter påføres unødige bivirkninger når de behandles med flere eller ugunstige legemidler. Undervisning og tverrfaglig samarbeid, med blant annet farmasøyt og apotek om utarbeidelse av informasjonsmateriell og veiledning gitt fra apotek, kan være tiltak som når eldre som både er i og utenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Videre kan utarbeidelse av sjekklister til bruk i sykehus, kommunehelsetjenesten eller apotek for å identifisere mulige (ikke diagnostisere) hudbivirkninger bidra til å redusere problematikken. Sykehusene i Helse Nord har tilknyttet rådgivningsfarmasøyter, disse kan brukes aktivt i slikt arbeid. Veiledning gis også av hudlegene.

4 Ulike tilstander

I dette kapitlet gjøres det kort rede for noen av de største diagnosegruppene innen hudfaget. Oversikten er ikke uttømmende, men gir et godt bilde av hvilke tilstander hudleger i offentlig og privat regi ser regelmessig i sitt daglige virke.

4.1 Malignt melanom

Føflekkreft har den medisinske betegnelsen malignt melanom, og er blant de kreftformer som har økt mest i den vestlige verden i løpet av siste tiår. Norge har høyest forekomst i Europa, og også en av de høyeste forekomster i verden. Registreringen av malignt melanom i Norge kan betegnes som bra, mens registrering av non-melanoma hudkreft ikke gjennomføres systematisk verken i Norge eller utlandet.

I 2012 ble det registrert 1 755 nye tilfeller i Norge, og 314 personer døde av malignt melanom, hvorav 21 i Helse Nord (5). Forekomsten er lavere i de nordlige fylkene enn i resten av landet. Fem års overlevelse er på 77 prosent for menn og 89 prosent for kvinner. Malignt melanom i hud utgjør hoveddelen, men malignt melanom forekommer også i bl.a. slimhinner og øyne. Helse Nord har hatt en lavere forekomst av malignt melanom enn de andre helseforetakene siden 1991. Fra 2006 har det nasjonale gjennomsnittet vært stigende og en økende forekomst i Helse Nord har bidratt til dette (6).

Mange pasienter med malign hudsykdom vil trenge regelmessig oppfølging av hudlege over flere år. Det er utarbeidet Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer (7). Cellegiftbehandling vil være standard for de fleste pasienter med spredning, men noen vil kunne tilbys nyere typer systembehandling som ofte er mer målrettet og effektiv enn cellegift. Nyere medikamenter gir håp til denne pasientgruppen etter mange års stillstand i behandlingstilbudet. Kirurgisk behandling er foreløpig den eneste potensielt kurative behandlingen for malignt melanom.

Forebygging av hudkreft

Den viktigste kjente årsaken til utviklingen av malignt melanom er ultrafiolett UV-stråling. Primær forebygging innebærer beskyttelse mot intens eksponering for sol som kan medføre solforbrenning. Det anbefales å følge kreftforeningens solvettregler (8). I en metaanalyse utført av en internasjonal arbeidsgruppe i samarbeid med World Health Organization (WHO) er det dokumentert økt risiko for malignt melanom ved bruk av solarium. (9) Overdreven bruk frarådes, og i Norge er det nå 18 års grense for denne type soling. Sekundær forebygging oppnås gjennom økt bevissthet og kunnskap i befolkningen.

Personer med lys hudtype og/eller mange føflekker (f.eks. som ved atypisk nævus-

syndrom) er mer disponert for malignt melanom enn andre. Familiær opphopning av malignt melanom kan skyldes f.eks. nedarvede genfeil. Nyttien av systematiske kontroller av personer med familiær opphopning av føflekkreft er vist i kliniske studier. Ved mistanke om arvelig disposisjon, f.eks. ved tre maligne melanomer blant første- eller annengrads slektninger (rule of threes), bør personene henvises til en genetisk avdeling. Personer med påvist genfeil følges med årlige kontroller ved hudavdeling, eventuelt kreftavdeling

Oppfølging og etterkontroll etter avsluttet kurativ behandling

I takt med den økende forekomsten av malignt melanom de siste tiår, har også overlevelsesraten etter behandling for sykdommen økt. Ifølge data fra Kreftregisteret var over 16 000 pasienter i live etter fjerning av malignt melanom ved utgangen av 2007, og for over 8 000 var det mer enn 10 år siden diagnostidspunktet. Omkring 80 prosent av tilbakefall skjer i løpet av de første tre årene, men i sjeldne tilfeller er det beskrevet opptil 15–20 års og lenger latenstid før metastasene manifesterer seg. Risikoen for metastaser er størst ved tykk primærtumor. Metastaser ses hyppigst til regionale lymfeknuter, mens fjernmetastaser forekommer i lunger, lever, skjelett, mage/tarm og hjerne.

Majoriteten (62 prosent) av tilbakefall ved føflekkreft oppdages av pasienten selv slik at kunnskap om selvundersøkelse er en viktig del av oppfølgingen. Alle som opereres skal følges opp postoperativt (10).

Det finnes i dag ingen prospektive studier som dokumenterer nytten av rutineoppfølging av pasienter med gjennomgått føflekkreft, og slike studier vil neppe kunne bli gjennomført i dag. Derfor er det ingen internasjonal konsensus om hvordan disse pasientene skal følges opp. I de fleste tilfeller kan kontrollene utføres av fastlege, men det anbefales at de første kontrollene skjer hos hudlege, slik at de siste anbefalingene om oppfølging og behandling kan formidles. Ved forekomst av høyt antall føflekker, endret utseende av føflekken eller ved familiær risiko for føflekkreft, bør kontrollene utføres av hudlege. CT-undersøkelse kan være nyttig i oppfølgingen etter operasjon ved spredning til lymfeknuter, og av pasienter som inngår i kliniske studier av nye behandlinger. PET/CT kan være nyttig før kirurgisk inngrep

4.2 Non-melanom hudkreft

Non-melanom hudkreft er en mindre aggressiv type hudkreft, og forstadier forekommer på solutsatt hud som ansikt, men også på kroppen. Langvarig eksponering for sol medfører at denne krefttypen øker med alder. Forskning viser at pasientopplæring i selv vurdering og regelmessig hudlegeundersøkelse av hele hudoverflaten hos risikopasienter er nyttig.

Organtransplanterte pasienter lever lengre enn tidligere, og det foretas stadig flere

organtransplantasjoner. Det forventes økende behov for diagnostisering, behandling, oppfølging og screening utført av hudlege. Organtransplanterte pasienter har en betydelig økt risiko for å utvikle non-melanom hudkreft på grunn av behandling som reduserer immunforsvaret (11 og 12).

Også HIV induisert immunsuppresjon fører til økt risiko for denne krefttypen. Hvorvidt behandling med biologiske legemidler øker risiko for non-melanoma hudkreft er ennå ikke avklart, men utvikling av hudsvulster under behandling med Vemurafenib® er godt dokumentert (13).

4.3 Psoriasis

Årsaken til psoriasis er ikke sikkert kjent. Gener (arvemateriell) fra foreldre kan spille en viktig rolle. Stress i hverdagen kan også få sykdommen til å blusse opp. Psoriasis smitter ikke. Det er derfor ikke mulig å overføre sykdommen til andre mennesker. Det finnes ulike former for psoriasis.

Psoriasis kjennetegnes ved hudforandringer som er dekket med sølvaktige flak. Hudområdene er ganske skarpt avgrenset fra den friske huden, og de kan ha ulik størrelse og form. De kan også klø, og noen ganger kan det dannes sprekker som kan blø. Symptomene ved psoriasis kan variere over tid. Enkelte er aldri helt symptomfrie. Noen har bare et par flekker om gangen, andre kan ha psoriasis over hele kroppen.

Det finnes flere kremer og salver som virker godt mot psoriasis. Hvis kremer og salver ikke virker, eller psoriasis berører svært spredte hudområder, kan lysbehandling med ultrafiolett B-lys (UVB) være aktuelt å prøve. UVB-behandlingen gis i et apparat som ligner et kabinett. Hver behandling tar bare noen få minutter. Det kan være aktuelt å bruke to eller flere behandlingsformer samtidig – for eksempel kremer eller legemidler i tablettform, samtidig som lysbehandling. Det finnes noe forskning som viser at slik kombinasjonsbehandling virker bedre enn én behandlingsform alene, men det er en risiko for flere bivirkninger.

Ved alvorlig psoriasis, anbefales et legemiddel som heter Psoralen® i kombinasjon med lysbehandling med ultrafiolett A-stråling (UVA). Denne behandlingen forkortes PUVA. En mulig bivirkning er at huden eldes fortere hvis behandlingen er langvarig. Den øker også risikoen for å få non-melanom hudkreft.

Psoriasis forsvinner vanligvis ikke helt. Sykdommen kan komme og gå. De fleste kan kontrollere symptomene med behandling. Det verste med sykdommen er ofte hvordan den påvirker utseendet, noe som kan hemme samvær med andre (14).

4.4 Eksem

Det finnes flere hovedtyper eksem. De vanligste vil bli nærmere omtalt. Oversikten er ikke uttømmende.

Atopisk eksem

Tre prosent av alle spedbarn får atopisk eksem, også omtalt som barneeksem. I skolealder plages så mange som 10–20 prosent. To til tre prosent av voksne har atopisk eksem. Årsaken til atopisk eksem er ukjent, men arvelige faktorer er av betydning. Faktorer som varighet av ammeperiode og inntak av matvarer med farge- og tilsetningsstoffer, kan være av betydning. Husstøvmidd, pollen og dyrehår kan også øke risikoen for å få slikt eksem. Eksem stiller store krav til pleie og behandling både i perioder der huden er myk og fin og i perioder med eksemutbrudd. Behandlingen er som regel svært langvarig og tidkrevende. Atopisk eksem disponerer også for å utvikle håndeksem i voksen alder.

Håndeksem/ kontakteksem

Svært mange er plaget av eksem på hendene. Årsaken er ofte kontakt med irriterende kjemikalier som vaskemidler, olje og løsemidler. Kontaktallergi kan også medføre håndeksem. Vanligst er reaksjon på gummi, metaller, konserveringsmidler og kosmetikk. Kontakteksem forekommer også på andre deler av kroppen.

Enkelte yrkesgrupper er mer utsatt enn andre, som frisører, renholdere og mekanikere. Det er derfor viktig med forebyggende tiltak for å forhindre utvikling eller forverring av eksem. Det er viktig å holde huden myk og fuktig for å hindre irritasjon og sprekkdannelser. Regelmessig bruk av fuktighetsbevarende kremer kan bidra til å dempe symptomene.

Andre kroniske eksemer

En stor gruppe pasienter lider av kroniske eksemtyper uten sikker årsak. Slike tilstander kan påvirke livskvaliteten. Pasientene er avhengig av regelmessige behandlinger. Ofte må de gjennomføres ved lokale enheter som tilbyr lysbehandling².

4.5 Leggsår

I Europa lider en til to prosent av befolkningen av kroniske leggsår. I Tyskland brukes to prosent av det totale helsebudsjettet til diagnostisering og behandling av kroniske sår. I USA utgjør kostnader ved kroniske sår 1/3 del av kostnadene innen hudsykdommer. Forekomsten er svært aldersavhengig. For aldersgruppen 30–39 år ligger den på ca. 0,2 prosent og stiger kontinuerlig til ca. 2,4 prosent i aldersgruppen 70–79 år, og for aldersgruppen over 85 år er forekomsten opp til ni prosent. (15)

² Hudlege Dagfinn Moseng har redegjort muntlig for innholdet i kapittel 4.4.

Venøse leggsår er, med en andel mellom 50 og 80 prosent, den hyppigste årsaken til kroniske leggsår. Arterielle sykdommer og åpne leggsår utgjør ca. 10–30prosent av kroniske sår. Her har diabetisk angiopati (sykdom i blodåre) den største betydningen. Andre årsakssammenhenger som vaskulitt (betennelse i kar), neurologiske sykdommer, autoinflammatoriske prosesser og neoplasier (svulst/ tumorer) står for resten. (16) Aktuelt estimeres antall pasienter i Norge med type 1 diabetes til 25 000, og pasienter med type 2 diabetes til 175 000. Det observeres stadig økning i forekomst. (17)

På bakgrunn av den demografiske utviklingen i Norge (eldrebølgen) og økende andel pasienter med samtidige risikofaktorer som diabetes vil diagnostisering og behandling av kroniske leggsår føre til økt ressursbruk.

4.6 Veneriske sykdommer

Seksuelt overførbare infeksjon (SOI) er infeksjoner der smitte materialet kan overføres ved seksuell kontakt. Tidligere kalt *seksuelt overførbare sykdommer*, *kjønns sykdommer* eller *veneriske sykdommer*. I 1999 anbefalte Verdens Helseorganisasjon at betegnelsen *seksuelt overførbare infeksjoner* erstattet de tidligere, siden den også omfatter asymptomatiske infeksjoner. Aids, som utvikles etter at man har blitt smittet av HIV, er i Norge i dag den seksuelt overførbare infeksjonen med høyest dødelighet.

Antall tilfeller med gonoré har økt og det er bekymringsfullt at resistensutvikling mot vanlige antibiotika er et økende problem.

Venerologi (kjønns sykdommer) er en sentral del av fagområdet, og venerologitilbud foreligger ved UNN Tromsø som ivaretar kvaliteten i behandlingen samt kompetanse- og forskningsutvikling. Behandling av vanlige venerologiske lidelser kan utføres av alle legespesialister i hud- og veneriske sykdommer. For å øke den faglige kvaliteten er det opprettet et nasjonalt kompetansesenter for venerologi ved Olafiaklinikken i Oslo.

5 Innhold i tjenesten på de ulike nivåene

5.1 Dermatologi i sykehus

Hudpoliklinikker ved offentlige sykehus er preget av høy planlagt konsultasjonsvirksomhet. I tillegg til planlagt pasientrettet arbeid, er det en høy andel ikke planlagt virksomhet. Det vurderes øyeblikkelig-hjelp-pasienter både fra primær- og spesialhelsetjeneste. Det tilses også pasienter som er innlagt ved ulike sykehusavdelinger, og det gis rådgivning over telefon til kollegaer. Det er i tillegg høy aktivitet innen dermato-kirurgi og allergiske hudsykdommer. Hudpoliklinikker på sykehus har medisinsk ansvar for drift av lysbehandlingsenheter og poliklinikker i distriktene. Dette innebærer ambulerings-/reisevirksomhet. Slike poliklinikker er etablert i alle de tre nordnorske fylkene.

Sykehusene i Tromsø og Bodø har ansvar for utdanning av medisinerstudenter, forskning og veiledning. Tett samarbeid med 3. linje-tjeneste/hudavdeling ved UNN Tromsø anses som svært viktig for å sikre tilgang til spesiell kompetanse og tilgang til høyspesialisert sengetilbud som ikke kan ivaretas av hudpoliklinikkene eller lokalsykehus.

Ved siden av direkte pasientrettet virksomhet har offentlige hudpoliklinikker ansvar for å utarbeide og tilby kurs, utdanning, videreutdanning for pasienter og pårørende, studenter, LIS-leger, overleger i de ulike avdelinger, sykepleier og leger i kommunehelsetjenesten.

Det er et nasjonalt mål å bemanne offentlige spesialistpoliklinikker med minst to spesialister innen et fagområde. Dette for å sikre optimal behandlingsskvalitet og skape bærekraftige fagmiljø ikke minst med tanke på utdanning av LIS/studenter og rekruttering. Offentlige poliklinikker åpner for rask og effektiv samarbeid mellom faggruppene. Dette er noe som vil kreves mer og mer i fremtiden med tanke på nye utfordringer i behandling av svulster, økende tall eldre pasienter med mange ulike sykdommer og nye behandlingsmetoder.

5.2 Dermatologi i avtalepraksis

Avtalepraksis er regulert gjennom en individuell (personlig) avtale med det regionale helseforetaket og følger den til enhver tid gjeldende rammeavtale om avtalepraksis for legespesialister inngått mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. Denne avtalen beskriver bl.a. legens oppgaver. Legen foretar undersøkelser, diagnostikk og behandling innen de enkelte spesialiteter i henhold til regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovgivning.

Avtalespesialisten har i sin praksis utstyr for- og utfører all vanlig diagnostikk og

behandling som tilligger en hudpoliklinikk. Dette innebærer en fullt utstyrt avdeling med bad og lysterapi. Det vil være mulig å diagnostisere og behandle de aller fleste hudpasienter i en avtalepraksis. I et fåtall tilfeller vil det være behov for stasjonær behandling i en sykehusavdeling.

Organisering av spesialistpraksis

Avtalepraksis kan organiseres på ulike måter. Mange driver en «solo-praksis», hvor avtalespesialisten driver for seg selv. Andre har funnet det hensiktsmessig og etablere seg sammen med andre spesialister med avtale, og etablert gruppepraksiser. Noen avtalespesialister driver også sin virksomhet i gruppepraksiser sammen med fastleger. Innenfor enkelte spesialiteter er det mindre behov for hjelpepersonell.

Den norske legeforening, Norsk psykologforening og de regionale helseforetakene har etablert normtall for normalaktivitet per år i form av antall kontakter per spesialist. Normtallene sier hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i praksis med fullt driftstilskudd. Disse varierer avhengig av spesialitet. For avtalespesialister innen dermatologi er normtallet 3 200.

Finansiering av avtalepraksis

Finansieringen av avtalespesialistene er delt i tre:

- driftstilskudd utbetalt fra det regionale helseforetaket
- refusjon fra HELFO basert på aktivitetsrapportering
- egenbetaling fra pasientene

Avtalespesialister kan drive sin praksis helt alene. Men innenfor enkelte fagområder vil det være hensiktsmessig å ansette hjelpepersonell for å få en bedre og mer smidig driftssituasjon. Omfanget av ansatt hjelpepersonell er blant momentene som vurderes når det avgjøres hvilken driftsklasse avtalespesialisten plasseres i. Legeforeningen har utarbeidet retningslinjer med oversikt over hvilke kriterier som skal være oppfylt for plassering i de ulike driftsklassene innenfor de ulike spesialitetene. Generelt er det slik at praksiser som krever mer utstyr og mer hjelpepersonell kvalifiserer for en høyere driftsklasse. Men dette vurderes spesielt i hvert enkelt tilfelle.

5.3 Dermatologi i kommunehelsetjenesten

Spørsmål om hudproblemer og hudforandringer er en relativt hyppig problemstilling i allmennpraksis. Normalt registreres det en til to diagnoser ved en konsultasjon, selv om det kan være flere. Det er derfor ikke sikkert at f.eks. vorte eller føflekk blir ført som diagnose. I Saltdal ble det i perioden 2002–2008 registrert 242 383 kontaktdiagnoser. Gruppen hud utgjorde sju prosent (16 842)³. Gruppene muskel-skjelett, hjerte-kar, allment-uspesifisert, luftveier og psykiatri var hyppigere.

³ Skriftlig innspill fra kommunelege Magne Franing

Diagnoser som ses ofte er elveblest, akutte hudinfeksjoner, psoriasis, seboreisk-, atopisk- og kontakteksem, kløe, helvetesild, herpesinfeksjoner, føflekker, vorter, kviser, skabb, hodelus, barneutslett (oftest i tilknytning til barnesykdommer), negleproblem, hudkreft, hudsvulster, kroniske sår, sårinfeksjoner, ringorm og molluscum contagiosum (små kuler).

De fleste diagnoser er lett å stille. Andre krever et erfaringsgrunnlag som opparbeides over tid. Det kan også være nyttig å la en kollega se på hudforandringen. Dette er spesielt nyttig for turnusleger.

Diagnostiske hjelpemidler i kommunehelsetjenesten er en god hudbok, Norsk elektronisk legemiddelhåndbok, dermatoskop (ikke alle legekantor har dette), stansebiopsi-histologi, kirurgisk fjerning-histologi, mikroskopi og prøvetaking fra vesikler(virus). Avskrap fra soppliknende utslett utføres i liten grad.

For mange tilstander utføres ingen behandling og man velger å se det an. Ellers benyttes kortisonsalver gruppe 1–4, soppsalver, eventuelt kombinasjonssalver, fuktighetssalver, og virusmidler. Krystallfiolett brukes svært lite. Skraping og fjerning av vorter utføres hvis pasienten vil ha den bort, alternativt frysing med flytende nitrogen.

Utfordringer

- å stille sikker diagnose krever erfaring
- langvarige plager med usikker diagnose
- kroniske lidelser som medfører sosiale og arbeidsmessige problemer
- hudproblemer hos mørkhudete
- manglende effekt av behandlingen som blir gitt
- allergiske reaksjoner(kroniske)
- medikamentreaksjoner
- lidelser som krever cellegift, immunsuppressive medisiner
- lang ventetid hos hudlege ved videre henvisninger

Tiltak

- veiledning fra spesialisthelsetjenesten i diagnostikk og behandling
- felles konsultasjoner med ambulerende spesialist eller på telefon
- kortere ventetid hos hudlege
- telemedisin, stillbilde eller direkte konferanse

6 Samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten

Forholdet mellom allmennlege og spesialisthelsetjeneste

Det har skjedd en betydelig endring i befolkningens krav og forventninger. Generell kunnskap og lett tilgjengelighet informasjon innebærer betydelig økt press på allmennlegene. Ytre forhold som utseende uten betydelig lyte medfører ønsker og krav om korreksjon av selv de mest uskyldige og normale tilstander.

Allmennleger vegrer seg i noen tilfeller for å konkludere, og velger å henvise til hudlege for avklaring. Dette har medført flere henvisninger. «Hjelp, det klør!» er et nettbasert kurs som ble avholdt tre ganger i løpet av studieperioden i en doktorgradsavhandling (18) fra Universitetssykehuset i Tromsø. Leger og sykepleiere fikk tilbud om å delta på kurset som var ett av to delprosjekt i avhandlingen. Leger som fikk nettbasert undervisning henviste færre pasienter til spesialist. Det andre delprosjektet er omtalt i kapittel 11. Denne type kurs kan bidra til å øke allmennlegenes kunnskap, slik at pasientene får sin behandling på rett nivå i helsetjenesten.

Det bør diskuteres strategier hvor man skaper enighet om hva som hører hjemme hos hudlegen, og hva man forventer at allmennlegen selv diagnostiserer og behandler. Dette må følges opp med informasjon til allmennlegene. Denne oppgaven tilligger i stor grad universitetssykehus som utdanner leger og etterutdanner allmennleger.

Den mest effektive bruken av tilgjengelige ressurser får vi hvis pasienter ikke behandles på et høyere nivå enn det som er nødvendig. Men det er mange faktorer som er med på å styre hvor pasientene henvises: pasientenes ønsker, fastlegenes erfaringer fra tidligere, tilgjengelige avtalespesialister i nærheten etc.

Avtalespesialist versus sykehuspoliklinikk

Avtalespesialistene er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Men det betyr ikke nødvendigvis at avtalespesialister og sykehuspoliklinikker skal behandle samme pasientgruppe/diagnose. God ressursutnyttelse og sikring av kvalitet i tjenesten kan også innebære en deling av oppgaver. Et godt samarbeid mellom avtalespesialister og sykehus er en forutsetning for å få til en hensiktsmessig og god utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det er slikt samarbeid i dag innen enkelte spesialiteter og sykehusområder. En slik enighet gjør også arbeidet for fastlegene enklere da de vet hvor de skal henvise ulike problemstillinger. Helse Nord kan bidra til en samhandlingsarena ved å innkalle avtalespesialister, leger i sykehus og fastleger til felles møter.

Kontinuitet er viktig i et behandlingsforløp. Pasienten skal slippe å møte nye leger ved hver kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er enklere å ivareta kontinuiteten i avtalepraksis enn i en sykehuspoliklinikk. For mange pasienter/-grupper er dette vesentlig.

I dag kan det synes noe vilkårlig om en pasient henvises til poliklinikk eller avtalespesialist. Det er ulike synspunkter på hva som er mest hensiktsmessig for behandling av ulike pasientgrupper. Lokale forhold med tilgjengelighet av sykehuspoliklinikk versus avtalespesialist vil også være avgjørende for hvor fastlegen vurderer å henvise pasienten. I tillegg vil pasientens preferanse for valg av henvisningsinstans også bety noe.

Det er viktig å få til et tettere og bedre samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, og dette er en forutsetning for å få til mer hensiktsmessige behandlingslinjer og en tilfredsstillende pasientflyt. En avklaring av hvor pasientene skal behandles vil redusere omfanget av vilkårligheten som kan prege henvisningene. I dag er samarbeidet for fragmentert og avhengig av evne og vilje hos enkeltpersoner.

Det er viktig å forbedre relasjoner mellom helseforetak og avtalespesialister. Aktuelle spørsmål kan være:

- Er det prosedyrer som kan overføres til avtalespesialistene, for å redusere ventetid ved sykehusenes poliklinikker?
- For hvilke pasientgrupper er kontinuitet særlig viktig, og er det hensiktsmessig at de får sin behandling av avtalespesialist i kombinasjon med fastlege fremfor sykehuspoliklinikker?
- Skal pasientgrupper som har behov for langvarig spesialistoppfølging gå til oppfølging hos avtalespesialist eller ved sykehuspoliklinikk?

Svarene på spørsmålene over vil være ulik mellom sykehusområdene, da tilgang til avtalespesialister og sykehusspesialister varierer. Gjennom et etablert samarbeid mellom avtalespesialister og sykehusleger vil det også være enklere å kunne gi samordnet og god undervisning/veiledning til fastlegene i et sykehusområde.

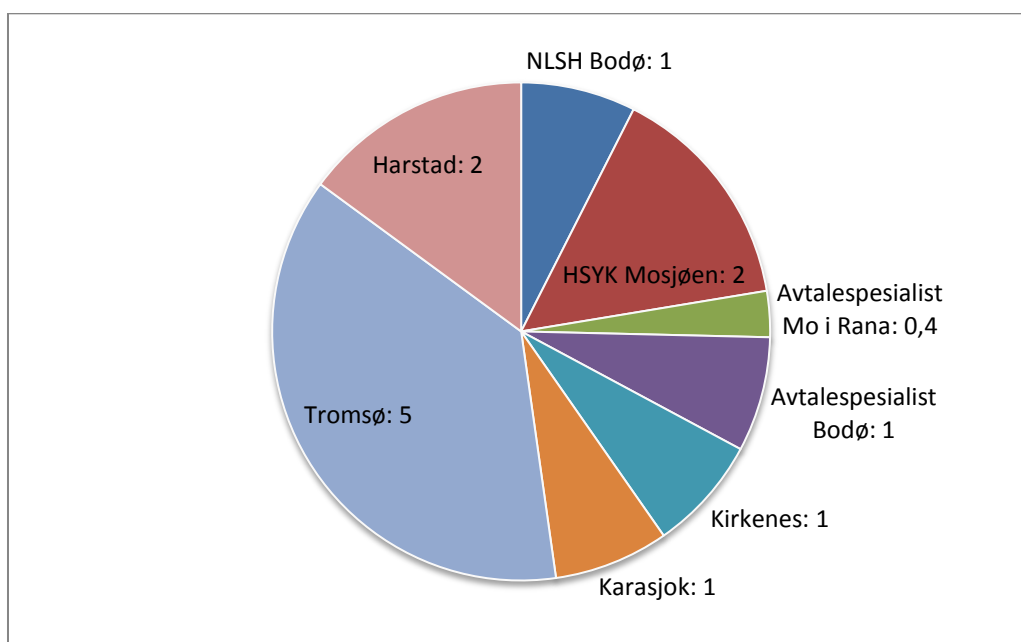
Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er en viktig selvstendig kvalitetsfaktor. I spørreundersøkelsen som er gjennomført blant fastlegene er tilgjengelighet den faktoren som er av størst betydning når de vurderer hvor pasienten skal henvises. Tilgjengelighet kan i denne sammenhengen være både geografisk tilgjengelighet og tilgjengelig i tid, som tilsier rask tilgang til spesialist. Avtalespesialistene er viktige bidragsytere i arbeidet med å sikre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten. Opprettelse eller flytting av en avtalehjemmel til et område hvor det er dårlig tilgang på spesialister er en relativ enkel måte å bedre befolkningens tilgjengelighet på.

I samme spørreundersøkelse rapporterer fastlegene at de opplever at ventetiden generelt er kortere hos avtalespesialistene enn i sykehusets poliklinikker. Unntaket fra dette er innenfor psykisk helsevern, øye og hud. Logistikk i sykehus som ivaretar LIS-utdanning vil være mer krevende enn i avtalepraksis.

7 Dagens personellressurser

Det er totalt 13,4 dermatologstillinger i Helse Nord. Prosentvis fordeler disse seg grovt slik innenfor hvert fylke: Finnmark 15 prosent, Troms 52 prosent og Nordland 33 prosent. Noen av stillingene er vakante, og tilbudet løses ved innleie av vikarer. På sykepleiersiden er det svært få som har videreutdanning innen dermatologi. For sykehusene er det Helgelandssykehuset Mosjøen som kommer best ut hvor begge stillingene har utdanning. Ved UNN Tromsø har to av 14,5 stillinger videreutdanning. Ved de resterende sykehusene har ikke sykepleierne videreutdanning. Målet for dekning av hudleger er én dermatolog per 30 000 innbyggere, noe som tilsier 16,6 dermatologer i Helse Nord (se kapittel 9.1).



Figur 3 Totalt antall dermatologstillinger i Helse Nord offentlig og privat.

7.1 Hudleger i sykehus

Nordland

Ved Helgelandssykehuset Mosjøen er det to hudleger i full stilling. På Mo i Rana er det en avtalespesialist i 37,5 prosent stilling. Ved Nordlandssykehuset Bodø er det én stilling som står vakant. Den dekkes opp med innleie av vikar. Det er en avtalespesialist i 100 prosent stilling med kontor i Bodø.

Tiltak

- øke fra én til to spesialisthjemler ved Nordlandssykehuset Bodø
- øke avtalehjemmel på Mo i Rana til 100 prosent
- opprette en 100 prosent avtalehjemmel i Svolvær
- opprette LIS stilling i Bodø og Mosjøen for å sikre rekruttering

Troms

Ved UNN Tromsø er det fem overlegestillinger og fire LIS. I tillegg er det en 20 prosent stilling som 1. amanuensis. Troms militære sykehus (TMS), Finnsnes DMS og Sonjatun DMS dekkes opp av ambulering fra UNN Tromsø. UNN Harstad har to stillingshjemler, hvorav én er tilsatt og én halv står vakant.

Tiltak

- opprette en 100 prosent spesialisthjemmel ved UNN Narvik

Finnmark

Ved spesialistlegesenteret i Karasjøk er det en full stilling, som ambulerer til Honningsvåg, Hammerfest og Alta. Ved Finnmarkssykehuset Kirkenes er det en full stilling som ambulerer til Vadsø. Det er inngått avtale med UNN om ambulering til Alta.

Tiltak

- opprette 100 prosent avtalehjemmel i Alta

7.2 Sykepleiebemanning på hudpoliklinikker

Det er en generell utfordring at det vil bli mangel på sykepleiere i årene som kommer. Helse Nord har gjennomført en kartlegging av behovene gjennom arbeidet med strategisk kompetanseplan del 2 (19). Det er viktig at det er samsvar mellom legeressursene og sykepleieressursene for å kunne gi et godt pasienttilbud.

Nordland

Avdelingen i Helgelandssykehuset Mosjøen er organisert under kirurgisk område. Avdelingen er oppsatt med 1,9 stillinger som dekkes av tre sykepleiere. Én har videreutdanning i dermatologi, én er under utdanning og den tredje har ikke utdanning (10 prosent stilling).

Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen er det en 0,35 prosent stilling innen hud som kun ivaretar lysbehandling. Sykepleiere ivaretar i dag delegerte oppgaver som:

- PDT (fotodynamisk behandling)
- allergitester (epikutantester og prikktester)
- lysbehandlinger UVA/UVB/TLO1
- badebehandling og PUVA
- sårstell
- eksemskole

Sykepleierne assisterer legene ved prosedyrer som for eksempel biopsier. De ivaretar også helsesekretæroppgavene i tillegg til arbeid som er knyttet direkte til

pasientbehandling. I perioder hvor det er stor pågang av pasienter er det utfordrende å rekke over alle oppgavene på en tilfredsstillende måte.

Utfordringer

- eksemsamtaler blir ikke gjennomført
- liten tid til oppfølging av de som går i lysbehandling
- liten tid til å videreutvikle avdelingen og faget

Tiltak

- prioritere eksemskole for barn
- eksemsamtaler bør gjøres som et ledd i opplæring og mestring av sykdom
- stimulere til at flere sykepleiere får tatt videreutdanning
- utvikle plan for opplæring i å gi lysbehandling, herunder opplæring i strålevern

Ved Nordlandssykehuset Bodø er det avsatt to årsverk til sykepleiere. Disse er organisert under Medisinsk klinikk. Ingen av disse har videreutdanning i dermatologi.

Troms

Ved UNN Tromsø er det 15 sykepleiere fordelt på 14,2 årsverk som arbeider med hud på poliklinikk og sengepost. To av disse har videreutdanning.

Ved UNN Harstad er det en spesialpoliklinikk hvor det arbeider seks sykepleier. Fem av disse arbeider med hudfaget i kombinasjon med andre arbeidsoppgaver knyttet til fagområdene øye, revmatologi og nevrologi. Sykehuset har ikke dedikerte senger for hudpasienter. Ingen av sykepleierne har videreutdanning.

På Finnsnes er det et distriktsmedisinsk senter (DMS) som gir tilbud om lysbehandling. Her arbeider det én sykepleier i 60 prosent stilling som også har ansvar for helsesekretær oppgaver. Lege fra UNN Tromsø ambulerer ca. én gang per måned. På Setermoen har Troms militære sykehus (TMS) etablert tilbud om lysbehandling. Her arbeider det en sykepleier i full stilling, og også her ambulerer lege fra UNN Tromsø. Ingen av sykepleierne har videreutdanning hverken ved DMS Finnsnes eller TMS Setermoen. På Storslett, Sonjatun DMS, arbeider det to sykepleiere på poliklinikken. En i 65 prosent stilling og en i 15 prosent stilling. En av disse har videreutdanning i sår og sårbehandling.

Tiltak

- stimulere til at flere sykepleiere får tatt videreutdanning
- utvikle plan for opplæring i å gi lysbehandling, herunder opplæring i strålevern

Finnmark

I Finnmarkssykehuset Hammerfest er det en full stilling som deles mellom to sykepleiere. Ingen av dem har videreutdanning. Hudfaget er organisert inn under medisinsk avdeling. Sykepleierne gir mest lys, men har også andre oppgaver når

ambulerende lege er tilgjengelig. I Finnmarkssykehuset Kirkenes er det fire sykepleiere på poliklinikk, tre av dem gir lysbehandling, og utfører andre oppgaver når de har lege tilgjengelig. Ingen har videreutdanning. Det er ikke egen sengepost, og medisinsk avdeling benyttes ved behov.

I Vadsø kommune er det to sykepleiere i 25 prosent stilling hver. De gir kun lysbehandling, og har ikke videreutdanning. Dermatolog fra sykehuset i Kirkenes ambulerer.

I Karasjok er tilbudet organisert under spesialistlegesenteret. Det er to sykepleiere i full stilling, og ingen av disse har videreutdanning. De gir lysbehandling og assisterer lege ved behov. De har også andre oppgaver utenom de som er direkte knyttet til hudfaget. I Honningsvåg er det to sykepleiere som arbeider på fastlegekontoret hvor de blant flere oppgaver også gir lysbehandling. Ingen av disse har videreutdanning.

Ved DMS i Alta arbeider det fem sykepleiere på spesialpoliklinikken. Alle kan gi lysbehandling, og gjør andre oppgaver i tillegg. En arbeider i full stilling, og de andre i deltidsstillinger. Ingen av disse har videreutdanning. Spesialistpoliklinikken har tilstedeværelse av dermatolog fire dager i måneden.

Tiltak

- stimulere til at flere sykepleiere får tatt videreutdanning
- utvikle plan for opplæring i å gi lysbehandling, herunder opplæring i strålevern

7.3 Oppgavedeling mellom hudleger og hudsykepleiere

Sykepleiere som jobber i satellittenheter skal hospitere regelmessig på hovedenheter. Dette for å sikre kvaliteten på arbeidet, og at de samme prosedyrer utføres likt. Hudsykepleiere må være ansatt på behandlingsenheter. Opplæring må gis på sykehusavdeling/poliklinikk eller hos avtalespesialist. Det er viktig at videreutdanning i hud- og sårsykepleie tilbys, og det må innarbeides i kompetanseplaner for den enkelte enhet. I tillegg må sykepleierne få delta på aktuelle kurs og seminarer for å holde seg oppdatert, slik at de har mulighet for å opprettholde kompetansen i de arbeidsoppgaver som utføres. Med utdanning og god opplæring kan sykepleieren jobbe mere selvstendig, noe som vil frigjøre legeressurser.

Sykepleierkonsultasjoner bør gjennomføres som tilbud til pasienter med kronisk hudsykdom. Slik kan sykepleiere supplere hudlegene, og styrke kvaliteten på behandling og informasjon. Sekretærfunksjonen må være på plass slik at sykepleierne frigjøres. Dette vil gi en bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse. For at ressurser og kompetanse på arbeidsstedet skal utnyttes best mulig forutsetter det et godt samarbeid

mellom de som arbeider der, uavhengig av profesjoner. Avdelingene blir mer fleksible til å håndtere fortløpende oppgaver. (20)

I dag er det ikke definert hva som er sykepleieoppgaver på hudpoliklinikkene. Sykepleiere utfører allerede flere oppgaver som trolig vil falle inn under begrepet under oppgavedeling: Eksempler på slike oppgaver er:

- prikktester
- epicutantester
- PDT (både forbehandling, smøring og lysbehandling)
- frysing av vorter

Oppgavedeling er et aktuelt tema i spesialisthelsetjenesten. I sykehusenes poliklinikker er det en stadig fokus på å utnytte tilgjengelige ressurser på den beste måten, og det er etter hvert overført en lang rekke funksjoner fra bl.a. leger til sykepleiere. Endringene i oppgavefordelingen i sykehuspoliklinikkene har også ført til at det er etablert egne takster for sykepleierkonsultasjoner. Å få til en effektiv drift er like viktig i avtalepraksis. Men det begrenses av mulighetene for å kunne kreve egenandel av pasientene.

8 Utdanning

8.1 Legespesialister

Spesialiseringen av leger i Norge foregår ut fra fastlagte rammer hvor hoveddelen av utdanningen skjer på spesialavdeling. Deler av utdanningen kan skje ved andre bestemte avdelinger og institusjoner. For hudfaget kreves det fire og et halvt års tjeneste i hud- og veneriske sykdommer. Minst ni måneder av tjenesten må gjennomføres ved sengepost eller dagavdeling, herav minst seks måneder ved sengepost.

Minst to år av tjenesten må gjennomføres ved poliklinikk. Minst fire måneder, men maksimalt tolv måneder, må være tjeneste i venerologi. Inntil et halvt år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste eller
- b) tjeneste i relevante spesialiteter eller
- c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntjeneste.

Som obligatorisk sideutdanning kreves det et halvt års tjeneste ved indremedisinsk avdeling eller ved revmatologisk avdeling med sengepost eventuelt ½ år forskningstjeneste.

Søknad om spesialistgodkjenning i hud- og veneriske sykdommer skal vedlegges attestasjonsskjema. Krav om attestasjonsskjema gjøres obligatorisk fra 1.1.2015.

Når det gjelder utdanningsinstitusjoner skilles det fortsatt mellom gruppe I og gruppe II institusjoner. Minimum ett og et halvt år av spesialistutdanningen må foregå på gruppe I institusjoner, og de få gruppe-2 sykehus som finnes har som regel begrenset tellende tjenestetid til ett til to år.

Hudfaget i Norge

I 2005–2012 ble det utdannet totalt 39 spesialister i Norge. Tallene per år varierer mye. Utdanningstiden for norske dermato venerologer 2005–2012 var i gjennomsnitt 8,82 år med betydelige variasjoner.

Primo januar 2013 var det 169 godkjente spesialister i hud- og veneriske sykdommer som var medlem av Norsk forening for dermatologi og venerologi. 47 medlemmer var under spesialistutdanning. Ca. halvparten av de godkjente spesialistene arbeider utenfor sykehus, enten i avtalepraksis eller i privatpraksis uten driftstilskudd.

Norge har den dårligste dermatologdekningen per innbygger i Norden. Tall fra 2000 viser at det var 2,7 hudleger per 100 000 innbyggere i Norge. Tilsvarende var dekningen

3,1 i Danmark, 3,3 i Finland og 3,9 i Sverige. Norske pasienter har med andre ord en dekning av hudleger som ligger omtrent 20 prosent under gjennomsnittet for Norden⁴. Målet er en dekning med én dermatolog per 30 000 innbyggere, noe som tilsier ca. 16,6 hudleger i Helse Nord.

Hudfaget i Norge bygger stort sett på indremedisinske tradisjoner og relativt lite kirurgisk orientert. Men med stadig større forekomst av ondartede hudlidelser, er det stort behov for å styrke den kirurgiske kompetansen. Dette forutsetter utvikling av kliniske ferdigheter og tilgang til moderne teknisk utstyr. En økende andel av hudlegene er kvinner. Hver tredje hudlege er kvinne, og halvparten av spesialistkandidatene er kvinner. I perioden 2010–2020 vil sykehuslegene utgjøre 40 prosent av alle hudleger som går av med pensjon.

Legeforeningens beregninger⁵ viser at med dagens antall nye spesialistgodkjenninger etter norske regler per år, vil avgangen være litt større enn antallet nye godkjente spesialister, om man ser bort fra konverteringene frem til 2030. Hud- og veneriske sykdommer er en av til tolv spesialiteter hvor dette vil være tilfellet. Med fortsatt økt etterspørsel tilsier dette at dagens utdanningskapasitet er altfor lav til å møte behovet frem mot 2030. Behovet for utdanningsstillinger er stort, og utgjør ifølge legeforeningen 30 prosent per år i Norge for hudsykdommer.

Venerologi er et omfattende fagområde innenfor dermatologien. For å bli godkjent dermatolog må man gjennomføre obligatorisk tjeneste på venerologisk poliklinikk i minimum 4 måneder og inntil 12 måneders tjeneste godkjennes som del av utdanningen. Det er tradisjon for at hudavdelinger i Norge har etablert lavterskeltilbud for denne gruppen pasienter. Videre er det liten tradisjon at privatpraktiserende dermatologer ivaretar denne diagnosegruppen. Denne gruppen av pasienter har ofte god helse og er unge og det er derfor store gevinster samfunnsøkonomisk at disse får et godt behandlingstilbud.

Kompetansebehovet i spesialisthelsetjenesten vil øke i årene fremover. Spesialisthelsetjenesten vil få klart større veiledningsansvar. Dette vil sammen med økt gjennomsnittsalder i befolkningen med mer forekomst av aldersrelaterte lidelser også omfatte hudfaget. Det er et svært begrenset antall utdanningsstillinger for hudleger i Norge. Med gjennomsnittlig utdanningstid på 8,8 år og et raskt voksende marked for private klinikker sør i landet, kan dette medføre at mangelen på hudleger i Nord-Norge kan vedvare og øke. Det pågår et arbeid med endringer i spesialistutdanningen som kan medføre endringer i utdanningsforløpet.

⁴ Legeforeningen og Forum for Nordic dermato-venerologi november 2000.

⁵ Spesialistutdanning av leger, Den norske legeforening, 2009

Utdanning i Helse Nord

Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er gruppe I-avdeling og tilbyr fullstendig utdanning, og de har fire utdanningsstillinger. Ved Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Mosjøen er det ikke stillinger for utdanningskandidater. Det er åpnet for at inntil seks måneder av utdanningstiden kan gjøres hos privatpraktiserende hudspesialist, men dette har aldri vært gjennomført i Nord-Norge.

Den sentrale godkjenningsordningen for legestillinger i Norge er avskaffet, og det er nå sykehusene selv som bestemmer antall stillinger. Sykehus med stor mangel på hudleger bør vurdere muligheter for å kjøpe utdanningsplass ved andre universitetssykehus. I Sverige har man ordningen med at sykehus sender utdanningskandidater til andre helseregioner og betaler lønn og utgifter for kandidaten.

Tiltak

- Det bør etableres utdanningsstilling både ved Helgelandssykehuset Mosjøen og ved Nordlandssykehuset Bodø.
- Det må legges til rette for at deler av utdanningen kan foregå hos avtalespesialist både når det gjelder lønnsutgifter til utdanningskandidaten og kompensasjon til avtalespesialisten.
- Det bør etableres strukturert venerologisk behandlingstilbud ved alle sykehus som har ansatt dermatolog i Nord-Norge.
- Man bør etablere samarbeid med Olafiaklinikken som er Nasjonalt kompetansesenter for venerologiske sykdommer og etablere tilbud for hospitering av spesialister. Utdanningskandidater bør også få tilbud om tjeneste der.
- Forebyggende arbeid innen venerologi bør styrkes ved å utvikle samarbeidet mellom allmennleger og hudleger i Helse Nord.
- Bistillinger knyttet til forskning bør tilbys for å rekruttere hudleger.
- Ordninger tilsvarende legerekrutteringsprosjektet i Finnmark eller utdanningsprogram bør vurderes.

8.2 Sykepleiere

Høgskolen i Buskerud har videreutdanning i dermatologi. Studiet er lagt opp som et deltidsstudium over ett år med forelesninger, gruppearbeid, praksis og selvstudier. Høgskolen i Stord/Haugesund og Høgskolen i Buskerud har tilbud om videreutdanning for sykepleiere i «*Sårforebygging, pleie og behandling av kroniske sår*».

Videreutdanningen er viktig for å gi et best mulig kvalitativt godt tilbud til pasientene. Sykepleierne har selvstendige oppgaver som krever at de har kompetanse og et godt klinisk blikk. Økt kunnskap gjør faget mer interessant, og en kan forvente at de med spesialutdanning forblir stabil innen arbeidsområdet. I dag gir hver utdanning 30 studiepoeng. Målgruppen for studiet i dermatologi er sykepleiere som arbeider innen spesialisthelsetjenesten, både på sengeposter og poliklinikker ved hudavdelinger,

ansatte ved sykehjem og hjemmetjeneste, og sykepleiere som arbeider innenfor det private hudpleiemarkedet. Studiet vil også være egnet for sykepleiere som har videreutdanning innen sår. Studiet inneholder hovedtemaer om huden, immunologi, hudsykdommer, å leve med hudlidelser, sår, venerologi, diagnostisering og behandling av hudlidelser, sykepleietjenester til personer med hudlidelser, helse- og omsorgstjenester til personer med hudsykdommer, dermatologisk praksis i spesialisthelsetjenesten.

De fleste steder hvor det gis lysbehandling er det sykepleiere som utfører denne behandlingen etter forordning fra hudlege. Enkelte steder er helsesekretærer opplært til denne oppgaven. Hvorvidt helsesekretærer innehar den nødvendige kompetanse for denne oppgaven må vurderes i hvert enkelt tilfelle. I utgangspunktet er dette en oppgave for sykepleiere, helst med etterutdanning. Det benyttes flere typer lysbehandling innen hudfaget, og dette tilsier at de som utfører denne behandlingen må ha god opplæring i bruk av apparatur samt kjenne til risiko for pasienten. Behandlingen må skje i henhold til gjeldene regelverk og styrende dokumenter Det bør være sertifiseringskrav for helsepersonell som utfører lysbehandling.

8.3 Særskilte oppgaver for Universitetssykehuset Nord-Norge

Forskning er en viktig oppgave for UNN, gjerne i samarbeid med lokalsykehusene. Flere leger ved UNN Tromsø er forskningsengasjert. Det pågår prosjekter innenfor satsningsområder som epidemiologi og metabolsk syndrom ved psoriasis, som er utgått fra Tromsøundersøkelsen. Ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) har en kandidat nylig disputert på telemedinsk oppfølging av atopisk eksem. En annen kandidat har disputert på psoriasis og metabolsk syndrom.

Undervisning av legestudenter

Flere overleger er tilknyttet Norges arktiske univeritet, UiT, for studentundervisning.

Det gjennomføres regelmessig seminarer med studentgrupper. Studenter hospiterer på poliklinikk, og det gjennomføres veiledning i journalopptak.

Undervisning av leger i spesialisering

Supervisjon, veiledning og utdanning av leger i spesialisering (LIS) er en viktig oppgave som i hovedsak foregår ved universitetssykehusene. I løpet av en periode på fem til seks år skal kandidatene gjennomføre et utdanningsforløp med spesifikke krav til supervisjon og spesifikke tjenestekrav etter egen mal. Overlegene er veiledere etter egne retningslinjer og gjennomfører daglig supervisjon og oppfølging.

Sengeposttilbud ved alvorlig hudsykdom

UNN Tromsø er det eneste sykehuset i Helse Nord som har sengepost med kvalifisert hudpleiepersonell. Trenden viser at det blir mindre innleggelsesbehov, men de som legges er mer ressurskrevende. Utbredte, systemiske hudlidelser krever spesialisert

kompetanse både på pleie- og legesiden. Det er en betydelig utfordring å opprettholde denne kompetansen. Dette krever satsing på utdanning og etterutdanning for både leger og sykepleiere. Faren er stor for at denne kompetansen er i ferd med å forsvinne i omstillings og nedbemanningsprosesser. Det er avgjørende at regionen forøvrig stiller opp om en sentralisert sengeposttjeneste i Helse Nord.

9 Rekruttering og stabilisering

9.1 Legespesialister

Man bør vurdere rekrutteringsordninger for hudleger på tilsvarende måte som for psykiatere og reumatologer gjennom utdanningsprogrammene i regi av Helse Nord RHF. Innenfor disse to fagområdene har det i flere år blitt drevet aktiv nettverksbygging og fokus på kvalitetsutvikling med svært gode resultater. Dette kan øke både formell og uformell kommunikasjon mellom hudleger og dermed virke positivt.

Det må tilrettelegges for deltagelse på kurs både nasjonalt og internasjonalt. Særlig er dette viktig for spesialister som arbeider i små fagmiljø med begrenset mulighet for faglig diskusjon og støtte i sin daglige virksomhet.

Store deler av landet har utilstrekkelig dekning med hudlegene og problemet vil øke de kommende årene på grunn av oppnådd pensjonsalder for mange av legene. Den største utfordringen er å rekruttere og beholde nye spesialister.

Det er liten tradisjon for kvalitets- og utviklingsarbeid innenfor hudfaget i regionen, med unntak av Universitetssykehuset Nord-Norge. Kontinuerlig fagutvikling og forskning må være likestilt med andre kliniske fagområder. Medisinskfaglig utvikling går raskt og krever at klinikere både har tid og ressurser for å kunne tilby regionens befolkning oppdatert behandling. Forskning og kvalitetsutvikling bør foregå ved alle sykehus med ansatte spesialister. Slik kan hudfaget fremstå som mer attraktivt for flere leger som vil jobbe både klinisk og med forskning.

Nordlandssykehuset Bodø har universitetssykehusfunksjon for undervisning for de to siste årene av medisinstudiet. Dette forutsetter at sykehuset har spesialister som har tid og interesse for klinisk undervisning. Stilling ved Nordlandssykehuset Bodø må kunne kombineres med bistilling ved Norges arktiske universitet, UiT, for å ivareta undervisningsplikt og avvikling av eksamener på medisinstudiet.

Det er sterke trender for at unge spesialister ikke vil arbeide alene, og det stiller krav til hvordan Helse Nord bør lokalisere den kliniske virksomhet i fremtiden.

9.2 Avtalespesialister

Dekning og fordeling av avtalespesialister – nasjonalt og regionalt

Tabell 1 viser status for regionene og landet når det gjelder antall årsverk i avtalepraksis per 2011. Den bekrefter en historisk utvikling med konsentrasjon av avtalepraksis i de sentrale områdene av landet, bl.a. hovedstadsområdet og andre store byer. Dette har medført at Helse Sør-Øst har hatt den beste regionale dekningen av avtalespesialister. Dette illustreres ved at Helse Sør-Øst i 2011 hadde 68,5 prosent av alle avtaleårsverkene

i Norge, mens innbyggertallet utgjorde 55,8 prosent av Norges befolkning. Tallene for avtalespesialister i hudfaget viser betydelig variasjon mellom de ulike helseforetakene:

Helse Sør- Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Landet
44,1	7,3	7,2	1,4	59,9

Tabell 1 Oversikt over antall avtalespesialister i hudfaget i hver helseregion

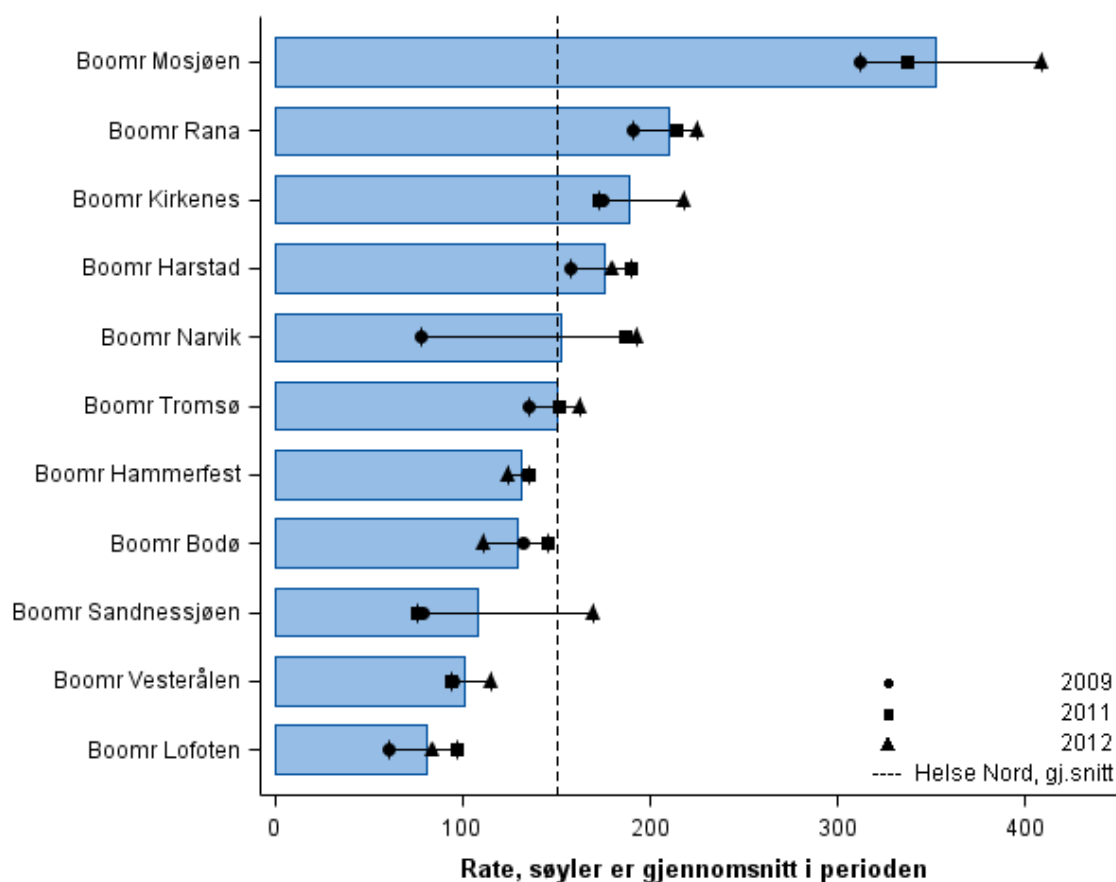
Det vil være ei svært stor utfordring å få ferdige spesialister til å overta praksishjemler i mer perifere strøk og overlegestillinger ved mindre sykehus, når kollegaer går av med pensjon. Nesten 1/3 av de nåværende spesialistene er i aldersgruppen 60–69 år.

Tiltak

- utdanningsprogram
- øke regional utdanningskapasitet i stedet for å sende LIS ut av regionen
- rekruttere utenlandske leger
- Det bør åpnes for alle typer stimulerings- og rekrutteringstiltak av økonomisk, sosial og forskningsmessig karakter. Tromsø har nå kapasitet til å utdanne kandidater som kan gå inn i lokale stillinger. I løpet av 2013 er det blitt full dekning på overlegesiden og ferdige kandidater må tilbys andre stillinger. Finansierings- og stipendmodeller fra Finnmark og Nordland bør vurderes.

10 Forbruksrater

Figur 4 og 5 viser aldersstandardiserte rater for antall konsultasjoner per 1000 innbyggere i poliklinikk og hos private avtalespesialister (standardisering mot Norge 2011). Det er generelt litt varierende kvalitet i rapporteringen fra private avtalespesialister. Det er to avtalespesialister på fagområdet hud som har avtale med Helse Nord. For avtalespesialisten på Mo i Rana mangler 61 prosent av konsultasjonene opplysninger om kjønn. Det er derfor kun beregnet aldersstandardiserte rater for hudområdet.

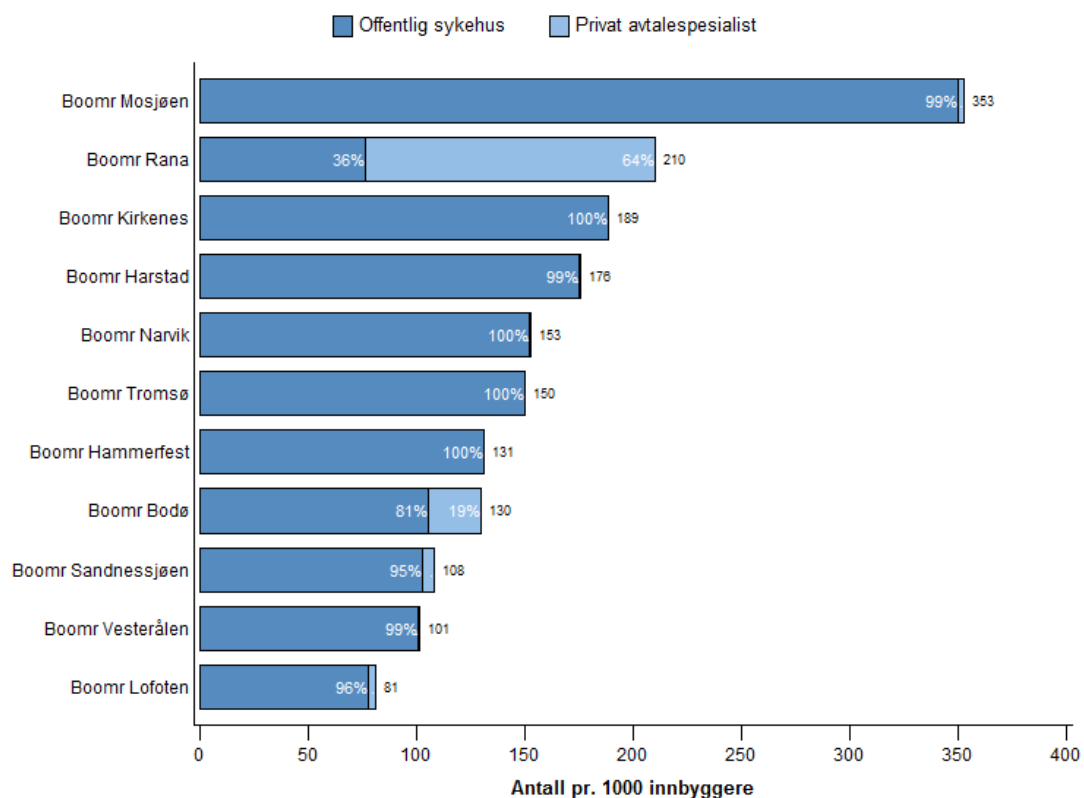


Figur 4 Antall hudkonsultasjoner per 1000 innbyggere i lokalsykehusområdene i Helse Nord, offentlig og privat, gjennomsnitt 2009, 2011 og 2012. Utarbeidet av Bård Uleberg SKDE, kilde: NPR, inkludert private avtalespesialister.

Innen området hudsykdommer har befolkningen i boområde Mosjøen de høyeste forbruksratene. Helgelandssykehuset Mosjøen har relativt kort ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp sammenlignet med de andre hudpoliklinikkene. Helgelandssykehuset har klart å bygge opp et godt hudtilbud, men er sårbare ved fravær av én av de to spesialistene. Dette gir fristbrudd. Tabell 2 viser en geografisk fremstilling av fristbrudd for fagområdet i perioden 2011 til og med mars 2014.

Geografisk område	Antall fristbrudd avviklede 2011	Antall fristbrudd avviklede 2012	Antall fristbrudd avviklede 2013	Antall fristbrudd
Hud og veneriske sykdommer totalt	782	492	92	139
Sør Helgeland	175	151	15	62
Nord Helgeland	61	69	11	57
Troms Sør	114	33	10	13
Vest Finnmark	30	23	18	2
Ofoten	78	22	3	2
Troms Midt	41	21	3	2
Lofoten	20	12	3	1
Øst Finnmark	18	27	8	
Vesterålen	98	20	3	
Troms Nord	87	73	4	
Midt Finnmark	15	23	7	
Salten	45	18	7	

Tabell 2 Oversikt over fristbrudd i perioden 2011 til og med mars 2014. Kilde: DIPS og Helse Nord's styringsportal.



Figur 5 Antall hudkonsultasjoner per 1000 innbygger i lokalsykehusområdene i Helse Nord, offentlig og privat, 2009, 2011 og 2012. Utarbeidet av Bård Uleberg SKDE, kilde: NPR, inkludert private avtalespesialister

For private avtalespesialister er det etablert omforente normtall for antall konsultasjoner for de enkelte spesialiteter. For hud er dette normtallet 3 200 konsultasjoner per år. I tillegg kommer 4–5000 behandlinger i lysavdelingen per år. Et normtall på 3 200 konsultasjoner innebærer et snitt på tre konsultasjoner i timen og 20 konsultasjoner per 7,5 timers arbeidsdag.

10.1 Lysbehandling

Lysbehandling utgjør opp mot halvparten av alle polikliniske konsultasjoner/spesialistkonsultasjoner. Dette er repetitiv behandling, slik at et lite antall pasienter genererer mange konsultasjoner. Gjennomsnittlig utføres 43 lysbehandlinger per pasient per år, jf. SKDE-rapporten «*Kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester i Helse Nord 2010*» (21). Det er store kontraster i forbruket av lysbehandling, og dette forklarer mye av variasjonen i forbruk av hudkonsultasjoner sett under ett.

Følgende steder har tilbud om lysbehandling:

Finnmark	Nordland	Troms
Kirkenes	Mosjøen	Tromsø
Vadsø	Sandnessjøen	Harstad
Honningsvåg	Mo i Rana	Finnsnes
Hammerfest	Bodø	Storslett
Alta	Narvik	Sætermoen
Karasjok	Stokmarknes	

Store avstander til dermatolog og lysbehandlingssentra har vært et stort problem spesielt for pasienter med psoriasis. Konsekvensen av et for dårlig desentralisert lysbehandlingstilbud vil kunne være at pasientene ikke følger opp behandlingen, og sykdommen vil kunne forverre seg dramatisk. En optimal dekning for lysbehandling i Helse Nord innebærer at det også bør etableres slike tilbud i Øksfjord, Båtsfjord, Berlevåg, Mehamn, Narvik, Andenes, Lofoten og Brønnøysund. Som et supplement til lysbehandlingen i Norge er det mange pasienter som søker behandlingsreise til utlandet. Behandlingsreiser tilbys for følgende diagnoser:

- revmatiske inflammatoriske leddsykdommer hos barn, ungdom og voksne
- psoriasis hos barn, ungdom og voksne
- postpoliosyndrom
- kroniske lungesykdommer
- atopisk eksem hos barn og ungdom

Behandlingsreisen innebærer tre eller fire ukers opphold med trening, behandling og medisinskfaglig oppfølging.

Seksjon for Behandlingsreiser finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for ordningen. Den daglige administrasjon er delegert til Seksjon for behandlingsreiser som er organisert under utenlandskontoret, stab samhandling og internasjonalt samarbeid, direktørens stab ved Oslo universitetssykehus.

I Norge har antallet innvilgede reiser fra 2000–2007 ligget stabilt på ca. 600 reiser per år for hele landet. I de påfølgende år har det vært en gradvis reduksjon, hvor snittet nå ligger på ca. 450 reiser. Reduksjonen antas å ha en klar sammenheng med bruk av biologiske legemidler. (22)

11 Pasient- og brukeropplæring

Behandlingsforløpet i sykehus har i de senere år endret seg fra døgn til dagbehandling. Sykdommer behandles nå i større grad poliklinisk og liggetiden i sykehus er redusert svært mye. Norge har svært få sykehussenger, og liggetiden er lavere enn gjennomsnittet sammenlignet med andre europeiske land. Norge har en utfordrende geografi og spredt befolkningsgrunnlag noe som skulle tilsi at det er vanskeligere med poliklinisk behandling.

Spesialisthelsetjenesten vil måtte påregne mer veiledningsplikt og informasjonsarbeid i forhold til pasienter og førstelinjetjenesten. Lærings- og mestringsstentrene (LMS) har en viktig rolle, men egne tilrettelagte kurs ved forskjellige spesialavdelinger er også viktig. Flere hudavdelinger driver eksemskoler med egne leger og sykepleiere. Erfaring viser at det er stor interesse for denne type kurs og det rapporteres om fornøyde brukere. Kurs for pasienter må legge til rette for at personer som har langvarige helseutfordringer og deres pårørende får innsikt i egen situasjon og blir styrket i å mestre hverdagen. Ved LMS samarbeider fagpersoner og brukere om å utvikle, holde og evaluere lærings- og mestringsstilbudene. Det tilbys i dag lærings- og mestringsstjenester over hele landet. Tjenestene er i hovedsak knyttet opp mot spesialisthelsetjenesten. Som følge av samhandlingsreformen vil det bli etablert lærings- og mestringsstjenester i norske kommuner.

Det tilbys kurs for pasienter med mange forskjellige kroniske sykdommer. Det er gode erfaringer for pasienter med diabetes, lungesykdommer og kroniske tarmsykdommer. Hudlidelser har ofte et kronisk forløp med varierende alvorlighetsgrad, noe som medfører store sosiale belastninger for pasientene. For flere pasientgrupper innenfor hudfaget vil egenbehandling over tid være svært viktig. For barn med hudlidelser er det viktig at både barnet og de foresatte får nødvendig opplæring i behandling. Det foreligger en doktorgradsavhandling (18) fra Universitet i Tromsø, hvor et av delprosjektene gikk ut på å gi foreldre til barn med atopisk eksem muligheten til nettbasert veiledning av dermatolog og spesialsykepleier. Pasienter med atopisk dermatitt og psoriasis er grupper der egenopplæring har stor betydning.

Tiltak

- Det må etableres tilbud om regelmessig opplæring for alle pasienter som har kronisk hudlidelse der egenbehandling er viktig.
- Opplæring bør etableres og videreføres i samarbeid med hudleger, barneleger og LMS på de forskjellige sykehus.
- Opplæring bør gjennomføres etter behov, men minimum ett kurs i året. Ved behov må barnehage og skoler involveres.
- Det bør utvikles tverrfaglig samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog og sosionom.

- Allmennleger og andre avdelinger som behandler denne type pasienter må få informasjon om kurs og muligheter for å henvise til dette.

12 Teledermatologi

Nasjonalt senter for telemedisin har utviklet to telemedisinske hudtjenester. Det er elektronisk henvisning med stillbilder og videokonferansebasert hudkonsultasjon.

Med stillbildeløsningen bruker primærlegen et digitalt kamera til å ta bilder av pasientens hudlidelser som vedlegges henvisningen. Med videokonferanse er pasienten og primærlegen på legens kontor mens spesialisten er på sitt kontor. Alle parter er til stede samtidig og kan kommunisere med hverandre.

Telemedisinalternativet har erfaringsmessig hatt store investeringskostnader, mens driftskostnadene per pasient er relativt lave (23). Gjennomsnittskostnaden per pasient derfor vil bli lavere jo flere pasienter som behandles.

UNN etablerte fra primo nittitallet regelmessige videokonferanser med Kirkenes og Hammerfest sykehus. Egne hudenheter med behandlingstilbud for kronikere i regi av lokalt ansatte sykepleiere ble etablert. Oppfølging foregikk med regelmessige videokonferanser mellom lokalt ansatt allmennlege og dermatolog. Allmennlegen hadde den lokale regien og satt sammen med pasienten i studio. (24) Etter at lokal allmennlege sluttet i Hammerfest etter få år, måtte ambulering reetableres for å opprettholde tjenesten. For Kirkenes del varte dette frem til 2010, da de fikk etablert eget dermatolog tilbud.

Etter at det ble etablert en hudbehandlingsenhet i Nordreisa har videokonferanseløsning vært benyttet som supplement til ambulerende dermatolog, da med sykepleier tilstede sammen med pasienten (ca. 175 konsultasjoner).

Videokonferanse er nyttig for oppfølging av kronikere. Pasienter som er sett tidligere ved ordinær konsultasjon og er kjent for dermatologen samt oppfølging av pasienter under lysbehandling, medisinerer o.a. Stillbilder («off line») ble benyttet av allmennlegene, da de fikk utstyr i regi av et NST-prosjekt. Bilder av tilstanden sammen med tekst ble sendt kryptert og sikkert via helsenett. Noen entusiastiske leger benyttet seg av dette de første årene, med avtagende intensitet etterhvert. Mye av dette grunnet organisatoriske og finansielle forhold som mangel av takster, samt økte utgifter i forbindelse med omlegging til fastlegepraksiser. Nyten av dette var rimelig god som illustrert ved gjennomgang av de første 500 henviste ble 35 prosent av konsultasjonene avsluttet med sikker diagnose, mens 45 prosent var usikker og 20 prosent ble anbefalt ordinær konsultasjon med spesialist. (25)

Utfordringer

- Videokonferanse krever helsepersonell på begge sider av skjermen samtidig.
- Fastleger har ikke takster som gir utgiftsdekning og kompensasjon for ekstraarbeidet ved stillbilder og videokonferanse. Det er kun takster for videokonferanse i sykehus.

- Økt bruk av bildehenvisninger vil kreve økte ressurser for tilbakemelding og vurdering.

Tiltak

- anskaffe bedre program for bildehenvisninger og videokonferanseutstyr
- etablere takster for bruk, både offentlig og privat
- opplæring i bruk av videokonferanseutstyr
- opprettholde/utvide tilbud om telemedisinsk sårklinikk.
- videokonferanse/ stillbilder kan delvis erstatte og supplere ordinære konsultasjoner
- pasienter med vanskelige sår kan følges via eget stillbildeprogram via mobil
- sykepleiere må kommunisere med dermatolog om behandling og oppfølging

13 Teknologi og utstyr som benyttes innen dermatologien

Lysbehandling: (Benyttes til behandling av eksemmer og psoriasis)

Lyskabiner med stående rør av type UVTL01 eller UVA.

Plater og buer med tilsvarende rør for sete-, hånd- og fotbehandling

Lyskam med UVTL01-rør

Lystesting (Utredning av lysreaksjoner)

Testutstyr for belysning med UVA eller UVB som bl.a. fotoepikutantest eller bestemmelse av minimal erytemdose(MED)

Allergologisk testing

Epikutantestutstyr ; Påviser kontaktallergi

Prikktesting: Påviser type 1 allergi

Spesialtester: Dentalserie o.a

Røntgenstråling (Bucky)

Behandling av kroniske tilstander på avgrenset område, ofte hender, føtter, hodebunn

Laser

Fargelaser: Til behandling av vaskulære malformasjoner. Avgir pulset lys med bølglengde 585 nm som absorberes av Hemoglobin i røde blodlegemer og skrumper karene

CO2-Laser: Evaporisering av vev: betent, sykt vev kan fjernes

Skjæring i vev: med skarpstråle.

Sliping: med tilleggsutstyr: Til overfladiske hudforandinger

Fotodynamisk behandlingslamper (PDT)

Benyttes i behandling av hudkreft

Dopplerapparat

Måling av sirkulasjon/trykk i pulårer, (særlig legg)

Fotodynamisk utstyr

Til behandling av visse typer hudkreft

Kryokirurgisk utstyr:

Spesialtermoser, tank for flytende nitrogen, diverse prober og munnstykker

Elektrokirurgisk utstyr:

Diatermiapparat

14 Økonomi

Stilling*	Ref. kapittel	Antall	Kostn. Pr. stilling pr. år i 1000 kroner	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dermatolog 100 % stilling ved NLSH Bodø og UNN Narvik	8.1 Dermatologer	2	1 500	2	2	2	2	2	2	2	2
LIS 100 % ved NLSH Bodø og HSYK Mosjøen	8.1 Dermatologer - LIS	2	800	2	2	2	2	2	2	2	2
Dermatolog 60 % hjemmel ved Mo i Rana, 100 % i Svolvær og 100 % i Alta	8.1 Dermatologer - Avtalehjemmel	2,6	1 500	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Sum økning stillinger		6,6		6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
Totale årlige personellkostnader				8 500	8 500	8 500	8 500	8 500	8 500	8 500	8 500

Tabell 3: Estimerte personellkostnader for planperioden

* Tallene er i 2014-kroner. Det er ikke tatt høyde for lønnsvekst for planperioden.

Tallene er basert på estimater hvor lønn og sosiale kostnader for en overlege er 1,5 millioner kroner og lønn og sosiale kostnader for LIS er 800 000 kroner. Dette vil være for høyt i enkelte tilfeller og for lavt i andre, men det forutsettes at snittet gir et tilstrekkelig overslag.

Tabell 3 viser estimerte kostnader i forhold til de tiltak som er skissert i planen. Det gjøres oppmerksom på at det er store utfordringer knyttet til å rekruttere hudspesialister, slik at det anbefales å legge til rette for en gradvis opptrapping i løpet av planperioden. Prosjektgruppen anbefaler derfor at den skisserte opptrappingen gis likeverdig prioritet, men påpeker at Nordlandssykehuset må ha særskilt fokus på å få etablert et tilfredsstillende dermatologitilbud.

15 Referanser

1. *Strategiske tiltak for Norsk dermato-venerologi*, 2005 fra Norsk Dermatologisk selskap IS-1622 Prioriteringsveileder for Hud - og veneriske sykdommer
2. http://www.dagensmedisin.no/Global/Dagens_medicin_norge/Bilder/Illustrasjoner%20og%20grafer/slik-siles-legemidler-1600.jpg
3. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere i sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak. IS-1887. Helsedirektoratet 2011.
4. Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998. Helsedirektoratet 2012
5. Cancer in Norway 2012
6. Regional kreftplan 2014-2021
7. IS-2118 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer.
8. <https://kreftforeningen.no/forebygging/sol-solarium-og-kreft/>
9. The Association of Use of Sunbeds with Cutaneous Malignant Melanoma and Other Skin Cancers: A Systematic Review," *International Journal of Cancer* 120, no. 5(2006): 1116 - 1122).
10. Anbefalte Retningslinjer Norsk melanomgruppe på kreftforeningen.no
11. Gjersvik P. et al Immunsuppressive legemidler og utvikling av hudkreft etter organtransplantasjon. Tidsskrift Norske Legeforening 2012; 132: 2064-8
12. Tessari G. et al Incidence and clinical predictors of a subsequent nonmelanom skin cancer in solid organ transplant recipients with a first nonmelanoma skin cancer: a multicenter cohort study. Arch Dermatol 2010; 146: 294-299.
13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456413>
14. <https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Psoriasis.aspx>
15. Schreml S. et al Wound dressings in chronic wound therapy. Phlebologie 2013; 42: 189-196. Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF, 2010; Register Nummer 037/009
16. Slagsvold C-E. Stranden E. Venøse leggsår. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 891-4
17. Cooper J.G. et al The Norwegian diabetes register for adults – an overview of the first years.
18. *Using the Internet to Manage Atopic Eczema*, Thomas Schopf, 2013.
19. Strategisk kompetanseplan del 2, Helse Nord mot 2020
20. *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030, 2012*
21. *Kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester i Helse Nord 2010*
22. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/behandlingsreiser/Sider/enhet.aspx>
23. *Investeringer i videokonferanse innen dermatologi i Troms og Finnmark*, Elin Breivik og Trine Bergmo, Nasjonalt senter for telemedisin Regionsykehuset i Tromsø, 2000.
24. *Teledermatologi- erfaringer fra Nord-Norge*, Dagfinn Moseng, Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 16, 2000.
25. *BestPractice*, Dagfinn Moseng, april 2010.