

Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve!

AKTUELT PROBLEM

IVAR AARAAS

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

ERIK LANGFELDT

Nordkapp helsesenter
9750 Honningsvåg

GERD ERSDAL

Fylkeslegen i Troms
9296 Tromsø

DANIEL HAGA

Alta helsesenter
9500 Alta

Sykestuemodellen kan defineres som en «halvannenlinjetjeneste» mellom primærhelsetjeneste og sykehus. På bakgrunn av erfaringer og resultater fra studier av sykestuer i Finnmark argumenteres det for en ny giv for sykestuene. Dette vil være et konkret tiltak for å skape samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, til beste for pasienten i en sammenhengende omsorgskjede. Særlig pasienter som i dag er i knipe mellom behandlingsnivåene, eldre syke, kronisk syke og alvorlig syke og døende, vil ha nytte av et sykestuetilbud. Sykestuer vil være et viktige bidrag for å sikre en forsvarlig akuttmedisinsk behandlingsskjede. Oppgavene ved sykestuene er faglig utfordrende. Dette vil gjøre primærhelsetjenesten mer attraktiv som undervisningsarena og arbeidsplass. For å øke og vedlikeholde effekten av nasjonale satsinger innen eldreomsorg, kreftomsorg, psykiatri og omsorg ved livets slutt foreslås at 1 % av satsingsmidlene kanaliseres til sykestuer. I en oppstartingsfase kan forholdsvis beskjedne tilskudd være nok til å omgjøre og oppruste 1 000 av landets 27 000 sykehjemssenger til sykestuesenger.

Med utgangspunkt i erfaringer og resultater fra sykestuedrift i Nordkapp kommune (1) og fra en studie av sykestuer fra Finnmark i 1990-årene (2) vil vi i denne artikkelen drøfte sykestuenes nytteverdi i fremtidens helsetjeneste.

Faglig kan sykestuemodellen defineres som en «halvannenlinjetjeneste» (3), som i hovedsak omfatter pre- og posthospital observasjon, behandling av enklere øyeblikkelig hjelp-tilstander der pasienten ellers blir innlagt i sykehus, rehabilitering etter sykehusbehandling og omsorg ved livets slutt. Sykestuene er i dag vanligvis organisert som små sengeenheter ved sykehjem, særskilt opprustet med personell og utstyr, for å dekke de nevnte funksjoner. Allmennleger har ansvaret for medisinsk tilsyn etter faste avtaler. På tross av dokumenterte faglige fordeler (4, 5) og positive politiske signaler i stortingsmeldinger (3, 6) i de senere år er sykestuetilbudet blitt systematisk nedbygd (tab 1).

Tabell 2

Tabell 1 Antall sengeplasser i sykestuer i Norge (Statistisk sentralbyrå)

År	Senger	Institusjoner
1972	1 005	64
1981	377	41
1991	215	26
1994	171	Ikke registrert

Vi vil argumentere for sykestuesenger som et hensiktsmessig tiltak for å oppruste primærhelsetjenesten, avlaste sykehusene og forbedre samhandlingen mellom de to nivåene. Videre vil vi argumentere for at sykestuemodellen vil være en nøkkel til å samordne og øke nytten av flere nasjonale satsinger i helsetjenesten ved inngangen til år 2000. Dette vil være av særlig betydning for utsatte pasientgrupper med kroniske lidelser, som i dag ofte blir «svingdørspasienter» mellom dårlig tilpassede medisinske tilbud. Vi vil også peke på sykestuene som et bidrag til å styrke den akuttmedisinske kjede og et virkemiddel for å rekruttere og beholde personell.

Dokumentasjon for nytte av sykestuer

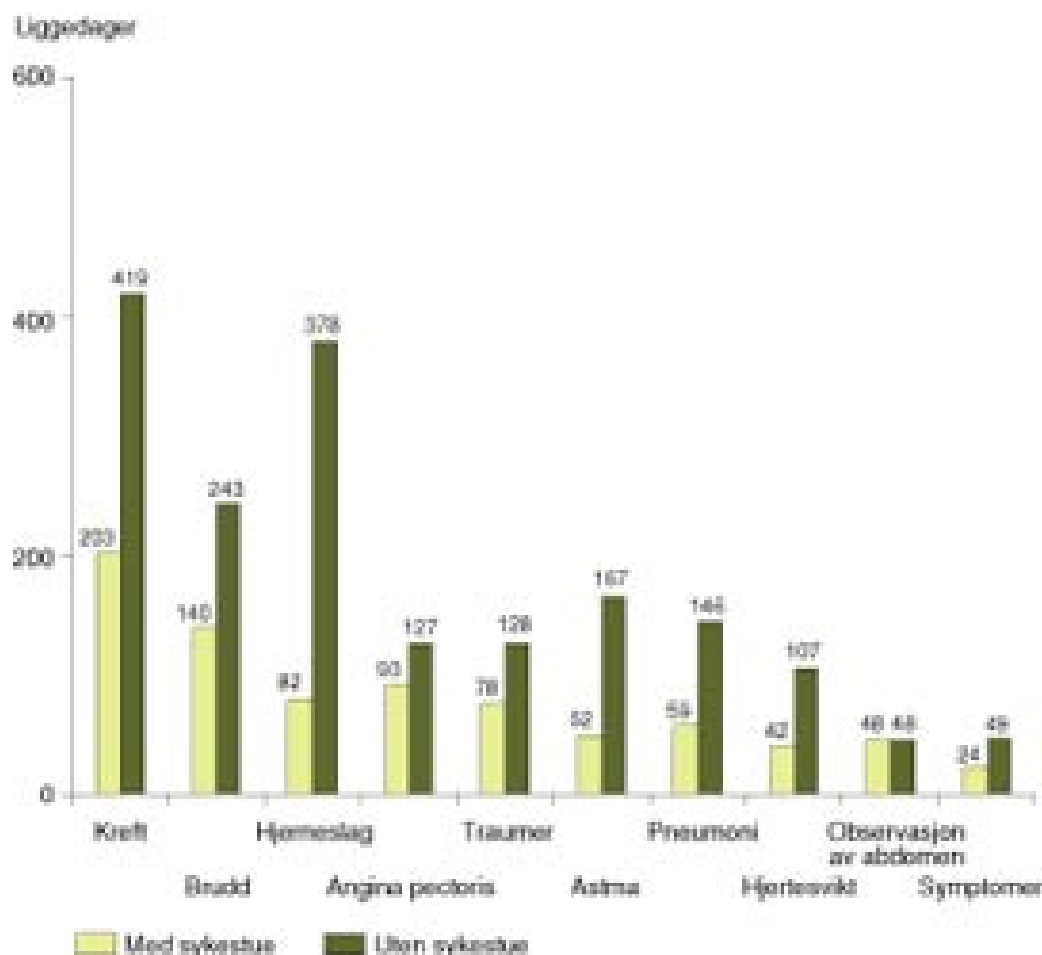
Nordkapp kommune

I en egen artikkel publisert i dette nummer av Tidsskriftet er det gjort rede for hvordan sykestueplassene i Nordkapp brukes. Artikkelen er basert på en analyse av ett års pasientmateriale (1). Studien viser at sykestuen i Nordkapp brukes aktivt til observasjon og stabilisering før transport til sykehus. Den brukes også til langvarige rehabiliteringsopphold etter sykehusbehandling. Lavterskelbruk av sykestueplass er ofte hensiktsmessig for pasienter med behov for hyppige reinnleggelser. Dette gjelder særlig pasienter med hjertesvikt, kreft, astma, kronisk obstruktiv lungesykdom, psykiatrisk sykdom og kombinert sykdoms- og rusproblematikk. I Nordkapp er de eldre storforbrukere av sykestuen, men pasienter i alle aldersgrupper med et variert spekter av diagnoser blir innlagt.

Finnmark fylke

Et doktorgradsarbeid fra 1998, som omfattet alle sykestuene i Finnmark (2), er grunnlaget for dokumentasjonen i det følgende.

Registrering ved sykestuene indikerte at opptil 45 % av sykestueoppholdene erstattet sykehusinnleggelser (7). Sannsynligheten for en sykehusbesparende effekt ble bekreftet ved registreringer i allmennpraksis (8) og ved sykehusene (9). Figur 1 viser aldersstandardiserte liggedagsrater i lokalsykehus i femårsperioden 1990 – 94 for lokalbefolkninger i Finnmark for de ti vanligste «sykestuediagnosene». Disse diagnosene var de hyppigst forekommende tilstander der enten primærlegene la inn eller sykehuslegene skrev ut pasienten til observasjon og behandling i sykestue. For halvparten av diagnosene var liggedagsratene fra befolkninger uten sykestue mer enn 100 % høyere enn tilsvarende rater for befolkninger med sykestue. Mest uttalt var forskjellen for astma- og slagpasienter, henholdsvis 221 % og 361 % høyere. Tabell 2 viser at dette avspeiler signifikant lavere innleggelsesfrekvens fra befolkninger med adgang til sykestue. Det avspeiler også til dels langt kortere liggetider. Eksempelvis var den gjennomsnittlige liggetid 3,5 dager kortere for pasienter med kreft, 3,9 dager kortere for pasienter med brudd og hele 16,3 dager kortere for slagpasienter når de kom fra sykestuekommuner.



Figur 1 Liggedager i lokalsykehus i Finnmark per 1 000 innbyggere (1990 – 94) fra kommuner med og kommuner uten sykestuer for de ti vanligste sykestuediagnoser justert for alder (9)

Tabell 3

Antall sykehusopphold per 1000 innbyggere og gjennomsnittlig liggetid i lokalsykehus i Finnmark for pasienter fra kommuner med og kommuner uten sykestuer 1990–94 for de vanligste «sykestuediagnoser»

Vanlige «sykestuediagnoser»	Sykehusopphold i alt	Kommuner med sykestuer			Kommuner uten sykestuer		
		Sykehusopphold per 1 000 innbyggere	Liggedager per opphold		Sykehusopphold per 1 000 innbyggere	Liggedager per opphold	
			Gjennomsnitt	SD		Gjennomsnitt	SD
Kreft	2 569	30,1	6,6	7,3	43,8	10,1	26,3
Angina pectoris	1 244	14,2	6,7	4,7	22,2	6,0	5,8
Hjertesvikt	363	3,9	10,8	14,7	7,2	15,8	62,3
Hjerneslag	632	6,3	13,0	14,2	13,9	29,3	57,7
Pneumoni	794	8,7	6,7	6,5	15,3	10,1	23,0
Astma	900	8,5	6,0	5,7	20,8	8,4	20,7
Symptomer	586	5,7	4,2	3,5	13,2	3,9	5,5
Observasjon av abdomen	1 167	15,0	3,2	3,3	16,4	2,9	2,6
Brudd	1 829	23,4	5,9	7,4	25,9	9,8	14,6
Traumer	1 737	19,2	4,1	5,6	32,6	4,1	8,1

Tabell 3 viser at i Finnmarks-kommuner som har sykestuer, får kreftpasienter i hovedsak dø hjemme (17 %) eller i sykestuer nær hjemmet (57 %). Bare 26 % dør i sykehus. I kommuner uten sykestuer dør 78 % i sykehus. Ellers i landet, der sykestuetilbud stort sett mangler, dør 60 % av kreftpasientene i sykehus.

Tabell

	Norge Samlet	Finnmark Sykestuekommune	
		Ja	Nei
Antall dødsfall	45 717	437	185
<i>Dødssted</i>			
Utenfor institusjon (%)	14	17	8,5
Sykestue/sykehjem (%)	26	57	13,5
Sykehus (%)	60	26	78

Diskusjon

Faglig nytte

Samlet viser dokumentasjonen fra Nordkapp og Finnmark en tydelig tendens til mindre sykehusforbruk, både færre innleggelser og kortere liggetider, fra sykestuekommunene. Dette gjelder særlig for vanlige sykestuediagnoser som hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer, magesykdommer, kreft, brudd og skader, tilstander som oftest rammer eldre. Samtidig viser det seg at sykestuene mottar pasienter i alle aldersgrupper og dekker et stort spekter av sykdommer. Dataene fra Nordkapp viser at sykestuen er et sosialmedisinsk lavterskeltilbud ikke bare overfor eldre, men også for mennesker i yngre aldersgrupper, særlig ved symptomer i svangerskapet, allmennsymptomer, psykiatriske lidelser og misbrukstilstander.

Har dokumentasjonen om nytten av sykestuer i Finnmark noen generell relevans? En landsomfattende sykestueundersøkelse i 1986 (10) og en registrering ved en allmennmedisinsk observasjonspost i Oslo i 1984 (11) tydet på at bruk av slike senger kunne spare sykehusinnleggelser i vel 40 % av tilfellene. Dette er i samsvar med våre funn i Finnmark i 1990-årene. Erfaring og studier fra England har vist at sykestuer er faglig forsvarlig og bidrar til redusert sykehusbruk (12 – 14). I tråd med dette har det skjedd en oppblomstring av denne typen institusjoner i England i de senere år. Ved et studiebesøk i 1997 til engelske sykestuer, blant annet i London, fikk vi vite at en viktig målsetting var å unngå uproduktive sykehusutredninger av eldre og kronisk syke pasienter med akutte symptomer og kjente tilstander. Et annet mål var å motta slike pasienter til kvalifisert observasjon etter forholdsvis korte sykehusopphold, i de tilfeller der initial avklaring eller behandling i sykehus var påkrevd. Oppgavene ved sykestuene i England var ellers varierte og minnet mye om det vi kjenner fra sykestuedrift i Finnmark.

Har sykestuene en plass i de utfordringer dagens helsevesen står overfor?

Bruken av sykehus har i betydelig grad endret karakter de siste 10 – 15 år. Antall planlagte innleggelser er redusert, og utredningene foregår i stor grad poliklinisk. Samtidig har antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser økt kraftig, og øker fortsatt med 3 – 5 % per år (15). Ved medisinske avdelinger utgjør akuttinnleggelsene 70 – 90 % av alle innleggelser og medfører økende problemer med overbelegg og korridorpasienter. Undersøkelser både fra Norge (16 – 18) og Danmark (19) har vist at mange akuttinnleggelser i sykehus burde vært løst med alternative, til dels forenklede tilbud, bedre tilpasset pasientens behov.

I dagens norske helsevesen vil sykestuene være av særlig nytte for å takle sykdomssvingninger hos kronisk syke, eldre syke, uhelbredelig syke og døende. Dette er store og viktige pasientgrupper som i dag ofte kommer i en uheldig knipe mellom behandlingsnivåene, uansett hvor de bor. I forbindelse med perioder med forverring er sykehusene ofte for spesialiserte og sykehjemmene for dårlig bemannet og utstyrt til å gi optimal behandling og oppfølging. For noen pasienter oppstår en svingdørsproblematikk, idet de stadig reinnlegges under samme problemstilling og utskrives raskt (15). Disse pasientene får ikke et fullverdig behandlingstilbud. Samtidig bruker de betydelige øyeblikkelig hjelp-ressurser. Førstesideoppslag i dagspressen om at «døende pleies i sykehuskorridorene» er nettopp en avspeiling av denne problematikken (20).

Tabell 3 illustrerer at sykestuene gir økt mulighet for å håndtere uhelbredelig syke og døende pasienter utenfor sykehus selv i terminalfasen. Situasjonen i Finnmark er i tråd med pasientenes egne ønsker, og et uttrykk for at organiserte sykestuesenger bidrar til å sette «pasienten i sentrum». Årlig dør over 18 000 pasienter i norske sykehus (21), hvorav en stor andel er ventede terminale sykeleier, der pasienten burde fått et bedre tilpasset tilbud nærmere hjem og familie. For disse representerer sykestuemodellen en mulighet til å utvikle et desentralisert hospicetilbud i stor skala.

Ikke bare innen terminal omsorg, også innen eldreomsorg, kreftomsorg og psykiatri, der det for tiden tilføres betydelige statlige satsingsmidler, kan et «halvannenlinjetilbud» om sykestuesenger være nøkkelen til forbedret samhandling. Som vi har vært inne på, gjelder det samme for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisin. Oppbygging av sykestuer vil kunne bidra vesentlig til det «løft for primærhelsetjenesten»

som, ifølge akuttutvalget (15), er nødvendig for å få en forsvarlig akuttmedisinsk kjede her i landet. I tilknytning til planene om utvidede legevaktdistrikter vil en sykepleierbemannet sykestue være nyttig for å avklare om en pasient med akutte symptomer kan observeres til neste morgen eller skal sendes til sykehus straks.

Nasjonale satsingsplaner – en økonomisk nøkkel for å komme i gang?

Norge er ved inngangen til år 2000 i gang med flerårige nasjonale satsinger på eldreomsorg, kreftomsorg og psykiatri. Omsorg ved livets slutt er også et prioritert område. Satsingsmidlene synes i hovedsak knyttet til planer om økt innsats på det enkelte forvaltningsnivå, i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Konkrete planer for å styrke og forbedre samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten savnes. Dette står i kontrast til det helsedirektøren skrev i juni 1999 (22): «Å skape samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til beste for pasienten, er en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor.» Hun hevdet at dette vil kreve vilje til endring, men nevnte ikke penger. Forslagene om å styrke tilbudet til uhelbredelig syke og døende i NOU 1999: 2 (21) er bare ett eksempel på at sykehusene så vel som primærhelsetjenesten vil ha behov for særskilte midler dersom endringer skal bli mulig. Det sies blant annet at det i først omgang kan være behov for 700 – 800 nye stillinger i primærhelsetjenesten og 200 – 300 nye stillinger i spesialisthelsetjenesten for å styrke omsorgen og samarbeidet omkring alvorlig syke og døende. Hvordan kan dette bli konkretisert?

Den viktigste forutsetningen er at bevilgende myndigheter erkjenner at samarbeid også er arbeid, og at (sam)arbeid koster penger i form av personell, planlegging, kompetanse og ressurser. Sykestuepasientene har ofte samtidig pleiemessige, allmennmedisinske og spesialistmedisinske behov. Disse behov bør sees og løses i en helhetlig sammenheng. Det er knapt noen faglig uenighet om at sykestuer kan være nyttig til dette. Reduksjonen av sykestuesenger beror derfor ikke på faglige argumenter. Hovedårsaken til den drastiske nedbyggingen av sykestuene er at de økonomiske behov og det økonomiske ansvar knyttet til drift av sengene ikke er avklart. I dagens stramme økonomiske situasjon viser erfaring at det er urealistisk å forvente at forvaltningsnivåene vil avsette penger til planlegging og gjennomføring av kostnadskrevende samarbeidstiltak.

For å komme i gang vil vi foreslå at en liten del av de mange milliarder som i de nærmeste årene skal gå til å styrke omsorgen for eldre syke, kreftpasienter, psykiatriske pasienter og alvorlig syke og døende blir kanalisert til oppbygging av et sykestuetilbud. Det vil være et konkret bidrag til å fremme samarbeid mellom forvaltningsnivåene og oppfylle en felles målsetting om å sette pasienten i sentrum i en sammenhengende omsorgskjede. Oppbyggingen av et sykestuetilbud vil kreve friske penger, men det behøver ikke å bli dyrt. På lengre sikt kan det være kostnadsbesparende, ved å vedlikeholde effekten av de pågående nasjonale satsinger. Det er naturlig å lokalisere sykestuen som en egen enhet eller post ved sykehjem. Dermed vil det i hovedsak dreie seg om å oppruste en liten andel av 27 000 sykehjemssenger som allerede eksisterer. Om man i startfasen omgjorde 1 000 sykehjemssenger til sykestuesenger, vil dette innebære et samlet tilskudd på 0,4 milliarder kroner per år. Vi legger da til grunn et beløp tilsvarende det fylkeskommunen de senere år har overført per sykestueseng i Finnmark (400 000 kroner). Tilskuddet vil utgjøre om lag 1 % av de samlede satsingsmidlene som er foreslått til eldre, kreftomsorg og psykiatriske tiltak, og er antakelig under 1 % av samfunnets årlige driftskostnader på disse områdene. For ytterligere å sette det i perspektiv ville tilskuddet tilsvare beskjedne 7,5 % av byggekostnadene til det nye Rikshospitalet.

Ved oppbyggingen av et slikt tilbud er det viktig å stille krav til kvalitet. I England har fremveksten av sykestuene skjedd parallelt med utvikling av gode kvalitetssystemer. Her i landet har flere sykestuer i Finnmark planer og prosedyrer for bruk og kvalitetssikring av sengene, som andre kan dra nytte av i sin oppbygging av et slikt tilbud. Vi mener det er ønskelig at midlene blir øremerket og knyttet til utarbeiding av kvalitetssystemer, som blant annet må omfatte prosedyrer for behandling og samarbeid og for løpende overvåking og registrering av pasientstrømmen gjennom sykestuene.

Betydning for stabilisering og rekruttering av helsepersonell i distriktene

En reetablering av sykestuesenger i distriktene kan også ha betydning for stabilisering og rekruttering av helsepersonell. Erfaringer fra Finnmark tyder på at både leger og sykepleiere tiltrekkes av sykestuearbeidets faglige utfordringer. Vi antar at sykestuene kan være 'n økonomisk og faglig nøkkel blant flere for å få fastlegeordningen til å fungere i utkantstrøk. Leger med små lister bør få økonomisk kompensasjon for tilsyn med og samarbeid om sykestuepasienter. Dette vil samtidig bidra til å styrke primærhelsetjenesten som undervisningsarena. Gode erfaringer fra perioden som turnuslege eller som utplassert student kan i neste omgang virke motiverende for å søke arbeid i en utkantkommune. Det er i dag en nasjonal utfordring å snu den onde sirkelen med ustabilitet og legeflukt fra primærhelsetjenesten, ikke minst i Nord-Norge (23). Samlet taler vår argumentasjon for at tilskudd til sykestuer kan være ett av statens virkemidler for å omskape utkantkommuner til ressurskommuner.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi argumentert for å integrere sykestuesenger – et tilbud om «halvannenlinjetjeneste» – i sykehjemmene. I år 2000 er Norge inne i nasjonale satsinger på eldreomsorg, kreftomsorg, psykiatriske tilbud og omsorg ved livets slutt, der sykestuemodellen kan være en nøkkel for å samordne og øke nytten av de bevilgede midler. Særlig pasienter med kroniske og uhelbredelige tilstander, som i dag ofte er i knipe mellom behandlingsnivåer, vil ha nytte av et slikt tilbud. Sykestuene vil bidra til å styrke den akuttmedisinske kjede og gjøre primærhelsetjenesten faglig attraktiv som undervisningsarena og som arbeidsplass.

LITTERATUR

1. Langfeldt E, Aaraas I. Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 2000; 120: 695 – 9.
2. Aaraas I. General practitioner hospitals: use and usefulness. A study from Finnmark county in North Norway. ISM skriftserie 45. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1998.
3. St.meld. nr. 24 (1996 – 97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
4. Bratlie O, Schulstad B, Steinum K, Tjemsland L. Bruk av sykehjemmet i distriktshelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 97: 507 – 10.
5. Mamen K, Nylenna M. Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2657 – 60.
6. St.meld. nr. 50 (1993 – 94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
7. Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. Scand J Prim Health Care 1995; 13: 250 – 6.
8. Aaraas I, Fylkesnes K, Førde OH. GPs' motives for referrals to general hospitals: does access to general practitioner beds make any difference? Fam Pract 1998; 15: 252 – 8.
9. Aaraas I, Førde OH, Kristiansen IS, Melbye H. Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark County in North Norway. J Epidemiol Community Health 1998; 52: 243 – 6.
10. Mamen K, Nylenna M. Pasienter i norske sykestuer. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2612 – 5.
11. Rytter E, Ruus G, Smebye M. Erfaringer med en 24 timers observasjonspost. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 2192 – 5.
12. Emrys-Roberts M. The cottage hospitals 1859 – 1990. Arrival, survival, revival. Southampton: Tern Publications, 1991.
13. Royal College of General Practitioners and Associations of General Practitioner Community Hospitals. Community hospitals – preparing for the Future. London: RCGP, 1990.
14. Baker JE, Goldacre M, Gray JAM. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services. J Epidemiol Community Health 1986; 40: 117 – 20.
15. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster . . . Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
16. Sander J. Evaluering av medisinsk avdeling ved et tre-delt sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1976; 96: 1634 – 8.
17. Buanes T, Andersen PG, Kåresen R. Samspillet primærhelsetjeneste/sykehusmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 308 – 11.
18. Øie KB, Fanebust R. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i indremedisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 836 – 8.
19. Olesen F, Knudsen MH, Rubak JM, Kristensen E. Akutte medisinske indlæggelser på et centralsykehus. Hvorfor akut indlæggelse? Er der et alternativ? Ugeskr Læger 1998; 160: 5927 – 30.
20. Moe I. Pleier døende i korridorene. Nordlys 26.3.1999.

21. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
22. Alvik A. Tilsynsmelding 1998. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
23. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995 – 97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296 – 8.

Publisert: 10. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.