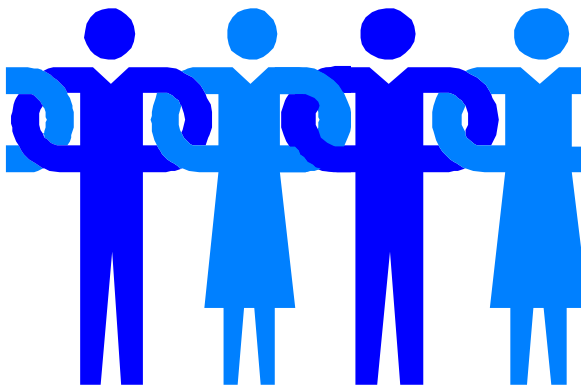
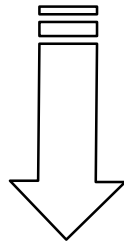
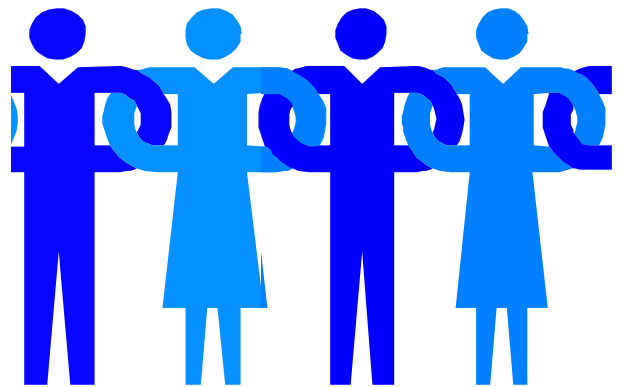


SYKESTUEFUNKSJONEN



PRIMÆRHELSETJENESTEN



SPECIALISTHELSETJENESTEN

THE MISSING LINK ?

STATENS HELSETILSYN, FEBRUAR 2001

INNHALDSFORTEGNELSE:

1.	INNLEDNING	2
1.1	BAKGRUNN OG METODE	2
1.2	SYKESTUE – BEGREPET	2
1.3	DISTRIKTSSOMATISK SENTER – ET ALTERNATIVT BEGREP?	2
2	UTVIKLINGSTREKK	3
2.1	NEDBYGGINGEN AV SYKESTUENE	3
2.2	SENTRALISERING OG DESENTRALISERING I HELSEVESENET	3
2.3	PRIMÆRHELSETJENESTEN UNDER PRESS	3
2.4	SYKEHJEMMENES OPPGAVER – STØRRE VEKT PÅ BEHANDLING?	4
2.5	MANGLENDE HELHETSTENKNING	5
2.6	BEHOV FOR ØKT ANTALL SYKEHUSSENGER	6
2.7	MANGLENDE DIFFERENSIERING AV 2.LINJETJENESTENS SYKEHUSTILBUD	6
2.8	GENERALISTSPESIALISTENE BLIR BORTE?	7
3	GRUNNLEGGENDE PROBLEMSTILLINGER	7
3.1	HVORDAN KAN SAMHANDLINGEN MELLOM 1. OG 2.LINJETJENESTEN STYRKES?	7
3.2	HVORDAN MÅLES KVALITET I GRÅSONEN MELLOM 1. OG 2. LINJETJENESTEN?	8
4	EKSEMPLER PÅ SAMHANDLINGSTILTAK	9
4.1	SULDAL SJUKEHEIM	10
4.2	NORDKAPP HELSESENTER	11
4.3	SONJATUN HELSESENTER, NORDREISA KOMMUNE	12
4.4	ALTA HELSESENTER	13
4.5	HALLINGDAL SJUKESTUGU	14
4.6	KRAGERØ KOMBINERTE HELSEINSTITUSJON	15
4.7	ANDRE INSTITUSJONER I GRÅSONEN MELLOM FORVALTNINGSNIVÅENE	16
5	ULIKHETER OG FELLESTREKK	17
5.1	TJENESTETILBUD OG BRUKERGRUPPER	17
5.2	KOMPETANSE / PERSONELL OG REKRUTTERING	19
5.3	BYGNINGSMESSIGE FORHOLD OG UTSTYR	20
5.4	ANTALL Plasser	20
5.5	ØKONOMI OG FINANSIERINGSORDNINGER	20
5.6	SAMMENFATTENDE	21
6	AVGRENSINGER	23
6.1	NÆRMERE BESKRIVELSE AV BEHOVENE I GRÅSONEN	23
6.2	AVGRENSINGER TIL SYKEHUSTJENESTEN	25
6.3	AVGRENSINGER TIL PRIMÆRHELSETJENESTEN	26
6.4	ANDRE AVGRENSINGER	27
7	GRÅSONEN I FORHOLD TIL FORVALTNINGSNIVÅ	28
7.1	ANSVARET FOR GRÅSONEFUNKSJONER TILLAGT KOMMUNALT FORVALTNINGSNIVÅ	28
7.2	ANSVARET FOR GRÅSONEFUNKSJONER TILLAGT EN FRITTSTÅENDE ENHET	30
7.3	ANSVARET FOR GRÅSONEFUNKSJONENE TILLAGT SYKEHUSENE	31
7.4	KOMBINASJON AV LØSNINGSMODELLER	32
8	ERFARINGER FRA ANDRE LAND	33
8.1	ENGLAND	33
8.2	FINLAND	33
8.3	SVERIGE	34
8.4	DANMARK	34
9	VIDERE PROBLEMSTILLINGER	35
9.1	SYKEHUSREFORM	35
9.2	FINANSIERINGSREFORM	35
9.3	THE MISSING LINK	35
9.4	FORVALTNINGSNIVÅENES ANSVARSOMRÅDE	35
10	LITTERATURLISTE	36

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og metode

Helsetilsynet er av pleie- og omsorgsavdelingen i Sosial- og helsedepartementet i brev av 12.12.2000 bedt om å utrede sykestuene nærmere. Det er innen en tidsramme på 4 uker ønsket en kartlegging av eksisterende tilbud gjennom et utvalg av sykestuer, samt synliggjøring av problemstillinger og foreløpige drøftinger av disse.

Tidsrammen har ikke muliggjort noen systematisert innhenting av sammenlignbare kvantitative data. Gjennom litteraturgjennomgang og gjennom telefonsamtaler med personell ved utvalgte institusjoner er det lagt vekt på å få fram overordnede problemstillinger og eksempler på disse.

1.2 Sykestue – begrepet

Det er et problem at ulike aktører legger ulikt innhold i begrepet ”sykestue”. Institusjonen sykestue er definert i sykehusloven av 1969:

”en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som heller ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.”.

Sykestuefunksjonen er å være et bindeledd mellom primærhelsetjenesten og sykehusene (1). Denne utredningen legger vekt på å se mer på sykestuefunksjonen enn på institusjonen sykestue.

Sykestuefunksjonen, - eller bindeleddsfunksjonen eller samhandlingsfunksjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er løst på en rekke ulike måter rundt om i landet. I kap. 4 gis eksempler på slike løsninger. Det kan være et kommunalt sykehjem som driver aktiv korttidsbehandling (kap. 4.1), 1-3 sykestuesenger integrert i et kommunalt sykehjem (kap. 4.2), samlokaliserte fylkeskommunale spesialtjenester og sykestuefunksjoner (kap. 4.3), sykestueavdeling samlokalisert med kommunalt sykehjem (kap.4.4), sykestue som frittstående andrelinjeinstitusjon (kap. 4.5) og andrelinjetjenester uten akuttberedskap samlokalisert med kommunale helsetjenester (kap. 4.6). Samhandlingsfunksjoner kan også ivaretas gjennom felles akuttmottak (FAM) og observasjonsposter ved sykehus.

1.3 Distriktssomatisk senter – et alternativt begrep?

I kap. 6 er det sett nærmere på muligheten til å avgrense noen av de mest sentrale samhandlingsfunksjonene mot tjenester som naturlig ligger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng introduseres begrepet **distriktssomatisk senter** som et alternativt begrep, dette først og fremst for å frigjøre omtalen av samhandlingsfunksjonene fra et sykestuebegrep som har mange ulike meningsinnhold.

2 UTVIKLINGSTREKK

Det er flere utviklingstrekk som har vært bestemmende for hvordan utviklingen rundt sykestuene har vært, og som vil påvirke tenkningen om sykestuefunksjonen fremover.

2.1 Nedbyggingen av sykestuene

I 1972 var det 64 sykestuer med 1005 senger fordelt på 15 fylker. I dag finnes 90 sykestuesenger, halvparten i Finnmark (i 1998 i 16 av 19 kommuner), resten i Troms og Buskerud.

Aaraas har i sin prøveforelesning (2) konkludert med at denne nedbyggingen av sykestuer ikke har vært faglig begrunnet, men er et resultat av:

1. Statlig uklar og avventende holdning til sykestuene.
2. Rigid forvaltningsstruktur med manglende samarbeid mellom fylkeskommuner og kommuner.

Som et tredje punkt kan tillegges den innsatsstyrte finansieringen av sykehus (ISF).

Sykestuene i Troms opplever at fylkeskommunen betrakter dem som et hår i suppa og refererer uttalelser fra Regionsykehuset i Tromsø om at en helst ser pasientene innlagt ved sykehuset. Dette begrunnes med at sykestuene dobler utgiftene til fylkeskommunen, både har de utgifter til drift av sykestuen, dernest mister de DRG-finansiering knyttet til den aktuelle pasient som de ikke får innlagt (pers. meddelelse).

2.2 Sentralisering og desentralisering i helsevesenet

Innen den somatiske medisin har det gjennom de siste par tiår vært en klar sentralisering. Den medisinskteknologisk utvikling har bidradd til dette. Økende grenspesialisering gir behov for større enheter for tilstrekkelig pasientgrunnlag. Den generelle kirurgi og indremedisin er i ferd med å forsvinne. Det er en utbredt tro på at stordrift gir økonomisk gevinst. Lokalsykehus og allmennpraksis taper, både geografisk, økonomisk og faglig. (3)

Utviklingen innen den psykiatriske medisin har vært den motsatte. Her har det vært en nedbygging av de store, sentrale institusjoner, og en vektlegging av institusjoner som kan fremme samarbeidet med primærhelsetjenesten, de såkalte DPS – distriktpsikiatriske sentra. De bærende tanker har vært å bygge på og utnytte de ressurser som er knyttet til pasientens nærmiljø. De distriktpsikiatriske sentrene vil måtte ha en viktig rolle i samhandlingen mellom forvaltningsnivåene (4).

2.3 Primærhelsetjenesten under press

Primærhelsetjenesten står under press fra tre kanter (kommunelege S. Lie, Sandefjord, på seminaret Idedugnad vedrørende sykestuer og sykehjem 12.10.00):

1. Omsorgsevnen i befolkningen avtar, det forventes i større og større grad at det offentlige skal ivareta pleie, omsorg og behandling. Samtidig senkes terskelen for når befolkningen søker råd og hjelp fra helsevesenet (medikalisering av samfunnet).
2. Antallet pasienter øker fordi den eldre delen av befolkningen øker. Denne delen av befolkningen er storforbrukere av helsetjenester og har sammensatte problemstillinger.
3. Andrelinjetjenesten overfører stadig flere oppgaver til primærhelsetjenesten, både fordi den medisinsk-tekniske utviklingen gjør det mulig med behandling på et lavere omsorgsnivå, og fordi liggetiden presses ned og dagbehandling overtar mer og mer av den tradisjonelle sykehusbehandlingen.

I St.meld.nr. 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år påpekes det at mange nye oppgaver legges til kommunene, oppgaver som tradisjonelt har ligget i 2.linjetjenesten. Sosial- og helsedepartementet ser at den økende oppgavemengde og de store kompetansekrav dette medfører gjør det nødvendig å ta opp til vurdering oppgavefordeling, samarbeid og organisering av helsetjenester mellom forvaltningsnivåene. (5)

Undersøkelser har vist at 38% av pasientene over 75 år på indremedisinske avdelinger hadde et forlenget opphold i sykehuset uten at dette var medisinsk begrunnet, de ventet på utskrivning på grunn av kapasitetsproblemer i førstelinjetjenesten (6).

2.4 Sykehjemmenes oppgaver – større vekt på behandling?

Det har de siste par tiår vært et sterkt fokus på kommunenes omsorgsoppgaver. Dette har sammenheng med eldrebølgen og andre strukturelle endringer i samfunnet, som eksempelvis økningen av enesholdninger og nedgangen i privat omsorg. Ved overføringen av sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunene i 1988 og ved tilbakeføringen av psykisk utviklingshemmede og psykiatriske institusjonspasienter til kommunene, er det understreket at det er kommunene som forvaltningsorgan som skal ha ansvaret for å yte omsorgstjenester.

Det har vært mindre fokus på hvordan behandlingskjeden skal utformes, og mange steder finnes ingen mellomliggende alternativ til allmennlegebehandling i pasientens hjem og sykehusinnleggelse. Noen steder har en utviklet bruk av korttidsplasser ved sykehjemmet, men i de fleste sykehjem er situasjonen slik: Legetilsynet er for svakt, den sykepleiefaglige kompetansen er ikke sterk nok på døgnbasis, tverrfagligheten ikke godt nok utbygget og korttidsplassene til observasjon, behandling, rehabilitering eller avlastning må svært ofte vike plassen for gamle med omfattende og varige pleiebehov (Wenche Frøgn Sællæg, foredrag: Sykehjemmet sine roller og funksjoner i pleie- og omsorgstjenesten i fremtiden).

Rapporten *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester* har skissert ulike modeller for utviklingen av fremtidens sykehjem (7) . De fleste høringsinstanser har samlet seg om modell 1 som vektlegger behandlings- og rehabiliteringsoppgavene, mens bofunksjonen ikke skal ha noen plass i fremtidens sykehjem. Det er imidlertid uttrykt bekymring over de skrøpeligste, heldøgns pleietrengende og de alvorlig senil demente, og mange mener disse gruppene må ha langtidsplasser tilknyttet sykehjemmet.

Det har også vært uttrykt bekymring for kreftomsorgen i primærhelsetjenesten. Nasjonal kreftplan har gitt et løft for kreftbehandlingen innen spesialisthelsetjenesten. Flere har imidlertid påpekt at det svakeste leddet i tilbudet til kreftpasientene nå er på førstelinjenivå (seminar om kreftomsorgen i kommunene, Helsetilsynet 28.11.00). Det mangler kompetanse, økonomi og utstyr og det mangler samarbeidsarenaer og system for samarbeid med andrelinjetjenesten. I kommuner i Finnmark med sykestue dør bare 26 % av kreftpasientene i sykehus, mot 60 % på landsbasis og 78 % i kommuner i Finnmark uten sykestue (1).

Hvis behandlingsfunksjonen skal styrkes ved sykehjemmene, vil dette medføre behov for å styrke legetjenestene ved sykehjem, bedre rekruttering av sykepleiere til kommunene og å foreta en nødvendig gjennomgang av hvilke oppgaver helsepersonell skal utføre og hvilke oppgaver annet personell kan utføre (5). Det vil være behov for mer medisinsk utstyr og større ressurser til medikamentbruk og ulike behandlingsformer. Dette vil øke belastningen på kommunene i forhold til det som hittil har vært oppgavefordelingen mellom kommuner og fylkeskommuner.

2.5 Manglende helhetstenkning

Vår norske inndeling i forvaltningsnivåer forutsetter en mest mulig ideell og klar grenseoppgang av ansvar – den enkelte pasient skal helst kunne kategoriseres entydig som sykehuspasient, sykestuepasient eller sykehjemspasient. Dette er ikke mulig i praksis. Det er en rekke pasienter som går inn i en stor og vanskelig gruppe som må kalles gråsonepasienter. (2). Dette er pasienter med sammensatte og uklare problemstillinger og som på grunn av sin allmenntilstand ofte har et samtidig behov for både behandling og omsorg.

Fra pasientene sin side forventes det at helsevesenet framstår som en sammenhengende kjede. Det svakeste leddet i denne kjeden er i dag gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten. (Overlege W.F.Sælleg på seminaret Idedugnad vedrørende sykestuer og sykehjem 12.10.00).

Helsevesenet synes å ha en manglende evne til å ta seg av gråsonepasientene. Helsevesenet søker vanligvis å løse sine driftsproblemer innenfor rammene av det enkelte forvaltningsnivå. For eksempel møtes de stadige kriser med budsjettoverskridelser og overbelegg innen sykehussektoren i stor grad med ensidig fokus på sykehusets interne problemer. Problemet med korridorpatientene har vedvart over lang tid, og er i større eller mindre grad tilstede som problem over hele landet. Dette forteller om et strukturproblem og ikke et problem som kan løses enkeltvis ved det enkelte sykehus. I liten grad har en sett mulighetene som ligger i smidighet og samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene og en større differensiering av andrelinjetjenestens tilbud. Nedlegging av lokalsykehus og sykestuer gjør at totalantallet innleggelse i helsevesenet øker, på grunn av mindre grad av fleksibilitet og samhandling (8).

Større sykehus er for spesialiserte og sykehjemmene for dårlig bemannet og utstyrt til å gi optimal behandling og oppfølging av gråsonepasientene. Både pasienter og leger kommer i knipe. Legen blir tvunget til å legge inn som ø.hj. og pasienten ender ofte som korridorpatient.

En undersøkelse gjennomført av legeföreningen viser at det tiltaket som flest leger anså at kunne bedre forholdene ved sykehusene, var en bedre kommunikasjon med førstelinjetjenesten (9).

På flere områder er det finansieringsordninger som skaper hindringer for samarbeidet mellom helsetjenester på forskjellige forvaltningsnivåer. Eksempler på dette er finansieringen av telemedisin, respiratorbruk i hjemmet, livshjelp, spesialisthelsetjenester til psykisk utviklingshemmede, psykiatri, geriatri, felles akuttmottak (FAM) og sykestuer. (10)

Det lokale trygdekontoret har beregnet at Hallingdal sjukestugu i løpet av ett år "sparer" Rikstrygdeverket for 5 mill. kr. i transportkostnader, fordi spesialistene kommer til pasientene i stedet for at pasientene må transporteres 15-20 mil til sykehusene. Hallingdal sjukestugu melder at det ikke har vært mulig å få aksept for å se disse innsparinger på tvers av forvaltningsnivåene.

2.6 Behov for økt antall sykehussenger

Eldrebølgen utgjør en betydelig utfordring for omsorgstjenestene. Men eldrebølgen setter også behandlingsskjeden under sterkt press og er således også sykehusenes problem. Eldrebølgen føre med seg et økende antall pasienter som er kronikere, som lider av sammensatte lidelser og som har dårlig fundert polyfarmasi (11). I snitt har pasienter >75 år 2,6 lidelser og 25 % hadde mer enn 4 lidelser (Overlege W.F.Sælleg på seminaret Idedugnad vedrørende sykestuer og sykehjem 12.10.00).

En rapport om eldres bruk av sykehustjenester som SINTEF Unimed NIS har laget for SHD konkluderer med at det hvert år må bygges ut med 50-130 nye sykehussenger for å betjene den økende andelen av eldre (12). Fra 1998 til 1999 hadde landet en nedgang på effektive sykehussenger på 1,7 % (234 senger) (SAMDATA sykehusstatistikk 1999).

2.7 Manglende differensiering av 2.linjetjenestens sykehustilbud

Det økende behovet for sykehussenger reiser imidlertid spørsmålet om det er en fortsatt utbygging av et spesialisert sykehustilbud disse pasientene trenger (13). Det synes nærliggende å vurdere en omstrukturering av sykehusene, slik at ikke alle pasientene behøver å legges inn på spesialiserte sykehusavdelinger, drevet av ulike subspecialister. Sykehusene gir i dag gode tilbud til pasienter som har diagnoser som lett lar seg rubrisere, men sliter med å få til et opplegg for diagnostisering og behandling av pasienter med sammensatte problemstillinger og uklare sykdomstilstander (personlig meddelelse, Buskerud sentralsykehus).

Antall ø.hj.-innleggelse har økt de siste årene, og øker fortsatt med 3-5 % pr. år (14). Ved medisinske avdelinger utgjør akuttinnleggelse 70-90% av alle innleggelse og medfører økende problemer med overbelegg og korridorpasienter. Mange av pasientene får ikke et tilbud tilpasset de behov de har.

Større sykehusavdelinger i Oslo og Bergen har konkludert med behovet for observasjonsenger av lignende art som sykestuesengene, - både for å hindre unødvendige akuttinnleggelse og påskynde utskrivninger av ferdigbehandlede langtidspasienter. Oslo Legevakt har over noe tid vunnet gode erfaringer med en slik observasjonsavdeling.

I en prospektiv undersøkelse fra kirurgisk avdeling, Ullevål sykehus, ble det konkludert med at utbygging av en 10-12 senger stor observasjonspost, knyttet til mottagelsesavdelingen, ville avlaste avdelingens sykeposter for nær halvparten av de pasienter som ble innlagt tiltrengende ø.hj. (15). I en undersøkelse ved indremedisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø ble det funnet at 24 % av innleggelsene var unødvendige eller ikke hensiktsmessige (16).

I en artikkel i Tidsskrift for den norske lægeforening i 1987 ble det beregnet at 8 % av alle sykehusinnleggelse kunne bli spart dersom det var utbygget en landsomfattende sykestuetjeneste (17).

I en undersøkelse blant leger utført av legeforeningen mente 70 % av legene utenfor sykehus og 54 % av sykehuslegene at det ofte eller av og til ligger pasienter på sykehusavdelinger som burde fått tilsyn på et annet nivå (9). I den samme undersøkelsen var et klart flertall (61%) enig i at et differensiert tilbud i gråsonen mellom første- og andrelinjetjenesten ville avlaste både sykehusene og primærhelsetjenesten.

2.8 Generalistspesialistene blir borte?

Det er en utvikling i spesialistutdanningen som går i retning av økende subspecialisering innen kirurgi og indremedisin. Det kan synes som om den generelle indremedisiner eller den generelle kirurg snart er en utdøende rase. Dette er en utvikling som passer med pasienter som lett kan grupperes inn i organdiagnoser. Det passer ikke med de eldres behov for å få vurdert det totale sykdomsbildet i sammenheng.

Det blir et paradoks at grenspesialistene på sykehuset fraskriver seg en stadig større del av pasientpopulasjonen, mens det samtidig forventes at primærlegene skal ta et stadig større ansvar for pasienter som tilbakeføres fra sykehuset (9).

3 GRUNNLEGGENDE PROBLEMSTILLINGER

Det blir i denne sammenheng for snevert å stille spørsmålet: Skal sykestuene bestå som en del av det framtidige norske helsevesen? Spørsmålet må heller være:

3.1 Hvordan kan samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten styrkes?

Behovet for å styrke samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten er understreket både fra faglige instanser og fra politisk hold.

Helsedirektøren uttalte i 1999: ”Å skape samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til beste for pasienten, er en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor” (18).

I sin betenkning *Fra stykkevis og delt til fullt og helt* konkluderer Den norske lægeforening: ”Det er behov for utvikling av differensierte tilbud i gråsonen mellom første- og andrelinjetjenesten” (9).

Sosialkomiteen har nylig uttalt i en avgitt innstilling: ”Kravet til samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten øker når oppgaver som tidligere ble utført i sykehus, blir overført til primærhelsetjenesten. Det understrekes at det er særlig behov for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i geriatri, psykiatri, rehabilitering, kreftomsorg, omsorg for slagpasienter og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker.” (4)

Det er nærliggende å se på de ulike samhandlingsarenaer som en i dag har mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og se om lokale samarbeidsmodeller kan gi innspill til et mer overordnet system for samarbeid. Det vises til kap. 4.

Når helsedirektøren uttaler at det er en målsetting å få til samhandling til *beste for pasienten*, bringer dette oss inn i spørsmålet om hvordan kvaliteten på disse tjenester kan måles.

3.2 Hvordan måles kvalitet i gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten?

Gjennom samtaler i forbindelse med denne utredningen, blir det formidlet et sterkt ønske fra befolkningen om å beholde de lokale helseinstitusjonene. Nærhet synes å bli prioritert høyere enn medisinskteknologisk sikkerhetstenkning. Fra Nordreisa blir det sagt slik: Pasientene trygler om å få være på sykestuen. Sykestuen gir trygghet. (Personlig meddelelse). Det er tankevekkende at spesialisthelsetjenestens kvalitetskriterier ofte er ulike de kvalitetskriterier som befolkningen selv setter.

Den økende spesialiseringen innen sykehustjenesten har vært et argument for sentralisering, for med tilstander som forekommer i et lite antall vil det være nødvendig å samle disse ved større sykehus for å gi spesialistene den nødvendige øvelse. Det er imidlertid et annet aspekt som fremstår hvis en søker generalistkompetanse som alternativ til spesialistkompetanse. Da vil det være et behov for at få leger ser mange ulike tilstander for å oppøve kompetanse til å vurdere disse. (Kvinslandutvalgets innstilling).

Det blir stilt spørsmål om sykestuer uten akutfunksjoner kan fremstå som ”pasientfeller”, fordi de kan medføre en livstruende forsinkelse av akuttbehandling (8). Aaraas tilbakeviser dette og finner at for så godt som alle akuttpasientene (96-97 %) var behandling på sykestuer uten negative virkninger på helsen (1). En annen undersøkelse finner at under 1 % av pasientene kom i denne kategori (19). Det kan også nevnes at overlevelsen på små sykehus er funnet like god som på de store (20).

I en artikkel i Utposten er det fremhevet en rekke positive erfaringer med bruk av lokalsykehus (3). Det må antas at de samme momenter er viktige for pasientgruppens positive holdninger til institusjoner med sykestuefunksjoner:

- Enklere kommunikasjon, legene kjenner hverandre.
- Raskere tilgang til rtg./lab
- Mulighet for polikliniske vurderinger ved halv-akutte tilstander
- Fagmiljø som kan gi råd der også lokalkunnskap teller med
- Samarbeid om kreftpasienter og kronikere
- Rask tilgjengelighet ved akutte situasjoner
- Nærhet til brukerne
- Kunnskap om lokalmiljøet
- Kontinuitet – kronikere vil møte det samme personalet
- Trygghet i befolkningen
- Samhandling mellom sykehuset og kommunal omsorgstjeneste.
- Ukentlige møter der utskrivningsklare pasienter diskuteres (11).

Det synes å være slik at i spørsmålet om hva som skal vektlegges i kvalitetsbedømmingen av de medisinske tjenester i gråsonen mellom første- og andrelinjetjenesten, står to kulturer mot hverandre: På den ene siden helhetstenkning og generalistkompetanse, på den andre siden teknologi og spesialisitet. Det synes å være et problem at i denne gråsonen har pasientene behov for primærhelsetjenestens kultur og spesialisthelsetjenestens tjenester.

Pasientene ønsker seg et helsevesen med lav terskel for innleggelse, med korte ventelister og med behandling på sykehus til pasientene er ferdigbehandlet (11). Der en lykkes med dette i dagens helse-Norge får dette gjerne betegnelsen luksustilbud, selv om det burde være en selvfølge at tilbudet i helsevesenet var slik overalt.

4 EKSEMPLER PÅ SAMHANDLINGSTILTAK

Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten kan etableres gjennom ulike tiltak, som forskningsprosjekter, rekrutteringspakker, møtevirksomhet, tilrettelagt kommunikasjon, kurs og hospitering. I denne sammenheng er det imidlertid mest aktuelt å se på den institusjonsbaserte samhandlingen.

Det er rundt om i landet vokst fram en rekke ulike samhandlingsinstitusjoner, med ulik forhistorie, formet av lokale initiativ og behov, og søkt tilpasset et regelverk som har gitt ulike rammebetingelser til ulike tider. I seg selv er dette et bevis for det sterke behovet helsetjenesten har for å finne fram til samarbeidsmodeller på tvers av forvaltningsstrukturer og regelverk. Representantene for disse samhandlingsinstansene er samstemte i sin begeistring for egen modell, og tilsvarende fortvilet over et regelverk som ikke tilrettelegger for større fleksibilitet i finansieringsordninger og organisering.

Tidsrammen har ikke gjort det mulig å lage noen fullstendig oversikt over alle de samhandlingsinstitusjoner som finnes. Det er valgt å fokusere på eksempler på ulike modeller med ulikt bidrag fra kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er sett på tilgjengelig litteratur og gjennomført telefonintervjuer i forhold til følgende institusjoner:

- | | |
|--|--|
| 1. Suldal sjukeheim | rent kommunalt sykehjem, eksempel på sykehjem med aktive korttidsplasser |
| 2. Nordkapp helsesenter | kommunalt sykehjem med 3 sykestueplasser. Fylkeskommunalt tilskudd. |
| 3. Sonjatun helsesenter | kommunalt helsesenter med fylkeskommunale spesialhelsetjenester. Fylkeskommunalt tilskudd. |
| 4. Alta helsesenter | kommunalt sykehjem med 9 fylkeskommunale sykestueplasser. Fylkeskommunalt tilskudd. |
| 5. Hallingdal sjukestugu | ren fylkeskommunal sykestue, organisert som avdeling under Ringerike sykehus |
| 6. Kragerø kombinerte helseinstitusjon | samløkalisering av kommunalt sykehjem og fylkeskommunalt sykehus uten akutttilbud. |

4.1 Suldal sjukeheim

Dette er et eksempel på en kommune som aktivt bruker eget sykehjem til korttidsbehandling. Suldal ligger 1 ½ time fra sykehus og kommunen har 70 % av gjennomsnitt av liggedøgn på sykehus i Rogaland. Opplysninger gjennom tlf.samtale med kommunelege Bjarne Bråtveit.

- ◆ Brukergrupper Akuttinnleggelser (eks: pneumoni), fr.colli fem. overført tidlig fra sykehus, terminal omsorg
Aldersfordeling: I hovedsak eldre.
- ◆ Tilbud Fleksibel bruk av sengene, behandlingdelen presses stadig av langtids omsorgsbehov.
- ◆ Kompetanse / Personellsammensetning Ikke spesiell kompetanse, ikke høyere bemanningsfaktor.
Legetilsyn av kommuneleger 2 ganger ukentlig
- ◆ Bygningsmessige forhold/utstyr Ligger i kommunalt sykehjem, ikke ekstra utstyr
- ◆ Antall plasser Ca. 5 plasser brukes til aktiv behandling (4050 innb. dvs 1 seng pr 810 innb.)
- ◆ Kostnader pr plass / finansieringsordning Kommunalt driftsbudsjett. Kostnad ca. 325.000 pr pasient pr år.
- ◆ Samarbeidsforhold Ingen formelle samarbeidsorgan med spesialisthelsetjensten.
- ◆ Merknader Mener det er hensiktsmessig at kommunen driver og utvikler et korttids behandlingstilbud ved sykehjemmet.

4.2 Nordkapp helsesenter

Nordkapp helsesenter er et eksempel fra de kommuner som i forhold til sykestuemodellen i Finnmark har fra 1-3 senger på et kommunalt sykehjem som er øremerket for sykestuefunksjoner. Nordkapp helsesenter ligger 16 mil fra nærmeste nabokommunesenter og 18 mil fra sykehus. Opplysninger fra kommunelege I Bjøru og fra artikkel i Tidsskrift for den norske lægeforening i 2000 (21).

◆ Brukergrupper

Diagnosefordeling:

Hjerte-kar	24,2 %	Spørsmål om koronarsykdom, hjerneslag/TIA, hjertevikt
Muskel-skjelett	12,8 %	Smertetilstander inkl. rygg, brudd, leddskader
Luftveislidelser	12,6 %	lungebetennelse, astma, KOLS
Fordøyelse	10,6 %	brekninger, diare
Psykisk	9,4 %	etyl, angst, depresjon, psykose, suicidalforsøk

Kreft 3,0 % av innleggelsene, 6,1 % av oppholdstiden.

Aldersfordeling: Pasienter >60 år utgjorde 55,8 % av belegget og 80,6 % av liggetiden
Hovedparten av innleggelsene er fra hjemmet. 6,5 % av innleggelsene er fra sykehus, disse utgjorde 19,1 % av total liggetid.

Gjennomsnittlig liggetid 5,0 døgn.

- ◆ Tilbud
 - Behandling: Både akutt oppstått sykdom og forverringer av kronisk sykdom
 - Observasjon prehospitalt
 - Rehabilitering posthospitalt
 - Palliativ behandling
- ◆ Kompetanse / Personellsammensetning
 - Kommunelegene har det faglige ansvaret.
 - Personellet dekker alle funksjoner i sykehjemmet
- ◆ Bygningsmessige forhold/utstyr
 - Ligger i kommunalt sykehjem. Utstyr: Neppe mer enn et noe avansert sykehjem har (eks: Propac overvåkning, pulsoksymeter, flere infusjonspumper)
- ◆ Antall plasser
 - 3 plasser er avsatt til sykestuefunksjon (3.750 innb., dvs 1 seng pr 1250 innb). Antall plasser har vært for lite, tilleggs plasser drevet på kommunal regning.
- ◆ Kostnader pr plass /
 - Kommunalt driftsbudsjett. Fylkeskommunalt tilskudd med 3-400.000 pr plass.
- ◆ Samarbeidsforhold
 - Ingen formelle samarbeidsorgan med spesialisthelsetjenesten.
- ◆ Merknader
 - Større enheter hadde nok vært ønskelig, men ikke mulig i praksis på grunn av lange avstander. Det telemedisinske aspektet er viktig å utvikle for små enheter som ligger geografisk spredt. Videre faglig utvikling betinger et nærmere samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

4.3 Sonjatun helsesenter, Nordreisa kommune

Sonjatun helsesenter i Nordreisa kommune er et eksempel på en sykestue i Troms som tidligere ble drevet som en tradisjonell fylkeskommunal sykestue men som siste årene er omorganisert. Til helsesenteret ligger et DPS drevet av fylkeskommunen, mens kommunen er driftsansvarlig for de tjenester som omfatter fylkeskommunale spesialtjenester med fylkeskommunale og statlige (afasiprojekt) driftstilskudd. De fylkeskommunale spesialtjenester omfatter rehabilitering (geriatri, generell rehabilitering og afasibehandling), jordmortjeneste (kommunejordmortjeneste, fødsel og barselhjelp) og sykestuefunksjon (medisinsk behandling og observasjon). Sonjatun ligger 24 mil fra sykehus. Opplysninger fra kommunelege Embeland og administrativt personale.

- ◆ Brukergrupper Rehabilitering: Opptrening etter slag, kompetansesenter for afasi og aldersdemens, opptrening etter hofteopr. Tilbud til flere kommuner, kalles også områdegeriatrisk seksjon.
Sykestuefunksjon: Akuttinnlegg.(eks: pneumoni), kols, hjerte/kar-sykdommer, terminal omsorg, kreftbeh (cytostatica), observasjon ved commotio, truende delir. Tilbud i hovedsak bare til Nordreisa kommune.
- ◆ Tilbud Fleksibel bruk av sengene mellom områdegeriatrisk seksjon og aktiv behandlingsseksjon.
- ◆ Kompetanse / Personellsammensetning Opparbeidet kompetanse både i sykepleiergruppen og blant legene, medvirker til stabilitet. Sykepleier på natt. Kreftsykepleier. Legetilsyn av kommuneleger daglig til sykestuefunksjonen, 9 timer pr uke. På Sonjatun er det 0,75 stilling for overlege.
- ◆ Bygningsmessige forhold/utstyr En del ekstra utstyr. Tilgang til laboratorium og røntgen, begge kommunalt drevet.
- ◆ Antall plasser 5 plasser i fødeavdelingen, ca. 5 –8 plasser til rehabilitering og 2-5 plasser brukes til aktiv behandling (Regnes 4 senger til bruk for Nordreisa med 4855 innb. gir dette 1 seng pr 1213 innb., regnes 10 senger på de 4 aktuelle kommuner gir dette 1 seng pr 1130 innb.) Totalt 5.110 liggedøgn i 1999, 507 innleggelser totalt på alle avdelinger. På sykestuedelen var det 286 innleggelser i 1999, av disse 18 fra andre kommuner enn Nordreisa.
- ◆ Kostnader pr plass / finansieringsordning Kommunalt driftsbudsjett. Fylkeskommunalt tilskudd.

4.4 Alta helsesenter

Alta sykestue ligger i første etg på Alta Helsesenter, på samme plan som legestasjonen/akuttmottaket for 17 000 innbyggere, og i tilslutning til Alta fødestue (6 senger og ca 130 fødsler per år.) Alta kommune har det daglige driftsansvaret og har arbeidsgiveransvaret for personalet. Finnmark fylkeskommune har et systemansvar for sykestuene. Opplysninger fra kommunelege I Daniel Haga.

- | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|------|-----------|------|------------------|------|-----------------|------|---------|-----|
| ◆ Brukergrupper | <p><u>Diagnosefordeling (de største grupper):</u></p> <table border="0"> <tr> <td>Hjerte/kar</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>Luftveier</td> <td>16 %</td> </tr> <tr> <td>Fordøyelsesorgan</td> <td>14 %</td> </tr> <tr> <td>Muskel/skjelett</td> <td>13 %</td> </tr> <tr> <td>Psykisk</td> <td>8 %</td> </tr> </table> | Hjerte/kar | 25 % | Luftveier | 16 % | Fordøyelsesorgan | 14 % | Muskel/skjelett | 13 % | Psykisk | 8 % |
| Hjerte/kar | 25 % | | | | | | | | | | |
| Luftveier | 16 % | | | | | | | | | | |
| Fordøyelsesorgan | 14 % | | | | | | | | | | |
| Muskel/skjelett | 13 % | | | | | | | | | | |
| Psykisk | 8 % | | | | | | | | | | |
| ◆ Tilbud | <p>Gj.snittlig liggetid 5,9 døgn.</p> <p>Beredskapsfunksjon / observasjon prehospitalt</p> <p>Beh. av enklere medisinske tilstander (astma, falsk krupp, commotio, etylforgiftn.)</p> <p>Beh. av akutte tilstander hos eldre (urinveisinf., virusinf., pneumoni, ernæringssvikt)</p> <p>Rehabilitering etter sykehusbehandling</p> <p>Akuttbeh av psykiatriske lidelser</p> <p>Terminal omsorg</p> <p>Dialyse (3 dialysemaskiner)</p> <p>Cytostaticabehandling</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Kompetanse /
Personellsammensetning | <p>Høy sykepleierkompetanse (kreftomsorg, akuttmedisin, dialyse). Sykepleier tilstede på døgnbasis.</p> <p>Legetj. dekkes av 4 kommuneleger som går i en arbeidsturnus med 1 uke hver. Daglig legevisitt 4 timer daglig.</p> <p>Beredskapstjenesten dekkes av kommunal legevakt. Fra 2001 telemedisinsk "spesialistvisitt" ukentlig.</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Bygningsmessige forhold/utstyr | <p>Telemedisinsk utstyr. Egen dialyseenhet. Eget rom for cytostatikabehandling (kostnad for cytostatica 400.000 siste år). Godt utstyr for øvrig.</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Antall plasser | <p>9 sykestueplasser (tilsvarer 1 seng pr 1900 innb).</p> <p>Totalt innlagt 504 pasienter.</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Kostnader pr plass /
finansieringsordning | <p>500.000 pr seng pr år. Dialyseenheten drives utenom med eget personell. Fylkeskommunen dekker 392.000 pr seng. Det resterende dekkes av kommunen (ca. 1 mill)</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Samarbeidsforhold | <p>Formelt samarbeid med dialyseavdelingen ved RiTØ og kreftavdelingen ved RiTØ. Samarbeid om telemedisinsk visitt med RiTØ.</p> | | | | | | | | | | |
| ◆ Merknader | <p>Understreker betydningen av å ansvarliggjøre andrelinjetjenesten i forhold til sykestuene.</p> <p>Andrelinjetjenesten kan gjøre avtaler om driftsansvar med andre så lenge de definerer rammene for hva som skal behandles. Det er lagt ned et stort arbeid ved Alta sykestue rundt kvalitetssikring, utarbeiding av rutiner og internkontroll.</p> | | | | | | | | | | |

4.5 Hallingdal sjukestugu

Hallingdal sjukestugu i Ål kommune er en ren fylkeskommunal institusjon, for få år siden organisatorisk lagt inn som en avdeling under Ringerike sykehus. Den somatiske avdelingen som omtales her er en del av et helsetilbud som omfatter 23 somatiske senger, fødestue, en somatisk poliklinikk med 4.400 spesialistkonsultasjoner fordelt på de fleste spesialiteter, en psykiatrisk poliklinikk med 1.500 konsultasjoner (inkludert BUP), en psykiatrisk sengeavdeling med 12 senger, helikopterbase for luftambulansetjenesten, base for bakkeambulansetjenesten og LV-sentral for øvre Hallingdal. Avstanden til Ringerike sykehus er 17 mil. Opplysninger fra administrativt personale og seksjonsoverlege Strømmen.

◆ Brukergrupper

Diagnosefordeling, anslagsvis:

30 % Hjertesykdommer, lungesykdommer og andre indremed. sykd.

25 % Rehabilitering (slag, hofter)

15 % kreftsykdom (smertebehandling, avansert terminalomsorg)

15 % observasjon, ulike diagnoser

10 % nyresykdommer (dialyse, nyresvikt)

Aldersfordeling: 64,4 % > 52 år.

30 % av innleggelsene er fra hjemmet, 70 % fra sykehus.

Gjennomsnittlig liggetid 10 døgn.

◆ Tilbud

Observasjon og stabilisering prehospitalt

Behandling ved akutte sykdommer og forverringer av kroniske sykdommer

Rehabilitering og opptrening

Avansert smertebehandling og terminal omsorg

Ergoterapi/Fysioterapi, dialyse, diabeteskartlegging

◆ Kompetanse /

Personellsammensetning

Høy sykepleierkompetanse (videre-/etterutdanning i onkologi, dialyse, lindrende behandling, diabetes, intensiv, heartcare). 2 sykepleiere på natt.

Seksjonsoverlege på heltid (spesialist i allmenntmedisin), ukentlig visitt av indremedisiner, kirurg, gynekolog samt andre spesialister etter behov.

◆ Bygningsmessige forhold/utstyr

Eget bygg i større helsetun. Egen rtg-avd, lab, teleded. utstyr, utstyr for O₂-metn, syre/base, pleura-/ascites-tapning, gastro-/rectoscopi, ultralyd, arbeids-EKG, dialyse, asfyksibord, kuvøse, smertepumpe, epiduralbeh.

◆ Antall plasser

19 ordinære plasser, 2 obs.plasser, 2 dialyseplasser, til sammen 23 plasser, + 1 fødestueseng og 2 barselplasser. 23 plasser: 1 seng pr 870 innb i Hallingdal (20.000 innb). Totalt 5.700 liggedøgn. 550 pasienter.

◆ Kostnader pr plass / finansieringsordning

Kostnad pr seng i 1999 var 567.500

ISF

◆ Samarbeidsforhold

Samarbeidsmøter med kommunene om enkeltpasienter ukentlig, samarbeidsavtaler om LV-sentral, basseng, kjøkken, formelle avtaler om utskrivningsklare pasienter

◆ Merknader

Har ett års erfaring med ISF. Erfaringen er at DRG ikke er tilpasset dette behandlingsnivået. Noen diagnoser får en svært godt betalt for, andre (som terminal pleie) går en i stort underskudd på.

4.6 Kragerø kombinerte helseinstitusjon

Kragerø kombinerte helseinstitusjon yter tjenestetilbud både til første- og andrelinjetjenesten. Institusjonen drives av fylkeskommunen, definerer seg som en klar andrelinjetjeneste og selger tjenester til vertskommunen.

Tidligere lokalsykehus som nå består av :

- 1 sykehusavdeling, kombinert kirurgisk og indremedisinsk på 30 senger
- 3 sykehjemsavdelinger på til sammen 88 senger.
- Somatisk poliklinikk, med ambulerende spesialister fra andre sykehus i Telemark (9.500 konsultasjoner)
- Psykiatrisk poliklinikk (2800 konsultasjoner inkludert BUP), i ferd med å bygges om til DPS med sengeavdeling
- Serviceavdelinger (fysioterapi, ergoterapi, rtg, lab, operasjonsstue)
- Kommunal legevaktsentral

Opplysninger fra administrativt personale og overlege Lotsberg.

- | | |
|--|--|
| ◆ Brukergrupper | Indremedisin: Hjertesvikt, bryst smerter, lungebetennelse, astma, kols, fordøyelsessykdommer – scopier, kroniske tarmsykdommer, kreftpasienter – terminalpleie, cytostatica.
Kirurgisk: Elektive operasjoner åreknuter, hemorroider, skeive tær, kneproblemer – scopier, brokk, opptrening av hoftepasienter.
70 % innlegges som ø.hj. (50% av hjerteinfarktene i distriktet), under 10 % overføres fra sentralsykehuset.
Liggetid gjennomsnitt 6,7 døgn. |
| ◆ Tilbud | Observasjon
Behandling av akutte sykdommer og forverring av kroniske sykdommer
Rehabiliteringstilbud under oppbygging.
Terminal omsorg
Rtg/Lab/Oprstue/Ergoterapi/Fysioterapi |
| ◆ Kompetanse /
Personellsammensetning | Meget høy sykepleierkompetanse. Sykepleiere på natt.
5 spesialister i indremedisin og kirurgi. Hjemmevakt.
Lav akuttberedskap |
| ◆ Bygningsmessige forhold/utstyr | Større bygningskompleks som består av de avdelinger som er nevnt ovenfor. I stor grad sykehusutstyr. |
| ◆ Antall plasser | 30 senger, 2/3 indremedisin, 1/3 kirurgi, men fleksibel
Bruk. 1350 pasienter innlagt siste år. |
| ◆ Kostnader pr plass /
finansieringsordning | Totalkostnad for hver av de 30 plassene er 693.000.
Kostnad for kommunen: 386.000 for hver sykehjemsplass.
ISF. |
| ◆ Samarbeidsforhold | Formelle samarbeidsorgan både politisk, administrativt og faglig. |
| ◆ Merknader | Rekruttering til spesialiststillinger et stort problem på grunn av den måten spesialistutdanningen i Norge er bygd opp på. Avdelingen har lite nytte av subspecialister. |

4.7 Andre institusjoner i gråsonen mellom forvaltningsnivåene

Utover de sykestuer som er nevnt ovenfor, er det senger med sykestuefunksjon på følgende steder i Finnmark:

Berlevåg Kommune, Berlevåg Helsesenter
 Båtsfjord Kommune, Båtsfjord Helsesenter
 Gamvik Kommune, Mehamn Helsesenter
 Hasvik Kommune, Hasvik Helsesenter
 Karasjok Kommune, Karasjok Helsesenter
 Kautokeino Kommune, Kautokeino Alders- og Sykehjem
 Lebesby Kommune, Kjøllefjord Helsesenter
 Loppa Kommune, Øksfjord Helsesenter
 Måsøy Kommune, Havøysund Helsesenter
 Nesseby Kommune, Nesseby Alders- og sykehjem
 Porsanger Kommune, Porsanger Helsetun
 Tana Kommune, Tana Helsesenter
 Vardø Kommune, Vardø Helsesenter
 Vadsø Kommune, Vadsø helsesenter

I Troms har sykestuen i Finnsnes endret funksjon og de 9 sengeplassene drives nå som Områdegeriatrikisk tjeneste for Midt-Troms med hovedvekt på slagrehabilitering og demensutredning. Her er det også en fødestue på 7 senger med 140-150 fødsler i året. Det kommunale sykehjemmet har overtatt akutt/observasjonsoppgavene.

I Troms der det kommunalt drevet sykestuefunksjon i Kvænangen, Skjærvøy, Bardu og Kåfjord.

I Nordland fylke ligger Leiranger og Nordfold Sykestue. Det er ikke innhentet informasjon fra disse.

Det er også andre institusjoner som har funnet seg et virkeområde som på en eller annen måte ligger gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Uten å kjenne detaljer kan dette gjelde Røros, Farsund og Flekkefjord. Det er også etablert FAM (felles akuttmottak) ved flere sykehus, ofte i tilslutning til kommunale legevaktsentraler, f.eks i Larvik og Nye Narvik sykehus. Dette er avdelinger som vil ha diagnostisering- og observasjonsfunksjon, men som ikke vil ha funksjoner knyttet til behandling over noen dager eller funksjoner knyttet til tilbakeføring fra en sykehusavdeling. Denne akuttfunksjonen er også omtalt i NOU 1998:9 Hvis det haster...(14).

Det er dessuten kjent at det er arbeid i gang for å få etablert sykestuefunksjoner på Otta i Gudbrandsdalen og på Fagernes i Valdres.

5 ULIKHETER OG FELLESTREKK

I kap. 4 har vi sett eksempler på ulike institusjoner som på en eller annen måte gir et tilbud i gråsonen mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. Geografien i Norge gjør det nødvendig å ha ulike tilbud. Det er behov både for en tilpasning til geografiske forhold og til sykehusstrukturen i det aktuelle området. Nordkapp helsesenter gir uttrykk for at de selvsagt ser behovet for en større enhet, gjerne med et tilbud til flere kommuner, men at dette er umulig å få til fordi nærmeste kommune ligger 16 mil unna, nesten like langt som til nærmeste sykehus.

Det er vanskelig å bruke begrepet sykestue, når dette begrepet inneholder en så stor variasjon som fra 1 seng på et kommunalt sykehjem i Finnmark til en avdeling på 23 senger under Ringerike sykehus i Hallingdal.

Det er likevel et fellestrekk ved de fleste av samhandlingsinstitusjonene i kap. 4 at det er samlokalisering med andre typer helsetjenester eller tilbud, som røntgen, laboratorium, telemedisinsk service, spesialistservice, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk poliklinikk og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulansbase, ambulansetjeneste, fysioterapi, ergoterapi m.m. Selv om dette er i varierende grad og med ulike eiere.

Det er også et fellestrekk at institusjonene som ligger i gråsonen mellom forvaltningsnivåene har en stor grad av fleksibilitet i sitt tjenestetilbud. Den medisinske avstanden til sykehuset er kort, og samtidig er avstanden til pasientens hjem kort, både geografisk, sosialt og tjenestemessig (2).

5.1 Tjenestetilbud og brukergrupper

Selv om de eksemplene som er trekt fram i kap. 4 er svært ulike institusjoner, så er det likevel mange fellestrekk når det gjelder tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet omfatter:

1. Observasjon Dette gjelder både pasienter som etter en observasjonsperiode kan sendes hjem igjen, og pasienter som etter en observasjonsperiode legges inn på sykehus for videre undersøkelser eller behandling. Sykestuenes betydning i prehospital akuttmedisin ved lange avstander til sykehus, understrekes av flere og er i samsvar med signal i St.meld.nr. 24 (1996-97) Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (22).
2. Diagnostisering Ingen av institusjonene nevner spesielt diagnostisering, men dette vil nødvendigvis inngå som en del både av observasjonen og behandlingen og betinger på dette nivået lett tilgang på legetjenester og diagnostisk utstyr og tjenester som røntgen og laboratorium, samt lett tilgang til rådgivning fra spesialistnivå. Diagnostisering av demenstilstander er knyttet til noen av institusjonene.
3. Behandling Dette gjelder stabiliserende behandling av akutte sykdomstilstander som videresendes til sykehus, behandling av akutte sykdomstilstander der diagnosen kan stilles uten sykehusinnleggelse eller forverring av kroniske sykdomstilstander der diagnosen er kjent.

Cytostaticabehandling av kreftpasienter nevnes spesielt. Dialyse er også en behandling som er aktuell for å spare pasienter for lange reiser. Mange nevner også de lokale helseinstitusjoners fortrinn i å kunne spille på lag med kommunehelsetjenesten i forhold til smidige opplegg innen rus og psykososiale problemstillinger.

4. Rehabilitering Dette kan gjelde ulike sykdomstilstander, både opptrening etter akutt sykdom eller skade, og rehabilitering og vedlikehold ved kroniske sykdommer. Vanligst er opptrening etter hofteoperasjoner og rehabilitering av slagpasienter.
5. Lindrende behandl. Dette er særlig ved behov for avansert smertebehandling og lindrende behandling overfor kreftpasienter med betydelige somatisk eller psykososiale problemer. Det blir særlig nevnt mulighetene som ligger i å bygge opp kompetanse for å gjennomføre en hospice-filosofi på lokalplan.

Selv om eldre pasienter er i overvekt, er det verdt å merke seg at det er en stor gruppe av yngre pasienter, 35,6 % <52 år ved Hallingdal sjukestugu og 44,2 % <60 år ved sykestuesengene på Nordkapp helsesenter.

Liggetiden varierer mellom 5 og 10 dager, dette er over liggetiden ved sykehus (4-5 dager), men betydelig under vanlig liggetid ved norske sykehjem.

De fleste av de institusjoner som er brukt som eksempler i kap.4, får i hovedsak pasientene innlagt fra førstelinjetjenesten. Unntaket er Hallingdal sjukestugu som får 70 % av sine pasienter fra sykehus. Forskjellen er nok at denne sykestuen er en del av en sykehusorganisering. Kragerø kombinerte helseinstitusjon, som har ISF og som er en del av andrelinjetjenesten, får likevel et svært lite antall pasienter overført fra andre sykehus i fylket. Det kan synes som om finansieringsordningen med DRG gjør at sykehusene holder på pasientene sine i det lengste. En overføring av pasienter fra en institusjon til en annen blir lite aktuelt så lenge sykehusene sender fra seg en inntektskilde.

Det er nevnt som et problem at ressurskrevende pasienter kan bli en kasteball mellom kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Noen av institusjonene sliter med å få pasientene ut fra plassene med sykestuefunksjon. Ved inntak vil det ofte være slik at mer akutte problemer og cancerpasienter vil fortrenge pasienter med rehabiliteringsbehov. Noen mente det var vanskelig å drive en liten institusjon som skulle dekke et så bredt diagnosespekter som sykestuefunksjonen vanligvis omfatter.

Hvilke diagnosegrupper og hvilken alvorlighetsgrad av sykdom som tas hånd om ved gråsonestitusjonene, vil nok i stor grad avgjøres av den kompetanse som til enhver tid er tilgjengelig. Denne varierer fra sted til sted og også fra tid til tid. For førstelinjetjenesten synes følgende faktorer å være avgjørende for beslutningen om å legge pasientene inn ved en sykestue/gråsonestitusjon:

- Tilgang på observasjon av kompetent personell (særlig heldøgns sykepleierkompetanse)
- Tilgang på diagnostiske tjenester (særlig rtg og lab)
- Tilgang på spesialistkompetanse (enten direkte eller via telemedisin)

5.2 Kompetanse / personell og rekruttering

Mange av de institusjonene som er beskrevet i kap. 4 har vektlagt verdien av sykepleiefaglig kompetanse. Eksempler på områder med aktuell videre- og etterutdanning er innen onkologi, dialyse, lindrende behandling, diabetes, intensivsykepleie, heartcare, geriatri, psyk. sykepleie). Et synspunkt som kom fram fra Hallingdal sjukestugu var at de mente det ville være vanskelig for små kommuner å opparbeide en tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse, både på grunn av få pasienter med aktuelle problemstillinger i den enkelte kommune og liten tilgang på sykepleiere. Det er også en forutsetning at sykepleier er tilstede hele døgnet, noe som fortsatt er uopnåelig for mange små kommuner og institusjoner. Kommunelegene i Finnmark har i en uttalelse til det regionale helseutvalget i 1997 om tiltak for å stabilisere og rekruttere helsepersonell i kommuner utenfor sykehus, kommet med forslag om en spesialvidereutdanning for sykepleiere i sykestue-sykepleie med vekt på akuttmedisin, geriatri, psykiatri, rehabilitering og kreftomsorg. I tillegg til sykepleiefaglig kompetanse, har alle institusjonene tilgang på fysioterapi og ergoterapi.

Det er både fra Sonjatun helsesenter, Alta sykestue og Hallingdal sjukestugu lagt vekt på daglig legetilsyn. Det er ved alle institusjonene som er nevnt i kap. 4, primærleger som har det faglige ansvaret. Dette gjelder ikke Kragerø kombinerte helseinstitusjon, der det bare er tilsatt spesialister. Avdelingslegen ved Hallingdal sjukestugu (fulltidsstilling, spesialist i allmennmedisin) vektlegger betydningen av å ha tilgang til støtte og veiledning av spesialister. Ved Hallingdal sjukestugu gjøres dette ved ukentlige visitter av spesialister, samt lett tilgang til ambulerende spesialister på poliklinikken. Legene ved sykestuene i Troms og Finnmark uttaler at de savner en organisert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, Alta sykestue får etablert dette gjennom telemedisinske visitter fra 2001. Hallingdal sjukestugu mener at de ikke ville fått i stand den tette oppfølgingen fra spesialisthold hvis sykestuefunksjonen hadde vært lagt til førstelinjetjenesten. Spesialistene som server Hallingdal sjukestugu har dette arbeidet lagt inn i sin tjenesteplan, enten som deltidstilling eller lagt inn i arbeidsturnusen ved Ringerike sykehus eller Buskerud sentralsykehus. Det er fra flere av disse spesialistene kommet positive signaler om en slik distriktstjeneste innlagt i tjenesteplanen.

Ingen av de institusjonene som er omhandlet i kap.4 har tilstedevakt av lege utenom vanlig arbeidstid. De fleste dekkes av legevakttjenesten i vertskommunen, Hallingdal sjukestugu har avtale med legene tilknyttet Statens luftambulansetjeneste, Kragerø kombinerte helseinstitusjon har spesialisthjemmevakt.

Som ellers i distrikts-Norge strever også disse institusjonene med rekruttering av fagpersonell. Det synes likevel å være en klar trend at institusjoner med sykestuefunksjon har et mindre rekrutteringsproblem enn de kommunale sykehjem. Helsepersonellet som er kontaktet, har understreket betydningen av sykestuefunksjonen for rekruttering og for å holde på fagpersonell. Det gis uttrykk for at sykestuefunksjonen gir faglige utfordringer og en mer spennende arbeidsplass med pasienter med ulike problemstillinger og i ulike aldre. Flere, både sykepleiere og leger, har gitt uttrykk for at hvis det ikke hadde vært for sykestuen, så ville de ikke ha arbeidet i distrikts-Norge i dag.

Det har vært reist spørsmål om institusjoner med sykestuefunksjon vil tappe fagpersonell fra kommunehelsetjenesten. Tilbakemeldingen på dette er noe delt. Noen mente at dette var et problem for det lokale sykehjemmet. Andre mente at sykestuefunksjonene virker stabiliserende for alt helsepersonell i distriktet, fordi det gir helsepersonell flere muligheter til å velge arbeidsplass og til å skifte arbeidsplass, uten å måtte flytte.

5.3 Bygningsmessige forhold og utstyr

Det var jevnt over tilfredshet med utstyrsnivået. Det ble fra flere nevnt at der fylkeskommunen hadde hatt problemer med å gi tilstrekkelige budsjettrammer, var det ofte tatt initiativ i lokalbefolkningen eller fra frivillige organisasjoner til innsamlingsaksjoner i forbindelse med spesielle utstyrsbehov.

Det synes å være en forutsetning for sykestuefunksjonen at det er tilgang på de vanligste røntgentjenester og laboratorietjenester. Sykestuene i Troms og Finnmark har tilgang til dette fra kommunal helsetjeneste, Hallingdal sjukestugu og Kragerø kombinerte helseinstitusjon har egen service. Med digital røntgenteknikk og telemedisinsk utstyr ligger det godt til rette for et samarbeid med nærmeste røntgenavdeling. Også i forhold til laboratorietjenester bør det ligge til rette for et nært samarbeid med sykehus.

Telemedisinsk utstyr vil være en forutsetning for en sykestuefunksjon som geografisk ligger langt fra et sykehus.

5.4 Antall plasser

Fylkeslegen i Troms foreslår 1 sykestueseng pr. 1000-3000 innb. (23). De institusjoner som er omhandlet i kap. 4 ligger alle på en kapasitet i nærheten av 1 seng pr. 1000 innb. med unntak av Alta sykestue som har en kapasitet på omtrent det halve. Behovet vil variere noe ut fra befolkningens alderssammensetning, sykehusstruktur og geografisk avstand.

Tidligere er det foreslått en norm på 1,75 senger pr 1000 innbyggere (17). En skotsk norm for cottage hospital er på 1,5 senger pr 1000 innbyggere.

Det er liten tvil om at det er mest hensiktsmessig både fra et faglig og økonomisk synspunkt, å prøve å samle sykestuefunksjonen i avdelinger av en viss størrelse. Geografiske hensyn vil imidlertid gjøre at det også i framtida må tilpasses ordninger der sykestuefunksjonen tilknyttes annen helseinstitusjon.

5.5 Økonomi og finansieringsordninger

De ulike finansieringsordningene for primær- og spesialisthelsetjenesten gjør det vanskelig å få til en smidig fordeling av oppgavene mellom fylkeskommuner og kommuner (9). Pasientene blir offer i et Svarteper-spill der både kommuner og fylkeskommuner prøver å skyve utgifter over på den andre part.

Det er også vanskelig å få gråsonepasientene til å passe inn i etablerte finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten. Dette er beskrevet av seksjonsoverlege B.Heger, Ullevål sykehus, i en kronikk i Dagbladet 05.06.00:

"Innsatsstyrt finansiering (...) er skreddersydd for de entydige problemstillinger. Mange viktige tilstander (f.eks operasjon av utslitte hofter og grå stær) egner seg kanskje for en slik entydighet. Men brorparten av medisinen, og definitivt mesteparten av indremedisin og sosialmedisin som fyller våre korridorer, er ikke slik entydig reparasjonsmedisin. Den er kompleks, den er utflytende, den er diffus og den er kronisk. Pasienten med de hundre utflytende problemene (som bruker en halvtime bare på å kle seg) blir lite attraktiv i et slikt entydig innsatsstyrt system. Det samme gjelder den gode samtale, trøsten og oppmuntringen, den målrettede eksklusjon av diagnoser og annet "uproduktivt" som ikke gir veldefinerte DRG-poeng".

Gjennom samtaler med helsepersonell ved institusjonene beskrevet i kap. 4, fremkom uttalelser som indikerer at det er finansieringsordningene, og ikke pasientens behov for helsetjenester, som er bestemmende for hvor andrelinjetjenesten behandler pasientene. Den norske lægeförening mener at erfaringene med ISF har ”avdekket store svakheter som må rettes opp dersom det ikke skal føre til uønskede prioriteringer av den relativt friske del av befolkningen på bekostning av de alvorligst syke.” (9)

ISF er prøvd som finansiering ved Hallingdal sjukestugu i ett år og er også brukt ved sykehusavdelingen ved Kragerø kombinerte helseinstitusjon. I 2001 skal alle sykestuer kode diagnoser etter ICD-10 for å få en oversikt over virksomheten ved sykestuene. Tilbakemeldingene er at DRG-systemet er vanskelig eller umulig å tilpasse til den virksomhet som sykestuefunksjonen innebærer. Den mulige oversikt som vil ligge i en koding etter DRG, vil i stor grad være misvisende fordi store deler av den medisinskfaglige virksomheten ikke kan kodes på en tilfredsstillende måte.

Kostnader pr seng pr år fordeler seg slik:

Sykehjem	3-400.000 kr.
Sykestuer	5-700.000 kr.

Ut fra SAMDATA's sykehusstatistikk kan gjennomsnittskostnaden for sykehussenger pr år beregnes til 1,9 mill. kr. for regionsykehus, 1,8 mill. kr. for sentralsykehus og 1,6 mill. kr. for lokalsykehus. Dette indikerer hvilke betydelige innsparinger som kan gjøres ved å planlegge en større differensiering i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten.

Det er fortsatt stor enighet om at LEON-prinsippet skal være det bærende prinsipp for hvor i behandlingsskjeden den enkelte pasient skal behandles. Dette innebærer at pasientene ikke skal behandles på et høyere nivå enn det som er nødvendig ut fra de behov pasienten har. Aaraas vurderte kostnaden ved innleggelse på sykestue med den behandling som ville vært alternativet hvis sykestuene ikke fantes. Han fant 10,7 % innsparing i totale driftskostnader ved bruk av sykestuer (1). Eriksen har imidlertid satt spørsmålsteget ved om de såkalte unødvendige innleggelser egentlig koster sykehusene så mye (21). Kostnaden for de pasienter ved indremedisinsk avdeling som ble vurdert til å kunne fått behandling på et lavere omsorgsnivå, utgjorde bare 5 % av den totale kostnad. Han fant også at en teoretisk kan anslå at en ett-døgns observasjonspost ved innleggelse, bare ville gitt moderate innsparelser.

5.6 Sammenfattende

Diskusjonen bør ikke bare knyttes til økonomi. Det er i høyeste grad et faglig spørsmål å sikre at rett pasient får behandling på rett nivå. Svært mange pasienter som i dag behandles ved sykehus, får ikke et tilbud som i tilstrekkelig grad er i tråd med de behov pasientene har. I stedet for en fragmentert, spesialisert sykehusutredning, - ofte liggende på en korridor plass, burde disse pasientene ha en helhetlig, avklarende vurdering i en institusjon i nærmiljøet som makter å formidler trygghet. Dette vil også frigjøre ressurser innen de spesialiserte sykehusavdelinger til de pasientene som virkelig har behov for disse sykehustjenester. Dette bringer oss tilbake til LEON-prinsippet og det logiske i å fordele tilgjengelige helsetjenesterressurser på en slik måte at hver enkelt pasient får en tjeneste tilpasset sitt behov. Aaraas har vist at 45 % av innleggelsene på sykestuene erstatter et sykehusopphold (1) og videre er det kjent at 80-90 % av alle pasienter som henvises til sykehusbehandling kan

behandles på lokalsykehusnivå (24). De samhandlingsfunksjoner som det er gitt eksempler på i kap. 4, rommer følgende muligheter:

- en avlastende buffertjeneste overfor sykehusene
- en mulighet for å være spesialisthelsetjenestens forlengede arm ut i distriktene, og dermed gi bedre tilgang på helsetjenester i distrikts-Norge
- en differensiert spesialisthelsetjeneste som gir større muligheter for et tjenestetilbud tilpasset pasientens behov
- en større mulighet for et aktivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den lokale helse- og sosialtjeneste
- en viktig faktor for å rekruttere og beholde fagpersonell i distriktene
- en mulighet til å skille sterkt kostnadskrevenende og mindre kostnadskrevenende spesialisthelsetjenester
- en mulighet til bedre å ivareta LEON-prinsippet
- en gevinst for pasientene ved å bringe spesialisthelsetjenester til pasientenes nærmiljø

Fylkeslegen i Troms oppsummerer gevinsten i sykestuefunksjonen slik (23):

Pasientene ønsker sykestuesenger fordi det skaper trygghet i lokalmiljøet ved akutt sykdom, og ikke gjør kronisk syke til kasteballer i et spill mellom behandlingsnivåer som er dårlig tilpasset deres behov.

Primærhelsetjenesten ønsker sykestuesenger av hensyn til pasientene, men også fordi de bidrar til faglig spennende utfordringer og derfor virker stabiliserende og rekrutterende på leger og sykepleiere.

Spesialisthelsetjenesten trenger sykestuesenger i den grad de kan redusere antall korridorpasienter, dempe trykket på ø.hj-innleggelser og muliggjøre raskere utskrivelser.

På denne måten kan sykestuefunksjonen fremstå som en løsning på samhandlingsbehovet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utfordringen blir å finne systemer som tar med seg erfaringer vi har fra ulike måter å ivareta sykestuefunksjonen. Målsettingen må være å utvikle systemer som ivaretar "the missing link" mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten.

6 AVGRENSINGER

Forvaltningsmessig er det i Norge et tydelig skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi har påpekt at helsevesenet har vansker med å legge til rette et tilbud for de pasienter som befinner seg i gråsonen mellom disse tjenestene. Både i primær- og spesialisthelsetjenesten befinner det seg pasienter i en randsoner der pasientene har behov for en tjeneste som nærmer seg tilbudet fra det andre forvaltningsnivået, eller der de har behov for tjenester fra begge nivåer. Pasientene i gråsonen befinner seg altså både på sykehjem og på sykehus og på vei mellom de to nivåene.



Hvor stor er disse gråsonene? Det er umulig å ha noe eksakt tall for dette, men med de erfaringer som er nevnt tidligere (se kap. 5.4), kan et tall på 1 seng pr. 1000 innbyggere være et rimelig anslag for behovet. Dette ville på landsplan tilsi 5000 senger. Vi har også prøvd å nærme oss et estimat med utgangspunkt i undersøkelsen om gamle i sykehus (6). Uten å gå inn på beregningene, mener vi det er grunnlag for å anslå at 2-2.500 av pasientene på vei inn eller på vei ut av sykehus til enhver tid kan karakteriseres som gråsonepasienter. I tillegg kommer et usikkert antall pasienter som er i primærhelsetjenesten, men som har et behov for spesialisthelsetjenester som de ikke får dekket. Samlet mener vi at et anslag på 5000 pasienter på landsbasis er en rimelig god pekepinn om hvilket nivå behovet ligger på. For å sette dette tallet i perspektiv så hadde vi i 1998 knapt 35.000 sykehjems plasser og i 1999 var det 13 521 effektive somatiske sykehussenger. Samlet har vi altså knapt 50.000 somatiske institusjonssenger i Norge og det er 10 % av disse som utgjør en gråsoner mellom de to forvaltningsnivåene.

Gråsoner er karakterisert av vanskene med å trekke klare grenser. Illustrasjonen ovenfor er derfor illusorisk. Gråsonen vil være vanskelig å avgrense både innad i forhold til eget forvaltningsnivå og utad i forhold til andre nivå. Vi skal likevel prøve å nærme oss en avgrensing. Hva er det som er karakteristisk for de behov vi finner i gråsonen? La oss se på gråsonen i relasjon til geografi, alder, sykdomsgrupper og funksjoner.

6.1 Nærmere beskrivelse av behovene i gråsonen

6.1.1 Geografi

Det er ingen tilfeldighet at de sykestuer som fortsatt består, er lokalisert i de nordligste fylkene og i indre Sør-Norge, steder med lang avstand til sykehus. Geografisk avstand gir en særlig utfordring til å organisere helsetjenesten slik at helsetilbudet blir mer likeverdig fordelt. Dette gjelder både de aspekter som er knyttet til verdien av opplevd nærhet for brukerne, tilrettelegging av samarbeidsforhold mellom helsepersonell på ulike nivåer, innsparte samfunnsressurser ved å unngå transport av mange pasienter over lange strekninger og tilrettelegging av akuttmedisinske prehospitaltjenester langt fra de akuttmedisinske sentra.

Det er likevel interessant at det ikke bare er i områder med store geografiske avstander gråsoneproblemene er til stede. Gråsonene oppleves også i byene, og det er særlig i forhold til de store sykehusene at det er kommet signaler om behov for tiltak som gjør noe med gråsonene (kap. 2.7). Dette har også sammenheng med at jo større sykehusene blir, til mer spesialiserte tjenester møter pasientene. Det kan synes slik at jo større og mer kompleks en helseinstitusjon blir, jo vanskeligere er det å se enkeltindividet og lage systemer som ivaretar det individuelle mangfoldet blant pasientene. Derimot ser det ut til at mange lokalsykehus bedre greier å ivareta nærheten til brukere og samarbeidsparter (3).

6.1.2 Alder

I gråsonen finner vi først og fremst de eldre pasientene. Både fordi denne aldersgruppen har høy sykdomsforekomst, fordi de eldre sykdomspanorama preges av sammensatte helseproblemer og fordi de eldre ofte har et samtidig behov for behandling og omsorg. Vi har også sett i kap. 4 at en del av tilbudet som har vokst fram i gråsonen er spesielt innrettet mot sykdommer der de eldre dominerer, som tilbud for opptrening etter hjerneslag og demensutredning.

Men i kap 4 har vi også sett at det langt fra bare er de eldre som har behov innenfor gråsonen. Det gjelder i tillegg ulike funksjonshemminger i alle aldre med kjent diagnose som har akutte forverringer eller interkurrente sykdommer. Det gjelder voksne pasienter i alle aldersgrupper med alvorlig sykdom med behov for lindrende behandling. Og det gjelder alle aldersgrupper med behov for observasjon prehospitalt eller etterbehandling posthospitalt.

6.1.3 Sykdomsgrupper

I kap 4 har vi sett at det mer er bredden av sykdomsgrupper som er karakteristisk, enn det at vi finner spesielle sykdomsgrupper. Sykdommene kan likevel på den ene siden avgrenses fordi pasienten har behov for behandling ved innleggelse i institusjon, i motsetning til hjemmebehandling som ellers dominerer primærhelsetjenesten og allmennmedisinen. På den andre siden har ikke pasienten fullt ut behov for sykehusets spesialiserte tilbud innen diagnostikk og behandling for å få et adekvat tilbud, i alle fall ikke over mer enn kort tid.

Av de institusjoner i kap 4 som har et forholdsvis åpent tilbud, ser vi at hjerte-karsykdommene dominerer med om lag 25 % av pasientene (hjertevikt, hjerneslag, TIA, spørsmål om koronarsykdom), deretter sykdommer, skader og postoperativ behandling og opptrening i forhold til muskel/skjelettsystemet. Videre er det mye luftveislidelser, både akutte infeksjoner og akutte oppblussinger av astma og kronisk obstruktive lungelidelser (KOLS). Samtlige institusjoner nevner spesielt tilbudet til kreftpasienter, både ved opplegg for cytostatikabehandling, avansert smertebehandling og lindrende behandling i livets slutfase. Andre tilbud er mer varierende fra sted til sted og er avhengig av tilgrensende tilbud i helsetjenesten, som tilbud i forhold til aldersdemens og i forhold til psykiatri.

6.1.4 Funksjoner

I kap. 5.1 er tjenestetilbudet i institusjonene i kap. 4 oppsummert. Vi ser at de funksjoner som må ivaretas i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er:

- Observasjon
- Diagnostisering
- Behandling
- Rehabilitering
- Lindrende behandling

Dette gjelder der det:

- er behov for innleggelse i institusjon
- ikke er behov for spesialiserte sykehustjenester over tid

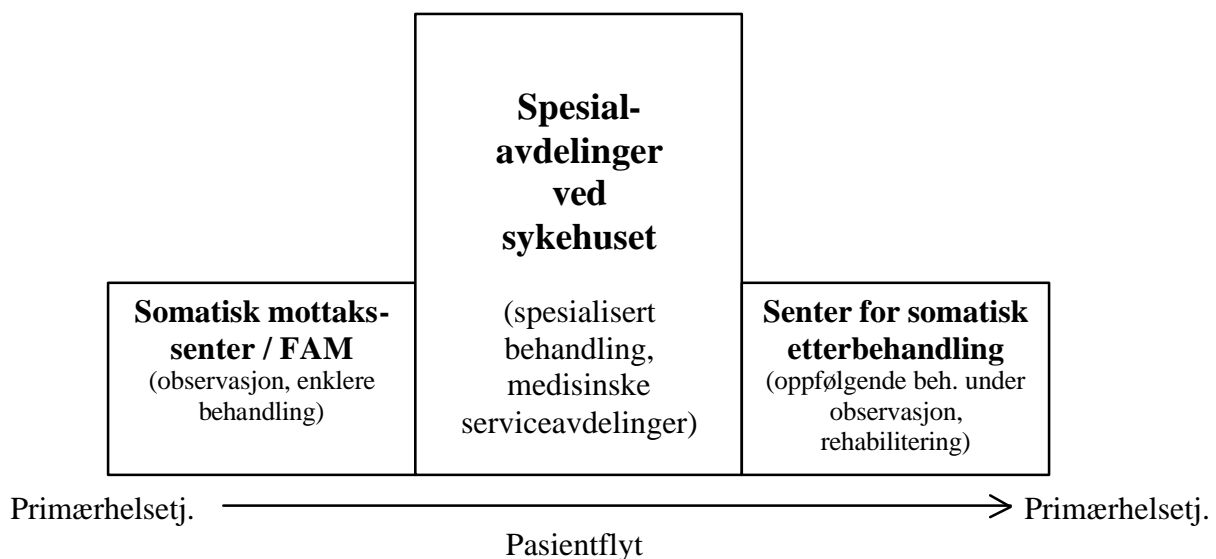
Og ser vi tilbake til kap. 1.2 så er vi da svært nær den gamle definisjonen av sykestue i sykehusloven av 1969. Med en lett omskriving av denne definisjonen så har vi i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten behov for et tilbud *som gir pasienter kortvarige opphold for observasjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og lindrende behandling, der dette ikke kan foretas i den sykes hjem, men der det heller ikke er behov for spesialiserte sykehustjenester over tid.*

6.2 Avgrensinger til sykehustjenesten

Avgrensingen mot de tradisjonelle sykehustjenester vil først og fremst gå på sykehusets tilbud om heldøgns akuttfunksjon. De tilbud som etterspørres i gråsonen er ikke akuttmedisinsk kompetanse på et slikt nivå at akuttmedisinske tilstander skal kunne behandles. På den andre siden så skal et gråsonetilbud der den geografisk avstand til sykehuset er stort, ha kompetanse til å kunne stabilisere og gi innledende behandling før videre transport til sykehus.

Avgrensingen er således tydelig mot sykehusene, men slett ikke så tydelig mot institusjoner i andrelinjetjenesten som ikke har vanlig akuttfunksjon og som er tildelt elektive spesialoppgaver, slik som Kragerø kombinerte helseinstitusjon beskrevet i kap. 4.6. Det er lokale forhold vedrørende sykehusstruktur og geografi som vil avgjøre funksjonsfordelingen mellom ulike helseinstitusjoner. Det er imidlertid viktig at det er pasientens medisinske behov sett i forhold til LEON-prinsippet som skal være bestemmende for hvor pasienten får sitt tilbud, og ikke finansieringsordninger.

Det vises til kap. 2.7 om behovet for å utvikle et differensiert spesialisthelsetjenestetilbud. Dette behovet er tilstede både pre- og posthospitalt. Det kan illustreres slik:



Det somatiske mottakssenteret eller en observasjonsavdeling i mottaket vil kunne kombineres med legevaktsentralfunksjonen for vertskommunen og evt. omliggende kommuner, slik en ser det i FAM (felles akuttmottak). Liggetiden i et somatisk mottakssenter må begrenses, vanligvis innenfor et døgn. Noen pasienter vil kunne sendes hjem etter observasjon, noen vil bli videreført til andre avdelinger i sykehuset.

Senter for somatisk etterbehandling eller avdeling for etterbehandling vil kunne gi tilbud om videreføring av behandling / rehabilitering som er igangsatt ved spesialavdelingene ved sykehuset, men der behovet for spesialkompetanse ikke lengre er til stede. Dette ville være en avdeling som kunne ivareta både indremedisinske og kirurgiske pasienter og pasienter fra andre avdelinger. En viktig funksjon ville være å ha den løpende samarbeidskontakten med primærhelsetjenesten i forhold til overføring av pasienter fra sykehuset.

Kostnadsfaktoren ved innleggelse i de pre- og posthospitale seksjoner som illustrert ovenfor, vil være betydelig lavere enn i de tradisjonelle sykehusavdelingene. Imidlertid kan en ikke se bort fra at etablering av denne type senger kan tenkes å medføre økt pasienttyngde i spesialavdelingene og økte kostnader ved disse.

6.3 Avgrensinger til primærhelsetjenesten

Sykehjemmet er primærhelsetjenestens institusjonstilbud. Sykehjemmets funksjoner er svært varierende i norske kommuner, fra sykehjem som kun gir et botilbud med pleie- og omsorgstjenester, til sykehjem som også gir et mer aktivt behandlingstilbud gjennom korttidsopphold (kap. 2.4).

Med bakgrunn i den kartlegging som er gjort (kap. 4) vil en sammenfattende kunne sette opp følgende avgrensinger mot de funksjoner som i dag vanligvis ligger til norske sykehjem:

Sykehjem	Behov for tilbud i gråsonen
Sykepleiefaglig tilgang døgnekontinuerlig	Sykepleiefaglig tilstedefunksjon døgnekontinuerlig
Generell sykepleiefaglig kompetanse	Sykepleiefaglig spesialkompetanse
Legetilsyn flere ganger ukentlig	Legetilsyn daglig
Allmennt medisinsk kompetanse	Tilgang til spesialistkompetanse flere ganger ukentlig
Utstyr for behandling, rehabilitering og pleie	Utstyr for diagnostisering, behandling og rehabilitering

Rapporten Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester satte opp ulike modeller for utviklingen av sykehjemmets funksjoner (7). Høringsinstansene var entydige i behovet for å styrke behandlingsfunksjonen ved sykehjemmene. Dette synes blant annet å være en følge av utviklingen der sykehusene tidligere enn før overfører pasientene til førstelinjetjenesten, at behandlinger som før var sykehusbehandling nå kan gjøres i

primærhelsetjenesten og at det er et behov for å samle pasienter som krever helsefaglig kompetanse og skille disse fra bo- og omsorgsfunksjonene.

Denne utviklingen kan ses som en selvstendig utfordring innen primærhelsetjenesten uavhengig av de behov som er knyttet til gråsonen. Sykehjemmet bør utvikles til en ressurs- og kompetansebase i helse-, pleie- og omsorgstjenesten på førstelinjenivå. I denne utviklingen vil det være naturlig å styrke sykehjemmets rolle i behandlingsskjeden. Primærhelsetjenesten må kunne gi et institusjonstilbud til de pasienter som trenger enklere former for behandling, der primærlegen har kunnet stille diagnosen og der sykdommen ikke er av en slik art at det er behov for spesialistkompetanse til diagnostisk avklaring eller videre behandling. Eller overfor pasienter som er tilbakeført fra sykehuset og der har påbegynt behandling eller rehabilitering som skal videreføres og der pleie ofte er en vesentlig del av pasientens behov.

Det vil være naturlig å organisere egne behandlings-/korttidsavdelinger ved sykehjem der behandlingsfunksjonen rendyrkes. Dette kan alt etter sykehjemmets størrelse eventuelt også kombineres med rehabiliteringsfunksjoner og funksjoner knyttet til omsorg ved livets slutt. En slik organisering vil gi større utfordringer til det helsefaglige personellet og være en positiv faktor for stabilitet og rekruttering. Endelig vil en slik avdeling naturlig ha et nært samarbeid med sykehusene i forhold til overføring av pasienter begge veier.

6.4 Andre avgrensinger

Siden opptrening og rehabilitering er funksjoner som knyttes til behov for tjenester i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig også å avgrense i forhold til opptreningsinstitusjonene. Opptreningsinstitusjonene gir opptrening av pasienter både fra første- og andrelinjetjenesten etter godkjenning fra lokalt trygdekontor. Vanligvis er det treningsopphold på 4 uker. Nye forskrifter for opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjoner (Beitostølen og Valnesfjord helsesportsenter, Attføringscenteret i Rauland og Hernes institutt) er under arbeid. De spesielle helseinstitusjoner får i dag sine bevilgninger direkte over statsbudsjettet.

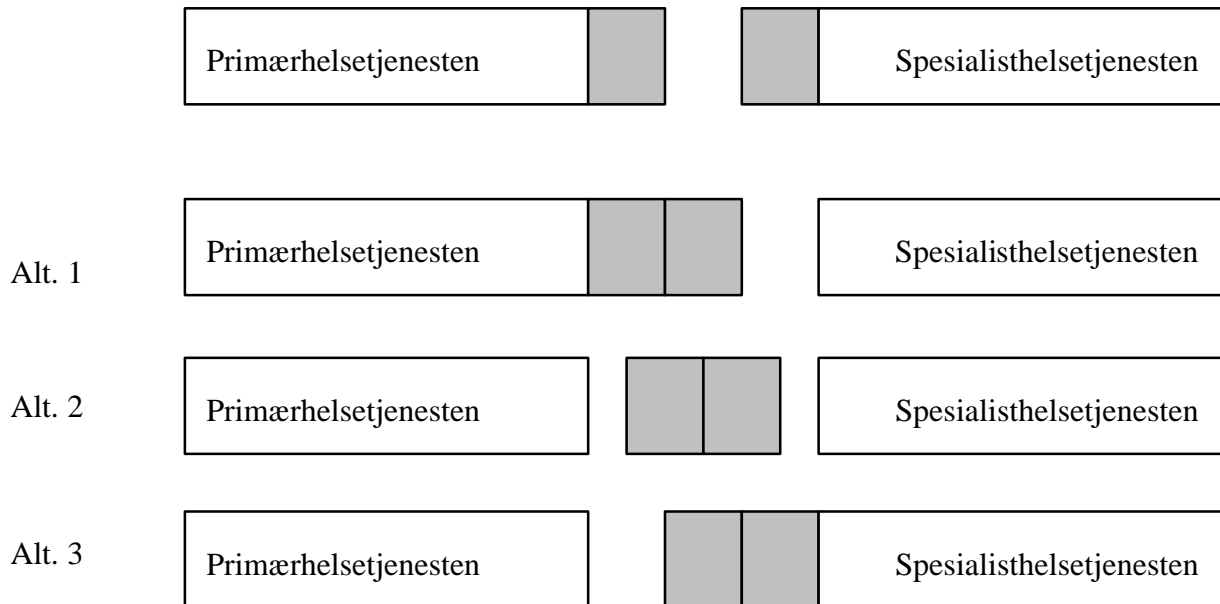
Noen av de tjenester som i dag gis av institusjoner i gråsonen mellom forvaltningsnivåene er knyttet til funksjoner som ligger nær opp til tilbud gitt av opptreningsinstitusjoner, som opptrening etter hofteoperasjoner. Det vil være opp til lokal organisering, lokale avtaler og geografiske forhold å finne egnet fordeling av funksjoner.

Men vanligvis vil institusjoner i gråsonen kunne avgrenses i forhold til opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjoner ved:

- å gi et tjenestetilbud av kortere varighet
- å være sterkere knyttet til pre- eller posthospitale tjenester
- å være mindre spesifikk innrettet mot særlige målgrupper
- å ha et bredere tjenestetilbud

7 GRÅSONEN I FORHOLD TIL FORVALTNINGSNIVÅ

I prinsippet kan tjenester som er innrettet mot de behov som ligger i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten organiseres på tre ulike måter:



7.1 Ansvar for gråsonefunksjoner tillagt kommunalt forvaltningsnivå



Flere har tatt til orde for en organisering der gråsonefunksjoner eller sykestuefunksjonen blir tillagt kommunale sykehjem (17, 23, 25, 26) eller interkommunale samarbeidsinstitusjoner (9). Enkelte har benyttet begrepet "kommunehospital" (7).

I noe grad vil dette avhenge av de løsninger som velges for fremtidige sykehjemsmodeller (7). En fremtidig sykehjemsmodell med større vektlegging på behandling (modell 1), vil gjøre det lettere å organisere tilleggsfunksjoner til sykehjemmet.

En forutsetning for en slik løsning må være at kommunene får overført midler eller at det blir etablert finansieringsordninger som gjør det attraktivt å utvide sykehjemmenes medisinske tilbud enten innen en kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid. Det må videre være en forutsetning at faglig samarbeid med sykehustjenesten og/eller den øvrige spesialisthelsetjeneste blir etablert, og at det blir lagt opp systematisk veiledning fra sykehusets spesialister (veiledningsplikt etter § 7.4 i lov om spesialisthelsetjeneste). Det synes ved en slik organisering hensiktsmessig gjennom regelverksendring å forankre sykestuefunksjonen i lov om kommunehelsetjeneste.

En slik løsning ville medføre et behov for en betydelig styrking av legetjenesten i sykehjem, men også behov for kompetanseøkning til andre faggrupper. Det vil være behov for styrking av de driftsmessige ressurser på sykehjemmet, blant annet i forhold til medikamenter og medisinsk utstyr. Behovet for institusjonsplasser sett i sammenheng med udekkede behov i gråsonen mellom forvaltningsnivåene er stipulert til anslagsvis 5000 plasser på landsplan (kap. 6, innledning). Noen av disse plassene kan nok etableres ved omgjøring av sykehjemsplasser fra boformål til behandlingsformål. Regnes en forskjell på kr. 200.000 i driftskostnader pr. plass fra sykehjem til sykestuefunksjon, utgjør dette en merutgift på driftssiden med 1 milliard kroner årlig.

Det kan fort framstå som en lettvinnt løsning å legge ansvaret for behandlingen av sammensatte problemstillinger på førstelinjetjenesten og plassert på sykehjem, - uten å tilføre friske ressurser. I verste fall vil dette kunne være en måte å legge lokk på gråsoneproblemene og gi pasienter med sammensatte lidelser, og da i særlig grad de eldre, et B-tilbud, mens pasienter med entydige diagnoser får et A-tilbud på sykehusene.

I Den norske legeforenings høringsuttalelse til sykehjemmenes rolle i fremtiden, advares det mot å flytte tradisjonelle sykehusfunksjoner til sykehjemmene ut fra den argumentasjon at sykehjemmene ikke kan bli bærende elementer i diagnostikk og mer avansert medisinsk behandling. Ikke minst gjelder dette i forhold til utredning og behandling av eldre mennesker med sammensatte sykdomsbilder. Videre finner legeforeningen at det verken er hensiktsmessig eller ønskelig at de medisinskfaglige oppgaver på sykehjem blir overlatt til spesialister som ikke kjenner primærhelsetjenestens innhold. (27) Legeforeningen går derimot inn for interkommunale "helsekommuner" som ansvarlige for et mer differensiert tilbud mellom første- og andrelinjetjenesten (9).

Et annet forslag som er tilgrensende til de problemstillinger som tas opp her, er forslaget om å opprette ressurskommuner i primærhelsetjenesten. Sentralt i dette forslaget er å samle de lege- og helsefaglige ressurser i større enheter, enten i en kommune eller på tvers av kommunegrenser. (28)

Der det er mulig ut fra geografiske forhold, vil det være hensiktsmessig å samle funksjonene i større enheter. Dette vil sikre mulighetene for å bygge opp kompetanse og samlokalisere teknisk-medisinsk utstyr. Retningsgivende kunne være en målsetting om en enhet pr. 20.000 innbyggere (20 sengeplasser). I praksis vil dette tilsi interkommunale samarbeidsløsninger. Selv der en av geografiske hensyn ikke får til slike løsninger, bør enheten både driftsmessig og økonomisk skilles ut fra den øvrige sykehjemsdrift. Enheten må ha et særlig ansvar for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Ved å legge de funksjoner som skal ivareta samhandling i gråsonen mellom forvaltningsnivåene, til førstelinjetjenesten, framstår både positive og negative momenter:

Positive momenter:

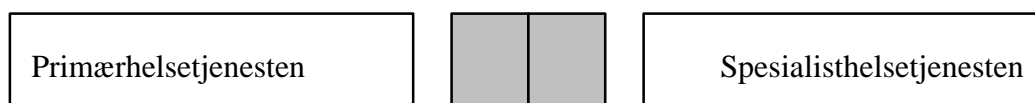
- Ryddig og tydelig ansvarsforhold
- Ansvar og utførelse på samme sted/forvaltningsnivå
- Økt fleksibilitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Styrking av medisinske fagmiljø i kommunen
- Styrking av rekrutteringen til kommunehelsetjenesten
- Behandlingsprofilen i sykehjemmet blir ytterligere styrket
- Muliggjør rotasjon av personellet mellom sykehjemsfunksjon og sykestuefunksjon

Negative momenter:

- Økt belastning på kommunene i oppgavefordelingen
- Kommunal tetthet i forhold til stadig å få tilført nye store ansvarsområder
- Må ses i sammenheng med distriktenes rekrutteringsvansker i allmennlegetjenesten
- Det kan være vansker med å få spesialisthelsetjenesten til å ta ansvar for veiledning og samarbeid, tross lovfestet plikt
- Små enheter kan vanskeliggjøre oppbygging av kompetanse og samarbeid med andrelinjetjenesten

7.2 Ansvar for gråsonefunksjoner tillagt en frittstående enhet

Alt. 2



En løsningsmodell der en frittstående enhet ivaretar gråsonefunksjonene, kan innpasses i begrepe foretak og datterforetak, jf. Høringsnotat om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten (29). Det vil da være hensiktsmessig at sykestuefunksjonen fortsatt er forankret i lov om spesialisthelsetjeneste, men regelverket må utdypes og tilpasses og ansvarsforholdene for samarbeidstiltakene må klargjøres.

Det er nærliggende å foreslå innført begrepet **Distriktssomatisk senter (DSS)** som en parallell til de distriktspsykiatriske sentre (DPS). Dette er fristende, ikke minst fordi distriktspsykiatriske sentre også er etablert i byene, det består både av poliklinisk tilbud, dagtilbud og sengeavdeling, og det representerer en form for generalistpsykiatri som gir et spesialisttilbud i pasientens nærmiljø. Et distriktssomatisk senter vil kunne omfatte en sengeavdeling med de funksjoner som framgår av kap. 6.1.4, inkludert somatisk mottakssenter og et senter for somatisk etterbehandling (kap. 6.2), samt andre tjenester der dette er ønskelig, som ambulante spesialisttjenester, fødestuer med mer. Der samlokalisering er mulig, kan distriktspsykiatrisk senter (DPS) sammen med distriktssomatisk senter (DSS) utgjøre et distriktshelsesenter (DHS).

Et distriktssomatisk senter vil kunne tilpasses ulike geografiske avstander til sykehus. Det er ingen ting i veien for at distriktssomatiske sentre kan etableres i byene for å imøtekomme de utfordringer som ligger i samhandlingen mellom bydelenes primærhelsetjeneste og sykehuset.

Ute i distriktene vil distriktssomatiske sentre være en naturlig løsning der det ligger geografisk til rette for å dekke flere små kommuner. Noen steder kan det være aktuelt å omforme lokalsykehus til distriktssomatiske sentre. I tillegg til basisfunksjonene (kap. 6.1.4) vil slike institusjoner kunne ha elektive tilleggsoppgaver, enten innen kirurgi, innen opptrening, innen områdegeriatri eller lignende.

I noen grad kan sengeplassene i distriktssomatiske sentre opprettes ved å omdefinere både sykehjemsplasser og sykehussenger. Men denne løsningsmodellen er trolig den som vil kreve de største investeringer i forhold til nyetablering av bygningsmasse.

Ved å legge de funksjoner som skal ivareta samhandlingen i gråsonen mellom forvaltningsnivåene, til frittstående enheter, framstår både positive og negative momenter:

Positive momenter:

- Tydelig ansvars plassering av alle samhandlingsfunksjoner
- Større enheter gir større muligheter for å bygge opp kompetanse og tilegne seg utstyr
- Frittstående enheter gjør at ressurser ikke kan omprioriteres til andre innsatsområde
- Det vil tydeligere markeres et tilbud til alle aldersgrupper, enn om sykestuefunksjonen var tilknyttet et sykehjem

Negative momenter:

- Frittstående enheter kan av geografiske hensyn ikke etableres over alt.
- Samarbeid må bygges opp i to retninger
- De frittstående enheter kan tappe kommunehelsetjenesten for fagpersonell
- Det opprettes et nytt nivå i helsetjenesten, et halvannen-linjenivå.
- Trolig forholdsvis store investeringskostnader

7.3 Ansvar for gråsonefunksjonene tillagt sykehusene



I et slikt perspektiv vil gråsonefunksjonene framstå som en del av en differensiert sykehusstruktur (kap. 6.2). Somatisk mottakssenter og senter for somatisk etterbehandling kan etableres hver for seg eller samlet, som en integrert del av sykehuset, eller som en selvstendig enhet samlokalisert med sykehuskomplekset. Samhandlingsfunksjonen vil være en del av spesialisthelsetjenestens ansvarsområde og vil inngå i sykehusets oppgaver. I en slik modell vil sykestuefunksjonen fortsatt være forankret i lov om spesialisthelsetjenester, men de formelle rammer for spesialisthelsetjenestens ansvar for samhandlingsfunksjonene bør tydeliggjøres i regelverket.

Det vil være forskjellig i hvor stor grad det enkelte sykehus må bygge opp nye organisatoriske løsninger for å ivareta gråsonefunksjonene. For de store sykehusene vil dette trolig være en betydelig utfordring, for lokalsykehusene vil det i større grad være aktuelt å bygge videre på eksisterende organisasjon.

Unntaksvis kan geografiske forhold gjøre at tjenesten må baseres på avtaler mellom kommune og fylkeskommune/stat, for eksempel slik at funksjonen legges til et sykehjem, under faglig veiledning fra sykehusspesialister og med telemedisinsk kommunikasjon.

Det vil være hensiktsmessig at finansieringen bygger på de samme prinsipper som i andrelinjetjenesten, men likevel slik at behandlingen av gråsonepasientene blir mer lønnsom og at samarbeid med kommunehelsetjenesten premieres. Etableringen av 5000 senger i for å dekke behovene for institusjonsplasser i gråsonen, vil delvis kunne dekkes gjennom det behov for oppbygging av sykehussenger som er beregnet (12), delvis ved en omgjøring til et

mer differensiert tilbud av eksisterende senger. Da kostnaden med dagens sykehussenger er betydelig høyere enn kostnadsnivået ved en sykestuefunksjon, vil årlige driftskostnader trolig ikke øke i betydelig grad.

Ved å legge de funksjoner som skal ivareta samhandlingen i gråsonen mellom forvaltningsnivåene, til sykehusene, framstår både positive og negative momenter:

Positive momenter:

- Spesialisthelsetjenesten får rendyrket en samarbeidsarena med kommunehelsetjenesten
- Sykehusene får det totale ansvaret for all spesialisthelsetjeneste
- Muliggjør arbeidsplasser for spesialister som ønsker å inneha generalistkompetanse
- Somatisk mottakssenter blir naturlige plasseringer for interkommunale legevaktsentraler
- Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar for eldre, pasienter med kroniske sykdommer og multidiagnosepasienter
- Lett tilgang til diagnostisk utstyr ved sykehuset

Negative momenter:

- Noe uryddige ansvarsforhold der sykestuefunksjonen må legges til kommunale sykehjem
- Kommunene vil likevel måtte styrke behandlingsdelen i sine sykehjem
- Det kan være vanskelig å forene så ulike funksjoner som akuttmedisin/observasjon, rehabilitering og terminal omsorg i en og samme avdeling ved sykehuset

7.4 Kombinasjon av løsningsmodeller

Geografi og eksisterende helsetjenestetilbud gir svært ulike forutsetninger i de ulike deler av landet. Det er store forskjeller i behovene for samhandlingsstrukturer, for eksempel i Oslo, i Østfold og i Finnmark. Noen steder kan det være mest hensiktsmessig å legge ansvaret for samhandlingsfunksjonene til primærhelsetjenesten, andre steder til frittstående enheter og noen steder til sykehusene.

Det bør derfor vurderes om det er mulig å la modellen for det distriktssomatiske senter og de funksjoner dette kan ivareta, være uavhengig av organisatorisk tilknytningsform. Dette betinger en definering av basisfunksjoner ved de distriktssomatiske sentre og en fleksibilitet i forhold til tilleggsfunksjoner. Det betinger også et regionalt planarbeid på tvers av forvaltningsnivå. Og ikke minst betinger det at en gjennom regelverk og finansieringsordninger får til et system som sikrer at pasientene kan få behandling ved de instanser som gir det best tilpassede tilbud i samsvar med LEON-prinsippet, som sikrer at kroniske pasienter og pasienter med sammensatte problemstillinger igjen blir "lønnsomme" å behandle, og som sikrer at pasientene ikke blir offer for et Svarteper-spill mellom de ulike aktører i helsevesenet.

Det er mulig at en periode med utprøving av ulike kombinasjoner og organiseringer bedre vil kunne gi svar på hvor de mest hensiktsmessige løsninger er å finne. Foretaksmodellen kan gi et grunnlag for at ulike regionar prøver ulike løsninger. En forutsetning er at de enkelte datterforetak ikke blir sett isolert, men som en del av en helhetlig kjede uten noe "missing link".

8 ERFARINGER FRA ANDRE LAND

8.1 England

En parallell til sykestuefunksjonen finnes i England i *cottage hospital*. Ivar Aaraas har beskrevet funksjonene ved cottage hospital (2) og det er her gjengitt deler av hans redegjørelse. Det finnes i dag ca. 400 cottage hospital, mange i byer og sentrale strøk. Aaraas nevner eksempelet New Epsom & Ewell cottage hospital som ligger i utkanten av London, 2 km fra Epsom general hospital, som best kan sammenlignes med et norsk regionsykehus. Dette cottage hospital hadde 20 senger. 40 % av innleggelsene kom fra sykehuset, 60 % var innlagt av lokale allmennpraktikere. Det medisinskfaglige ansvaret var tillagt en sykehuslege.

Grunnstammen i bemanningen ved cottage hospitals er sykepleiere med ulik spisskompetanse. De fungerer i praksis som allmennlegens observasjons-diagnostikere. Cottage hospitals ble både blant allmennpraktikere og ved sykehuset vurdert til å være et viktig diagnostisk og terapeutisk virkemiddel. I stor grad er funksjonen knyttet til medisinsk avklaring for å hindre forverrelse, gjenopprette balanse og hindre sykehusinnleggelse. Målsettingen er å unngå uproduktive sykehusutredninger av eldre og kronisk syke pasienter med akutte symptomer og kjente tilstander. Dessuten å motta slike pasienter til kvalifisert observasjon etter forholdsvis korte sykehusopphold, i de tilfeller der initial avklaring eller behandling i sykehus var påkrevd. (25)

Det anses som en stor fordel at cottage hospitals gir muligheter for nær familiekontakt. Cottage hospitals blir vurdert til å være en del av en kultur som er basert på helhetstenkning, i motsetning til det travle sykehuset.

Forvaltningsmessig synes forholdene i England mindre rigide. Rundt cottage hospitals har forvaltningsnivåene dannet "trusts" – felles økonomisk/administrative organisasjoner. Cottage Hospital fungerer derfor ikke bare som et virkemiddel for å redusere ulempene ved å bo geografisk langt fra sykehus, men er også et virkemiddel for å redusere den forvaltningsmessige avstand, som kan være ganske problematisk uansett om en bor 2 km eller 200 km fra sykehuset.

8.2 Finland

I Finland er det bare to forvaltningsnivå, stat og kommune. Kommunene har, - forutsatt at de oppfyller nasjonale helsepolitiske normer og krav, plan-, drifts- og finansieringsansvar for både 1. og 2.linjetjenesten. Der kommunene er for små, samarbeider flere kommuner for å løse større tiltak. (26). Helsevesenet i Finland er i stor grad bygget opp rundt helsovårdcentraler. Disse utgjør en organisasjon av tjenester og er kontaktpunktet mellom offentlig styring og faglige, medisinske behov. (30)

Ved helsovårdcentralen ligger en ikke-spesialisert sykehusfunksjon som kan sammenlignes med norske sykestuer. Sengeavdelingen er større og avlaster sykehusene mer enn sykestuene i Norge. Samtidig har avdelingene en stor andel langtidspasienter, i snitt godt 60 %. Gjennomsnittlig liggetid er 30 dager. Avdelingene varierer imidlertid mye fra sted til sted. Noen steder dominerer langtidspasientene, andre steder har en rettet seg inn mot rehabilitering, mens andre har mer en akutfunksjon. Helsovårdcentralen inneholder også

laboratorium, røntgen og avd for fysikalsk behandling. Det er 22.300 senger i disse avdelingene i helsevårdcentralene.

Primærhelsetjenestebegrepet i Finland får dermed et mer utvidet innhold, og personalet ved helsevårdcentralen får ansvar for enkle sykehusfunksjoner som i Norge i dag er spesialisthelsetjenestens ansvar.

8.3 Sverige

I Sverige er det ikke et tilsvarende ikke-spesialisert sykehusnivå som i Finland. Det finnes imidlertid paralleller til de norske sykestuene i Nord-Sverige. I en artikkel som presenterer en slik svensk observasjonsavdeling ved Jokkmokks vårdsentral (31), konkluderes det med at de fleste distriktsleger i Sverige savner muligheten for å beholde pasienter til observasjon i mer enn en kort stund, og at en slik observasjonsavdeling representerer et etterlenget mellomnivå i helsevesenet. Både diagnosegrupper og tjenestetilbud samsvarer godt med sykestuefunksjonen i Norge, kanskje med en større overvekt av eldre pasienter. 75 % av pasientene blir innlagt fra hjemmet, gjennomsnittlig liggetid er 7,75 døgn, 80 % er >60 år. De viktigste diagnosegrupper er hjerte/karsykdommer (21 %), skader/forgiftninger/brudd (13 %) og infeksjonssykdommer, psykiatri og luftveissykdommer (10 % hver).

8.4 Danmark

I Danmark er det ikke noe mellomliggende nivå mellom sykehusene og sykehjemmene. Sykehjemmene driver i svært liten grad medisinsk behandling. Pasientene blir innlagt ved sykehuset ved behov for behandling, for eksempel ved behov for intravenøs behandling. Pasientene ved danske sykehjem beholder sin fastlege under oppholdet.

9 VIDERE PROBLEMSTILLINGER

9.1 Sykehusreform

Regjeringen har varslet en reform av drift, finansiering og organisering av offentlige sykehus. I denne reformen bør det tas hensyn til behovet for å øke antall sykehussenger. Utfordringen blir å finne en måte å sikre utbyggingen av sykehusene som kan gi et mer differensiert tilbud og sikre samhandlingen med primærhelsetjenesten. Det foreligger forslag om statlig overtakelse av sykehusene som fremmes for Stortinget i april 2001. Dette forslaget løser ikke problemet med manglende samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

9.2 Finansieringsreform

I den bebudede reformen av finansieringsordninger må helsetjenestene til de grupper som vanskelig kan innpasses i ISF, sikres. Dette gjelder pasienter innen psykiatri, geriatri og rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og andre gråsonepasienter. Finansieringsordningene må premiere all samhandling mellom ulike forvaltningsnivåer og sikre at pasienter ikke blir et offer for et Svarteper-spill mellom ulike institusjoner og nivåer.

9.3 The missing link

I et reformert sykehusvesen med nye finansieringsordninger må det etableres et system som sikrer "the missing link", samhandlingsleddet i behandlingsskjeden mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her gir erfaringer fra sykestuefunksjonen viktige bidrag for å forme dette tilbudet. Etableringen av distriktssomatiske senter kan være en måte å løse dette på i et system som må gi den nødvendige fleksibilitet til å tilpasse seg ulike geografiske forhold og etablerte strukturer i helsevesenet.

9.4 Forvaltningsnivåenes ansvarsområde

Det må tas stilling til hvilket forvaltningsnivå som skal ha ansvaret for styrkingen av behandlingsprofilen ved norske sykehjem, ansvaret for et differensiert spesialisthelsetjenestetilbud og de samhandlingsinstanser som bør etableres mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Skal en gå i retning av det finske system? Skal sykestuefunksjonen legges inn i sykehjemmene, slik blant annet fylkeslegen i Troms foreslår? Skal det bygges opp et nytt nivå av interkommunale helsetiltak, slik legeföreningen foreslår? Skal sykestuefunksjonen være tilbake på fylkeskommunalt ansvarsnivå når sykehusene blir statlige? Kan det tenkes at en kan gå i retning av økonomisk-administrative fellesorganisasjoner på tvers av forvaltningsnivåene slik som i England? Skal det organiseres som foretak eller datterforetak? Skal staten ha et totalansvar for all spesialisthelsetjeneste? Uansett løsning så må den forvaltningsmessige organisering ikke hindre en fri pasientflyt mellom ulike instanser i helsevesenet og sikre et utstrakt samarbeid rundt hver enkelt pasient uansett diagnose.

10 LITTERATURLISTE

1. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. Institutt for samfunnsmedisin, UiTØ 1998.
2. Aaraas I. Prøveforelesning: Hvorfor nedlegges sykestuene? Faglige og politiske aspekter.
3. A.Fosse. Det går et sentraliseringsspøkelse gjennom landet. Utposten 1999 nr.2
4. Innst.S.nr.99 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.
5. St.meld.nr.34(1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år.
6. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avd. 1998. Helsetilsynet, Utredningsserien 1999 nr. 7. Oslo, 2000.
7. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, - analyse av alders- og sykehjemfunksjoner. Sosial- og helsedepartementet. Rapport, 1999.
8. Andreassen H, Brattebø J, Fosse A, Gilbert M, Holund A, Johansen D et al: Motmelding til Akuttutvalgets innstilling. Mo i Rana, 1998.
9. Den norske lægeforening: En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt til fullt og helt. Oslo, 2000.
10. St.meld.nr.43 Om akuttmedisinsk beredskap.
11. Smått er godt. Intervju med Einar Opedal. Utposten 1998, nr 2.
12. Paulsen B, Kalseth B, Karstensen A. 16 % av befolkningen – halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet. Trondheim: Sintef Unimed NIS Helsetjenesteforskning, 1999.
13. Straume E. Skarsaune K. Sykestuene. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 654
14. NOU 1998:9. Hvis det haster...Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Oslo, 1998.
15. Buanes T. Andersen GP. Kåresen R. Samspillet primærhelsetjeneste/sykehusmedisin. En prospektiv undersøkelse fra kirurgisk avdeling, Ullevål sykehus, med vekt på innleggelsesrutiner og funksjoner i kirurgisk mottagelse. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 4, 1985; 105: 308-11.
16. Eriksen BO. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine. ISM skriftserie nr. 48. Tromsø 1999.
17. Mamen K. Nylenna M. Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 30, 1987; 107: 2657-60.
18. Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 1998. Oslo, 1999.
19. Mamen K. Nylenna M. Pasienter i norske sykestuer. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 30, 1987; 107: 2612-5.
20. Piene H. Evaluering av innsattsstyrt finansiering (ISF). SINTEF Unimed. Oslo, 1998.
21. Langfeldt E. Aaraas I. Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695-9
22. St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
23. Fylkeslegen i Troms: Sykestuesenger i sykehjem. Behov for halvannenlinjetjeneste. Brev til SHD 27.april 1999.
24. Bjørnstad E. Bergesen Ø. Nordhaug B Abildgaard U. Stene-Larsen G. Innleggelse i medisinsk avdeling. Svarer bruken av ressurser til pasientenes behov? Tidsskr Nor Lægeforen 1990;110: 3362-5.
25. Aaraas I. Langfeldt E. Ersdal G. Haga D. Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 702-5.
26. Kårvik J.Ø. Reime R. Sykehjem i Norge – med eller uten sykestueplasser? Agder Distriktshøyskole, Studiet i helse- og sosialadministrasjon 1988-89.
27. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – høringsuttalelse. Den norske lægeforening, 03.02.00.
28. Aaraas IJ, Hasvold T, Andersen F, Swensen E, Straume K. Legeflukten fra distriktene. Forslag til plattform for å stabilisere og styrke allmennlegetjenesten i distriktskommunene. Tromsø: Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2000.
29. Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Høringsnotat. Sosial- og helsedepartementet. Oslo, 2001.
30. Otterstad HK. Utbygging av distriktshelsetjenesten. Hvorfor har Finland lyktes? SIFF, Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 2 – 1982.
31. Larsson Y. Mattson Å. Olsson P. Långt från sjukhus – observationsavdelning i glesbygd. Allmänmedicin 1993; 14: 43-6.