

Sykestuefunksjonen i sammenlignet med kommunale

■ ERIK LANGFELDT • *Kommunelege i Nordkapp*

Sykestuene i Finnmark har tradisjoner tilbake til 1800-tallet. I Nordkapp kommune har vi arbeidet for en modernisering av denne intermediære tjenesten siden midten av 1990-årene. Fra 2006 har vi frontet kommunene i et felles arbeid med Finnmarkssykehuset og Helse Nord RHF, initiert av regionforetaket. Vi har definert mål og faglige krav til tjenesteformen og utviklet administrative verktøy for samhandling og registrering av virksomhetsdata. Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, var sykestuene i Finnmark en foregangsmodell for de lovhjemlede kommunale akutte døgnplassene (KAD). Denne artikkelen drøfter forskjellene mellom sykestuefunksjonen og KAD-funksjonen, samt sykestuenes potensial for å bli en enda viktigere struktur for å realisere reformen.

Sykestuene er velegnet som arena for samhandling mellom kommunene og foretak, og kommunene seg imellom. Sykestuene byr seg frem som en hensiktsmessig instans for å koordinere kommunehelsetjenestens interne, tverrfaglige samarbeid om de sykeste pasientene – på tvers av institusjon og hjemmebaserte tjenester. Kravene som stilles til sykestuedrift må rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene, og mot krav til partenes faglige bidrag innenfor pasientforløp. Dermed kan sykestuene være det organisatoriske elementet som en samlet helsetjeneste i fylket trenger for å utvikle en enhetlig arena for tjenesteutvikling og kompetansebygging.

Karakteristika ved Finnmark

Finnmarks areal (48 637 km²) er like stort som Rogaland, Agderfylkene, Telemark, Vestfold og Østfold til sammen (47 516 km²). Med 75 207 innbyggere utgjør Finnmarks befolkning bare 5 prosent av befolkningen i disse fylkene og den fordeler seg på 19 kommuner (1).

16 av kommunene drifter sykestue. Til sammen betjener de 40 sykestueplassene

70 prosent av fylkets innbyggere. De syv minste sykestuekommunene har 919–1341 innbyggere og én sykestueplass, mens Alta – den overlegent største kommunen i Finnmark, med sine 19 822 innbyggere – har ni plasser. De øvrige kommunene har to til seks plasser. Nordkapp kommune har tre sykestueplasser til disposisjon for sine 3213 innbyggere.

Vertskommunene for fylkets sykehus, Hammerfest og Sør-Varanger, samt Kvalsund, nabokommune til Hammerfest, har ikke hatt sykestue. Disse tre kommunene har nyetablert to KAD-enheter med til sammen tre plasser.

Tre argumenter for sykestuedrift i Finnmark

- Avstand til spesialisthelsetjenesten
- Avstand til senter i nabokommunen
- Klima- og logistikkutfordringer

Finnmark har en lang vinter med mye vær. Det byr regelmessig på utfordringer både med hensyn til logistikk og transport. Tidvis er veiene langsomt farbare, kolonnekjørte eller stengt, og flytrafikken innstilt.

Veivstanden mellom Klinikk Hammerfest i vest og Klinikk Kirkenes i øst er 481 km. Gjennomsnittlig avstand fra 12 av sykestuekommunene inn til sykehuset er 191 km. Da er kommunene Lebesby og Gamvik med respektive 320 og 340 km til sykehus ikke medregnet, og heller ikke øysamfunnene Hasvik og Loppa. Pasienttransport herfra vil oftest finne sted pr. båt eller fly. Avstanden Honningsvåg–Hammerfest er 181 km.

Perspektiver på samhandling

Fire tilnæringsmåter er særlig interessante å holde frem:

1. Et perspektiv på hele helsetjenesten i Finnmark som grunnlag for planlegging
2. Sykestuene som arenaer for samhandling om de akutte og kronisk alvorlig syke
3. Likeverdige helsetjenester uavhengig av avstand til sykehus, når en kan få til dette med god kvalitet og til en akseptabel økonomi
4. Reisetid for pasienten må inngå i helse-tjenesteregnskapet sammen med vurdering av ressursbehov og kostnads- og inntektsider

Sykestueavtalens forpliktende hovedelementer

Gjeldende definisjon av en sykestuepasient (2): Pasient innlagt på institusjons-plass i kommunen for diagnostisering, observasjon eller behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse.

- Pasienten skal ha behov for daglig legetilsyn
- Det skal foregå en aktiv behandling
- Sykepleier skal være til stede 24/7
- Dagopphold skal vare minst tre timer
- Gjennomsnittlig liggetid skal vanligvis ikke overstige fire til syv døgn
- Opphold ut over 14 dager må vurderes særskilt og meldes skriftlig til foretaket
- Cellegiftbehandling teller som dagopphold

Nordkapp

akutte døgnplasser



Sykestuen i Nordkapp har tre sykestueplasser til disposisjon for de litt over 3000 innbyggerne i kommunen. FOTO: NIKOLAI SALAMONSEN

Institusjonsplasser, gråsoner og legearbeid

KAD-oppgavene har i praksis vært integrert i sykestuefunksjonen før samhandlingsreformen, men er i de senere årene blitt samlokalisert på helsesenteret innenfor en egen kommunal korttidsenhet i sykehjemmet. Enheten omfatter de tre syke-

stueplassene, fem til seks kommunale plasser og akuttstue. Legetjenesten er lokalisert i samme bygg. Avlastning (tre plasser) finner sted på et omsorgssenter lokalisert annet sted, der hjemmebaserte tjenester har sin base.

Plassene i korttidsenheten brukes fleksibelt om hverandre. Det er pasientens til-

stand som avgjør hva slags seng som tildeles. Det kan være en til fem sykestuepasienter i enheten, bestemt av medisinske kriterier som fremgår av avtalen mellom foretaket og kommunene (2). Hensyn må tas til kjønn, smittestatus, uro (rus og psykiatri) og terminalt sykeleie. På kommunal korttidsplass kan en pasient opp-

holde seg på grunn av enklere medisinske forhold som ikke krever daglig legetilsyn, og i påvente av ledig plass i sykehjemsavdeling. Det synes ikke å være noen entydig forståelse av hva en KAD-plass skal brukes til, like lite som en kan bestemme en gang for alle hvilke pasienter som skal innlegges sykehus. Ved bruk av sykestueplass og KAD-plass er det «gråsoner», der det kan være uenighet om grenseoppganger. Hos oss skiller vi i praksis ikke mellom de to funksjonene. Det kan også være gråsoner mellom disse og kommunale korttidsplasser og opp mot pasienter som hjemmebaserte tjenester tar ansvar for. I tillegg kan en tenke seg uklarheter om diagnostikk og forskjeller i medisinske håndteringsmåter betinget i ulike kompetanse/kapasitet ved ulike sykestuer. Det er ønskelig å utvikle en mer enhetlig forståelse av hvor pasienter hører hjemme, men vi kan ikke rydde bort gråsonene.

I Nordkapp deltar alle legene unntatt én i legevaktordningen, og også i legearbeidet ved institusjonen. Det er satt av fast tid for lege ved institusjonen alle virkedager kl. 0930–1200. Mest legearbeid brukes på korttidsheten. Legene bytter på ansvaret hver fjerde uke. Etter arbeidstid og i helgene betjener vakthavende lege institusjonen.

Funksjonsforskjeller mellom sykestueplasser og KAD-plasser

Sykestuene håndterer de pasientene som KAD-plassene skal håndtere, men i større omfang enn disse. Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet ferdig behandles i betydelig grad på sykestua. Disse pasientene domineres av indremedisinske problemstillinger: KOLS, hjertesvikt med behov for parenteral korrigering, infeksjonstilstander med komorbiditet, enkelte smertetilstander og noen kirurgiske tilstander til observasjon, psykiatriske tilstander og rus. Registreringene dokumenterer at det er svært få av sykestuepasientene som ikke til slutt utskrives til hjemmet, mange i løpet av ett til tre døgn.

Når akuttpasienten er dårlig og avstanden til sykehus liten, vil hun bli transportert direkte dit raskest mulig. Dess dårligere pasienten er ute i en sykestuekommune, dess viktigere er det å utøve prehospitaltjenester på institusjonsnivå før transporten starter til sykehus: Diagnostisere, eventuelt primærbehandle og stabilisere pasienten. Institusjonsplass må også brukes i påvente av at ambulans/ambulansfly blir ledig, samt ved ventetid på at været tillater at transport til sykehus kan finne sted. Vinterstid kan det være umulig å transportere pasienter videre pga. stengte veier og dårlig flyvær. Rammevilkårene tilsier at vi må være forberedt på å beholde en dårlig pasient lenger enn det som er medisinsk faglig tilrådelig, om spesialisthelsetjenesten hadde vært nærmere. Blir en slik pasient liggende lenger enn tre timer, er hun etter avtale definert som sykestuepasient.

Når pasienter med et potensielt mer alvorlig sykdomsbilde må innom sykestua før eventuell videre transport til sykehus, finner det ikke sjelden sted en medisinsk avklaring. Det betyr at en viss andel av disse pasientene kan beholdes og skrives ut til hjemmet i løpet av ett til to døgn. En del av de sykeste utskrivningsklare pasientene fra sykehus overføres direkte til sykestua for mer intensiv medisinsk oppfølging før de skrives ut til hjemmet eller til kommunal institusjonsplass.

Noen elektive pasienter får sykestueplass: Pasienter innlagt for utredningsopp-

hold og for optimalisering av behandling, samt pasienter innlagt for palliasjon og terminal pleie. Når pasienten er stabil og daglig legetilsyn ikke er nødvendig, overføres hun til kommunal korttidsplass eller skrives ut til hjemmet. Noen ganger vil utredningen konkludere med overføring til sykehus. Terminale pasienter etterspør i økende grad å få dø hjemme. Det strekker vi oss langt for å etterkomme.

Når dårligere pasienter i økende utstrekning får sin omsorg og behandling i hjemmet, oppleves det som en trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell at det vil bli ryddet en plass i sykestueenheten når behovet skulle oppstå. Det betyr at vi oftere enn før har dårlige hjemmeboende pasienter.

Det er rimelig å anta at skrapelige gamle i kommuner med lang avstand til sykehus, oftere vil trenge innleggelse i forbindelse med undersøkelsene enn de som bor nær sykehuset og kan betjenes poliklinisk. Kan man gjøre mer av utredninger og behandlinger lokalt, sparer det transport, innleggelse og oppholdstid ved sykehus.

På grunn av lang reisevei til sykehus har Nordkapp kommune utviklet desentraliserte helsetjenester:

EKSEMPEL 1. Sykestuen i Nordkapp startet i 1994 et samarbeid med kardiologer ved Klinikkk Hammerfest og Universitetssykehuset Nord-Norge om å tilby prehospital trombolysse ved akutt hjerteinfarkt (3). Tidsgevinsten i det enkelte tilfellet er to til tre timer med tilsvarende spart hjertefunksjon.

EKSEMPEL 2. Kreftpasienter har siden 2005 hatt tilbud om cytostatika ved dagopphold på sykestuen etter at første dose er gitt i spesialisthelsetjenesten (4). Ordningen er etablert i samarbeid med kreftavdelingen ved UNN og andre avdelinger. Dermed slipper kreftpasientene ukentlig skytteltrafikk til sykehuset. Kreft er den diagnosegruppen som har lagt beslag på flest liggedøgn ved sykestuene.

EKSEMPEL 3. Planlagte blodtransfusjoner og, en sjelden gang, transfusjon av trombocytter.

EKSEMPEL 4. Noen sykestuer gir dialyse, men hittil ikke Nordkapp (annet enn hjemmedialyse).

Fagutvikling ved sykestuene

Nordkapp deltar aktivt i den faglige sykestuesatsingen og gir praktiske forslag og innspill til systemnivået i tjenesten. Vi har hatt besøk av enkeltpersoner og tverrfaglig sammensatte helsepersonellgrupper fra en rekke andre kommuner. Vi har presentert



Behandlingsrom på Nordkapp sykestue.



Pasient får cytostatika-behandling.

organisering og faglig praksis, gitt veiledning pr. telematikk, drevet fagliggjøringsprosjekter og evaluert og publisert disse. Nordkapp initierte og drev i årene 2009–11 et prosjekt om kreft og lindring sammen med kreftsykepleier i Vadsø (5). Avstand er ingen hindring for samhandling. Lindring i Nord, Universitetssykehuset i Nord-Norge, var en sentral samhandlingspartner. Prosjektet ble langt på vei finansiert av Helse Nord RHF. Det viste seg at kommunene ikke var modne for å nyttiggjøre seg tilbudet, men metoder er utviklet og erfaringer tatt vare på.

Samhandling for desentraliserte tjenester

Nordkapp har begynt å gi biologiske medikamenter til aktuelle kronisk syke etter

avtale med spesialisthelsetjenesten. Den tid pasienten selv må bruke for å komme seg til spesialisthelsetjenesten, er en faktor som må tillegges større betydning. Det samme gjelder tilhørende fravær i arbeidsforhold.

Det er behov for å reetablere røntgen-tilbudet i Nordkapp, nå med digital overføring til Klinikk Hammerfest for tolkning. Det dreier seg om enkle ekstremitetsundersøkelser og røntgen toraks. De viktigste oppgavene vil være å utelukke brudd, påvise brudd vi kan behandle selv, ta kontrollbilder (også for spesialisthelsetjenesten) og gjøre toraksundersøkelser. Finnmarkssykehuset viser til nasjonale føringer om et pasientgrunnlag på 20 000 for å etablere røntgenfunksjon, men i et fylke som Finnmark faller dette argumentet på sin egen urimelighet.

Personell og kompetanse i Nordkapp

Alle stillinger for leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeut er stabilt besatt med fast personell. Fem leger er spesialister i allmennmedisin, én i samfunnsmedisin og én i hudsykdommer. Tre sykepleiere har videreutdanning i akuttmedisin, én innen palliasjon og en er kreftsykepleier. Flere av personellet har videreutdanning innen geriatri/ demensomsorg. Det er god tilgang på helsefagarbeidere. Kommunen arbeider systematisk for å ha nødvendig kompetanse på plass. Sykestuedriften har ført til at personellet over tid opparbeider seg observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse i team, som videreføres ved nyansettelser. Det er enighet blant personellet om at sykestuefunksjonen har bidratt til rekruttering og stabilisering.

Et godt faglig skjønn forutsetter erfaring, kompetanse og trygghet for at man vet hva man gjør. Vurderingene må bygge på sikkerhet for diagnose, mulighet for monitorering av funksjoner og laboratorieverdier og behov for legetilsyn. En må ta med i betraktning hvor komplisert behandlingen er, risikoen for feilhåndtering og hensyn til egen kompetanse.

Ukentlig tverrfaglig samhandlingsmøte

Hver onsdag kl. 0800–0845 er det fellesmøte mellom ledere for korttidsenheten, hjemmebaserte tjenester og rehabiliteringstjenesten, for kreftsykepleier og helse og omsorgssjef samt for legene. Dette er det viktigste møtet i kommunens helsetjeneste. Her drøftes pasienters behov opp mot ressurser: Hvem kan skrives ut av institusjonen eller bør tas inn? Hvem venter vi tilbake fra sykehuset? Hva slags tilbud kan vi etablere i hjemmet? Hvordan kan vi prioritere ressursene for å gi brukerne tjenester etter behov? Kreftsykepleier og flere av sykepleierne ved institusjon og i hjemmebaserte tjenester arbeider på tvers i kommunehelsetjenesten, og prioriteres til innsats for best mulig tilbud der pasienten er. Vi kan alltid ta i mot utskrivningsklare pasienter.

Ivaretaking av dokumentasjonskrav

Siden 2009 har pasientdata vært registrert ved alle sykestuene i Finnmark. Liggedøgn, diagnoser og prosedyrekoder innrapporteres hvert kvartal elektronisk til Nasjonalt Pasientregister. Personalet følger dokumentasjonsplikt i henhold til lovverket. Det skrives innleggelsesnotat, tilsynsnotater og utskrivningsnotat. Legene bruker Infodoc Plenario EPJ for all journalføring.

Sykepleierne, ergoterapeut og fysioterapeuter bruker Profil EPJ. Elektronisk meldingsutveksling benyttes både internt og eksternt, mellom omsorgstjenesten og sykehusene.

Elementer som må håndteres ved en ROS-analyse av sykestuen

Ansvarelig for sykestuen forholder seg til følgende risiko- og sårbarhetsmomenter:

- Det må foreligge politisk, administrativ og organisatorisk forankring
- Det må etableres motivasjon og vilje for arbeidet blant fagpersonellet
- Det kreves tverrfaglig organisering
- Samhandlingen mellom nivåene må være god
- En må unngå overmot eller ansvarsvegende forsiktighet
- Det må dokumenteres standarder for faglig drift
- Det må sikres kontinuerlig kvalitetsutvikling
- Avvik må behandles
- En utfordring kan være ledighet i stillinger/ gjennomtrekk i nøkkelstillinger
- Gråsonepasienter må håndteres på en skikkelig måte
- En må unngå spill utløst av finansieringssystemet

Mer offensiv primærhelsetjeneste

Primærhelsetjenestemeldingen konkluderer:

«Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidligere innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene».

Sykestuene må tillegges en sentral oppgave i samhandlingen mellom kommune og foretak om de alvorlig syke pasientene. Kravene som stilles til sykestuedrift må ikke minst rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene. I Finnmark er den administrative samhandlingen etablert, mens den faglige samhandlingen bare så vidt er startet. I tilslutning til sykestuene er det et potensial for å utvikle samhandlingen mellom grupper av kommuner og Finnmarkssykehuset. Det vil gjøre det mer overkommelig for Finnmarkssykehuset å samarbeide med førstelinjen, samtidig som kommunene kan lære av hverandre og bidra til å standardisere driften av sykestuene.

Vi tror det er vanskelig å gjøre gode evalueringer av kvalitet og effektivitet i sykestu-

edrift ved praksistellinger, siden de fleste kommunene er små og det er ulikheter i demografisk sammensetning og helsesituasjon. Slike tall kan heller ikke si om pasientene får de rette tjenestene. Det interessante må være å vurdere hvordan kommunene ivaretar ulike pasientkategorier og sikre kvaliteten i pasientarbeidet.

Samhandlingsutvalget for sykestuene i Finnmark har i sin Sykestuerapport skissert forslag til prioriterte samhandlingsaktiviteter og til utvikling av faglige nettverk (7), herunder:

- Behandling av kreftsyke/ omsorg ved livets slutt
- Utvikling og samordning av krevende rehabiliteringstjenester
- Etablering av et geriatrifaglig forum/nettverk
- Akuttmedisinsk kompetanseutvikling i team

Evalueringen av kreftprosjektet (5) har – på samme måte som Sykestuerapporten – pekt på telematikk som et sentralt verktøy for samhandling. I en undersøkelse blant sykestuedriverne fant en at de som regelmessig brukte telematikk var klart mer fornøyd med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (8).

Tjenesteavtale seks innenfor samhandlingsavtalen heter «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonutveksling og for faglige nettverk og hospitering». Finnmarkssykehuset må sammen med kommunene ha en sentral oppgave ved utvikling av sykestuefunksjonen. Sykestuerapporten setter også frem tanken om overlappende fagpersonell som arbeider på tvers av kommunegrensene og nivåer i helsetjenesten.

Sykestueavtale og finansiering

Kostnaden for sykestueplass og KAD-plass er beregnet å være omtrent det samme – og var i utgangspunktet beregnet til 1,5 millioner kroner pr. seng (2012). Med videreutviklede funksjoner tilknyttet sykestuedriften som i Nordkapp, er det klart at disse plassene ikke koster mindre. Imidlertid oppnår vi mer lik tilgang til en del helsetjenester tross avstand til sykehus, samt en bedre faglig fundamentering av disse i den retning nasjonale føringer legger opp til.

Finansiering av sykestuene har vært basert på et spleiselag mellom kommunene, Finnmarkssykehuset, Helse Nord og staten. 1. juli ble syv av de 40 sykestueplassene omgjort til KAD-plasser fordelt med andeler på samtlige sykestuekommuner

svarende til folketall og demografi. Nordkapp har fått omgjort 0.44 sykestueplass til samme størrelse KAD-plass. Finnmarkssykehusets tilskudd til sykestuene ble redusert med et beløp svarende til KAD-tilskuddet, dvs. om lag kr 10,5 millioner pr. år (7 x kr. 1,5 millioner). Kommunenes egenfinansiering er den samme som tidligere: Om lag kr. 800 000 pr. seng. KAD-sengene har dermed knapt 50 prosent finansiering av det som gjelder i landet for øvrig. Fra et samfunnsmedisinsk synspunkt er det mest betenkelige den svekkede økonomiske integreringen av Finnmarkssykehuset og kommunene innenfor drift av sykestuefunksjonen og hvilke følger det kan få for det felles ansvaret for videre utvikling av fag og tjenester.

Avslutning

Sykestuene bør være et organisatorisk nøkkelement for å samordne kommunenes tverrfaglige arbeid med de sykeste blant innbyggerne i Finnmark. Sykestuefunksjonen gir en interessant struktur for samhandling mellom kommunene og Finnmarkssykehuset om disse pasientene. Sykestuene omfatter KAD-funksjonen, men gir atskillig mer omfattende tjenester tilpasset rammebetingelsene for utøving av helsetjenester i fylket og egner seg for fagliggjøring og utvikling av tjenester. Kravene som stilles til sykestuedrift må rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene. Her er et potensial for at partene kan spille hverandre gode innenfor felles pasientsatsing.

REFERANSER

1. Folkemengde pr. 1. januar 2015. Finnmark. Statistisk sentralbyrå.
2. Sykestueavtalen. Finnmarkssykehuset.
3. Bjørn H, Langfeldt E, Løvland A, Nordang B, Høybjør S. Streptokinasebehandling i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2632–3.
4. Bjørn H. Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten. Utposten 2013; 1: 5–6.
5. Langfeldt E, Nørstad T, Eidesen A, Andreassen S, Norum J. Desentralisert kreftomsorg i Finnmark. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1732–4.
6. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 (2014–2015).
7. Sykestueutvalgets rapport. Et KS-utvalg oppnevnt av overordnet samarbeidsutvalg for helsetjenesten i Finnmark. Helse Finnmark. Hammerfest februar 2013.
8. Olsen T, Gjertsen H. Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark. Nordlandsforskning, Bodø. NF-rapport nr. 13/2011. Bodø, 2011.

■ ERIKLANGF@GMAIL.COM