



## Rapport ”Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord”.

<b>1. BAKGRUNN .....</b>	<b>2</b>
1.1. MÅL FOR PROSJEKT FASE 1 - ORGANISERING.....	2
1.2. ORGANISERING AV PROSJEKTARBEIDET - FAGGRUPPA .....	3
1.3. MÅL FOR PROSJEKTET - ØKONOMIGRUPPA .....	4
1.4. ORGANISERING AV PROSJEKTARBEIDET – ØKONOMIGRUPPA .....	4
<b>2. SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER FRA FAGGRUPPEN.....</b>	<b>5</b>
<b>3. TIDLIGERE DRIFTSEVALUERING OG FORSKNING PÅ SYKESTUEBRUK .....</b>	<b>7</b>
<b>4. SYKESTUENES PLESS INNENFOR DAGENS HELSETJENESTE .....</b>	<b>10</b>
4.1. ORGANISERING OG OMFANG AV SYKESTUEPLASSER I FINNMARK .....	10
4.2. AKTIVITETSREGISTRERING I 2005 .....	11
4.3. OPPDATERT PLANGRUNNLAG FOR SYKESTUEGRUPPENS ARBEID .....	14
4.4. BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN OG SATSINGSOMRÅDER INNEN HELSETJENESTEN .....	16
4.5. MOMENTER FRA DEN PÅGÅENDE FAGLIGE DISKUSJONEN OM EN MER EFFEKTIV BEHANDLING AV ELDERE PASIENTER .....	17
<b>5. KRAV TIL SYKESTUEPLASSENE .....</b>	<b>18</b>
5.1. KRAV TIL PERSONELL OG UTSTYR .....	19
5.1.1. Personell .....	19
5.1.2. Utstyr.....	19
5.2. SAMHANDLING MED SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	20
5.3. DOKUMENTASJONSSYSTEMER.....	21
5.4. DISTRIKTSMEDISINSKE SENTRA (ALTA OG KARASJOK).....	21
<b>6. PASIENTKATEGORIER .....</b>	<b>21</b>
<b>7. GENERELT OM SYKESTUEFUNKSJONEN.....</b>	<b>25</b>
7.1. ANSVARFORHOLD .....	25
7.2. GJENSIDIG KOMPETANSEHEVING.....	25
7.3. SYKESTUENES PLESS I SAMISK HELSETJENESTE .....	26
<b>8. AVSLUTNING FAGGRUPPA .....</b>	<b>28</b>
<b>9. SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER FRA ØKONOMIGRUPPA .....</b>	<b>29</b>
<b>10. KARTLEGGING AV KOSTNADER VED Å DRIVE SYKESTUEPLASSENE .....</b>	<b>30</b>
10.1. OVERSIKT OVER BRUTTO KOSTNADER FOR 3 ULIKE DRIFTSENHETER MED SYKESTUER .....	30
10.2. KOSTNADSSTRUKTURER .....	31
<b>11. ISF/DRG EN MULIG FINANSIERINGSORDNING? .....</b>	<b>33</b>
11.1. METODE.....	33
11.2. RAPPORT OM DIAGNOSESETTING PÅ SYKESTUENE I NORDKAPP OG ALTA.....	34
<b>12. ALTERNATIVE SYSTEMER OG KRITERIER FOR FINANSIERING .....</b>	<b>36</b>
<b>13. FORSLAG TIL IMPLEMENTERINGSPLAN.....</b>	<b>37</b>
<b>14. KONKLUSJON ØKONOMIGRUPPA.....</b>	<b>38</b>
<b>15. OPPSUMMERENDE VURDERINGER AV SYKESTUEDRIFT I GRENSESNIKTET MELLOM PRIMÆRHELSETJENESTE OG HELSEFORETAK.....</b>	<b>38</b>
<b>LITTERATURREFERANSER .....</b>	<b>41</b>

## 1. Bakgrunn

I tråd med helsepolitiske føringer har Helse Nord RHF stort fokus på utviklingen av desentraliserte spesialisthelsetjenester. Både som en del av dette arbeidet og også gjennom andre initiativ legges vekt på å styrke lokalsykehusenes rolle og funksjon. Det vises for øvrig til rapporten "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord" og styrets vedtak knyttet til oppfølging av saken. Den operative oppfølgingen er tillagt foretakene i Helse Nord gjennom styringsdokument vedtatt i de respektive foretaksmøtene.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester er spesielt viktig og nyttig for områder med store geografiske avstander og med et befolkningsgrunnlag som er relativt lite og spredt. I Finnmark har det i en årrekke vært en systematisk satsing på desentraliserte spesialisthelsetjenester. Spesialistpoliklinikken og legesenteret i Alta har blitt et nasjonalt utstillingsvindu for desentraliserte spesialisthelsetjenester i samarbeid mellom kommuner og helseforetak (tidligere fylkeskommunen). Disse tjenestene oppfattes av befolkningen som svært gode og tilgjengelige.

Sykestuene er en viktig og vesentlig del av den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i Helse Nord generelt og Helse Finnmark spesielt. Det er imidlertid en del vesentlige, uavklarte forhold knyttet til driften av sykestuene. Disse problemstillingene er beskrevet nærmere i rapporten "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord".

Prosjektet bygger på resultater og anbefalinger fra utredninger, rapporter og dokumenter utarbeidet i regi av Helse Nord og Helse Finnmark i løpet av det siste året. Disse legges ved prosjektet, og argumenter, faktaopplysninger, etc. er i liten grad tatt inn i prosjektbeskrivelsen. De viktigste dokumentene er:

1. Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord – rapport fra prosjektgruppe, 2. mai 2005
2. Foretaksmøte sak 11/2005 – Desentralisering av spesialisthelsetjenester, Helse Finnmark HF
3. Rapport om samarbeid og samordning av spesialisthelsetilbud i Helse Finnmark – rapport fra prosjektgruppe, 11. februar 2005
4. Søknad Høykom, versjon 22. februar 2005
5. Kostnader ved spesialisthelsetjenesten i Finnmark – rapport utarbeidet på oppdrag fra styret i Helse Finnmark – mai 2005.

### 1.1. Mål for prosjekt fase 1 - organisering

Dette prosjektet har til hensikt å avklare sykestuenes rolle i dag og i tiden fremover (neste 5 år), og bidra til at sykestuene blir en avklart, forutsigbar og integrert del av vår spesialisthelsetjeneste.

#### **Hovedmål:**

Avklare og utvikle sykestuer til å bli en anerkjent, forutsigbar og integrert del av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Dette skal føre til at pasienter og pasientgrupper får tilgang til fullverdige spesialisthelsetjenester i egen kommune der dette er kostnadseffektivt.

#### **Delmål:**

Avklare hvilke tjenester og pasientgrupper som er egnet for utredning, behandling eller oppfølging ved sykestueplasser. En slik avklaring bør i størst mulig grad ta hensyn til eller antyde en forventet medisinsk faglig og teknologisk utvikling samt alderssammensetning for kommende 10-årsperiode.

- Beskrive og avklare faglige og tekniske krav til sykestueplasser – utstyr, infrastruktur, bemanning, kompetanse etc.
- Avklare dokumentasjonsrutiner for pasienter som benytter sykestueplasser, herunder krav til journalsystem og bruk av kodeverk.
- Avklare samarbeidsrutiner mellom ulike typer helsepersonell ved sykestueplasser og sykehus. I tillegg avklares systemansvar og behandlingsansvar. Avklaringen skal være så systematisk og konkret at beskrivelsen skal inngå i institusjonenes kvalitetssystemer.
- Beregne og foreslå antall sykestueplasser (teoretisk) i forhold til befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomster
- Avklare finansieringsordninger for sykestueplassene, herunder å vurdere bruk av ISF/DRG. I tilfelle det vil være aktuelt å bruke DRGfinansiering må rutiner for dokumentasjon og godkjenning avklares.
- Avklare bruk av telemedisinske løsninger – herunder utstyr og nettverkstjenester. Kostnader til investeringer og drift beskrives.

Sykestueplasser er – eller skal bli – en spesialisthelsetjeneste som etableres og drives i tett og forpliktende samarbeid med kommuner og kommunehelsetjenesten.

### **Organisering:**

Det ble etablert en styringsgruppe i prosjektet. Denne bestod av;

- Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF (leder av styringsgruppa)
- Erik Langfeldt, Nordkapp kommune
- Beate Lupton, Fylkeslegen i Finnmark
- Fritz Solhaug, Alta kommune
- Kirsti Jacobsen, konserntillitsvalgt for Unio, Helse Nord
- Bjørn Engum, Helse Finnmark HF
- Violet K. Bjørgve, prosjektsekretær, Helse Finnmark HF

## **1.2. Organisering av prosjektarbeidet - faggruppa**

Prosjektet organiseres i 3 delprosjekter/arbeidsgrupper:

1. Arbeidsgruppe Fag
2. Arbeidsgruppe Økonomi
3. Arbeidsgruppe Teknologi.

Arbeidsgruppene er sammensatt av fagfolk internt fra Helse Finnmark HF. Representanter for viktige samarbeidsparter er invitert til å delta i arbeidsgruppene. I tillegg er hver av gruppene styrket med støtte- og sekretærfunksjoner som bl.a. skal bidra med relevant faktainformasjon og støtte til dokumentasjon og prosjektframdrift.

### **Arbeidsgruppe Fag skal:**

- Beskrive tjenester og pasientgrupper som er egnet for utredning, behandling eller oppfølging ved sykestueplasser. Beskrivelsen må i størst mulig grad ta hensyn til eller antyde en forventet faglig og teknologisk utvikling samt alderssammensetning. De mest prioriterte områdene skal følges opp med en beskrivelse av økonomiske forhold knyttet til kost/nyttebetraktninger ved alternative løsninger, og skal prøves ut i prosjektets fase 2.
- Beskrive og avklare faglige og tekniske krav til sykestueplasser – utstyr, infrastruktur, bemanning, etc.
- Beskrive og foreslå dokumentasjonsrutiner for pasienter som benytter sykestueplasser, herunder krav til journalsystem og bruk av kodeverk.
- Beskrive og avklare samarbeidsrutiner mellom ulike typer helsepersonell ved sykestueplasser og sykehus. I tillegg avklares systemansvar og behandlingsansvar.

- Beregne og foreslå antall sykestueplasser (teoretisk) i forhold til befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomster.

Faggruppa finner at det pr. i dag ikke foreligger datagrunnlag for å besvare siste punkt siden sykestuefunksjonen tidligere ikke har vært forsøkt definert. Man vil derfor ikke kunne gjøre en slik beregning før man har erfaring med sykestuefunksjonen slik den er definert i gruppas rapport.

**Arbeidsgruppe Fag består av følgende medlemmer:**

- Kommunelege Helge Bjøru, Nordkapp kommune (leder av arbeidsgruppen)
- Kommunelege Erik Langfeldt, Nordkapp kommune
- Kommunelege Tom Kenneth Johansen, Alta kommune
- Overlege Stein Høybjør, Helse Finnmark (Hammerfest)
- Rådgiver Helse og omsorg Rolf Ole Frantzen, Båtsfjord Kommune
- Overlege Sigurd Sparr UNN
- Overlege Tone Nordøy UNN
- Violet K. Bjørgve, prosjektsekretær

**1.3. Mål for prosjektet - økonomigruppa**

Dette prosjektet har som hovedmål å beskrive og foreslå finansieringsordninger for sykestueplassene, herunder vurdere bruk av ISF/DRG. I tilfelle det vil være aktuelt å bruke DRG-finansiering må rutiner for dokumentasjon og godkjenning avklares.

**Delmål:**

- Beskrive kostnader og kostnadsstrukturer ved dagens sykestueplasser.
- Beskrive kostnader ved oppgradering av sykestueplassene i tråd med faggruppens anbefaling i forhold til investeringer og drift.
- Vurdere om dagens ISF/DRG-system vil være en hensiktsmessig finansieringsform for sykestueplassene og hvordan dette slår ut for de ulike sykestueplassene. Gruppen bør evt. se på muligheter for tilpasninger av ISF/DRG-systemet som gjør det til et hensiktsmessig finansieringssystem for sykestueplassene.
- Dersom ISF/DRG-systemet ikke kan anvendes, bes gruppen vurdere alternative systemer og kriterier for finansiering.
- Beskrive forslag til implementeringsplan.

**1.4. Organisering av prosjektarbeidet – økonomigruppa**

**Arbeidsgruppe økonomi har bestått av følgende medlemmer:**

- Økonomisjef Jan-Erik Hansen, Helse Finnmark (leder av arbeidsgruppa)
- Rådmann Bjørn Atle Hansen, Alta kommune
- Kommunelege Erik Langfeldt, Nordkapp kommune
- Rita Nilsen, Båtsfjord kommune
- Seniorforsker Kjell Solstad, SINTEF helse
- Violet Bjørgve, prosjektsekretær

## **2. Sammendrag og anbefalinger fra faggruppen**

I revidert nasjonalbudsjett for 2005 (RNB2005) ble det bevilget 100 millioner kroner for å styrke lokalsykehusene. De regionale helseforetakene fikk etter søknader tildelt midler fra denne ekstrabevilgningen. Helse Nord og Helse Finnmark søkte bl.a. om midler til å videreutvikle sykestuefunksjonen. Søknaden ble inndelt i to faser, hvorav første fase i utgangspunktet har en faglig tilnærming, og hvor dagens bruk av sykestuene i Finnmark blir dokumentert. Arbeidet er gjennomført av en faggruppe, og dette dokumentet er faggruppens resultater og anbefalinger. Det er lagt opp til at dette arbeidet skal danne grunnlaget for å komme fram til nødvendige finansielle ordninger av sykestueplassene som er avgjørende for å opprettholde og videreutvikle dette desentraliserte helsetilbudet i kommunene.

***Faggruppen anbefaler følgende videreutvikling av sykestuefunksjonen:***

### ***Hovedkonklusjon***

Sykestuefunksjonen bør være en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og systemansvaret for sykestueplassene i Finnmark må tillegges Helse Finnmark. Dette innebærer at Helse Finnmark må stille klare krav til organisering og drift av sykestuene og sikre at disse kravene oppfylles. Samtidig må foretaket bidra til at vertskommunene økonomisk og kompetansemessig kan oppfylle kravene.

### ***Bemanning og kompetanse***

Faggruppa anbefaler at det må stilles krav om at man har sykepleier på aktiv vakt døgnet rundt. Foretaket må kunne kreve at det er klargjort hvilken lokal lege som har ansvaret for sykestuepasientene både i forbindelse med visitt og utenfor visitt-tiden, samt at organiseringen muliggjør bruk av telemedisinsk visitt og at dokumentasjonen blir ført i henhold til kravene. For å kunne drive rehabilitering på spesialhelsetjenestenivå er sykestuene avhengig av å ha avtale om tilstrekkelig fysioterapi og at det rundt rehabiliteringspasientene blir organisert team som kan tilby en tverrfaglig tilnærming. Faggruppa anbefaler at vertskommunene må utarbeide en plan for personellressurser på sykestua slik at foretaket kan føre tilsyn med at kompetansekravet oppfylles.

Sykestuene bør bruke legevaktlege utenom kontortid, men man må tilstrebe at man i samarbeid med spesialisthelsetjenesten avklarer pasientene i så stor grad som mulig på dagtid slik at man unngår at legevaktlegen vil måtte ta vanskelige avgjørelser. Rehabilitering på sykestuenivå forutsetter som et minimum tilgang på fysioterapitjenester.

### ***Utstyr***

Sykestuene er rimelig godt dekket når det gjelder akuttmedisinsk utstyr. Sykestua i Alta må utstyres med utstyr tilsvarende de øvrige sykestuene. På sikt bør foretaket se på muligheten for å supplere Zoll-enhetene med pulsoxymeter-modul og kapnograf-modul.

Faggruppa mener sykestuene må ha tilgang på celledeller og muligheter for å analysere nyrefunksjon og elektrolytter. Utstyret bør plasseres på de respektive legekontorenes laboratorium for å sikre regelmessig bruk og nødvendig kvalitetskontroll.

Enkle røntgenundersøkelser som røntgen toraks og skjelettrøntgen er hyppig indisert hos sykestuepasientene. Muligheten for å gjøre dette på en faglig forsvarlig måte innebærer en digital løsning hvor bildene sendes til radiolog for vurdering. Faggruppa mener foretaket bør utrede muligheten for at dette kan realiseres på de større sykestuene.

Faggruppa har en ambisjon om at alle sykestuer skal kunne gi cytostatika. Sykestuene må derfor ha lokaliteter og utstyr som muliggjør dette.

### ***Samhandling med spesialisthelsetjenesten***

Telematikk er sentralt i samhandlingen mellom foretaket og sykestuene. Teknologiprojektet innebærer utplassering av telematikkutstyr i 4 kommuner. På sikt må man ha en målsetting om at samtlige sykestuer skal ha slikt utstyr.

Bruk av telematikk ("telemedisinsk visitt") kan bidra til at spesialisten kan følge opp pasientene på sykestueplassene uten å være fysisk tilstede. Dette blir utprøvd i eget teknologiprojekt ("Høykom"). Det er uansett viktig og nødvendig at ansvaret for diagnostisering, behandling, oppfølging og dokumentasjon er tydelig og nedfelt i virksomhetenes kvalitetssystemer.

### ***Dokumentasjonssystemer***

Faggruppa anbefaler at det etableres et standardisert dokumentasjonssystem. Mest hensiktsmessige vil være at dokumentasjonen blir gjort i sykehusenes elektronisk journalprogram, dvs DIPS. Alle legekantorene i Finnmark har muligheter for elektronisk overføring av henvisninger og epikriser slik at overføring av epikrise tilbake til pasientjournalen ved legekantorene vil kunne skje umiddelbart etter utskrivning.

Opplæringsbehovet forventes å være begrenset da man kun benytter de mest grunnleggende funksjonene i DIPS. Diagnosene må kodes i ICD-10 og foretaket må utarbeide en veileder i konvertering av de mest aktuelle diagnosekodene. Foretaket har planer om at sykepleiedokumentasjonen også skal føres i DIPS, noe som også vil få betydning for sykepleiedokumentasjonen ved sykestuene.

### ***Pasientgrupper***

Faggruppa mener det er geriatriske pasienter og kreftpasienter som i særlig grad vil kunne nyttiggjøre seg et framtidig sykestuetilbud. Dette er grupper som vil øke i antall i kommende år og som sykehusene i begrenset grad vil kunne håndtere på en optimal måte. Nærheten til pasientenes hjemmemiljø gjør at sykestuene er særlig egnet.

Faggruppa har klassifisert sykestuepasientene ut i fra når i sykdomsforløpet de er på sykestua, og eksemplifisert hvilke pasientgrupper sykestuene skal kunne ivareta.

### ***Omfang***

På bakgrunn av aktivitetsregistreringer i 2005 har det i Vest-Finnmark vært 2.046 innleggelser og 7.495 liggedøgn ved de 25 sykestueplassene. I Øst-Finnmark er registreringen mangelfull, men med en antagelse at omfang og bruk i Øst er sammenlignbar med Vest, anslås aktiviteten ved de 40 sykestueplassene i Finnmark å være anslagsvis 3.200 innleggelser og 12.000 liggedøgn.

### ***Organisering***

Behandlingsansvaret for den enkelte sykestuepasient vil fordeles mellom behandlende primærlege og spesialisthelsetjenesten etter de samme prinsipper som ved telemedisinsk virksomhet generelt.

Det er vesentlig for å kunne drive desentralisert spesialisthelsetjeneste ved sykestueplassene at det skjer en gjensidig utvikling av kompetanse både medisinsk faglig, sykepleiefaglig, teknologisk og med tanke på samarbeid.

### 3. Tidligere driftsevaluering og forskning på sykestuebruk

Sykestua er en institusjon som opprinnelig var hjemlet i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus. Sykehusloven definerte sykestuer slik: «Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

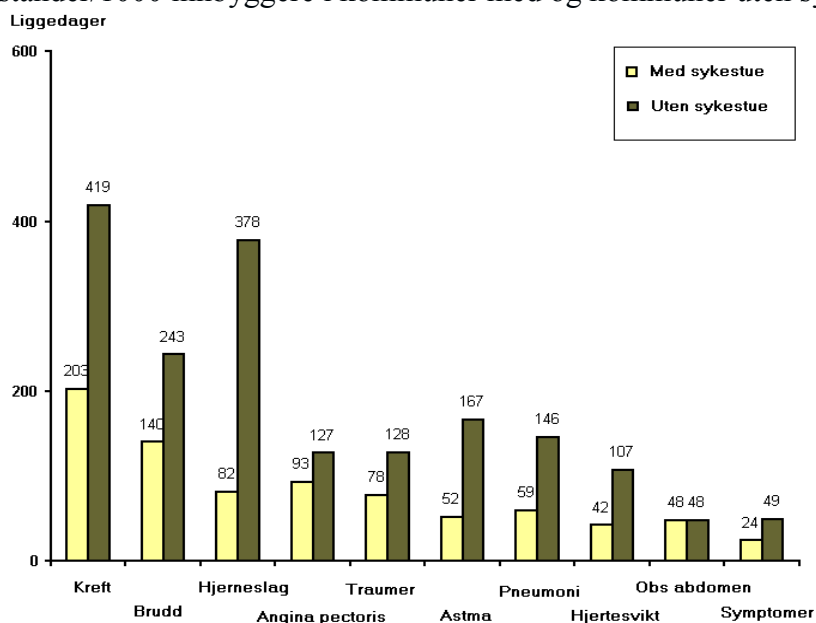
Innenfor den opprinnelige driften av sykestuene var det medisinske ansvaret distriktslegens, og denne drev langt på vei etter selvstendig faglig vurdering. I mellomperioden og fram til i dag har det antagelig utviklet seg litt tilfeldige, kommunale praksiser på bruk av plassene betinget i dekningsgrad og stabilitet og kvalifikasjoner hos helsepersonellet, samt avhengig av presset på de ulike typene institusjonstilbud i kommunen: Fast sykehjemsplass, avlastningsplass, akuttplaner ved sykehjemmet pga medisinske behov hos den syke og tilgang på regulær sykestueplass (2). På 90-tallet har i tillegg kommet det økte kravet om å tilby kommunale rehabiliteringsplasser ved institusjonene. For framtida vil nok oppgavene i større grad enn tidligere være pre- og posthospital rehabilitering. Ofte enn tidligere vil det være tale om rask innleggelse på sykehus for utredning og diagnostikk, og rask tilbakesending til primærhelsetjenesten for å gjennomføre et avtalt behandlingsopplegg. Men her kan det nok være grunnlag for å skille noe i funksjoner mellom sykehusnære enheter og enheter med lang vei til sykehus.

I 1972 fantes det 1005 sykestuesenger i landet fordelt på 64 institusjoner og alle fylker. I 1994 var det kun 171 slike senger tilbake (1).

I sin landsdekkende studie fra 1986 fant Mamen & Nylenna at man ved sykestuene tok hånd om et bredt spekter av oppgaver, at oppholdene var korte og at innleggelsene sannsynligvis erstattet et sykehusopphold i over 40 % av tilfellene (5). Sykestuenes plass i helsetjenesten var i ferd med å bli glemt, da to arbeider fra Finnmark på 90-tallet nærmere undersøkte deres bruk og betydning innenfor fylket. Deretter har det vært en latenstid på et titalls år, før man nå innenfor Helse Nord tar tak og forsøker å løfte sykestuefunksjonen opp som en sentral samhandlingsarena mellom nivåene i helsetjenesten og som en definert del av spesialisthelsetjenesten med nye, tilpassede rammevilkår.

I sitt doktorgradsarbeid fra 1998, som omfattet alle sykestuene i Finnmark, gjorde Aaraas funn som i stor grad bekreftet resultatene i undersøkelsen fra 1986 (6). Han fant ikke at sykestuene forsinket spesialistdiagnostikk ved sykehus. Han konkluderte at opp til 45 % av sykestueoppholdene erstattet sykehusinnleggelser. Sannsynligheten for en sykehusbesparende effekt ble bekreftet ved registreringer i allmennpraksis (7) og ved sykehusene (8): Figur 1 viser aldersstandardiserte liggedagsrater i lokalsykehus i femårsperioden 1990 - 94 for lokalbefolkninger i Finnmark for de ti vanligste «sykestuediagnosene».

Figur 1 Liggedager på sykehus i Finnmark 1990-94 for ulike medisinske tilstander/1000 innbyggere i kommuner med og kommuner uten sykestue.



Disse diagnosene var de hyppigst forekommende tilstander der enten primærlegene la inn eller sykehuslegene skrev ut pasienten til observasjon og behandling i sykestue. For halvparten av diagnosene var liggedagsratene fra befolkninger uten sykestue mer enn 100 % høyere enn tilsvarende rater for befolkninger med sykestue. Dette avspeilte signifikant lavere innleggelsesfrekvens fra befolkninger med adgang til sykestue. Det viste også til dels langt kortere liggetider. Eksempelvis var den gjennomsnittlige liggetid 3,5 dager kortere for pasienter med kreft, 3,9 dager kortere for pasienter med brudd og hele 16,3 dager kortere for slagpasienter når de kom fra sykestuekommuner.

Tabell 1 Kreftdødsfall i Norge 1990-94 (Statistisk sentralbyrå)

	Norge	Finnmark	
	Samlet	Sykestuekommune	
		Ja	Nei
<b>Antall dødsfall</b>	45 717	437	185
<i>Dødssted (%-fordeling):</i>			
I. Utenfor institusjon	14%	17%	8.5%
II. Sykestue/ sykehjem	26%	57%	13.5%
III. Sykehus	60%	26%	78 %

Tabell 1 viser at i finnmarkskommuner som hadde sykestuer fikk kreftpasienter i hovedsak dø hjemme (17 %) eller i sykestuer nær hjemmet (57 %). Ellers i landet, der sykestuetilbud stort sett mangler, døde 60 % av kreftpasientene i sykehus. Dette er neppe overraskende tall, men viser at sykestuene langt på vei hadde overtatt sykehusenes rolle i dødspleien for innbyggerne i sykestuekommunene. I 1996 døde 9 kreftpasienter hjemmehørende i Nordkapp: 1 døde på sykehus, 1 hjemme og 7 på sykestua (9).

I Nordkapp undersøkte en retrospektivt de 414 innleggelsene i de tre sykestueplassene ved helsesenteret for 1996, slik de kvartalsvis var blitt innberettet til fylkeshelsesjefen (10).

Gjennomsnittlig liggetid var 5,0 døgn. Innenfor det første døgnet ble 20 % av pasientene observert/behandlet og sent hjem igjen, mens 22 % ble transportert til sykehus etter oppstart av behandling/stabilisering. 58 % fikk opphold i sykestuen lenger enn ett døgn. Grunn for innleggelsene var definert innenfor International Classification of Primary Care. Hjerter- og karsykdommer utgjorde 24,2 %, muskel- og skjelettsykdommer 12,8 % og luftveislidelser 12,6 % av innleggelsene. Pasienter  $\geq 60$  år utgjorde 55,8 % av belegget og la beslag på 80,6 % av liggetiden.

Tabell 2 viser at det var tre innleggelse per fem innbyggere i aldersgruppen  $\geq 80$  år, mens to av fem faktisk hadde ett eller flere opphold. Tilsvarende framgår det at sykestua i betydelig grad ble brukt av syke innbyggere i aldersgruppene  $> 60$  år.

**Tabell 2 Bruken av sykestueplasser i Nordkapp 1996 i de tre høyeste aldersgruppene.**

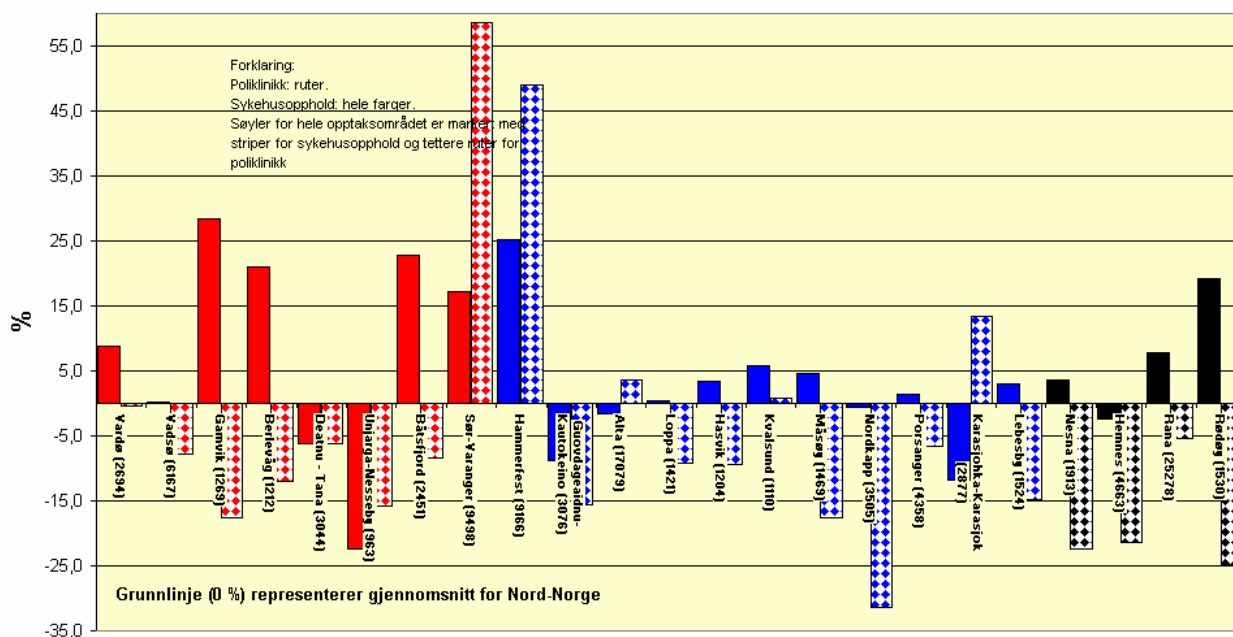
Alders- gruppe (år)	Antall innleggelse	Antall pasienter	Antall innleggelse per 100 innbyggere	Andel (%) som faktisk brukte sykestueplass
60 - 69	58	38	15,5	10,1
70 - 79	97	57	34,8	20,4
$\Rightarrow 80$ år	61	39	59,2	37,9
<b>&gt;59 år</b>	<b>216</b>	<b>134</b>	<b>28.9</b>	<b>17.9</b>

65 av alle pasientene (15,7 %) hadde to eller flere innleggelse og svarte samlet for 60,5 % av all liggetid. Konklusjonen var: Lavterskelbruk av sykestuen kan være nyttig for pasienter med avansert hjertesvikt, astma eller kronisk obstruktiv lungesykdom. Sengene har en nøkkelfunksjon ved rehabilitering av eldre, pleie av pasienter med langkommet kreftsykdom og ved terminal omsorg. Sykestuen er sentral i den daglige beredskapen.

Ved 240 (58 %) av innleggelsene varte oppholdet lenger enn ett døgn. Av disse ble 163 pasienter lagt inn fra og utskrevet til hjemmet etter et gjennomsnittlig opphold på 7,4 døgn. Gjennomsnittlig oppholdstid økte fra 4,1 døgn for pasienter som var yngre enn 60 år til 12,3 døgn for dem som var 80 år eller eldre. 41 pasienter ble overført til sykehus etter et gjennomsnittlig opphold på 4,5 døgn i sykestue først, mens 27 pasienter ble overført fra sykehus til sykestue. De sistnevnte hadde en gjennomsnittlig liggetid i sykestue på 14,7 døgn, som utgjorde 19,1 % av den totale liggetiden ved sykestuen i 1996.

Til sammen var sykehjemspasientene representert i sykestuematerialet med bare sju innleggelse fordelt på fire personer og et samlet opphold på 75 døgn. En forklaring på at pleiepasienter var så lite representert i sykestuematerialet, til tross for økt sykkelighet, skyldtes det forhold at disse menneskene allerede hadde en seng på helsesenteret og ble betjent der. Det samme personellet på helsesenteret ble prioritert til et hvilket som helst sett av pasienter/senger, siden alle tilbudene var lokalisert samlet og integrert med tanke på tjenesteyting. Ved å legge ulike institusjonstilbud til ett felles helsesenter, oppnådde man en fleksibel bruk av plassene på tvers av målgrupper og med tilgang på medisinsk behandling på sykestuenivå til dem som trengte det.

Diagram 7-4 Korrigerede sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere. Relativ fordeling etter kommune. Alderskorrigert. Innbyggertall for hver kommune i parentes.



Ved Benchmarking av Helse Finnmark i 2003 fant man betydelige forskjeller i korrigerede sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere, som det framgår av diagrammet over (10). Det er ikke overraskende at vertskommunene for de to sykehusene i fylket hadde et betydelig større forbruk av disse to spesialisthelsetjenesteproduktene, men en kan spørre seg hvorfor: Er det et underforbruk av spesialisthelsetjenester i sykestuekommunene eller blir en del av spesialisthelsetjenestene ivaretatt av primærhelsetjenesten? Eller er det en kombinasjon av disse to forklaringsmåtene? Og videre: Er det akseptabelt at det er slik?

## 4. Sykestuenes plass innenfor dagens helsetjeneste

### 4.1. Organisering og omfang av sykestueplasser i Finnmark

I dag er det 40 sykestuesenger i Finnmark fordelt på de 16 kommunene, som ikke er vertskommune for sykehus. Dette samlede sengetallet tilsvarer i størrelse en medisinsk avdeling. Enhetene varierer i størrelse med 9 senger i Alta som den største. De minste kommunene har en eller to godkjente sykestuesenger. Med unntak av for Alta er sengene integrert i kommunale sykehjem.

Faggruppa har gjennomført en kartlegging av organiseringen av sykestuene. I oktober ble avdelingslederne kontaktet pr telefon og svarte på spørsmål vedr organiseringen. Alta, Båtsfjord og Nordkapp hadde representanter i faggruppa som hentet inn de aktuelle opplysningene. I mars ble avdelingslederne på nytt kontaktet og svarene oppdatert og korrigeret. Forhold man ønsket å belyse var personellsituasjonen, dokumentasjonssystemene og hvilket medisinskteknisk utstyr man hadde tilgjengelig. I tabellen på neste side fremkommer en kort oversikt over sykestuene i Finnmark.

Kommuner	Antall plasser	Sykepleier i aktiv vakt 24/7	Fast daglig legevisitt	Celleteller	LAF-benk	Rapportering til foretaket
Alta	9	Ja	Ja	Ja	Ja	Standardisert skjema
Berlevåg	1	Ja	Nei	Ja	Ja	Eget skjema
Båtsfjord	2	Ja	Nei	Ja	Ja	Eget skjema
Gamvik	1	Ja	Ja	Nei	Nei	Eget skjema
Hasvik	1	Nei	Nei	Ja	Nei	Standardisert skjema
Karasjok	4	Ja	Nei	Ja	Nei	Standardisert skjema
Kautokeino	3	Nei	Nei	Nei	Ja	Standardisert skjema
Lebesby	1	Ja	Nei	Nei	Ja	Standardisert skjema
Loppa	1	Ja	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Måsøy	1	Nei	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Nesseby	1	Ja	Nei	Nei	Nei	Eget skjema
Nordkapp	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Standardisert skjema
Porsanger	2	Ja	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Tana	2	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Vadsø	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
Vardø	2	Ja	Nei	Ja	Nei	Eget skjema
<b>Sum</b>	<b>40</b>	<b>13/3</b>	<b>4/12</b>	<b>11/5</b>	<b>10/6</b>	

(LAF-benk har særskilt avtrekksvifte og brukes ved tilberedning av cellegiftkurer).

Alle sykestuene bortsett fra Alta er samlokalisert med kommunens sykehjem. Legejournal føres i elektronisk pasientjournal hos det respektive legesenteret. Sykepleierdokumentasjonen føres på papir (kardex) på 11 av sykestuene. Alta har 2 akuttrom i forbindelse med legevakten, og har derfor lite akuttmedisinsk utstyr på sykestua. De øvrige sykestuene har akutt plass på sykestua eller i umiddelbar nærhet. Alle disse akuttplassene har utplassert Zoll hjertestarter og overvåkningsenhet fra Helse Nord bortsett fra Nesseby. Det store flertallet har i tillegg pulsoksymeter. Se vedlegg 1.

#### **Faggruppas vurdering:**

Det store flertallet av sykestuene har sykepleier i aktiv vakt 24/7, noe faggruppa anser som nærmest et minstekrav for å kunne drive sykestuene på det medisinskfaglige nivået vi ser for oss. De tre sykestuene som ikke fyller dette kravet har sykepleier i bak-vakt i varierende hyppighet, jfr. vedlegg 1. Sykestuene angir at sykepleier kan tilkalles på meget kort varsel. Legetilsyn organiseres på forskjellige måter. De sykestuene som ikke har fast daglig tilsyn blir tilsynet ivaretatt av innleggende lege, fastlege, vakthavende lege eller legen som har tilsyn på tilgrensende sykehjem. Med tanke på kravene til dokumentasjon og samarbeid med spesialhelsetjenesten vil et slikt ad hoc-tilsyn bli problematisk. Utstyrsmessig er sykestuene rimelig godt dekt når det gjelder akuttutstyr. Unntaket er Alta, som faggruppa mener må styrkes for å kunne ha nødvendig beredskap for akuttsituasjoner blant inneliggende pasienter. Rundt 2/3 av sykestuene har tilgang på celledeteller og LAF-benk slik at utvidelse av cytostatikatilbudet til samtlige sykestuer vil kreve beskjedne midler.

#### **4.2. Aktivitetsregistrering i 2005**

Det ble allerede mens fylkeskommunen drev sykestuene gjort forsøk på aktivitetsregistrering. Data som ble registrert begrenset seg til liggedøgn, kjønn, alder og diagnose. Hvorvidt disse dataene ble brukt i noen sammenheng er ikke kjent.

Etter helseforetaksreformen har Helse Finnmark gjort ulike forsøk på å registrere aktiviteten. Felles for disse forsøkene er at man baserer seg på innrapportering på skjema etterskuddsvis. De siste par årene har man valgt å ha separate registreringer for øst- og vestfylket. I vestfylket har man benyttet et standardisert skjema hvor sykestuene rapporterer følgende opplysninger om pasientene: personalia, hvor de legges inn fra, hvor de utskrives til, dato for innskrivning/utskrivning, diagnose, tiltak under oppholdet og hvilken pasientgruppe de tilhører. På grunn av ulikt diagnosekodesystem i primærhelsetjeneste og på sykehus (ICPC-2 vs ICD-10) har man valgt å ikke bruke diagnosekoder, kun diagnosebetegnelse. Dette gjør at det blir vanskeligere å kategorisere diagnosene. De ulike valgene for tiltak under oppholdet har vært uklart definert og blitt brukt i ulik grad på de forskjellige sykestuene. Registreringen i Øst-Finnmark har vært basert på skjema som den enkelte sykestue har utarbeidet. 2 sykestuer (Tana og Vadsø) har ikke sendt registreringskjema.

Faggruppa har derfor tatt utgangspunkt i registreringene i vestfylket i 2005. Vi har primært sett på de klart definerte punktene i registreringen: antall pasienter, kjønns- og aldersfordeling, antall liggedøgn, hvor pasientene innlegges fra og utskrives til og diagnosegrupper. Siden diagnosekoder ikke har vært registrert vil diagnosegruppene bli noe omtrentlige og gruppene «undefinert» og «annet» bli forholdsvis store. Av tiltak har vi kun sett på cytostatika behandling da dette er greit definerbart og meldingen fra de ulike sykestuene antas å være rimelig konsistente.

Totalt er det for de 25 sykestueplassene registrert 2046 innleggelser med til sammen 7495 liggedøgn. Dette tilsvarer en beleggsprosent på 82. Gjennomsnittlig antall liggedøgn for hver innleggelse var 3,66. 1461 innleggelser var ettdøgninnleggelser (EDI). Flerdøgninnleggelser (FDI) utgjorde 28,6 % av antall innleggelser. Variasjonen sykestuene i mellom er her forholdsvis stor; fra 17,2 % i Karasjok til 54,9 % i Måsøy. Gjennomsnittlig antall liggedøgn pr FDI varierte fra 3,79 i Loppa til 17,46 i Alta. Totalt står FDI for 6034 liggedøgn, noe som tilsvarer 10,3 liggedøgn pr FDI.

	EDI	FDI	Liggedøgn	%FDI	Gj sn liggedøgn FDI
<b>Alta</b>	290	149	2892	33,94	17,46
<b>Hasvik</b>	33	21	252	38,89	10,43
<b>Karasjok</b>	496	103	1093	17,2	5,8
<b>Loppa</b>	55	29	165	34,52	3,79
<b>Måsøy</b>	23	28	282	54,9	9,25
<b>Nordkapp</b>	376	99	834	20,84	4,63
<b>Kautokeino</b>	84	58	902	40,85	14,1
<b>Porsanger</b>	39	38	611	49,35	15,05
<b>Lebesby</b>	65	60	464	48	6,65
<b>Totalt</b>	1461	585	7495	28,59	10,31

Ved flertallet av innleggelsene kommer pasienten fra hjemmet (1532 innleggelser, 74,9 %) mens 185 (9 %) ble overflyttet fra sykehus. I forhold til antall liggedøgn utgjør pasienter overflyttet fra sykehus den største gruppen (3524 liggedøgn, 47 %). Gjennomsnittlig antall liggedøgn for denne gruppen er 19,05, variasjonen sykestuene imellom var fra 4,33 i Loppa til 23,55 i Alta. Det store flertallet av pasientene utskrives til hjemmet (1304 innleggelser, 63,7 %). 495 (24,2 %) ble utskrevet til sykehus, 400 av disse var EDI. 48 pasienter ble utskrevet til sykehjem. Av de 185 som ble overflyttet fra sykehus ble kun 15 (8,1 %) utskrevet til sykehjem.

Innlagt fra	
Annet	209
Hjemmet	1532
Legevakt	72
Sykehjem	6
Sykehus	185
Udefinert	42
<b>Totalt</b>	<b>2046</b>

Utskrevet til	
Annet	89
Hjemmet	1304
Legevakt	15
Sykeavd.	1
Sykehjem	48
Sykehus	495
Udefinert	94
<b>Totalt</b>	<b>2046</b>

Overflyttet fra sykehus	Alta	Hasvik	Karasjok	Loppa	Måsøy
Antall liggedøgn	1884	95	293	26	116
Antall pasienter	80	7	20	6	9
Gjennomsnitt	23,55	13,57	14,65	4,33	12,89
Overflyttet fra sykehus	Nordkapp	Kautokeino	Porsanger	Lebesby	Totalt
Antall liggedøgn	177	606	233	94	3524
Antall pasienter	24	21	10	8	185
Gjennomsnitt	7,38	28,86	23,3	11,75	19,05

Fordelingen av pasienter med hensyn til alder viser som forventet at de eldre utgjør den største gruppen. Gruppen over 75 år står for 59 % av liggedøgnene og gruppen 60 – 75 år for 25 %. Kjønnfordelingen viser at kvinner står for 52 % av liggedøgnene.

Liggedøgn (barn ekskludert)	Over 75	60-75	Under 60	Totalt
Kvinner	2882	555	458	3895
Menn	1523	1318	746	3587

Fordelingen på diagnoser viser at de største diagnosegruppene omfatter sykdommer i luftveier, muskelskjelettsystemet, magetarmorganene og i hjerte- og karsystemet. I tillegg har man en stor gruppe ”andre” og en udefinert gruppe, men dette kan ha sammenheng med manglende presisjon i diagnose rapporteringen. Gjennomsnittlig antall liggedøgn pr opphold varierer fra 2,02 for psykiatri/rus til 8,65 for urinveier.

Hoveddiagnose	Innleggelser	Liggedøgn	Gj.sn. Ant liggedøgn
Annet	361	1164	3,22
Endokrinologi	64	352	5,5
Urinveier	74	640	8,65
Nevrologi	186	582	3,13
Psykiatri/rus	199	402	2,02
Mage/tarm	242	934	3,86
Luftveier	336	1044	3,11
Muskel/skjelett	168	1125	6,7
Hjerte/kar	277	768	2,77
Udefinert	139	484	3,48
<b>Totalt</b>	<b>2046</b>	<b>7495</b>	<b>3,66</b>

3 sykestuer har rapportert cellegiftbehandling. Dette er i overensstemmelse med det som ble svart i kartleggingen.

Sykestue	Cellegift	Totalt
Alta	72	72
Nordkapp	33	33
Porsanger	17	17
<b>Totalt</b>	<b>122</b>	<b>122</b>

### Faggruppas vurdering:

Følgende momenter taler for at en større andel av sykestuepasientene i dag enn for ti år siden ville ha havnet på sykehus om sykestuetilbudet ikke fantes:

- Antallet sykestueplasser er betydelig redusert.
- Pasientene på sykestueplass er som gruppe blitt mer selekterte.
- Det har vært en svær økning i andelen eldre og skrøpelige eldre i det norske samfunn, som har medført et stort press på akuttinnleggelser ved medisinske avdelinger.
- Nye kategorier pasienter har de senere årene fått lagt behandlingen til sykestueplassene i stadig større grad pga. den medisinske teknologiske utviklingen, overføringen av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og fordi det er etablert nye samarbeidsformer mellom nivåene i helsetjenesten.

Tallene viser videre at det er store ulikheter i liggetider sykestuene imellom. Dette kan skyldes flere forhold. Det har ikke foreligget en klar definisjon på når en pasient er å regne som sykestuepasient, og derfor kan gråsonepasientene ha blitt registrert ulikt. Sykestuene blir brukt i ulik grad i akuttberedskapen. I Alta vil de færreste av pasientene som innlegges sykehus ha vært innom sykestua, mens mange sykestuer vil registrere pasienter som innlegges for stabilisering i påvente av forsvarlig transport til sykehus. Gruppen pasienter som overflyttes fra sykehus skulle man forvente registreres likt, men på tross av dette varierer liggetiden betydelig. Det store flertall av disse pasientene utskrives til hjemmet, slik at ulik kapasitet på sykehjemmene ikke kan forklare dette. Andre mulige forklaringer er ulik kapasitet innen hjemmebasert omsorg eller varierende grad av samarbeid med denne tjenesten. Man kan også tenke seg at ulik faglig tilnærming har betydning og at sykestuene prioriterer raske utskrivinger forskjellig.

### 4.3. Oppdatert plangrunnlag for sykestuegruppens arbeid

Utredningen *Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord* (12) har som mål å få flere av tjenestene utført nærmere der folk bor. En slik desentralisering vil bringe oss nærmere en realisering av den politisk vedtatte målsetting om at befolkningen har krav på likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, bosted og kjønn. I rapporten foreslår man konkret: Den sterke økningen i antallet eldre fra ca 2010, tilsier at sykestuefunksjonen bør etableres og videreutvikles i kommuner med særlig lang avstand til sykehus.

I rapporten *Samhandling er godt for helsa* heter det (2): En rekke tilstander behandles dårlig i en nivåfiksert helsetjeneste. Det er en økende erkjennelse både i helseforvatningene og i profesjonene at disse pasientgruppene best kan behandles gjennom felles og samordnede innsats av begge nivåer i helsetjenesten. Noen av disse pasientgruppene vokser med økende alder i befolkningen. Pasienter skrives ut av sykehus som ferdig behandlet på spesialistnivået uten at primærhelsetjenesten har mulighet til å følge opp disse alene. Denne gråsonen er en utfordring for begge nivåer. Mange medisinske problemstillinger kan løses på et lavere nivå enn sykehus, forutsatt en utbygd primærhelsetjeneste som understøttes av spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra bruk av sykestuefunksjoner er gode og bør spres. For å få dette til er det nødvendig med faglig støtte også til omsorgstjenesten.

Veksten i det totale omsorgsbehovet er i stor grad forsøkt dekket ved utbygging av tilsyns- og serviceboliger, og en utvidet hjemmesykepleie. De kommunale sykehjemmene har opplevd et stadig større press i form av flere pasienter og pasienter med tyngrer pleiebehov, og kompliserte og flere sykdommer samtidig. Sykehjemmene er under kontinuerlig press både fra kommunens egen helsetjeneste og fra sykehusene som ønsker å tilbakeføre pasientene så snart som mulig til kommunen. Denne forskyvningen mot stadig sykere pasienter i sykehjemmene har ikke blitt fulgt opp med forsterkning av medisinskfaglige eller pleiefaglige ressurser. Sykehjemsmedisinen er derfor i dag det faglig sett svakeste leddet i den totale helsetjenesten i Norge.

Flere grunner taler for at sykestuefunksjonen bør etableres og videreutvikles i kommuner med særlig lang avstand til sykehus:

1. Kravene til likeverdige tilbud for grupper av kronisk syke nærmere der brukerne bor.
2. Organiseringen av det sammenhengende pasientforløpet, - en mer effektiv realisering av kravene til individuelle planer.
3. Den sterke økningen i antall eldre i årene som kommer.
4. Målet om å omgjøre transportøkonomi til helsetjenesteproduksjon. I Helse Finnmark går 15,2 % av foretaksøkonomien til transport av pasientene mellom bosted og spesialisthelsetjeneste
5. Avlastning av sykehus med mulighet for mer effektiv ventelistebetjening.
6. Nye muligheter for desentralisering gjennom stadig videreutvikling av medisinsk teknologi og kommunikasjonsteknologi.
7. Best mulig total ressursforvaltning innen helsetjenesten.

Forenkling og standardisering har bidratt til å gjøre en rekke medisinske metoder sikrere og dermed enklere å utføre utenfor de store sykehusene. Økt desentralisering av pasienttilbud betyr at pasienten slipper å reise lenger enn nødvendig – eller slipper å reise i det hele tatt. Pasienten spares både for eventuelle påkjenninger og unødig tidsbruk. I tillegg ligger det et trykksaspekt for mange i det å bli behandlet nært hjemstedet, i kjente omgivelser og nært sitt lokalmiljø og sitt lokale nettverk. For Helse Finnmark som forvalter samfunnets samlede ressurser til spesialisthelsetjenester, er det god ressursforvaltning å bruke mindre penger på pasientreiser og mer på krav til kvalitet. En forutsetter da at de helsetjenester som desentraliseres har likeverdig kvalitet. Både gjennom praksis og forskning synes det rimelig godt dokumentert at sykestueplasser kan gi et kvalitativt godt tilbud til utvalgte pasientgrupper, og brukt på den rette måten overfor de rette pasientgruppene er tilbudet også kostnadseffektivt.

Rapporten: Samarbeid og samordning av spesialisthelsetilbudet i Finnmark definerer åtte kriterier for bruk av sykestueplassene (3):

1. Akuttmedisinsk diagnostikk og behandling.
2. Stabilisering før transport til sykehus.
3. Behandling av enklere tilstander.
4. Lavterskeltilbud.
5. Mottak av utskrivningsklare sykehuspasienter.
6. Kreftbehandling og terminal omsorg.
7. Rehabilitering, som alternativ til forlenget sykehusopphold.
8. Utredning til et visst nivå.

*NOU 1998 Hvis det haster – Akuttberedskap (4)* viser til at økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus i stor grad har sammenheng med økningen i antall eldre. Det pekes på

det at eldre har hyppige re-innleggelser også kan være uttrykk for at det akuttmedisinske tilbudet i sykehus alene ikke er et fullgodt tilbud for denne pasientgruppen.

Sykdommer som hjerneslag, noen kreftformer, hjertesvikt, kronisk lungesykdom og aldersdemens har økende forekomst med økende alder. Høyere levealder i samfunnet gjør at vi får flere å ta hånd om med disse folkesykdommene. Samtidig vil en styrket innsats i samfunnet for å redusere dødeligheten av de store folkesykdommene, og liten innsats for å redusere de kroniske ikke-dødelige sykdommene, gjøre at vi kan forvente at gamle får økt antall år med funksjonssvikt. Rehabilitering må derfor også være en helt betydelig satsting.

I *Nasjonal kreftplan* (12) tilrettelegges det for økt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten om lindrende behandling og oppfølging av kreftpasienter. Det er et mål at de pasientene som ønsker det, skal få mulighet til å være hjemme så lenge det er mulig og at flere kreftpasienter skal få anledning til å dø hjemme.

I *NOU 1999:2 Livshjelp* (13), heter det: Primærhelsetjenestens utfordring er å gjøre et forventet dødsforløp så smertefritt som mulig. Å gi et godt tilbud til pasienter i livets slutfase innebærer at kommunene må gi et forholdsvis omfattende tilbud, som innbefatter samarbeid mellom lege, hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus. Utvalget peker på at en økt andel mer behandlingstrengende pasienter i sykehjem forutsetter kompetanseoppbygging og økte ressurser både med hensyn til medisiner, teknisk utstyr og personell. En konkluderer med at det må settes av noen egnede plasser – avlastningsplasser/ akutt-plasser – i sykehjem for denne pasientgruppen.

Det mangler i dag systemer og rutiner for dokumentasjon av innhold og faglig kvalitet ved sykestuene. Slike rutiner må komme på plass. Vi må leve med at det alltid vil bestå noen gråsoner i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Derfor er det viktig å ha en mest mulig felles forståelse av og holdning til gråsoneproblematikken. Dette er grunnlaget for at Helse Finnmark har oppnevnt sykestuegruppen som har laget denne rapporten.

#### **4.4. Befolkningsutviklingen og satsingsområder innen helsetjenesten**

Den raske økningen i andelen eldre i samfunnet legger et sterkt press på foretaket om å yte kvalitet på et tilsvarende raskt økende pasientvolum med de konsekvenser dette har for presset på ventelister og prioriteringer. Samtidig er det helt vesentlig å praktisere helsetjeneste ut fra at de eldre og ikke minst de gamle eldre ofte har sammensatte sykdommer, der flere sykdomstilstander og aldringen i seg selv kan blande seg til kompliserte sykdomsbilder med særlige utfordringer til diagnostikk og behandling og samordning mellom nivåene i helsetjenesten. De gamle er og skal være storforbrukerne av sykehustjenester. En systematisk satsing på samhandling mellom nivåene om denne sammensatte pasientgruppen kan bidra til å synliggjøre oppgavene innen geriatrien og til å sikre at både de store gruppene alvorlig kronisk syke og den enkelte syke ute i distriktene blir bedre ivaretatt innenfor en samlet helsetjeneste. Det kan ikke understrekes sterkt nok at driftsrasjonaliseringer i spesialisthelsetjenesten ikke må gjøre de gamle syke til annen rangs brukere. Samtidig er det bred nasjonal enighet om at de medisinske tjenestene ved sykehjemmene systematisk må heves.

De syke eldre er en særlig utfordring for alle nivåer i helsetjenesten. Bruken av sykehus har i betydelig grad endret karakter de siste 10 - 15 år. Antall planlagte innleggelser er redusert, og utredningene foregår i stor grad poliklinisk. Samtidig har antall øyeblikkelig hjelp innleggelser økt kraftig, og øker fortsatt med 3 - 5 % per år (12). Ved medisinske avdelinger utgjør akuttinnleggelsene 70 - 90 % av alle innleggelser og medfører økende problemer med overbelegg og korridorpasienter (4). En del medisinsk oppfølging som tidligere skjedde på

sykehus tas i dag hånd om av primærhelsetjenesten, bl.a. som følge av raskere utskrivning fra sykehus. Samtidig kan en stadig større del av behandlingen på sykehus utføres poliklinisk på sykehus, hos private avtalespesialister eller ved satellittenheter som er opprettet for å unngå lange reiseavstander. Eksempler på det siste er dialyse- og cellegiftbehandling.

Fødestuer, sykestuer og distriktsmedisinske sentre er samarbeidsløsninger som har ulik organisering og ulik forvaltningstilhørighet. Under utviklingen av Distriktsmedisinske sentra (DMS) har sykestuekonseptet forsvunnet mer i bakgrunnen. De mange småkommunene vil ha begrenset nytte av slike medisinske sentra for å ivareta sykestueoppgavene. Der i mot er DMS en videreutvikling av sykestua, som egner seg for større kommuner.

Møtet mellom sykehusene og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene skjer både ved polikliniske undersøkelser, ved innleggelse og ved utskrivninger. Sykestuenes betydning må ses i sammenheng med tunge, nasjonale satsingsområder overfor definerte pasientgrupper: de eldre, kreftpasientene og oppgavene innen terminal omsorg, psykiatri, rehabilitering og rusmiddelmissbruk. I tillegg kommer satsingen på en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Sykestuedriftens muligheter må vurderes mot behovet for samordning av innsatsen på de ulike nivåene i helsetjenesten, for fagliggjøring av tjenestene og for samfunnsmessig ressursutnyttelse. Det er nye muligheter og forpliktelser for nivåene i helsetjenestene knyttet til sykehusreformen og fastlegereformen, som begge fokuserer pasientrettigheter, et sammenhengende pasientforløp og mest mulig likeverdige tilbud uavhengig av hvor brukerne bor.

Innenfor den opprinnelige driften av sykestuene var det medisinske ansvaret distriktslegens, og denne drev langt på vei etter selvstendig faglig vurdering. I mellomperioden og fram til i dag har det antagelig utviklet seg litt tilfeldige, kommunale praksiser på bruk av plassene betinget i dekningsgrad og stabilitet og kvalifikasjoner hos helsepersonellet, samt avhengig av presset på de ulike typene institusjonstilbud i kommunen: Fast sykehjemsplass, avlastningsplass, akutt plasser ved sykehjemmet pga medisinske behov hos den syke og tilgang på regulær sykestueplass (2). På 90-tallet har i tillegg kommet det økte kravet om å tilby kommunale rehabiliteringsplasser ved institusjonene.

#### **4.5 Momenter fra den pågående faglige diskusjonen om en mer effektiv behandling av eldre pasienter**

Lege og direktør ved Sykehuset Østfold, Ulf Ljungblad, drøftet i et godt dokumentert innlegg i Dagbladet 3. april 2006 mangelen på geriatrik rehabilitering som en vesentlig årsak til dagens problemer i norsk helsevesen. Han hevdet at man kan effektivisere helsetjenesten for eldre ved å bygge ned kapasiteten noe ved medisinske avdelinger og overføre økonomien til geriatrik rehabilitering. Sykehjemmene har for få plasser og for lav kompetanse innen rehabilitering. Fastlegen sin rolle rettet mot de eldre må diskuteres og det samme gjelder omfanget av legeinnsatsen på sykehjemmene. Ljungblad argumenterte for konkrete strukturelle grep. Norge har knapt 2.9 sykehussenger per 1 000 innbyggere, mens tallet for Sverige er 2.2 sengeplasser inklusive geriatrik rehabilitering, altså 30 % færre. Norge synes å være det eneste landet i Europa, der flere senger i akutt sykehus står på agendaen. Her ser Ljungblad et rasjonaliseringspotensial i spesialisthelsetjenesten på 30 %. Dette tilsvarer nesten 4 000 senger og en driftskostnad på 4-6 milliarder kroner.

Dersom en legger sykehjemsdekningen i Sverige til grunn, skal det være 10-15 000 flere sykehjemsplasser i Norge. I Sverige finnes det 2 400 senger for geriatrik rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, mens dette tilbudet nærmest er fraværende i Norge. I Sverige er det 700 leger med utdanning innen geriatrik rehabilitering, opplyste Ljungblad, mens det kun er

70 i Norge. Det er et stort problem at eldre, utskrivningsklare pasienter ligger i akuttsykehussenger i Norge, uten at det tilbys et rehabiliteringstilbud. Lange liggetider for eldre pasienter i akuttsykehusene fører til komplikasjoner som sykehusrelaterte infeksjoner, inaktivitet, trykk-sår, blodproppsykdommer og næringsforstyrrelser. En eldre, multisyk pasient kommer dessuten raskere tilbake til akuttsykehuset om vedkommende ikke aktivt rehabiliteres, argumenterer dr. Ljungblad.

Sykehjemmene har også for lav kompetanse. Ljungblad viste til at antallet pasienter med lungebetennelse som behandles på sykehus i Helse Øst er fem ganger så høyt som på sykehus i Stockholm-området. Dette tyder på at sykehjemmene mangler muligheter til å ta hånd om denne pasientkategorien, og velger å sende pasientene til akuttsykehusene. Å flytte eldre pasienter til sykehus kun for intravenøs behandling med antibiotika, er lite humant. Liggetiden for de fleste diagnoser var vesentlig kortere i Stockholm enn i Helse-Øst området. McKinsey har tidligere vist at det finnes en overkapasitet av sykehussenger i Oslo-området. En analyse av sengeforbruket i Helse-Øst viste et overforbruk på 1 000 plasser: 500 senger skyldtes lengre liggetider, mens 500 senger kom til pga økt antall innleggelser av for eksempel pasienter med lungebetennelse. Alt dette i henhold til Ljungblads artikkel.

Overlege i geriatri ved St. Olavs Hospital/NTNU, Ingvild Saltvedt, fullført nylig sitt doktorgradsarbeid, der hun konkluderte at behandling i geriatrisk sengeenhet er langt å foretrekke framfor ordinær behandling i medisinsk avdeling (Dagens medisin april 06). Et sterkt pasientfokus med bred faglig oppfølging gav gode resultater for behandling av skrøpelige pasienter over 75 år. Totalt sett fant dr Saltvedt en betydelig forbedring av livsløpet i en sen fase av livet, og konklusjonene var entydig. I geriatrisk sengeenhet fikk pasientene en tverrfaglig oppfølging over tid. De ble vurdert av både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Man vurderte alle aktuelle sykdomstilstander, fysisk og mental funksjon og den sosiale situasjonen. Tidlig mobilisering var viktig – og trening sto på dagsorden samtidig med utredning. Man la vekt på å planlegge utreisen så tidlig som mulig, og i tett samarbeid med pårørende og hjemmesykepleien. Konklusjonen var at behandling av akutt syke, skrøpelige eldre pasienter i geriatrisk sengeenhet, gir redusert dødelighet. Med denne lavere dødeligheten kunne man se for seg at flere ville trenge sykehjems plass eller at pasientene ble re-innlagt på sykehus, men dette var ikke tilfellet i Saltvedts studie. Det var ingen forskjell i etterfølgende bruk av institusjonstjenester i de to gruppene. Den eneste forskjellen var at total liggetid på sykehus innenfor undersøkelsestida var 19 dager for geriatrigruppen mot 13 dager i kontrollgruppen.

## 5. Krav til sykestueplassene

Arbeidsgruppen skal spesielt besvare følgende problemstillinger:

*Hvilke krav skal stilles til sykestuene vedrørende*

- Nødvendig utstyr til behandling og diagnostikk
- Kommunikasjonsutstyr med spesialisthelsetjenesten (overlapp med teknologiprojektet)
- Sykepleier tilstede 24/7 eller bakvakt ordninger
- Avsatt legetid (daglige visitter, antall timer)/tilgang til legevakt
- Dokumentasjonssystemer (overlapp med teknologiprojektet)

## **5.1. Krav til personell og utstyr**

### **5.1.1. Personell**

Virksomheten på sykestuene vil nødvendigvis kreve bemanning og kompetanse utover det man vanligvis har på en ordinær sykehjemsavdeling. Bemanningsmessig har sykestuene pr. i dag ulike løsninger. Det store flertallet har sykepleier på aktiv vakt døgnet rundt. Tre sykestuer har lagt opp en turnus med sykepleier i bakvakt nattetid, en av disse kun i helgene. To av disse er 1-sengs sykestuer. Faggruppa mener at det må stilles krav om at man har sykepleier på aktiv vakt døgnet rundt. Kommunen bør ha muligheten til å søke foretaket om dispensasjon i de tilfeller der det er få sykestuepasienter (1-sengs sykestue) og sykepleieren i bakvakt kan hentes inn på kort varsel.

Organiseringen av legevisittene varierer mye. Det vil ikke være hensiktsmessig at foretaket krever lik organisering da man lokalt har de beste forutsetningene for å finne gode løsninger. Foretaket må imidlertid kunne kreve at det er klargjort hvilken lege som har ansvaret for sykestuepasientene både i forbindelse med visitt og utenfor visitt-tiden, samt at organiseringen muliggjør bruk av telemedisinsk visitt og at dokumentasjonen blir ført i henhold til kravene. Det synes rimelig å kreve at det foreligger en skriftlig instruks for legetilsynet for å sikre ivaretagning av noen nøkkelforutsetninger ved drift av så mange små enheter det her er tale om.

Alle kommuner er iht. kommunehelsetjenesteloven pålagt å gi tilbud om fysioterapitjeneste. For å kunne drive rehabilitering på spesialhelsetjenestenivå er sykestuene avhengig av å ha avtale om tilstrekkelig fysioterapi og at det rundt rehabiliteringspasientene blir organisert team som kan tilby en tverrfaglig tilnærming.

Faggruppa mener at vertskommunene må utarbeide en plan for personellressurser på sykestua slik at foretaket kan føre tilsyn med at kompetansekravet oppfylles.

Ergoterapeut er en meget aktuell og interessant helseprofesjon, som kan ha viktige funksjoner knyttet til deler av sykestuenes virkefelt. Det er likevel ikke realistisk at alle kommuner kan ha eget slikt personell. Større kommuner vil kanskje finne det formålstjenlig å ansette eller utdanne mer spesialisert personell, så som kreftsykepleier, som organisatorisk arbeider i omsorgstjenesten både på institusjon og i hjemmebaserte tjenester. Noen ganger kan kanskje flere kommuner gå sammen om ansette slikt personell, som vil ha som en viktig oppgave å være koordinatorene for tverrfaglig innsats omkring enkeltbrukere, samtidig som de forestår fagutvikling og undervisning innenfor flere kommuner. En kan også tenke seg at særskilt personell på sykehusene får et særskilt ansvar for å bruke en definert del av sin arbeidstid til denne type oppgaver blant sykestuekommunene, og i samhandlingsfeltet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

Det ambuleringende rehabiliteringsteamet ved Kirkenes sykehus og det planlagte geriatriiske teamet ved Hammerfest sykehus kan bli viktige faginstanser for samhandlingen i grensesnittet mellom sykehus og sykestuer.

### **5.1.2. Utstyr**

Utplasseringen av Zoll defibrillator/EKG-maskin fra Helse Nord gjør at sykestuene er rimelig godt dekket når det gjelder akuttmedisinsk utstyr. De fleste sykestuene har i tillegg pulsoxymeter. Faggruppa finner ikke grunn til å kreve akuttmedisinsk utstyr utover dette, men

på sikt bør foretaket se på muligheten for å supplere Zoll-enhetene med pulsoxymeter-modul (måler metningen i %) og kapnograf-modul (måler forekomsten av CO<sub>2</sub> i utåndingsluft).

Laborariemessig har alle sykestuene mulighet til å få gjort de vanligste akuttmedisinske analysene som hemoglobin, glukose og CRP døgnet rundt. I kontortiden benyttes laboratoriet på de respektive legekantorene, hvor mulighetene kan variere. 6 sykestuer har celledeteller tilgjengelig. Faggruppa mener sykestuene må ha tilgang på celledeteller og muligheter for å analysere nyrefunksjon og elektrolytter. På forespørsel har Noklus Nord sett på aktuelle analyseinstrumenter. Anbefalte celledetellere koster i innkjøp rundt 100.000,-. Tørrkjemiutstyr for analyse av nyrefunksjon og elektrolytter koster fra 25.000,- og oppover. For begge vedkommende bør utstyret plasseres på legekantorenes laboratorium for å sikre regelmessig bruk og nødvendig kvalitetskontroll. Dette innebærer at legekantorene har muligheter for inntjening i henhold til normalt tariffen. Det burde derfor være mulig å komme fram til en rimelig fordeling av innkjøpskostnadene og driftsutgiftene mellom foretaket og vertskommunene.

Enkle røntgenundersøkelser som røntgen toraks og skjelettrøntgen er hyppig indisert hos sykestuepasientene. Muligheten for å gjøre dette på en faglig forsvarlig måte innebærer en digital løsning hvor bildene sendes til radiolog for vurdering. Pr i dag ligger investeringskostnadene for en slik løsning i størrelsesorden 1500000,-. Det er ikke realistisk at man skulle ha en slik løsning på samtlige sykestuer, men faggruppa mener foretaket bør utrede muligheten for at dette kan realiseres på de større sykestuene.

Faggruppa har en ambisjon om at alle sykestuer skal kunne gi cytostatika. Tilberedning av cytostatika krever tilpassete lokaler og nødvendig utstyr i henhold til kjemikalieforskriften. Med unntak av sykehusapotekene har apotekene i Finnmark ikke mulighet for å gjøre dette. Sykestuene må derfor ha lokaliteter og utstyr. Pr i dag rapporterer 10 av sykestuene at dette er på plass. I tillegg vil sykestuer som ligger i nærheten av hverandre (Gamvik og Lebesby, Tana og Nesseby) kunne samarbeide om løsninger. Kjemikalieforskriften åpner for dispensasjonsmuligheter noe som kan være aktuelt på sykestuer hvor antallet kurer vil bli lavt. Sykehusfarmasøytene i Helse Finnmark vil kunne være behjelpelig med å finne gode løsninger som ikke blir urimelig kostbare.

Telematikk er sentralt i samhandlingen mellom foretaket og sykestuene. Teknologiprojektet innebærer utplassering av telematikkutstyr i 4 kommuner. På sikt må man ha en målsetting om at samtlige sykestuer skal ha slikt utstyr.

## **5.2. Samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Faggruppa anser samhandling med spesialisthelsetjenesten som et avgjørende del av sykestuekonseptet. Parallelt med faggruppas arbeid pågår teknologiprojektet under ledelse av Norsk senter for telemedisin. Man vil her prøve ut såkalt «telemedisinsk visitt» hvor kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten skjer via telematikk. I løpet av året skal man ha fått på plass utstyr og gjort erfaringer med bruken i 4 pilotkommuner. Hvordan den «telemedisinske visitten» skal organiseres er derfor uavklart, men det er nødvendig at man både på sykehus og på sykestuene dimensjonerer og organiserer legetjenestene slik at man oppnår nødvendig kompetanseoverføring for å ivareta sykestuepasientene.

### **5.3. Dokumentasjonssystemer**

Kartleggingen av sykestuene har vist at samtlige fører legejournal i legekantorets elektroniske pasientjournal. Sykepleierdokumentasjonen skjer enten på papir (Kardex) eller elektronisk (Gerica eller Profil). Det foreligger ingen kartlegging av kvaliteten på dokumentasjonen, men det er klart at registreringssystemene som man har pr. i dag ikke er tilstrekkelig gode.

Faggruppa mener derfor det bør etableres et standardisert dokumentasjonssystem. I samarbeid med IT-personell i Helse Finnmark har man kommet til at det mest hensiktsmessige vil være at dokumentasjonen blir gjort i sykehusenes elektronisk journalprogram, dvs DIPS. Dette vil innebære at sykestuene får begrenset tilgang til lokalsykehusets DIPS-system ved hjelp av en Citrix-klient på lokal PC via Norsk Helsenett. Det opprettes en egen avdeling kalt Sykestue i DIPS, og sykestuepasientene registreres der som om de var innlagt på en ordinær sykehusavdeling. Journalen skal inneholde innkomstjournal, journalnotater under oppholdet og en epikrise tilsvarende en ordinær sykehusjournal.

Alle legekantorene i Finnmark har muligheter for elektronisk overføring av henvisninger og epikriser slik at overføring av epikrise tilbake til pasientjournalen ved legekantorene vil kunne skje umiddelbart etter utskrivning. Leger som ikke har fått nødvendig opplæring i bruk av DIPS (vikarer/turnus leger) vil kunne skrive innkomstjournalen i legekantorets elektroniske journal og overføre den elektronisk til DIPS.

Opplæringsbehovet forventes å være begrenset da man kun benytter de mest grunnleggende funksjonene i DIPS. Diagnosene må kodes i ICD-10 og foretaket må utarbeide en veileder i konvertering av de mest aktuelle diagnosekodene. Hvis det er aktuelt å registrere prosedyrekoder vil foretaket på samme måte måtte utarbeide en oversikt over aktuelle koder. Sykepleierdokumentasjonen på sykehus foregår i dag på papirbasert system (Kardex). Foretaket har planer om at også denne skal føres i DIPS, og det kan derfor bli aktuelt over tid også for sykepleiere ved sykestuene.

### **5.4. Distriktsmedisinske sentra (Alta og Karasjok)**

Distriktsmedisinske sentra (DMS) inneholder desentraliserte spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester. Innhold og størrelse på disse DMS avgjøres ut fra lokale forhold.

#### Alta

Faggruppa anbefaler å etablere en indremedisiner stilling i Alta som blir fordelt % vis mellom Spesialistpoliklinikken i Alta og sykestua.

#### Karasjok

Faggruppa anbefaler at indremedisinske miljøet i Alta og Karasjok involveres i driften på sykestua i Karasjok.

## **6. Pasientkategorier**

Arbeidsgruppen skal spesielt besvare følgende problemstillinger:

*Hvem skal behandles på sykestua*

Sykestuene skal behandle pasienter som krever behandling på spesialisthelsetjenestenivå. Det er svært mange faktorer som bestemmer på hvilket nivå pasientbehandlingen skal skje, og det er umulig å sette klare kriterier. Over tid ser man at utviklingen innen medisin og teknologi

gjør at enkelte pasientgrupper som ble håndtert i spesialisthelsetjenesten nå kan behandles i primærhelsetjenesten samtidig som behandling for andre grupper sentraliseres og forskyves oppover i nivåene. Det er derfor en risiko for at sykestuene behandler pasienter som egentlig hører hjemme i primærhelsetjenesten eller burde vært håndtert på et høyere nivå. De registreringene faggruppa har gått igjennom kan ikke med sikkerhet si i hvilken grad dette har skjedd, men tidligere arbeid (1) peker i retning av at så ikke skjer. Videre framover ser man for seg at mulighetene for en tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten ved hjelp av telemedisin og bedre diagnostisk utstyr gjør at sykestuene kan håndtere mer krevende pasienter. Dette er et helt nytt konsept, og hvilken effekt dette vil ha på sykestuedriften og hvilke pasientgrupper som kan behandles er vanskelig å forutsi. Det er imidlertid rimelig å anta at dette vil innebære en ytterligere sikkerhet for at sykestuene ikke blir brukt til å kompensere for mangel på kommunale institusjonsplasser.

**Faggruppa mener det er 2 grupper som i særlig grad vil kunne nyttiggjøre seg et framtidig sykestuetilbud; 1. geriatriske pasienter og 2. kreftpasienter.** Begge gruppene vil øke kraftig i antall i årene framover og begge grupper vil profitere på et tilbud i nærmiljøet og på den måten unngå hyppige og slitsomme transporter over store avstander.

- Antall eldre med behov for helsetjenester antas å øke uten at det er planlagt tilsvarende økning på sykehus. Sykestuene er en mulig løsning. Sykdomspresentasjon hos eldre er annerledes enn hos unge: forvirring (delir) og annen funksjonssvikt (inkontinens osv). Manglende symptomer (smerter, feber) og manglende sykdomstegn (hvite blodlegemer osv.) forekommer hyppig. Spesielt for gamle er raskt forfall uten (riktig) behandling og komplikasjoner inntreffer fort. Psykiske og sosiale forhold er viktig for organiseringen av behandling. Konsekvenser er vanskelig diagnostikk, behandling må skje raskt, komplikasjoner må aktivt motvirkes og behandling må gis på rett måte i tilrettelagt miljø. Sykdomspanorama omfatter mental funksjonssvikt – demens, hjerneslag, osteoporose – brudd, sansesvikt, multiproblem pasienten, fall, inkontinens, multifarmasi, Parkinson, diabetes og komplikasjoner, infeksjoner (Pneumoni, UVI osv), leddproblemer og hudsår. Følgende geriatriske pasienter anses velegnet for behandling i sykestue: der diagnostikken er avklart, der behandlingen kan gjennomføres med det utstyr og de ressurser som sykestua har, der det er behov for observasjon, men hvor situasjonen ikke bedømmes som ”farlig”. Dette gjelder den gamle kroniker som får et nytt problem (pneumoni osv) og derfor trenger pleie under behandlingen, og der denne kan gjennomføres greit på sykestua, den gamle som trenger justering av opplegg (diabetes osv.), viderebehandling etter diagnostikk og eventuell oppstart av behandling, rehabilitering etter akutt sykdom (slag, hoftebrudd osv), innstilling og utprøving av ymse medikamenter (for eksempel ved demens og uro osv.), observasjon av forskjellige forhold, bl.a. adferd, BT, blodsukker osv.
- Kreftpasientene vil kunne behandles på sykestuene innenfor 3 områder: Cytostatika behandling, palliasjon og terminalomsorg. Utviklingen går mot hyppigere bruk av palliativ cytostatika behandling som gjerne skal foregå over lang tid og med månedlige kurer eller hyppigere. Det er allerede etablert tilbud om slik cytostatika behandling ved flere sykestuer. Utstyrsmessig krever dette analyseinstrumenter og tilrettede forhold for cytostatika tilberedning (jfr. kapittel Krav til bemanning og utstyr). Kompetansemessig krever dette personell med kunnskap og kompetanse, fortrinnsvis kreftsyepleier, men sykepleier med interesse og ekstra opplæring kan også håndtere dette. Tilsynslegen vil måtte ta det medisinskfaglige ansvaret, men alle kurer vil være ordinert fra sykehus og sykehuset må kunne gi nødvendig faglig støtte. Aktuelle cytostatika kurer er fortrinnsvis enkle kurer som lavdose adriamycin, taxol, herceptin, FLV, gemcitabin og adjuvant FEC. Mer kompliserte kurer og kurer gitt i

kurativ hensikt vil gjerne gå over kortere tid og bør forbeholdes sykehus. Stell og håndtering av veneport, CVK, Hickmann kateter er rimelig greit og kan lett læres, enten av personell fra kreftavdelingen eller lokalsykehus. Sykestuene vil kunne være lokale ressursentre for palliasjon og terminalomsorg. De vil kunne ha tett kontakt med kreftavdelingen/ lokalsykehus, håndtere teknisk mer krevende tiltak som smertepumpe, gastrostomier, sonde etc. Man vil med tett samarbeid med hjemmetjeneste kunne oppnå at pasientene kan være hjemme så lenge som mulig, med sykestua som en sikkerhet hvis situasjonen skulle bli vanskelig.

### **Klassifisering av sykestuepasientene**

Det er naturlig å dele inn sykestuepasientene i 4 grupper ut i fra når i sykdomsforløpet de er på sykestua:

- Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua
- Pasienter som innlegges elektivt fra hjemmet
- Pasienter som overflyttes fra sykehus
- Pasienter som skal innlegges sykehus og som håndteres på sykestua i påvente av forsvarligtransport.

**Gruppe 1** (Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua) domineres av indremedisinske problemstillinger.

- KOLS-pasienter er en pasientgruppe som øker i størrelse og som hyppig krever innleggelse ved forverring av grunn sykdommen.
- Hjertesviktpasienter lever lenger pga forbedret medikamentell behandling, og det vil derfor være et stort behov for håndtering av forverring som krever parenteral behandling.
- Infeksjoner i luftveier og urinveier hos pasienter med komorbiditet vil ofte kreve parenteral tilførsel av antibiotika som ikke kan gjennomføres hjemme.
- Smertetilstander i muskel-skjelett systemet utgjør en av de større pasientgruppene i registreringen. Når man har utelukket at tilstanden krever ortopedisk intervensjon er det behov for smertelindring, mobilisering og rehabilitering som greit kan ivaretas på sykestua.
- Kirurgiske pasienter vil i hovedsak dreie seg om pasienter innlagt for observasjon med tanke på hvorvidt kirurgiske inngrep blir nødvendig. Dette tilsvarer observasjonsposter på sykehus.
- Psykiatri og misbruksproblemer (diagnosegruppe P i ICPC).  
Dataene fra Nordkapp viste at sykestuen er et sosialmedisinsk lavterskeltilbud ikke bare overfor eldre, men også for mennesker i yngre aldersgrupper, særlig ved psykiatriske lidelser og misbrukstilstander (10). De siste to gruppene speiler også økende oppgaver i helsetjenesten knyttet til utviklingen av det nye fattigdoms-Norge i dagens velferdssamfunn. Det var totalt 39 innleggelse på sykestueplass på helsesenteret i 1996 under diagnosegruppe P Psykiske lidelser. Gjennomsnittsalder for denne gruppen av pasienter i Nordkapp-materialet var 44 år. Gjennomsnittlig liggetid var 4.0 døgn. Seks pasienter stod for 18 av innleggelsene. 27 skyldtes alkoholmisbruk. Til sammen 10 innbyggere var innlagt under diagnosene angst, depresjon, psykose eller selvmordsforsøk. Sykestua blir også brukt som akutt plass ved behandling av akutt forverring av psykose hos enkelte kronisk psykiatrisk syke, der optimalisering av behandlingen hos et personell som kjenner dem kan bringe sykdommen under kontroll. Tidvis brukes sykestueplass i påvente av at tilbud skal kunne etableres i andre eller tredjelinja. En fant i materialet for

øvrig det som er kjent fra tidligere: Innbyggere med kroniske misbruksproblemer var også betydelig overrepresentert innen for flere av de andre diagnosegruppene. Det er kjent fra andre undersøkelser at den voksende misbrukergruppen også har betydelig høyere dødelighet. Denne undersøkelsen indikerer klart at sykestueplassene har en tilsvarende funksjon i distriktskommunene for psykisk syke som den somatiske sykehus er kjent å ha i vertskommunene for sykehus.

**Gruppe 2** (Pasienter som innlegges elektivt fra hjemmet) omfatter cytostatikabehandling, immunmodulerende behandling, blodtransfusjoner, dialyse, optimalisering av behandling, utredningsopphold, palliasjon og terminalomsorg.

- Cytostatika, palliasjon og terminalomsorg er gjennomgått tidligere.
- Remicade er et immunmodulerende medikament som pr. i dag krever sykehusinnleggelse i forbindelse med kurene som spesielt i forbindelse med inflammatorisk tarmsykdom kan strekke seg over en lang periode. Hos pasienter som har fått sine første kurer på sykehuset uten komplikasjoner vurderer faggruppa at vedlikeholdskurer kan gis på sykestuene.
- Blodtransfusjoner gis ved ferdig utredete anemistilstander i samarbeid med blodbankene på de respektive sykehusene.
- Dialyse er etablert på sykestua i Alta, men faggruppa kan ikke se at det er aktuelt å etablere dette på de øvrige sykestuene.
- Optimalisering av behandling er spesielt aktuelt hos pasienter med diabetes eller hjertesvikt.
- Hos de eldste kan man bruke sykestuene når man prøver ut medikamentell behandling ved Parkinsons sykdom og demenssykdommer. Det samme gjelder ved utredning ved hypertoni og hormonforstyrrelser hvor det kreves opphold på institusjon for prøvetagning.

**Gruppe 3** (Pasienter som overflyttes fra sykehus) utgjør den største gruppen i registreringen i forhold til antall liggedøgn. Samtidig dokumenterer registreringen at de fleste pasientene i denne gruppa utskrives fra sykestua til hjemmet. Sykehuset avgjør hvorvidt pasienten ved utskrivning har behov for sykestueplass eller kan utskrives til hjemmet. Årsaker til at man velger sykestua kan være at pasienten skal ha ytterligere behandling som ikke kan gjennomføres hjemme eller at pasienten har behov for mobilisering/rehabilitering. Erfaringsmessig vil en tidlig overflytting til sykestue være gunstig med tanke på å komme raskt i gang med prosessen for å legge forholdene tilrette for at pasienten skal kunne klare seg hjemme. Personalet på sykestuene vil nødvendigvis ha større kunnskap om hjemmeforhold og det hjelpeapparatet som finnes. For sykehuset betyr sykestuene at man har en sikkerhet for at pasientene kan skrives ut når de anses utskrivningsklare.

**Gruppe 4** (Pasienter som skal innlegges sykehus og som håndteres på sykestua i påvente av forsvarligtransport). Kommunen har et klart ansvar for akuttberedskapen, men spesielle geografiske og klimatiske forhold i Finnmark gjør at akutt pasienter regelmessig må stabiliseres og behandles lokalt før transport til sykehus. Sykestuene har vært avgjørende for å sikre at man har hatt kvalifisert personell til å ivareta denne funksjonen. Vake-prosjektet er en del av telemedisinprosjektet hvor man plasserer telematikkenheter på de respektive akuttplassene på sykestuene og hvor spesialisthelsetjenesten kan veilede det lokale personellet i akuttsituasjonen.

## 7. Generelt om sykestuefunksjonen

Arbeidsgruppen skal spesielt besvare følgende problemstillinger:

- Sykestuene som viktigste samarbeidsarena mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Gjensidig kompetanseheving. Spesialisthelsetjenestens mulighet til å utvikle ønskede tilbud i primærhelsetjenesten.
- Klargjøring av ansvarsforhold – systemansvar og ansvar for den enkelte pasient.
- Sykestuenes plass i den akuttmedisinske tiltakskjede
- Sykestuenes plass i samisk helsetjeneste

### 7.1. Ansvarsforhold

Som for fødestuene og ambulansetjenesten er det nødvendig å klarlegge systemansvar og behandlingsansvar for sykestuene. Systemansvaret for sykestuene må tillegges Helse Finnmark. Dette innebærer at Helse Finnmark må stille klare krav til organisering og drift av sykestuene og sikre at disse kravene oppfylles. Hvis ikke vertskommunen oppfyller disse kravene må foretaket ha sanksjonsmuligheter, i verste fall kunne legge ned sykestuefunksjonen i aktuelle kommune. Samtidig må foretaket bidra til at vertskommunene økonomisk og kompetansemessig kan oppfylle kravene. Faggruppa mener Helse Finnmark må legge opp til regelmessige besøk ved sykestuene, gjerne i forbindelse årlige kommunebesøk som foretaket har planlagt. Foretaket bør også vurdere å bruke praksiskonsulentene for å utvikle en god samhandling mellom vertskommunenes helsetjeneste og foretaket.

Behandlingsansvaret for den enkelte sykestuepasient vil fordeles mellom behandlende primærlege og spesialisthelsetjenesten etter de samme prinsipper som ved telemedisinsk virksomhet generelt. Dette innebærer at behandlende primærlege har ansvar for de vurderingene som blir gjort og behandlingene som blir iverksatt, mens spesialistene har ansvar for den veiledningen som blir gitt. Viser her til rundskriv I-12/2001 fra Sosial- og helsedepartementet (vedlegg 2).

### 7.2. Gjensidig kompetanseheving

Det er vesentlig for å kunne drive desentralisert spesialisthelsetjeneste over sykestueplassene at det skjer en gjensidig utvikling av kompetanse både medisinsk faglig, teknologisk og med tanke på samarbeid. Slike tilbud bør dels gis som ordinære kurs, men kanskje oftere som fagmøter til de enkelte profesjonene, dels i tverrfaglige settinger. Dels kan fagutviklingen være i form av målrettet og tilrettelagt hospitering, dels via telematikk som drøftelsesmøter med felles adgang for et sykestuenettverk og spesialisthelsetjenesten. En kan også tenke seg at konsultasjoner via telematikk med pasienten til stede sammen med en tverrfaglig ansvarsgruppe kan være en god måte å utvikle sykestuefaglighet på.

Det er utvalgets intensjon at samarbeidet omkring sykestuedrift skal gi ringvirkninger til geriatrisk innsats og til sykehjemdrift i sin alminnelighet. Slik kan det tenkes å være en god idé at leger og sykepleiere på sykestua sammen med indremedisiner gjør en systemgjennomgang av medikamenteringsregimene også til alle sykehjemspasientene f eks én gang årlig, i tillegg til den løpende medisineringen av sykestuepasienter som tilsynslege har ansvar for i samarbeid med spesialist. Det bør også vurderes besøk av indremedisiner for å gå gjennom definerte medisinske problemer knyttet til sykehjemspasientene.

Eksempler på kompetansetilbud per i dag rettet fra spesialisthelsetjenesten, høyskoler og universitet:

1. Trombolyseprosjektet med sitt opplæringsprogram og vedlikeholdskursing av innsatspersonellet.
2. BEST-kurset, som retter seg mot utvikling av bedre samvirke mellom innsatspersonell innen akuttmedisinske oppgaver i kommunene.
3. Geriatriprogrammet, som har gjort det mulig å tilegne seg vektfull givende kompetanse individuelt, men i en lokal gruppesetting med undervisning gitt per telematikk og avsluttende eksamen avlagt ved frammøte i Tromsø.
4. Undervisningssykehjemmet, som er et organisert tilbud om deltakelse i et kompetansehevingsprosjekt for sykehjem.

Det finnes også opplæringstilbud allerede i dag som kan være aktuelle for noen sykestuer, slik som for eksempel opplæring i diabeteskunnskap og i dialyse for sykepleiere, utdanning til kreftsykepleier. Vi vet også at spesialisthelsetjenesten tidvis planmessig overfører kompetanse i omhåndtaking av særskilt alvorlig syke samtidig med tilbakeføring av pasient, slik som ved Amyotrofisk Lateral Sclerose.

Kanskje er det også mulig at spesialisthelsetjeneste, høyskoler og universitet kan gå sammen om å utvikle opplæringstilbud særskilt tilpasset sykestuedrift?

Det vises for øvrig til Kap 4.1.1. Personell når det gjelder betydningen av å gi sykestuene adgang også til helseprofesjoner som fysioterapeut, ergoterapeut og kreftsykepleier, og at dette kan tenkes organisert dels interkommunalt og dels i samarbeid med sykehusene. Videre viser man her til at det ambulerende rehabiliteringsteamet ved Kirkenes sykehus og det planlagte geriatrieamet ved Hammerfest sykehus kan ha interessante faglige funksjoner i grensesnittet mellom sykehusene og sykestuene.

### **7.3. Sykestuenes plass i samisk helsetjeneste**

Helse Finnmark kontaktet kommunene Porsanger, Kautokeino, Karasjok, Nesseby/Tana som tilhører det samiske forvaltningsområdet. Av de spurte har vi fått svar fra Karasjok kommune. Dette svaret legges til grunn for besvarelsen av spørsmålene knyttet til sykestuenes plass i den samiske helsetjenesten.

#### ***Hva er det særegne i det samiske forvaltningsområdet når det gjelder bruk av sykestueplasser?***

Pasientene hører til en annen kultur, språk og levested, enn den sykehusene i Finnmark kan tilby og som ikke er standard i utdannelsen som utdanningsinstitusjoner kan tilby. Samtidig som pasientene også i samiske forvaltningsområder blir mer og mer opplyst om sine rettigheter og krav i forhold til helsevesenet.

*Kommunikasjon:* Det er viktig med felles språk mellom pasient og helsepersonell for å ha en fullgod samtale. Det å måtte kommunisere via tolk tar lenger tid og kan fort føre til misforståelser.

*Sykdomsforståelse:* Mange samer har en annen forståelse og årsaksforklaringer på sykdommer enn det som er i lærebøkene. Dette er til dels skjult, men fremdeles høyst levende. Dette gjør at helsepersonell må ha forståelse for dette og samtidig bruke mye lengre tid på å få en pasient til å godta, forstå og følge behandlingsopplegg.

*Pårørende:* Helsepersonell må forholde seg til mange pårørende. Dette for at det er vanskelig å få utpekt ”nærmeste pårørende”. Dette gjelder hvis en har flere barn og ikke ektefelle. Informasjonen må ofte gjentas mange ganger.

*Sesong avhengig:* Behovet for sykestueplasser kan variere etter ”arbeidstyngden” i primærnæringene. Dette kan merkes ved at behovet for helsehjelp melder seg når familien er borte eller opptatt med sitt arbeid.

### ***Har bruken av sykestueplassene endret seg i forhold til intensjonene i kontrakt om sykestueplassene?***

Det er blitt færre liggedøgn på sykehuset for den enkelte pasient slik at hovedtyngden av pasienter som innlegges på sykestue er etter pkt.5, 6 og 7 i intensjonen.

*Pkt. 5 ”Mottak av utskrivningsklare sykehuspasienter”*

*Pkt. 6 ”Kreftbehandling og terminal omsorg”*

*Pkt. 7 ” Rehabilitering, som et alternativ til forlenget sykehusopphold”*

Videre merkes det at både behandlings- og pleietyngden har økt på sykestuepasienter de senere år. Det er mange som har sammensatte lidelser og alvorligere tilstander (eks. respiratorpasient), noe som krever mer kompetanse og kunnskaper, samtidig som det er mer ressurs krevende både av menneskelige og drifts ressurser. Spesielle og sammensatte lidelser krever også tettere oppfølging med legetilsyn. Til tider kan det være stort behov for sykestueplasser, slik at vi også bruker andre senger til dette formålet. Det er naturlig at pasienter søker til sine hjemkommuner ofte på grunn av manglene språk og kulturforståelse på sykehusene, særlig gjelder dette alvorlig syke og terminal pasienter. Dette på grunn av nærhet til familien og trygghet i miljøet.

### ***Hva kan Helse Finnmark gjøre for å forbedre tilbudet til de samiske pasientene på sykestuene?***

Helse Finnmark kan;

- Bidra med å styrke og forbedre språk og kulturkompetansen, både på sykestuene og på sykehusene. Hvis dette blir et krav til sykestuene vil det være med på at dette blir prioritert i kommunene. Kulturforståelse og språk kunnskaper burde være et ufravikelig krav. Viktige aspekter i dette er bl. a. åndelig praksis, betydning av familieforhold og slektskap. Kunnskaper i dette vil bidra til å gi trygghet, tillit og forståelse mellom pasienten og helsepersonell.
- Bidra til kompetanseheving både generelt og i forhold til pasienttilfeller, for eksempel gjennom hospitering, opplæring over telematikk og lignende.
- Bidra til at sykestuene involveres på et tidligere tidspunkt i forhold til pasienter og ikke slik det fungerer i dag først når pasienten er utskrivningsklar.
- Opprette et tverrfaglig team som fungerer som et støtteteam på sykehus for sykestuene, noe som vil føre til at teamet etter hvert vil bli ”kjent med pasienter”, og kunne være faglig veiledere for helsepersonell ut i distriktene. Dette med tanke på pasienter som behandles på sykestuene etter pkt. 3, 4 og 8 i intensjonene.
  - *Pkt. 3 ”Behandling av enklere tilfeller”*
  - *Pkt. 4 ”Lavterskeltilbud til kronisk residiverende syke”*
  - *Pkt. 8 ”Utredning til et visst nivå”*
- Utvikle prehospital akutt samarbeid (eks. trombolyse behandling) med sykestuene.
- Styrke og opprette formell samarbeid mellom sykestuene og ambulanspersonell.
- Formalisere samarbeidet med Spesialistlegesenteret i Karasjok, med oppfølging av pasienttilfeller.

Generelt er det å ha sykestueplasser i kommunen med på gi motivasjon og faglig utfordring til helsepersonell som jobber på sykestuene, noe som gjør at helsepersonelle ser på sitt arbeid

som spennene og utfordrende. Dette er med på å bidra til at helsepersonell ser behovet for faglig oppdatering og kompetanseheving, som igjen øker kvaliteten for tjenesten. Videre bidrar sykestueplassene til at mange pasienter slipper unødvendig reise til sykehuset, som for mange kan være til ukjent språk og kultur.

Helse Finnmark vet at Karasjok har søkt om en nasjonal status for demensutredning i den samisktalende delen av befolkningen først til Helse Nord, deretter til departementet. Dette kan være en fornuftig satsing som primært vil forankres i kommunehelsetjenesten og som vi bør støtte herfra. Vi planlegger å få til et geriatrisk tilbud i Spesialistpoliklinikken i Karasjok og dette vil kunne styrke fagmiljøet og være en del av et samarbeid mellom foretaket og kommunen. Inntil vi har fått mer avtaler på plass i Karasjok er det vanskelig å være mer konkret ut over at antall sykestueplasser trolig bør økes generelt på grunn av økende levealder og pasienter med flere og sammensatte sykdommer.

## **8. Avslutning faggruppa**

Sykestuedrift defineres som en spesialhelsetjeneste. På bakgrunn av erfaringer og resultater fra studier av sykestuer i Finnmark og nasjonalt og regionalt planarbeid de senere årene, argumenteres det for en ny giv for sykestuene, der felles kvalitetsstandarder må utvikles og bruken av plassene må gjøres evaluerbar. Sykestuedrift må omfatte konkrete tiltak for å skape samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, til beste for pasienten i en sammenhengende omsorgskjede. Særlig pasienter som i dag er i knipe mellom behandlingsnivåene (svingdørspasientene) så som kronisk alvorlig syke, ofte eldre med sammensatte sykdommer, kan ha nytte av et sykestuetilbud. Kreftsyke som trenger palliativ behandling er en prioritert brukergruppe. Pasienter som er ”ferdig” behandlet i spesialisthelsetjenesten, men fortsatt trenger medisinsk behandling før de kan sendes hjem, kanskje i form av rehabilitering, er en voksende gruppe. Sykestuene har en nøkkelfunksjon ved terminale sykeleier, og for å sikre en forsvarlig akuttmedisinsk behandlingsskjede. Oppgavene ved sykestuene er faglig utfordrende. Dette vil kunne gjøre primærhelsetjenesten mer attraktiv som undervisningsarena og arbeidsplass.

Det er Faggruppas oppfatning at denne rapporten må legges til grunn for det videre arbeidet i de to arbeidsgruppene for respektive Økonomi og Teknologi. En del av mandatet for Faggruppa kan først utredes, oppsummeres og konkluderes gjennom implementering i det oppfølgende prosjektet, som er bestemt å omfatte sykestuene i Vadsø, Båtsfjord, Alta og Nordkapp. Beregning av det ønskede behovet for antallet sykestueplasser og deres fordeling i forhold til befolkningsgrunnlag og sykdomsforekomster må utstå til vi har et kvalitetssikret og representativt datagrunnlag for dagens drift. Det synes imidlertid å være bred enighet om at sykestueplassene er betydelig underfinansiert per i dag.

## 9. Sammendrag og anbefalinger fra økonomigruppa

### *Kartlegge kostnader ved å drive sykestueplassene*

Kostnadskartleggingen viser at det vil bli vanskelig å anslå en ”vanlig” kostnad pr sykestueplass. Det er store variasjoner i driftsmodeller, tilpasset lokale forhold. Men det er gode holdepunkter for å si at en sykestueplass koster mer enn en sykehjemsplass (Kostra: kr.690.000), og det anslås fra berørte kommuner at kostnad ligger på 800.000 – 930.000 pr plass.

Dersom man skal bruke kommunenes kostnader som grunnlag for DRG refusjoner eller for en stykkprisrefusjon, kan dette gjøres på to måter:

- Det kan gjøres relativt grundige kostnadsvurderinger av driften i den enkelte kommune.
- Det kan beregnes en ”normativ” kostnad, basert på en gjennomsnittlig sykehjemsplass-kostnad, justert for tilleggsytelsene som man ønsker å legge inn (mer pleie, mer legetilsyn osv.).

### *ISF/DRG en mulig finansieringsordning?*

Konverteringstabellen fra ICPC-2 til ICD-10 utgitt av KITH synes ut fra denne undersøkelsen å være medisinsk gyldig og kan brukes til å overføre diagnoser i ICPC-2 på sykestuene til ICD-10. Skal diagnosene for sykestuepasientene brukes for å fastslå inntekter, må det utarbeides gode prosedyrer som sikrer riktige opplysninger.

### *Alternative systemer og kriterier for finansiering*

Prinsipielt er det minst 3 forskjellige finansieringsmåter som kan velges:

- Stykkpris-finansiering.
- ISF-finansiering
- Rammefinansiering.

### *Forslag til implementeringsplan*

For arbeidsgruppe Økonomi framstår ISF finansiering som det mest interessante. Det er særlig to forhold som det må arbeides videre med for at dette skal kunne virkeliggjøres.

- Det ene er kartlegging av pasientene. Det foregår allerede en kartlegging i regi av Helse Finnmark. Styringsgruppa har gått inn for en kartlegging i minst 3 måneder. Det vil også styrke dokumentasjonen av pasientsammensetningen i sykestuene, at det settes inn faglige ressurser fra Helse Finnmark for å standardisere og kvalitetssikre klassifiseringen av pasientene (jfr. telemedisinsk visitt) ved samtlige sykestuer i Finnmark.
- Det andre som trengs nå er en bedre kostnadskartlegging. Kostnader i denne type virksomhet er ikke kartlagt på en grundig måte tidligere. Dersom dette skal utvikles videre som en viktig samhandlingsarena for flere interessenter, er det viktig å vinne mer innsikt i de faktorene som vil påvirke kostnadene. En eller annen form for finansieringsordning knyttet til aktivitet forutsetter at sammenhengen mellom aktiviteten og kostnadene tydeliggjøres. Arbeidsgruppen mener at dette arbeidet må skje med relevant faglig støtte, fortrinnsvis fra Shdir/PaFi.

## 10. Kartlegge kostnader ved å drive sykestueplassene

Arbeidsgruppe økonomi ble enig om å tilnærme seg dette arbeidet ved å se på data fra ulike typer sykestuer, og forsøke å se om vi kunne finne en tilnærmet kostnad pr plass. Det er innhentet regnskapsdata og øvrige synspunkter på kostnadsdata fra sykestuedriften i Alta, Nordkapp og Båtsfjord.

### 10.1. Oversikt over brutto kostnader for 3 ulike driftsenheter med sykestuer

Sykestue og type drift	Alta Sykestue + 4 korttidsplasser sykehjem	Båtsfjord Sykehjem + 2 sykestueplasser	Nordkapp, 35 sykehjemsplasser, 5 korttidsplasser, 3 sykestueplasser.
<b>Totalt antall plasser</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>43</b>
<b>Antall sykestueplasser</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Antall årsverk</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>38</b>
<b>Kostnader:</b>			
<b>4 Varekostnader</b>	<b>1 893 326</b>	<b>531 654</b>	<b>896 609</b>
<b>5 Lønn</b>	<b>7 708 328</b>	<b>6 681 166</b>	<b>14 520 057</b>
<b>6-7 Annen driftskostnad</b>	<b>115 974</b>	<b>381 918</b>	<b>861 183</b>
<b>8 Finansinntekter og kostnad</b>	<b>13 870</b>		
<b>Brutto kostnader alle plasser</b>	<b>9 731 498</b>	<b>7 594 738</b>	<b>16 277 849</b>
<b>Kostnad pr plass</b>	<b>748 577</b>	<b>584 211</b>	<b>378 555*</b>
<b>Årsverk pr plass</b>	<b>1,18</b>	<b>1,22</b>	<b>0,88</b>
Hvilke elementer inngår			
<b>Legetilsyn</b>	<b>Nei, beregnet til 82 000</b>	<b>Nei</b>	<b>Nei</b>
<b>Forpleining(kjøkkendrift og matvarer)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>	<b>Nei</b>
<b>Husleie</b>	<b>Nei, beregnet til 40 000</b>	<b>Nei</b>	<b>Nei</b>
<b>Fysioterapi/Ergoterapi</b>	<b>Nei, beregnet til 31 000</b>	<b>Nei</b>	<b>Nei</b>
<b>Vaskeritjenester og tekstiler</b>	<b>Nei, beregnet til 11 000</b>	<b>Ja</b>	<b>Ja</b>
<b>Adm. Kostnader</b>	<b>Nei, beregnet til 38 000</b>	<b>Nei</b>	<b>Nei</b>

\*: Kommunelegen i Nordkapp oppgir at strukturen på tjenesten har vært mange institusjonsplasser og lite hjemmetjenester. Dette gjør at forholdsvis friske personer antas å få et institusjonstilbud, men med noe mindre ressursbruk. Dette vil dra ned snittkostnad i forhold til andre.

Tabellens øvre halvdel viser plasser, stillinger og faktiske regnskapstall totalt sett for de tre driftsenhetene. I nedre halvdel av tabellen er det vist en del beregnede tall pr plass på bakgrunn av de tallene som er oppgitt for hele driftsenheten.

- Brutto kostnader for hele driftsenheten fremkommer som summering av de ulike typene kostnader(varer, personal, andre driftskostnader, finans). Dette gjelder bare de regnskapsførte kostnadene.
- Kostnad pr plass og årsverk pr plass er en ren matematisk beregning ut fra totaltall
- Legetilsyn er ikke regnskapsført direkte for disse enhetene, men vi har fått en beregnet kostnad for en av enhetene. Legetilsyn er en sentral faktor for å få et høyere nivå på tjenesten, derfor er det interessant å kunne vurdere denne.

- Kostnad til kjøkken/matvarer påløper for alle tre enheter i et storkjøkken. Alta har praktisert en internfakturerings ut på enhetene, og den er med i regnskapet (ca kr.50.000 pr pas/år)
- Husleie kan også trekkes med som en relevant kostnad. Ingen av enhetene har dette med i regnskapet, men Alta kommune har gjort en egen beregning.
- Kostnader til fysioterapeut/ergoterapeut ligger ikke inne i de tre driftsenhetene. Alta kommune har gjort egen beregning.
- Vaskerikostnader er med i regnskapet for to enheter, mens den ikke er med i Alta. Det er også fra kommunene foreslått satt opp en administrasjonskostnad for sykestueplasser, men det er bare Alta som har gjort en beregning av dem.

Det kan teoretisk skilles mellom to beregningsmåter for kostnader;

*Gjennomsnittlig kostnad* – den totale kostnaden fordelt på hver enhet eller funksjon. Dersom man har 100 brukere som betjenes av et kjøkken, summeres alle kostnader for tjenesten på koststedet kjøkken, og dette fordeles likt på alle 100 brukere.

*Marginalkostnad* – den merkostnad som oppstår ved at man utfører en ekstra oppgave i tillegg til dem man allerede har. Eksempelet kan være en kommune som betjener 90 brukere pr dag fra et sentralt kjøkken. Dersom man skal øke med 10 brukere, oppstår det noen merkostnader. Men disse vil ikke nødvendigvis bli like store som tidligere, fordi kjøkkenet allerede er betalt, kanskje også ansatte. Merkostnad kan f.eks. bli varekostnad og noen overtidstimer pr år.

Dette er et eksempel, prinsippet kan anvendes på mange typer kostnader. Og det er spesielt relevant når offentlige instanser samhandler om en oppgave som begge parter ønsker å løse, og der den felles oppgaveløsningen kan gi dem ulike gevinster.

Gruppen har også tatt utgangspunkt i at det er mest interessant med gjennomsnittlig kostnad, og har ikke gjort noen marginalkostnadsberegninger.

## **10.2. Kostnadsstrukturer**

Det antas i kommunene som driver sykestueplasser, at disse plassene har høyere kostnader enn ordinære sykehjemsplasser. Dette er en rimelig antagelse ut fra at behandlingen skal være annerledes og kortvarig. Eksakt hvordan kostnadene påvirkes av dette, har vi ikke full oversikt over. Regnskapsmaterialet er så vidt forskjellig at det er vanskelig å finne sammenlignbare tall. Vi må gjøre noen forutsetninger og vurdere de resultatene som fremkommer i lys av mulige feilkilder. Ut fra kommunenes kartlegginger og enkel regnskapsanalyse, finner arbeidsgruppen det rimelig å anta at økte kostnader kan oppstå i tilknytning til økt sykepleiertjeneste, økt legetilsyn og økt medikamentforbruk. Den undersøkelse som her er gjort, er faktabasert og inneholder ikke noen vurdering av hvordan driften eller kostnadene eventuelt **burde** være.

### **Ressursbruk pleiefunksjon**

Sykepleiertjenesten i Altas modell, som jo er en liten enhet, er satt opp med 15,4 stillinger på 13 plasser. Dette tilsvarer en pleiefaktor på 1,18. For Båtsfjord som også er en liten enhet, er personellfaktor 1,22 mens for Nordkapp er personellbruken 0,88. Det er neppe mulig å uttale noe om stordriftsfordeler eller ulemper i sykestuevirksomhet uten samtidig å vurdere faglige sider ved drifta og hva produksjonen består i. Alta er en rendyrket modell med sykestueplasser og kommunale korttids plasser drevet som en selvstendig enhet. I de øvrige kommunene er sykestueplassene integrert i driften av det lokale sykehjem. Begge modellene kan ha fordeler og ulemper, både faglig og økonomisk. Det er ikke gitt at de mest interessante forskjellene i økonomi her er knyttet til antall senger og organisering. Mer interessant enn slike vurderinger er det kanskje at det i små kommuner ikke er noe alternativ til fullt integrert drift. Nordkapp har for eksempel vist hvordan man driver tre sykestueplasser med fleksibel

plassering på helsesenteret, avhengig av hensyn til smitteforhold (smittsom sykdom/ immundeprimert pasient), kreftpasient, pasient med rusmisbruk eller psykiatrisk sykdom, terminal pasient osv. Det er rimelig å anta at pleietyngden i sykestueplassene over tid vil variere, både i den enkelte kommunen og mellom kommunene. En bedre fortløpende dokumentasjon av hva plassene konkret brukes til kan gi en bedre pekepinn om dette.

Hvor stor ekstra belastning må påregnes av personell:

Pleiere på ordinært sykehjem: 0,88 (bruker Nordkapp som eksempel)  
 (tall fra et ordinært sykehjem uten tilleggsfunksjoner)  
 Pleiere i sykestuefunksjon: 1,18 (bruker Alta som eksempel)  
**Differanse (pga. sykestueplassene?): 0,20 pleier pr plass**

Til sammenligning har medisinsk sengepost i Hammerfest 1,16 pleiere pr seng, mens medisinsk avd. i Kirkenes har 1,33 pleiere pr seng. Dersom dette er relevant, ville det bety at vi skulle beregne et tillegg på ca. 80.000 pr sykestueplass i forhold til sykehjemsplass (20 % stilling, årsverk kostnad 400.000).

### Legetilsyn

Legetimer pr ordinær sykehjemsbeboer er pr uke er 0,27 timer på landsbasis pr (Shdir: IS 1375 Sammenligningstall for kommunene 2006; omhandler 2005-tall. Tabell 24 Indikatorer for kvalitet i kommunens helse- og sosialtjeneste)

Vi har ikke tall fra Nordkapp og Båtsfjord kommune på beregnet legetilsyn pr sykestueplass. Alta kommune beregner 24 timer legetimer pr uke. Fordeles på 13 pasienter, blir da 1,9 timer pr uke. En differanse på 1,6 timer pr uke utgjør ca 5 % av et årsverk. En årsverk pris på 1000000 tilsier et tillegg på kr 50.000 pr plass.

### Kostnader til medikamenter

Medikamentkostnad pr plass er beregnet til:

Alta kr. 80.000  
 I Båtsfjord kr. 26.700  
 I Nordkapp kr. 19.100

Variasjonene er store, og det bør derfor tas forbehold om vi har fanget opp denne type kostnader på samme måte for disse 3 enhetene. Beregningen i Alta er gjort ved å anta at kostnadene på sykestueplasser er ca. 140 % over kostnad på ordinære plasser. Alta kommunes beregninger tyder på en forskjell mellom sykestueplass og korttidsplass på ca. 47.000 kroner. For de andre kommunene er variasjonene sannsynligvis noe mindre. Alta kommunes beregning må antas å være den beste indikator på differansene.

### Kostnad pr. sykestueplass

Ifølge Kostra-tall er gjennomsnittlig kostnad pr sykehjemsplass i Finnmark kr. 690.000 for 2005 (gjennomsnitt nasjonalt: 620.000). Dette varierer, Nordkapp hadde for eksempel en kostnad på 590.000 pr plass. Her skal i prinsippet alle kostnader være med, fra avskrivninger til medikamenter.

For å komme frem til en antatt kostnad pr sykestueplass kan man tenke seg følgende modell:

Faktor	Beløp	Merknad
Total kostnad for sykehjemsplass	690.000	KOSTRA Finnmark 2005
+ mer legetilsyn	50.000	Se diskusjon ovenfor
+ mer bruk av pleiere	80.000	Se disk. ovenfor
+ mer medikamentkostnader	47.000	Se disk. ovenfor
<b>"Antatt" kostnad for sykestueplass</b>	<b>867.000</b>	

Det må understrekes at dette er ment som en illustrasjon og en pekepinn på kostnadsnivå. Vi har ikke grunnlag for å fastslå eksakt kostnad i dette materialet. Alta har gjort en beregning og kommet frem til en antatt kostnad pr plass på kr. 930.000. Denne inkluderer beregnede kostnader til legetilsyn, administrative kostnader, fysioterapi/ergoterapi, blodprøver, husleie, vask/tekstiler. Oversikten finnes på eget dokument fra Alta kommune.

Det må understrekes at det er betydelig variasjonsbredde i de få eksemplene som er undersøkt. Hva dette kan bety: Dersom vi benytter laveste anslag for alle de fire elementene, ville vi kunne få et tall på 590.000 (kostra Nordkapp) + 20.000 (0,6 legetimer ekstra pr pasient) + 0 (ingen merkostnad pleie) + 20.000 (laveste medikamentkostnad) = 680.000.

Nordkapp kommune anslo i 2004 at kostnaden pr sykestueplass var ca. 800.000. Men det er ikke gjort en så grundig kostnadsfordeling der som i Alta.

### **Konklusjon**

Kostnadskartleggingen viser at det vil bli vanskelig å anslå en ”vanlig” kostnad pr sykestueplass. Det er store variasjoner i driftsmodeller, tilpasset lokale forhold. Denne lokale tilpasningen ligger i ordningens natur, det skal jo nettopp være samspillet med primærhelsetjenesten som skal gjøre dette til en god og effektiv tjeneste. Men det er gode holdepunkter for å si at en sykestueplass koster mer enn en sykehjemsplass (Kostra: kr.690.000), og det anslås fra berørte kommuner at kostnad ligger på 800.000 – 930.000 pr plass. Det er et prinsipielt spørsmål om man isteden skal regne en marginalkostnad på denne type kostnadsrefusjon. Det er ikke undersøkt her.

Dersom man skal bruke kommunenes kostnader som grunnlag for DRG refusjoner eller for en stykkpris refusjon, kan dette gjøres på to måter:

- Det kan gjøres relativt grundige kostnadsvurderinger av driften i den enkelte kommune.
- Det kan beregnes en ”normativ” kostnad, basert på en gjennomsnittlig sykehjemsplasskostnad, justert for tilleggsytelsene som man ønsker å legge inn (mer pleie, mer legetilsyn osv.).

## **11. ISF/DRG en mulig finansieringsordning?**

Gruppen hadde følgende alternativ:

En full gjennomgang av en gitt pasientpopulasjon, der journalen måtte gjennomgås av lege fra spesialisthelsetjenesten og bli kodesatt på vanlig måte.

Bruk av overordnede data om pasienter i sykestuene, gjort som ledd i ordinær registrering av virksomhet, ved sykepleiefaglig rådgiver i helseforetaket. Ut i fra beskrivelsene kan man oversette ICC koder til ICD10-koder. Gruppen valgte å utrede alternativ 2.

### **11.1. Metode**

Gruppen gjorde bruk av data om pasienter i sykestuene, gjort som ledd i ordinær registrering av virksomhet, ved sykepleiefaglig rådgiver i Helse Finnmark. Vedkommende har kartlagt bruken av sykestuer i Vest-Finnmark.

Det ble gjort et uttrekk av 2 måneders innleggelser (totalt 205 innleggelser med koder) ved 2 sykestuer; Alta og Nordkapp med tilhørende ICPC koding. Det er også gjort et uttrekk på 4 måneders innleggelser på sykestua i Hasvik (26 innleggelser).

Diagnoser for disse oppholdene ble oversatt fra ICPC til ICD10. Oppholdene ble klassifisert til gjeldende DRG og vektet i henhold til dette.

Av oppholdene som ble konvertert ble det foretatt ett tilfeldig utvalg av 30 opphold. Konverteringen fra ICPC til ICD10 når det gjelder disse oppholdene ble kvalitetssikret av medisinsk lege i foretaket i samarbeid med kommuneleger i Alta og Nordkapp. En gjennomgang av vektingen viste at gjennomsnittlig DRG vekt er på 0,66 DRG for Alta og 0,53 for Nordkapp eksklusiv opphold som omhandlet kreftkurer. En sjekk av oppholdene ved Sykestua i Hasvik med 26 innleggelser i 2. tertial viste en gjennomsnittlig vekt på 0,55 DRG poeng.

Vi antar at snittvekt for øvrige sykestueplasser er mindre enn for de undersøkte og anslår en gjennomsnittsvekt på 0,5 for alle oppholdene i Finnmark.

Deretter undersøkte vi med sykepleiefaglig rådgiver og avdelingsleder ved Avdeling for koordinering om hvor mange innleggelser det var ved sykestuene totalt i 2005.

Antall innleggelser i Vest: 2046

Antall innleggelser i Øst: 1526

Totalt antall innleggelser: 3574

Ytterligere analyse av dataene;

Kreftkurer: Av 208 undersøkte opphold gjelder 28 kreftkurer. Ved andre sykestuer er innslaget kanskje ikke så stort. Men det er mulig at ca. 10 % av oppholdene skyldes dette.

Antall opphold ekskl. kreftkurer, kan anslås til ca. 3200.

Dersom det er 3200 pasient innleggelser og en vekt på 0,5 poeng, vil det si at antall drg poeng anslås til 1600 poeng. Med dagens ISF system med 40 % refusjonsandel tilsvarer dette en inntekt på 19,8 millioner kroner.

Vi har da ikke tatt med mulige reduksjoner dersom oppholdene blir samordnet mellom sykestueplass og sykehus. Men i det analyserte materialet ser vi at ca. 10 % av pasientene skrives ut til sykehus. Dialyse registreres ikke som pasient på sykestua.

En inntekt på 20 mill med 40 % finansiering er en betydelig inntekt. Dersom både kommuner og helseforetaket skal få løst sitt finansieringsproblem med disse plassene, er det behov for i størrelsesorden 32-37 mill.kr. Selve stykkprisen vil ikke være nok, men dersom også hele eller deler av basisbevilgningen oppjusteres i forhold til dette vil det kunne gi en løsning. Dersom alle forutsetninger over holder, så har vi her en indikasjon på at DRG-finansiering ville kunne være en vei å gå for å finansiere plassene. En annen sak er om kostnadsstrukturen i sykestuene er slik at refusjonen vil bli den samme som for sykehus. Inntektene i DRG-systemet bygger på beregnede gjennomsnittskostnader ved pasientbehandlingen. Dersom sykestuene skulle få DRG-finansiering vil det sannsynligvis måtte gjøres separate beregninger av kostnadsvektene, noe som vil kunne gi en annen kostnadsstruktur for sykestuene enn for sykehus. Det vil da være opp til de som er ansvarlige for beregningsmetodikken i DRG-systemet, i siste instans Helse- og omsorgsdepartementet, å avgjøre om dette også bør innebære andre refusjoner for sykestuene. Dette spørsmålet kan bare besvares ut fra mer nøyaktige kostnadsdata og ut fra vurderingene hos sentrale beslutningstakere. Det er ikke gått videre inn på denne problemstillingen i denne begrensede rapporten, men det er et forhold som man må være oppmerksom på.

## **11.2. Rapport om diagnosesetting på sykestuene i Nordkapp og Alta**

### **Materiale og metode**

For å sjekke de beregnede DRG poengene, ble det igangsatt en kontroll av om journalene tilsa de hoveddiagnosene som var foreslått på grunnlag av registrerings skjemaene. Et utvalg på 30 innleggelser på sykestuene i Nordkapp og Alta for perioden mai/juni 2005 er gjennomgått. Innsamling av data er utført av sykepleiefaglig rådgiver i foretaket. Hvert opphold er kodet med ICPC-2-kode som er konvertert til ICD-10 ved hjelp av en konverteringstabell fra KITH, 2007-03-27 Styresak 17-2007-2 Samlerapport- sykestuefunksjonen i Finnmark.doc.

Kompetansesenter for IT i helse og sosialsektoren. For å kvalitetssikre konverteringen mht rett diagnose er hvert opphold gjennomgått av en assistentlege ved medisinsk avdeling ved Hammerfest sykehus. Deretter er det hele gjennomgått og godkjent av avdelingsoverlegen ved samme avdeling ved dette sykehuset. Det er ikke gjort ytterligere vurderinger med hensyn på DRG poeng, DRG poengene følger av hoveddiagnoser og bi-diagnoser. Beregningen av DRG er gjort ved å legge inn hoveddiagnose og eventuelle bi-diagnoser. Beregningen er foretatt og kontrollsjekket av to av Økonomiavdelingens medarbeidere.

### **Resultat**

11 av 30 pasientnavn har ikke hatt kontakt med sykehuset, mens 19 har hatt en kontakt før eller etter med sitt lokalsykehus i Hammerfest. En av dem også ukjent i kommunelegenes pasientjournal. Det foreligger flere feil i materialet vedr. fødselsdato, navn og kjønn. 2 av oppholdene var kodet med en annen ICPC kode av kommunelegen i deres journalsystem enn oppført i vårt materiale. For øvrig var de fleste oppholdene riktig i forhold til diagnose i ICPC og ICD-10, og konverteringen kunne brukes.

### **Diskusjon**

En forutsetning for å undersøke diagnosesettingen er at man har riktige opplysninger om oppholdene. Det ble oppdaget flere feil både med registrering av personalia og diagnoseformidling. Ifølge kommunelegen i Nordkapp, kan det være andre enn leger som formidler informasjon om diagnosekoden, noe som fører til misforståelser underveis. Blir det satt feil ICPC kode, blir selvfølgelig konvertering til ICD-10 feil. Det er ikke oppdaget reell feil i selve diagnosesettingen på sykehus eller av kommunelegen i undersøkelsen. Skal kodingen på sykestuene brukes for å oppnå inntekt, må det være prosedyrer som sikrer at opplysningene blir korrekte i prosessen.

Konverteringstabellen som er benyttet er ansett pålitelig og godkjent av Sosial- og helsedirektoratet.

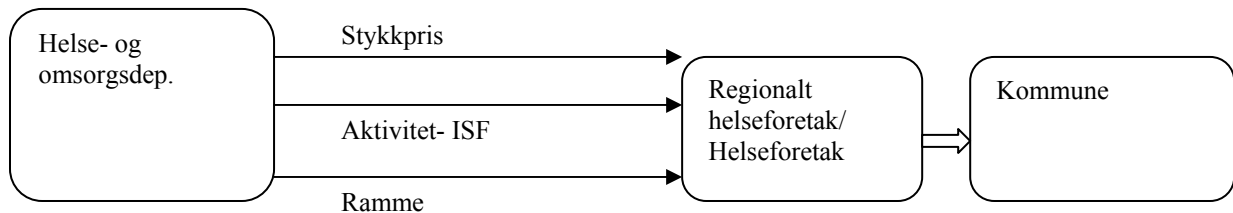
ICD-10 er sykdomsklassifikasjonen utgitt av Verdens helseorganisasjon og brukes i sykehus i Norge, mens ICPC-2 er den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. ICPC kodesystemet er generelt sett mindre detaljert enn ICD-10. Derfor kan konvertering fra ICPC til ICD-10 generere en uspesifikk diagnose, selv om den ikke direkte er feil. Vanskeligheten blir hvis en pasient overflyttes fra sykehus med ICD-10 kode og får ICPC kode på sykestua, da kan konverteringen tilbake til ICD-10 bli en annen diagnose enn opprinnelig. Dette er det eksempler på i materialet. Det er ikke vurdert hvordan dette påvirker DRG poeng.

### **Konklusjon**

Konverteringstabellen fra ICPC-2 til ICD-10 utgitt av KITH synes ut i fra denne undersøkelsen å være medisinsk gyldig og kan brukes til å overføre diagnoser i ICPC-2 på sykestuene til ICD-10. Skal diagnosene for sykestuepasientene brukes for å fastslå inntekter, må det utarbeides gode prosedyrer som sikrer riktige opplysninger. Et alternativ kan være å klassifisere sykestuepasientene direkte på grunnlag av ICD-10 diagnoser.

## 12. Alternative systemer og kriterier for finansiering

For en robust og kostnadsdekkende finansiering kan det tenkes flere alternativer når det gjelder finansiering til helseforetaksnivået. Finansieringen mellom helseforetak og kommune vil ikke nødvendigvis ha noen sammenheng mellom den finansieringsmodellen som det sentrale nivået velger. Finansieringen mellom nivåene kan fremstilles som i figuren nedenfor, der fokuset er på finansieringen fra departementet. De ulike måtene kan også brukes mellom helseforetak og kommune.



Prinsipielt er det minst 3 forskjellige finansieringsmåter som kan velges. Disse har ulike virkninger:

- **Stykkpris finansiering.** Sentrale myndigheter godkjenner en fast sum pr sykestueplass som gis til helseforetaket som alternativ til ISF finansieringen som gis til sykehus. Et slikt refusjonssystem forutsetter en tydeliggjøring og kvalitetssikring av det arbeidet som skal gjøres i sykestuene, på linje med det faggruppa har diskutert. I tillegg bør det foretas en egen kostnadskartlegging for å klargjøre kostnader pr plass i forhold til de krav som stilles. Det blir da viktigere å klarlegge hvilke aktiviteter og tilhørende kostnader som man ønsker å ha i sykestuevirksomheten, enn å forsøke å avdekke fortidens kostnadsstrukturer. Stykkprisfinansiering av sykestueplasser fra departementet kan innebære full eller delvis finansiering av de driverkostnadene kommunene har. Dagens ordning er et tilskudd fra helseforetaket til kommunens drift, ikke en modell som dekker reelle totale kostnader. Som vist antas det at en sykestueplass har en kostnad på kr. 800.000-930.000. pr år. Helseforetaket dekker i dag 50-60 prosent av kostnaden hvis dette kostnadsestimatet holder. Det kan diskuteres ulike grader av kostnadsdekning og deling mellom nivåene i en slik modell. De nasjonale trender, med eldrebølge og fokus på samhandling mellom nivåene, gjør jo dette aktuelt som et prøveprosjekt i Finnmark for en ny nasjonal finansiering.
- **ISF finansiering,** der inntektene går til helseforetaket. Denne er redegjort for tidligere. Den totale refusjonen som foretaket får, inkludert eventuelt rammetilskudd for denne nye ISF virksomheten, forutsettes fordelt til kommunene. Kommunene totalt får refundert det som helseforetaket får, men hver enkelt kommune får en gjennomsnittlig effekt og uten at tilskuddet reduseres opp eller ned i takt med endring i DRG produksjon. Det motsatte kan også tenkes, at den enkelte kommune får refundert etter DRG-system. Ved en slik vurdering er det viktig å ta med at DRG-systemet tar utgangspunkt i ”de store talls lov” og innrettet på å finansiere store pasientvolumer; følgelig kan ikke et slikt system forutsettes å gi treffsikre eller rettferdige beregninger på avdelings- eller enkeltlidelsesnivå.
- **Rammefinansiering.** Dersom det forutsettes at dette ligger i rammen fra før vil det ikke utløse noen ressurser, dvs. ingen spesiell finansiering. Dette vil i verste fall kunne innebære nedlegging av sykestueplasser, noe som ville kunne medføre åpenbart negative effekter:

- Uten sykestueplasser, ville det bli flere innleggelser i sykehus, men hvor mange flere, er ikke mulig å fastslå. Ved reduksjon av sykestueplasser på 90-tallet gjorde Finnmark fylkeskommune den erfaring at innleggelsene ikke økte i noen særlig grad. Siden det gjaldt en reduksjon, ikke en nedleggelse, vil jo effekten kunne bli større i dag. I to forskningsarbeider fra 15 og 30 år tilbake, anslo man besparelsen i sykehusinnleggelser til å være 40-45% av sykestueinnleggelsene. Den teknologiske utviklingen gjør at potensialet for færre sykehusinnleggelser ved bruk av sykestuer sannsynligvis er større enn tidligere.
- Det vil også medføre en økning i transportbehovet. Dette vil få konsekvenser for kostnader og for pasientene. I hovedsak dreier dette seg om eldre pasienter, og det er liten tvil om at flere reiser er en påkjenning for pasientene.
- Sykehusene vil få ISF inntekt på de pasientene som blir innlagt. Om dette vil dekke kostnadene avhenger av pasientsammensetning, organisering, ISF andel osv.
- Kommunene vil miste dagens tilskudd, men samtidig slippe en del behandlingskostnader. Kommunene vil fremdeles slite med gråsoneproblematikk
- Både helseforetak og kommuner mister en strukturert samhandlingsarena.

### **13. Forslag til implementeringsplan**

For arbeidsgruppe Økonomi framstår ISF finansiering som det mest interessante. Det er særlig to forhold som det må arbeides videre med for at dette skal kunne virkeliggjøres.

Det ene er kartlegging av pasientene. Det foregår allerede en kartlegging i regi av Helse Finnmark. Styringsgruppa har gått inn for en kartlegging i 3 måneder. Dette gjøres ved at faggruppa/koordinator for Helse Finnmark i fellesskap har redigert skjemaet som brukes i den eksisterende kartleggingen. Det vil også styrke dokumentasjonen av pasientsammensetningen i sykestuene, at det settes inn faglige ressurser fra Helse Finnmark for å standardisere og kvalitetssikre klassifiseringen av pasientene (jfr. telemedisinsk visitt) ved samtlige sykestuer i Finnmark. Det legges derfor opp til en supplerende prospektiv undersøkelse der pasientene ved alle sykestuene registreres over en periode på flere måneder. I en slik prospektiv undersøkelse blir det også viktig å dokumentere hvilke prosedyrer (kirurgiske og medisinske) som tas i bruk overfor de pasientene som behandles ved sykestuer og deretter sørge for at disse kodes på en systematisk og adekvat måte. I DRG-systemet vil informasjon om anvendte prosedyrer kunne styre pasientene til andre DRGer enn om det bare er registrert diagnosekoder. For å unngå feil refusjon må følgelig dette fanges opp i kartleggingen av sykestuepasientene.

Det andre som trengs nå er en bedre kostnadskartlegging. Kostnader i denne type virksomhet er ikke kartlagt på en grundig måte tidligere. Dersom dette skal utvikles videre som en viktig samhandlingsarena for flere interessenter, er det viktig å vinne mer innsikt i de faktorene som vil påvirke kostnadene. Og dersom det skal finansieres i den ene eller annen form knyttet til aktiviteten, må sammenhengen mellom aktiviteten og kostnadene tydeliggjøres. Det er sterkt ønskelig å komme raskt i gang med dette. Helseforetaket og kommunene bør imidlertid ha støtte fra et kompetansemiljø innen kostnadskartlegging. Denne faglige støtten er viktig for å sikre at man går inn på et nytt kostnadsområde med basis i anerkjent og velprøvd metodikk. Dette er også viktig for at alle involverte kan ha tillit til de resultatene som fremkommer. Arbeidsgruppen mener at dette arbeidet må skje med relevant faglig støtte, fortrinnsvis fra Shdir/PaFi.

## 14. Konklusjon økonomigruppa

Med de forbehold som er nevnt foran, er kostnader ved en sykestueplass beregnet å ligge i størrelsesorden 800.000 – 930.000,-. Arbeidsgruppa for økonomi vil anbefale at det arbeides videre med å få sykestuedriften inkludert i DRG-systemet. Det antas at dette kjente verktøyet er et mer robust og stabilt finansieringssystem enn en stykkprisrefusjon uten tilknytning til det ordinære inntektssystemet i sektoren. Det er en betydelig oppgave å kartlegge kostnadsstrukturen i detalj, noe som antas å være en forutsetning for å innlemmes i ISF. Dette burde likevel være overkommelig, forutsatt at det gjøres et konkret kostnadsvektarbeid. Det er selvfølgelig en viss risiko for at inntekspotensialet kan bli mindre enn antatt, dersom andre kostnadsvekter enn de som legges til grunn for sykehusfinansieringen blir lagt til grunn for eventuell aktivitetsbasert refusjon til sykestuene. Den foreløpige kodingen som er forsøkt på et utvalg sykestuepasienter, gir imidlertid holdepunkter for å anta at pasientene på en meningsfull måte kan registreres inn i DRG-systemet. For å verifisere dette på en kvalifisert måte, forutsettes en nærmere kartlegging av pasientene og bedre registrering i forhold til sykehusenes codesystem. Det er ingen grunn til å vente med en slik pasientkartlegging. Det er ønskelig å snarest komme i gang med et kostnadsvektarbeid. Prosjektet er derfor i dialog med Shdir/PaFi om veiledning og assistanse for å kunne utføre et slikt arbeid.

## 15. Oppsummerende vurderinger av sykestuedrift i grensesnittet mellom primærhelsetjeneste og helseforetak

Undersøkelsen av sykestuedrift fra 1988 anslår at over 40 % av innleggelsene ved sykestue sparte sykehusinnleggelse (Mamen og Nylenna, ref.s.6). I sitt doktorgradsarbeid for perioden 1990-94 anslo Aaraas at opp til 45 % av innleggelsene ved sykestuene sparte innleggelse ved sykehus. For den samme perioden dokumenterte han at aldersjusterte liggedagsrater på sykehus pr. 1 000 innbyggere for de ti vanligste sykestuediagnosene var signifikant lavere for sykestuekommuner enn for de kommunene som hadde vertsfunksjon for sykehus. For fem av sykestuediagnosene var disse liggedagsratene for befolkninger i sykehuskommunene over 100 % høyere enn for befolkninger i kommuner med sykestue (ref.s.6-7). Benchmarking av Helse Finnmark i 2003 viste at vertskommunene for de to sykehusene i fylket hadde betydelig større forbruk av sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere enn sykestuekommunene (ref.s.9). Tallmateriale gjengitt tidligere i denne rapporten anslår at en tiltakende andel av pasientene ved sykestueplassene er utskrevet dit fra sykehusene for videre behandling og rehabilitering. Videre er det dokumentert at den overveiende andelen av disse pasientene etter en tid skrives ut til hjemmet.

Ulikhetene i forbruk av tradisjonelle spesialisthelsetjenester mellom kommunene relatert til om man har sykestue eller sykehus, er ikke overraskende. Det er naturlig at sykehusene også har sykestuefunksjoner for sine vertskommuner. Derimot kan en spørre om innbyggerne i sykestuekommuner har samme tilgang på tilstrekkelig god kvalitet på medisinske og sykepleiefaglige tjenester som personer med hjemsted i større nærhet til sykehus. Når utvalget vurderer innleggesstatistikk ved sykehus og på sykestuer samlet, må det tolkes det slik at sykestueplassene bidrar til en utjevning av forskjeller i tilgang på og forbruk av en del nødvendige helsetjenester. Dette reiser spørsmålet om hva alternativet er til fortsatt sykestuedrift i kommuner med lange avstander til spesialisthelsetjenesten, både i faglig forstand og med hensyn til kostnader. Sykestueutvalgets arbeid tar utgangspunkt i de gode erfaringene med sykestuedrift i Finnmark over mange tiår, og fokuserer betydningen av å etablere systematiske kvalitetskrav til driften, en faglig og organisatorisk samordning med spesialisthelsetjenesten og gode metoder for evaluering. Utvalget antar at innsparinger i

utgifter ved sykehus knyttet til drift av en sykestueseng mer avhenger av det faglige nivået på sykestuemedisinen enn av antallet plasser.

Med økende avstand til sykehus minsker sannsynligheten for å legge inn en pasient på sykehus, dersom en kan klare å etablere et tilfredsstillende tilbud lokalt. Dels vil det også være vegring hos vaktlegen mot å starte syketransport av en pasient til sykehus, som man rent medisinskfaglig finner å kunne ta hånd om i kommunen. Det gjelder nok særlig ferdig utredede pasienter med forverring av en kjent sykdom og der det er definert hvilke tiltak som skal iverksettes. Dette er voksende pasientgrupper. Dessuten svekker utsending av ambulansebil til sykehus beredskapen, - kanskje for 6 timer (eksempel Nordkapp). Egeninteressen til pasienten som skal transporteres, er ikke uvesentlig. En så lang tur, kanskje for noen få dager, oppleves særskilt av gamle mennesker ofte som belastende. Klimatiske forhold vinterstid er regelmessig et tilleggsmoment for å unngå ”unødvendige transporter”, dvs. transporter som ikke er mer nøkternt medisinskfaglig betinget. I disse små lokalsamfunnene, der det som oftest er en personlig relasjon mellom lege og bruker, og der vaktlegen til enhver tid har oversikt over og disponerer de totale helsetjenesteressursene, vil muligheten for lokal håndtering regelmessig tillegges større betydning enn i større samfunn. Dette er nettopp noe av distriktsmedisinens særpreg. Tilgangen på sykestueplasser gjør at en systematisk kan praktisere denne kombinasjonen av medisinskfaglige og samfunnmessige vurderinger. Slik kan sykestuetilbudet bidra til en bedre tilgang på helsetjenester for større pasientgrupper i små lokalsamfunn mer lik dem man finner i sykehusnære samfunn.

De samfunnmessige innsparingene ved bruk av sykestue framfor sykehus i de tilfellene dette er faglig bra, har fått større aktualitet de senere årene. Utgifter til transport av pasienter framstår som svært interessant i et fylke som Finnmark, der det for mange lokalsamfunn ville være store avstander til spesialisthelsetjenesten selv om man hadde hatt tre sykehus. Helse Finnmark bruker årlig 120 millioner kroner til transport. Utvalget anser en modernisering av sykestuedriften, slik det er drøftet tidligere i denne rapporten, som et helt vesentlig bidrag til å omgjøre transportøkonomi til helsetjenesteyting. Av andre tiltak som på en interessant måte kan ta ned utgiftene til transport, vil utvalget særskilt nevne utplassering av et moderne digitalisert røntgenapparat ved de større sykestuene, slik at bildene kan overføres via Norsk Helsenett til sykehusene for tolkning. Samfunnskostnadene knyttet til lysbehandling av personer med mer alvorlig psoriasis og med atopisk eksem kan også reduseres på en interessant måte, dersom det etableres lysbehandlingsenhet ved helsesentra. Disse siste pasientgruppene er kanskje ikke de største, men i dag mottar de færreste av pasientene med medisinsk indikasjon slik behandling i det hele tatt, fordi behandlingssentrene er for langt borte. De vesentligste av utgiftene, når lysbehandling likevel gis, er det arbeidsgiver som må betale gjennom ansvaret for de første 17 sykedagene. Det siste er et eksempel på at samfunnsøkonomi, foretaksøkonomi, kommuneøkonomi og individuell økonomi kan framstå svært ulikt avhengig av fokus og regnskapets fokus og oppsett.

Utviklingen i levetidsutsikter i Finnmark ligger 30 år etter det vi finner i Sogn og Fjordane (SHdir rapport 2006). Det synes rimelig å anta at den økte dødeligheten også må medføre en relativt tidligere aldring i befolkningen i Finnmark med tilhørende tidligere innsettende økt behov for medisinske tjenester på alle nivåer. Relatert til den økte dødeligheten i Finnmark har fylkesmannen foreslått at beregningsgrunlaget for sykehjemsplasser i fylket skal være 25 % av befolkningen  $\geq 75$  år, mens det i landet sett under ett har vært brukt 25 % av befolkningen  $\geq 80$  år.

Parallelt med den raske økningen av eldre og gamle eldre i befolkningen øker presset på sykehusene. Særlig gjelder dette de medisinske avdelingene. Dersom tilbudet ved sykehusene skal ta hånd om det meste av dette, må det finne sted en betydelig utbygging i årene framover.

Utvalget anser at en større lokal håndtering av grupper av eldre, kronisk syke på sykestueplassene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kan avlaste sykehusene. Både helseforetakene og kommunene må uansett møte denne geriatriske utfordringen med økt kompetanse og større volum på tjenestene. En bedre formalisering av samarbeidet på tvers av behandlingsnivåene er en forutsetning for en bedre omhåndtning av sammenhengende pasientforløp. Utvalget anser sykestuedrift som et vesentlig bidrag til å ta vare på og videreutvikle LEON prinsippet i helsetjenesten i Finnmark. De store avstandene aktualiserer dette på en særlig måte. Ved at sykestuene avlaster sykehusene får sykehusene også bedre anledning til å gjøre riktigere prioriteringer og korte ned på ventetiden for elektive innleggelser.

På denne bakgrunn vil sykestueutvalget oppsummere med at man først bør sikre en modernisert faglig drift av sykestueplassene, som en spesialisthelsetjeneste integrert med primærhelsetjenesten. Når en oppdatert finansiering er på plass, bør man vurdere å øke antallet sykestueplasser for å støtte opp om en slik tilpasset spesialisthelsetjeneste nærmere brukerne og til en rimeligere utgift enn alternativene.

## Litteraturreferanser

Nr.	Forfatter /utgiver	Tittel
1	Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D	Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten. Tidsskriftet Nor Lægeforening 2000; 120: 702-5
2	Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord juli 2002.	Samhandling er godt for helsa! Forslag til tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.
3	Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse Finnmark	Samarbeid og samordning av spesialisthelsetilbudet i Finnmark. 11022005.
4.	Norges offentlige utredninger.	Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Seksjon statens trykning, 1998.
5	Mamen K, Nylenne M.	Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskriftet Norsk Lægeforening 1977; 97: 507-10.
6	Aaraas I.	Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. ISM skriftserie. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø 1998.
7	Aaraas I.	Fylkesnes K, Førde OH. GP's motives for referrals to general hospitals: does access to general practitioner beds make any difference? Fam Pract 1998; 15: 252 – 8.
8	Aaraas I, Førde OH, Kristiansen IS, Melbye H	Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark County in North Norway. J Epidemiol Community Health 1998; 52: 243 – 6.
9	Langfeldt E, Aaraas I.	Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskriftet Nor Lægeforening 2000; 120: 695-9
10	Event AS. Oslo	Benchmarking av Helse Finnmark HF. 27. januar 2003.
11	Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF. 2.mai 2005	Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord.
12	Helsedepartementet St.prp.nr. 61	Nasjonal Kreftplan 8 (1998-2003)
13	NOU 1999:2	Livshjelpsutvalgets rapport
14	Rapport fra utvalg nedsatt av regjeringen. 17.10.2003.	NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste."
15	St.meld. nr. 5 (2003-2004)	Stortingsmelding om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten