

Bruken av sykestueplassene i Nordkapp

AKTUELT PROBLEM

ERIK LANGFELDT

Nordkapp helsesenter
9750 Honningsvåg

IVAR AARAAS

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Vi undersøkte de 414 innleggelsene i tre sykestueplasser i Nordkapp i 1996, slik de kvartalsvis ble innberettet til fylkeshelsesjefen. 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. Hjerte- og karsykdommer utgjorde 24,2 %, muskel- og skjelettsykdommer 12,8 % og luftveislidelser 12,6 % av innleggelsene. Pasienter ≥ 60 år utgjorde 55,8 % av belegget og la beslag på 80,6 % av liggetiden. Vi fant tre innleggelse per fem innbyggere i aldersgruppen ≥ 80 år, mens to av fem faktisk hadde ett eller flere opphold. 65 av alle pasientene (15,7 %) hadde to eller flere innleggelse og svarte samlet for 60,5 % av all liggetid. 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 langtkommen kreftsykdom og ved terminal omsorg. Sykestuen er sentral i den daglige beredskapen.

Sykestuen er en institusjon som er hjemlet i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus. Sykehusloven definerer 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.» 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 (1). I en studie fra Finnmark i 1990-årene gjorde Aaraas funn som i stor grad bekreftet dette (2). Aaraas fant ikke at sykestuene forsinket spesialistdiagnostikk ved sykehus (3).

1.1. 1996 bodde det 3 852 mennesker i Nordkapp. Helsesenteret omfatter legekontorer, fysikalsk avdeling, opptreningsleilighet, fødestue og 39 institusjonsplasser. Institusjonsplassene utgjør 21 ordinære sykehjemsplasser, åtte plasser for aldersdemente, fem kommunale korttidsplasser, to fødesenger og tre sykestuesenger inklusive akuttstegen. Selv om sykestueplassene i Nordkapp er redusert fra seks til tre siden 1988, mener vi at de fortsatt er et viktig element i helsetjenestens samlede tilbud. De fleste som sendes på bære til sykehus fordi de trenger akutt innleggelse, får først et opphold i sykestuen for nærmere undersøkelse og eventuell primærbehandling. Transporten videre til Hammerfest sykehus foregår enten i ambulansebil via ferge (45 min) og landevei (2 t) om kjøreforholdene er optimale, eller med ambulansefly fra Alta (ventetid 1 – 2 t og 15 min flytid). Klimatiske forhold tilsier at pasienten vinterstid kan få en lengre ventetid i sykestue i påvente av at fly kan lande. Inntil sommeren 1999, da det kom tunnel, har transporten måttet samordnes med fergetidene, noe som også har gitt ventetid.

I tilknytning til en sykestuedebatt i Finnmark i 1997 begynte vi å undersøke hvordan vi hadde brukt sykestueplassene ved Nordkapp helsesenter det foregående året. Hvilke pasientgrupper var brukere av sykestueplasser i 1996 og hva karakteriserte dem? Hvordan samsvarer våre funn med konklusjonene i tidligere undersøkelser? Kan det tenkes at sykestuedriften medfører et lavere forbruk i kommunens befolkning av somatiske innleggelse ved sykehus? Undersøkelsen er dels ment som en evaluering av egen virksomhet, men vi har også ønsket å formidle våre erfaringer til helsepersonell, politikere og aktuelle planleggere.

Materiale og metode

I denne studien, som omfatter alle innleggelsene i sykestuen i 1996, var hovedkriteriene for å bli sykestuepasient følgende:

- – Undersøkelse og stabilisering før videreforsendelse til sykehus
- – Observasjon og behandling av pasient som ville blitt sendt til sykehus om man ikke hadde sykestueplass tilgjengelig
- – Mottak av pasient utskrevet fra sykehus, som måtte ha forlenget sitt opphold om sykestueplass ikke fantes.

Lege og sykepleier definerte på et eget kort ved innleggelsen om pasienten ble plassert i sykestueplass eller kommunal korttidsplass. Pasientopplysningene ble siden registrert på data og kvartalsvis innberettet til fylkeshelsejefen som standardisert beleggstatistikk for de tre sykestueplassene. Kvartalsrapportene inneholdt ikke navn, men opplysninger om innleggelsesdato, fødselsdato, antall liggedøgn, kjønn og diagnosekode i henhold til International Classification of Primary Care (ICPC-kode). I tillegg var det opplysninger om totalt antall pasienter innlagt i perioden, totalt antall liggedøgn, normert antall liggedøgn og pasientbelegg i prosent. Det registreres kun e...n hoveddiagnose ved innleggelsen. Denne undersøkelsen bygger retrospektivt på kvartalsrapportene.

For alle pasientene ble journalen gjennomgått manuelt. I den forbindelse ble et mindre antall opplagte feilkodinger korrigert. Ved journalgjennomgangen registrerte vi om pasienten ble overført til sykehus, ble tilbakeført til sykestue, ble hjemsendt eller døde. Videre undersøkte vi fordelingen av pasientene på de 14 hovedgruppene av diagnoser og på underdiagnosene, samt fordeling på alder og kjønn. Det ble gjort særskilte analyser av pasienter med flere innleggelser og av bruken av sykestueplassene i forhold til kommunens befolkning. Ved den siste analysen holdt vi utenfor 50 innleggelser av pasienter som ikke hørte hjemme i Nordkapp. Ved hjelp av offisiell statistikk på kommunenivå har vi også sammenliknet bruken av sykehusplasser per innbyggere i Nordkapp kommune for årene 1993 – 96 med vertskommunen for det aktuelle lokalsykehuset og med nasjonale tall.

Resultater

Totalt bestod materialet av 414 innleggelser, fordelt på 292 pasienter. Disse hadde til sammen 2 078 liggedøgn, 81 % over det normerte tallet. 88 % av innleggelsene gjaldt personer hjemmehørende i Nordkapp. Resten gjaldt tilreisende med midlertidig opphold i kommunen.

Kjønn og alder

Blant de 414 innlagte var det 211 kvinner og 203 menn. Gjennomsnittsalder var 58 år, og for kvinner og menn respektive 60 år og 56 år. 63,3 % av kvinnene var 70 år eller eldre, mens dette gjaldt 22,5 % av mennene.

Liggetid og alder – oppholdssted ved inn- og utskrivning

Gjennomsnittlig liggetid var 5,0 døgn, for kvinner 5,8 og for menn 4,2 døgn, spredning 1 – 58 døgn. 21 innleggelser varte 20 døgn eller lenger. Pasientene hjemmehørende i Nordkapp forbrukte 97 % av oppholdstiden på sykestueplassene.

De som var 60 år eller eldre stod for 55,8 % av innleggelsene og 80,6 % av liggetiden. Pasienter som var 80 år eller eldre var relative storforbrukere med 15,2 % av innleggelsene og 29,6 % av oppholdstiden.

Tabell 1 viser at 174 (42,0 %) av innleggelsene varte ett døgn eller kortere. Av disse ble 80 pasienter sendt hjem og 91 ble overført til sykehus, mens tre pasienter døde i løpet av innleggelsesdøgnet. I aldersgruppen under 60 år ble 61 % utskrevet til hjem eller sykehus innen ett døgn, mens 27 % av dem som var eldre ble skrevet ut det første døgnet.

Tabell 1

Inndeling av sykestuepasienter i Nordkapp 1996 fordelt i tre hovedgrupper etter oppholdstid og kjønn og alder

Alder (år)	Sendt hjem ≤ 1 døgn				Overført sykehus ≤ 1 døgn				Opphold sykestue > 1 døgn				Hele aldersgruppen		
	Kvinner	Menn	Sum	(%)	Kvinner	Menn	Sum	(%)	Kvinner	Menn	Sum	(%)	Gjennomsnittlig liggetid	Sum	Prosent av alle
0 – 59	35	24	59	(32,2)	27	26	53	(29,0)	26	45	71	38,8	4,1	183	44,2
60 – 69	1	7	8	(12,7)	5	6	11	(17,5)	18	26	44	(69,8)	7,8	63	15,2
70 – 79	2	6	8	(7,6)	13	8	21	(20,0)	44	32	76	(72,4)	8,8	105	25,4
≥ 80	6	2	8	(12,7)	2	4	6	(9,5)	32	17	49	(77,8)	12,3	63	15,2

Ved 240 (58 %) av innleggelsene varte oppholdet mer 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 pleiepasientene representert i sykestuematerialet med sju innleggelser fordelt på fire personer. De hadde et samlet opphold på 75 døgn.

Diagnostiske hovedgrupper

Tabell 2 viser hvordan de 414 innleggelsene fordelte seg på 14 diagnosegrupper. De fem største diagnosegruppene var hjerte- og karsykdommer, med 24,2 % av innleggelsene, lidelser i muskel- og skjelettapparatet (12,8 %), sykdommer i luftveiene (12,6 %), sykdommer i fordøyelsessystemet (10,6 %) og psykiske lidelser (9,4 %). Til sammen utgjorde disse fem diagnosegruppene knapt 70 % av innleggelsene.

Tabell 2

Sykestuepasienter i Nordkapp 1996 etter hoveddiagnosegruppe fordelt på antall, gjennomsnittlig alder, kjønn og gjennomsnittlig liggetid

Diagnostiske hovedgrupper	Antall pasienter	Andel av alle pasienter (%)	Gjennomsnittlig alder (år)	Kjønn		Gjennomsnittlig liggetid (døgn)
				Menn	Kvinner	
K Hjerte- og kar	100	(24,2)	70	58	42	5,6
L Muskel- og skjelett	53	(12,8)	60	18	35	6,2
R Luftveier	52	(12,6)	67	32	20	6,4
D Fordøyelse	44	(10,6)	55	13	31	3,6
P Psykisk	39	(9,4)	44	26	13	4,0
A Allment	33	(8,0)	47	16	17	5,7
N Nevrologi	29	(7,0)	48	17	12	3,8
W Obstetrikk	17	(4,1)	30		17	1,6
U Urinveier	15	(3,6)	70	9	6	6,9
T Metabolisme	14	(3,4)	53	10	4	5,4
B Blod	8	(1,9)	40		8	1,0
S Hud	7	(1,7)	58	2	5	3,6
F Øye	2	(0,5)	34	1	1	2,0
Z Sosialt	1	(0,2)	66	1	0	3,0
Sum	414	100,0	58	203	211	5,0

Blant de hundre hjertepasientene fant vi følgende tre underdiagnoser hyppigst: koronarsykdom eller spørsmål om dette (50 %), hjerneslag eller transitoriske iskemiske anfall (21 %) og hjertesvikt (18 %). Blant de 53 pasientene med sykdom i muskel- og skjelettsystemet var det 21 med ulike smertetilstander inklusive ryggsmærter, 16 med brudd og 11 med leddskade eller andre skader uten brudd. Blant de 52 personene innlagt for luftveissykdommer fant vi 15 med lungebetennelse, 11 med astma og ti med kronisk obstruktiv lungesykdom. Det var 20 akutte eller subakutte tilstander blant de 44 pasientene med fordøyelselidelser og seks med brekninger som hovedproblem. De psykisk syke var blant de yngste, med en gjennomsnittsalder på 44 år. Seks pasienter stod for 18 av innleggelsene. 27 innleggelses skyldtes alkoholmisbruk. Til sammen ti var innlagt under diagnosene angst, depresjon, psykose eller selvmordsforsøk.

Ved en subgruppering av hoveddiagnosene fant vi at pasienter med skader utgjorde 11,8 % av innleggelsene og 11,4 % av all liggetid. De kreftsyke omfattet 3,0 % av innleggelsene og 6,1 % av oppholdstiden, mens tilsvarende tall for pasientene med infeksjoner var 8,0 % og 8,9 %. Blant kreftpasientene var det sju terminale sykeleier. De tre dødsfallene første døgn på sykestue skyldtes akutt hjerteinfarkt (kvinne 88 år), muskeldystrofi (kvinne 56 år, pleiepasient) og terminal lungekreft (mann 75 år).

Pasienter med gjentatte innleggelses

Tabell 3 viser gjennomsnittlig liggetid, alder og de vanligste diagnoser for de 65 pasientene som hadde flere innleggelses. Til sammen var disse innlagt 186 ganger og forbrukte 44,9 % av alle innleggelsene og 60,5 % av den totale liggetiden. 53 av innleggelsene varte ett døgn eller kortere. Disse fordelte seg likt på overføring til sykehus (26 innleggelses) og utskrivning til hjemmet (27 innleggelses).

Tabell 3

Alder, liggetid og grupper av hoveddiagnoser (ICPC) blant 65 pasienter med flere innleggelses

Alder (år)	Antall pasienter innleggelses	Antall Liggedager (gjennomsnitt)	Fordelingen på de tre hyppigste diagnosene (%)						
			Muskel- og skjelettsystemet	Hjerte- og karsystemet	Hjerte- og karsystemet	Hjerte- og karsystemet	Nervesystemet	Psykisk	Psykisk
≥ 90	3	6	10,0	Muskel- og skjelettsystemet	33,3	Luftveier	33,3	Allment og uspesifisert	33,3
80 – 89	13	32	10,9	Hjerte- og karsystemet	40,6	Muskel- og skjelettsystemet	18,8	Luftveier	12,5
70 – 79	22	63	7,3	Hjerte- og karsystemet	28,6	Luftveier	25,4	Muskel- og skjelettsystemet	11,1
60 – 69	9	28	7,9	Hjerte- og karsystemet	42,9	Luftveier	28,6	Fordøyelsesorganer	7,1
50 – 59	5	13	5,0	Nervesystemet	30,8	Muskel- og skjelettsystemet	23,1	Fordøyelsesorganer	15,4
40 – 49	6	27	2,8	Psykisk	37,5	Blod	29,6	Endokrine forhold	14,8
30 – 39	3	8	1,6	Psykisk	37,5	Allment og uspesifisert	37,5	Svangerskap	25,0
20 – 29	1	2	2,0	Svangerskap	100,0	-	-	-	-
10 – 19	3	7	2,1	Psykisk	28,6	Hud	28,6	Endokrine forhold	14,3

Alder (år)	Antall pasienter innleggelses	Antall Liggedager(gjennomsnitt)	Fordelingen på de tre hyppigste diagnosene (%)
0 - 9	0		

Vi ser at allmennsymptomer og sykdommer i endokrine organer, psykiatiske problemer og symptomer i svangerskapet var de vanligste årsakene til innleggelse for pasienter under 40 år. I alderen 40 – 59 år forekom oftest psykiatiske og nevrologiske lidelser og sykdommer knyttet til bevegelsesapparatet, bloddannende organer, fordøyelsessystemet eller det endokrinologiske system. Ved alder 60 år eller eldre dominerte sykdommer i hjertet, respirasjonsorganene, bevegelsesorganene, fordøyelsessystemet og urinveiene.

Bruk av sykestueplasser i Nordkapp i forhold til befolkningen

Tabell 4 viser at befolkningen var representert med en økende andel innleggelse i sykestuen ved stigende alder. I gjennomsnitt forbrukte hver innbygger i kommunen liggedøgn i sykestuen i 1996. Det var gjennomsnittlig 28,5 innleggelse på sykestueplass i kommunen per 100 innbyggere som var 60 år eller eldre. Kontrollerer vi for gjentatte innleggelse, hadde 17,7 % av befolkningen ≥ 60 år faktisk hatt et opphold på sykestuen i 1996. Blant innbyggere som var 80 år eller eldre hadde gjennomsnittlig tre av fem en innleggelse, mens fem i aldersgruppen faktisk hadde ett opphold eller flere.

Tabell 4

Bruken av sykestueplasser i Nordkapp i 1996 i de ulike aldersgruppene i befolkningen. Befolkningsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå per 1.1. 1996 er lagt til grunn

Aldersgruppene (år)	Antall innleggelse	Antall pasienter	Innleggelse per 100 innbyggere	Antall innbyggere som var sykestuepasienter i prosent av aldersgruppen
0 - 9	7	7	1,33	1,3
10 - 19	12	10	3,05	2,5
20 - 29	23	23	3,47	3,5
30 - 39	32	27	5,43	4,6
40 - 49	48	27	8,73	4,9
50 - 59	26	16	7,01	4,3
60 - 69	58	38	15,46	10,1
70 - 79	97	57	34,77	20,4
≥ 80 år	61	39	59,22	37,9

En sammenliknende bruk av sykehus- plasser i den eldre befolkningen

Tabell 5 viser at Nordkapp kommune i tidsrommet 1993 – 96 har hatt et relativt lavt forbruk av somatiske sykehusopphold og plasser per 100 innbyggere per år i de to høyere aldersgruppene 67 – 79 år og ≥ 80 (4). Særlig tydelig er dette for den eldste pasientgruppen, der Nordkapp ligger klart lavere enn Hammerfest, som er vertskommune for lokalsykehuset, og også i forhold til landet som helhet.

Diskusjon

En systematisk gjennomgang over ett år av alle pasienter innlagt i en norsk sykestue, er etter det vi vet ikke tidligere publisert. Ut fra våre resultater kan den mest typiske pasient på sykestueplass sies å være en eldre person med hjerte- og karsykdom eller sykdom i bevegelsesapparatet, ofte i form av en skade. Dette er i tråd med funn i tidligere norske undersøkelser, der de fleste pasientene nettopp var noe eldre og de to hyppigste diagnosegruppene var hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettsykdommer (1, 5). Men som tabell 1 og tabell 2 viser er pasientmaterialet sammensatt og mangfoldig, noe som også stemmer overens med tidligere studier.

Dataene, som er innhentet i forbindelse med rutinemessig registrering, er kvalitetssikret ved at de inngår i et særskilt system med egne kort for registrering og rapportering av belegget på sykestueplassene. Den systematiske gjennomgangen av journalene bidro til å rette opp enkelte kodingsfeil. Vi mener derfor at undersøkelsen er basert på pålitelige data og at resultatene er representative for bruken av sykestueplassene. En summarisk sammenlikning av 1996 – 97-belegget med hensyn til diagnosegrupper og enkeltdiagnoser understøtter dette.

Vi registrerte diagnose ved innkomst. I de fleste tilfeller av korte opphold vil innkomst- og utskrivningsdiagnose være den samme. Ved lengre opphold kan utskrivningsdiagnose ha vært en annen, uten at vi tror dette ville endret vesentlig på funnene og konklusjonene. Mamen & Nylenna (1) og Aaraas (5) registrerte henholdsvis innlegelses- og utskrivningsdiagnoser, men fant likevel i hovedsak samme diagnosefordeling. Alders- og kjønnsfordelingen viser også samme tendens som tidligere undersøkelser. Det er overvekt av kvinner i aldersgrupper over 70 år, menn dominerer i yngre aldersgrupper.

Bruk av sykestue og sykehus

En sykestueplass kan ha flere innleggelses per døgn. Derfor var det totale antall liggedøgn betydelig høyere enn det normerte. Få tilgjengelige sykestueplasser medførte at kommunale korttidsplasser i perioder ble drevet som sykestueplasser for kommunal regning. Disse to forholdene forklarer hvorfor beleggprosenten var så høy som 181. Det forteller også om høy gjennomstrømming av pasienter og aktiv bruk av sykestueplassene.

Tendensen til at eldre ligger lenger i sykestuen er naturlig, og samsvarer med erfaringer fra sykehus. Ved en sykehusavdeling i Bergen fant man i 1993 både lengre gjennomsnittlig liggetid og høyere gjennomsnittsalder enn det vi hadde ved sykestuen i Nordkapp i 1996 (6). I samme studie fremkom det at 39 % av pasientene kunne blitt behandlet ved en observasjonspost. Vår studie viser at det store flertall av pasientene ble innlagt fra og utskrevet til hjemmet etter korte opphold. Forholdsvis få pasienter ble overført fra sykehus, men disse hadde til gjengjeld svært lange opphold og opptok en ikke ubetydelig andel av liggetiden. Til sammen er dette to observasjoner som indikerer at sykestuen i Nordkapp fyller en funksjon i forhold til sykehuset både pre- og posthospitalt. Dette understøtter funn i andre studier, som viser at sykestuene kan redusere sykehusbruken (1, 7) og fører til både færre innleggelses og raskere utskrivninger (5, 8, 9).

I denne forbindelse kan det synes som et paradoks at befolkningen i Finnmark har landets høyeste andel sykehusinnleggelses korrigert for kjønns- og alderssammensetning (10). Samdatas fylkesvise sammenlikninger korregerer imidlertid ikke for forskjeller i sykdomshet. Den relativt ugunstige helsetilstand i Finnmarks-befolkningen kan være en vesentlig forklaringsfaktor. Blant annet har Finnmark landets høyeste andel dagligrøykere og den høyeste dødelighet av hjerte- og karsykdommer (11). I Nordkapp er forventet gjennomsnittlig levealder for gutter ved fødselen og for 40-årige menn henholdsvis 7,0 og 5,2 år lavere enn for landet som helhet (12). Det synes rimelig å stille spørsmålet om høyere sykdomsrisiko, høyere dødelighet og lavere levealder i befolkningen i Finnmark innebærer tidligere aldring og sykdomsutvikling, med ytterligere relativt økt behov for institusjonshelsetjenester. Den fylkesvise sammenlikningen tildekker markante forskjeller innad i Finnmark mellom kommuner med og uten sykestue, som er påvist av Aaraas og medarbeidere (8), og som Haga (personlig meddelelse) har bekreftet i et notat om sykehusbruk i kommunene i Finnmark, basert på tilgjengelige sykehusdata for 1995.

Det er generelt slik at de eldre er helsetjenestens storforbrukere. De bidrar sterkt til et høyt antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses ved sykehus (13, 14). Uten at dette er spesifikt vurdert i vår studie, mener vi at den store andelen eldre ved sykestuen, sammenholdt med tallene i tabell 5, er rimelig å tolke som uttrykk for en sykehusbesparende effekt av sykestuen i Nordkapp. Dette gjelder særlig for de aller eldste.

Tabell 5

Sykehusopphold for somatiske pasienter per 100 innbyggere per år i to aldersgrupper. Styrings- og informasjonssystemet 1994-97. Sosial- og helsedepartementet

	67 – 79 år			80 år +		
	Nord-kapp	Hammer-fest	Norge	Nord-kapp	Hammer-fest	Norge
1993	29,7	41,2	31,0	28,4	57,4	41,6
1994	28,2	41,4	30,9	33,7	55,6	40,8
1995	24	44	34	24	61	44
1996	35	43	33	37	68	45

Akutt sykdom – prehospita l vurdering og behandling

Pasienter med ferskt hjerteinfarkt sendes rutinemessig til sykehus for øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Eventuelt får de først trombolysbehandling i henhold til definerte kriterier (15). Noen av de eldre anginapatientene kan observeres på glyserylnitratdrypp på sykestuen, mens den øvrige medisineringen eventuelt legges om. Utrykningsteamet med ambulanspersonell og lege og akuttstuen på helsesenteret med sykepleiere er hjørnesteinene i den akuttmedisinske beredskapen. Slik er det en direkte tilknytning mellom rutineaktivitetene på helsesenteret og den totale medisinske beredskapen i kommunen. Prinsippet er prehospita l behandling av akutt syke pasienter, det være seg i pasientens hjem, i ambulansbil eller på akuttstuen før videre transport. Denne organiseringen bidrar, sammen med øvelser, til å opprettholde gode rutiner blant innsatspersonellet i en liten kommune med relativt få akutte enkelthendelser. Dette kommer godt med når det virkelig gjelder.

Det kan stilles spørsmål om sykestueinnleggelses i noen tilfeller bidrar til forsinket sykehusbehandling. En studie har gitt holdepunkter for at så ikke er tilfellet (5). Når pasienter overføres til sykehuset et godt stykke ut i det første innleggelsesdøgnet eller etter noen dager, skyldes det mer informasjon eller endret klinisk bilde som taler mot videre utredning eller behandling i sykestuen. Slik forutsetter bruk av sykestueplass en stadig vurdering av hvor pasienten skal behandles, også i fortsettelsen av et opphold. De tre dødsfallene første innleggelsesdøgn, tyder ikke på kvalitetssvikt, men på et fornuftig og forsvarlig medisinsk skjønn.

Kronisk syke og eldre

Det er de kronisk syke som oftest trenger innleggelse ved institusjon og som har behov for gjentatte innleggelses. Særlig en del eldre innbyggere har definerte sykdommer med komplikasjoner som gjentar seg og som kan være nokså forutsigbare.

Det er funnet at utvikling av forvirring hos eldre ved innleggelse i sykehus er et relativt vanlig problem (16). Sykestuen muliggjør en strategi for å forebygge og forkorte sykehusopphold hos eldre, noe vi mener er fornuftig. I Nordkapp er den hjemmebaserte omsorgen og institusjonsomsorgen ganske godt integrert gjennom en formalisert samordning. Det er mulig for pasientene på helsesenteret å få besøk av venner og pårørende. Kjent personell fra åpen omsorg kan

avlegge besøk og sammen med pasienten og institusjonen planlegge og effektivisere tilretteleggingen for tilbakeføring til hjemmet. Ved ny sykdom eller med tanke på å utvikle en målrettet problemstilling før innleggelse i sykehus, utredes en del eldre pasienter til et visst nivå på sykestueplass.

Ikke overraskende er det de eldre kvinnene og menn i mer aktiv alder som får institusjonskrevende bruddskader. Sykehuset foretar gjerne tidligere utskrivning av hofteropererte og slagpasienter til kommuner som har sykestueplass. Nordkapp helsesenter har et eget rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier.

Sykestuedrift muliggjør en mer liberal innleggelse av flere kategorier syke. De dårligste hjertesviktpasientene må regelmessig inn på sykestuen for supplerende parenteral avvæsking for ikke å utvikle vanskeligere håndterbare komplikasjoner til sin sykdom. Mennesker med kronisk obstruktiv lungesykdom er et eksempel på en annen slik pasientgruppe. Et tredje eksempel er pasienter med kombinerte sykdoms- og misbruksproblemer. Ut fra kjennskap til pasienter innlagt ved sykestuen i 1996 under andre hoveddiagnoser enn psykiatrisk sykdom, vet vi at alkohol ofte er en ikke ubetydelig bidragsfaktor ved innleggelser under tilstander som er diagnostisert som skader, krampeanfoll og akutte magesykdommer. Praktisering av et lavterskeltilbud til disse pasientene gir bedre service til de syke og en mer forsvarlig medisinsk og sosial kontroll med tilstanden. Det korter ned på oppholdet i institusjon og hindrer lite produktive sykehusopphold i annenlinjetjenesten.

Sosialmedisinske oppgaver er tydeligere i en mindre kommune der det er nærhet mellom pasient og helse- og sosialtjeneste. Tilgang til sykestueplass kan gi det tverrfaglige samarbeidet helt andre konkrete muligheter ved akutt behov for innleggelse ved psykiatriske problemstillinger, i mishandlingssaker og barnevernssaker og ved avrusing forut for behandling ved edruskapsinstitusjon.

Terminal omsorg har alltid vært en viktig oppgave for sykestuen. Vi tror også at sykestuen i 1990-årene i samarbeid med sykehusene spiller en viktigere og mer aktiv rolle i omsorgen for pasienter med langtkommen kreftsykdom. Det har lenge vært vanlig å gi cellegift på sykestuen. Den avsluttende kreftomsorgen for pasientene i Nordkapp finner nå oftere sted i hjemmet og på sykestueplass enn i sykehus, som ellers i kommunene i Finnmark der man har sykestue (17)

En forklaring på at pleiepasienter er så lite representert i sykestedmaterialet, til tross for økt sykkelighet, skyldes det forhold at disse menneskene allerede har en seng på helsesenteret og blir betjent der. Det samme personellet på helsesenteret prioriteres til et hvilket som helst sett av pasienter/senger, siden alle tilbudene er lokalisert samlet og integrert med tanke på tjenesteyting. Ved å legge ulike institusjonstilbud til ett felles helsesenter, oppnår vi en fleksibel bruk av plassene på tvers av målgrupper og med tilgang på medisinsk behandling på sykestuenivå til dem som trenger det.

Ansvar og fagutvikling

Det er et betydelig medisinsk ansvar å beholde en pasient til behandling i primærhelsetjenesten, en pasient som man de fleste steder i landet har tradisjon for å sende til sykehus. Det er omvendt et stort ansvar å være lege i et distrikt som ikke har gode akuttstuefunksjoner med et tilhørende team av personell med et visst oppdatert akuttmedisinsk erfaringsgrunnlag i hverdagen.

Det kan kanskje være administrativt ryddigere og minske ansvaret og kravene til kompetanse i primærhelsetjenesten hvis man rutinemessig sendte de syke gamle til sykehus. Til gjengjeld er drift av sykestue en faglig stimulerende praksis som stiller krav om ajourført fagutvikling. Slik bidrar det til å høyne akuttberedskapen og nivået på den medisinske omsorgen, ikke minst for de eldre.

Konklusjon

Vi har funnet høy aktivitet, stor gjennomstrømming av pasienter og korte liggetider ved sykestuen i Nordkapp. Sykestuen mottok pasienter i alle aldre, men de eldre var storbrukerne av plassene. Sykestueplasser er et godt tjenestetilbud av særlig nytte for pasienter med sammensatte lidelser, eldre og psykiatriske pasienter/rusmisbrukere og for flere grupper kronikere, særlig hjertesyke, lungesyke og alvorlig syke kreftpasienter. Sykestuen gir et tilbud om omsorg ved livets slutt, ytt av en kjent betjening, der familie og venner har god mulighet for å være delaktige. Sykestuedriften er faglig stimulerende og nyttig for å sikre et forsvarlig nivå på den akuttmedisinske beredskapen i en utkantkommune langt fra sykehus.

Vi takker Medisinsk forskning i tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms som har støttet undersøkelsen økonomisk.

LITTERATUR

1. Mamen K, Nylenna M. Pasienter i norske sykestuer. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2612 – 5.
2. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
3. Aaraas I, Mellbye H, Eriksen BO, Irtun Ø. Is the general practitioner hospital a potential «patient trap»? A panel study of emergency cases transferred to higher level hospitals. Scand J Prim Health Care 1998; 16; 76 – 80.
4. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlikningstall for kommunene 1994 – 97. Finnmark Troms Nordland. Heftene I-20a/94, I-0821/1B, I-0864/1B og I-0892/1B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Statistisk sentralbyrå, Statens helsetilsyn, 1994 – 97.
5. Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. Scand J Prim Health Care 1995; 13: 250 – 6.

6. Øie KB, Fanebust R. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i indremedisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 836 – 8.
7. Baker JE, Goldacre M, Gray JA. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of spesialist inpatient services. J Epidemiol Community Health 1986; 40: 117 – 20.
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. Rytter E, Ruus G, Smebye M. Erfaringer med en 24 timers observasjonspost. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 2192 – 5.
10. Rønningen L, red. SAMDATA sykehus. Sammenlikningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1997. NIS-rapport 2/98. Trondheim: SINTEF, 1998.
11. Om folkehelsen. Helseminister D. Høybråtens redegjørelse i Stortinget 10. mai 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
12. Styrings- og informasjonssystemet for helse og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlikningstall for kommunene 1997. Finnmark Troms Nordland. Hefte I-0892/1B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Statistisk sentralbyrå, Statens helsetilsyn, 1997.
13. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster . . . Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990.
14. Holmsen E, Botten G. Det haster!? Utvikling av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i landets somatiske sykehus. En utfordring for helsevesenet. Rapport til Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Fylkeslegekontoret i Akershus, Senter for helseadministrasjon, NIS. SINTEF, 1996.
15. Bjørn H, Langfeldt E, Løvland A, Nordang B, Høybjør S. Streptokinasebehandling i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2632 – 3.
16. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. J Geriatr Psychiatry Neurol 1998; 11: 118 – 25, 157 – 8.
17. Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D. S Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 702 – 5.

Publisert: 10. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.