
Sykestuene

REDAKSJONELT

EYSTEIN STRAUME

KARIN SKARSAUNE

Eystein Straume (f. 1942) fylkeslege i Finnmark, spesialist og veileder i allmenn- og samfunnsmedisin. 20 år kommunelege i Loppa.

Karin Skarsaune (f. 1951) spesialist og veileder i allmennmedisin. Prosjektleder for gruppeveiledning av turnusleger og kurs for utenlandske leger.

Fylkeslegen i Finnmark

Statens hus, 9815 Vadsø

Sykestuene er et viktig ledd i helsetjenesten i utkantstrøk. De kan tilby observasjon og en del diagnostikk og behandling på annenlinjenivå. De har vist stor evne til å tilpasse seg nye tider og medisinske landevinninger, og de fleste har utviklet seg til en velutstyrt og velfungerende «halvannenlinjetjeneste».

Sykestuenes nytte var rimelig godt dokumentert i 1970- og 1980-årene (1). Undersøkelser (2, 3) tyder på at en slik «halvannenlinjetjeneste» ville være et fornuftig ledd i tiltakskjeden også i sentrale strøk. I dette nummer av Tidsskriftet publiseres to artikler om sykestuene og deres plass i norsk helsevesen (4, 5).

Den første artikkelen gir en oversikt over hva en sykestue har vært brukt til i løpet av et år (4). Den dokumenterer igjen at det særlig er de eldste pasientene og de med kroniske sykdommer og kreft som har nytte av et sykestuetilbud. Disse pasientene la beslag på størstedelen av liggetiden, men forfatterne påviser også et korresponderende lavere forbruk av sykehustjenester for disse gruppene. Sykestuetilbudet erstatter sykehusinnleggelse for en del pasienter, og forkorter sykehusoppholdet for andre. Mange ville vært «svingdørspasienter» på sykehuset hvis kommunen ikke hadde hatt sykestue (5). Et behandlingstilbud som medisinsk sett er godt nok og som samtidig bevarer kontakten med nærmiljøet og det omsorgsapparatet som tar hånd om pasienten før og etter oppholdet, må betraktes som kvalitativt bedre enn en korridor plass i en høyspesialisert sykehusavdeling. Bare 26 % av kreftpasientene fra kommuner med sykestue dør i sykehus, mot 78 % fra kommuner i Finnmark uten sykestue og 60 % på landsbasis (5).

Sykestuene er også et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden. Her kan akutt syke pasienter få stabiliserende behandling før transport eller kyndig observasjon og primærbehandling mens man venter på transporten. Av beredskapsgrunner er det viktig å opprettholde denne akuttmedisinske kompetansen ute i kommunene. Mange steder gir sykestuene også behandling til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer som faller utenfor andre behandlingstilbud. De nevnte pasientgruppene utgjør erklærte satsingsområder i norsk helsevesen. I den andre artikkelen (5) argumenteres det for at sykestuemodellen er et godt behandlingsalternativ for disse gruppene og endog kan «være en nøkkel til å samordne og øke nytten av flere nasjonale satsninger i helsetjenesten ved inngangen til år 2000» (5). For egen del vil vi hevde at en utbygging av sykestuefunksjoner kan bli en dyd av nødvendighet i årene fremover. En fersk rapport om eldres bruk av sykehustjenester som SINTEF Unimed NIS har laget for Sosial- og helsedepartementet (6), konkluderer med at det hvert år fremover må bygges ut med 50 – 130 nye sykehussenger for å betjene den økende andel eldre i befolkningen. Men er det høyspesialiserte sykehussenger disse pasientene trenger, eller kunne mange av dem fått et faglig riktigere og økonomisk mindre kostbart tilbud på en sykestue i sitt nærmiljø?

Organiseringen og finansieringen vil fortsatt være et problem. Rapporten skisserer tre forskjellige alternativer og lanserer i den forbindelse både refusjon fra folketrygden og aktivitetsbasert finansiering, eventuelt med overføring av DRG-midler fra fylkeskommunen, som mulige finansieringskilder.

I dette nummer av Tidsskriftet kobles sykestuemodellen sammen med de store nasjonale satsingsområdene i helsesektoren (5). Forfatterne har regnet ut at bare 1 % av de beløpene som årlig bevilges til disse satsingene, ville være nok til å ruste opp 1 000 sykehjemssenger til sykestuestandard. Forutsatt at den faglige kvaliteten gjennomgikk den samme opprustning, tror vi dette ville føre til en betydelig kvalitetsforbedring av behandlingstilbudet for disse pasientgruppene. Sykestuene har vært et fleksibelt ledd i behandlingsskjeden og vil kunne overleve og tilby nye tjenester som blir viktige i fremtiden.

at sykestuefunksjonene skal overføres til det kommunale forvaltningsnivå? I de kommuner som i dag ikke har sykestue, vil dette kreve en faglig og utstyrmessig opprustning av sykehjemmene og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Denne veiledningsplikten overfor primærhelsetjenesten er hjemlet i den nye loven om spesialisthelsetjeneste, men det gjenstår å skape en god organisering av den. En faglig opprustning og tettere samarbeid mellom linjene i helsevesenet, kan skape interessante og stimulerende arbeidsplasser i kommunene både for leger og sykepleiere og dermed være med på å avhjelpe rekrutteringskrisen.

LITTERATUR

1. Mamen K, Nylenna M. Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2657 – 60.
2. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.

3. Øie KB, Fanebust R. Øyeblikkelig hjelp-innleggelser i indremedisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 836 – 8.
 4. Langfeldt E, Aaraas I. B Bruken av sykestueplassene i Nordkapp Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695 – 9.
 5. 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.
 6. Paulsen B, Kalseth B, Karstensen A. 16 % av befolkningen – halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet. Trondheim: SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, 1999.
 7. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. I-0971 B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
-

Publisert: 10. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.