

	lav	høy
kv.	7,6	5,3
menn	2,4	6,2



Mellom barken og veden?

→ se Weber (1991) **Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark**



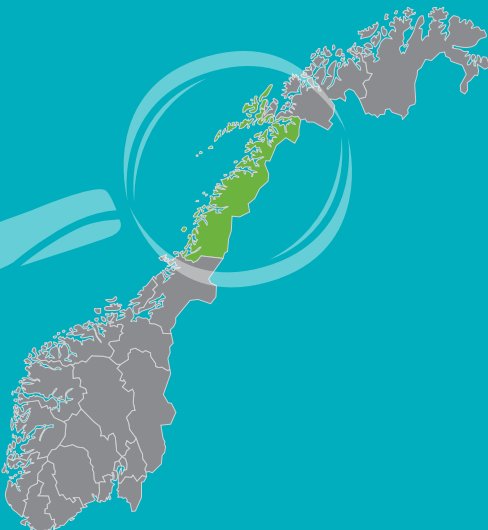
Terje Olsen
Hege Gjertsen

20

15

10

5



Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark

av

Terje Olsen og Hege Gjertsen

NF-rapport nr. 13/2011

ISBN-nr.: 978-82-7321-620-5

ISSN-nr.: 0805-44

REFERANSESIDE

- Rapporten kan også bestilles via nf@nforsk.no

Tittel Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark	Offentlig tilgjengelig: Ja	NF-rapport nr.: 13/2011
	ISBN nr. 978-82-7321-620-5	ISSN 0805-4460
	Ant. sider og bilag: 94	Dato: November 2011
Forfattere Terje Olsen og Hege Gjertsen	Prosjektansvarlig (sign): Terje Olsen	
	Forskningsleder: Terje Olsen	
Prosjekt Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark.	Oppdragsgiver Helse Nord RHF	
	Oppdragsgivers referanse Finn Henry Hansen	
Sammendrag Rapporten sammenfatter konklusjoner fra Nordlandsforsknings evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark, som har blitt gjennomført i perioden 2009-2011. Prosjektet er et samarbeid mellom sykestuekommunene i Finnmark, Helse Finnmark HF, Helse Nord RHF og Helsedirektoratet. Evalueringen har kartlagt og analysert i hvilken grad sykestueprosjektet har hatt betydning for det faglige innholdet i sykestuedriften i Finnmark, og for kommunenes evne til å drifte sykestuene fremover.	Emneord Sykestue Primærhelsetjeneste Spesialisthelsetjeneste Samhandlingsreformen Kompetanse Utkantkommuner	
	Keywords General practitioner hospitals Primary health care Specialist health care Competence Rural health	
Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning	Salgspris NOK 100,-	

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporter er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

FORORD

Sykestuene i Finnmark utgjør et viktig ledd i helsetjenestene til befolkningen i vårt aller nordligste fylke. Sykestueprosjektet i Finnmark har pågått i perioden 2009 til 2011. Arbeidet med den foreliggende evalueringen har blitt gjennomført i perioden mai – september 2011, og drøfter ulike sider ved den innsatsen og de erfaringene som er gjort i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet.

Vi takker Helse Nord RHF for oppdraget.

Vi vil takke tre personer for gode kommentarer og innspill på et tidligere kommentarutkast til denne evalueringsrapporten. Det er samhandlingskoordinator Unni Bente Elde i Helse Finnmark HF, rådgiver Ina Heiberg ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering og direktør Finn Henry Hansen ved Helse Nord RHF. Tross god hjelp fra de nevnte personer, er den foreliggende tekstens formulering, tolkning og konklusjoner forfatterens ansvar.

Vi vil til slutt rette en stor takk til fagpersoner i sykestuer og sykehus, samt ansatte i kommuneadministrasjonen, som i en travel hverdag har tatt seg tid til å møte oss, dele av erfaringer og kunnskap med oss i intervjuer, pluss besvart spørreundersøkelsen.

Bodø, oktober 2011.

INNHold

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	4
SUMMARY	8
TABELLOVERSIKT	12
1. INNLEDNING.....	14
1.1 BAKGRUNN.....	14
1.2 EVALUERINGENS FORMÅL OG TEMA.....	17
1.3 METODISK FREMGANGSMÅTE.....	19
1.3.1 <i>Delstudie A: Spørreundersøkelse</i>	19
1.3.2 <i>Delstudie B: Casestudie</i>	20
1.4 RAPPORTENS OPPBYGNING	23
2. ORGANISERING OG SAMHANDLING	24
2.1 INNLEDNING.....	24
2.2 FORMÅLET MED SYKESTUEPROSJEKTET	24
2.3 DAGENS ORGANISERING AV SYKESTUENE	26
2.4 SAMARBEIDET MELLOM KOMMUNER OG SYKEHUS.....	31
2.5 INFORMASJONSFLYT OG UTSKRIVING AV PASIENTER.....	35
2.6 ERFARINGER MED NY FINANSIERINGSORDNING	37
2.7 OPPSUMMERING	43
3. FAGLIG INNHold OG KOMPETANSEUTVIKLING	45
3.1 HVA ER KOMPETANSE?.....	46
3.2 KOMPETANSE I SYKESTUENE	48
3.3 HVILKEN KOMPETANSE TRENGER SYKESTUENE?	51
3.4 KOMPETANSEUTVIKLING	54
3.5 UTFORDRINGER KNYTTET TIL KOMPETANSEUTVIKLING	56
3.6 FAGLIG STØTTE FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	57
3.7 FAGLIGE NETTVERK.....	61
3.8 BRUK AV TELEMEDISISK UTSTYR I SYKESTUENE	65
3.8.1 <i>Erfaringer med telemedisinsk utstyr</i>	66
3.8.2 <i>Utfordringer knyttet til bruk av telemedisinsk utstyr</i>	71
3.9 OPPSUMMERING	72
4. OPPSUMMERENDE KAPITTEL – MELLOM BARKEN OG VEDEN?	75
4.1 BAKGRUNN FOR SYKESTUEPROSJEKTET	75
4.2 ORGANISERING OG DRIFT AV SYKESTUENE.....	76
4.3 I HVILKEN GRAD HAR PROSJEKTET NÅDD MÅLSETTINGENE?.....	79

4.4 AVSLUTTENDE BEMERKNINGER.....	83
REFERANSER	86

SAMMENDRAG

Rapporten sammenfatter konklusjoner fra Nordlandsforsknings evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark, som har blitt gjennomført i perioden 2009-2011. Prosjektet er et samarbeid mellom sykestuekommunene i Finnmark, Helse Finnmark HF, Helse Nord RHF og Helsedirektoratet. Målsettingen for prosjektet er formulert som:

”Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykehusene i Finnmark skal understøtte en fornuftig bruk av sykestuene, både faglig og samfunnsøkonomisk, og til beste for pasientene.” [...]”Erfaringene med prosjektet vil være viktige i arbeidet med å videreutvikle tilsvarende samarbeidsmodeller i skjæringspunktet mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten” (Helsedirektoratet 2011:22).

Bosetningsstrukturen i Finnmark tilsier at betingelsene for å gi gode og likeverdige tilbud til befolkningen her er annerledes enn de fleste andre steder i landet. Sykestuene utgjør en form for desentralisert helsetjeneste som kompenserer for store avstander til sykehus. Slik sykestuene fungerer i dag, erstatter de til en viss grad sykehusinnleggelse. På noen områder innebærer sykestuene også en utvidelse av det kommunale helsetjenestetilbudet. Sykestuene utgjør på denne måten en tjeneste i grensen mellom det som vanligvis omtales som primær- og spesialisthelsetjenester, og fungerer som et viktig bindeledd mellom de to nivåene.

Formålet med evalueringen har vært å kartlegge og analysere i hvilken grad sykestueprosjektet har hatt betydning for det faglige innholdet i sykestuedriften i Finnmark, og for kommunenes evne til å drifte sykestuene fremover. Et sentralt element i dette arbeidet har vært å sammenfatte og trekke lærdom fra de erfaringer som er gjort gjennom sykestueprosjektet. Evalueringen har lagt opp til å tydeliggjøre gode erfaringer og peke på viktige utfordringer i arbeidet med sykestuene. Evalueringen har vurdert erfaringene i forhold til måloppnåelse med tanke på en eventuell videreføring og implementering.

Evalueringen kretser tematisk rundt tre områder:

- Organisering og samhandling: sentrale rammevilkår for at sykestuedriften skal gi de ønskede resultater

- Faglig innhold og kompetanseutvikling: erfaringer knyttet til faglig utvikling, samarbeid innad og mellom tjenestenivåene, rekruttering og stabilisering av personell
- Kommunenes vurderinger og prioriteringer: sykestuenes plass i de kommunale helsetjenestene og betydningen av den økonomiske tilførselen fra departementet og Helse Nord for konsolidering av videre drift

Evalueringen er gjennomført i form av to delstudier. En nettbasert spørreundersøkelse ble rettet til avdelingsleder og lege i alle de 16 sykestuene i fylket. I alt 14 avdelingsledere og 10 leger besvarte undersøkelsen, til sammen 24 personer. Dette tilsvarer en svarprosent på 75 prosent. Videre ble det gjennomført en casestudie bestående av personlige intervjuer med nøkkelpersonell i et utvalg av sykestuer, i kommuneadministrasjonen og i sykehus. Totalt er det gjennomført åpne, kvalitative intervjuer med 26 fagpersoner som på ulike måter er relevant for sykestuedriften i Finnmark, 10 tilknyttet sykehusene og 16 tilknyttet sykestuene. De to delstudiene ble gjennomført i mai og juni 2011.

I et mangesidig og omfattende prosjekt som dette, vil svaret på spørsmålet om hvorvidt prosjektet har nådd sine mål være sammensatt. Evalueringen legger til grunn at målsettingene resultatene holdes opp mot er de formulerte målsettingen som er formulert for prosjektet, og slik disse er operasjonalisert i samarbeidsavtaler mellom sykestuer og sykehus.

Evalueringen viser at samarbeidet mellom sykestuer og sykehus bidrar til mer umiddelbar tilgang på spesialisert helsekompetanse og bidrar til kortere reisevei for pasienter og pårørende. I et samfunnsmessig perspektiv er dette av betydning både med hensyn til tilgang på tjenester i akutte tilfeller, ved pasienters rekonvalensperiode og befolkningens helsemessige trygghet. Resultater peker på at den organiseringen av helsetjenestene som man har gjennom sykestuene i Finnmark også bidrar til å gjøre disse jobbene mer attraktive når det gjelder å rekruttere kompetansepersonell som leger og sykepleiere.

Evalueringen viser at sykestuene gjennom nye samarbeidsprosjekter de senere årene har utviklet høy kompetanse på flere til dels spesialiserte områder. Dette illustrerer at kommunene har et betydelig potensial til å etablere høy kompetanse selv i relativt små organisasjoner. Tilliten til sykestuenes kompetanse må beskrives som stor blant personalet i sykehusene. Dette handler blant annet om at ansvarshavende leger i sykestuene har stort tillit når det gjelder utøvelse av skjønn til å vurdere når pasienter må legges inn.

Selve kjernen i prosjektarbeidet har vært å innføre et system som bidrar til å legge om til en "fornuftig bruk av sykestuene". Dette er konkretisert som "å få til en faglig og økonomisk bærekraftig utvikling av sykestuene, gjennom oppgradering og bedre organisering av sykestuene, etablering av faglige standarder, kompetanseutvikling, nettverk og samarbeid og mellom nivåer og enheter". Datamaterialet viser at det nåværende finansieringssystemet er godt kjent i alle casekommunene.

Evalueringen viser hvordan gjennomstrømming i sykestuene henger nøye sammen med utfordringer knyttet til det øvrige helse-, pleie- og omsorgstilbudet i den enkelte kommune. Dette er knyttet til utbygging og kapasitet innen rehabiliteringsplasser, sykehjemsplasser eller hjemmetjenester, eller eventuelt at kommunene inngår samarbeid med andre kommuner om tilsvarende løsninger.

Evalueringen peker på at arbeidet i sykestuene kan bidra til å gjøre det mer attraktivt for kompetansepersonell med hensyn til rekruttering og stabilitet. Det er samtidig klart at sykestuene er sårbare når det gjelder tilgangen på slikt personell. I de kommuner som har legetjenester preget av mange leger på kortidskontrakter og vikariater, ser det ut til at det er vanskeligere å etablere den nødvendige langsiktighet og strategiske ledelsen knyttet til bruk og utvikling av sykestuenes virksomhet. Evalueringen skiller mellom det vi kan kalle "legedrevne sykestuer" og "sykepleierdrevne sykestuer".

Når det gjelder bruk av telemedisinsk utstyr, viser svarene i spørreundersøkelsen at i de kommunene der dette fungerer godt, bidrar det til et godt faglig samarbeid mellom kommunene og sykehuset. Respondentene i spørreundersøkelsen mener at de i stor grad får den faglige støtte og oppfølging fra sykehuset. Gjennom intervjuene med ansatte i sykestuene og på sykehuset blir det utdypet hva som ikke fungerer så godt. Delvis gir personellet uttrykk for at teknikken ikke fungerer tilfredsstillende, men vel så viktig synes det å være at interessen gradvis dabber av både i sykehusene og kommunene. Det generelle inntrykk er at når dette temaet ikke holdes varmt i sykehusene av de personene som skal følge opp sykestuesamarbeidet derfra, dør dette hen etter litt tid.

De ulike årsrapportene fra prosjektet, og opplysninger gitt av oppdragsgiver, viser at Helsedirektoratet har hatt en sentral rolle i form av prosjektledelse og - sekretariat overfor styringsgruppen (Helsedirektoratet 2010 og 2011). Helse Nord har hatt en viktig rolle som pådriver for å få prosjektarbeidet i gang (Helse Nord

2010). Departementets involvering i prosjektet har hovedsakelig vært i form av finansør, for å sikre opprettholdelse av driften i sykestuene inntil samhandlingsreformen blir iverksatt.

SUMMARY

The report summarises the conclusions from the evaluation by Nordlandsforskning of the General Practitioner Hospitals project, which was conducted in the period 2009–2011. This project was carried out as a joint venture involving 16 municipalities in Finnmark, Helse Finnmark HF, Helse Nord RHF and the Norwegian Directorate of Health. The objective for the project was formulated as follows:

“The trial arrangement with activity-based financing of the hospitals in Finnmark is to support a prudent use of the general practitioner hospitals, from both professional and socio-economic perspectives, in the best interests of the patients.” [...] “Experience from the project will play an important role in the work to develop corresponding working relationship models at the cross-over point between municipal services and the specialist healthcare service” (The Norwegian Directorate of Health, 2011:22).

On account of the residential structure in Finnmark, the conditions for providing good, equal services to the population here are different to those in most other areas of Norway. The general practitioner hospitals constitute a kind of “decentralised healthcare service” that compensates for the long distances between hospitals. In the way they function today, the general practitioner hospitals replace hospital admissions to a certain extent. The general practitioner hospitals also represent an expansion of the range of municipal healthcare services in some areas. In this way, the general practitioner hospitals constitute a service in the interface between what are generally referred to as primary and specialist healthcare services, and thus function as a link between these two levels.

The purpose of the evaluation has been to chart and analyse the extent to which the general practitioner hospital project has had an effect on the professional content of general practitioner hospital operation in Finnmark, and on the capacity of the local authorities to operate the general practitioner hospitals in the future. A key aspect of this work has involved collating and drawing knowledge from the experience acquired through the general practitioner hospital project. The evaluation has focused on identifying good experience and highlighting important challenges in the work with the general practitioner

hospitals. The evaluation has assessed experience in relation to target achievement with a view to possible continuation and implementation.

Thematically, the evaluation centres on three areas:

- Organisation and interaction: key framework conditions for ensuring that the operation of general practitioner hospitals generates the desired results
- Professional content and skills development: experience linked to professional development, collaboration internally and between service levels, recruitment and stabilisation of staff
- The local authorities' assessments and prioritisation: the place of the general practitioner hospitals in the municipal healthcare services, and the importance of the financial support from the ministry and Helse Nord for the consolidation of future operations.

The evaluation was carried out in the form of two subsidiary studies. A Web-based questionnaire survey was sent to heads of department and doctors in all 16 general practitioner hospitals in the county. A total of 14 heads of department and 10 doctors (i.e. 24 people in all) completed the questionnaire, which corresponds to a response rate of 75 per cent. In addition, a case study was performed consisting of personal interviews with key staff at a selection of general practitioner hospitals, in the municipal administration and at regular hospitals. In all, open, qualitative interviews were conducted with 26 sector professionals who, in different ways, are relevant to the operation of general practitioner hospitals in Finnmark – 10 linked to the regular hospitals and 16 linked to the general practitioner hospitals. The two subsidiary studies were carried out in May and June 2011.

In a multifaceted and comprehensive project such as this, the answer to the question of the extent to which the project has achieved its goals will necessarily be complex. The evaluation is based on ensuring that the goals against which the results are measured are the formulated goals defined for the project in the manner that these have been operationalised in collaboration agreements between general practitioner hospitals and regular hospitals.

The evaluation indicates that the working relationship between the general practitioner hospitals and the regular hospitals contributes to more immediate access to specialist healthcare competence and helps to shorten travelling distances for patients and relatives. From a societal perspective, this is of importance as regards access to services in acute situations, during patients'

periods of convalescence, and for the health-related security of the population. The results indicate that the organisation of the healthcare services that has been achieved via the general practitioner hospitals in Finnmark also contributes to making these workplaces more attractive when it comes to recruiting skilled personnel such as doctors and nurses.

The evaluation reveals that, through new collaboration projects in recent years, the general practitioner hospitals have developed a high level of competence in a number of partially specialised areas. This illustrates that the local authorities have appreciable potential for establishing advanced competence even in relatively small organisations. The confidence in the competence of the general practitioner hospitals must be described as high among the staff of the regular hospitals. For example, confidence in the responsible doctors at the general practitioner hospitals is high when it comes to the application of assessment of when patients need to be admitted.

The actual core of the project work has been to introduce a system that contributes to conversion to a “prudent use of the general practitioner hospitals”. This has been specified as “establishing professionally and financially sustainable development of the general practitioner hospitals through upgrading and improved organisation of the general practitioner hospitals, definition of professional standards, skills development, networking and collaboration between levels and units”. The data material indicates that all case municipalities are familiar with the present financing system.

The evaluation reveals how the flow through the general practitioner hospitals is closely related to the challenges associated with the other healthcare and care services available in the individual municipalities. This is linked to expansion and capacity in the field of rehabilitation places, nursing home places or home care services, or, if appropriate, to the local authorities entering into working agreements with other local authorities regarding corresponding solutions.

The evaluation indicates that the work in the general practitioner hospitals can contribute to making the concept more attractive to skilled personnel with regard to recruitment and stability. At the same time, it is clear that the general practitioner hospitals are vulnerable when it comes to access to such staff. In the local authorities whose medical positions are distinguished by numerous doctors on short-term contracts and in temporary positions, it seems that it is more difficult to establish the necessary long-term view and strategic management that

is linked to the use and development of the general practitioner hospitals' operations. The evaluation differentiates between what we can term "doctor-driven" and "nurse-driven" general practitioner hospitals.

When it comes to the use of telemedical equipment, the responses in the questionnaire survey indicate that in the local authorities where this functions well, it contributes to a good professional working relationship between the local authorities and the hospital. The respondents to the questionnaire survey indicate that, to a large extent, they receive the professional support and follow-up they need from the hospital. Interviews with the staff of the general practitioner hospitals and the regular hospital highlight the areas that are not functioning quite as well. For example, the staff state that the technology does not always function satisfactorily; just as importantly, however, it seems that interest is waning both in the hospitals and in the local authorities. The general impression is that when this topic is not "kept warm" in the hospitals by the people who are to follow up on the working relationship with the general practitioner hospitals from there, it gradually tends to fade out.

The different annual reports from the project and the information provided by the client indicate that the Norwegian Directorate of Health has had a key role to play in the form of project management and project secretariat work with regard to the steering group (Norwegian Directorate of Health 2010 and 2011). Helse Nord has played an important role as the driving force for launching the project work (Helse Nord 2010). The involvement of the ministry in the project has primarily involved taking on the role of financier in order to ensure maintenance of the operation of the general practitioner hospitals until the interaction reform is implemented.

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Hvor lenge har legene og avdelingslederne vært tilknyttet sykestuen? (N=24)	20
Tabell 2: Oversikt over sykestuekommunene etter antall innbyggere og sykestueplasser.....	21
Tabell 3: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset er tydelig. Antall og prosent. (N=23).	27
Tabell 4: Jeg opplever at de faglig-medisinske kravene og retningslinjene for sykestuedriften er tydelige. Antall og prosent (N=24).	28
Tabell 5: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehjem/ omsorgstjenesten er tydelig. Antall og prosent (N=24).....	29
Tabell 6: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og den øvrige kommunehelsetjenesten er tydelig. Antall og prosent (N=24).	29
Tabell 7: Jeg har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset. Antall og prosent. (N=22)	33
Tabell 8: Jeg opplever at kommuneadministrasjonen i kommunen har interesse for sykestuen. Antall og prosent. (N=22)	40
Tabell 9: Jeg opplever at den politiske ledelsen i kommunen har interesse for sykestuen. Antall og prosent. (N=22).....	40
Tabell 10: Ordningen med sykestue gjør det lettere å rekruttere kompetent medisinsk fagpersonell (leger og sykepleiere) til min kommune. Antall og prosent. (N=21)	50
Tabell 11: Ordningen med sykestue har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende. Antall og prosent. (N=20).....	50
Tabell 12: Ordningen med sykestue gjør det faglig mer interessant for meg å arbeide i min kommune. Antall og prosent. (N=24)	51
Tabell 13: Jeg opplever at jeg har den kompetansen som trengs i min stilling på sykestuen. Antall og prosent (N=24).	55
Tabell 14: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest. Antall og prosent. (N=23)	58
Tabell 15: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til om sykestuen har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset. (N=22)	59
Tabell 16: Deltakelse i faglige nettverk bidrar til økt kompetanse blant personell tilknyttet sykestuen. Antall og prosent. (N=20).....	62
Tabell 17: Sykestuen har bidratt til at leger i min kommune i større grad enn før deltar i faglige nettverk. Antall og prosent. (N=19)	63

Tabell 18: Hvor ofte brukes det telemedisinske utstyret i sykestuen? Antall og prosent. (N=17)	66
Tabell 19: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret fungerer hensiktsmessig. Antall og prosent. (N=14)	67
Tabell 20: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til et godt faglig samarbeid om den enkelte pasient. Antall og prosent. (N=14)	67
Tabell 21: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til å utvikle desentralisert helsetjeneste av høy faglig kvalitet i min kommune. Antall og prosent. (N=13).....	68
Tabell 22: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til om sykestuen har tilgang på telemedisinsk utstyr. Prosent (N=22)	69
Tabell 23: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til hvor ofte det telemedisinske utstyret i sykestuen brukes. Prosent. (N=16)	70

1. INNLEDNING

I dette kapitlet vil vi begynne med å redegjøre for bakgrunnen for studien av sykestueprosjektet i Finnmark. Her diskuterer vi hva sykestuer er ment å være i Finnmark og hva sykestueprosjektet har inneholdt. Deretter presenterer vi formålet med vår evaluering og de temaer som har stått sentralt. Vi vil så redegjøre for den metodiske fremgangsmåten i studien og datagrunnlaget. Avslutningsvis tar vi for oss rapportens oppbygning.

1.1 BAKGRUNN

Bosetningsstrukturen i Finnmark (største fylke i areal og minst i folketall) tilsier at betingelsene for å besørge kvalitativt gode og likeverdige tilbud til befolkningen her er annerledes enn de fleste andre steder i landet. Flere omtaler sykestuemodellen som en "halvannenlinjetjeneste" som dekker noe av begge disse nivåenes funksjoner (Aaraas m.fl. 2000; Straume og Skarsaune 2000). I Sykehusloven av 1969 er sykestue definert som "*en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som heller ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.*" (jfr. Helse Finnmark 2007). Sykestuene utgjør en form for desentralisert helsetjeneste som kompenserer for store avstander til sykehus. Slik sykestuene fungerer i dag, erstatter de til en viss grad sykehusinnleggelse. På noen områder innebærer de også en utvidelse av det kommunale helsetjenestetilbudet. Sykestuene utgjør på denne måten en tjeneste i skjæringspunktet mellom det vi vanligvis omtaler som primær- og spesialisthelsetjenestene, og fungerer også som et viktig bindeledd mellom de to nivåene.

Historisk sett har sykestuene utgjort en svært viktig del av landets helsetjenester, og så sent som i 1972 var det rundt ett tusen sykestuesenger fordelt på ulike enheter rundt om i landet (Straume og Skarsaune 2000). Med bedre utbygde transporttilbud og kortere reisetid til sykehusene ble disse tilbudene etter hvert bygd ned. Transportmuligheter og reiseavstand er likevel en av grunnene til at sykestuene fortsatt eksisterer i Finnmark, der behovet for desentraliserte helsetilbud hele tiden har vært et annet enn i resten av landet. En interessant dimensjon ved sykestuene er nettopp at de kan forstås som en mulighet til å ivareta målsettingene om likeverdige helsetilbud uavhengig av bosted. Dette vil trolig være særlig relevant overfor pasienter med særlige helseutfordringer, slik

som kronisk syke, personer med sammensatte lidelser, uhelbredelig syke og pasienter med behov for jevnlig oppfølging.

Sykestuene må dessuten forstås som et sentralt element i den akuttmedisinske beredskapen i Finnmark fylke, der pasienter med akutt sykdom eller skade kan gis stabiliserende behandling, kompetent observasjon og primærbehandling nærmere der pasientene bor i påvente transport til sykehus.

Sykestueprosjektet i Finnmark er et forsøksprosjekt som har pågått siden 2006, i regi av Helse Finnmark HF og Helse Nord RHF i samarbeid med 16 kommuner i fylket. Prosjektet representerer en oppfølging av rapporten *Desentraliserte spesialisthelsetjenester* (Helse Nord 2005) som var grunnlaget for vedtaket i Helse Nord Nords styre om å utrede faglige og finansielle aspekter ved sykestuene i Finnmark. Den første samlede rapporten fra dette prosjektet ble levert vinteren 2007, men videre framdrift i arbeidet ble hemmet av at både helseforetaket og kommunene fikk økte utfordringer med å finansiere sykestuedriften. Derfor ble det fra Helse Nord RHF side tatt initiativ overfor Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å få til en mer bærekraftig finansieringsordning for sykestuene i Finnmark. Dette resulterte i en treårig prosjektfinansiering (2009-2011) der HOD ga et tilskudd på 7,5 mill kr mot at Helse Nord RHF ga et tilsvarende tilskudd til driften av sykestuene. Dette avlastet både Helse Finnmark og kommunene med 7,5 mill i årlige utgifter. Finansieringen av prosjektet ble i 2009-2010 organisert i regi av Helsedirektoratet, mens man i 2011 har samlet fag- og finansieringsdelen i et felles prosjekt under ledelse av Helse Nord RHF, men fortsatt med deltagelse fra direktoratet. Prosjektet i sin nåværende form skal avsluttes i løpet av 2011 og skal evalueres på ulike områder.

Det overordnede målet med sykestueprosjektet var i utgangspunktet formulert som:

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. (Helse Finnmark 2007:2)

Sykestueprosjektet omfatter i dag 40 sykestueplasser i 16 "sykestuekommuner" i Finnmark. De to somatiske sykehusene i fylket er lokalisert i Hammerfest og Kirkenes. Sett utenfra innebærer sykestueprosjektet i Finnmark et interessant organisatorisk prosjekt med sikte på å endre strukturerer, kompetanse-sammensetning, finansiering og pasientflyt i behandlingsskjeden. Hensiktsmessig

samhandling mellom tjenestenivåene, nærhet til pasientene, kortere distanse til livsnødvendig hjelp i akutsituasjoner i et fylke preget av store geografiske avstander og uforutsigbare værforhold. På denne måten kan sykestueprosjektet i Finnmark forstås i et helsepolitisk perspektiv. Sykestueprosjektet bør også ses i sammenheng med den omorganiseringen av helsetjenestene som samhandlingsreformen legger opp til.

Sentralt i den nært forestående Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-09) ligger at helsemyndighetene ønsker å utvikle en langt tydeligere arbeidsdeling mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene. Kommunene vil få en langt mer sentral oppgave enn i dag med å koordinere tjenestene og aktivt forebyggende helsearbeid, parallelt med at oppgaver og kompetanse i en viss grad flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Et av de grep stortingsmeldingen skisserer, er et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. Det vil være særlig relevant å se erfaringene i sykestueprosjektet i Finnmark i tilknytning til dette, fordi det kan se ut til at man gjennom prosjektet er i forkant av de helt sentrale intensjonene i reformen når det gjelder å finne hensiktsmessige modeller for samhandling og samfinansiering på tvers av tjenestenivåene.

Samhandlingsreformen legger til grunn at det i årene fremover vil skje betydelige endringer i demografiske trekk og endringer i sykdomsbildet. Frem mot 2050 vil det bli en betydelig økning i antallet eldre, og spesielt blant de eldste eldre (Texmon og Stølen 2009, Bjørnstad m.fl. 2009). Dette innebærer at både primær- og spesialisthelsetjenestene i årene fremover vil møte utfordringer når det gjelder å rekruttere, stabilisere og videreutdanne dyktige fagfolk i de ulike tjenestene (St.meld. 47 2008-09). Det vil også være relevant å forstå sykestueprosjektet i lys av slike kompetansemessige utfordringer. Mange små og mellomstore kommuner opplever i dag utfordringer i forhold til å rekruttere og beholde helsepersonell. Samtidig vet vi at behovet for alle typer helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester vil øke i fremtiden. En effekt av sykestueprosjektet kan være at man imøtekommer noen av de utfordringene distriktskommuner har når det gjelder å skape trygge, faglig stimulerende og utviklende arbeidsplasser for personell med høy kompetanse. Det handler om muligheter for å rekruttere og stabilisere personell i jobbene, muligheter for å organisere tjenestene slik at personell unngår svært tunge vaktordninger og uforholdmessig store arbeidsmengder, motvirke at kompetansepersonell opplever faglig isolasjon og små muligheter for faglig oppdatering og kompetanseutvikling (Bliksvær og Olsen 2003; Rødvei 2000).

Utviklingen innen medisinsk teknologi og IKT går raskt. Nye behandlingsmetoder kan på noen områder gi både kostnadsbesparelser og åpne for mer desentraliserte løsninger, og kan samtidig medføre etterspørsel etter tjenester som tidligere ikke var mulig å tilby. Det vil være relevant å forstå sykestueprosjektet i Finnmark i lys av dette. Samarbeidet om innføring av telemedisinske løsninger mellom første- og andrelinjetjenestene er utviklet i gjennom et prosjektsamarbeid drevet av Nasjonalt senter for telemedisin ved Universitet i Tromsø. I prosjektet *”Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark”* ble det etablert en IKT-plattform for kommunikasjon mellom helsepersonell ved sykestuer og sykehus, gjennom bruk av mobilt videokonferanseutstyr (Larsen 2007). I studien har vi sett nærmere på i hvilken grad og på hvilken måte bruk av telemedisinske løsninger inngår i det samarbeidet som foregår mellom tjenestenivåene.

1.2 EVALUERINGENS FORMÅL OG TEMA

Hovedformålet med evalueringen, slik det er formulert i vårt oppdrag, er:

Evalueringen skal kartlegge og analysere i hvilken grad sykestueprosjektet har hatt betydning for det faglige innholdet i sykestuedriften og for kommunenes evne til å drifte sykestuene¹. Sentrale tema i evalueringen er faglig innhold og kompetanseutvikling, organisering og samhandling, samt kommunenes vurderinger og prioriteringer. (Nordlandsforskning, prosjektbeskrivelse, s 3.)

Et sentralt element i dette arbeidet har vært å sammenfatte og trekke lærdom fra de erfaringer som er gjort gjennom sykestueprosjektet. Evalueringen har lagt opp til å tydeliggjøre gode erfaringer og peke på viktige utfordringer i arbeidet med sykestuene. Gjennom evalueringen har vi vurdert erfaringene i forhold til måloppnåelse med tanke på en eventuell videreføring av sykestuedriften.

Organisering og samhandling

Vi har kartlagt og belyst hvordan sykestuedriften er organisert i de 16 sykestuekommunene, og hvilken samhandling som skjer mellom tjenestenivåene. Sentralt her har vært å se på hvilke rammevilkår og betingelser (ressurser, kompetanse, samarbeidsformer) som oppleves som viktige for at sykestuedriften

¹ Videre i prosjektskissen vil vi når vi skriver ”evalueringen” referere til den del av evalueringen av sykestueprosjektet som vi skal utføre.

skal gi de ønskede resultater. Når det gjelder organiseringen av sykestuedriften har det blant annet vært relevant å se nærmere på hvem det er som i praksis tar det overordnede ansvaret for sykestuene. Er det dedikerte leger som tar ansvaret for sykestuene, eller går det på omgang mellom stedlige leger?

Samhandling har også vært et sentralt tema i evalueringen. Hvilke nye løsninger med tanke på organisering og samhandling har vokst frem som følge av sykestueprosjektet og hva er erfaringene med disse? Overordnet dreier dette seg om hvor mye sykehusene og sykestuene samarbeider, hva det samarbeides om og hvordan samarbeidet erfares av involverte aktører. I hvilken grad forstås samarbeidet mellom sykestuene og spesialisthelsetjenesten som tett og forpliktende av de respektive parter, slik målsettingen er? Vi har også undersøkt om sykestueprosjektet har bidratt til utvikling av nye interkommunale samarbeidsformer og hva disse eventuelt innebærer. Har prosjektet endret praksis for informasjonsutveksling mellom nivåene gjennom bruk av telemedisinske løsninger? Hva er evt. erfaringene med disse? Hvilke faktorer oppleves å være viktig for at samhandlingen skal fungere godt, og hvilke faktorer kan hemme et godt samarbeid?

Faglig innhold og kompetanseutvikling

Personalets erfaringer knyttet til det faglige innholdet i arbeidet ved sykestuene og kompetanseutvikling har vært sentralt i evalueringen. Vi har sett på hvorvidt det i prosjektperioden har vært lagt opp til faglig utvikling blant personalet i sykestuene, og i så fall på hvilke områder og på hvilken måte. Og videre - i hvilke utstrekning opplever medisinsk personell ved sykestuene behov for mer eller andre typer kompetanse? Her har det også vært viktig å se nærmere på i hvilken grad man har fått bedre faglig støtte fra sykehusene i vurdering og oppfølging av pasienter ved sykestuene, og i hvilken grad har man fått bedre del i erfaringene fra andre sykestuer og tatt disse erfaringer i bruk i eget forbedringsarbeid. I hvilken grad er det snakk om gjensidig utvikling av kompetanse mellom tjenestenivåene og mellom sykestuene, medisinsk og teknologisk, med tanke på samarbeid?

Kommunenes vurderinger og prioriteringer

I evalueringen har vi sett nærmere på hvilke vurderinger og erfaringer som gjøres i kommunene i forhold til sykestuedriften, samt hvilke prioriteringer som gjøres. Hvor viktig vurderes sykestueplassene å være for kommunen, som alternativ til sykehusinnleggelse, og på hvilke måter inngår og samarbeider sykestuene med de øvrige primærhelsetjenestene? Vi har også sett på hvordan den økonomiske

tilførselen fra departementet og Helse Nord vurderes i forhold til økonomisk konsolidering av driften.

1.3 METODISK FREMGANGSMÅTE

Vi har gjennomført to delstudier hvor vi har kombinert kvalitativ og kvantitativ metode; en spørreundersøkelse og en casestudie i et utvalg sykestuekommuner.² Spørreundersøkelsen ble rettet til avdelingsleder og lege i alle sykestuene. Datamaterialet i casestudien består av personlige intervjuer med nøkkelpersonell i et utvalg av sykestuer, i kommuneadministrasjonen og i sykehus.

1.3.1 Delstudie A: Spørreundersøkelse

For å få en bred og representativ dekning av de involverte fagfolkenes vurderinger og erfaringer med sykestueprosjektet har vi gjennomført en spørreundersøkelse rettet til alle leger og avdelingslederne ved de 16 sykestuene. Sentrale tema i spørreundersøkelsen var faglig innhold i og organisering av sykestuedriften, kompetanse og samarbeid.³

Spørreundersøkelsen ble gjennomført som en nettbasert survey formidlet til respondentene ved hjelp av e-post, sendt til den enkelte lege og sykepleier. Vi innhentet på forhånd e-postadresser til avdelingslederne ved sykestuene og til en lege som har ansvar for sykestuedriften i hver av kommunene. Vi brukte programmet Questback for å gjennomføre spørreundersøkelsen. Forholdsvis få respondenter besvarte undersøkelsen etter første utsending. Særlig opplevde vi lav deltakelse fra legene. Vi benyttet derfor Questbacks muligheter til å sende purringer til de adressater som ikke besvarte undersøkelsen. Vi gjennomførte i alt tre purringer. I tillegg har også samhandlingsleder i Helse Finnmark HF Unni Bente Elde og kommunelege Erik Langfeldt fra Nordkapp kommune vært involvert i forhold til å få flest mulig til å besvare spørreundersøkelsen. Surveyen ble gjennomført i perioden juni – august 2011.

I alt 14 avdelingsledere og 10 leger besvarte undersøkelsen, til sammen 24 personer. Dette tilsvarer en svarprosent på 75 prosent⁴. Minst en person fra hver av sykestuene har besvart spørsmålene, slik at alle de 16 sykestuene er dekket av

² I tillegg har Finn Henry Hansen og Unni Bente Eide bidratt med informasjon og faktakunnskap underveis.

³ Spørreskjema finnes i vedlegg 1.

⁴ 87,5 % av avdelingslederne svarte, og 62,5 % av legene

spørreundersøkelsen. Av de som besvarte undersøkelsen er 11 tilknyttet sykestuer i Øst-Finnmark og 13 sykestuer i Vest-Finnmark. Ettersom ikke alle har svart på alle spørsmålene vil N variere i tabellene som presenteres i rapporten. Av de 24 som har besvart spørreundersøkelsen var 7 menn og 17 kvinner.

Vi spurte respondentene om hvor lenge de har jobbet ved sykestuen. Nedenfor ser vi hvor lenge avdelingslederne og legene som har besvart undersøkelsen har vært tilknyttet sykestuen i sin kommune.

Tabell 1: Hvor lenge har legene og avdelingslederne vært tilknyttet sykestuen? (N=24)

	Mindre enn 1 år	1-2 år	2-5 år	Mer enn 5 år
Lege	1	2	3	4
Avdelingsleder	1	1	3	9
Totalt	2	3	6	13

Som tabellen over viser, har litt over halvparten av dem som har besvart undersøkelsen vært tilknyttet sykestuen i mer enn fem år, og et stort flertall (79 %) har vært tilknyttet sykestuen i over to år. En noe høyere andel av avdelingslederne har jobbet mer enn fem år i sykestuen, sett i forhold til legene. Det kan tenkes at de legene som ikke har besvart undersøkelsen har en kortere ansiennitet i kommunen enn de som har besvart undersøkelsen.

1.3.2 Delstudie B: Casestudie

For å få mer kunnskap om hvordan organisering av sykestuedriften og samarbeidet i og rundt sykestuene har artet seg i løpet av perioden sykestueprosjektet er blitt gjennomført, har vi gjort intervjuer med nøkkelpersonell på faglig og administrativt nivå i fem sykestuekommuner og ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes. Gjennom intervjuene har vi fått kunnskap om erfaringer og vurderinger hos involverte aktører ved sykehusene, sykestuene og i kommuneadministrasjonen. Intervjuene ble gjennomført i perioden 2. mai til 17. juni 2011.

Vi gjennomførte personlige intervjuer og gruppeintervjuer med medisinsk personell (leger og sykepleiere) i et utvalg av sykestuekommunene. Dette har vært Alta, Kautokeino, Nordkapp, Vadsø og Båtsfjord. Hver av disse kommunene utgjør i denne sammenheng et case. Kommunene som er valgt representerer en bredde med tanke på antall sykestueplasser, antall innbyggere og geografisk beliggenhet.

Alta, Kautokeino og Nordkapp er tilknyttet sykehuset i Hammerfest, mens Vadsø og Båtsfjord er tilknyttet sykehuset i Kirkenes.

Tabell 2: Oversikt over sykestuekommunene etter antall innbyggere og sykestueplasser

	Antall sykestueplasser	Antall innbyggere pr 1.1.11	Antall innbyggere pr sykestueplass	Antall innbyggere over 67 år	Antall innbyggere over 67 år pr sykestueplass
Alta	9	19 071	2 119	1 294	144
Kautokeino	3	2 935	978	117	39
Nordkapp	3	3 224	1 074	352	117
Vadsø	6	6 095	1 015	563	93
Båtsfjord	2	2 071	1 036	249	125

Som vi ser av tabellen over ligger de fleste av disse kommunene på rundt 1000 innbyggere pr sykestueplass, med unntak av Alta kommune som har det dobbelte antallet innbyggere pr sykestueplass. Denne forskjellen utjevnes likevel noe ved at Alta relativt sett har færre personer over 67 år, som erfaringsmessig utgjør en stor del av brukerne av sykestueplassene.

Gjennom casestudiene har vi forsøkt å danne oss et bilde av hva våre informanter oppfatter som de mest vanlige pasientgruppene som sykestuene håndterer. Informantene refererer til at det i stor grad er eldre pasienter, og at de mest vanlige innleggelsesgrunnene handler om lungebetennelser, psykiske lidelser og hjerte-karsykdommer. Dette ser ut til å være i overensstemmelse med hva årsrapportene fra prosjektet finner i sin gjennomgang av de innrapporterte tallene som er rapportert inn (Helsedirektoratet 2011).⁵

Vi intervjuet avdelingslederne ved alle fem sykestuen. I tillegg intervjuet vi flere steder også annet fagpersonell tilknyttet sykestuen, deriblant kreftsykepleier. Det viste seg flere tilfeller å være vanskelig å få intervjuet leger med ansvar for sykestuen. Dette skyldtes både det at legene var opptatte og ikke hadde tid til å la seg intervjuet, men også at det enkelte steder var uklart hvilken lege som var den "rette" til å snakke med oss, evt. også at legesituasjonen i kommunen generelt var vanskelig på grunn av vikarleger og turnusleger. Vi intervjuet derfor bare to leger fra to av de fem sykestuekommunene. I de to sykestuene fra Øst-Finnmark

⁵ En studie fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) gjennomgår blant annet alderssammensetning og diagnoser (SKDE, under utgivelse).

intervjuet vi til sammen tre sykepleiere, og fra de tre sykestuene i Vest-Finnmark intervjuet vi fem sykepleiere og to leger. Med unntak av én mann var alle fagpersoner fra sykestuene som inngår i studien vår kvinner. Selv om helsetjenesten er sterkt kvinnedominert, er denne kjønnsbalansen likevel mer ekstrem enn vanlig.

I de samme kommunene har vi gjort intervjuer med den eller de som har det administrativt faglige ansvaret for sykestuene. Dette var de fleste steder helse- og sosialsjef eller enhetsleder for helse. I tillegg har vi ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes gjennomført intervjuer med leger og sykepleiere ved de mest relevante avdelingene, om deres erfaringer med å samarbeide med sykestuene i fylket. Vi intervjuet leger og sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk avdeling. Til sammen intervjuet vi åtte sykepleiere og leger. Både ved sykehuset i Kirkenes og i Hammerfest intervjuet vi en lege og tre sykepleiere. I tillegg intervjuet vi samhandlingsleder i Helse Finnmark HF og Sykestuekoordinator ved Hammerfest sykehus. Også når det gjaldt fagpersonene fra sykehuset som vi intervjuet, var alle med ett unntak kvinner.

Totalt har vi gjennomført åpne, kvalitative intervjuer med 26 fagpersoner som på ulike måter er relevant for sykestuedriften i Finnmark, 10 tilknyttet sykehusene og 16 tilknyttet sykestuene.

En fordel med personlige, kvalitative intervjuer er at en i større grad får mulighet til å forstå sammenhenger og kompleksiteten i det fenomenet som undersøkes. Vi vurderte det som hensiktsmessig å kombinere enkeltintervjuer og gruppeintervjuer for å få en bred representasjon av fagfolkenes ulike typer av erfaringer. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i semi-strukturerte intervjuguider, med spørsmål utarbeidet med bakgrunn i temaene som var sentrale i studien. Vi gjorde lydopptak av intervjuene. Datamateriale ble transkribert og analysert i programmet Nvivo (analyseprogram for kvalitative data). Intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2011. Vi gjorde på forhånd avtaler med lederne og ansatte ved de enkelte sykestuene. Når det gjaldt sykehusene i Kirkenes og Hammerfest var samhandlingsleder i Helse Finnmark HF behjelpelig med å gjøre intervjuavtaler. Alle intervjuene ble gjennomført av to forskere sammen.

1.4 RAPPORTENS OPPBYGNING

I *kapittel 2* diskuterer vi ulike organisatoriske sider ved sykestueprosjektet. Her ser vi nærmere på hvordan sykestuene er organisert i dag og hvilket samarbeid det er mellom sykestuekommunene og sykehusene i Finnmark. Vi vil også drøfte dagens praksis i forhold til informasjonsflyt mellom tjenestenivåene og rutiner rundt overføring av pasienter fra sykehus til sykestue. Avslutningsvis i dette kapitlet diskuterer vi erfaringer og vurderinger av finansieringsordningen for sykestueprosjektet. I *kapittel 3* diskuterer vi faglig innhold i sykestuene og ulike sider ved kompetanseutvikling. Her drøfter vi situasjonen i dag når det gjelder kompetanse i sykestuene og vurderinger av kompetansebehov. Vi ser også nærmere på erfaringer med bruk av telemedisinsk utstyr i sykestuene. I *kapittel 4* vil vi så oppsummere og drøfte sentrale trekk ved sykestueprosjektet, og ta for oss både utfordringer og områder hvor man har lyktes i sykestueprosjektet.

2. ORGANISERING OG SAMHANDLING

2.1 INNLEDNING

En vesentlig forståelsesramme å anlegge på sykestueprosjektet er det vi vil kalle et organisasjonsperspektiv. Vi vil her vurdere prosjektet i lys av teori om hvordan organisasjoner fungerer og endrer seg over tid. Grunnleggende sett kan vi forstå organisasjoner ut fra en instrumentell, rasjonalistisk forståelse (organisasjoner som effektive redskap for å koordinere og produsere varer og tjenester), og ut fra en institusjonell forståelse (organisasjoner som resultat av normer, verdier, tradisjoner, uformelle strukturer). Begge tilnærmingene vil være relevante for å drøfte de former for samhandling, samarbeid og organisering man har kommet frem til i prosjektet over tid.

I dette kapitlet vil vi drøfte det vi ser som de sentrale organisatoriske sidene ved sykestueprosjektet, slik det har blitt gjennomført i perioden fra og med 2009-2011. Det innebærer at vi først og fremst vil drøfte måten sykestuene fungerer på i dag, som del av det lokale helsetilbudet i de ulike kommunene. Vi vil drøfte erfaringene med samarbeid, slik det erfarer i kommunene og i sykehuset. I denne sammenheng tar vi også opp hvilke erfaringer de ansatte i sykestuene har med samarbeidet sykestuene imellom. Vi vil ta opp spørsmål om flyt av kunnskap og informasjon knyttet til prosedyrer og enkeltpasienter her. Når det gjelder spørsmål om kompetanse og faglig innhold er også dette en del av organisatoriske forhold, men siden dette står særlig sentralt har vi valgt å behandle dette som et selvstendig tema i neste kapittel.

Det er verd å understreke at grunnlaget for de drøftingene vi gjør videre i de neste kapitlene er de empiriske funnene i surveyundersøkelsen og intervjuene med ansatte og ledere i kommunene og lokalsykehusene i Finnmark.

2.2 FORMÅLET MED SYKESTUEPROSJEKTET

I Finnmark har samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenestene om drift og finansiering av sykestuer eksistert helt siden midten av 1800-tallet (Aaraas 1998). Denne måten å drive nødvendige helsetjenester har vokst frem som en nødvendig organisasjonsform, tatt i betraktning fylkets spredte bosetning, lange avstander og usikkerhet knyttet til vær og transport. Foranledningen for den evalueringen vi

presenterer i denne rapporten, er gjennomføringen av sykestueprosjektet, dets faglige, finansielle og organisatoriske innhold.

Historisk har det vært ulike former for organisering og drift av sykestuene. I følge Helse Nord ble man i perioden fra 2005 frem mot 2008 stadig mer oppmerksom på organisatoriske uklarheter knyttet til bruken og finansieringen av sykestuene. Dette var blant annet knyttet til definisjonene av hva sykestuenes oppgave, mandat og rolle skulle være i forhold til sykehusene og til de kommunale helse-, pleie- og omsorgsoppgavene. Dette handlet om økonomi, siden det er etablert en fordeling av utgifter knyttet til finansiering av den enkelte sykestueplass. Den økonomiske belastningen ble opplevd som tiltagende, både for helseforetaket og kommunene. Det var også et spørsmål om hvorvidt kapasiteten på sykestueplassene ble benyttet på den mest hensiktsmessige måten. En sykestuepasient er i denne sammenheng definert som a) en pasient innlagt til diagnostisering, observasjon eller behandling i en sykestue, som alternativ til sykehusinnleggelse, eller b) en pasient som er utskrevet fra sykehuset og som ellers ville vært på sykehuset (Helsedirektoratet 2009)⁶.

I perioden 2007-2008 ble det i prosjektets regi startet en systematisk og standardisert registrering av alle sykestuepasienter. På denne måten ble det lagt et grunnlag for å få en bedre oversikt og innsikt når det gjelder fordeling av ulike diagnoser, liggetid, alder, m.v. Denne registreringen ble også videreført og utviklet videre etter at forsøket med ny finansieringsordning ble etablert fra og med 2009. Den finansielle samarbeidsmodell som ble etablert mellom helseforetaket og kommunene innebærer at en begrenset del av finansieringen av sykestuene fra helseforetaket er aktivitetsbasert. I hovedsak består finansieringen av en gitt sum pr sykestueplass (basisfinansiering). I tillegg rapporterer den enkelte kommune inn blant annet antall pasienter og liggetid, og en viss del av finansieringen er altså knyttet opp mot dette (aktivitetsbasert finansiering). Målet som er definert for sykestueprosjektet er formulert slik:

”Målet er bedre helsetjenester der folk bor. Finnmark har spesielle utfordringer med lange reiseavstander til sykehus fra mange kommuner. Som svar på disse utfordringene er det etablert sykestuer som tilbyr spesialisthelsetjenester i mange kommuner. Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene skal understøtte fornuftig bruk av sykestuene, både faglig og samfunnsøkonomisk, og til beste for pasientene” (ibid:5).

⁶ Årsrapport 2010, IS0329. Prosjekt sykestuefinansiering.

I følge Helse Nord er forutsetningene ikke til stede for å anvende en DRG-basert (oppholdsbasert) finansieringsmodell for sykestuene. Av praktiske hensyn valgte man derfor å anvende en liggedagsbasert modell. Denne er enkelt operasjonaliserbar, men har samtidig den begrensning at den oppmuntrer til lange opphold, og derfor i liten grad kan sies å være egnet til å øke gjennomstrømningen av pasientene.

I den evalueringen vi gjør her, drøfter vi spørsmålet om erfaringene med endret finansieringsmodell i sammenheng med de kontekstuelle forholdene knyttet til bruken og driften av sykestuene slik den fungerer i dag. I tillegg til vår evaluering har prosjektet gjort en avtale med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om en undersøkelse knyttet til pasientenes erfaringer. Norsk pasientregister (NPR) benytter dessuten de data som innrapporteres for å utarbeide oversikter knyttet til den faktiske bruken av sykestueplassene.

2.3 DAGENS ORGANISERING AV SYKESTUENE

I arbeidet med evalueringen har vi besøkt til sammen seks av sykestuene i fylket. Et slående trekk er at selv om ordningen og den organisatoriske innrammingen er den samme, er det likevel åpenbart at sykestuene til dels er innbyrdes svært forskjellige. Kommunene har riktignok det samme basistilskuddet pr sykestueplass, og er gjennom avtalen med helseforetaket forpliktet til å legge inn en viss egenfinansiering. Enkelte av informantene har vist til at kommunene i realiteten legger inn betydelig mer enn det som er forpliktet i følge avtalen. Siden lokale forutsetninger og prioriteringer er ulike, har sykestuene har ulike rammebetingelser når det gjelder økonomi, type organisering, lokaliteter, bruk av kompetanse, med mer. Sykestuene inngår med andre ord i en konkret lokal kontekst, der en rekke ulike faktorer er med på å påvirke sykestuenes stilling og situasjon.

I surveyundersøkelsen har vi spurt nøkkelpersonell i sykestuene om hvordan de oppfatter ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset. Av tabellen over ser vi at litt over halvparten (57 %) opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset er tydelig. 22 prosent mener at ansvarsfordelingen ikke er tydelig og en like høy andel har svart "både og" på dette spørsmålet.

Tabell 3: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset er tydelig. Antall og prosent. (N=23).

	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
Helt /litt uenig	5	22
Både og	5	22
Helt/litt enig	13	57
Totalt	23	101

Vi mener det er grunn til å se dette svaret som et uttrykk for det spennet sykestuene står i, mellom de kommunale oppgavene på den ene side, og spesialisthelsetjenestene på den andre. Vi ser dette svaret i sammenheng med uklarheter knyttet til pasientinformasjon og uklarheter knyttet til utskriving av pasienter fra sykestuene. Dette kommer vi nærmere tilbake til kapitlet knyttet til organisering og samhandling.

I casestudien gir informantene i sykestuene uttrykk for at de opplever det som uproblematisk å sende pasienter til sykehus. Legen tilknyttet sykestuen tar, evt. i samråd med lege fra sykehus, avgjørelsen om hvorvidt og når en pasient skal sendes til sykehus. I sykestuene kan det derimot oppleves utfordrende dersom det fra sykehusets side uttrykkes ønske om å skrive ut en pasient som har behov for avansert medisinsk behandling og oppfølging, og/eller der det ikke er ledige sykestueplasser i kommunen. I casestudien ser vi dessuten at de ansatte i sykehusene uttrykker en forventning om at sykestuene skal kunne ta imot pasienter som ansees som utskrivningsklare. Det er likevel forståelse for at kompetansen og kapasiteten i sykestuene varierer og at man derfor fra sykehusets side må være fleksibel og vurdere i hvert enkelt tilfelle når en pasient kan sendes tilbake til kommunen. Det er med andre ord ikke nødvendigvis samsvar mellom når en pasient vurderes å være utskrivningsklar fra sykehusets side, og når pasienten er innskrivningsklar på sykestua.

Av Finnmarks til sammen 16 sykestuer er Alta organisert som en egen enhet. De øvrige sykestuene er på litt ulike måter nærmere knyttet opp mot de kommunale sykehjemsplassene. I disse tilfellene er sykestuen organisert som et antall rom og sengeplasser i den ene enden av en sykehjemsavdeling. Noen steder er disse plassene fysisk skilt fra sykehjemmet med en dør eller gang, og andre steder er det kun innholdet i rommet som viser at dette er noe annet enn en sykehjemsplass. Ved noen av de mindre sykestuene vi besøkte i casestudien er det vanskelig å få øye på synlige skiller som viser hvor sykehjemmet slutter og

hvor sykestuen begynner. Den sykepleieren som har ansvaret for driften påpeker at disse rommene er satt av nærmest vaktrommet nettopp fordi disse trenger større grad av oppfølging og oppmerksomhet. Av hensyn til å utnytte kommunens lokaliteter og personalmessig ressurser på beste måte inngår disse plassene i hverdagen på det enkelte tjenestested i en større sammenheng. Flere av de diskusjonene vi trekker opp her, er derfor relatert spesifikt til sykestueplassene, men favner i mange tilfeller videre enn sykestuedriften isolert sett.

Dette innebærer altså at driften og bemanningen av sykestuene på noen områder er tett forbundet med virksomheten i sykehjemmet. På den annen side ser det likevel ut til at sykestuene, også i de minste av de kommunene vi har besøkt, er organisert på en slik måte at konkrete personer har dette som et særlig ansvarsområde. Det betyr at selv om det ved første øyekast kan være små synlige forskjeller mellom sykestueplasser og sykehjemsplasser, er det likevel visse forskjeller i organisering og oppfølging rundt disse plassene. Det foreliggende datamaterialet gir likevel ikke grunnlag til å gi en utfyllende sammenligning av organisatoriske og ledelsesmessige forskjeller mellom de enkelte kommunene.

I surveyen rettet til nøkkelpersoner i sykestuene spurte vi blant annet om deres erfaringer knyttet til ansvar og oppgaver forbundet med driften av sykestuen. Som vi ser av tabellene under, er dette bildet noe delt. På den ene siden svarer litt under halvparten av respondentene (46 %) at de er litt eller helt enige i at de faglig-medisinske kravene er tydelige.

Tabell 4: Jeg opplever at de faglig-medisinske kravene og retningslinjene for sykestuedriften er tydelige. Antall og prosent (N=24).

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	3	13
Både og	10	42
Helt/litt enig	11	46
Totalt	24	101

Svarfordelingen her er interessant, og kan forstås på den måten at den illustrerer det spennet som sykestuene fungerer i. En mulig forklaring kan være at de oppgavene sykestuene er satt til å løse er komplekse. Faglig sett er en viktig del av oppgavene knyttet til spesialisthelsetjenestenes domene, med høy grad av spesialisering. På den andre siden skal sykestuene ivareta pasienter i deres lokalsamfunn, og er avhengig av å få til gode løsninger for den enkelte pasient,

sykehjem hjemmetjenester, kommunal rehabiliteringsplass eller annet i hvert enkelt tilfelle. Det handler med andre ord om kontekstkunnskap.

Når vi i surveyen spør informantene om deres erfaringer med ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehjem/omsorgstjenester, samt de øvrige kommunale tjenestene, ser dette ut til å være relativt entydig. Et flertall av legene og avdelingslederne som har svart på undersøkelsen, mener ansvarsfordelingen mellom sykestuen og de øvrige helse-, pleie- omsorgstjenesten i kommunen er tydelig, slik det fremkommer av de to tabellene nedenfor. Samtidig ser vi at 7 av 24 respondenter (30 %) oppgir at de mener ansvarsfordelingen er utydelig. Selv om det ikke utgjør mange respondenter totalt sett, må dette likevel forstås som uttrykk for at det er utydelige grenseflater internt i de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene.

Tabell 5: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehjem/omsorgstjenesten er tydelig. Antall og prosent (N=24).

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	4	17
Både og	3	13
Helt/litt enig	17	71
Totalt	24	101

Tabell 6: Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og den øvrige kommunehelsetjenesten er tydelig. Antall og prosent (N=24).

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	2	8
Både og	4	17
Helt/litt enig	18	75
Totalt	24	100

I flere av de kommunene vi har besøkt ser vi at det organisatorisk er en nær sammenheng mellom sykestuedriften og de øvrige tjenestene. Dette ivaretas gjennom regelmessige møter mellom de ansvarlige for de ulike tjenesteområdene. Antallet pasienter er heller ikke høyere enn at man i disse møtene langt på vei kan avtale løsninger og oppfølging rundt den enkelte pasient.

Vi ser likevel at praksisen rundt bruken av sykestueplassene er forskjellig. I enkelte av casekommunene ser vi at man har en viss fleksibilitet i hvilke pasienter og hvor mange pasienter som ligger på sykestuen. Dette er steder hvor sykestuen er samlokalisert med et sykehjem.⁷ I de kommunene der man praktiserer en slik fleksibilitet vil sykestuen i perioder kunne ha et høyere antall pasienter enn antall sykestueplassen kommunen får betalt for, ved at noen ligger i "sykehjemsseng". Motsatt ser det også at sykestueplassene, anvendes av sykehjemspasienter når det er behov for det. (I disse tilfellene telles de ikke som liggedøgn i sykestuens regnestykke.) Andre steder er man tydeligere på hvilke pasienter som skal bruke sykestuen og sykestuesengene – det skal være pasienter med behov for tettere oppfølging av lege enn sykehjemspasientene, og så videre. Her er man også tydelig på at når antall sykestuesenger er opptatt, skal ny pasient, evt. en som allerede er innlagt i sykestuen, sendes til sykehus.

Med bakgrunn i våre besøk og intervjuer med personellet i et utvalg av kommuner har vi også sett at det er visse forskjeller i organisering og drift av sykestuene. Noen steder står legene svært sentralt ikke bare i den faglige delen av gjennomføringen, men også den organisatoriske siden av sykestuene. Andre steder ser det ut til at det er en sykepleier som har ikke bare det driftsmessige ansvaret for å holde sykestuen gående, men også tar ansvaret for de systematiske og planmessige sidene ved sykestuene, mens legenes ansvar her først og fremst er avgrenset til de medisinskfaglige sidene av tjenestene. Sett under ett, reflekterer trolig dette at det er visse forskjeller i rammebetingelsene mellom sykestuene når det gjelder tilgang på personell og bruken av kompetanse i sykestuene. Noen av sykestuene vi har besøkt, har en profil som vi kan kalle "*legedrevne sykestuer*" mens andre kan kalles "*sykepleierdrevne sykestuer*". Vi vil understreke at vi ikke har grunnlag for å vurdere om den ene formen er bedre enn den andre. De legedrevne sykestuene kjennetegnes av å i større grad ha leger med i styring, planlegging og langsiktig forvaltning av oppgaver og utvikling enn hva de sykepleierdrevne sykestuene synes å ha.

Etter vår vurdering henger dette først og fremst sammen med tilgangen på – og stabiliteten i – kvalifiserte leger og sykepleiere i de aktuelle kommunene. Gjennom casestudien ser vi at det er store skiller mellom kommunene når det gjelder hvorvidt man har klart å opprettholde en viss stabilitet og dekning i antallet stillinger over tid. I de kommunene som ser ut til å ha en viss stabilitet, ser

⁷ Vi vil likevel gjøre oppmerksom på at dette ikke ser ut til å gjelde alle de steder som har slik samlokalisering.

det også ut til at man har leger som tar et slikt overordnet ansvar. I de kommuner som i større grad preges av lav stabilitet på legesiden, ser vi at det er sykepleiere som går inn og tar dette ansvaret i fravær av – eller mangel på – leger til å ta slik styring. Riktignok vil det også her formelt sett være kommunelege I som har det overordnede ansvaret, men i realiteten er det den sykepleier som har ansvaret for daglig drift av sykestuen som står for dette. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Vi har ikke noe annet inntrykk enn at dette ansvaret forvaltes på en hensiktsmessig måte også i disse tilfellene. Likevel synes det noe paradoksalt at de kommunale helsetjenestene har kommunelege I som sin faglige leder, samtidig som enkelte av sykestuene, som av og til beskrives som ”halvannenlinjetjeneste” i praksis har sykepleiere som sin leder.

Det kan se ut til at dette har konsekvenser på noen områder når det gjelder det faglige samarbeidet med sykehusene. Vi skal likevel understreke at vi ikke har grunnlag for å vurdere hvorvidt dette eventuelt innebærer kvalitetsmessige forskjeller.

2.4 SAMARBEIDET MELLOM KOMMUNER OG SYKEHUS

En viktig forutsetning for at sykestuene skal fungere etter hensikten, er at det samarbeidet som samarbeidsavtalen regulerer også fungerer i praksis i hverdagen. I prosjektbeskrivelsen satte vi opp noen spørsmål knyttet til dette samarbeidet mellom de to nivåene:

- Hvor mye samarbeider sykehusene og sykestuene? Hva samarbeides det om, og hvor formalisert er samarbeidet?
- I hvilken grad forstås samarbeidet mellom sykestuene og spesialisthelsetjenesten som tett og forpliktende av de respektive parter, slik målsettingen er?
- Hvordan organiseres samarbeid og oppfølging av sykestuene ved de ulike avdelingene på sykehusene?
- Er det særlige utfordringer knyttet til slikt samarbeid?
- Hvilke faktorer oppleves å være viktig for at samhandlingen skal fungere godt? Og hvilke faktorer kan hemme et godt samarbeid?

Det generelle inntrykket på dette området er at samarbeid jevnt over fungerer hensiktsmessig i hverdagen, på den måten at det er lav terskel for å legge inn pasienter og at man i stor grad ser ut til å ha en dialog knyttet til utskrivinger av enkeltpasienter. Det betyr likevel ikke at dette samarbeidet foregår knirkefritt. Vi skal utdype dette.

Både i sykehusene og i sykestuene vurderer våre informanter at terskelen for å legge inn pasienter er lav. Alt helsepersonell vi har intervjuet understreker også at terskelen for sykehusinnleggelse bør være lav. Det er den enkelte lege ved sykestuen som tar disse avgjørelsene i hvert enkelt tilfelle, og dette blir det uttrykt stor forståelse for blant informantene på sykehusene. Den mer eller mindre etablerte holdningen synes å være at: *"Er du i tvil, så legg inn."* I følge sykehusets informanter i casestudien vurderer man den potensielle "faren" for at det skjer for mange sykehusinnleggelse som lav. Blant legene i sykehuset blir det tvert imot understreket at sykestuene i praksis har en viktig funksjon som "buffer" – altså som et ledd som tar seg av mange av de oppgavene som sykehusene ellers ville tatt. En av de sykehuslegene vi intervjuet uttrykte dette på den måten at *"Finnmark fungerer på grunn av sykestuene!"*. Informanten illustrerte dette med å sammenligne innleggelsespraksis fra sykestuene med tilsvarende praksis fra Hammerfest og Kirkenes, som ikke har sykestuer: *"Se bare på vertskommunene – de legger jo inn for rubbel og bit!"* Samtidig opplever man fra sykehusenes side at noen sykestuekommuner oftere legger inn pasienter med mindre alvorlige sykdommer eller skader. Dette er noe man antar har sammenheng med stabilitet blant legene i kommunen, tilgang på kompetanse/fagpersonell og kapasitet i sykestuen.

Også når det gjelder terskelen for å ta kontakt og be om råd, veiledning eller opplysninger knyttet til enkeltpasienter, gir informantene våre i sykestuene uttrykk for at de opplever denne som lav. I tilfeller der det handler om opplæring i bruk av utstyr eller spesielle medisiner opplevs dette som at det fungerer etter hensikten. Dette gjelder særlig i samarbeidet rundt enkeltpasienter. Det skal likevel understrekes at denne typen informasjon og veiledning i all hovedsak ser ut til å skje på initiativ fra personell i sykestuene, og i svært liten grad synes å være initiert fra sykestuene.

I surveyen spurte vi personellet i sykestuene om hvorvidt de mener de har faste kontaktpersoner på sykehuset som de kan ringe og spørre til råds. I tabellen under ser vi at kun et mindretall (18 %) oppgir at de har en eller flere slike faste

kontaktpersoner. Tar vi med de som har svart "både og" på dette spørsmålet, gjelder det omtrent en tredjedel av respondentene.⁸

Tabell 7: Jeg har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset. Antall og prosent. (N=22)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	15	68
Både og	3	14
Helt/litt enig	4	18
Totalt	22	100

Tabellen kan forstås på flere måter. På den ene siden kan den forstås som et uttrykk for at få av legene og sykepleierne ved lokalsykehusene er villige til å ta et særlig ansvar for å følge opp sykestuenes behov for informasjon og veiledning rundt enkeltpasienter. På den andre siden kan tabellen også forstås slik at den generelle viljen og muligheten blant sykehusets personale er høy når det gjelder å svare på henvendelsene fra sykestuene, slik at behovet for faste kontaktpersoner ikke er spesielt høy. Ut fra det vi tidligere har beskrevet om at terskelen for å ta kontakt oppleve som lav, er også dette en rimelig tolkning. Samtidig vet vi at det er stort turnover blant legene som er tilknyttet sykestuene, noe som gjør det ekstra utfordrende å etablere og opprettholde faste kontaktpersoner på begge tjenestenivå. Svarene i tabellen kan tyde på et behov for å etablere et system som tydeligere ivaretar kontakten mellom personell på de to nivåene. Dette vil kunne kompensere for til dels hyppig utskifting av personell.

Vi har undersøkt om det er noen forskjell mellom andelen fra sykestuene i Øst- og Vest-Finnmark som opplever å ha faste kontaktpersoner på sykehuset. Med forbehold om at vi har å gjøre med svært små tall, ser det ut til at det er en noe høyere andel respondenter fra Øst-Finnmark (33 %) som oppgir å ha faste kontaktpersoner på sykehuset enn fra Vest-Finnmark (7 %).

Når det gjelder erfaringene knyttet til opplæring og veiledning på mer generelt grunnlag, ser det ut til å være noe mer variert. I enkelte av sykestuene gir man uttrykk for at man opplever utfordringer knyttet til dette. Det ble i noen tilfeller referert til at man tidligere hadde ordninger der man på faste tidspunkt koblet opp telematikkutstyret og drøftet faglige saker av mer allmenn karakter med

⁸ Vi har undersøkt men ikke funnet noen store forskjeller mellom leger og avdelingsledere som har svart dette.

fagfolk i medisinsk avdeling på sykehuset. Denne ordningen ser ut til å ha blitt avsluttet litt etter litt. Delvis ble det forklart med laber interesse fra personell i kommunene og i sykehuset, hektiske hverdager og tidsnød både i sykehuset og sykestuene, og delvis strandet det på grunn av problemer med å få telematikkutstyret til å fungere tilfredsstillende. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Vårt inntrykk fra casestudien er at sykestuenes samarbeid med sykehusene i Hammerfest og Kirkenes i liten grad er formalisert, enten det gjelder samarbeid i forbindelse med enkeltpasienter eller mer generell veiledning. (Vi har imidlertid ikke grunnlag i det kvantitative materialet for å utdype dette ytterligere.) Det er først og fremst gjennom behovet for kontakt, hovedsakelig knyttet til enkeltpasienter, utviklet seg ulike praksiser for samhandling mellom partene, i form av innarbeidede felles forståelser av hvordan man samarbeider – uten at dette nødvendigvis er nedskrevet noe sted. En samhandlingspraksis som er etablert mellom sykestuene og sykehusene er overføringssamtaler i forbindelse med forberedelse til og utskriving av pasienter. Samhandlingspraksisene kan også være noe ulike alt etter hvilken sykestue som samhandler med ulike avdelinger på sykehusene. Fra sykestuenes side opplever man, som nevnt, i all hovedsak at helsepersonell på sykehusene er tilgjengelige og gir den veiledning det er behov for. Til en viss grad kan man fra både sykehusenes og sykestuenes side oppleve at det er utfordrende å få tak i rett person.

Etter vår vurdering er spørsmålet om hvor initiativet kommer fra et viktig aspekt ved samarbeidet. Når det gjennomgående synes å være slik at det er personellet i sykestuene som er de som tar kontakten, kan vi forstå dette som uttrykk for at det er en asymmetrisk relasjon – det er personellet ved sykehusene som vanligvis er den dominerende part i samarbeidsrelasjonen. Sett fra sykestuene opplever man at det fra sykehusets side i liten grad uttrykkes noen genuin interesse for å sette seg inn i eller forstå hvordan hverdagen i sykestua arter seg. Noen informanter gir eksempler på uheldige konsekvenser av dette. Nå og da opplever enkelte kommuner at pasienter skrives ut og sendes til sykestuen mens de fremdeles er under behandling og avhengig av medisiner eller annet medisinsk utstyr som man ikke har tilgang til lokalt fordi det er lang vei til nærmeste apotek.

I intervjuene stilte vi også spørsmål om samarbeidsforhold mellom personellet sykestuene og Universitetssykehuset i Nord-Norge.⁹ I den grad sykestuene samarbeider direkte med tredjelinje ser dette først og fremst ut til å gjelde spesialisthelsetjenester på helt bestemte og avgrensede områder. De fagområdene som det ble vist til i intervjuene var i forbindelse med kreftbehandling og psykiatrisk behandling. Av de informantene i sykestuene som har kommet inn på dette under intervjuene, understreker samtlige at de opplever dette som bra. De refererer til at de oppfatter det som lett å henvende seg, de får god oppfølging og tilstrekkelig informasjon og opplæring ut fra det behovet de har. Denne informasjonen og opplæringen skjer både på telefon og via telematikk. Informantene har også vist til at de i enkelte tilfeller har tatt turen til UNN for å få opplæring direkte.

2.5 INFORMASJONSFLYT OG UTSKRIVING AV PASIENTER

Noen av de spørsmålene som ble formulert innledningsvis tok sikte på å belyse hvordan informasjonsflyt og opplysninger om den enkelte pasient går mellom personellet og mellom de ulike behandlingsarenaene. I de gjeldende samarbeidsavtalene mellom den enkelte kommune og helseforetaket listes det opp en del krav til hva helseforetaket skal bidra med i samarbeidet med sykestuene. Avtalen inneholder flere formuleringer. Det heter blant annet at: *”Utskriving fra sykehus til sykestueplass forutsetter at epikrise med nødvendige opplysninger for videre behandling følger pasienten.”* Videre heter det at:

”Det dedikeres ansvar til sykepleier ved medisinsk avdeling i hvert av sykehusene med oppgaver øremerket for sykestuefunksjonen.

Det dedikeres ansvar til lege ved medisinsk avdeling i hvert av sykehusene med oppgaver øremerket for sykestuefunksjonen.

Det opprettes foretaksansvarlig lege for sykestuefunksjonen.

*Foretaket tar også ansvar for å ansette en sykestuekoordinator/
fagansvarlig lege for kommunenivået med ansvar for
sykestuefunksjonen.”*

(Prosjekt sykestuefinansiering, årsrapport 2010, s 23.)

På dette punktet synes det å være relativt store forskjeller i hva informantene i kommunene og i sykehusene sier. Informantene ved sykestuene refererer til at

⁹ Her skal det understrekes at vi ikke har intervjuet personell ved UNN om tilsvarende. Dette lå ikke inne i prosjektbeskrivelsen.

legens epikriser sjelden eller aldri følger med pasientene som skrives ut tilbake til kommunene. Det innebærer at sykepleier lokalt i stedet ringer tilbake til sykehuset og etterspør opplysninger. Informantene her referer til at man i noen grad bruker meldingsblanketter, men at disse sjelden inneholder alle nødvendige opplysninger. De opplever ikke at det er noen høy terskel for å skulle ringe og etterspørre pasientopplysninger, men understreker at det tar ekstra tid i en travel hverdag. I sykestuene ser det ut til at det vanligvis er sykepleierne som tar seg av dette, og det er sykepleier på de aktuelle avdelingene ved sykehusene de vanligvis ringer til. Enkelte informanter i sykestuene gir uttrykk for at legenes epikrise blir lovet å komme innen tre dager, mens de vanligvis kommer etter tre uker. Disse informantene referer til at de opplever det som nedvurderende at de nødvendige pasientopplysningene ikke følger pasienten, slik forutsetningen er.

Når vi derimot spør leger og sykepleiere på de aktuelle sykehusavdelingene, gir de uttrykk for at slike opplysninger vanligvis følger den enkelte pasient. Her peker man på at dersom ikke legens epikrise alltid følger med, følger sykepleierens epikrise eller meldingsblankett. Spørsmålet om hvilke opplysninger som følger pasientene har tydeligvis vært et tema som har vært oppe til diskusjon tidligere, og sykehuslegene mener de har strammet inn og blitt bedre på dette. Det ser ut til å være vanlig praksis at en sykepleier fra sykehuset ringer sykestuen i forkant av utskriving av en pasient. Hvilke rutiner sykestuene har rundt mottakelsen av disse samtalene varierer. Flere steder er det avdelingsleder eller vakthavende sykepleier som tar disse samtalene, mens det i andre sykestuer synes å være noe tilfeldig hvem som mottar disse opplysningene. Her kan det også være hjelpepleiere som tar imot disse opplysningene. Flere informanter, i sykehus og i sykestuer, har understreket betydningen av at pasientinformasjonen ved utskriving blir organisert på en måte som sikrer videreformidling og journalføring.

Når det gjelder utskriving av pasienter fra sykehus til sykestue går den muntlige informasjonen og kontakten vanligvis via sykepleiere på begge nivå, mens når det gjelder innskriving av pasienter i sykehus går kontakten via legene. Lege ved sykestuene kontakter også sykehuslegene dersom de har spørsmål angående behandling av personer som er innlagt på sykestuen. Fra intervjuene med personellet i sykestuene har vi kjennskap til at sykehuset i Kirkenes anvender telematikkutstyret i forbindelse med utskriving av pasienter til enkelte kommuner. I disse tilfellene møtes ulike faggrupper fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen for å diskutere pasienter som skal overføres til sykestuen.

I denne sammenheng kommer noen av informantene i sykestuene også inn på at dette spørsmålet langt på vei kan løses gjennom tilgang til felles journalsystem med sykehusene. Per i dag har kommunene sine elektroniske pasient-journalsystemer, og sykehusene har sitt. Det er vanntette skott mellom disse to, og leger i sykestuene har ikke mulighet til å åpne journalmappene i sykehusets register, og omvendt. Blant de legene vi har intervjuet i sykestuene artikuleres dette ønsket/kravet ganske tydelig. Legene her gir uttrykk for at dette med fordel burde være innført, og at det ville lette informasjonsflyten knyttet til overføring av pasienter mellom de to instansene betydelig. Blant legene vi har intervjuet i sykehusene gir man også inntrykk for at man forstår dette synspunktet. Etter hva vi har forstått har dette temaet vært diskutert i sykestuesamarbeidet tidligere, men at det så langt har strandet på spørsmålet om personvern hensyn. Hvis så er tilfelle, avhenger dette av hva man definerer sykestuene som – som del av de kommunale helsetjenestene eller som del av spesialisthelsetjenestene. Når samhandlingsreformen iverksettes, vil sykestuene i større grad bli et kommunalt ansvarsområde.

2.6 ERFARINGER MED NY FINANSIERINGSORDNING

Noen av de sentrale spørsmålene i denne evalueringen er knyttet til erfaringene med den finansieringsordningen som er kjernen i prosjektsamarbeidet. Ordningen med aktivitetsbasert finansiering ble satt i verk fra og med driftsåret 2009 og løper foreløpig ut 2011. Sykestueprosjektet innebar at kommunene fikk en et økonomisk tilskudd på totalt 7,5 mill kr per år for å videreføre ordningen med sykestuer. Dette tilsvarer rundt 188 000 kr pr sykestueplass pr år. Sykestuene har altså blitt tilført en betydelig ressurs for å kunne sikre videreføringen av ordningen med sykestuer innenfor knappe kommunebudsjetter. I statsbudsjettet for 2012 legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til å videreføre en slik ordning i ytterligere tre år, for deretter å inkludere dette tilskuddet i det generelle inntekstsystemet til regionale helseforetak. Det foreslåtte beløpet for 2012 utgjør 8,3 millioner kroner (Prop. 1S, HOD, 2011-2012, s 155.)

Vårt oppdrag har vært å evaluere erfaringene med sykestueprosjektet i perioden fra 2009 og ut 2011. I denne perioden har sykestueprosjektet hatt som mål å prøve ut en ordning med aktivitetsbasert finansiering. Dette har i korthet gått ut på at man har forsøkt å knytte en viss grad av finansieringen av sykestueplassene til belegg i den enkelte sykestueplass. Slik avtalen mellom hver enkelt kommune og helseforetaket har vært, gir helseforetaket et tilskudd til den enkelte kommune

på kr 491 000,- pr år pr sykestueplass. Som norm har man satt opp et belegg på 310 liggedøgn i en sykestueplass i året. I tillegg har den enkelte kommune mottatt 580 pr liggedøgn pr plass. Denne siste, variable delen av tilskuddet gis etter beregning av antallet liggedøgn, der kommunene sender rapporter til Norsk pasientregister. I statsbudsjettet for 2012 signaliserer departementet at man ikke anser det som hensiktsmessig å fortsette forsøket med aktivitetsbasert finansiering, siden dette uansett vil bli ivaretatt av samhandlingsreformen, når den kommer på plass.

Andre instanser har fått i oppgave å studere hvorvidt de rapporterte tallene viser om insentivstrukturen har virket på den måten prosjektet tar sikte på. I vår evaluering har vi studert hvordan de nye samarbeidsavtalene har fungert, og hvilke erfaringer man har med de insentivene som ligger for driften. Problemstillingen vi tok utgangspunkt i på dette området var:

- Har ny samarbeidsavtale om sykestuedrift bidratt til endret praksis for innleggelser i det kommunale tjenestetilbudet og bruk av sykestuer, i så fall på hvilken måte?
- Oppfølging etter 14 dager – hvordan praktiseres dette? Hva er erfaringene?

I samarbeidsavtalene ligger det også nedfelt et kriterium om at dersom en pasient har et opphold i en sykestueplass lenger enn 14 dager, skal dette vurderes i samarbeid med en spesialist i helseforetaket. Hensikten med denne passusen har vært å motvirke at pasienter blir liggende for lenge og oppta sykestueplasser, slik at sykestueplassene i realiteten fungerer som subsidierte sykehjems plasser.

Underforstått handler dette om å skape sykestuer som kan svare til de behov som sykehusene har til å skrive ut pasienter ved endt behandling der, og unngå at kapasiteten ved sykestuene blir en slags flaskehals for å overføre ferdig-behandlede pasienter ved sykehusene tilbake til hjemkommunen.

De variable summene det er snakk om pr sykestueplass pr år er som vi ser relativt små sett i forhold til de faste årlige bevilgningene for hver sykestueplass. I prosjektdokumentene omtales også ordningen som en form for styring gjennom en svak form for insentiv. Målet med å prøve ut en ordning med en mild form for insentiv er, slik det fremgår av sykestueprosjektets årsrapport fra 2010 nettopp å forsøke å påvirke gjennomstrømmingen samtidig som man vil unngå å innføre et system som kan ha utilsiktede konsekvenser (Helsedirektoratet 2011:18).

Under intervjuene med informanter blant personell i sykestuene og i sykehusene har vi spurt om deres erfaringer med – og eventuelle meninger om – den finansieringsmodellen som ligger til grunn for driften av sykestuene. Kanskje ikke så overraskende var det mange av fagpersonellet som i liten grad var opptatt av endringer i finansieringsmodellen. Det er ført og fremst på avdelingsledernivået og i administrative stillinger at man hadde klare formeninger om disse spørsmålene.

Det bildet vi dannet oss på bakgrunn av intervjuene var at dagens finansieringsmodell i det store og hele oppfattes som legitim og hensiktsmessig. I noen av kommunene viser man til at man har langt høyere belegg enn modellen forutsetter, i andre kommuner viser man til at lavt belegg på sykestueplasser handler om interne forhold i den enkelte kommune. Blant det administrative personellet i kommunene blir det i flere tilfeller uttrykt en bekymring for at helseforetakenes tilskudd til driften gradvis legges om slik at kommunene over tid har fått en økt økonomisk byrde knyttet til driftene av disse plassene. Her viste informantene i noen tilfeller til at den historiske utviklingen hadde gått den veien de siste tiårene.

Sykestueprosjektet må forstås i lys av dette, og som en midlertidig finansieringsmodell mens man har ventet på samhandlingsreformen skal trå i kraft og finansiere driften av sykestuene på annen måte. Ved innføringen av ny finansieringsordning i 2009, ble helseforetaket og kommunene styrket med 7,5 millioner kroner hver årlig til videreføring av sykestuenes drift.

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål ved om respondentene opplever at kommuneadministrasjonen og den politiske ledelsen i kommunen har vist interesse for sykestuen.

Tabell 8: Jeg opplever at kommuneadministrasjonen i kommunen har interesse for sykestuen. Antall og prosent. (N=22)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	4	18
Både og	6	27
Helt/litt enig	12	55
Totalt	22	100

Litt over halvparten av de som har besvart undersøkelsen, opplever at kommuneadministrasjonen har interesse for sykestuen. Tabellen over viser også at omtrent en av fem ikke opplever dette. Omtrent like mange opplever at den politiske ledelsen i kommunen har interesse for sykestuen (se tabell nedenfor).

Tabell 9: Jeg opplever at den politiske ledelsen i kommunen har interesse for sykestuen. Antall og prosent. (N=22)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	5	23
Både og	4	18
Helt/litt enig	13	59
Totalt	22	100

Vi har også undersøkt om det er forskjeller mellom sykestuene i Øst- og Vest-Finnmark når det gjelder disse spørsmålene. Med forbehold om at det er snakk om små tall¹⁰, ser vi at respondentene fra sykestuene i Vest-Finnmark i noe større grad enn respondentene fra sykestuene i Øst-Finnmark opplever at kommuneadministrasjonen og den politiske ledelsen har interesse for sykestuen. Det er for eksempel 69 prosent av respondentene fra Vest-Finnmark som er litt eller helt enig i at den politiske ledelsen har interesse for sykestuen, mot 44 prosent fra Øst-Finnmark. Vi ser også at et stort flertall av respondentene fra de største sykestuene (fire eller flere plasser) opplever at kommuneadministrasjonen og den politiske ledelsen i kommunen har interesse for sykestuen.¹¹

¹⁰ For Vest-Finnmark er N=13 og for Øst-Finnmark er N=11.

¹¹ Det er her snakk om svært små tall, ettersom de fleste kommunene har en eller to sykestueplasser.

I intervjuene med ansatte fra kommuneadministrasjonen stilte vi også spørsmål til den politiske oppslutningen rundt sykestuene. Selv i de kommunene som har hatt stor prioritet og regnes for å være langt fremme når det gjelder drift av sykestuer ble det referert til at kostnadene til sykestueplasser hvert år ble tematisert og diskutert i forbindelse med budsjettarbeidet. Det vitner om at politikerne både er opptatt av kostnadssiden ved sykestuene i en ofte hardt presset kommuneøkonomi. Samtidig kan det at man faktisk prioriterer sykestuedriften i kommunebudsjettene forstås som et uttrykk for man anser dette som spesielt viktig for kommunen og innbyggerne.

Når det gjelder "14-dagersregelen" ser vi at denne er tematisert og kjent blant både profesjonsutøvere og ledere i sykestuene. Materialet fra casestudien tyder på at i de tilfeller der legetjenestene domineres av vikarleger og leger på korte kontrakter, ser det ut til at det vanligvis er leder for sykestuen som holder oversikt og følge opp dette. Vårt inntrykk er at det er relativt store forskjeller mellom kommunene i hvordan man oppfatter denne regelen og hvor stor vekt man legger på å etterleve den. Mens det ved noen av sykestuene blir uttrykt tydelig at man legger stor vekt på å ha en dialog med lege i sykehuset om de pasienter som av ulike grunner blir liggende lenger enn to uker, synes det som om man har en mer pragmatisk innstilling til dette ved andre sykestuer. Det bør likevel understrekes at dette ikke nødvendigvis handler om "dårlige holdninger" eller "uvilje" til å etterfølge avtalen. I noen av kommunene ser vi at antallet plasser i de øvrige omsorgstjenestene er relativt begrensede. Dette gjør at sykestuen i disse kommunene i noen tilfeller synes å ha problemer med muligheter til å sende sine ferdigbehandlede pasienter videre. I disse kommunene synes altså problemet ikke først og fremst å ligge i manglende kompetanse eller vilje i sykestuene, men i manglende politisk vilje eller mulighet til å utvikle tilstrekkelig kapasitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Slik samarbeidet fungerer i dag, er den enkelte sykestue forpliktet av avtalen til å rapportere tall for pasienter, liggetid og antall liggedøgn, diagnoser, mv. til Norsk pasientregister (NPR). Skjemaet er satt opp i et Excel regneark, der hver horisontal linje representerer en innleggelse, og hver kolonne ulike variabler knyttet til denne. Den enkelte sykestue og kommune har et økonomisk insentiv til å følge opp disse rapporteringene, siden en viss andel av det økonomiske tilskuddet beregnes på bakgrunn av disse tallene. I følge avtalene rapporteres tallene inn for hvert tertial. Et av spørsmålene vi la opp til å belyse var:

- Hvor viktig vurderes dokumentasjon av pasientoppholdene med hensyn til fastsetting av diagnose, dokumentasjon av behandling/prosedyrer m.v.? Følges denne dokumentasjonen opp løpende eller etterskuddsvis?

I intervjuene med personellet i sykestuene har vi derfor stilt noen spørsmål knyttet til dette. Vi ser at i alle kommunene vi har besøkt forholder man seg aktivt til innrapportering av disse tallene, men måten å organisere arbeidet på – og erfaringene knyttet til disse rapporteringene – synes å variere betydelig. De stedene der dette synes å være minst problematisk, ser det ut til at legene har tatt hovedansvaret for dette og gjør disse registreringene mer eller mindre fortløpende som del av sykestuearbeidet. I andre kommuner ser det ut til at dette arbeidet blir liggende og at én eller enkelte leger tar et "skippertak" noen dager før rapporteringsfristen utløper. Legenes kompetanse er nødvendig i dette arbeidet siden det blant annet handler om å konvertere diagnoser fra ICPC til ICD10. I et tilfelle så vi at en av sykepleierne som er spesielt datakyndig har fått et spesielt ansvar for å legge inn data i regnearket. Hun tar dette i ledige stunder på nattevakt eller i andre litt roligere perioder. Vårt inntrykk er at hovedforskjellene når det gjelder organiseringen av disse rapporteringene ligger i de tidligere omtalte forskjellene mellom de "legedrevne" og de "sykepleierdrevne" sykestuene.

I noen av sykestuene fremheves det at man har hatt en del problemer med bruken av rapporteringsskjemaet. Problemene synes å være knyttet til at skjemaet er for rigid og at en inntastingsfeil kan medføre at registreringen slettes og man ikke får tilskudd for denne pasienten. I disse sammenhengene ble det fremhevet at man opplevde at rapporteringene tok uforholdsmessig mye tid. Vårt inntrykk er at problemene med bruken av skjemaet flere steder handler om manglende systematikk og kontinuitet i utfyllingen av pasientopplysninger. Av måten disse rapporteringene snakkes om lokalt ser vi at dette forstås om "noe som kommer i tillegg til", og ikke "som en del av" sykestuearbeidet. De kommunene som tilsynelatende ikke har problemer med utfyllingen, har dette som en del av legenes ordinære oppgaver i sykestuene. I de kommunene der man uttrykker problemer med skjemaet, gjøres utfyllingen i mange tilfeller av annet personale enn legene. På denne måten ser det ut til at stabil og tilstrekkelig legedekning også her spiller inn. I følge opplysninger fra oppdragsgiver kritiserer Norsk pasientregister og Helse Finnmark kommunenes rapporteringer av disse tallene for at de kommer for sent, og at de er av lav kvalitet. Etter vår vurdering er det grunn til å se dette i sammenheng med det vi allerede har påpekt om manglende systematikk og rutiner knyttet til dette arbeidet.

2.7 OPPSUMMERING

Som en kort oppsummering av dette kapitlet vil vi understreke at forsøksordningen med ny sykestuefinansiering, slik prosjektet legger opp til, på flere måter synes å ha innskjerpet og tydeliggjort distinksjonen mellom sykestue og sykehjem i kommunene. Dette kommer aller tydeligst til uttrykk i intervjuer med de leger og de sykepleierne som har ansvaret for driften av sykestuene, men også blant de andre sykepleierne vi har intervjuet. Selv om vi, slik vi har beskrevet over, har sett at det er lokale forskjeller i måtene man følger opp samarbeidsavtalene, refererer informantene sett under ett til økt oppmerksomhet omkring gjennomstrømning og videreføring av pasienter og til et større fokus på rutiner og samarbeid rundt hjemsendelse av pasienter etter sykehusopphold. Vi skal understreke at disse endringene ikke alltid refereres til av våre informanter som knyttet spesifikt til samarbeidsavtalene slik de foreligger i dag, men vi mener at vi med rimelig grunn kan se en slik sammenheng. Det handler om endringer som skjer gradvis og over tid, og der retningen er en økt oppmerksomhet på bruken og gjennomstrømningen i sykestueplassene.

Som vi har vært inne på ovenfor, ser vi at sykestuene er innvevd i sin lokale kontekst, i form av struktur på de øvrige kommunale helse- og pleietjenestene, kommunal økonomi og tilgang til kvalifisert personell. Sykestuene eksisterer med andre ord under ganske ulike betingelser lokalt, og det må legges til grunn at sykestuene har ulike forutsetninger for å løse oppgavene.

I drøftingen over har vi blant annet tatt opp samarbeidsforholdet mellom sykestue og sykehus. I samarbeidsavtalene legges det til grunn at: *”Utgangspunktet for samarbeidet må være tillit og åpenhet mellom to likverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre. Helse Finnmark og kommunene må samarbeide ut ifra en felles forståelse av ansvar og plikter, og at partene aktivt sørger for at samarbeidsavtalen blir fulgt opp på alle nivå ”* (Helsedirektoratet 2011, s 11).

Slik det fremkommer i det datamaterialet vi har samlet inn, synes denne relasjonen snarere å være preget av et asymmetrisk forhold. På noen områder blir dette mer tydelig enn andre. I samarbeidet knyttet til telemedisin, og i overføring av epikriser og skriftlige pasientopplysninger blir dette tydelig. Likevel ser vi at samarbeidet rundt enkeltpasienter blir erfart som bra, fordi man i sykestuene opplever at terskelen som lav når det gjelder å ringe og etterspørre pasientopplysninger og rådføre seg med sykehuspersonalet. Fra personalet i

sykehusene registrerer vi at det uttrykkes stor tillit og anerkjennelse for det arbeidet og den kompetansen man har i de lokale sykestuene.

Det at terskelen for å ta kontakt og rådføre seg med sykehusets leger og sykepleiere oppleves som lav i sykestuene er etter vår vurdering avgjørende for at samarbeidet fungerer så godt som det etter alt å dømme gjør per i dag. Det synes likevel å være et betydelig forbedringspotensial knyttet til den skriftlige informasjonsflyten mellom de to behandlingsnivåene, enten det dreier seg om formidling av epikriser og meldeskjemaer som fysisk følger med den enkelte pasient eller det handler om tilgang til et felles journalsystem. Vi tar ikke stilling til en eventuell tilgang til felles journalsystem og de begrensninger som dette innbefatter med hensyn til personvern, men vi registrerer at dette uttrykkes som en idé og et ønske fra noen informanter. Generelt når det gjelder informasjonen som er knyttet til enkeltpasienter ser det ut til at mye kan vinnes på å etablere tydeligere rutiner for samarbeid og informasjonsflyt, både internt i organisasjonen og mellom de ulike nivåene. Vi er ellers gjort kjent med at Helse Nord, gjennom Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, har satt i gang et prosjekt for oppkobling av pleie- og omsorgssektoren til Norsk helsenett. Gjennom prosjektet vil alle kommuner i Nord-Norge kunne overføre pleie- og omsorgsmeldinger fra helseforetakene. Dette vil trolig kunne få betydning for informasjonsutveksling ved utskriving av pasienter.

3. FAGLIG INNHOLD OG KOMPETANSEUTVIKLING

Helsetjenestene er kompetanseintensive organisasjoner. Personnellets kunnskaper og kvalifikasjoner er den viktigste innsatsfaktoren i de tjenestene som ytes. Hvilken kompetanse tjenestene besitter og hvordan organisasjonene tar i bruk personellens kunnskap er derfor av avgjørende betydning for de tjenestene som ytes. I sykestueprosjektet har man lagt vekt på det faglige innholdet i sykestuene. Kvalifisert helsepersonell, mulighet for kompetanseutvikling, tilstrekkelig bemanning og stabilitet blant personalet er viktige forutsetninger for at sykestuene skal fungere etter intensjonen.

I dette kapitlet vil vi presentere resultater fra spørreundersøkelsen som var rettet til alle leger og avdelingsledere ved sykestuene i Finnmark, og fra casestudien der vi så nærmere på hvilke erfaringer og vurderinger helsepersonell fra lokalsykehusene og sykestuene har av det faglige innholdet og kompetansen i sykestuene. Vi vil drøfte situasjonen i dag når det gjelder kompetanse i sykestuene. Vurderes denne som tilstrekkelig, og hvilke forhold har betydning for behovet for kompetanse og vurderinger av i hvilken grad sykestuen har den nødvendige kompetansen. Videre vil vi drøfte årsaker til og følger av det en opplever som for lav bemanning og/eller ikke tilstrekkelig kompetanse. Det er relevant å drøfte i hvilken grad sykestueprosjektet har ført til økt fokus på kompetanse i sykestuene. I hvilken grad, på hvilken måte og på hvilke områder har det skjedd kompetanseutvikling blant helsepersonell som er tilknyttet sykestuene? I samarbeidsavtalen mellom Helse Finnmark HF og sykestuekommunene står det at helseforetaket skal bidra til kompetanseheving. Hva omfatter dette?

I sykestueprosjektet har man også forsøkt å bygge opp nye samarbeidsformer mellom tjenestenivåene som tydelig adresserer spørsmål om kompetanse på begge nivåer: I hvilken grad bidrar det praktiske samarbeidet om pasienter over tid til at man utvikler felles faglig forståelse omkring oppgavene? I hvilke sammenhenger er det snakk om felles læring og utvikling blant personalet på tvers av nivåene? I hvilken grad blir slike erfaringer satt i system innad i sykestuene og på sykehusavdelingene? Og hva vet personalet om hverandre? Telemedisinsk utstyr er et sentralt virkemiddel når det gjelder faglig støtte og kompetanseutvikling fra spesialisthelsetjenestens side, men også i forhold til faglige nettverk mellom helsepersonell i sykestuekommunene.

3.1 HVA ER KOMPETANSE?

Ved sykestuene jobber det først og fremst sykepleiere og leger, men også andre faggrupper slik som for eksempel fysioterapeuter, vernepleiere og ergoterapeuter, samt ulike videreutdanninger innen blant annet akuttmedisin og kreftbehandling. Når vi snakker om kompetanse i sykestuene, referer vi her til formell faglig utdanning. Videre i kapitlet er det hovedsakelig dette vi sikter til når vi diskuterer kompetanse og kompetanseutvikling blant helsepersonell i sykestuene. Samtidig er ikke dette den eneste form for kompetanse som er viktig i sykestuene. Helsepersonell tilegner seg kompetanse gjennom det formelle utdanningssystemet, og denne videreutvikles gjennom arbeidet i sykestuen over tid.

Begrepet *kompetanse* viser i denne sammenhengen til den evne en person eller organisasjon har til å løse de oppgaver de til enhver tid er stilt overfor. Kompetanse på *individnivå* kan sies å vise til generell kunnskap, faglige evner og ferdigheter, jobbspesifikke ferdigheter/kunnskap, motivasjon, sosiale ferdigheter, for eksempel evnen til samarbeid og å ta i bruk andres kompetanse, og evne til å hente inn relevant informasjon hos den enkelte medarbeider (Nordhaug 1993). *Formell faglig kompetanse* refererer til den formelle utdanningen, eksamener og vitnemål som den enkelte har. *Realkompetanse* er all kunnskap, ferdigheter og innsikt et menneske har. Det er den antatte kompetansen yrkesansiennitet bringer. I tillegg vektlegges gjerne *motivasjon og personlig egnethet* som viktige egenskaper, særlig i yrker der en arbeider med mennesker. Den personlige kompetansen er altså ikke nødvendigvis knyttet til noe yrke, men er en kombinasjon av formelle kvalifikasjoner, menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter. Stadig flere legger vekt på personlig kompetanse og medmenneskelighet som en del av profesjonaliteten (Uggerhøj 1996, Skau 1998). På *systemnivå* viser kompetansebegrepet til den totale beholdningen av individuell kompetanse som organisasjonen rår over i møtet med de oppgaver man skal løse, og den evnen organisasjonen har til å ta i bruk medlemmenes kompetanse. Kompetanseutvikling i organisasjoner skapes og omskapes på denne måten gjennom sosiale og kulturelle prosesser i form av kommunikasjon og fortolkning, samhandling og organisering, og kan på den måten studeres i kraft av dette (Weick og Westley 1996).

I tillegg til formell utdanning kreves det også en annen, mer uttalt form for kompetanse, av helsepersonellet som jobber i sykestuene i Finnmark. Det er ikke det samme å jobbe som lege i en kommune sentralt på Østlandet med kort

avstand til sykehus, som det er å jobbe som lege i en utkantkommune i Finnmark som har sykestue og der det er lang avstand til sykehus samtidig som dårlig vær kan gjøre det vanskelig eller umulig å få sendt alvorlig syke eller skadede pasienter til sykehus, verken med fly, helikopter, båt eller bil. Da må sykestuen og legen som er tilknyttet sykestuen ta ansvaret for pasienten. Legene som jobber i disse kommunene må være forberedt på at slike situasjoner kan oppstå, og de må kunne takle svært vanskelige situasjoner alene, eller med begrenset faglig støtte i eget miljø. Det vil også variere, som vi kommer tilbake til, hvilket annet fagpersonell legene har å støtte seg til lokalt. Legene som er tilknyttet sykestuene, har ansvaret for å vurdere *når* en pasient skal sendes til sykehus. Dette er en form for kompetanse legene ofte vil utvikle og tilegne seg over tid gjennom å ha jobbet i kommunen og i sykestuen, som også er knyttet til den lokale konteksten. I tillegg til medisinske vurderinger av pasienten er kjennskap til lokale forhold, slik som klima, transportmuligheter i forhold til værforhold og kjennskap til hvilken kompetanse annet helsepersonell i kommunen besitter, viktig når en skal vurdere når og hvorvidt pasienter må sendes til sykehus. På grunn av lange avstander i Finnmark og mye dårlig vær, blir denne type kompetanse særlig viktig her. Siden dette er kunnskap som bygges opp over tid er stabilitet blant personalet svært viktig.

Finnmark er et flerkulturelt samfunn. I flere av kommunene er en stor andel av befolkningen samer. Det er også mange finner, russere og ikke-vestlige innvandrere i Finnmark. Språk- og kulturkompetanse blir derfor viktig. I en del kommuner kan det være en utfordring at helsepersonell for eksempel ikke snakker samisk eller russisk. Manglende språk- og kulturkompetanse i forhold til den samiske befolkningen er også noe som blir påpekt i St.meld. 47 (2008-09) som omhandler samhandlingsreformen. Her pekes det også på at bedre kompetanse blant personalet om samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte vil kunne redusere kommunikasjonsproblemer. Flere opplever det også som en utfordring at helsepersonell ikke har norsk som førstespråk. Dette gjelder ikke minst utenlandske leger i korte vikariat. I tillegg til at disse kan oppleve språkproblemer, vil de ikke ha den erfaring og kjennskap til stedet som leger som har jobbet i kommunene over tid har tilegnet seg.

3.2 KOMPETANSE I SYKESTUENE

Hvilken kompetanse sykestuene i Finnmark har tilgang på varierer mye.¹² Det samme gjelder stabiliteten blant helsepersonalet. Det varierer også hvilken kompetanse og fagpersonell som finnes i kommunen for øvrig og som har betydning for hvordan sykestuen kan drive. Mens enkelte sykestuer har dedikerte leger som har vært tilknyttet sykestuen i mange år og sykepleiere med spesialisering innenfor ulike områder, er mange sykestuer preget av hyppig utskifting av leger, og der det ofte er snakk om vikarleger og turnusleger, samt mangel på spesialsykepleiere. Det er vanskelig å trekke generaliserende slutninger om dette på bakgrunn av det materialet vi har tilgjengelig her. Vårt inntrykk fra casestudien er at mindre kommuner, der man allerede har en svak legedekning, over tid får store vansker med å fremstå som en attraktiv arbeidsgiver når nye leger skal rekrutteres. Resultater fra en studie av rekruttering til allmennlegetjenestene i Nord-Norge peker også på dette (Andersen et. al. 2000). Her peker man på at små kommuner, lang avstand til sykehus, opplevelse av faglig isolasjon, lang avstand til samarbeidende miljø og utarming av faglige nettverk som negativt utslagsgivende for kommunenes mulighet til å rekruttere til allmennlegetjenestene.

Til en viss grad uavhengig av hvilken kompetanse sykestuen faktisk har, opplever man noen steder kompetansen som tilfredsstillende, andre steder ikke. Flere av sykestuekommunene opplever knapphet på kompetansepersonell som en betydelig utfordring. I de tilfeller sykestuene ikke opplever å ha den nødvendige kompetansen, enten det dreier seg om fagpersonell, ulike videreutdanninger eller annen kompetanse, har dette flere årsaker.¹³ Sykestuene er ofte sårbare hvis noen av de ansatte blir sykemeldte eller slutter. Felles for mange av sykestuekommunene er nettopp at det er utfordrende å rekruttere leger og sykepleiere med spesielle videreutdanninger, for eksempel kreftsykepleiere. Det er flere steder også en utfordring å holde på kompetansen og unngå stor turnover blant personalet.

Utfordringene knyttet til å få tak i og beholde ønsket fagpersonell har flere aspekter. Det kan skyldes at man i kommunen ikke har prioritert å lyse ut stillinger

¹² Helse Nord har opprettet en arbeidsgruppe som skal kartlegge kompetansen i kommunene i Finnmark og se på forventet kompetansebehov i fremtiden.

¹³ Vi har ikke oversikt over hvilken formell kompetanse man faktisk har ved de ulike sykestuene, og kjenner heller ikke til at det finnes noen slik oversikt. Dette kunne imidlertid være utgangspunkt for en egen studie.

og for eksempel heller har valgt å drive med lav sykepleierdekning. Mangel på fagpersonell kan også skyldes at utlyste stillinger ikke blir besatt. Det er generelt en utfordring å rekruttere helsepersonell til utkantkommuner. Det kan også tenkes at en del leger og sykepleiere ikke ønsker å jobbe tilknyttet en sykestue med mye ansvar. I flere av sykestuekommunene har man forsøkt ulike tiltak for å rekruttere helsepersonell. Det dreier seg blant annet om deltakelse på utdanningsmesser, samarbeid med Høgskole og Universitet om utplassering av studenter, tilbud om sommerjobb til ungdom. Videre kan det dreie seg om ulike typer av rekrutteringspakker.

De større sykestuene synes å ha en bedre tilgang på kompetanse enn de minste sykestuene, i form av flere leger og sykepleiere med videreutdanning. Vi ser likevel at det også finnes mindre kommuner med sykestuer som har god tilgang på høyt kvalifisert fagpersonell. Etter hva vi kan se, har utviklingen i form av høyere formell kompetanse blant ansatte og bedre tilgang på teknologi og utstyr gått parallelt i de senere årene. Dette har medført at de kan gi et mer spesialisert tilbud på enkelte områder, blant annet på felt som kreftbehandling og lindrende omsorg. Eksempelvis ivaretar også enkelte kommuner intermedieære funksjoner innenfor områder som geriatri, dialyse og kreftbehandling. Et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, både sykehusene Hammerfest og Kirkenes, men også ved UNN¹⁴, har også bidratt til økt kompetanse blant de ansatte i sykestuene.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å se på hvilken kompetanse personell tilnyttet sykestuene har. Sykestuene eksisterer i et samarbeids- og avhengighetsforhold til helse- og omsorgssektoren i kommunen, og hvilken kompetanse og bemanning andre kommunale instanser har, vil uunngåelig ha betydning for organiseringen av og innholdet i sykestuen.

Det er godt dokumentert at det er store utfordringer forbundet med å drive høyt kvalifiserte legetjenester i utkantkommuner, slik vi har vært inne på tidligere i dette kapitlet. Gjennom intervjuene med ansatte i sykestuene kommer det likevel til syne et bilde av at sykestuene på mange måter kan utgjøre et pre for kommunene når det gjelder å rekruttere og beholde godt kvalifiserte leger og sykepleiere i stillingene. Det å ha sykestue i kommunen kan ha betydning for stabilisering og rekruttering av helsepersonell. Flere av våre informanter peker på at det oppleves utfordrende å jobbe i en sykestue, og at dette gjør det mer faglig interessant å jobbe i kommunen. Også det at det er flere fagfolk, et større miljø

¹⁴ Når det gjelder UNN er det først og fremst kreftavdelingen sykestuene samarbeider med.

bestående av ulike faggrupper i kommunen, gjør det lettere å rekruttere personell. Miljøet fremstår som mer faglig interessant, samtidig som det gir større trygghet. Også ifølge Aaraas m.fl. (2000) tyder erfaringer på at både leger og sykepleiere tiltrekkes av sykestuearbeidets faglige utfordringer. I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om ordningen med sykestuer gjør det lettere å rekruttere helsepersonell til kommunen.

Tabell 10: Ordningen med sykestue gjør det lettere å rekruttere kompetent medisinsk fagpersonell (leger og sykepleiere) til min kommune. Antall og prosent. (N=21)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	2	10
Både og	6	29
Helt/litt enig	13	62
Totalt	21	101

Tabellen over viser at over halvparten av respondentene mener at ordningen med sykestue gjør det lettere å rekruttere kompetent medisinsk fagpersonell til kommunen. Tar vi med de som har svart "både og" på dette spørsmålet gjelder det 91 prosent av respondentene. Dette var også noe informantene fra casestudien ga uttrykk for. Men samtidig som ordningen med sykestuer gjør det lettere å rekruttere fagpersonell, må det likevel understrekes at dette flere steder er en stor utfordring.

Tabell 11: Ordningen med sykestue har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende. Antall og prosent. (N=20)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	7	35
Både og	2	10
Helt/litt enig	11	55
Totalt	20	100

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt sykestuen har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende, viser tabellen over at litt over halvparten (55 %) mener dette. 35 prosent er helt eller litt uenig i denne påstanden. Dersom vi kun ser på hva legene har svart (vises ikke i tabell) er det kun fire av de ti legene som har besvart undersøkelsen, som har svart litt eller helt enig i at ordningen

med sykestue har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende, altså 40 prosent. I forhold til antall leger fra alle sykestuekommunene, utgjør dette kun 25 prosent. I flere av kommunene som inngikk i casestudien vår, er rekruttering av leger en stor utfordring.

I spørreundersøkelsen spurte vi også om det å jobbe i en sykestue bidrar til å gjøre det faglig mer interessant å arbeide i kommunen.

Tabell 12: Ordningen med sykestue gjør det faglig mer interessant for meg å arbeide i min kommune. Antall og prosent. (N=24)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	1	4
Både og	3	13
Helt/litt enig	20	83
Totalt	24	100

I tabellen over ser vi at et stort flertall, 83 prosent, mener at ordningen med sykestue gjør det mer interessant å jobbe i kommunen. Vi har undersøkt, men ikke funnet noen forskjeller mellom avdelingslederne for sykestuene og legene på dette området. Dette bekreftes også i hva informantene fra casestudien gir uttrykk for. Både sykepleiere og leger vi har intervjuet opplever det som spennende og faglig utfordrende å jobbe i en sykestue. Enkelte fortalte også at sykestuen var årsaken til at de har blitt værende i stillingen i kommunen.

3.3 HVILKEN KOMPETANSE TRENGER SYKESTUENE?

Som vi drøftet i forrige kapittel varierer det mye hvordan sykestuene er organisert og hvordan de i det daglige fungerer og praktiseres. Hvordan sykestueplassene blir anvendt i dag henger i stor grad sammen med hvilken kompetanse som finnes i den enkelte kommune og som er tilknyttet sykestuen.

Hvilken kompetanse sykestuene besitter legger med andre ord en del føringer for hvilke pasienter sykestua kan ta imot og behandle, og i neste omgang hvilke og hvor tidlig pasienter må sendes videre til sykehus og hvor tidlig og hvilke pasienter man kan ta imot etter behandling på sykehus. Det ser ut til at i sykestuer med god kompetanse, avansert utstyr og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan man behandle flere og mer alvorlig syke pasienter. Tilsvarende ser det til at lav

sykepleierdekning, lav stabilitet av sykepleiere og leger kan medføre at sykestuen ikke kan ta imot og behandle de pasientgrupper de ellers ville kunne ha gjort. Dette kan resultere i at de må sende pasienter tidligere videre til sykehus, eller vente med å ta imot pasienter fra sykehus til de er blitt bedre. Mangel på kompetanse og/eller lav bemanning av sykepleiere kan føre til at de som jobber på sykestuen opplever et ekstra arbeidspress og større ansvar. Det går med andre ord ut over deres arbeidssituasjon. Lav bemanning eller mangel på kompetanse kan også innebære en fare for mindre grad av kontinuitet i sykestuedriften.

Informantene blant sykestuepersonalet påpeker at hyppige utskiftninger av leger medfører at avdelingsleder får et større ansvar for langsiktig planlegging og utforming av sykestuedriften. Vikarleger har vanligvis mindre erfarings- og kontekstkompetanse enn leger som har jobbet ved samme sykestue over flere år. Det kvalitative datamaterialet tyder på at vikarleger i mindre grad er villig til å involvere seg i organiseringen av sykestuen og hvordan plassene anvendes, ut over nødvendig tilsyn og behandling av pasientene som bruker sykestuen. I de fleste kommuner er det flere leger som skifter på å ha tilsyn med sykestuepasientene. Flere steder er det ikke én lege som tar et spesielt ansvar. Flere avdelingsledere og sykepleiere som vi har intervjuet, gir uttrykk for at de savner et større engasjement fra legenes side i forhold til hva sykestuen skal være i fremtiden, og at et noe større ansvar plasseres hos en eller noen lege(r) i kommunen.

Sykestuekommunene er også ulike på mange måter, ikke minst med tanke på antall innbyggere, demografiske trekk, avstand til sykehus og klimatiske forhold. Dette vil naturlig nok ha betydning for hvilken kompetanse sykestuene har behov for. Samtidig må en diskusjon av hvilken kompetanse det er nødvendig at de som jobber i sykestuene har, ses i sammenheng med hva en ønsker at sykestuen skal være og hvilke pasientgrupper som skal behandles her. Kompetansebehovet må naturligvis ses i sammenheng med hva man ønsker sykestuen skal være i fremtiden. Dersom det for eksempel er et ønske om at sykestuene skal kunne ta imot og behandle flere kreftpasienter, vil dette kunne medføre behov for kreftsykepleier og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Behovet for kompetanse vil kunne endre seg over tid, blant annet som en følge av hvilke pasienter sykestuene tar imot og endringer i sykdomsbildet i befolkningen. Dersom man ønsker om å ta i bruk mer avansert medisinsk utstyr, eksempelvis røntgen eller ultralyd, vil det også kreve økt kompetanse.

I samarbeidsavtalen mellom Helse Finnmark HF og sykestuekommunene står det at "begge parter må stille med kompetent personell." Kommunene pålegges ansvar for å drive sykestueplassene på en faglig forsvarlig måte. Dette er lite konkret. Flere av informantene blant helsepersonell i sykestuene, mener at retningslinjene for bruk av sykestueplassene, deriblant hvilken kompetanse som trengs, ikke er klare nok i samarbeidsavtalen mellom sykestuekommunene og Helse Finnmark HF. Dette er imidlertid ikke enkelt. Slik flere av våre informanter ga uttrykk for, kan man ikke kreve det samme av alle sykestuene, nettopp fordi de eksisterer under så ulike betingelser når det gjelder kompetanse, størrelse og hvilke funksjoner sykestuene ivaretar.

Hvilke behov sykestuene har for kompetanse i fremtiden må også ses i lys av samhandlingsreformen (St.meld. 47 2008-09). Her trekker regjeringen opp linjene for en politikk og utviklingstrekk innenfor helse- og omsorgsfeltet i de kommende årene. Gjennom samhandlingsreformen sikter helsemyndighetene mot å etablere en tydeligere arbeidsdeling mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, der kommunen får en langt mer sentral oppgave enn i dag med å drive koordinerte tjenester og drive aktivt forebyggende helsearbeid. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (vedtatt 24. juni 2011), som følger opp St.meld. 47 (2008-09), pålegger blant annet kommunene en plikt til heldøgns medisinsk akuttberedskap. Sykestuene i Finnmark ivaretar allerede i dag denne funksjonen, og ligger slik sett i forkant av reformen på dette området. Spørsmålet om tilstrekkelig og riktig kompetanse i de kommunale helsetjenestene vil trolig få ny aktualitet gjennom dette.

Den demografiske utviklingen er også en viktig komponent i dette. Vi vet at antall eldre, og da særlig eldre over 80 år, vil øke betydelig i årene som kommer (Bjørnstad m.fl. 2009, St.meld. 9, 2008-2009). Sykdomsbildet vil også endres. Vi vil få en økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer slik som diabetes og demens. Det forventes også en økning av tilfeller av kroniske og sammensatte lidelser. Dette er forhold som vil medfører økt behov for alle typer helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, og som vil ha betydning for hvilken kompetanse kommunene og sykestuene trenger. Samhandlingsreformen legger opp til økt samarbeid mellom helseforetakene og kommunene om oppgavefordeling og mulighet for faglig utvikling. Her understrekes viktigheten av å rekruttere og beholde helsepersonell.

Sykestuene ivaretar en viktig oppgave som mellomledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Informantene i casestudien har blant

annet tatt opp spørsmål om kompetanse og opplæringsbehov sykestuene har behov for når det gjelder bruk av medisinsk-teknisk utstyr og utstyr innen telemedisin/IKT. I diskusjonen rundt hvilket utstyr sykestuene bør ha, ser vi det som relevant også å spørre om sykestuene har helsepersonell som har eller kan tilegne seg kompetanse til å anvende dette. Vi registrerer at det er ulike meninger blant helsepersonell vi har intervjuet om hvorvidt for eksempel røntgen og ultralyd er utstyr sykestuene bør ha, nettopp fordi det kreves spesialkompetanse for å anvende dette utstyret og tolke resultatene. Enkelte peker på at et godt samarbeid med sykehusene via telemedisin kan gjøre at legene på sykestuene kan anvende avansert teknologisk utstyr og der spesialister på sykehusene kan tolke prøveresultater og eksempelvis røntgenbilder.

3.4 KOMPETANSEUTVIKLING

Som nevnt har sykestueprosjektet hatt fokus på det faglige innholdet i sykestuene og viktigheten av at man har et stabilt helsepersonell med nødvendig kompetanse. Også i Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) understrekes det at det er en forutsetning for at reformen skal lykkes at man klarer å rekruttere og beholde personell i fremtiden, samt at personell gis mulighet for faglig utvikling. I studien har vi derfor sett nærmere på hvorvidt sykestueprosjektet har medført økt fokus på eller strengere krav til kompetanse blant dem som jobber i en sykestue. Og videre - om sykestueprosjektet har bidratt til kompetanseheving blant sykepleiere og leger. Hva omfatter eventuelt dette? Tilbud til alle sykestuer? Hvordan har opplæring foregått? Har det i løpet av prosjektperioden skjedd noen faglig oppgradering av personalet i sykestuene, og i så fall på hvilke områder og på hvilken måte? Reiser spesialisert personell ut fra sykehusene i Hammerfest og Kirkenes til sykestuene for å drive opplæring eller veiledning?

Som drøftet ovenfor varierer det i hvilken grad de ansatte ved sykestuene opplever at sykestuen har den nødvendige kompetansen. Flere steder var de ansatte tydelig på hva de mente manglet av kompetanse og er svært bevisst hvilken kompetanse sykestuen trenger. Det kan for eksempel være sykepleiere med ulike videreutdanninger, slik som kreftsykepleier, akuttsykepleier, diabetessykepleier eller annet fagpersonell. Noen steder er det også laget kompetanseplaner med oversikt over hvilken kompetanse en ønsker å satse på i fremtiden. Noen områder peker seg ut med tanke på kompetanseheving. Dette er

akuttmedisin, kreftomsorg, geriatri, rehabilitering (eks. av slagpasienter), diabetes, psykiatri og KOLS/lungeproblematikk.

I spørreundersøkelsen spurte vi avdelingslederne og legene om de selv opplever at de har den kompetansen de trenger i sin stilling på sykestua.

Tabell 13: Jeg opplever at jeg har den kompetansen som trengs i min stilling på sykestuen. Antall og prosent (N=24).

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	0	0
Både og	6	25
Helt/litt enig	18	75
Totalt	24	100

Tabellen over viser at tre fjerdedeler opplever at de har den kompetansen som trengs i den stillingen de har tilknyttet sykestuen. En av fire har svart "både og" på dette spørsmål, som kan forstås dit hen at de opplever at de har behov for mer kompetanse. Tabellen kan leses som uttrykk for at en overveiende del av de sentrale sykepleiere og leger som er tilknyttet sykestuene opplever faglig trygghet i det arbeidet de gjør i tilknytning til sykestuen. Vi skal likevel understreke at dette ikke nødvendigvis sier noe om hvordan sykestuen som helhet løser sine oppgaver.

Kompetanseheving i sykestuene omfatter for det første å klare å rekruttere og få besatt lege- og sykepleierstillingene som lyses ut. For det andre dreier det seg om videreutdanning og opplæring av helsepersonell som jobber i sykestuen, kanskje først og fremst av sykepleierne, men også av leger, helsefagarbeidere, fysioterapeut m.fl. Kompetanseutviklingen blant personalet i sykestuene kan skje på ulike måter, både internt i kommunen, mellom flere kommuner og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. De vanligste måtene som kompetanseutvikling blant helsepersonell tilknyttet sykestuene ser ut til å foregå på, er gjennom:

- Opplæring og kurs (internt i kommunen, eksternt)
- Videreutdanning
- Kompetanseutvikling gjennom prosjekt
- Årlig sykestuekonferanse – utveksle erfaring, nettverksbygging og kompetanseheving

- Faglige nettverk mellom sykestuekommunene
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Erfaringsutveksling mellom personell i kommunen.

Dette er opplysninger som fremkommer gjennom spørreskjemaet. Vi har ikke der noen opplysninger som angir omfanget av disse aktivitetene. Inntrykket vi får gjennom casestudien er at disse aktivitetene har et beskjedent omfang. I casestudien ser vi ellers at flere av sykestuekommunene samarbeider innenfor enkelte fagområder/tema. Dette samarbeidet foregår mellom personell i de enkelte kommunene og med kompetansepersonell på sykehuset. Heller ikke dette ser ut til å ha et spesielt stort omfang, men informantene gir uttrykk for at det oppleves som en styrke ved sykestuevirksomheten.

3.5 UTFORDRINGER KNYTTET TIL KOMPETANSEUTVIKLING

Som vi har diskutert, har mange sykestuekommuner problemer med å rekruttere fagfolk til sykestuene og å beholde dem over tid. Dette gjelder særlig leger, men også sykepleiere, spesialsykepleiere og annet fagpersonell. Flere steder opplever man også at det er utfordrende å få til kompetanseutvikling blant personalet som er tilknyttet sykestuen. Utfordringene knyttet til kompetanseutvikling er flere. Vi skal kort peke på viktige faktorer her:

- *Tidspress og lav bemanning*
Knapphet på tid og personell i forhold til de oppgaver som skal utføres gjør kompetanseutvikling vanskelig (Olsen 2000). Det kan begrense personalets muligheter for å delta i kurs og opplæring, enten det skjer internt i kommunene eller andre steder. Personalet kan ikke bare "stenge butikken". I intervjuene med personell gir informantene uttrykk for at dette også er tilfelle her. Gjennomtrekk i fagstillinger og stort tidspress kan være faktorer som innvirker på hvor motiverte sykepleiere og leger er i kompetanseutvikling.
- *Dårlig kommuneøkonomi*
I flere av kommunene gir informantene uttrykk for at små midler til å dra på konferanser, kurs og oppdatering er en viktig begrensning for kompetanseutvikling og faglig oppdatering. Manglende midler til å sette inn vikarer er flere steder begrenset og det samme er gjerne kompetansemidlene.

- *Mangel på forankring og interne pådrivere*

Vi ser at oppslutning fra fagpersonalet i sykestuene er av stor betydning for å klare å prioritere kompetanseutvikling i en presset hverdag. Det synes å være viktig at noen i sykestuen har et tydelig eierforhold til prosjektene og nettverkene, og tar en vesentlig del av ansvaret for at prosjekter og tiltak har fremdrift og retning. Dette sikrer at dette arbeidet i tilstrekkelig grad blir prioritert. Interne pådrivere kan i denne sammenheng være både avdelingsledere eller leger. Viktige forutsetninger synes å være stabilt fagpersonale og politikere som prioriterer sykestuenes arbeid. Med andre ord: arbeidet med kompetanseutvikling må forankres i kommunen, både økonomisk og gjennom støtte og oppfølging. I flere av kommunene vi har besøkt, er det laget kompetanseplaner for hva kommunen og sykestuen trenger av kompetanse. Disse kan likevel i enkelte tilfeller fungere som "sovende planer".

- *Svakt utbygd samarbeid med spesialisthelsetjenesten*

Som vi pekte på i forrige kapittel, ser vi at det på enkelte områder er et svakt utbygd samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og sykestuene. Vi har ikke grunnlag for å forklare hva som har gjort dette, men vi konstaterer at ambisjonen om å skape en faglig møteplass der man jevnlig møtes for å drøfte mer generelle temaer over telematikk i liten grad fungerer. Veiledning og samarbeid synes i noen grad å fungere i samarbeidet rundt enkeltpasienter, men på mer generelt nivå er aktiviteten lav. Etter hva vi forstår fungerte dette en periode, men har siden dabbet av. Dette ble forklart med manglende oppslutning dels fra sykehusets fagpersonell, dels fra fagpersonellet i kommunene og dels tekniske problemer med bruken av utstyret.

3.6 FAGLIG STØTTE FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

For at sykestuene skal kunne gi mer spesialisert behandling, ser det ut til å være av stor betydning at de får den faglige støtten de opplever å ha behov for fra sykehusene i vurdering og oppfølging av pasienter. Dette gjelder både i enkeltsaker, men også med tanke på kompetanseheving mer generelt. Flere av informantene gir uttrykk for at spesialisthelsetjenesten må inn mye sterkere dersom en ønsker at sykestuene skal behandle mer alvorlig syke pasienter. I sykestueprosjektet legges det vekt på at medisinsk personell, og da både leger og sykepleiere, ved sykehusene skal være mer tilgjengelig for veiledning, både via telefon og telemedisin. Sykepleiere og leger vi har intervjuet i sykestuene gir

uttrykk for at de opplever at de ikke alltid får den støtten de mener de trenger fra personell i sykehuset.

Vi ser at noen av sykestuene har erfarte leger med stor faglig trygghet og kompetanse, mens det i andre sykestuer er leger med relativt korte ansettelse (turnusleger og vikarer) og som naturlig nok vil ha et større behov for støtte og oppfølging fra sykehusets side. På våre spørsmål gir informantene blant de ansatte i sykehusene uttrykk for at samarbeidet med personell i sykestuene går greit. Både legene og sykepleierne mener det er lav terskel for å ringe, men at dette varierer noe fra avdeling til avdeling. Kontakten mellom sykestue og sykehus skjer på henholdsvis sykepleiernivå og på legenivå – mellom sykepleierne i sykestuene og på sykehusene, og mellom legene i sykestuene og på sykehusene.

I spørreundersøkelsen spurte vi om sykestuene får den faglige støtten det er behov for fra sykehusene.

Tabell 14: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest. Antall og prosent. (N=23)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	9	39
Både og	5	22
Helt/litt enig	9	39
Totalt	23	100

Tabellen over viser at under halvparten av respondentene (39 %) oppgir at sykestuen får den faglige støtte/oppfølging det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest. Like mange mener at de ikke får det. Dette var også inntrykket vi fikk gjennom intervjuene med ansatte i sykestuene. Langt fra alle opplever å få den støtten og oppfølgingen som de har behov for. Flere av informantene ga uttrykk for at de hadde gode erfaringer med faglig oppfølging fra en avdeling fra et av sykehusene. Hovedinntrykket vårt er at det varierer og er noe tilfeldig hvilken oppfølging sykestuene får fra sykehusene, samtidig som mange opplever å få god oppfølging. Vi finner ikke forskjeller mellom sykestuene fra Øst- og Vest-Finnmark når det gjelder faglig støtte/oppfølging fra sykehusene.

I spørreundersøkelsen har vi også sett nærmere på om det er noen sammenheng mellom hvorvidt sykestuen har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset og om de opplever å få den faglige støtte som det er behov for fra sykehuset.

Tabell 15: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til om sykestuen har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset. (N=22)

		Helt/litt uenig	Både og	Helt/litt enig	Totalt
Sykestuen har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset	Helt /litt uenig	40	27	33	100 (N=15)
	Både og, helt/litt enig	14	14	71	99 (N=7)

Som vi ser i tabellen over har et flertall (71 %) av dem som har en eller flere faste kontaktpersoner på sykehuset, oppgitt at de får den faglige støtten de trenger fra sykehuset, mens bare en tredjedel (33 %) av den som ikke har en eller flere faste kontaktpersoner på sykehuset mener det samme. Selv om det er snakk om små tall, tyder dette på at det å ha en eller flere faste kontaktpersoner på sykehuset kan ha betydning for i hvilken grad man opplever å få den støtte og oppfølging man har behov for i sykestuen.

Fra både sykehusenes og sykestuenes side blir det understreket at det er viktig at personell, både sykepleiere og leger, på sykehuset har kjennskap til hvilken kompetanse den enkelte sykestue besitter. Dette har betydning for hvor snart de kan sende pasienter tilbake til kommunen, og hvilken opplæring de må gi til sykestuepersonell i hvert enkelt tilfelle. Mens man noen steder har en opplevelse av at flere på sykehuset kjenner sykestuen og hvilken kompetanse den har, er man andre steder mer usikker på dette. Fra sykehusets side blir det av flere understreket at de opplever at sykestuene har mye kompetanse.

Helse Finnmark HF forplikter seg gjennom samarbeidsavtalen til å gi tilbud om kompetanseheving. I samarbeidsavtalen mellom sykestuekommunene og Helse Finnmark HF stilles det også krav til sykestuene om å ta imot de tilbud som gis om kompetansehevede tiltak. Helseforetaket skal bidra til kompetanseheving i sykestuene på ulike måter. Det meste av kontakten mellom helsepersonellet i sykestuene og på sykehusene skjer via telefon. Det gis også tilbud om veiledning/opplæring knyttet til enkeltpasienter. Fra sykestuenes side oppleves det som viktig å vite hvem de kan kontakte på sykehusene ved behov og som har kompetanse på ulike felt. Sykestuene forholder seg til flere sykehus. De forholder seg først og fremst til det nærmeste sykehuset i fylket. Samtidig vil de også

forholde seg til det andre sykehuset i Finnmark ut fra hvilke pasientgrupper det er snakk om. I tillegg forholder sykestuene seg til UNN, og da først og fremst i forhold til kreftpasienter. Sykepleiere og leger tilknyttet sykestuen kan gjennom telefon med fagfolk på sykehusene få svar på spørsmål og veiledning knyttet til enkeltpasienter. Faglig opplæring blant ansatte i sykestuen fra sykehusets side kan også skje ved at personell fra sykehuset følger pasienten ut og gir opplæring i bruk av eksempelvis respirator, smertepumpe eller avansert sårbehandling. I disse tilfeller er det vanligvis sykepleiere som følger pasienten ut.

En annen måte å få til kompetanseutvikling og -utveksling mellom ansatte i sykestuene og på sykehusene er hospitering for helsepersonell. Spørsmålet om hospitering berøres i samhandlingskontrakten. Her er det nedfelt at Helse Finnmark skal tilrettelegge for hospiteringsopphold for allmennleger og annet helsepersonell.¹⁵ I praksis ser det ut til at i den grad dette fungerer, er det snakk om en enveiskjørt form for hospitering. Det er personell fra sykestuene som hospiterer ved en avdeling på sykehuset, ikke motsatt. De sykepleierne som hospiterer, for i praksis er det sykepleierne dette ser ut til å gjelde, gjør avtale med personell på sykehuset, og opplegget synes å være knyttet opp mot opplæring i helt konkrete teknikker eller bruk av bestemte typer utstyr, også dette knyttet i flere tilfeller knyttet opp mot behandlingen av enkeltpasienter. Flere av våre informanter i sykestuene svarer når vi nevner muligheter for hospitering, slik samarbeidskontrakten legger opp til, at de gjerne ønsker å hospitere ved en avdeling på sykehuset, men at tidspresset i hverdagen, kostnadene forbundet med hospitering og bemanningssituasjonen på sykestua i praksis gjør det vanskelig.

I casestudien svarer kun noen få av sykepleierne i sykehuset at de vurderer det som relevant eller interessant å hospitere i en eller flere av sykestuene. Ingen av disse informantene hadde hospitert i en kommune, men enkelte av dem hadde jobbet i kommunale tjenester tidligere, noen også i sykestuer. Generelt synes det å tegne seg et bilde av at personellet i sykestuene opplever at sykehuspersonalet gjerne kunne hatt en noe bredere kunnskap om hvordan situasjonen og hverdagen i de lokale sykestuene er, eksempelvis når det gjelder tilgang til medisin, kunnskap om bruk av utstyr, m.v. Blant det personellet vi møtte i sykehusene som av ulike grunner hadde spesielt god kunnskap om de lokale

¹⁵ Kreftavdelingen ved UNN har i 2010 og 2011 gitt kurs til sykepleiere som gir eller ønsker å gi cytostatikabehandling til pasienter i kommunen. Det har også vært tilbud om hospitering ved kreftpoliklinikken ved UNN.

sykestuene, ble det uttrykt stor tillit til og respekt for hvor mye sykestuene er i stand til å håndtere lokalt.

3.7 FAGLIGE NETTVERK

Kompetanseutvikling i sykestuene skjer blant annet gjennom deltakelse i faglige nettverk. Vi tenker her på både organisatoriske nettverk (slik som interkommunalt samarbeid om enkelte pasientgrupper) og elektronisk/faglige nettverk (slik som samarbeidet om VAKe). Gjennom sykestueprosjektet er både de sykepleiere og leger som er tilknyttet sykestuene – i varierende omfang – blitt involvert i ulike faglige nettverk.

Deltakelse i slike nettverk viser seg imidlertid å være noe flytende, i den forstand at de varierer i omfang og tid. Noen nettverk ser ut til å være relativt aktive og stabile, mens andre nettverk synes å ha en mer ujevn karakter når det møtehyppighet og deltakelse. Deltakelse i nettverkene ser ut til å være betinget av fagpersoners interesser, kommunens økonomi og prioriteringer. På det tidspunktet vi gjennomførte datainnsamlingen fant vi at tre av de fem casekommunene deltok i flere formaliserte nettverkssamarbeid. En av casekommunene deltok i ett nettverkssamarbeid, og en av kommunene deltok ikke (så vidt vi fikk vite) i noen slike formaliserte nettverkssamarbeid. Vi vil likevel understreke at dette gjelder den type formaliserte nettverkssamarbeid vi har nevnt tidligere. Den enkelte fagperson kan likevel ha uformelle samarbeidsrelasjoner med sykehus og andre sykestuer, som kan ha stor betydning for faglig utvikling og kompetanse.

Deltakelse i nettverk kan bidra til økt samarbeid om kompetanseutvikling og erfaringsutveksling både mellom sykestuekommunene og mellom sykestuene og sykehusene. Det varierer hvem nettverkene er ment for, hvilken tematikk de omfatter og hvordan de praktiseres. Vi har sett at det ikke alltid er like enkelt å få nettverkene til å fungere. Lange avstander, tidspress blant personalet, dårlig økonomi, og vanskelige værforhold kan gjøre det vanskelig å få til et jevnt samarbeid gjennom nettverk. Når det gjelder elektronisk nettverkssamarbeid ser vi at tekniske problemer og manglende utstyr i praksis utgjør viktige begrensninger. Samtidig viser intervjuene med nøkkelpersonell at det uttrykkes et ønske om økt samarbeid og kompetanseutveksling mellom kommunene gjennom nettverkssamarbeid.

Gjennom sykestueprosjektet har man forsøkt å drive kompetanseutvikling mellom kommunene i Finnmark, nettopp for å få utbytte av hverandres kompetanse og erfaringer, og lære av hverandre. Mange av kommunene er små og det er lange avstander til nærmeste lokalsykehus. Når det gjelder samarbeid om kompetanseutvikling mellom kommunene er det først og fremst snakk om samarbeid og utveksling av informasjon og erfaring mellom kommuner som geografisk ligger nært hverandre. Det er i all hovedsak lite samarbeid mellom kommuner som ligger langt fra hverandre, selv om det eksisterer noen nettverk og det arrangeres konferanser som skal samle alle kommunene i Finnmark.

Deltakelse i faglige nettverk skal bidra til kompetanseheving blant fagpersonalet, gjennom utveksling av erfaring, opplæring og undervisning. Som tabellen nedenfor viser, mener et stort flertall av respondentene (85 %) at deltakelse i faglige nettverk bidrar til økt kompetanse blant personell tilknyttet sykestuen.

Tabell 16: Deltakelse i faglige nettverk bidrar til økt kompetanse blant personell tilknyttet sykestuen. Antall og prosent. (N=20)

	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
Helt /litt uenig	0	0
Både og	3	15
Helt/litt enig	17	85
Totalt	20	100

En nærmere gjennomgang av datamaterialet viser at respondenter fra både de største og de mindre sykestuene har svart at de er litt eller helt enige i at faglige nettverk bidrar til økt kompetanse blant sykestuens personell. Det tabellen først og fremst uttrykker, er en utbredt tiltro til at deltakelse i faglige nettverk er av betydning når det gjelder kompetanseutvikling i organisasjonen. Tallene viser at denne tiltroen er stor, også i de sykestuene der man ikke deltar i slike nettverk.

I surveyen har vi undersøkt hvorvidt det å ha sykestue har bidratt til at leger i kommunen i større grad enn før deltar i faglige nettverk.

Tabell 17: Sykestuen har bidratt til at leger i min kommune i større grad enn før deltar i faglige nettverk. Antall og prosent. (N=19)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	5	26
Både og	10	53
Helt/litt enig	4	21
Totalt	19	100

Tabellen over viser at 21 prosent mener at sykestuen har bidratt til at leger i kommunen i større grad enn før deltar i faglige nettverk. Når vi ser nærmere på tallene, ser vi at de respondentene som er enige i påstanden, representerer de største sykestuene. Når hovedtyngden av svarene ligger blant de som helt eller delvis er uenige, eller er blandet i synet på denne påstanden, må dette leses som et uttrykk for at legene i særlig de mindre kommunene i liten grad tar del i faglig nettverk og nettverksbygging gjennom prosjektet. Vi ser i materialet ingen store forskjeller mellom legene og sykepleierne i svarene på dette punktet.

Et av de faglige interkommunale nettverkene som er utviklet gjennom sykestueprosjektet er *TRE-kommunenettverk* med kommunene Alta, Nordkapp og Vadsø, og mellom disse kommunene og spesialisthelsetjenesten.¹⁶ Dette nettverket er tilknyttet prosjektet *Desentralisert terminal omsorg og kreftbehandling i Finnmark* som startet opp 1. mars 2009 og hvor Nordkapp har vært prosjekteier. Bakgrunn for prosjektet var at en så hvor viktig det er at personell som yter kreftomsorg og palliasjon i fylket samarbeider. Dette er kommunene som per i dag gir cellegiftbehandling. Nettverket har vært et viktig forum for kompetanseoverføring og utvikling av et tilbud med god kvalitet innen lindrende behandling. Det har imidlertid vært vanskelig på grunn av mangel på kreftsykepleiere i flere av kommunene. Formålet med nettverket er at det skal lage en modell for desentralisert kreftbehandling og lindrende behandling, og skal være en ressurs overfor andre kommuner, noe som er særlig nyttig for kommuner uten kreftsykepleiere. Prosjektet er primært sykepleiefaglig rettet og knytter til seg rehabiliteringsaspektet, men involverer også annet fagpersonell, deriblant hjelpepleiere. Det har vært avholdt konferanse i prosjektet om lindrende behandling. I prosjektet har man fokusert på pasientforløp og tilrettelegging i kommunene for å ivareta flere av oppgavene knyttet til kreftpasienter og terminalt syke. Det har vært gjennomført felles nettverksmøter ved at

¹⁶ Kreftsykepleiere ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes er også med i nettverket.

kommunene har møttes ukentlig gjennom telematikk i nettverket Lindring i Nord, som er et kompetansesenter for lindrende behandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.¹⁷ Her drøftes utfordringer knyttet til aktuelle, anonymiserte pasienter og man kan lære av hverandres utfordringer og erfaringer, samt at det gis konkrete råd. Problemstillinger meldes inn til Lindring i Nord på forhånd. Det er et ønske om at tilbud om cellegiftbehandling skal gis i flest mulig kommuner med stor avstand til sykehus, samtidig som det fokuseres på faglighet innenfor den lokale terminale omsorgen. Nettverket har bidratt til kvalitetssikring av tilbudet på den terminal omsorgen lokalt, samtidig som det må utarbeides felles prosedyrer for lindrende behandling. Etter hva vi har kjenner til, har seks av sykestuekommunene i Finnmark i dag kreftsykepleier tilknyttet sin organisasjon.

Av andre faglige nettverk kan vi i denne sammenheng nevne TRE-kommunene og småkommunenettverket. Nettverket ser ut til å være relativt fleksibelt, slik at kommuner går ut og inn. De kommuner som ønsker det, kan inkluderes i nettverket: Per i dag er det likevel ikke alle som har ønsket å være med. Kommunene grupperer seg også ut fra geografisk nærhet. I småkommunenettverket har man hatt samarbeid med UNN, Lindring i Nord og Kreftforeningen. Informantene i casestudien har gitt uttrykk for at de ser det som viktig at kreftsykepleierne ved sykehusene deltar i nettverket.

Gjennom sykestueprosjektet er det dessuten etablert et *legenettverk (LEGIS)* i Vest-Finnmark, med leger fra Helse Finnmark og kommunene Måsøy, Nordkapp og Lebesby/Gamvik. I intervjuene ble det uttrykt et ønske om etter hvert å etablere samarbeid med samtlige kommuner i fylket på denne måten. Den viktigste kritiske faktoren i dette nettverksarbeidet var underdekning i legestilling og tid.

¹⁷ Regionalt Kompetansesenter for Lindrende Behandling ble opprettet i 2000. Senteret er organisert som en enhet under Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Lindring i Nord har som mål å være et ressurscenter som skal bidra til at alvorlig syke og døende og deres pårørende får et best mulig behandlings- og omsorgstilbud i Helseregion Nord, uavhengig av bo- og oppholdssted. Sentrale oppgaver er blant annet kompetanseheving, undervisning, veiledning, nettverksbygging, fremme samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten, bidra ved oppstart av enheter for lindrende behandling.

3.8 BRUK AV TELEMEDISISK UTSTYR I SYKESTUENE

Gjennom sykestueprosjektet har det vært en ambisjon om å bruke telemedisinsk utstyr i sykestuene som et virkemiddel for å styrke samhandlingen på tvers av forvaltningsnivåene i helsevesenet. Begrepet telemedisinsk utstyr referer i denne sammenheng generelt til det videokonferanseutstyret som brukes for å kommunisere og samhandle mellom sykestuene og sykehusene. I følge de opplysninger vi har fått fra Helse Nord, har 13 av de til sammen 16 sykestuekommunene telemedisinsk utstyr.¹⁸ I tillegg har seks av sykestuene installert ytterligere spesialisert utstyr knyttet til ulike medisinske funksjoner/oppgaver. Installeringen av det telemedisinske utstyret i sykestuene har skjedd over tid. Når det gjelder de mer spesialiserte delene av dette utstyret, har det blitt installert i perioden 2007-2009, gjennom prosjektet "Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin". Nasjonalt senter for telemedisin (NST) var prosjekteier og lokalsykehusene i Kirkenes og Hammerfest, seks sykestuer¹⁹ og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) deltok. Prosjektet skulle legge til rette for bruk av telemedisinsk utstyr mellom sykehusene og sykestuene gjennom installering av utstyr og utvikling av prosedyrer for bruk av tjenestene. Gjennom prosjektet skulle også personell få opplæring i bruk av telemedisinsk utstyr. Enkelte steder har også et godt samarbeid med lokalsykehuset bidratt til at man har fått utstyret på plass og fått til god praksis rundt bruk av det.

I surveyen spurte vi om sykestuen har tilgang på telemedisinsk utstyr. Av de 14 avdelingslederne som besvarte undersøkelsen, oppga bare seks av dem at man i deres sykestue har tilgang på dette utstyret. Dette rimer altså ikke helt med det vi ellers vet om at 13 av de 16 sykestuene har telemedisinsk utstyr. Når så få av respondentene svarer at de har tilgang på denne teknologien, mener vi dette kan ses i sammenheng med at med at teknologien i en del tilfeller ikke fungerer tilfredsstillende, slik vi har blitt kjent med gjennom intervjuene. I slike tilfeller kan det godt være at man heller ikke opplever det som at man faktisk har tilgang på telemedisinsk utstyr. Gjennom intervjuene med fagpersonell i sykestuene har vi flere eksempler på at man i hverdagen vurderer bruken av telemedisinsk utstyr som lite hensiktsmessig i forhold til det utbyttet man får. Vårt inntrykk er at dette kan ses i sammenheng med hvilke rutiner man har etablert for slik bruk og kompetanse i organisasjonen om hvordan utstyret brukes.

¹⁸ I følge korrespondanse med koordinator.

¹⁹ Vadsø, Båtsfjord, Alta, Nordkapp, Karasjok og Lakselv

Det å ha fått installert telemedisinsk utstyr i sykestuen, eller ha tilgang på utstyr, betyr ikke nødvendigvis at utstyret brukes. Blant sykestuene som har tilgang på utstyr varierer det mye i hvilken grad og til hva utstyret brukes. Dette kan skyldes flere forhold. I spørreundersøkelsen spurte vi om hvor ofte det telemedisinske utstyret brukes.

Tabell 18: Hvor ofte brukes det telemedisinske utstyret i sykestuen? Antall og prosent. (N=17)

	Antall	Prosent
Daglig	0	0
Ukentlig	6	35
Månedlig	1	6
Sjelden	5	29
Aldri	5	29
Totalt	17	99

Som tabellen over viser, varierer det mye hvor ofte det telemedisinske utstyret brukes. Vi ser at 35 prosent av respondentene som har besvart spørsmålet, oppgir at dette utstyret brukes ukentlig på sykestuen. 58 prosent oppgir at de sjelden eller aldri bruker telemedisinsk utstyr i sykestuen. Dette var også inntrykket fra casestudien. Bruk av telemedisinsk utstyr er altså langt fra implementert i driften av alle sykestuene.

3.8.1 Erfaringer med telemedisinsk utstyr

Hensikten med å ha telemedisinsk utstyr i sykestuene er flere. Telemedisinsk utstyr bidrar til at sykestuene kan fungere som en forlengelse av spesialisthelsetjenesten i kommunene. Det skal gi faglig støtte til helsepersonell i sykestuene og bidra til kompetanseheving. Personell på sykestuen kan få direkte og raskere rådgøring under kompliserte forhold av spesialister på sykehuset. Ved å anvende telemedisinsk utstyr kan pasienter bli behandlet på sykestuen og slippe å bli innlagt i sykehus, og i en del tilfeller slippe å måtte reise langt. Dette sparer pasienten for belastning, samtidig som en sparer utgifter ved transport og innleggelse i sykehus. Sykestuene skal på denne måten få tilgang til spesialistkompetanse, noe som skal bidra til å effektivisere og bedre kvaliteten på tjenestene.

I datamaterialet fra casestudiene ser vi at i noen kommuner brukes det telemedisinske utstyret først og fremst av sykepleierne, mens det i andre kommuner i all hovedsak er legene som bruker utstyret. Det er ikke alle steder bruk av telemedisinske utstyr er blitt prioritert. Vårt inntrykk er at dette kan skyldes at det ikke er blitt prioritert blant legene på sykehuset.

I spørreundersøkelsen hadde vi formulert to påstander der vi ønsket å få vite noe om hvilke erfaringer personell i sykestuene har med bruk av telemedisinsk utstyr. Den ene påstanden var knyttet til hvorvidt avdelingslederne og legene opplever at det telemedisinske utstyret fungerer hensiktsmessig.

Tabell 19: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret fungerer hensiktsmessig. Antall og prosent. (N=14)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	2	14
Både og	1	7
Helt/litt enig	11	79
Totalt	14	100

Som vi ser i tabellen over er det kun 14 personer som har svart på denne påstanden. Dette må ses i sammenheng med antallet respondenter som svarer at de har tilgang til telemedisinsk utstyr. Som det fremgår av tabellen, uttrykker et stort flertall av respondentene (79 %) at de opplever at det telemedisinske utstyret fungerer hensiktsmessig. Den andre påstanden om det telemedisinske utstyret som vi ba respondentene ta stilling til, handlet om hvorvidt de opplever at telemedisinsk utstyr påvirker samarbeidet rundt pasientene.

Tabell 20: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til et godt faglig samarbeid om den enkelte pasient. Antall og prosent. (N=14)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	1	7
Både og	1	7
Helt/litt enig	12	86
Totalt	14	100

Tabellen over viser at et stort flertall (86 %) av de som besvarte spørsmålet, mener at det telemedisinske utstyret bidrar til et godt faglig samarbeid om den enkelte pasient. Vi ser at også her er det kun 14 personer har besvart dette spørsmålet. De som har besvart spørsmål 18 og 19, tilhører både sykestuer som regelmessig bruker telemedisinsk utstyr og sykestuer som sjelden bruker slikt utstyr.

Vi har også intervjuet fagpersonell fra sykestuer som mener at god praksis tidligere med bruk av telemedisinsk utstyr har vært med å bygge opp gode relasjoner til avdelinger på sykehuset som de fremdeles har stor nytte av.

Tabell 21: Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til å utvikle desentralisert helsetjeneste av høy faglig kvalitet i min kommune. Antall og prosent. (N=13)

	Antall	Prosent
Helt /litt uenig	1	8
Både og	2	15
Helt/litt enig	10	77
Totalt	13	100

Også på spørsmålet om hvorvidt det telemedisinske utstyret bidrar til å utvikle en desentralisert helsetjeneste av høy faglig kvalitet i kommunen er det kun litt over halvparten av respondentene som har svart (13 personer). Av dem mener et flertall (77 %) at det telemedisinske utstyret bidrar til å utvikle desentralisert helsetjeneste av høy faglig kvalitet i kommunen. Inntrykket vårt fra casestudien er også at i de sykestuene der det telemedisinske utstyret fungerer, oppleves det som en berikelse og viktig supplement til det faglige arbeidet.

Vi har også sett nærmere på om det å ha tilgang på telemedisinsk utstyr har betydning i forhold til om sykestuen opplever å få den faglige støtten fra sykehuset som det er behov for.

Tabell 22: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til om sykestuen har tilgang på telemedisinsk utstyr. Prosent (N=22)

		Helt/litt uenig	Både og	Helt/litt enig	Totalt
Sykestuen har tilgang på telemedisinsk utstyr	Ja	30	10	60	100 (N=10)
	Nei	46	31	23	100 (N=13)

I tabellen over ser vi at det er en sammenheng mellom hvorvidt respondentene sykestuen rapporterer at de har tilgang på telemedisinsk utstyr og i hvilken grad de opplever å få den støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset. En høyere andel av respondenter fra sykestuer som har tilgang på telemedisinsk utstyr mener at sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset (60 %), enn andelen som er tilknyttet sykestuer uten tilgang på telemedisinsk utstyr som mener det samme (23 %). Selv om det er viktig å understreke at vi her har å gjøre med små absolutte tall, kan materialet likevel tyde på at hvorvidt sykestuen har tilgang på telemedisinsk utstyr eller ikke har betydning for hvorvidt man opplever å få den støtte man har behov for fra sykehuset.

Tabellen nedenfor viser også at det er en sammenheng mellom i hvilken grad sykestuene får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, og hvor ofte det telemedisinske utstyret i sykestuen brukes. Av dem som har svart at det telemedisinske utstyret sjelden eller aldri brukes, har et flertall (60 %) svart at de ikke får den faglige støtte som det er behov for. Av de som har svart at utstyret brukes ukentlig eller månedlig, har et flertall (83 %) svart at de får den faglige støtte som det er behov for fra sykehuset.

Tabell 23: Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest, i forhold til hvor ofte det telemedisinske utstyret i sykestuen brukes. Prosent. (N=16)

		Helt/litt uenig	Både og	Helt/litt enig	Totalt
Hvor ofte brukes det telemedisinske utstyret i sykestuen? ²⁰	Ukentlig eller månedlig	17	0	83	100 (N=6)
	Sjelden eller aldri	60	20	20	100 (N=10)

I rapporten fra prosjektet "Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin" vises det til en undersøkelse blant brukerne av utstyret som viser at utstyret fungerer bra brukt i avtalte situasjoner, i forbindelse med overføring av pasienter mellom institusjonene og brukt til veiledning og undervisning (Øvernes 2010). Utfordringene for bruk av telemedisinsk utstyr er særlig relatert til akutte situasjoner. Dette er også noe våre informanter fra casestudien forteller om.

De steder der telemedisinsk utstyr i liten grad eller overhodet ikke brukes varierte det i hvilken grad dette ble sett på som et savn eller problem. Enkelte leger og avdelingsledere ved sykestuene som vi intervjuet, argumenterte for at de klarer seg fint uten telemedisinsk utstyr og opplever ikke det som problematisk at de mangler utstyr. De opplever at kontakt med sykehusene via telefon er like greit. Enkelte leger ved sykehusene mente også at kontakt via telefon ofte kan være like bra, og at det ikke alltid er så fornuftig eller stor gevinst med telemedisinsk utstyr, særlig i sykestuer som har erfarne og dyktige leger. Samtidig mente flere at det kan være verdifullt med veiledning over telematikk. Det kan spare ressurser og muliggjøre samarbeid og kontakt mellom sykehus og sykestue, og mellom sykestuekommunene, som man ellers neppe ville fått til. I flere av sykestuene som manglet eller av ulike årsaker ikke kunne benytte seg av telemedisinsk utstyr, blir dette påpekt som uheldig. Det nevnes blant annet at personell i sykestuen ikke har deltatt på nettverksmøter fordi utstyret ikke har fungert.

²⁰ På grunn av små absolutte tall har vi her slått sammen svarkategoriene ukentlig og månedlig, og sjelden og aldri. Vi har av samme grunn slått sammen svarkategoriene helt enig og litt enig, og helt uenig og litt uenig.

3.8.2 Utfordringer knyttet til bruk av telemedisinsk utstyr

Selv om sykestuene har fått installert og har tilgang på telemedisinsk utstyr, ser det ut å være en del praktiske utfordringer forbundet med bruken av det. Erfaringene så langt tilsier at potensialet som ligger i utstyret langt fra er godt nok utnyttet. Gjennom casestudien har informanter referert til flere forhold som bidrar til å dempe utnyttelsen av utstyret:

- *Manglende kompetanse og opplæring i bruk av utstyret*
Telemedisinsk utstyr er avansert teknisk utstyr som krever at de som skal anvende det, både i sykestuene og på sykehusene, kan bruke det. Enkelte steder er det kun noen få personer som kan anvende utstyret. Dette gjør situasjonen sårbar. God opplæring i bruk av utstyret blant helsepersonell tilknyttet sykestuen vil gjøre terskelen mindre for å ta i bruk utstyret. Det vil også kunne forebygge tekniske problemer og gjøre det enklere å takle problemene når de oppstår.
- *Tekniske problemer*
Tekniske problemer med utstyret gjør at det bare delvis blir brukt. Det dreier seg blant annet om tekniske problemer knyttet til IT-verktøy. Informanter refererer til at man opplever problemer med å få rettet opp tekniske feil. Vi har også hørt om at "linjer er blitt avbestilt", en dekode som ikke virker, lynnedslag har ødelagt utstyr, og så videre. I flere tilfeller har dette ført til at det telemedisinske utstyret har blitt stående urørt over lengre tid. Flere steder er det noe som er "feil" med utstyret og personalet og personalet kan ikke selv løse problemene, og vet ikke hvem de skal henvende seg til for å få det rettet opp.
- *Kapasitetsproblemer*
På sykehuset er det flere som vil bruke utstyret. Dette medfører at det telemedisinske utstyret ikke alltid er tilgjengelig til de tider personalet i de ulike har behov for å bruke det.
- *Organisatoriske utfordringer – manglende forankring i sykestuene og i sykehusene*
Det er flere steder uklart hvem som har ansvaret for det telemedisinske utstyret i sykestuene og hvordan det fungerer. I casestudien ga flere av informantene uttrykk for at de ikke visste hvem de skulle kontakte hvis utstyret ikke fungerte. Man har heller ikke overalt der hvor det er installert utstyr klart å implementere bruken av utstyret i sykestuen blant personalet

og fått rutiner rundt bruken av det. Av flere grunner er ikke dette blitt prioritert. Enkelte pekte på at det er en manglende forankring av bruk av telemedisinsk utstyr blant legene i lokalsykehusene. Flere av våre informanter fra sykestuene mener at legene ved sykehusene i liten grad tar initiativ til bruk av utstyret. Enkelte sykepleiere vi intervjuet fra sykehusene gir uttrykk for at de opplever at bruk av telemedisinsk utstyr tar mye tid. Noen steder ga personell i sykestuen uttrykk for at dette ikke ble fulgt opp fra sykehusets side. Det ser ut til å være en forventning om at spesialisthelsetjenesten skal ta et hovedansvar på dette området. Hvis det telemedisinske utstyret skal fungere må man imidlertid ta ansvar på begge nivå, både i sykestuene og sykehusene. Det må tydeliggjøres hvem som har et overordnet ansvar for opplæring knyttet til utstyret og hvem som har ansvaret for installering (utplassering og montering) og reparasjon ved feil. Helsepersonell i begge nivå må vite hvem kan spørre om hjelp og hvem de skal kontakte ved tekniske problemer.

- *Tilgjengelighet/praktiske utfordringer*
Under intervjuene med personell i sykestuene har vi sett eksempler på at det telemedisinske utstyret er plassert fysisk langt ifra selve sykestueplassene, slik at det er praktisk tungvint å ta dette utstyret i bruk i en hektisk hverdag.
- *Personalet er trygge på seg selv, erfaren, ikke så stort behov*
Andre utfordringer som har vært nevnt av informantene i forbindelse med bruk av telemedisinsk utstyr er blant annet knyttet til juridisk hensyn i forbindelse med utveksling av pasientinformasjon.

3.9 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi drøftet kompetanse og kompetanseutvikling blant helsepersonell i sykestuene. I tillegg til formell faglig kompetanse, er det også av stor verdi at helsepersonell tilknyttet sykestuene i Finnmark tilegner seg en erfaringsbasert kompetanse om den lokale konteksten sykestuen eksisterer innenfor. Språk- og kulturkompetanse er også viktig, siden befolkningen i Finnmark og helsepersonell som jobber i sykestuene, lokalsykehusene og kommunehelsetjenesten i større grad enn de fleste andre fylker er flerkulturell.

Det varierer hvor mye og hvilken kompetanse sykestuene besitter. Mange steder oppleves det som en stor utfordring å klare å rekruttere og beholde fagpersonell,

og da særlig leger, men også spesialsykepleiere. I spørreundersøkelsen blant leger og avdelingsledere ved sykestuen så vi at over halvparten av respondentene mener at ordningen med sykestue gjør det lettere å rekruttere medisinsk fagpersonell til kommunen og har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende. Et stort flertall opplever også at ordningen med sykestue gjør det faglig mer interessant for dem selv å jobbe i kommunen.

Hvilken kompetanse sykestuene har tilgang på, enten gjennom egne fagfolk tilknyttet sykestuen, eller gjennom samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, har stor betydning for hvilke tjenester man gjennom sykestuen kan tilby befolkningen. Hvilken kompetanse sykestuene trenger i fremtiden må nettopp ses i lys av hvordan man ønsker å anvende sykestueplassene – hvilke pasientgrupper som skal behandles her, og hvor tidlig man skal ta imot pasienter fra sykehus. Dette vil være påvirket av helsepolitiske prioriteringer og beslutninger, men også av sykdomsbildet og demografiske trekk ved befolkningen. Også bruk av avansert teknologisk utstyr vil øke behovet for kompetanse. Kompetanseheving i sykestuene kan blant annet skje ved at man rekrutterer flere leger og sykepleiere, men også andre faggrupper og spesialsykepleiere. I tillegg kan kompetanseutvikling blant helsepersonell i sykestuene skje gjennom videreutdanning, kurs, opplæring, deltakelse i faglige nettverk, prosjekter og konferanser. Kompetanseutvikling ses på som viktig og er i stor grad ønsket fra sykestuenes side. For at sykestuene skal kunne gi mer spesialiserte tjenester er faglig støtte og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten viktig.

I spørreundersøkelsen så vi at under halvparten av respondentene (39 %) mente at de i dag får den støtten sykestuen har behov for fra det nærmeste lokalsykehuset. Dette var også inntrykket fra casestudien. Faglig støtte fra sykehusene skjer som oftest via telefon ved at sykepleier eller lege fra sykestuen tar kontakt med fagpersonell på sykehuset. utfordringer knyttet til kompetanseutvikling dreier seg blant annet om tidspress og lav bemanning, dårlig kommuneøkonomi, mangel på forankring i kommunen og interne pådrivere i sykestuen, geografiske avstander, værforhold, samt vansker knyttet til samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Selv om tallene på antallet sykestuer som har fått installert telemedisinsk utstyr er høyt, viser surveyen at knapt halvparten av sykestuer rapporterer at de faktisk har tilgang på dette utstyret. Vi tolker dette slik at dette henger sammen med varierende bruk og funksjonalitet. Det telemedisinske utstyret brukes blant annet

i forbindelse med samarbeid/veiledning rundt enkeltpasienter, overførings-samtaler med overflytting av pasienter fra sykehus, nettverksmøter, kurs og opplæring. Frem til i dag ser det ut til at telemedisinsk utstyr i liten grad tatt i bruk i akuttsituasjoner. Sykestuene som har erfaring med bruk av utstyret opplever at det bidrar til et godt faglig samarbeid om enkeltpasienter. Vi ser også i spørreundersøkelsen at det å ha tilgang på telemedisinsk utstyr har betydning for i hvilken grad sykestuen opplever å få den faglige støtte det er behov for fra sykehuset. I casestudien ble det imidlertid tydelig at det er flere utfordringer knyttet til bruk av telemedisinsk utstyr, deriblant manglende opplæring i bruk av utstyret og tekniske problemer ved utstyret. Vi har sett at det flere steder er uklart hvem som har ansvaret for å utbedre feilene når de oppstår. Vi ser også at det ofte er uklart hvem i sykestuen som har ansvaret for utstyret.

Sett under ett, er inntrykket at personellet som er tilknyttet sykestuene i noen grad refererer til at de i større grad enn personellet i sykehjemmet har anledning til å delta i kurs, konferanser, nettverksarbeid, faglig utvikling og oppdatering. Vi mener det er grunn til å se dette i sammenheng med at sykestuene har sitt eget behov for å sikre kunnskap og kompetanse hos personellet, ut fra det hensyn at dette personellet i noen tilfeller må forventes å ha en høyere kompetansemessig beredskap til å håndtere relativt kompliserte tilfeller. I mange av sykestuene har man likevel utviklet betydelig kompetanse innenfor enkelte områder. Etter hva vi kan bedømme, er det likevel snakk relativt begrensede ressurser, tid og muligheter til denne type arbeid også i sykestuene.

4. OPPSUMMERENDE KAPITTEL – MELLOM BARKEN OG VEDEN?

I dette kapitlet vil vi samle det vi anser som de sentrale trådene i det vi har drøftet tidligere, og holde dette opp mot de sentrale målene og ambisjonene i prosjektet. Vi skal særlig drøfte den måten målene i prosjektet er iverksatt på gjennom praktisk handling og organiseringen av prosjektarbeidet underveis.

4.1 BAKGRUNN FOR SYKESTUEPROSJEKTET

Målsettingen for sykestueprosjektet er formulert på litt ulike måter. Vi har tatt utgangspunkt i de målsettinger som er formulert i de årlige statusrapportene fra prosjektet, samt måten disse er nedelt i samarbeidsavtalene på. I årsrapportene er målet formulert slik:

”Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykehusene i Finnmark skal understøtte en fornuftig bruk av sykestuene, både faglig og samfunnsøkonomisk, og til beste for pasientene.”

Videre er det formulert at:

”Erfaringene med prosjektet vil være viktige i arbeidet med å videreutvikle tilsvarende samarbeidsmodeller i skjæringspunktet mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten” (Helsedirektoratet 2011:22).

Med bakgrunn i datamaterialet vi har innhentet i surveyundersøkelsen rettet til nøkkelpersonell i sykestuene, og gjennom personlige intervjuer med sentrale aktører i fem sykestuer samt de to sykehusene, har vi drøftet erfaringene fra sykestueprosjektet. Det skal her påpekes at det ikke uten videre er enkelt å avgrense hva er trekk ved *ordinær drift* av sykestuene og hva som er effekter av *sykestueprosjektet*. Til det er organiseringen og den daglige driften av sykestuene for tett sammenvevd med det som foregår i regi av den forsøksordningen som utprøves i regi av sykestueprosjektet. Måten vi har tilnærmet oss dette på, har vært å etterspørre informantenes erfaringer og vurdering knyttet til sykestuenes aktivitet, for analytisk å kunne avgrense hvilke erfaringer som særlig er knyttet til prosjektet.

4.2 ORGANISERING OG DRIFT AV SYKESTUENE

Som vi har beskrevet tidligere, har vi sett at organisering og daglig drift av sykestuene skjer på litt ulike måter, ut fra hva som er hensiktsmessig gitt situasjonen lokalt i de ulike kommunene. Vi har pekt på at en av hovedforskjellene går mellom det vi har omtalt som "legedrevne sykestuer" og "sykepleierdrevne sykestuer". Begrepene refererer til hvem som i praksis tar hånd om det faglig-administrative og strategiske arbeidet i sykestuene. Distinksjonen er etter vår mening relevant for å forstå de forutsetninger sykestuene har for å kunne utvikle driften i tråd med prosjektets målsettinger. Hvilke eller hvor mange av de 16 sykestuene som er det ene eller det andre, er imidlertid ikke mulig å avgjøre på bakgrunn av det datamaterialet vi har tilgjengelig.

De legedrevne sykestuene har dedikerte leger som tar ansvar for den langsiktige driften, ivaretar og utvikler samarbeidsrelasjoner med sykehusene og deres leger, tar hånd om rapporteringene til NPR og en rekke av de overordnede sidene ved driften. Den praktisk-administrative siden ved driften er det andre profesjonsgrupper som ivaretar. I de sykepleierdrevne sykestuene er det mangelen på fast tilsatte leger som gjør at dette ansvaret overtas av sykepleier, som i kraft av å ha det administrative ansvaret også blir den som ivaretar og dekker opp for mange av de funksjonene som legene ellers ville tatt hånd om. I disse sykestuene fordeles sykestuearbeidet på de legene som til enhver tid har engasjement i kommunen, men den medisinsk-faglige langsiktigheten og planleggingen ser ut til å bli lidende av manglende legedekning. Det dette betyr i praksis, er at de legedrevne sykestuene har andre og bedre forutsetninger for å kunne følge opp og jobbe aktivt for å følge opp de incentiver og forpliktelser som samarbeidsavtalen legger på den enkelte kommune.²¹

I noen av de kommunene vi har besøkt, får vi beskrevet en situasjon der knappe kommunebudsjetter og mangel på sykepleiere i stillingene vanskeliggjør tilpasning av hjemmetjenester og sykehjemstjenester. I disse kommunene ser vi at sykestuene har problemer med å overholde den såkalt 14-dagersregelen i samarbeidsavtalen, fordi fleksibiliteten i de andre typer av aktuelle pleie- og omsorgstilbud (sykehjem, hjemmetjenester og kommunale rehabiliteringsplasser)

²¹ Vi skal understreke at vi ikke har grunnlag for å rangere kvaliteten på de tjenestene som ytes ved sykestuene – det var heller ikke vårt oppdrag. Vi har intet annet grunnlag enn at vi antar at kvaliteten på sykestuenes arbeid er tilfredsstillende uavhengig av hva som er situasjonen, organisatorisk sett.

allerede synes å være fasttømmret. Når det gjelder registreringer av diagnoser og andre opplysninger til NPR, ser vi at i de legedrevne sykestuene gjøres dette vanligvis fortløpende, som en del av legearbeidet ved sykestua. I de sykepleierdrevne sykestuene, ser det ut til at dette må tas i "bunker" og blir en form for "skippertaksarbeid". Også dette handler om kapasitet og tilgang på kompetanse.

Vårt inntrykk er at de aller fleste av de informanter vi har møtt i sykestuene har hatt et bevisst forhold til de insentivene som ligger i sykestueprosjektet, slik som 14-dagersregelen og innrapporteringer til NPR hvert tertial. Vi ser at også de sykestuene der man i mindre grad klarer å innfri de kravene som stilles, også er godt kjent med insentiver og forventninger som ligger nedfelt i avtalen.

Spørsmålet om samarbeid og informasjonsutveksling mellom sykestuer og sykehus berører en viktig side ved selve sykestuearbeidet. Selv om det er vanskelig å få øye på at sykestueprosjektet i seg selv har påvirket slik informasjonsutveksling, har selve finansieringsordningen åpenbart vært av avgjørende betydning for å videreføre dette samarbeidet. Slik samarbeidet mellom sykestuer og sykehus synes å fungere i dag, er dette i all hovedsak knyttet til utveksling av informasjon rundt enkeltpasienter. Materialet fra casestudien peker på at denne typen av informasjon flyter relativt ukomplisert mellom tjenestenivåene. Dette ser ut til å ha vært tilfellet også før selve prosjektarbeidet. Datamaterialet fra surveyundersøkelsen understøtter også dette inntrykket.

Som vi tidligere har vært inne på, ser det ut til at det mellom sykestuekommunene over tid har utviklet seg et samarbeid om bestemte temaer og oppgaver. Etter vårt inntrykk foregår dette som del av det ordinære, daglige arbeidet i sykestuene ut fra hva som oppfattes som de behov man har i hverdagen, og er i liten grad tematisert som en egen form for kompetansebyggende arbeid.

Samarbeidsavtalen inneholder en formulering om at: *"I den utstrekning det er praktisk mulig vil bruk av telemedisin/videokonferanser være en prioritert undervisningsform"* (Helsedirektoratet 2011:23). Som vi har drøftet tidligere, synes dette kun i en viss grad å fungere etter intensjonene, og først og fremst i noen av kommunene. Tallene fra Helse Nord viser at de aller fleste av sykestuene har installert telemedisinsk utstyr. Samtidig oppgir under halvparten av respondentene i surveyen at de har tilgang til slikt utstyr. Vi tolker denne diskrepansen som ett uttrykk for at dette utstyret av ulike tekniske og praktiske grunner ikke brukes, slik vi har sett eksempler på i casestudien. Man opplever at

interessen for å ta i bruk slikt utstyr har vært begrenset fra begge parter. Tekniske problemer, mangel på opplæring i bruken av utstyret og tungvinthet er grunner som nevnes i kommunene. Manglende oppslutning blant personalet er grunner som trekkes frem i sykehusene. Når kommunikasjonen mellom sykehus og sykestuene likevel fungerer godt, er det etter hva vi kan se først og fremst på grunn av telefonen – ikke videokonferanseutstyret. I de sykestuene der det telemedisinske utstyret brukes, refererer man til at dette bidrar til et bedre faglig samarbeid rundt den enkelte pasient.

Et viktig ledd i samarbeidet og kommunikasjonen mellom sykestuer og sykehus, er epikriser og meldingsblanketter. Disse skal i prinsippet følge med pasienten idet hun eller han skrives ut av sykehuset. Det er åpenbart et problem i samhandlingen mellom disse partene med forsinkede og manglende pasientopplysninger ved utskriving av fra sykehusene. I sykestuene erfares det som at det blir mye ekstraarbeid med å ringe og etterspørre opplysninger.

I prosjektet og samarbeidsavtalene er det formulert som en forutsetning at *”Utgangspunktet for samarbeidet må være tillit og åpenhet mellom to likeverdige parter, som gjensidig er avhengig av hverandre”* (Helsedirektoratet 2011:22). Ut fra den situasjonen samarbeidet mellom instansene fungerer i dag, er det vanskelig å karakterisere dette som en relasjon mellom likeverdige parter. I sykestuene oppleves dette blant annet ved at oppmerksomheten rundt jevnlig og generelle videomøter dabber av (både i sykehusene og i sykestuene), manglende pasientinformasjon og når det gjelder hvem som tar initiativet til kommunikasjonen. Inntrykket vi får gjennom intervjuene er at dette er en asymmetrisk relasjon – altså der sykehusets personale legger premissene, og sykestuene forsøker etter beste evne å følge lydlig opp. Så vidt vi kan se av avtalen slik den foreligger i dag, er det kommunene som har direkte insentiver til å følge opp de forpliktelsene som avtalen har.

Som vi har beskrevet tidligere, har det samarbeidet som har blitt utviklet over tid mellom sykestuene og sykehusene blant annet resultert i til dels svært avanserte behandlingstilbud i enkelte av kommunene. Dette må forstås som et gode både med hensyn til pasientene, for kapasitetsutnyttelse og for besparing av sykehusets ressurser. Utviklingen av disse tilbudene illustrerer både hvilken kompetanse det er mulig å bygge opp i kommunene og hvilket potensial som ligger i en videre satsning på sykestuer.

4.3 I HVILKEN GRAD HAR PROSJEKTET NÅDD MÅLSETTINGENE?

Vi ser at samarbeidet mellom sykestuer og sykehus bidrar til mer umiddelbar tilgang på spesialisert helsekompetanse og bidrar til kortere reisevei for pasienter og pårørende. I et samfunnsmessig perspektiv er dette av betydning både med hensyn til tilgang på tjenester i akutte tilfeller og befolkningens helsemessige trygghet. Våre resultater tyder dessuten på at den organiseringen av helsetjenestene som man har gjennom sykestuene i Finnmark også bidrar til å gjøre disse jobbene mer attraktive når det gjelder å rekruttere kompetansepersonell som leger og sykepleiere.

I et mangesidig og omfattende prosjekt som sykestueprosjektet, vil også svaret på spørsmålet om hvorvidt prosjektet har nådd sine mål være til dels sammensatt. Vi legger til grunn for denne vurderingen at målsettingene vi holder opp mot, er de formulerte målsettingene som er formulert for prosjektet (Helsedirektoratet 2009), og slik disse er operasjonalisert i samarbeidsavtalene mellom sykestuer og sykehus. Vi skal for ordens skyld igjen påpeke at det i noen sammenhenger er problematisk å skille entydig mellom hva som er effekter av *sykestueprosjektet*, og hva som er generelle utviklingstrekk ved sykestuenes arbeid.

I det følgende oppsummerer vi kort de områdene der vi mener man har lyktes i prosjektarbeidet, for deretter å peke på de områder der vi mener det fortsatt er viktige utfordringer.

Vi har sett at sykestuene gjennom nye samarbeidsprosjekter de senere årene har utviklet høy kompetanse på flere til dels spesialiserte områder. Dette illustrerer at kommunene har et betydelig potensial til å etablere høy kompetanse selv i relativt små organisasjoner. Vi ser også at tilliten til sykestuenes kompetanse er stor blant personalet i sykehusene. Dette går blant annet på at man anser at ansvarshavende lege har stort tillit når det gjelder utøvelse av skjønn til å legge inn pasienter.

Selve kjernen i prosjektarbeidet har vært å innføre et system som bidrar til å legge om bruken av sykestuene til en "fornuftig bruk av sykestuene" (Helsedirektoratet 2011:5). I korrespondanse med oppdragsgiver utdypes dette med at prosjektet dreier seg om å få til en faglig og økonomisk bærekraftig utvikling av sykestuene, gjennom oppgradering og bedre organisering av sykestuene, etablering av faglige

standarder, kompetanseutvikling, nettverk og samarbeid og mellom nivåer og enheter.²²

Målet her er å skape raskere gjennomstrømming i sykestueplassene, og unngå den tendens man har sett i at noen av sykestuene i praksis har fungert mer eller mindre som avanserte sykehjemsplasser, med langvarige innleggelse. Vi har ikke målt hvorvidt antallet liggedøgn er endret over tid gjennom prosjektperioden (dette blir ivare tatt gjennom egne analyser av NPRs data), men vi har innhentet data om hvordan personellet i sykestuene forholder seg til de insentiver som ligger i dagens samarbeidsavtaler. Inntrykket er at det nåværende finansierings-systemet er godt kjent i alle de kommuner vi har gjort intervjuer, og at man legger innsats i å legge om aktiviteten i tilsvarende retning. Sett under ett, tyder våre resultater på at insentivene og "14-dagersregelen" som er nedfelt i samarbeidsavtalen bidrar til økt bevissthet blant personalet om hvordan kommunen bruker sine sykestueplasser.

Vi har imidlertid sett at det er store forskjeller mellom sykestuene i de ulike kommunene, og at dette er avhengig av hvilke forutsetninger den enkelte kommune har. Vi har blitt oppmerksomme på hvordan gjennomstrømming i sykestuene henger nøye sammen med det øvrige kommunale helse-, pleie- og omsorgstilbudet. Dette er neppe forhold som insentivene i samarbeidsavtalen alene vil kunne løse. I disse tilfellene bør det snarere vurderes om Helse Finnmark bør gå i dialog med disse kommunene for å finne frem til løsninger på sikt, knyttet til utbygging av kapasitet innen rehabiliteringsplasser, sykehjemsplasser eller hjemmetjenester, eller eventuelt at kommunene inngår samarbeid med andre kommuner om tilsvarende løsninger.

Vi har nevnt at arbeidet i sykestuene kan bidra til å gjøre det mer attraktivt for kompetansepersonell med hensyn til rekruttering og stabilitet. På den annen side ser vi at sykestuene er sårbare når det gjelder tilgangen på slikt personell. I de kommuner som har legetjenester preget av mange leger på kortidskontrakter og vikariater, ser det ut til at det er vanskeligere å etablere den nødvendige langsiktighet og strategiske ledelsen knyttet til bruk og utvikling av sykestuenes virksomhet. Vi har skilt mellom det vi kaller legedrevne og sykepleierdrevne sykestuer. Selv om vi kan skille mellom disse to variantene, har vi ingen grunn til å si at kvaliteten på de tjenester som utøves er forskjellige. Dette handler om kapasitet til å planlegge på sikt. Skillet mellom legedrevne og sykepleierdrevne

²² Korrespondanse med oppdragsgiver, pr 15.10.2011.

sykestuer peker nettopp på sykestuenes kompetansemessige akilleshæl. Avhengigheten av stabilt og kvalifisert personell er en av de aller viktigste forutsetningene for at ordningen med sykestuer skal fungere som i dag. Konkurransen om høyt utdannet arbeidskraft innen helsetjenestene vil etter alt å dømme tilta betydelig i årene som kommer, og bør kunne være en av de utfordringer som bør drøftes videre. Det kan i denne sammenheng nevnes at Helse Finnmark siden 2005 har hatt et eget legerekutteringsprosjekt (Helse Finnmark 2010), og at Fylkesmannen i Finnmark i lengre tid har jobbet systematisk med rekrutteringstiltak overfor kommunehelsetjenesten (turnusleger, fastleger).²³

Samarbeidsavtalen tar som sitt utgangspunkt at samarbeidet mellom sykehus og kommune bygger på et likverdig forhold mellom partene. Dette mener vi ikke tilfelle, slik samarbeidet fungerer pr i dag. Vårt inntrykk er at det snarere er et betydelig asymmetrisk forhold mellom de to. De neste punktene vi skal nevne som utfordringer i samarbeidet bærer på ulike måter preg av denne styrkeforskjellen mellom partene.

Når det gjelder bruk av telemedisinsk utstyr, viser svarene i spørreundersøkelsen at i de kommunene der dette fungerer godt, bidrar det til et godt faglig samarbeid mellom kommunene og sykehuset. Respondentene i spørreundersøkelsen mener i stor grad også at de får den faglige støtte og oppfølging fra sykehuset. Gjennom intervjuene med ansatte i sykestuene og på sykehuset har vi også fått utdypet hva som ikke fungerer så godt. Delvis gir informantene uttrykk for at teknikken ikke fungerer tilfredsstillende, men vel så viktig synes det å være at interessen gradvis dabber av både i sykehusene og kommunene. Vårt inntrykk er at når dette temaet ikke holdes varmt i sykehusene av de personene som skal følge opp sykestuesamarbeidet derfra, dør dette hen etter litt tid.

Vi ser også at sykestuene opplever problemer med å få de nødvendige pasientopplysninger ved utskrivning fra sykehus og tilbakeføring til kommunene. Etter hva våre informanter gir uttrykk for handler det om epikriser, og til dels også om meldingsblanketter. Resultatet er at man i sykestuene bruker mye tid på å ringe tilbake og innhente nødvendige opplysninger.

Sykestuene omtales i flere sammenhenger som en "halvannenlinjetjeneste" (Aaraas et.al 2000; Straume og Skarsaune 2000), og som organisatoriske er underlagt førstelinje. Flere av informantene i casestudien gir uttrykk for at det

²³ Iflg opplysninger fra oppdragsgiver

ville være en fordel om sykestuene gis tilgang til det samme journalsystemet som sykehusene bruker.

Sykestueprosjektets insentivsystem er basert på registreringer av pasientdata som rapporteres for hvert tertial til NPR. Vi har observert at det i kommunene er en viss misnøye med måten dette rapporteres på. Det handler om at dette til dels er tidkrevende arbeid og tar opp tid som ellers kunne vært brukt i aktiv behandling/pleie, og delvis fordi selve Excel-arket som benyttes oppleves som rigid. Kommunene har funnet frem til ulike måter å organisere dette registreringsarbeidet på. Som vi har vært inne på tidligere, har Norsk pasientregister og Helse Finnmark vært kritiske til datakvaliteten og sykestuenes manglende overholdelse av tidsfrister i disse rapporteringene. Etter hva vi kan se, er rutinene rundt dette arbeidet varierende.

Resultater fra surveyundersøkelsen peker på at ordningen med sykestuer har stor oppslutning og forstås som viktig for totaliteten i helsetilbudene lokalt, både fra kommuneadministrasjon og kommunalpolitikere. Det ligger utenfor vårt mandat å se på de reelle tallene for innleggelser og behandlinger. Både våre informanter refererer til, og på bakgrunn av hva tidligere studer peker på, behandler sykestuene mange pasienter som ellers ville vært innlagt på sykehus (Langfelt og Aaraas 2000). På denne måten ser det ut til at sykestuene demmer opp for en rekke sykehusinnleggelser. Slik ser vi også at sykestuene oppfattes blant personalet i sykehusene.

På bakgrunn av hva vi kan lese ut av de ulike årsrapportene fra prosjektet, og ut fra opplysninger gitt av oppdragsgiver, ser vi at Helsedirektoratet har hatt en sentral rolle i form av prosjektledelse og -sekretariat overfor styringsgruppen (Helsedirektoratet 2010 og 2011). Helse Nord har hatt en viktig rolle som pådriver for å få prosjektarbeidet i gang (Helse Nord 2010). Departementets involvering i prosjektet har hovedsakelig vært i form av finansiør, for å sikre opprettholdelse av driften i sykestuene inntil samhandlingsreformen blir iverksatt. Vi har i liten grad inntrykk av at dette er noe som det operative personellet i sykestuene er særlig opptatt av. I intervjuene med informanter fra kommuneadministrasjonen har dette kun i liten grad blitt berørt.

4.4 AVSLUTTENDE BEMERKNINGER

I den foreliggende evalueringen har vi drøftet sentrale trekk og erfaringer ved sykestueprosjektet, slik dette prosjektet har utviklet seg over en periode på nærmere tre år. Vi har drøftet disse erfaringene i lys av sykestuenes generelle virksomhet, og i lys av den øvrige lokale konteksten sykestuene inngår i. Det forsøket som har blitt gjennomført i prosjektet har gått ut på å introdusere en aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark. Målet med forsøksordningen, slik det fremkommer av årsrapportene, har vært å understøtte en fornuftig bruk av sykestuene, faglig og samfunnsøkonomisk, og til beste for pasientene (Helsedirektoratet 2011).

Vårt samlede inntrykk er at den videreføring og trygging av det finansielle grunnlaget for sykestuene, slik sykestueprosjektet har resultert i, har vært av stor betydning for å opprettholde og videreføre driften og oppslutningen om sykestuene. I påvente av at den kommende samhandlingsreformen skal tilføre sykestuene den nødvendige finansieringen i årene fremover, anser vi at dette har fungert etter hensikten.

Etter vår vurdering er den kunnskap som sykestueprosjektet og sykestuenes lange historie i Finnmark har utviklet en viktig forutsetning for fremtidige samarbeidsformer mellom helsetjenestenes første- og andrelinje. Etter hva vi kan se fyller sykestuene en helt grunnleggende funksjon som spesialisert helsetjeneste i et fylke med de særtrekk som Finnmark har. Vårt datamateriale viser samtidig at det er en del spenninger i det bildet som tegnes. Sykestuene er presset fra flere hold. De er del av en i mange tilfeller svært knapp kommuneøkonomi. Flere kommuner har problemer med å rekruttere og stabilisere kompetansepersonell i helsestillinger, en utfordring som vil øke i årene som kommer. Kravene til spesialisert kunnskap, bruk av nye rutiner, mer avansert teknologi, m.v. øker også i sykestuene, parallelt med et økt påtrykk på økt gjennomstrømmingen av pasienter. Sykestuene står på denne måten mellom barken og veden, i den forstand at de presses fra ulike kanter. Om man ikke er seg disse utfordringene bevisst, kan summen av dette lett bli at det dedikerte og høyt kompetente fagpersonellet man lykkes med å rekruttere i dag på lengre sikt søker seg vekk fra sykestuene.

Sykestueprosjektet, slik det er konkretisert i samarbeidsavtalene og den praktiske oppfølgingen av disse avtalene i hverdagen i sykehusene og sykestuene, synes samlet sett å bidra til at sykestuene fortsatt fungerer, faglig og organisatorisk, som

et sentralt ledd i helsetilbudet i Finnmark. Gjennom prosjektet har sykestuene fått en tryggere økonomisk situasjon, slik at man i større grad har hatt mulighet til å holde fokus på videreføring av det faglige arbeidet som sykestuene har bygd opp over flere tiår.

Introduksjonen av den såkalte 14-dagersregelen, som er nedfelt i samarbeidsavtalen mellom Helse Finnmark og den enkelte kommune, har hatt som hensikt å legge om bruken av sykestuene over mot kortere opphold og mer aktiv behandling. Vi har sett at denne omleggingen møter forståelse i sykestuene, og måten det snakkes om blant personellet i sykestuene tyder på at disse føringene også er godt kjent blant de ansatte. Når enkelte sykestuer likevel strever med å etterkomme de føringene som avtalen legger opp til, ser dette ut til å dreie seg mer om manglende kapasitet og forutsetning ved det øvrige helse-, pleie- og omsorgstilbudet i den enkelte kommune og ikke om sykestuenes arbeidsmåte i seg selv.

Finnmarks sykestuer, slik de fremstår i dag, foregriper på mange måter den strukturen mellom første- og andrelinje som samhandlingsreformen legger opp til. Slik St. meld 47 (2008-09) definerer samhandling, er dette *„uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte”* (ibid:13). Dette innebærer fordeling av oppgaver, ansvar, myndighet og kompetanse mellom nivåer og organisasjoner. I den studien vi har gjennomført her har vi lagt til grunn en forståelse av kompetanse som kombinasjon av formelle kvalifikasjoner i en organisasjonskontekst. Dette har vært hensiktsmessig ut fra det formålet vi har hatt i evalueringen. Dersom utviklingen går i retning av et stadig tettere samarbeid og samkjøring av aktiviteten mellom sykestuer og sykehus, vil vi for fremtiden foreslå at man begynner å snakke om kompetanse som kunnskap distribuert i et nettverk av aktører, slik Latour (1987) har skissert. Dette vil være et perspektiv på sammenhengene mellom sykestuer og sykehus som tar opp i seg hvordan disse systemene kan forstås som flyt av pasienter, diagnoser, kompetanse, organisasjonsoppskrifter og fagpersoner.

Etter hva vi kan se, utgjør god kommunikasjon og god informasjonsflyt mellom sykehus og sykestuer det viktigste suksesskriteriet for at samarbeidet skal fungere. Det handler om formidling av en rekke opplysninger og kunnskap begge veier mellom disse organisasjonene. Som vi også har beskrevet tidligere i denne evalueringen, fungerer dette på mange måter bra i dag. Det er likevel grunn til å

peke på at det oppleves en betydelig maktforskjell i samarbeidet mellom sykestuer og sykehus – maktforskjeller som skaper vansker for ytterligere utvikling av slikt samarbeid.

REFERANSER

- Aaraas, I. (1998) *General Practitioners Hospitals. Use and Usefulness. A Study from Finnmark County in North Norway*. [Dr.avhandl.] Tromsø: Institute of Community Medicine, University of Tromsø.
- Aaraas, I., Langfeldt, E., Ersdal, G. og Haga, D. (2000) "Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve!" Tidsskrift for den Norske Lægeforening, s 702-5.
- Andersen, F., A. Forsdal, O. Herder, I. Aaraas (2001) "Legemangelen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer". Tidsskrift for den Norske Lægeforening, s 2732-5.
- Bjørnstad, R. (2009) *Behov for helsepersonell: demografiske og økonomiske rammebetingelser*. Oslo: SSB.
- Bliksvær, T. og Olsen, T. (2003) *Gøy på landet? Evaluering av strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktskommuner*. Arbeidsnotat 1015/2003. Bodø: Nordlandsforskning.
- Helse Nord (2010) Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Finnmark HF. Rapport for tidsperioden juni 2008 – juni 2010.
- Helsedirektoratet (2010) Årsrapport 2009. Prosjekt sykestuefinansiering.
- Helsedirektoratet (2011) Årsrapport 2010. Prosjekt sykestuefinansiering.
- Helse Finnmark (2007) "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord". Rapport. (Styresak 17-2007-2. Samlerapport: Sykestuefunksjonen i Finnmark.doc)
- Langfeldt, E. og Aaraas, I. (2000) "Bruk av sykestueplassene i Nordkapp". Tidsskrift for den Norske Lægeforening; s 695-9.
- Larsen, F. (2007) *Telemedisin som samhandlingsredskap mellom sykestuer og sykehus i Finnmark – en evaluering*. NTS-rapport 14-2007. Tromsø: Nasjonalt senter for telemedisin.
- Latour, B. (1987) *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Nordhaug, O. (1993) *Human Capital in Organizations. Competence, Training, and Learning*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Olsen, T. (2000) *Kompetanseutvikling i kommunene. Erfaringer fra kompetanseutviklingsprosjekter i fem kommuner*. Rapport 10/00. Bodø: Nordlandsforskning.
- Prop. 1S (2011-2012). Proposisjon til Stortinget. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Rødvei, P.H. (2000) *Kommunene og den kompetente arbeidskraften – gjennomtrekk og rekruttering i et organisatorisk og demografisk perspektiv*. Rapport 11/00. Bodø: Nordlandsforskning.
- Skau, G.M. (1998) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Akademiske forlag.
- SKDE (under utgivelse) *Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark*. Tromsø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.
- St.meld. 47 (2008-09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Straume, E. og Skarsaune, K. (2000) "Sykestuene – utgått på dato eller fremtidens redning for en presset helsetjeneste?" *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 654.
- Texmon, I. og Stølen, N.M. (2009) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Oslo: SSB.
- Uggerhøj, L. (1996) "Professionelle personligheder" i Sandbæk, M. og G. Tveiten: *Sammen med familien: Arbeid i partnerskap med barn og familier*. Kommuneforlaget.
- Øvernes, E. (2010) "Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin" Prosjektrapport, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.
- Weick, K.E. og Westley, F. (1996) "Organizational Learning: Affirming an Oxymoron". I: S.R. Clegg, C. Hardy og W.R. Nord (red.) *Handbook of Organization Studies*. London: Sage.
- Øvernes, E. (2010) *Styrking av lokalsykehusene i Finnmark med bruk av telemedisin*. Tromsø: Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.

Vedlegg 1 Spørreskjema

Sykestuer Finnmark

Til avdelingsleder og lege ved sykestuene i Finnmark

Informasjon om spørreundersøkelse om sykestuene

Nordlandsforskning gjennomfører i perioden mai - september 2011 en studie av erfaringer med sykestuene i Finnmark, på oppdrag fra Helse Nord. Sentrale tema i studien er faglig innhold, kompetanseutvikling, organisering og samhandling, samt kommunenes vurderinger og prioriteringer. Studien omfatter en spørreundersøkelse til avdelingsleder og lege ved alle sykestuene i Finnmark, samt intervjuer med medisinsk personell ved et utvalg sykestuer.

Spørreundersøkelsen er nettbasert og fullstendig anonym – ingen får tilgang på hva den enkelte har svart. Deltakelse er frivillig, men det er av stor betydning for undersøkelsen at du deltar. Dersom det er spørsmål som er vanskelig å svare på går du bare videre. Alle opplysninger oppbevares og behandles i henhold til lov om personopplysninger, og forskerne som gjennomfører studien er underlagt taushetsplikt. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning. Resultatene fra studien vil bli oppsummert i en forskningsrapport fra Nordlandsforskning i oktober 2011.

Ta gjerne kontakt dersom dere har noen spørsmål. Forskerne som gjennomfører prosjektet er:

Hege Gjertsen, Nordlandsforskning Tlf (dir.) 75517327.
E-post: Hege.Gjertsen@nforsk.no

Terje Olsen, Nordlandsforskning Tlf (dir.) 75517626.
E-post: Terje.Olsen@nforsk.no

På forhånd tusen takk for hjelpen!

1) Hva er din stilling?

- Lege
- Sykepleier
- Annet, spesifiser her

2) Kjønn

- Kvinne Mann

3) Hvilken utdanning har du?

4) Hvor lenge har du jobbet ved sykestuen?

- Mer enn 5 år 2-5 år 1-2 år Mindre enn 1 år
-

Nedenfor kommer en del påstander om ulike tema som vi ber deg ta stilling til.

5) Ordningen med sykestue gjør det lettere å rekruttere kompetent medisinsk fagpersonell (leger og sykepleiere) til min kommune

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

6) Ordningen med sykestue gjør det faglig mer interessant for meg å arbeide i min kommune

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

7) Ordningen med sykestue har bidratt til at legedekningen for kommunen totalt er tilfredsstillende

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

8) Jeg opplever at jeg har den kompetansen som trengs i min stilling på sykestuen

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

9) Jeg opplever at de faglige-medisinske kravene og retningslinjene for sykestuedriften er tydelige

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

10) Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehjem/omsorgstjenesten er tydelig

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig



11) Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og den øvrige kommunehelsetjenesten er tydelig

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

12) Sykestuen har fast(e) kontaktperson(er) på sykehuset

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

13) Sykestuen får den faglige støtte/oppfølging som det er behov for fra sykehuset i Kirkenes eller Hammerfest

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

14) Jeg opplever at ansvarsfordelingen mellom sykestuen og sykehuset er tydelig

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

15) Sykestuen har et bra samarbeid med sykehuset rundt innskriving av pasienter

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

16) Sykestuen har et bra samarbeid med sykehuset rundt utskriving av pasienter

Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig

Helt enig

17) Sykestuen har bidratt til at leger i min kommune i større grad enn før deltar i faglige nettverk

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig

18) Sykestuen har bidratt til at sykepleiere i min kommune i større grad enn før deltar i faglige nettverk

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig

19) Deltakelse i faglig nettverk bidrar til økt kompetanse blant personell tilknyttet sykestuen

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig

20) Jeg opplever at kommuneadministrasjonen i kommunen har interesse for sykestuen

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig



21) Jeg opplever at den politiske ledelsen i kommunen har interesse for sykestuen

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig

22) Har sykestuen tilgang på telemedisinsk utstyr?

- Ja Nei Vet ikke

23) Hvor ofte brukes det telemedisinske utstyret i sykestuen?

- Aldri Daglig Ukentlig Månedlig Sjelden

Her følger noen flere påstander som vi ber deg

ta stilling til.

24) Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til et godt faglig samarbeid om den enkelte pasient

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

25) Jeg opplever at det telemedisinske utstyret fungerer hensiktsmessig

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

26) Jeg opplever at det telemedisinske utstyret bidrar til å utvikle en desentralisert helsetjeneste av høy faglig kvalitet i min kommune

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

27) Etter min mening bør ordningen med sykestue videreføres i den form den er i dag

- Helt uenig Litt uenig Både og Litt enig
 Helt enig
-

28) Etter min mening bør ordningen med sykestue utvides (flere plasser og/eller mer personell)

- Helt uenig Litt enig Både og Litt enig
 Helt enig
-

Avslutningsvis stiller vi noen overordnede spørsmål knyttet til sykestuedriften.

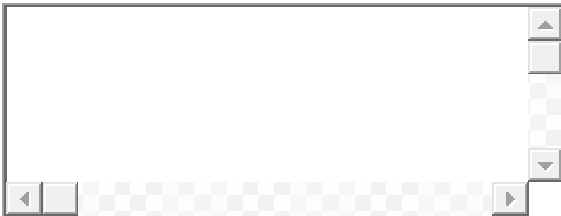
29) Hva er de viktigste kriteriene for at sykestuen skal fungere godt?



30) Hva er de viktigste positive effektene av sykestuen?



31) Hva er de største utfordringene sykestuen står overfor?



Vedlegg 2 Informasjonsskriv



Informasjon om forskningsprosjekt:

Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark

Nordlandsforskning skal i løpet 2011 gjennomføre en evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark på oppdrag av Helse Nord.

Formålet med evalueringen er å kartlegge og analysere i hvilken grad sykestueprosjektet har hatt betydning for det faglige innholdet i sykestuedriften og for kommunenes evne til å drifte sykestuene. Sentrale tema i evalueringen er faglig innhold og kompetanseutvikling, organisering og samhandling, samt kommunenes vurderinger og prioriteringer.

Evalueringen omfatter en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger. Vi vil gjennomføre en spørreundersøkelse blant medisinsk personell ved de 16 sykestuene i Finnmark. I tillegg vil vi intervju nøkkelpersonell på faglig og administrativt nivå i fem sykestuekommuner (Alta, Båtsfjord, Kautokeino, Nordkapp og Vadsø) og ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes. Tid og sted for intervjuene avtaler vi nærmere.

Deltakelse er frivillig. Resultatene fra evalueringen vil bli presentert i en forskningsrapport fra Nordlandsforskning i november 2011. Ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i teksten. Informantene har mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi en bestemt grunn for det. De kan også be om at personopplysninger om dem slettes.

Dersom de vi intervjuer gir sin tillatelse til det, vil vi av praktiske grunner gjøre et lydopptak av intervjuet. Det er kun til internt bruk for forskerne og bli behandlet konfidensielt. Alle opplysninger oppbevares og behandles i henhold til lov om personopplysninger, og forskerne som gjennomfører studien er underlagt taushetsplikt. Når samtalene skrives ut vil navn og lett gjenkjennelige informasjon utelates. Dokumentasjonen skal lagres konfidensielt og på en sikker måte. Etter at prosjektet er avsluttet vil lydopptakene slettes. Øvrig bakgrunnsinformasjon i utskriftene vil anonymiseres ved prosjektslutt. Dato for anonymisering er 31.10.2011. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Ta gjerne kontakt dersom dere har noen spørsmål. På forhånd takk for hjelpen!

Forskerne som gjennomfører prosjektet er:

Terje Olsen, Nordlandsforskning

Tlf (dir.) 75517626. E-post: Terje.Olsen@nforsk.no

Hege Gjertsen, Nordlandsforskning

Tlf (dir.) 75517327 el. 92851971. E-post: Hege.Gjertsen@nforsk.no