Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre

KS-FoU 256070-4



Metode

Gjennomgang av helseforetakenes nettsider

- Kartlegging av enheter og innhenting av kjennetegn og kontaktinformasjon

Dokumentgjennomgang

- Identifiserte rapporter og dokumenter tilgjengelig på nett, samt dokumenter tilsendt fra informanter

Intervjuer

- To intervjurunder
- 11 personer med erfaring fra 8 ulike sykestuer, LMS og DMS

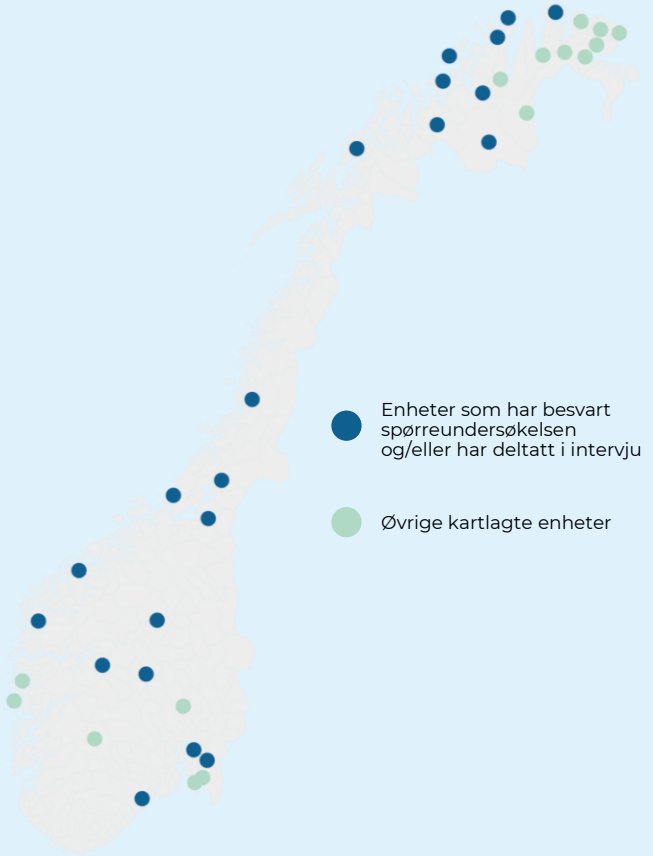
Spørreundersøkelser

- To spørreundersøkelser, en til ledere for sykestuer, LMS og DMS og en til kommuneoverleger i vertskommuner
- 19 ledere for sykestuer, LMS og DMS og 18 kommuneoverleger svarte på undersøkelsene

Begrepet sykestuer, LMS og DMS benyttes om ulike typer tilbud

- Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre er helsetilbud der kommuner og helseforetak på ulike måter og i varierende grad samarbeider om å levere desentraliserte helsetjenester i områder med lang reisevei til nærmeste sykehus.
- Det finnes om lag 35 sykestuer, LMS og DMS per 2026.
- Tjenestetilbudet varierer på tvers av enhetene.
  - Flere av enhetene har en kombinasjon av ulike oppholdstyper, men det er også eksempler på enheter som kun har tilbud om sengeplasser, kun dagbehandling eller kun polikliniske konsultasjoner.
  - De vanligste polikliniske tjenestene er dialyse, radiologiske undersøkelser, laboratorietjenester, hud-/lysbehandling og gynekologi.

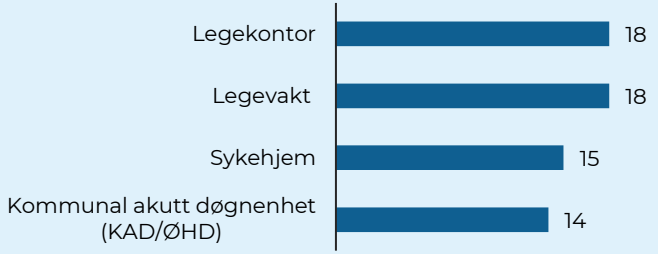
Oversikt over kartlagte sykestuer, LMS og DMS



Samlokalisering med legekontor og legevakt er utbredt

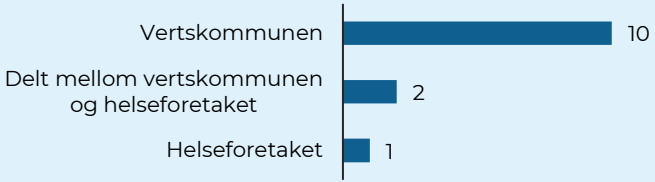
- Tilbudene innebærer ofte samlokalisering med én til flere kommunale og/eller interkommunale helsetjenester.
  - Vanlige former for samlokalisering er med legekontor (18 enheter), legevakt (18 enheter), sykehjem (15 enheter) og/eller kommunal akutt døgnenhet (KAD/ØHD) (14 enheter). Andre former for samlokalisering omfatter blant annet fysioterapeut eller ergoterapeut, helsestasjon, barnevernsvakt eller jordmortjenester.
- For sykestuene, LMS og DMS som er representert i spørreundersøkelsen til ledere for disse enhetene, er det vanligst at vertskommunen har det administrative ansvaret for driften.

Samlokalisering med andre kommunale helsetjenester



Kilde: Gjennomgang av helseforetakenes og hver enkelt enhet sine nettsider.
Merknad: Figuren viser de vanligste formene for samlokalisering. Andre kartlagte former for samlokalisering er med hørselssentral, helsestasjon og jordmortjeneste, hjemmetjenesten, frisklivssentral, kommunapsykolog og fysio- og ergoterapi.

Hvem har det administrative ansvaret for driften av sykestuen/LMS/DMS?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=13

Pasientgruppene varierer med tjenestetilbudet

En sentral målgruppe er pasienter som av ulike årsaker har behov for jevnlig poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten, ofte som følge av kronisk sykdom.

- Flere sykestuer, LMS og DMS behandlingstilbud rettet mot pasienter med kols, hjertesvikt, hjerneslag, hudlidelser og kronisk nyresvikt.
- Bakgrunnen for etableringen av slike tilbud er ofte et ønske om å redusere behovet for langvarige og hyppige reiser til nærmeste sykehus.

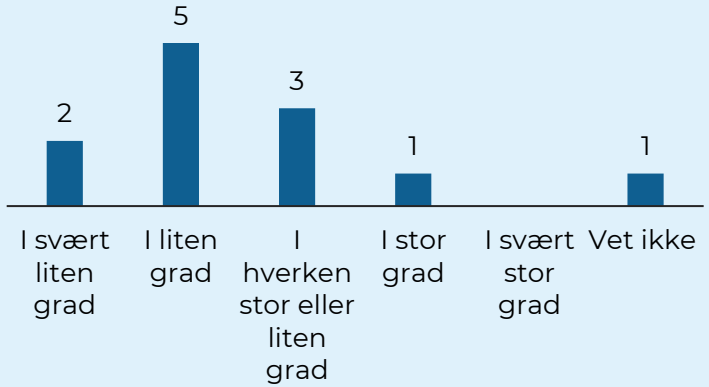
Et mindre utvalg sykestuer, LMS og DMS tilbyr cytostatikabehandling (cellegiftbehandling), noe som gjør kreftpasienter til en viktig målgruppe for enhetene.

For enheter med sengeplasser er pasienter i overgangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten en viktig målgruppe.

Ledere opplever i liten grad at finansieringsmodellen er økonomisk bærekraftig

- Det benyttes ulike finansieringsmodeller både når det gjelder fordeling av kostnader mellom helseforetaket og kommunen(e) og mellom kommunene som samarbeider om tilbudet.
  - Mellom kommunene kan kostnadene for eksempel fordeles etter en kombinasjon av grunnfinansiering og fordeling etter folketall eller bruk.
- Blant lederne som deltok i spørreundersøkelsen oppga de fleste at finansieringsmodellen i svært liten eller liten grad er økonomisk bærekraftig.

I hvilken grad opplever dere at finansieringsmodellen samlet sett er økonomisk bærekraftig?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=12

KS FoU oslo economics

Mange opplever tilbudet som positivt for ressursbruk og pasienttilfredshet

Betydning for ressursbruk

- Ledere trekker frem at tilbudene kan bidra til bedre ressursbruk gjennom redusert reisebehov, bedre utnyttelse av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten.
- Flere kommuneoverleger opplever også at tjenesten bidrar til bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten.

Betydning for pasienttilfredshet og trygghet

- Kort reisevei og nærhet til pårørende trekkes frem som styrker.
- Tettere samarbeid lokalt.
- Beredskap og tilgang til høy medisinsk kompetanse.
- Risiko for uklar ansvarsfordeling.

«Vi ivaretar pasienter som er i behov av generalistkompetanse, slik at plasser ved andre enheter i helseforetaket kan benyttes til pasienter som trenger høyere grad av spesialist-kompetanse.»

Sitat fra leder for sykestue/LMS/DMS

KS FoU oslo economics

Organiseringen av sykestuer, LMS og DMS er avhengig av den lokale konteksten og historien

- Enhetene representerer ulike modeller, der organiseringen er et resultat av historie, politikk, juridiske og økonomiske rammer, og hva som har vært praktisk i den lokale konteksten.
  - Noen steder er enheten etablert som svar på nedleggelse av et lokalsykehus.
  - Andre steder er enheten etablert som følge av lang reisevei til nærmeste sykehus, uten at det noen gang har vært et lokalsykehus i nærheten.
- Med unntak av sykestuesengene i Finnmark, er det ikke et tydelig mønster der egenskaper ved kommunene, slik som størrelse, sentralitet, befolkning, avstand til sykehus, har sammenheng med hvordan sykestuen, LMS eller DMS er organisert.
- Flere steder er det behov for å utvikle mer bærekraftige finansieringsmodeller.

Nye enheter bør se til eksisterende tilbud for å lære av deres erfaring

- Alt i alt er det ikke én enkeltmodell som peker seg ut som «best» på tvers av enhetene.
- Modellene har endret seg i tråd med den medisinske utviklingen og ressurstilgangen.
- Organiseringen med desentraliserte spesialisthelsetjenester samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester virker likevel særlig å gi gevinster på de stedene der det er et visst omfang på tjenestene som er samlokalisert, og der det er et godt samarbeid mellom helseforetaket og verts-kommunen.
  - Lokale forhold og tradisjon for samarbeid virker å ha betydning for i hvilken grad tilbudene oppleves som vellykkede.
  - Tydelige avtaler om ansvar og finansiering trekkes også frem som viktig.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan tilpasses lokale forhold og behov, og organiseringen virker å gi gevinster for pasientene, spesielt i distriktsområder hvor det er lang vei til sykehus.

KS FoU oslo economics

KS-FoU 256070-4

