

Kommunesektorens organisasjon (KS)
KS-FoU 256070-4

Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller der det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester

osloeconomics

KS FoU

Tittel: Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller der det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: KS

Publisert: April 2026
Rapportnummer: [2026-40]

FoU-ansvarlig KS: Daniel Ødegård
Fagansvarlig KS: Anne Gamme

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: Ekely

Innhold

Kortfattet sammendrag 1

Sammendrag 2

Summary 6

1. Bakgrunn 11

1.1 Fremvekst av sykestuer, lokal- eller distriktsmedisinske senter 12

1.2 Gevinster og utfordringer ved sykestuer, LMS og DMS senter 12

1.3 Utvikling av sykestuer, LMS og DMS i senere år 13

2. Mandat og metode 14

2.1 Mandat 14

2.2 Datagrunnlag og metode 14

3. Omfang, lokalisering og tjeneste-sammensetning 18

3.1 Samlokalisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester 19

3.2 Interkommunale tjenester 19

3.3 Bakgrunn for etablering 20

3.4 Tjenestetilbud 20

3.5 Pasientgrupper 21

4. Organisering og ansvarsfordeling mellom helseforetaket og kommunen(e) 24

4.1 Ansvars- og rollefordeling mellom helseforetaket og kommunen(e) 24

4.2 Finansieringsmodell mellom helseforetaket og kommunen(e) 26

4.3 Økonomisk forutsigbarhet og bærekraft 29

4.4 Samarbeidsrutiner 31

5. Ansvars- og rollefordeling mellom vertskommunen og øvrige kommuner 33

5.1 Samarbeid mellom kommunene 33

5.2 Fordeling av kostnader mellom kommunene 34

5.3 Økonomisk forutsigbarhet og bærekraft for kommunene i samarbeidet 34

6. Effekter av modellene 37

6.1 Betydning for helsetjenestens ressursbruk 37

6.2 Pasienttilfredshet og trygghet 38

7. Diskusjon 41

7.1 Hvilke modeller finnes for samlokalisering av kommunale og desentraliserte spesialisthelsetjenester? 41

7.2 Status for utviklingen av sykestuer, LMS og DMS 41

7.3 Hva er erfaringene med og effekter av ulike modeller? 42

8. Referanser 44

Kortfattet sammendrag

Sykestuer, lokalmedisinske (LMS) og distriktsmedisinske sentre (DMS) omfatter ulike modeller for desentraliserte spesialisthelsetjenester der det er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og sykehus benytter begrepene for ulike helsetilbud, både tilbud som innholdsmessig og organisatorisk ligner hverandre, og tilbud som er relativt ulike. Kartleggingen viser at det er variasjon i organisering, tjenestetilbud og finansiering. Både lederne for sykestuene, LMS og DMS og kommuneoverlegene beskriver at pasientene generelt er fornøyde med tilbudene, i tillegg til at flere peker på at tilbudene bidrar til å styrke den medisinskfaglige beredskapen lokalt. Det blir også trukket frem at tilbudet kan bidra til tettere samarbeid og mer helhetlige pasientforløp. Selv om mye fungerer godt, er det også flere som peker på at det er utfordringer knyttet til økonomisk bærekraft, og at modellene kan medføre risiko for uklar ansvarsfordeling. Enhetene som peker seg ut som særlig vellykkede, har tydelige avtaler mellom helseforetak og kommune(r) og mellom kommunene, velfungerende samarbeid og lokal tilpasning av tjenestetilbud og organisering.

Sammendrag

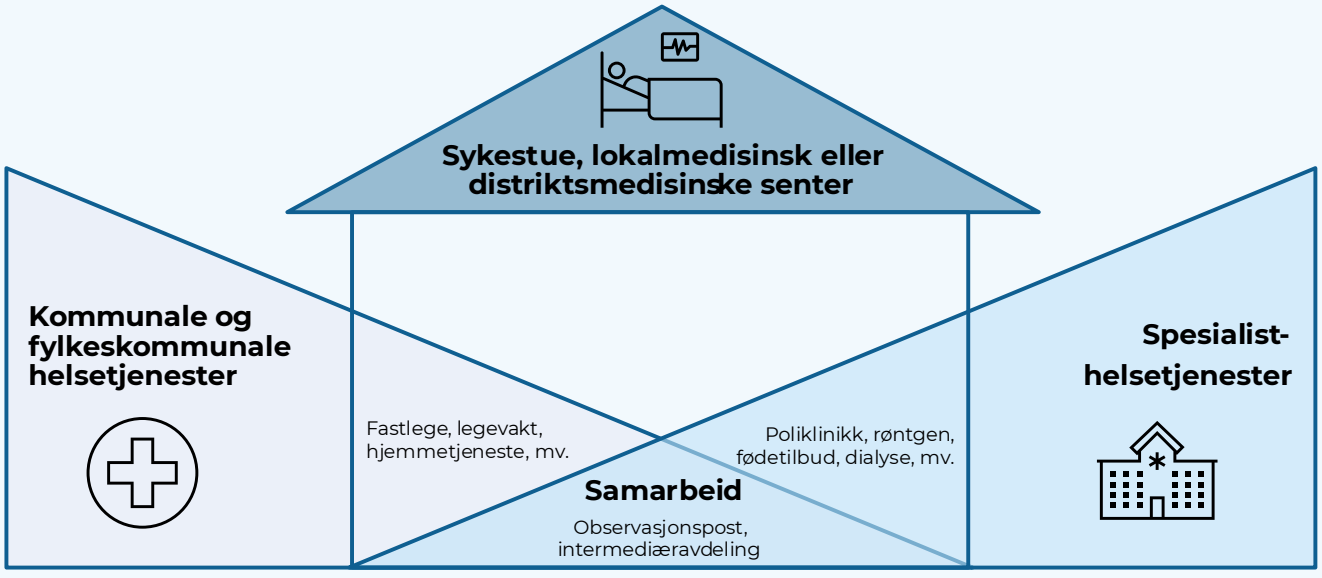
Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre omfatter ulike modeller for desentraliserte spesialisthelsetjenester, der det er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Kartleggingen viser at det er variasjon i organisering, tjenestetilbud og finansiering. Tydelige avtaler, godt samarbeid og lokal tilpasning går igjen ved enhetene som peker seg ut som særlig vellykkede. Tilbudene oppleves som nyttige for pasientene, i tillegg til at flere peker på at de bidrar til å styrke den medisinskfaglige beredskapen lokalt. Samtidig peker flere på at det er utfordringer knyttet til økonomisk bærekraft og risiko for uklar ansvarsfordeling. Dette har dels allerede ført til nye arbeidsmåter og endringer i funksjonsfordeling.

Helsereformutvalget ble satt ned i august 2025 og har fått i oppdrag å utrede og foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av helse- og omsorgstjenesten. I lys av Helsereformutvalgets arbeid er det relevant å få mer systematisert kunnskap om ulike modeller der desentraliserte spesialisthelsetjenester er samlokalisert med kommunale tjenester.

På oppdrag fra KS har Oslo Economics derfor, i samarbeid med Anette Fosse (Nasjonalt senter for distriktsmedisin), Siv Fladsrud Magnussen (Senter for omsorgsforskning, NTNU) og Tor Iversen (Universitetet i Oslo), kartlagt omfanget av sykestuer, lokalmedisinske sentre (LMS) og distriktsmedisinske sentre (DMS). Kartleggingen omfatter hvordan de er organisert, og hvilke erfaringer som er gjort knyttet til denne typen tjenester.

Funnene fra kartleggingen tyder på at det ikke er én enkeltmodell som peker seg ut som «best», men at flere modeller kan være gode og fungere godt i den lokale konteksten. Modellene har endret seg i tråd med den medisinske utviklingen og ressurstilgangen. Erfaringene tyder på at lokale forhold og tradisjon for samarbeid har betydning for i hvilken grad tilbudene oppleves som vellykkede. Det virker å være gjennomgående at tydelige avtaler om ansvar og finansiering går igjen ved sykestuene, LMS og DMS der erfaringene er gode. Når dette er til stede, tyder erfaringene på at modellene kan tilpasses lokale forhold og behov, og at de kan gi gevinster for pasientene, spesielt i distriktsområder hvor det er lang vei til sykehus.

Figur 1: Samarbeid og samlokalisering i sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre



Illustrasjon: Oslo Economics basert på Aasheim & Kleppen (2012).

Metode

For å utrede oppdragets problemstillinger har vi gjennomført en dokumentgjennomgang, spørreundersøkelser til kommuneoverleger i vertskommuner for sykestuer LMS og DMS (18 respondenter) og ledere for disse enhetene (19 respondenter), og 11 kvalitative intervjuer med ledere for sykestuer, DMS og LMS, samt kommuneoverleger i vertskommunene.

Om sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre

Begrepene sykestuer, lokalmedisinske sentre (LMS) og distriktsmedisinske sentre (DMS) er ikke entydig definert. Kommuner og sykehus benytter begrepene for ulike helsetilbud, både tilbud som innholdsmessig og organisatorisk ligner hverandre, og helsetilbud som er relativt ulike.

Særlig begrepene lokalmedisinsk og distriktsmedisinsk senter brukes om hverandre. De har gjerne til felles at de er organisert gjennom samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og at de tilbyr desentraliserte helsetjenester i områder med lang reisevei til sykehus. Sykestuene skiller seg fra DMS og LMS ved at tilbudet alltid omfatter sengeplasser, ofte kalt sykestueplasser, som kan benyttes til observasjon av pasienter, stabilisering før transport til sykehus eller etterbehandling etter sykehusinnleggelser.

Plassering og tjenestetilbud

Vår kartlegging har avdekket at det per 2026 finnes om lag 35 sykestuer, LMS eller DMS i Norge. Nøyaktig antall avhenger av hvilken definisjon man legger til grunn, blant annet når det gjelder grad av samarbeid og samlokalisering mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til omfang av spesialisthelsetjenester som tilbys.

Funn fra spørreundersøkelsen og intervjuene viser at tjenestetilbudet varierer på tvers av enheter. Vi finner eksempler på enheter som kun har tilbud om sengeplasser, enheter som kun har tilbud om dagbehandling, enheter som kun har tilbud om polikliniske konsultasjoner. Flere av enhetene har en kombinasjon av ulike oppholdstyper. Det er også variasjon i innholdet i det polikliniske tilbudet. Kartleggingen, basert på en gjennomgang av enhetenes nettsider, viser at de vanligste polikliniske tjenestene er dialyse (14 enheter), radiologiske undersøkelser, i form av bildediagnostikk (røntgen, CT og/eller ultralyd) (13 enheter), laboratorietjenester (10 enheter), hud-/lysbehandling (9 enheter) og/eller gynekologi (5 enheter). Tre enheter har fødestue, mens tre har kreftpoliklinikk. Enkelte enheter har også tilbud til pasienter med psykiske lidelser, enten i form av barne- og ungdomspsykiatri (fire enheter) og/eller voksenpsykiatri (én enhet).

Administrativt ansvar og arbeidsgiveransvar

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 (Figur 2). Spørreundersøkelsen viser også at arbeidsgiveransvaret ofte ligger hos vertskommunen, både for ansatte som leverer de kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester (Figur 3).

Blant lederne som oppga at vertskommunen har arbeidsgiveransvaret for helsepersonell som leverer spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester ved sykestuen, LMS eller DMS, oppga fem av ni ledere at dette personellet har fast tilstedeværelse der. Det var én leder som oppga at de ansatte har en ambulerende tilknytning, og tre som oppga «annet» og utdypet dette i fritekstsvar. Lederne som oppga at helseforetaket har arbeidsgiveransvaret for helsepersonell som leverer spesialisthelsetjenester oppga i fritekstsvar at enten alle eller noen av legene veksler mellom å jobbe på andre enheter som tilhører helseforetaket og sykestuen, LMS eller DMS.

Finansieringsmodell mellom helseforetak og kommunen(e)

Funn fra spørreundersøkelsen og intervjuene viser at det benyttes ulike finansieringsmodeller. Fem av tolv ledere for sykestuer, LMS og DMS oppga at helseforetaket kjøper tjenester av kommunen for å kunne gi sitt tilbud, mens ni av tolv oppga at kommunen ikke kjøper tjenester fra helseforetaket for å kunne gi sitt tilbud ved sykestuen, LMS eller DMS.

Intervjuene viste at det i en del tilfeller er uklart hvem som har ansvar for finansieringen når det er behov for større investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. Slike investeringer er nødvendige for å opprettholde eller videreutvikle tilbudene, men i avtalene som ligger til grunn for tilbudene, er det ikke alltid tydelig om kostnadene skal bæres av kommunen eller helseforetaket.

Syv av tolv ledere oppga at de i liten eller svært liten grad opplever finansieringsmodellen som økonomisk bærekraftig. I fritekstsvar pekte lederne særlig på at vertskommunen har indirekte kostnader som i liten grad fanges opp i dagens finansieringsmodeller, og som er krevende å dokumentere og innarbeide i leiepris eller andre fordelingsmekanismer. Det ble også beskrevet at en del finansieringsmodeller har en fast fordeling som i begrenset grad justeres etter bruk eller endrede behov over tid. Flere beskrev at kommunene over tid har fått ansvar for stadig flere og mer krevende oppgaver, blant annet som følge av tidligere utskriving av pasienter med større og mer komplekse oppfølgingsbehov, uten at dette er fulgt av tilsvarende justering i finansieringen.

Samarbeid mellom helseforetaket og kommunen(e)

Svarene fra spørreundersøkelsen blant ledere viser at det er variasjon i om det er etablert felles samarbeidsarenaer for ansatte i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Fire av ti ledere oppga at slike arenaer er etablert, mens seks svarte at de ikke er det.

Intervjuene utdyper dette og viser at samarbeidet i stor grad organiseres ulikt. Ved enkelte sentre er det etablert faste og formaliserte møteplasser mellom kommune og helseforetak. Ved Klinikk Alta beskrives for eksempel jevnlige samarbeidsmøter mellom ledelsen ved klinikken, kommunens ledelse og samhandlingskoordinator, med om lag kvartalsvis frekvens, som gir en arena for dialog. Også ved Hallingdal sjukestugu har de etablerte samarbeidsarenaer både på administrativt og klinisk nivå, med faste møter og tydelige strukturer for dialog mellom nivåene.

I andre sentre fremstår samarbeidet i større grad som uformelt og personavhengig. Flere informanter oppga at samlokaliseringen gir en lavere terskel for faglig kontakt, men uten at dette er supplert med formaliserte arenaer for felles læring.

Samarbeid mellom kommunene

Kommuneoverlegenes vurderinger viser at det er variasjon i hvor godt samarbeidet mellom vertskommunen og de øvrige kommunene fungerer. Fire av ti oppga i spørreundersøkelsen at de er litt eller helt enige i at dagens samarbeidsmodell mellom deres kommune og de andre kommunene fungerer godt, tre oppga at de er hverken enig eller uenig, én oppga at hen er litt uenig og to oppga at de ikke visste. Syv av ni kommuneoverleger oppga at de er litt eller helt enige i at det er en tydelig ansvars- og rollefordeling mellom deres kommune og de øvrige kommunene, og like mange oppga at de er litt eller helt enig i at det faglige ansvaret er tilstrekkelig avklart mellom kommunene.

Fordeling av kostnader mellom kommunene

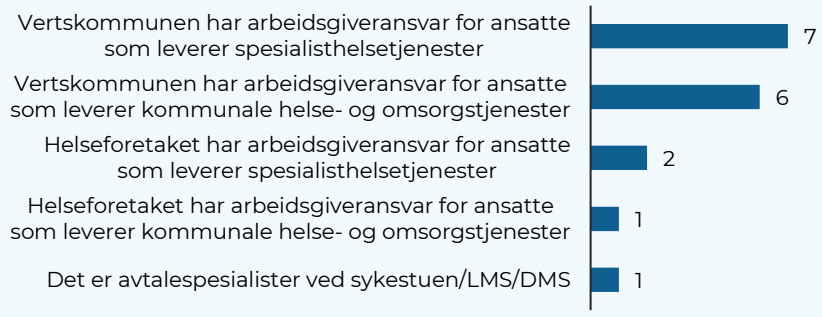
Resultatene fra spørreundersøkelsen blant kommuneoverleger i vertskommunene for sykestuer, LMS og DMS viser at det er stor variasjon i hvordan kostnader fordeles mellom kommunene som

Figur 2: Hvem har det administrative ansvaret for driften av sykestuen/LMS/DMS?



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

Figur 3: Hvem har arbeidsgiveransvaret for helsepersonellet på sykestuen/LMS/DMS?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. Flervalgsspørsmål. N=9

inngår i samarbeid om sykestue, LMS eller DMS. Ingen respondenter oppga at kostnadene fordeles likt mellom kommunene, og det er heller ingen som svarte at kostnadsfordelingen skjer utelukkende etter faktisk bruk. De mest brukte modellene er ulike kombinasjoner av grunnfinansiering og fordeling etter folketall eller bruk. I noen samarbeid deles kostnader kun for avgrensede tjenester, som legevakt og barnevernsvakt, mens øvrige kostnader bæres av vertskommunen og helseforetaket i henhold til egne avtaler, for eksempel basert på areal og bruk. I andre tilfeller beskrives fordelingsmodeller der driftsbudsjett eller regnskap fordeles etter en fast andel kombinert med fordeling etter folketall, eller der kommunene betaler en årlig refusjon til spesialisthelsetjenesten basert på forventet bruk av sykestue eller KAD.

I intervjuene pekte informantene på at økonomisk risiko og restkostnader i praksis ofte blir liggende hos vertskommunen. Flere beskrev at det kan være krevende å finne finansieringsmodeller som både er tilpasset lokale organisasjonsformer og som gir en rimelig fordeling av kostnader.

Betydning av modellene for helsetjenestens ressursbruk

De fleste lederne og kommuneoverlegene som svarte på spørreundersøkelsen, mener tilbudet bidrar til en bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten. De trakk blant annet frem at tilbudene kan gi redusert behov for reising, bedre bruk av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelse-tjenesten. Samtidig ble det av noen kommuneoverleger trukket frem at det er et potensial for forbedringer når det gjelder effektiv ressursbruk. Gevinstene er avhengige av hvordan tilbudene er organisert og finansiert, samt av stabile rammebetingelser over tid. Der tilbud er under omlegging eller der kommunen har begrenset råderett over bemanning og kapasitet, uttrykkes det større usikkerhet knyttet til den framtidige ressursbruken.

Pasienttilfredshet og trygghet

Både lederne for sykestuene, LMS og DMS og kommuneoverlegene beskriver at pasientene generelt er fornøyde med tilbudene. Alle respondentene i begge spørreundersøkelsen oppga at de opplever at pasientene i stor eller svært stor grad er fornøyde med tilbudet.

I intervjuene ble det lagt vekt på at en viktig fordel med tilbudet er at det gir kortere reisevei for pasientene. Det ble trukket frem at dette er en fordel for flere grupper, både skrøpelige eldre, pasienter i arbeid og kronisk syke pasienter. Enkelte ledere påpekte at samlokaliseringen av tjenester kan gi tettere samarbeid lokalt, og at dette kommer pasientene til gode gjennom mer koordinerte forløp. Når spesialisthelsetjenesten er til stede i nærmiljøet, kan det legges bedre til rette for dialog og planlegging med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flere informanter trakk også frem at tilstedeværelsen av høy medisinsk kompetanse og beredskap i nærmiljøet bidrar til trygghet for pasientene. En av legene i spørreundersøkelsen skrev at en ulempe for pasientene med tilbudet er at det kan være en uklar ansvarsfordeling ved innleggelse, og at det for enkelte pasienter kan gå lengre tid før de kommer til sykehus.

Modeller i endring

I løpet av det siste året har det skjedd endringer ved flere sykestuer, LMS og DMS. Fra 2026 ble samarbeidet om intermediærsengepost/spleiselagssenger avviklet ved Steinkjer DMS og Stjørdal DMS, mens tilbudet om spesialistpoliklinikk og dagbehandling forsterkes. Fra mars 2026 har Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) valgt å avslutte sin delfinansiering for sykestuesenger i Nord-Troms. På Sunnfjord medisinske senter er det planlagt at hudpoliklinikken skal legges ned. Etter nedleggelsen vil det ikke lenger være tilbud om somatiske spesialisthelsetjenester ved senteret, med unntak av drift av blodbank og ambulansetjenesten. Samtidig er det også eksempler på steder der utviklingen går motsatt vei, for eksempel ved Fosen DMS, der St. Olavs hospital nylig har utvidet dialysetilbudet. Ved DMS Sør-Helgeland planlegger de å utvide tilbudet, og de jobber med en utredning av hvordan sengeposten bør løses faglig, administrativt og økonomisk.

Det er også pågående prosjekter som innebærer betydelig videreutvikling eller etablering av nye enheter. Et eksempel på dette er i Gran kommune, der de bygger et LMS som skal være samlokalisert med sykehjem og omsorgsboliger, og som skal være et helsetilbud med tjenester fra Sykehuset Innlandet og interkommunale tjenester for Gran og Lunner kommune. I Kristiansund har Helse Møre og Romsdal, Kristiansund kommune og Nordmøre Interkommunalt Politisk Råd et samarbeid om å utvikle et DMS i Kristiansund der det tilbys både spesialisthelsetjenester fra Helse Møre og Romsdal og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Summary

Cottage hospitals, local medical centres, and district medical centres encompass various models of decentralised specialist healthcare services, involving collaboration between municipalities and regional health authorities. The mapping shows variation in organisation, service provision, and funding. Clear agreements, effective collaboration, and local adaptation are common characteristics among the units identified as particularly successful. The services are perceived as beneficial for patients, and several also highlight their contribution to strengthening local medical preparedness. At the same time, challenges are noted related to financial sustainability and the risk of unclear division of responsibilities. This has partly already led to new ways of working and changes in the distribution of functions.

The Health Reform Committee was appointed in August 2025 and has been tasked with assessing and proposing different models for the future organisation, governance and financing of the health and care services. In light of the Committee's work, there is a need for more systematised knowledge about models in which decentralised specialist health services are co-located with municipal services.

On behalf of KS, Oslo Economics has therefore, in collaboration with Anette Fosse (National Centre for Rural Medicine), Siv Fladsrud Magnussen (Centre for Care Research, NTNU) and Tor Iversen (University of Oslo), mapped the extent of cottage hospitals, local medical centres (LMCs) and district medical centres (DMCs). The mapping covers how these units are organised and the experiences associated with this type of service provision.

The findings indicate that there is no single model that clearly stands out as the "best". Rather, several models may perform well and function effectively within their local context. The models have evolved in line with medical developments and the availability of resources. Experience suggests that local conditions and traditions of collaboration influence the extent to which the services are perceived as successful. A recurring characteristic of cottage hospitals, LMCs and DMCs with positive experiences is the presence of clear agreements on responsibilities and financing. Where such agreements are in place, the evidence suggests that the models can be adapted to local conditions and needs, and that they can deliver benefits for patients, particularly in rural areas with long distances to hospitals.

Figure 1: Collaboration and coordination in cottage hospitals, local medical centres and district medical centres

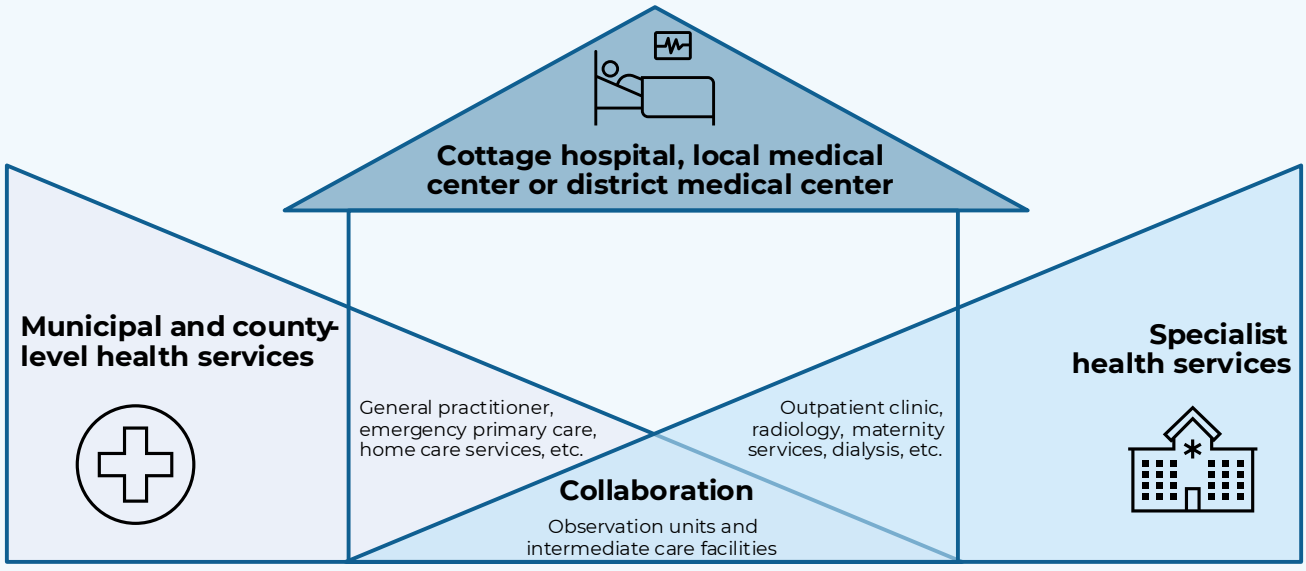


Illustration: Oslo Economics based on Aasheim & Kleppen (2012).

Method

To address the study's research questions, we conducted a document review, surveys of chief municipal medical officers in host municipalities for cottage hospitals, local medical centres and district medical centres (18 respondents), and managers of these units (19 respondents), as well as 11 qualitative interviews with managers of cottage hospitals, DMCs and LMCs, and with chief municipal medical officers in the host municipalities.

About cottage hospitals, local medical centres and district medical centres

The terms cottage hospitals, local medical centres (LMCs) and district medical centres (DMCs) are not defined unambiguously. Municipalities and hospitals use these terms to describe different types of health services, including services that are similar in terms of content and organisation, as well as services that differ substantially.

In particular, the terms local medical centre and district medical centre are often used interchangeably. They generally have in common that they are organised through collaboration between municipalities and regional health authorities, and that they provide decentralised health services in areas with long travel distances to hospitals. Cottage hospitals differ from DMCs and LMCs in that they always include inpatient beds, often referred to as cottage hospital beds, which may be used for patient observation, stabilisation prior to transport to hospital, or post-treatment following hospital admission.

Location and service provision

Our mapping shows that, as of 2026, there are approximately 35 cottage hospitals, LMCs or DMCs in Norway. The exact number depends on the definition applied, including the degree of collaboration and co-location between specialist health services and the municipal health and care services, as well as the scope of specialist services provided.

Findings from the surveys and interviews show that service provision varies across units. We identify examples of units that offer inpatient beds only, units that offer day treatment only, and units that offer outpatient consultations only. Several units provide a combination of different types of stays. There is also variation in the content of outpatient services. The mapping, based on a review of the units' websites, shows that the most common outpatient services are dialysis (14 units), radiological examinations in the form of diagnostic imaging (X-ray, CT and/or ultrasound) (13 units), laboratory services (10 units), dermatology and phototherapy (9 units) and/or gynaecology (5 units). Three units have maternity units, while three have oncology outpatient clinics. Some units also provide services for patients with mental health conditions, either in the form of child and adolescent psychiatry (four units) and/or adult psychiatry (one unit).

Administrative responsibility and employer responsibility

Among the cottage hospitals, LMCs and DMCs represented in the survey of managers of these units, it is most common that the host municipality holds the administrative responsibility for operations (Figure 2). The survey also shows that employer responsibility is often held by the host municipality, both for staff delivering municipal health services and for staff delivering specialist health services (Figure 3).

Among the unit managers who reported that the host municipality holds employer responsibility for health personnel delivering specialist health services or municipal health and care services at the cottage hospital, LMC or DMC, five out of nine managers stated that this personnel has a permanent presence at the unit. One manager reported that the employees have a rotational or ambulatory affiliation, while three reported "other" arrangements and elaborated on this in open-ended responses. Managers who reported that the regional health authority holds employer responsibility for health personnel delivering specialist health services stated, in open-ended responses, that either all or some of the physicians alternate between working at other units within the regional health authority and at the cottage hospital, LMC or DMC.

Financing models between regional health authorities and municipalities

Findings from both the survey and interviews show that different financing models are used. Five out of twelve unit managers of cottage hospitals, LMCs and DMCs reported that the regional health authority purchases services from the municipality in order to provide its services, while nine out of

twelve reported that the municipality does not purchase services from the regional health authority in order to provide its services at the cottage hospital, LMC or DMC.

The interviews showed that, in some cases, it is unclear which party is responsible for financing when there is a need for major investments in medical-technical equipment. Such investments are necessary to maintain or further develop the services, but the agreements underlying these services do not always clearly specify whether the costs are to be borne by the municipality or by the regional health authority.

Seven out of twelve managers reported that they experience the financing model as financially sustainable to a small or very small extent. In open-ended responses, managers particularly pointed out that the host municipality incurs indirect costs that are to a limited extent captured in current financing models, and which are difficult to document and incorporate into rent levels or other cost-sharing mechanisms. It was also noted that some financing models involve fixed allocations that are only to a limited extent adjusted for utilisation or changing needs over time. Several noted that, over time, municipalities have been assigned an increasing number of more demanding responsibilities, partly as a result of earlier hospital discharges of patients with greater and more complex follow-up needs, without corresponding adjustments in funding.

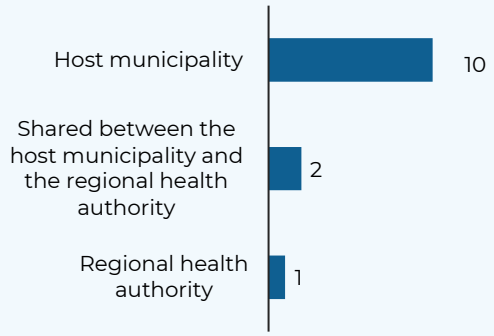
Collaboration between the regional health authority and the municipalities

Responses from the survey of managers show that there is variation in whether joint collaboration arenas have been established for staff from municipal services and specialist health services. Four out of ten managers reported that such arenas have been established, while six reported that this is not the case.

The interviews elaborate on this and show that collaboration is to a large extent organised in different ways. At some centres, permanent and formalised meeting forums between the municipality and the regional health authority have been established. At Klinikk Alta, for example, regular collaboration meetings are described between the clinic's management, municipal management and the coordination officer for cooperation, with an approximately quarterly frequency, providing a forum for dialogue. At Hallingdal sjukestugu, collaboration arenas have also been established at both administrative and clinical levels, with regular meetings and clear structures for dialogue between the levels.

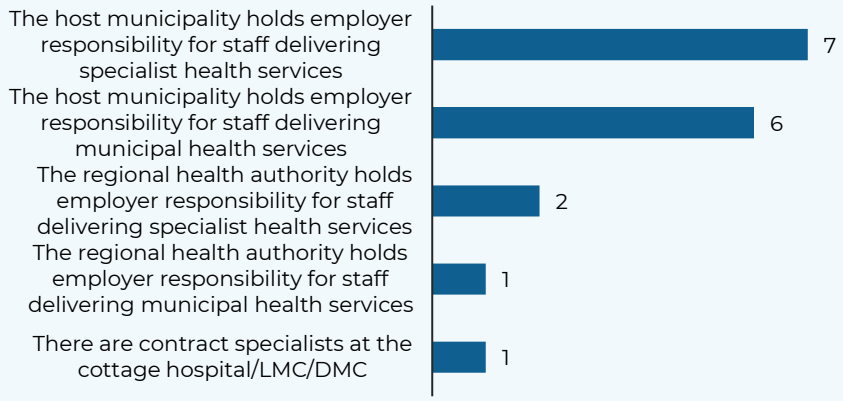
In other units, collaboration appears to be more informal and person-dependent. Several informants reported that co-location lowers the threshold for professional interaction, but that this is not supplemented by formalised arenas for shared learning.

Figure 2: Who holds administrative responsibility for the operation of the cottage hospital/LMC/DMC?



Source: Survey of managers at cottage hospitals/LMCs/DMCs. N = 13

Figure 3: Who holds employer responsibility for health personnel?



Source: Survey of managers at cottage hospitals/LMCs/DMCs. *Multiple-response question*. N = 9

Cost sharing between collaborating municipalities

The results from the survey of chief municipal medical officers in host municipalities for cottage hospitals, LMCs and DMCs show substantial variation in how costs are shared among collaborating municipalities. No respondents reported that costs are distributed equally or based exclusively on actual use. The most commonly applied models involve combinations of base funding and allocation based on population size or utilisation.

In some collaborations, costs are shared only for specific services, while remaining costs are borne by the host municipality and the regional health authority under separate agreements, for example based on floor area and use. In other cases, operating budgets or accounts are allocated according to a fixed share combined with population-based allocation, or municipalities pay an annual reimbursement to specialist health services based on expected use of cottage hospital beds or municipal acute beds (KAD).

In the interviews, informants highlighted that financial risk and residual costs are often borne by the host municipality. Several emphasised that it can be challenging to establish financing models that are both aligned with local organisational arrangements and ensure a fair allocation of costs.

Implications of the models for resource use in the health services

Most unit managers and chief municipal medical officers who responded to the survey consider that the services contribute to improved overall resource use in the health system. They highlighted, among other things, reduced need for travel, better utilisation of local expertise and relief of specialist health services. At the same time, some chief municipal medical officers pointed out that there is potential for improvement with regard to efficient use of resources. The benefits depend on how the services are organised and financed, as well as on stable conditions over time. Where services are undergoing restructuring, or where municipalities have limited control over staffing and capacity, greater uncertainty is expressed regarding future resource use.

Patient satisfaction and perceived safety

Both unit managers and chief municipal medical officers in the host municipalities describe patients as generally satisfied with the services. All respondents in both surveys reported that patients are satisfied to a large or very large extent.

Interviews highlighted reduced travel distance as an important advantage, particularly for frail older people, working patients and patients with chronic conditions. Some managers noted that co-location facilitates closer local collaboration and more coordinated care pathways. The presence of high medical competence and preparedness in the local community was also emphasised as contributing to patient safety. One physician noted that unclear allocation of responsibility at admission and longer time to hospital for some patients may represent disadvantages.

Models in transition

Over the past year, several changes have taken place. From 2026, collaboration on intermediate care beds/shared beds was discontinued at Steinkjer DMS and Stjørdal DMS, while specialist outpatient clinics and day treatment services are being strengthened. From March 2026, the University Hospital of North Norway (UNN) chose to discontinue its partial financing of cottage hospital beds in Nord-Troms. At Sunnfjord Medical Centre, there are plans to close the dermatology outpatient clinic. Following the closure, the centre will no longer provide somatic specialist health services, with the exception of blood bank operations and ambulance services.

At the same time, there are also examples of developments in the opposite direction. At Fosen DMS, for example, St. Olavs Hospital has recently expanded the dialysis service. At DMS Sør-Helgeland, there are plans to expand the service offerings, and work is under way on an assessment of how the inpatient ward should be organised from a clinical, administrative and financial perspective.

There are also ongoing projects involving substantial further development or the establishment of new units. One example is in Gran municipality, where a local medical centre is being constructed and will be co-located with a nursing home and supported housing. The centre is intended to provide health services delivered by Innlandet Hospital Trust as well as intermunicipal services for the municipalities of Gran and Lunner. In Kristiansund, Møre og Romsdal Regional Health Authority,

Kristiansund municipality and the Nordmøre Intermunicipal Political Council are collaborating on the development of a DMC in Kristiansund, offering both specialist health services from the regional health authority and municipal health and care services.

1. Bakgrunn

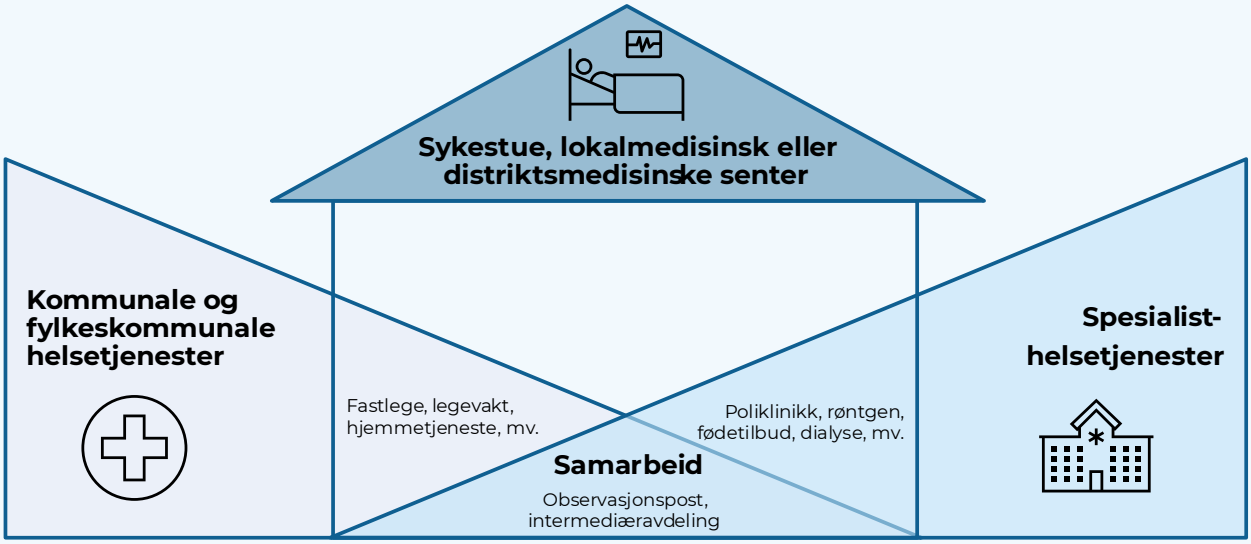
Sykestuer, lokalmedisinske sentre og distriktsmedisinske sentre er helsetilbud der kommuner og helseforetak på ulike måter og i varierende grad samarbeider om å levere desentraliserte helsetjenester i områder med lang reisevei til nærmeste sykehus. Begrepene er ikke entydig definert, og særlig begrepene lokalmedisinsk og distriktsmedisinsk senter benyttes om hverandre. Sykestuene skiller seg fra de øvrige tilbudene ved at de alltid omfatter sengeplasser, ofte kalt sykestueplasser. Disse kan benyttes til observasjon av pasienter, stabilisering før eventuell videre transport til sykehus eller etterbehandling og oppfølging etter sykehusinnleggelser.

Begrepene sykestuer, lokalmedisinske sentre (LMS) og distriktsmedisinske sentre (DMS) er ikke entydig definert. Kommuner og sykehus benytter begrepene for ulike helsetilbud, både tilbud som innholdsmessig og organisatorisk ligner hverandre, og helsetilbud som er relativt ulike.

Særlig begrepene lokalmedisinsk og distriktsmedisinsk senter brukes om hverandre. De har gjerne til felles at de er organisert gjennom samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og at de tilbyr desentraliserte helsetjenester i områder med lang reisevei til sykehus. Dette kan både innebære spesialisttjenester som for eksempel røntgen og poliklinikk (NOU 2005: 3), men også at kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, i stedet for, eller etter innleggelse i sykehus (Meld. St. 16 (2010-2011)).

Sykestuer ble i den gamle sykehusloven fra 1969 definert som medisinske institusjoner som «gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i den sykes hjem, som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig» (Sykehusloven, 1969). Sykestuene skiller seg fra DMS og LMS ved at tilbudet alltid omfatter sengeplasser, ofte kalt sykestueplasser, som kan benyttes til observasjon av pasienter, stabilisering før transport til sykehus eller etterbehandling etter sykehusinnleggelser (NOU 2005: 3). Sengeplassene kan også være samlokalisert med andre spesialisthelsetjenester, som poliklinisk behandling.

Figur 1-1: Samarbeid og samlokalisering i sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre



Illustrasjon: Oslo Economics basert på Aasheim & Kleppen (2012).

1.1 Fremvekst av sykestuer, lokal- eller distriktsmedisinske senter

Sykestuer har en sentral plass i norsk helsehistorie (Leonardsen, et al., 2017). Etter andre verdenskrig ble det bygd opp sykestuer over hele landet, og i 1972 var det 64 sykestuer med vel 1 000 senger spredt over 15 fylker. Sykehusutbyggingen på 70-tallet medførte imidlertid en reduksjon i antall sykestuer, og i 1994 var det kun 71 senger igjen, de fleste i Finnmark.

Særlig i Finnmark har sykestuene blitt opprettholdt også i nyere tid. På 2000-tallet gjennomførte Helse Nord en satsing på desentraliserte spesialisthelsetjenester, der styrkningen av sykestuene i Finnmark utgjorde en viktig del (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, 2012). Satsingen inkluderte blant annet Sykestueprosjektet i Finnmark, som var et samarbeidsprosjekt mellom et utvalg kommuner i fylket, Helse Finnmark HF, Helse Nord RHF og Helsedirektoratet. Mens sykestuene i andre deler av landet gradvis ble avviklet, bidro store geografiske avstander og utfordrende klimatiske og kommunikasjonsmessige forhold til at sykestuene i Finnmark ble videreført. Per 2012 var det etablert sykestueplasser i 16 av Finnmarks daværende 19 kommuner, med et samlet tilbud på 40 senger[1]. De fleste sykestuene var små, med mellom én og to sykestuesenger integrert med kommunale sykehjem eller helsesenter, men opprustet med ekstra personell og utstyr.

Fra 1. januar 2016 fikk alle kommuner plikt til å tilby et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, ofte referert til som ØHD- eller KAD-tilbud, etter Forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (2016). Formålet med ØHD/KAD er å tilby heldøgns akuttsenger for pasienter som trenger innleggelse, men som ikke trenger sykehustjenester og som kommunene dermed har mulighet til å behandle selv. Hensikten er blant annet å redusere unødvendige sykehusinnleggelser, gi pasienten tilbud nærmere hjemmet og involvere kommunene tidlig i pasientforløpet (NOU 2023: 8).

En undersøkelse utført på oppdrag fra KS i 2016 fant at flere av kommunene i Nord-Norge opplevde at kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud har mange likhetstrekk med sykestuemodellen (Baaske, et al., 2013). Ifølge Nasjonalt senter for distriktsmedisin ivaretar også sykestuer funksjoner som KAD ikke skal dekke og kompenserer i tillegg for lange avstander til sykehus (Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2015).

Sammenlignet med sykestuer, er LMS og DMS relativt nye begreper i helsetjenesten. I 2003 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet et utvalg som skulle «vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen» (NOU 2005: 3). I utvalgets NOU fra 2005 defineres et DMS som en ny driftsmodell og en fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)) bidro til at organisering som LMS og DMS ble ytterligere aktualisert. Et sentralt tiltak i reformen var forslaget om å videreutvikle effektive, lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder LMS (Meld. St. 47 (2008-2009)). Som en oppfølging av reformen fikk helseforetakene i oppdrag å utarbeide planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), Meld. St. 11 (2015–2016), ble det videre presisert at arbeid med desentraliserte spesialisthelsetjenester skulle videreutvikles, blant annet gjennom sykestuer, LMS og DMS.

1.2 Gevinster og utfordringer ved sykestuer, LMS og DMS senter

Å organisere helsetjenester i form av sykestuer, LMS og DMS kan gi gevinster for både pasienter, kommuner og spesialisthelsetjenesten. Samlokalisering av spesialist og primærhelsetjenester vil kunne gi mer helhetlige tjenester, organisert som en planlagt og uavbrutt kjede (Meld. St. 16 (2010-2011)). For en del pasienter vil det innebære at de får den helsehjelpen de trenger, i nærmiljø med større nærhet til familie og pårørende, dermed også kortere reisevei, særlig i distriktene. Samlokalisering av ulike helsetjenester vil også kunne bidra til et forsterket fagmiljø og bedre rekruttering av helsepersonell i kommunene. I tillegg avlaster slike «halvannenlinjetjenester»

[1] Sykestuesengene fordelte seg slik: Alta (9), Vadsø (6), Karasjok (4), Kautokeino (3), Nordkapp (3), Båtsfjord (2), Porsanger (2), Tana (2), Vardø (2), Berlevåg (1), Gamvik (1), Hasvik (1), Lebesby (1), Loppa (1), Måsøy (1) og Nesseby (1)

sykehusene for pasienter som ellers ville måtte legges inn på sykehus på grunn av manglende tilbud i kommunen (Leonardsen, et al., 2017).

Samtidig er det flere utfordringer knyttet til denne måten å organisere helsetjenester. En evaluering gjennomført av Nordlandsforskning peker særlig på en presset kommuneøkonomi, rekrutteringsutfordringer og økte krav til spesialisering og avansert teknologi som utfordringer for sykestuenes eksistens (Olsen & Gjertsen, 2011). Rekrutteringsutfordringene er størst i distriktene (NOU 2023: 4). I tillegg er det ingen enhetlig modell for organisering og finansiering av denne typen helsetilbud i Norge. De ulike tilbudene bruker ulike benevninger, har ulik organisering og finansiering, og tilbyr ulike tjenester. Mangel på enhetlig tenkning gjør det utfordrende å sammenligne tilbudene på tvers og trekke konklusjoner knyttet til hvordan tilbudene bør se ut (Leonardsen, et al., 2017).

1.3 Utvikling av sykestuer, LMS og DMS i senere år

I løpet av det siste året har det skjedd endringer ved flere sykestuer, LMS og DMS. Fra 1. januar 2026 ble samarbeidet om intermediærsengepost/spleiselagssenger avviklet ved Steinkjer DMS og Stjørdal DMS, mens tilbudet om spesialistpoliklinikk og dagbehandling er under utvikling (Helse Nord-Trøndelag, 2026). Fra 1. mars 2026 har Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) valgt å avslutte sin delfinansiering for sykestuesenger i Nord-Troms (Helse Nord, 2025). Bakgrunnen for beslutningen var en evaluering av sykestuesengene, gjennomført av UNN og de fire kommunene, som blant annet avdekket at dagens ordning skaper uklarhet i ansvarfordelingen mellom kommunen og UNN. På Sunnfjord medisinske senter er det planlagt at hudpoliklinikken skal legges ned som følge av økonomiske prioriteringer i Helse Førde. Etter nedleggelsen vil det ikke lenger være tilbud om somatiske spesialisthelsetjenester ved senteret, med unntak av drift av blodbank og ambulansetjenesten. Samtidig er det også eksempler på steder der utviklingen går motsatt vei, for eksempel ved Fosen DMS, der St. Olavs hospital nylig har besluttet å utvide dialysetilbudet. Ved DMS Sør-Helgeland planlegger de å utvide tilbudet, og de jobber med en utredning av hvordan sengeposten bør løses faglig, administrativt og økonomisk.

Det er også pågående prosjekter som innebærer betydelig videreutvikling eller etablering av nye enheter. Et eksempel på dette er i Gran kommune, der de bygger et LMS som skal være samlokalisert med sykehjem og omsorgsboliger, og som skal være et helsetilbud med tjenester fra Sykehuset Innlandet og interkommunale tjenester for Gran og Lunner kommune (Gran kommune, 2026). I Kristiansund har Helse Møre og Romsdal, Kristiansund kommune og Nordmøre Interkommunalt Politisk Råd et samarbeid om å utvikle et DMS i Kristiansund der det tilbys både spesialisthelsetjenester fra Helse Møre og Romsdal og kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse Møre og Romsdal, 2025).

2. Mandat og metode

Prosjektet bygger på dokumentstudier, spørreundersøkelser og intervjuer med ledere for sykestuer, LMS og DMS, og kommuneoverleger. Tema for informasjonsinnhentingen har vært organisering, finansiering og erfaringer med ulike modeller. De ulike informasjonskildene utfyller hverandre, og dette har vært nødvendig for å forstå kompleksiteten i tilbudene.

2.1 Mandat

Helsereformutvalget ble satt ned i august 2025 og har fått i oppdrag å utrede og foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal også vurdere ansvars- og oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsereformutvalget, 2025).

I lys av Helsereformutvalgets arbeid er det relevant å få mer kunnskap om omfanget av sykestuer, LMS og DMS, hvordan de er organisert, og hvilke erfaringer som er gjort med denne typen tjenester.

På oppdrag fra KS har derfor Oslo Economics, i samarbeid med Anette Fosse ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Siv Fladsrud Magnussen ved Senter for omsorgsforskning, NTNU og Tor Iversen ved Universitetet i Oslo, kartlagt eksisterende modeller for desentraliserte spesialisthelsetjenester samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester. Overordnet har oppdraget tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger som KS ønsket besvart:

- Hvilke modeller finnes for samlokalisering av kommunale og desentraliserte spesialisthelse-tjenester?
  - Hvordan er modellene organisert og finansiert?
  - Hvilke pasientgrupper er modellene relevante for?
  - Hvordan er modellene knyttet til egenskaper ved kommunene (størrelse, sentralitet, befolkning, avstand til sykehus)?
- Hva er erfaringene ved og effekter av ulike modeller?
  - Hva er effektene på pasienters reisevei, opplevd kvalitet og heletjenestens ressursbruk?
  - Hva er fordeler og ulemper ved modellene?
  - Hva er gevinstene for pasienter?
  - Hva kjennetegner kommuner hvor modellene er hensiktsmessige?
  - Hvilke modeller kan anbefales?

2.2 Datagrunnlag og metode

For å utrede oppdragets problemstillinger er det gjennomført dokumentstudier og gjennomgang av helseforetakenes nettsider, to spørreundersøkelser og intervjuer.

Gjennomgang av helseforetakenes nettsider

Innledningsvis i prosjektet gikk vi systematisk gjennom nettsidene til alle helseforetakene og hentet ut informasjon om deres tilhørende sykestuer, LMS og DMS. Ettersom det er variasjon i hvilke begreper som brukes, er det en risiko for at det finnes flere enheter enn det vi har identifisert gjennom vår metode. I enkelte tilfeller har det også være svært begrenset med informasjon om enhetene, og det har for eksempel vært utfordrende å få oversikt over i hvilken grad det er samarbeid med kommunen der enheten er plassert.

Basert på den tilgjengelige informasjonen har vi systematisert opplysninger om navn på sykestuen, LMS eller DMS, vertskommune og eventuelle samarbeidskommuner, tjenestetilbud og pasientgrupper. Vi innhentet også navn og kontaktinformasjon til leder for enheten, samt tilsvarende informasjon om kommuneoverlegen i vertskommunen. Oversikten har dannet grunnlag for den videre informasjonsinnhentingen i prosjektet.

Dokumentstudier

Som del av prosjektet har vi gjennomgått eksisterende rapporter, artikler og annen dokumentasjon som lovtekster, oppdragsbrev til helseforetakene og nyhetssaker om sykestuer, LMS og DMS. Prosjektet har vist at finnes lite systematisert kunnskap om disse tilbudene, og at informasjonen som finnes er relativt gammel. Dokumentene ble identifisert gjennom nettbaserte søk på relevante tema, men vi har ikke gjennomført et systematisk litteratursøk. I tillegg til dokumentene identifisert gjennom nettsøk, har vi også gjennomgått dokumenter som har blitt delt med oss av informantene i intervjuer.

Dokumentene er i hovedsak benyttet som bakgrunnsinformasjon i kartleggingen. Dokumentene har gitt innsikt i bakgrunn og kontekst for sykestuer, LMS og DMS, herunder retningslinjer, rammer og historiske utviklingstrekk. Eksempler på dokumenter og artikler vi har gjennomgått er:

- NOU 2005: 3, 2005 Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet)
- NOU 2023: 4, 2023. Tid for handling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- NOU 2023: 8, 2023. Fellesskapets sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Meld. St. 47 (2008-2009), 2009. Samahndlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Meld. St. 16 (2010-2011), 2011. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen (Deloitte/KS) (2013)
- Sykestuer er ikke KAD (Nasjonalt senter for distriktsmedisin) (2015)
- Desentraliserte helsetjenester. Tidsskrift for Den norske legeforening, Volum 137 (Leonardsen, A.-C. L., Lappegard, Ø., Garåsen, H. & Aaraas, I. J.) (2017)
- Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark (Nordlandsforskning) (2011)
- Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) (2012)
- Sykestuen - en gammel institusjon for fremtiden (Aaraas, I.) (2003)
- Hovedprosjektet Hallingdal lokalmedisinske senter - Prosjektrapport. (Aasheim, R. & Kleppen, T.) (2012)

Intervjuer

Målgruppen for intervjuene var ledere og ansatte ved sykestuer, LMS og DMS, kommuneoverleger i vertskommunene og andre administrativt ansatte i kommunen med god kjennskap til tilbudet. Vi ønsket å snakke med enheter med ulik organisering og historikk, samt å snakke med enheter fra de fire helseregionene. De første enhetene som ble kontaktet ble valgt ut basert på ekspertressursenes kjennskap til tilbudene, og videre tok vi kontakt med andre enheter som ble nevnt av informantene som interessante enheter å inkludere i kartleggingen.

Intervjuene ble gjennomført i to runder – først en innledende runde for å informere utformingen av spørreundersøkelsene, og deretter en ny runde for å utdype funnene fra spørreundersøkelsene. I første runde intervjuet vi fem representanter for tre ulike sykestuer, LMS og DMS, og i andre runde intervjuet vi seks representanter for fem ulike enheter. Totalt intervjuet vi elleve personer med erfaring fra åtte ulike sykestuer, LMS og DMS.

Tema for intervjuene var bakgrunn for opprettelsen av sykestuen, LMS eller DMS, om tilbudet innebærer samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, hvordan tilbudet er finansiert, samarbeid og samhandling mellom helseforetaket og kommunen(e), om det er noen barrierer for driften, hvilke gevinster de opplever ved organiseringen, overførbarhet til andre steder og betydning for pasientene.

Intervjuene ble gjennomført på Teams, og informantene fikk oversendt en temaliste i forkant av samtalen. Hvert intervju varte om lag en time. Vi tok notater underveis i intervjuene, og i analysearbeidet brukte vi disse til å utdype funnene fra spørreundersøkelsene.

Spørreundersøkelser

Vi har gjennomført to spørreundersøkelser i parallell, en til kommuneoverleger i vertskommuner for sykestuer, LMS og DMS, og en til ledere for disse enhetene. Begge undersøkelsene ble distribuert til 40 personer i hver av målgruppene. Enkelte av disse viste seg senere å ikke være relevante for kartleggingen.

Spørreskjemaene ble utformet basert på funnene fra den innledende dokumentgjennomgangen og første intervjurunde med representanter fra sykestuer, LMS og DMS. Tema for spørreundersøkelsen til ledere for enhetene var organisering av tilbudet, finansiering, betydning for pasientene og helsetjenesten og fremtid og utvikling. Tema for spørreundersøkelsen til kommuneoverleger var ansvars- og rolledeling mellom helseforetaket og vertskommunen, ansvars- og rolledeling mellom vertskommunen og øvrige kommuner, finansiering, betydning for pasienter og helsetjenesten og veien videre.

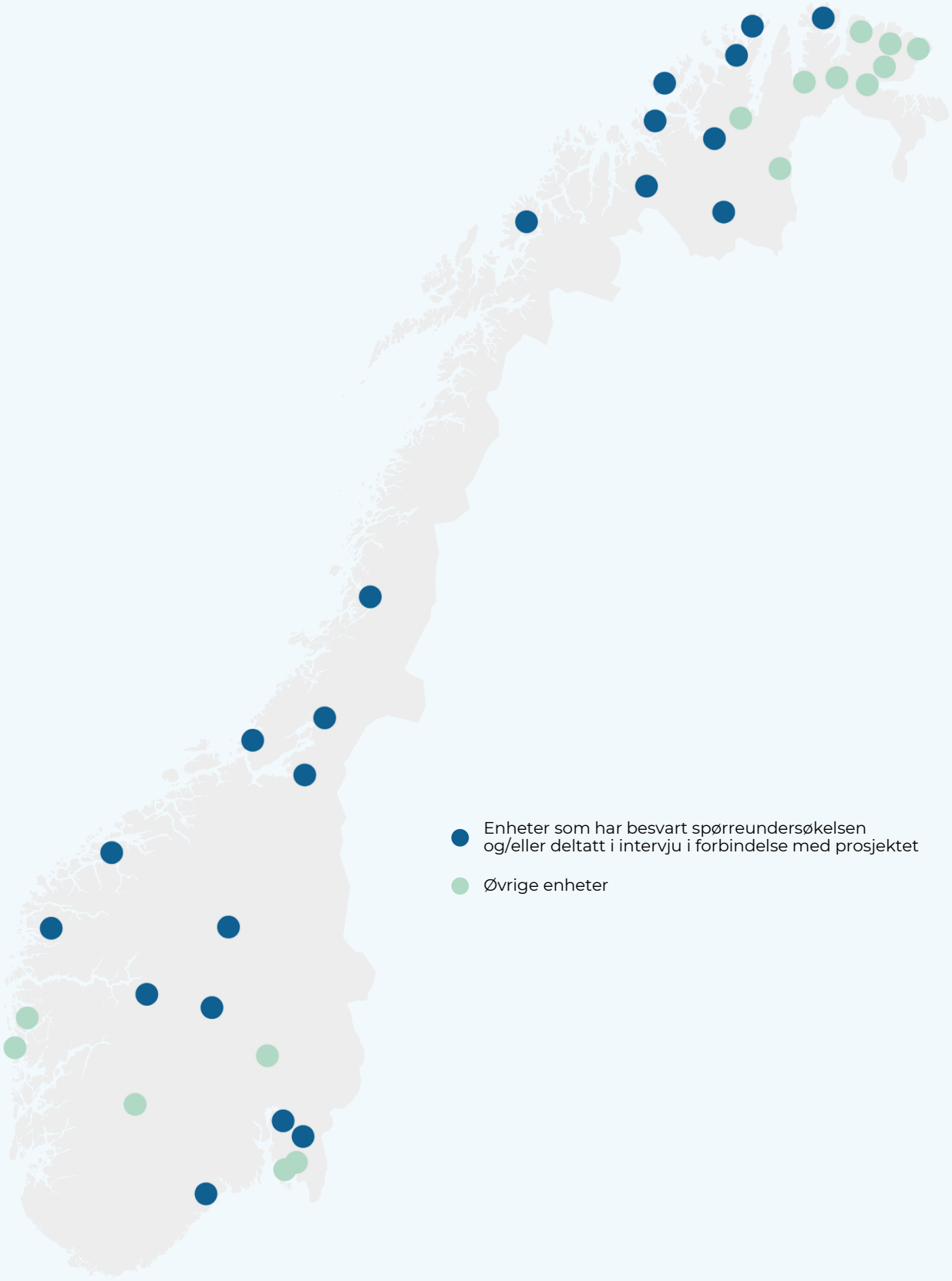
Spørreundersøkelsene ble distribuert på e-post direkte til mottakerne. Vi satte først en svarfrist på én uke, og dagen før fristen ble det sendt ut en påminnelse til alle som ikke hadde svart. Fordi antallet svar var lavt ved utgang av den opprinnelige fristen, utvidet vi fristen og sendte ut en ny påminnelse. Vi fulgte også opp med å ringe alle som ikke hadde svart på undersøkelsen. Før vi avsluttet undersøkelsen, sendte vi ut én ytterligere påminnelse til alle som ikke hadde svart. Totalt svarte 19 ledere for sykestuer, LMS og DMS og 18 kommuneoverleger på spørreundersøkelsene. Av disse oppga 13 ledere at enheten har spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester tilbys på samme sted, og 11 kommuneoverleger oppga det samme.

Undersøkelsene ble utformet i det digitale spørreundersøkelsesverktøyet Questback. Funnene fra spørreundersøkelsene ble analysert og oppsummert i tabeller som viser svarfordelingen for de ulike spørsmålene.

Tidsrom for gjennomføring av prosjektet

Prosjektet er gjennomført i perioden februar til april 2026.

Figur 2-1: Oversikt over kartlagte sykestuer, LMS og DMS



3. Omfang, lokalisering og tjeneste-sammensetning

Vår kartlegging viser at det per i dag finnes om lag 35 sykestuer, LMS eller DMS i Norge. Antallet avhenger av hvilken definisjon som legges til grunn, blant annet når det gjelder grad av samarbeid og samlokalisering mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Kartleggingen viser at tilbudet ved sykestuer, LMS og DMS varierer mellom enhetene, både når det gjelder oppholdstyper og innholdet i det polikliniske tilbudet. Flere enheter tilbyr innleggelser, enten i form av døgnopphold eller dagbehandling. Andre har kun poliklinisk tilbud, mens flere tilbyr en kombinasjon av nevnte oppholdstyper. Vanlige polikliniske tilbud omfatter blant annet dialyse, bildediagnostikk, laboratorietjenester og/eller hud-/lysbehandling.

Vår kartlegging har avdekket at det per 2026 finnes om lag 35 desentraliserte helsetjenester som sykestuer, LMS eller DMS i Norge. I tillegg er det planlagt utbygging av nye tilbud i Kristiansund og Gran kommune. Et fellestrekk er at de er organisert i et samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og slik sett utgjør en modell for organisering som knytter sammen kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester for å skape mer integrerte pasientforløp. Antallet avhenger imidlertid av hvilken definisjon som legges til grunn, blant annet når det gjelder grad av samarbeid og samlokalisering mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, i tillegg til omfang av spesialisthelsetjenester som tilbys. Informasjon fra intervjuer og spørreundersøkelsen antyder at eksisterende enheter er organisert og innrettet på ulike måter rundt om i landet, og det synes ikke å være noen tydelig sammenheng mellom betegnelse, organisering og innretning. Vi vil i det følgende gi en nærmere beskrivelse av hvordan de 35 helsetjenestene representerer ulike modeller når det gjelder samarbeidsformer, lokalisering og innretninger.

Kartleggingen viser at de desentraliserte helsetilbudene i hovedsak er etablert i små og mellomstore og mindre sentrale kommuner med betydelig avstand til nærmeste sykehus. De 35 enhetene ligger i kommuner i alle sentralitetsklasser i SSBs sentralitetsindeks (Tabell 3-1). SSB utarbeider indeksen basert på tilgang til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser i landet. Disse dataene blir aggregert opp til kommunenivå og vektet etter antall innbyggere i kretsene. Sentralitetsklasse 1 er de mest sentrale kommunene, mens sentralitetsklasse 6 er de minst sentrale kommunene. Et flertall av i kommunene som er vertskommune for en sykestue, LMS eller DMS er i sentralitetsklasse 6. Vertskommunen med sentralitetsindeks 1 er Fredrikstad kommune, som har enheten «Helsehuset Fredrikstad» der kommunale helsetjenester er samlokalisert med blodprøvetaking og blodbank som tilhører Sykehuset Østfold. Tjenesteomfanget fra spesialisthelsetjenesten er relativt begrenset sammenlignet med mange andre enheter i kartleggingen.

Innbyggertallet i vertskommunene for sykestuer, LMS og DMS varierer betydelig, fra om lag 850 til om lag 86 000 innbyggere. I hovedsak ligger enhetene i små og mellomstore kommuner, og gjennomsnittlig innbyggertall i vertkommunene er på om lag 14 800 innbyggere.

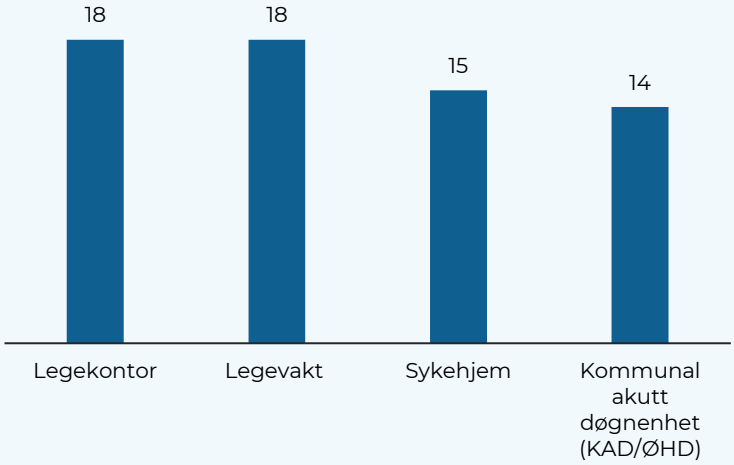
I gjennomsnitt ligger sykestuene, LMS og DMS 2 timer og 19 minutter fra nærmeste sykehus, med variasjon fra om lag 10 minutter til over 5 timer og 30 minutter. Dette innebærer at mange av de desentraliserte tilbudene er etablert i områder der tilgang til spesialisthelsetjenester ellers vil kreve betydelig reise, og hvor lokale løsninger kan bidra til å avlaste både pasienter og tjenester. Samtidig er enkelte tilbud lokalisert relativt nær sykehus.

Tabell 3-1: Sentralitetsindeks for verts-kommunene for sykestuer, LMS og DMS

Sentralitetsindeks	Antall vertskommuner
1	1
2	2
3	3
4	6
5	9
6	15

Kilde: Oslo Economics kartlegging av sykestuer, LMS og DMS og SSBs sentralitetsindeks

Figur 3-1: 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, kommunepsykolog og fysio- og ergoterapi.

Figur 3-2: Er de kommunale tjenestene interkommunale?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=10

3.1 Samlokalisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester

Samlokalisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester ved sykestuer, LMS og DMS forekommer i ulike former. Enkelte steder, som ved Sunnfjord medisinske senter, er spesialist og primærhelsetjenestene lokalisert under samme tak, men uten formaliserte samarbeids- eller driftsavtaler mellom de ulike nivåene i tjenestene. Andre steder, som ved Hallingdal Sjukestugu, er det etablert et tett og formalisert samarbeid mellom de ulike nivåene om levering av de ulike tjenestene.

Det finnes også eksempler der kommunale helsetjenester er lokalisert i umiddelbar nærhet til spesialisthelsetjenesten, uten å være lokalisert i samme bygg. Et eksempel er Medisinsk poliklinikk i Kragerø, der sykehuset i Telemark tilbyr polikliniske undersøkelser, behandling og oppfølging innenfor fagområdene indremedisin, kirurgi, laboratorium samt dialyse. I tillegg tilbys radiologiske tjenester, samt øre/nese/hals – og gynekologitjenester. Poliklinikken er lokalisert i tett nærhet til Marienlyst sykehjem i Kragerø.

En gjennomgang av beskrivelser av sykestuene, LMS og DMS på deres nettsider peker i retning av at disse tjenestene ofte er samlokalisert med alt fra én til flere kommunale og/eller interkommunale helsetjenester (Figur 3-1). 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.

3.2 Interkommunale tjenester

I noen tilfeller organiseres deler av de kommunale tjenestene som interkommunale samarbeid, der én kommune leverer tjenester i samarbeid med én eller flere andre kommuner. I spørre-undersøkelsen oppgir fem av ti respondenter at enkelte av de kommunale tjenestene er organisert på denne måten (Figur 3-2). Svar på spørreundersøkelsen indikerer samtidig at det er relativt uvanlig at alle de kommunale tjenestene er interkommunale – kun én av 10 respondenter oppgir dette. Dette gjelder imidlertid et LMS som kun er samlokalisert med én kommunal tjeneste, i form av legevakt.

3.3 Bakgrunn for etablering

Basert på svarene fra spørreundersøkelsen fremstår det som at bakgrunnen for etableringen av tilbudet i hovedsak har vært lang avstand fra nærmeste sykehus til kommunen og eventuelle samarbeidskommuner, og et ønske om å flytte enkelte spesialisthelsetjenester nærmere innbyggerne i kommunen, eller at tilbudet har blitt etablert som et resultat av overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Figur 3-3).

Et eksempel på førstnevnte er Hallingdal Sjukustugu, som ble etablert for å sikre befolkningen i Hallingdal tilgang til spesialisthelsetjenester i nærheten av der de bor. Et eksempel på sistnevnte er Fosen DMS, som ble etablert som en del av et interkommunalt samarbeid om desentraliserte helsetjenester, i sammenheng med endringer i spesialisthelsetjenesten og behov for avlastning av sykehuset i Trondheim.

Et ønske om å samle ressurser og kompetanse på tvers av kommuner fremstår også som en gjennomgående medvirkende årsak til etablering. Videre finnes det også eksempler på tilbud som er etablert som følge av nedleggelse av lokale sykehus. Dette gjelder blant annet Sunnfjord medisinske senter, som opprinnelig ble etablert med formål å samlokalisere fastlegene i kommunen. Da lokalsykehuset i Florø ble lagt ned i 2007 besluttet Helse Førde at enkelte spesialisthelsetjenester likevel skulle tilbys i Førde. Helseforetaket inngikk derfor en leieavtale med Sunnfjord medisinske senter.

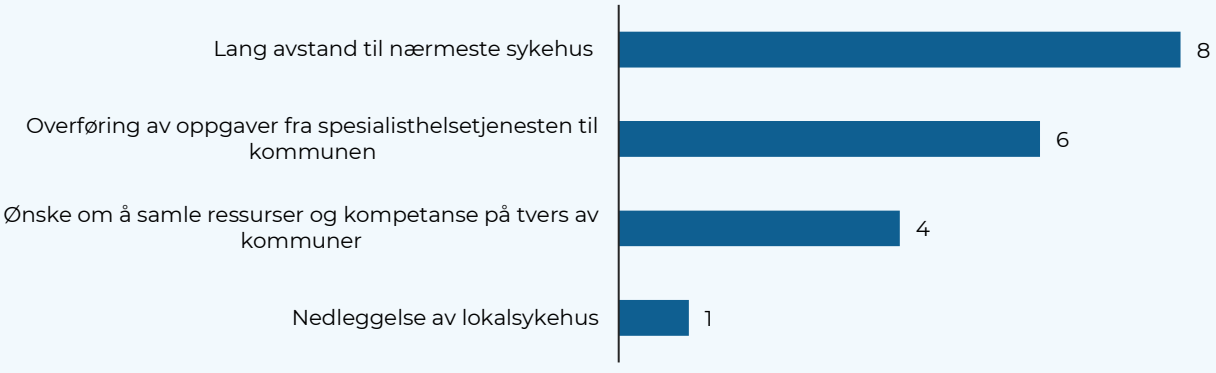
En betydelig andel av eksisterende sykestuer, LMS og DMS er lokalisert i Nord-Norge (Figur 2-1). En kartlegging fra 2024 viste at det fortsatt finnes sykestuesenger i 15 av 18 kommuner i Finnmark (Helse Nord, 2024). Dette kan ses i lys av historiske utviklingstrekk. I Finnmark ble eksempelvis de første sykestuene etablert på midten av 1850 tallet. Sykestuenes primære funksjon var å være et mellomledd mellom sykehus og primærhelsetjeneste på plasser lange og vanskelige reiseforhold til sykehus (Aaraas, 1998; Aaraas, 2003).

3.4 Tjenestetilbud

Svar på spørreundersøkelsen antyder at tilbudet ved sykestuer, LMS og DMS varierer mellom enhetene, blant annet oppholdstyper og innholdet i det polikliniske tilbudet (Figur 3-4). Tre respondenter oppga at enheten utelukkende tilbyr døgnopphold (sengeplasser). Én respondent oppga at det kun tilbys dagbehandling, i form av innleggelser uten overnatting, mens én respondent oppgir at det kun tilbys polikliniske konsultasjoner.

Videre oppga syv respondenter at enheter tilbyr en kombinasjon av de nevnte oppholdstypene. Av disse rapporterte tre at tilbudet omfatter både polikliniske konsultasjoner og dagbehandling, mens to oppga at de tilbyr både polikliniske konsultasjoner og døgnopphold. Én respondent oppga at enheten tilbyr både døgnopphold og dagbehandling, og én respondent oppga at tilbudet omfatter

Figur 3-1: Hva var bakgrunnen for at sykestuen/LMS/DMS ble etablert?



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

alle tre oppholdstyper: polikliniske konsultasjoner, dagbehandling og døgnopphold. Syv respondenter oppga at enheten har planlagte innleggelser (Figur 3-5).

Også innholdet i de polikliniske tilbudene varierer (Figur 3-6). Kartleggingen, basert på en gjennomgang av nettsidene til de identifiserte enhetene, viser at de vanligste polikliniske tjenestene er dialyse (14 enheter), radiologiske undersøkelser, i form av bildediagnostikk (røntgen, CT og/eller ultralyd) (13 enheter), laboratorietjenester (10 enheter), hud-/lysbehandling (9 enheter) og/eller gynekologi (5 enheter). Tre enheter har fødestue, mens tre har kreftpoliklinikk. Enkelte enheter har også tilbud til pasienter med psykiske lidelser, enten i form av barne- og ungdomspsykiatri (fire enheter) og/eller voksenpsykiatri (én enhet).

De mest omfattende tilbudene finnes tilsynelatende ved Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland og Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms. DMS Sør-Helgeland tilbyr blant annet kreftpoliklinikk og infusjonspoliklinikk, slagalarm og fødestue, i tillegg dialyse, kirurgi, ortopedi, gynekologi, hud- og lysbehandling og laboratorietjenester. DMS Midt-Troms tilbyr hud- og lysbehandling, røntgen, dialyse og laboratorietjenester, i tillegg til fødestue og tilbud innen geriatri.

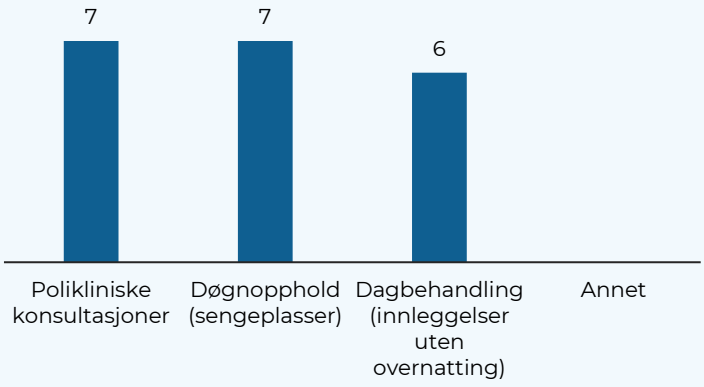
3.5 Pasientgrupper

Spørreundersøkelsene og intervjuene med representanter for ulike sykestuer, LMS og DMS viser at målgruppene for tilbudene varierer med innholdet i tjenestene. Det er likevel mulig å identifisere noen hovedgrupper av pasienter.

En sentral gruppe er pasienter som av ulike årsaker har behov for jevnlig poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten, ofte som følge av kronisk sykdom. Som beskrevet i kapittel 3.4 har flere sykestuer, LMS og DMS behandlingstilbud rettet mot pasienter med kroniske lidelser, som 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 eksempel er Nordkapp helsesenter, som tilbyr lysbehandling for ulike hudsykdommer. I intervju forteller en representant for senteret at pasientene som benytter tilbudet, ofte kun har behov for behandling i noen få minutter per gang, men gjerne flere ganger i uken. For disse pasientene er det derfor svært gunstig å slippe reiseveien på om lag 18 mil (én vei) til Hammerfest sykehus for hver behandling.

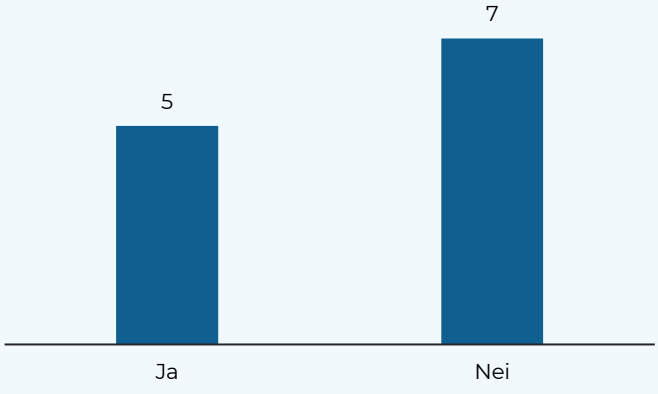
Et mindre utvalg sykestuer, LMS og DMS tilbyr som tidligere nevnt cytostatikabehandling, ofte kalt cellegift, noe som gjør kreftpasienter til en viktig målgruppe for enhetene. Andre pasientgrupper som har blitt nevnt i intervjuer eller i spørreundersøkelsen er pasienter med revmatiske sykdommer som får biologisk behandling, pasienter med psykisk sykdom eller pasienter i palliativ fase.

Figur 3-4: Hvilke oppholdstyper har dere for spesialisthelsetjenestene?



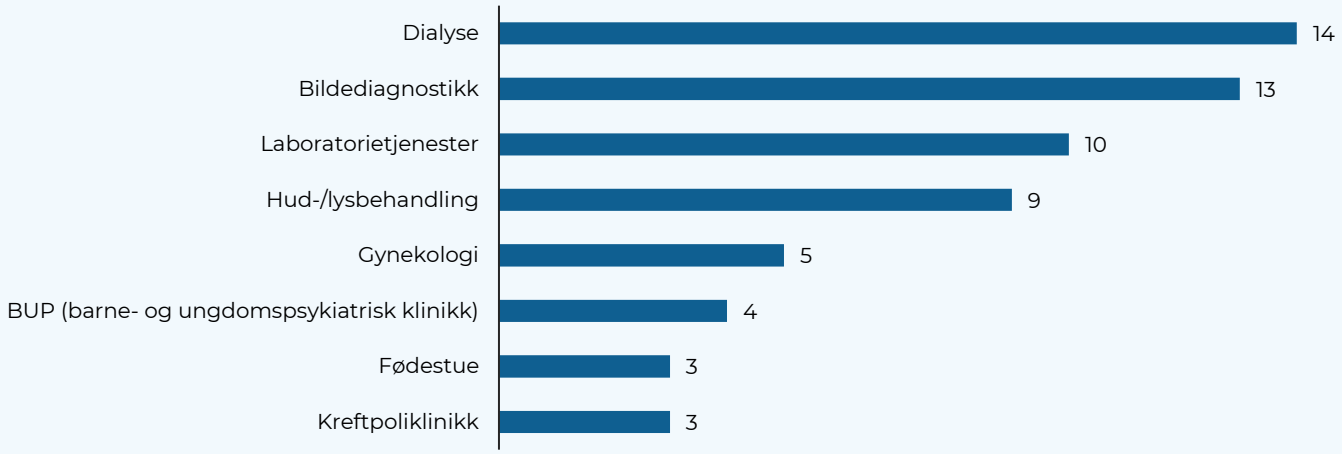
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=12

Figur 3-5: Har dere planlagte innleggelser?



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

Figur 3-6: Polikliniske tilbud ved sykestuer, LMS og DMS



Kilde: Gjennomgang av helseforetakenes og hver enkelt enhet sine nettsider.
Merknad: Figuren viser de vanligste tjenestetilbudene. Andre kartlagte tjenestetilbud er geriatri, infusjonspoliklinikk, kirurgi, slagalarm, voksenpsykiatri, nevrologi, ortopedi og kreftbehandling.

For enheter som har tilbud om døgnopphold eller dagbehandling, er pasienter i overgangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten en viktig målgruppe. Dette omfatter både pasienter som skrives ut fra sykehus, og pasienter der man vurderer innleggelse på sykehus, men som i stedet kan få behandling og oppfølging på sykestuen, LMS eller DMS, eller som er inne til observasjon til situasjonen er mer avklart. Blant pasientene som skrives ut fra sykehus, men som får tilbud ved sykestue, DMS eller LMS, ble det trukket frem at dette for eksempel kan være relevant for pasienter som trenger intravenøs antibiotikabehandling. For denne pasientgruppen kan det være en glidende overgang mellom hva som er en plass på sykestuen, LMS og DMS og hva som er en KAD-plass.

En gjennomgående målgruppe, uavhengig av tjenestetilbudets innhold, er eldre pasienter. Denne pasientgruppen har ofte multisykdommer/mange kroniske sykdommer, redusert funksjonsnivå og dermed behov for både gjentatt behandling og tett oppfølging. Et sammensatt sykdomsbilde gjør også at denne pasientgruppen ofte befinner seg i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Eldre pasienter trekkes derfor frem som en særlig viktig målgruppe, blant annet fordi de helsemessige gevinstene av å redusere lange reiser til sykehus for behandling eller oppfølging ofte er større enn for andre pasientgrupper.

KLINIKK ALTA

VERTSKOMMUNE: Alta

INNBYGGERTALL: 22 074

SAMARBEIDSKOMMUNER: Loppa og Kautokeino

NÆRMESTE SYKEHUS: Hammerfest sykehus

REISEVEI TIL SYKEHUS: Ca. 2 timer og 15 minutter



ORGANISERING

Klinikk Alta er et distriktsmedisinsk senter i Alta som drives av Finnmarkssykehuset. Tilbudet om spesialisthelsetjenester er samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester i samme bygg, men driftes separat Alle leger og sykepleiere ved Klinikk Alta er ansatt i helseforetaket, uten overlapp i personell eller utstyr med kommunen. Ledelsen ved Klinikk Alta har jevnlige samarbeidsmøter med kommunen omtrent hver tredje måned. Finnmarkssykehuset styrer hvem som får tilbud om polikliniske tjenester på Klinikk Alta, mens tilbudet på sengeposten og røntgen er avgrenset til innbygger i Alta, Kautokeino og Loppa.

HISTORIE

Tilbudet i Alta har utviklet seg fra en sykestue til dagens Klinikk Alta. Den opprinnelige sykestuen var delvis finansiert av kommunen, Helse Nord og av Finnmarks-sykehuset, men det var kommunen som var eier og arbeidsgiver, og fastleger roterte på å ha tilsyn. I 2019 ble sykestuen virksomhetsoverdratt til Finnmarkssykehuset, som tok over hele driftsansvaret. Planen var at det skulle utvikles til et tilbud med 20 senger, der kommunen skulle leie 6 senger som blant annet skulle være KAD-senger og brukes til lindrende behandling, men dette ble ikke realisert. Rundt 2020–2021 trakk kommunen ut sine senger slik at disse nå er i egen regi.

FINANSIERING

Driften av Klinikk Alta finansieres i all hovedsak av Finnmarkssykehuset. Etter at sykestuen ble overdratt til helseforetaket, er det helseforetaket som bærer det økonomiske ansvaret. Finnmarkssykehuset eier sine lokaler i Alta, men med delt eierskap av enkelte fellesarealer med kommunen. Alta kommune bidrar ikke til drift eller finansiering av Klinikk Alta, men kjøper jordmortjenester fra helseforetaket. Bakgrunnen for dette er at helseforetaket har behov for relativt mange jordmødre for at de skal kunne gå turnus.

TJENESTER OG PASIENTGRUPPER

Klinikk Alta har både en somatisk sengepost (rundt 10 sengeplasser), psykiatrisk avdeling med døgntilbud (inkludert TSB- og avrusningsplasser), bildediagnostikk (røntgen, CT, MR og ultralyd) og en fødestue. I tillegg har de en poliklinikk med både ambulerende spesialister og noen fast ansatte spesialister, hvor det blant annet gis infusjons- og cellegiftbehandling. Pasientene er hovedsakelig innbyggere i Alta og omegn, og særlig eldre, kronisk syke og andre som har utfordringer med å reise, har særlig nytte av tilbudet.

HVA FUNGERER BRA, OG HVA ER UTFORDRENDE?

Den lokale tilgangen til spesialisthelsetjenester trekkes fram som en stor fordel for pasientene. Det er likevel noen utfordringene knyttet til hvilke pasienter som skal på Klinikk Alta, på KAD-plass i kommunen eller på sykehuset i Hammerfest. Det ble også påpekt at modellen er ressurskrevende med et bredt behandlingstilbud utenfor sykehuset.

4. Organisering og ansvarsfordeling mellom helseforetaket og kommunen(e)

Organiseringen av ansvar og roller mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har stor betydning for hvordan sykestuer, LMS og DMS fungerer i praksis. Vi finner at det er stor variasjon i hvordan de ulike sentrene er organisert, med ulike løsninger for drift og personell, finansiering og samhandling mellom tjenestene. De løsningene som er valgt, fremstår i stor grad som tilpasset lokale forhold ved det enkelte senter, som historikk, geografi og regionale behov.

4.1 Ansvars- og rollefordeling mellom helseforetaket og kommunen(e)

4.1.1 Administrativt ansvar for drift

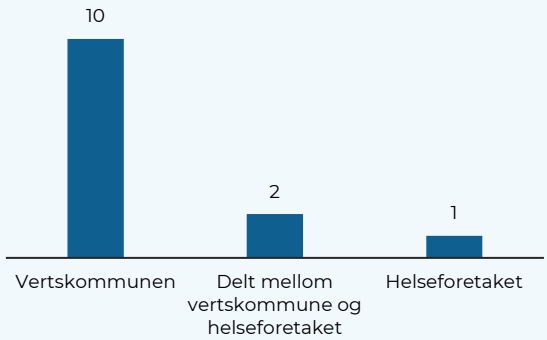
Resultatene fra spørreundersøkelsen til lederne for sykestuer, LMS og DMS viser at det blant respondentene i hovedsak er vertskommunen som har det administrative ansvaret for driften (Figur 4-1). 10 av 13 ledere oppga at vertskommunen har det administrative ansvaret, mens to oppga at ansvaret er delt mellom vertskommune og helseforetak, og én oppga at helseforetaket har fullt administrativt ansvar. Dette illustrerer at det finnes flere organisatoriske modeller blant enhetene som har svart, selv om én modell er mest utbredt i dette utvalget.

Intervjuene bidrar til å forklare variasjonen. Informantene pekte på at plasseringen av det administrative ansvaret kan være et resultat av historisk utvikling, geografiske forhold og tidligere organisering av tjenestene. I noen tilfeller er dagens løsning et resultat av at et tidligere kommunalt tilbud er blitt virksomhetsoverdratt og videreført i foretaksregi, slik som for Klinikk Alta, der sykestuedriften ble overført til Finnmarkssykehuset og nå inngår i et foretaksdrevet tilbud. I andre tilfeller, slik som ved Nordkapp helsesenter og Hallingdal sjukestugu, er tilbudet utviklet som et kommunalt initiativ, der spesialisthelsetjenester bygges inn gjennom avtaler og samarbeid.

4.1.2 Arbeidsgiveransvar

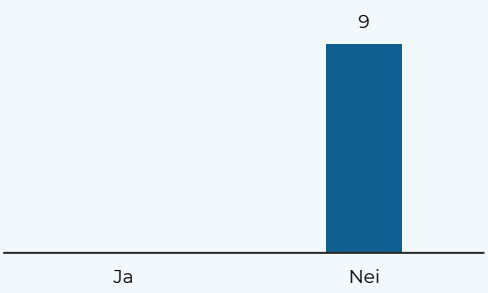
Når det gjelder arbeidsgiveransvaret, viser spørreundersøkelsen at dette ofte ligger hos vertskommunen. Vi finner at det er vanlig blant respondentene at vertskommunen har arbeidsgiveransvar for ansatte som leverer både de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenestene (Figur 4-3). Svarene viser at vertskommunen i mange tilfeller har et bredt arbeidsgiveransvar som omfatter hele eller store deler av virksomheten, også der det leveres tjenester som tilhører spesialisthelsetjenesten.

Figur 4-1: Hvem har det administrative ansvaret for driften av sykestuen/LMS/DMS?



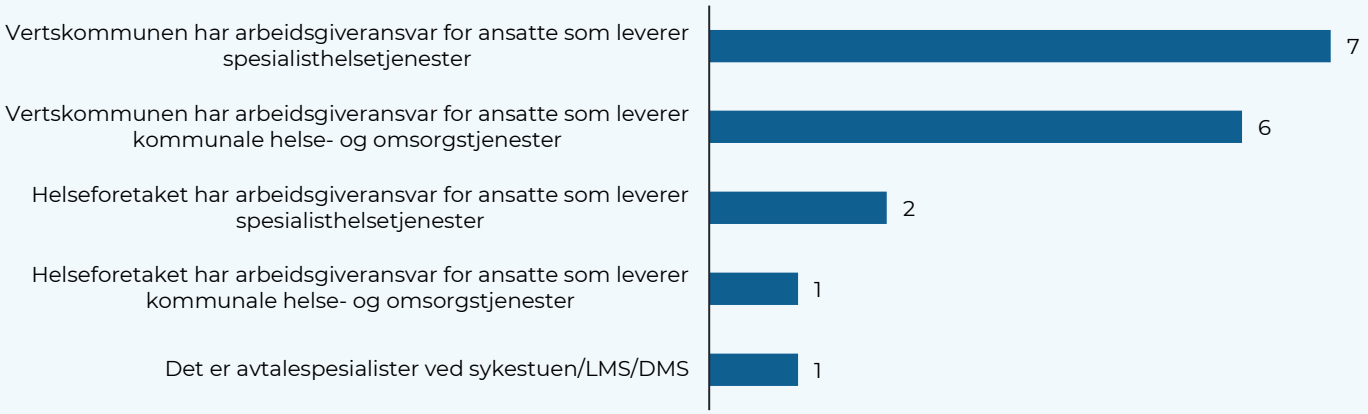
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=13

Figur 4-2: Har dere ansatte i delte stillinger, det vil si at de er ansatt både hos helseforetaket og i kommunen?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=9

Figur 4-3: Hvem har arbeidsgiveransvaret for helsepersonellet på sykestuen/LMS/DMS?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. Flervalgsspørsmål. N=9

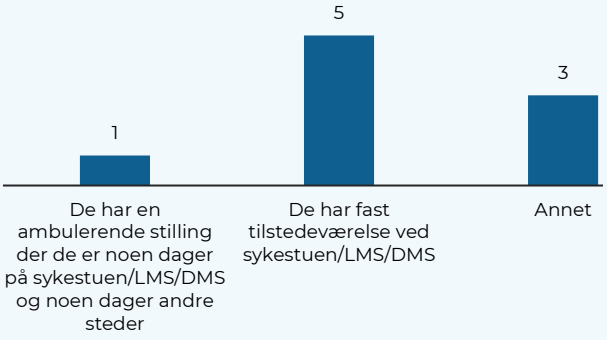
Det er også eksempler på modeller der arbeidsgiveransvaret er delt, ved at vertskommunen har arbeidsgiveransvar for kommunale tjenester, mens helseforetaket har arbeidsgiveransvar for spesialisthelsetjenestene. Valdres LMS har en modell med bruk av avtalespesialister, og dette har de også ved DMS Sør-Helgeland. Selv om arbeidsgiveransvaret er organisert på ulike måter, var det ingen av lederne som svarte på spørreundersøkelsen, som oppga at de har ansatte i delte stillinger, det vil si ansatte som formelt er ansatt både i helseforetaket og kommunen (Figur 4-2).

I Intervjuene beskrev informantene at behovet for koordinering og kompetanseutnyttelse på tvers av nivåene i stor grad ivaretas gjennom avtaler, samlokalisering og mer uformelle samarbeids-former, fremfor gjennom formelle felles ansettelsesforhold. Et eksempel finner vi i DMS Sør-Helgeland, der helseforetaket har arbeidsgiveransvar for spesialisthelsetjenestene og kommunen for de kommunale tjenestene, men der det samtidig brukes fleksible ordninger for enkelte faggrupper, ved at personell kan være kommunalt ansatt, men lønnes av helseforetaket når de arbeider for spesialisthelsetjenesten. Dette skjer blant annet i forbindelse med poliklinisk oppfølging og fjernkonsultasjoner innen ortopedi.

4.1.3 Arbeidssted og tilknytning av helsepersonell

Blant lederne som oppga at vertskommunen har arbeidsgiveransvaret for helsepersonell som leverer spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester ved sykestuen, LMS eller DMS, oppga de fleste at dette personellet har fast tilstedeværelse der (Figur 4-4). Det var én leder som oppga at de ansatte har en ambulerende tilknytning, og tre som oppga «annet» og utdypet dette i fritekstsvar. Disse svarene viser at variasjonen særlig handler om at spesielt leger kombinerer arbeidet ved sykestue, LMS eller DMS med andre kommunale oppgaver. En leder beskrev for eksempel at legene i hovedsak har fast arbeidssted ved sykestuen, LMS eller DMS, men også arbeider ved legevakt og KAD, og i tillegg har oppgaver ved helsestasjon og sykehjem andre steder i kommunen.

Figur 4-4: Hvordan fungerer tilknytningen for helsepersonellet som er ansatt i vertskommunen?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. Spørsmålet ble kun stilt til lederne som oppga at vertskommunen har arbeidsgiveransvaret for helsepersonell som leverer spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester ved sykestuen. LMS eller DMS. N=9

Når det gjelder tilknytningen for helsepersonell som er ansatt i helseforetaket, gir spørre-undersøkelsen et begrenset informasjons-grunnlag. I utdypende fritekstsvar ble det beskrevet at i Hallingdal sjukestugu har ansatte i hovedsak fast tilstedeværelse, mens leger ved poliklinikken har andre lokasjoner i helseforetaket som sin hovedarbeidsplass.

Samlet finner vi at det ikke bare er variasjon i hvordan tilknytning organiseres mellom ulike sykestuer, LMS og DMS, men også innad i samme enhet – der tilknytningen kan være ulik mellom yrkesgrupper, særlig ved at leger oftere kombinerer arbeid på tvers av lokasjoner eller tjenester enn øvrig personell.

4.1.4 Kommuneoverlegenes vurdering av samarbeid og ansvarsavklaring

Spørreundersøkelsen til kommuneoverlegene viser at det er variasjon i hvordan samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket vurderes. Få er helt enige og et flertall er litt enige i at dagens samarbeidsmodell fungerer godt (Figur 4-3). Det samme gjelder for utsagnet om at det er en tydelig ansvars- og rollefordeling mellom kommunen og helseforetaket (Figur 4-4), og at det faglige ansvaret er tilstrekkelig avklart (Figur 4-5).

Samtidig er noen respondenter uenige i påstandene. Dette tyder på at det fortsatt er rom for forbedring mange steder. I fritekstsvarene utdyper lederne dette ved å peke på at det faglige ansvaret lokalt ofte oppleves som klart definert, mens det i større grad kan være uklarhet knyttet til hvem som er ansvarlig spesialist.

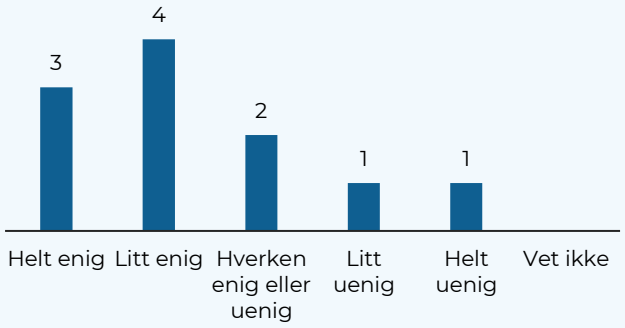
I intervjuene ble det trukket frem at uklarhet i ansvarsfordelingen særlig oppstår knyttet til hvilken tjeneste som har ansvar for pasienter som ikke passer inn i fastsatte kriterier, og når pasient-forløp endrer karakter over tid.

4.2 Finansieringsmodell mellom helseforetaket og kommunen(e)

4.2.1 Kjøp av tjenester mellom helseforetaket og kommunen(e)

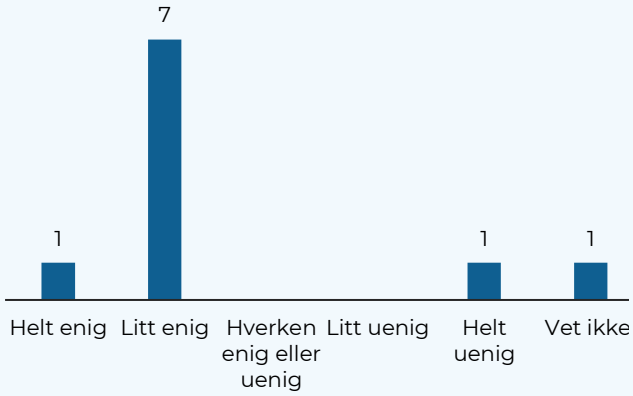
Funn fra spørreundersøkelsen og intervjuene viser at det benyttes ulike finansieringsmodeller blant enhetene vi har vært i kontakt med. Det er relativt vanlig at helseforetaket kjøper tjenester av kommunen for å kunne gi sitt tilbud (Figur 4-6). Det er mindre utbredt at kommunen kjøper tjenester av helseforetaket (Figur 4-7). I

Figur 4-3: Dagens samarbeidsmodell mellom vår kommune og helseforetaket fungerer godt



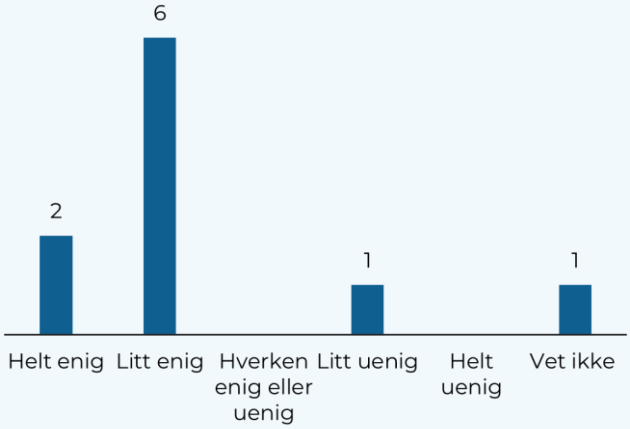
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=11

Figur 4-4: Det er tydelig ansvars- og rollefordeling mellom vår kommune og helseforetaket



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=11

Figur 4-5: Det faglige ansvaret er tilstrekkelig avklart



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=10

spørreundersøkelsen var det kun Hallingdal sjukestugu som oppga en slik finansieringsordning. Intervjumaterialet viser imidlertid at dette også forekommer ved Klinikk Alta, der kommunen kjøper to stillinger knyttet til svangerskapstjenester fra helseforetaket. I begge disse tilfellene er det også helseforetaket som har driftsansvaret for enheten.

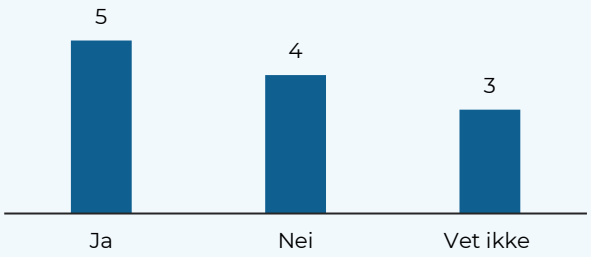
4.2.2 Finansieringskilder

Når det gjelder andre finansieringskilder, var det kun DMS Midt-Troms som oppga at deler av virksomheten finansieres gjennom statlige takster for kommunale tjenester (Figur 4-8). For fem av enhetene benyttes ikke denne finansieringsformen, mens syv ledere oppga at de ikke vet. Dette kan tyde på at det er usikkerhet hos ledelsen når det gjelder hvordan virksomheten finansieres.

Vi ser en lignende tendens for bruk av DRG-poeng som finansieringsgrunnlag. Fire ledere oppga at deres sykestue, LMS eller DMS finansieres på denne måten, mens tre svarte at tjenesten ikke finansieres på denne måten og fem svarte at de ikke vet (Figur 4-9).

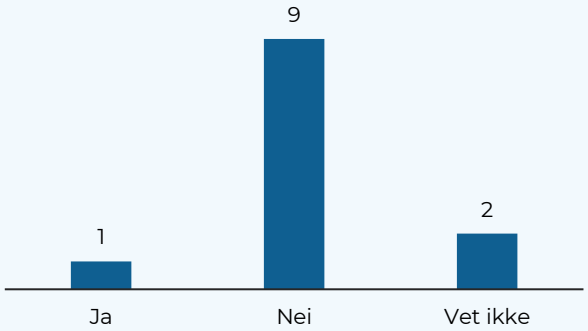
Intervjuene viste også at det i en del tilfeller er uklart hvem som har ansvar for finansieringen når det er behov for større investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. Slike investeringer er nødvendige for å opprettholde eller videreutvikle tilbudene, men i avtalene som ligger til grunn for tilbudene, er det ikke alltid tydelig om kostnadene skal bæres av kommunen eller helseforetaket.

Figur 4-6: Helseforetaket kjøper tjenester fra kommunen for å kunne gi sitt tilbud ved sykestuen/LMS/DMS



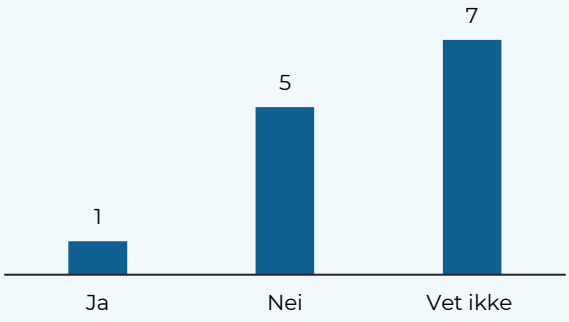
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=12

Figur 4-7: Kommunen kjøper tjenester fra helseforetaket for å kunne gi sitt tilbud ved sykestuen/LMS/DMS



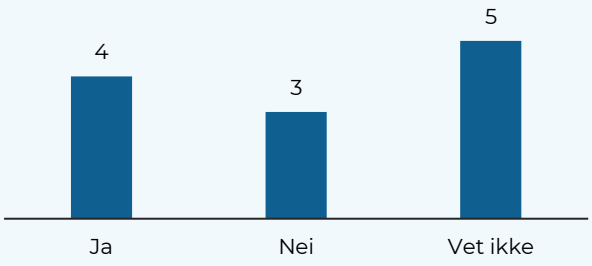
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=12

Figur 4-8: Deler av virksomheten blir finansiert av takster fra staten til kommunale helsetjenester (KUHR)



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

Figur 4-9: Deler av virksomheten blir finansiert gjennom DRG-poeng (innsatsstyrt finansiering fra staten til helseforetaket)



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

4.2.3 Finansiering av lokale

Det er variasjon i hvordan lokalene for sykestuer, LMS og DMS finansieres. Syv av lederne oppga i spørreundersøkelsen at helseforetaket leier lokaler av kommunen, mens fem oppga at dette ikke er tilfellet (Figur 4-10). Når det gjelder deling av kostnader til fellesarealer, oppga fire respondenter at helseforetaket og kommunen deler på kostnadene til fellesarealer, mens seks oppga at kostnadene ikke deles, og to oppga at de ikke vet (Figur 4-11). Svarene viser at det heller ikke for lokaler er én felles modell som brukes på tvers av de ulike sykestuene, LMS og DMS, men at det er variasjon i hvordan helseforetakene og kommunene har organisert dette.

4.2.4 Finansiering og ansvar for utstyr

Svarene fra spørreundersøkelsen blant lederne viser at ansvars- og kostnadsdeling knyttet til utstyr er like lite standardisert som for lokaler. Åtte respondenter oppga at helseforetaket og kommunen ikke deler på kostnader til utstyr, to oppga at helseforetaket og kommunen deler på kostnadene, og tre oppga at de ikke vet (Figur 4-12). Dette tyder på at det i liten grad er samarbeid mellom helseforetak og kommune om utstyr på sykestuene, LMS og DMS.

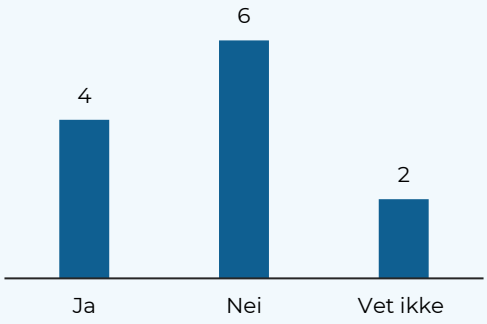
Bildet er mer delt når det gjelder ansvar for innkjøp av utstyr som brukes til å levere spesialisthelse-tjenester. Seks respondenter oppga at helseforetaket har dette ansvaret, mens like mange svarte at

Figur 4-10: Helseforetaket leier lokaler av kommunen



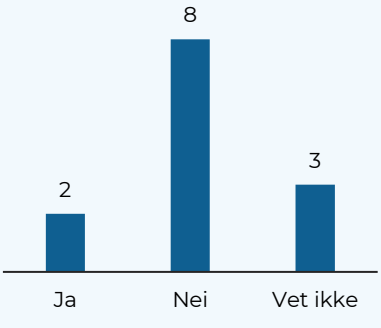
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N= 12.

Figur 4-11: Helseforetaket og kommunen deler på kostnadene til fellesarealer ved sykestuen/LMS/DMS

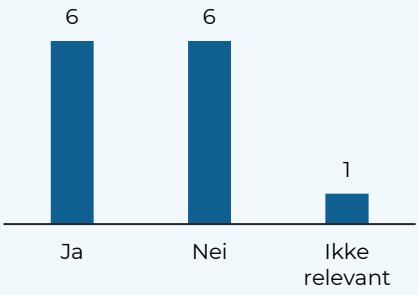


Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N= 12.

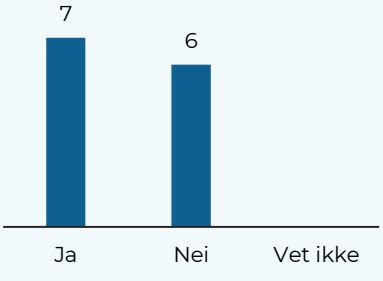
Figur 4-12: Helseforetaket og kommunen deler på kostnadene til utstyr ved sykestuen/LMS/DMS



Figur 4-13: Helseforetaket er ansvarlig for innkjøp av utstyr som brukes til å levere spesialisthelsetjenester



Figur 4-14: Helseforetaket er ansvarlig for vedlikehold av utstyr som brukes til å levere spesialisthelsetjenester



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

dette ikke er tilfellet, og én oppga at spørsmålet ikke er relevant (Figur 4-13). Tilsvarende variasjon gjelder for ansvar for vedlikehold av utstyr. Syv respondenter oppga at helseforetaket har ansvar for vedlikehold, mens seks svarte at dette ikke er tilfellet (Figur 4-14). Svarene viser at både investerings- og vedlikeholdsansvar for utstyr er organisert på ulike måter, og at dette ikke er en standardisert ansvarsdelingen.

4.3 Økonomisk forutsigbarhet og bærekraft

Lederne ble i forlengelse av spørsmålene om finansieringsmodell bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at modellen samlet sett er økonomisk bærekraftig (Figur 4-15). Svarene viser at flertallet vurderer egen finansieringsmodell som lite bærekraftig, selv om vurderingene varierer mellom enhetene. DMS Midt-Troms skiller seg ut ved at finansieringsmodellen her i stor grad vurderes som bærekraftig. Dette senteret er også en del av Prosjekt X, et utprøvingsarbeid som prøver ut nye samarbeidsmåter mellom kommune og sykehus.

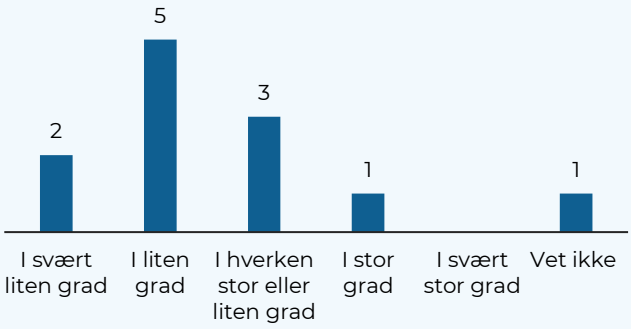
Flere utdypet med fritekstsvar for å beskrive hva som ligger bak vurderingene. Det pekes her på at vertskommunen har indirekte kostnader som i liten grad fanges opp i dagens finansieringsmodeller, og som er krevende å dokumentere og innarbeide i leiepris eller andre fordelingsmekanismer. Dette gjelder særlig administrative kostnader og støttefunksjoner som ligger utenfor selve enheten, som lønn og personaloppfølging, økonomi og strategisk ledelse, men som likevel er nødvendige for å drifte tilbudet. Svarene viser at dagens modeller ikke treffer måten tilbudene faktisk er organisert på, særlig der kommune og helseforetak har en form for samdrift av sengepost.

Intervjuene bekreftet funnene fra spørreundersøkelsen, og informantene pekte på at økonomisk risiko og restkostnader i praksis ofte blir liggende hos vertskommunen. Flere beskrev at det kan være krevende å finne finansieringsmodeller som både er tilpasset lokale organisasjonsformer og som gir en rimelig fordeling av kostnader mellom nivåene. Det ble beskrevet ulike finansierings-modeller med fast eller historisk fastsatt finansiering som i begrenset grad justeres for faktisk bruk eller endrede behov over tid. Dette kan innebære at kommunene dekker betydelige kostnader til drift, personell og utstyr, mens gevinster i form av reduserte sykehusinnleggelser i hovedsak tilfaller helseforetaket.

4.3.1 Økonomisk forutsigbarhet for helseforetaket

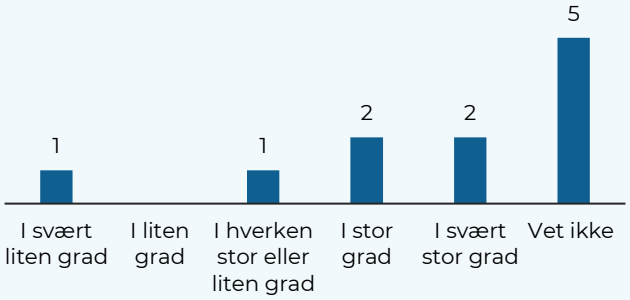
Lederne hadde delte meninger om finansieringsmodellen ved deres sykestue, LMS eller DMS gir økonomisk forutsigbarhet for helseforetaket (Figur 4-16). De fleste oppga at de ikke vet i hvilken grad dagens finansieringsmodell gir økonomisk forutsigbarhet for helseforetaket, noe som indikerer at lederne i begrenset grad har innsikt i helseforetakets økonomi eller vurderinger av finansieringsmodellen. Blant respondentene som har en oppfatning av den økonomiske forutsigbarheten for helseforetaket, heller svarene samlet sett mot at helseforetaket i stor eller svært stor grad har økonomisk forutsigbarhet.

Figur 4-15: I hvilken grad opplever dere at finansieringsmodellen samlet sett er økonomisk bærekraftig?



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

Figur 4-16: I hvilken grad opplever dere at dagens finansieringsmodell mellom helseforetaket og kommunene gir økonomisk forutsigbarhet for helseforetaket?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N=11

Lederen ved DMS Midt-Troms utdypet i fritekstsvar at hovedavtalen regulerer budsjettutviklingen gjennom justeringer i tråd med statlig deflator, og at avvik mellom budsjett og regnskap skal drøftes underveis i regnskapsåret med sikte på å avtale tiltak. Utover dette ga verken fritekstsvarene eller intervjuene et tydelig grunnlag for å vurdere økonomiske forutsigbarhet for helseforetaket. Intervjuene indikerer at kommunale aktører i liten grad er involvert i eller har oversikt over helseforetakenes økonomiske rammer, og at økonomidialogen i hovedsak er rettet mot kommunenes egen risiko og kostnadsutvikling.

Samlet sett viser svarene fra spørreundersøkelsen og intervju at mange enten mangler grunnlag for å vurdere helseforetakets økonomiske forutsigbarhet, eller oppfatter denne som relativt god sammenlignet med kommunenes situasjon. Variasjonen i svar, og at mange svarte «vet ikke», tyder på at helseforetakets økonomi i liten grad er et sentralt tema i samarbeidet.

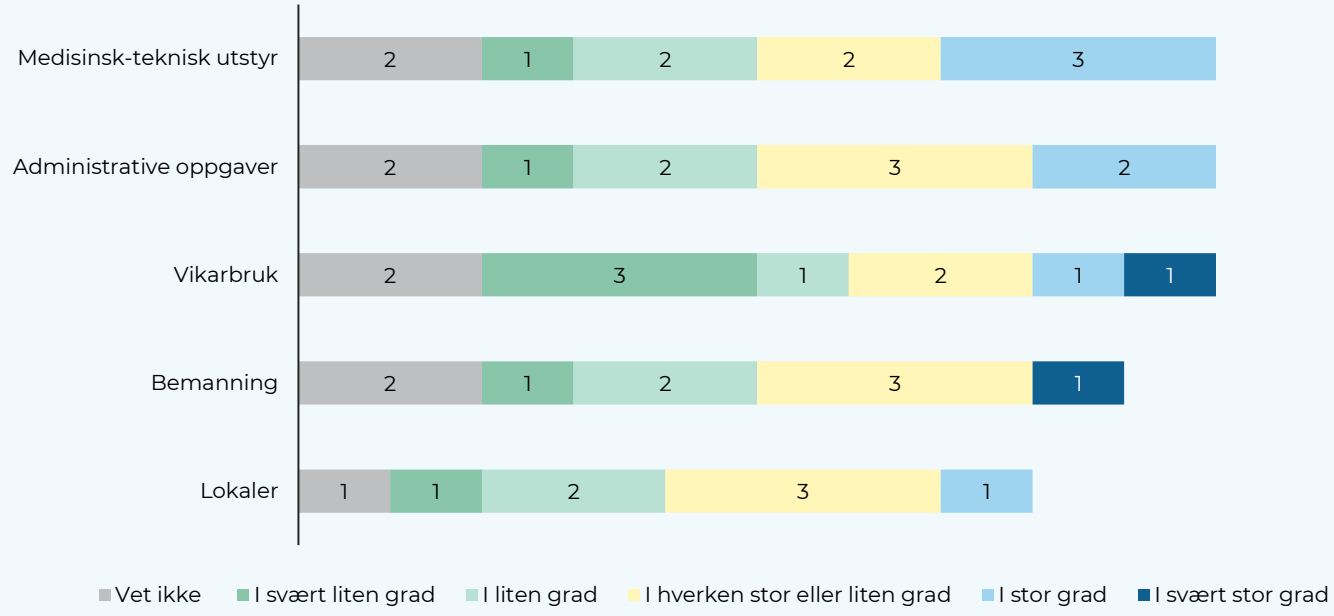
Det er variasjon i hvilke kostnadsposter lederne vurderer som krevende for helseforetaket (Figur 4-17). Svarene tyder på at hvilke kostnader som oppleves som mest belastende i stor grad avhenger av hvordan drift, bemanning og ansvar er organisert, samt hvilke tjenester som inngår i det lokale tilbudet, og det er ikke mulig å finne et tydelig mønster i hva som er mest krevende.

Samlet sett underbygger dette at helseforetakenes kostnader knyttet til sykestuer, LMS og DMS ikke lar seg forstå uavhengig av lokal organisering, arbeidsgiveransvar og tjenesteinnhold, og at det derfor er betydelige forskjeller i hvilke økonomiske utfordringer helseforetakene møter i ulike enheter.

4.3.2 Opplevd rettferdighet mellom helseforetak og kommune i finansieringsmodellen

Vurderingene av økonomisk bærekraft og hvilke kostnadsposter som oppleves som mest krevende, belyser hvordan aktørene oppfatter fordelingen av kostnader og ansvar mellom kommune og helseforetak. I spørreundersøkelsen ble lederne bedt om å vurdere i hvilken grad dagens finansieringsmodeller oppleves som rettferdige. Svarene viser at flertallet vurderer samarbeidsmodellen med helseforetaket som lite rettferdig (Figur 4-18). Samtidig finnes det også vurderinger i motsatt retning, og enkelte som svarte «vet ikke».

Figur 4-17: I hvilken grad er følgende kostnadsposter knyttet til sykestuen/LMS/DMS krevende for helseforetaket?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS.

I fritekstsvarene har lederne utdypet hva de opplever som urettferdig i finansieringsmodellen. Flere beskriver at kommunene over tid har fått ansvar for stadig flere og mer krevende oppgaver, blant annet som følge av tidligere utskriving av pasienter med større og mer komplekse oppfølgings-behov, uten at dette er fulgt av tilsvarende justering i finansieringen. Særlig legevakttjenesten blir trukket frem som et område der krav og forventninger har økt betydelig, samtidig som kommunene må dekke kostnader til lokaler, medisinsk-teknisk utstyr, forbruksmateriell, IKT og kompetanseutvikling innenfor stramme rammer. En leder pekte også på strukturelle forhold ved finansieringen, herunder bruk av selvstendig næringsdrivende leger og manglende øremerking av midler, som bidrar til at kommunene bærer en stor del av kostnadene uten å ha tilsvarende økonomisk handlingsrom.

4.4 Samarbeidsrutiner

Svarene fra spørreundersøkelsen blant ledere viser at det er variasjon i om det er etablert felles samarbeidsarenaer for ansatte i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene, som for eksempel felles fagmøter (Figur 4-19). Fire ledere oppga at slike arenaer er etablert, mens seks svarte at de ikke er det.

Intervjuene utdyper dette og viser at samarbeidet i stor grad organiseres ulikt. Ved enkelte sentre er det etablert faste og formaliserte møteplasser mellom kommune og helseforetak. Ved Klinikk Alta beskrives det for eksempel jevnlige samarbeidsmøter mellom ledelsen ved klinikken, kommunens ledelse og samhandlingskoordinator, med om lag kvartalsvis frekvens, som gir en arena for dialog. Også ved Hallingdal sjukestugu har de etablerte samarbeidsarenaer både på administrativt og klinisk nivå, med faste møter og tydelige strukturer for dialog mellom nivåene.

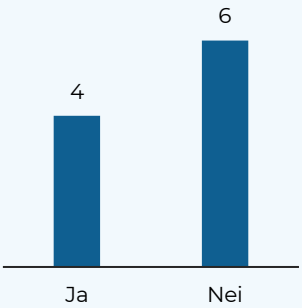
I andre sentre fremstår samarbeidet i større grad som uformelt og personavhengig. Flere informanter beskrev lav terskel for faglig kontakt i det daglige, særlig der tjenestene er samlokalisert, men uten at dette er supplert med faste, formaliserte arenaer for felles læring eller utvikling. Slike samarbeidsformer oppleves ofte som velfungerende i praksis, men trekkes samtidig frem som sårbare ved endringer i bemanning eller organisering, og i mindre grad egnet for systematisk kompetansedeling over tid.

Figur 4-18: I hvilken grad opplever dere at dagens finansieringsmodell mellom helseforetaket og kommunene er rettferdig?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N= 10

Figur 4-19: Er det etablert felles samarbeidsarenaer for ansatte i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene, for eksempel felles fagmøter?



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere ved sykestue/LMS/DMS. N= 10

SJUKESTUGU I HALLINGDAL

VERTSKOMMUNE: Ål

INNBYGGERTALL: 5 106 (Ål)

SAMARBEIDSKOMMUNER: Flå, Gol, Hemsedal, Hol og Nesbyen

NÆRMESTE SYKEHUS: Ringerike sykehus

REISEVEI TIL SYKEHUS: Ca. 2 timer



ORGANISERING

Hallingdal sjukestugu er et samarbeid mellom de seks kommunene i Hallingdal og Ringerike sykehus. Sjukestugu fungerer som et mellomnivå mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Samlokaliseringen av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for fleksibel bruk av personell og samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten. Sjukestugu har totalt 20 sengeplasser, hvorav 10 er sykehussenger, 6,9 er kommunale senger og 3,1 er KAD-senger. I praksis brukes sengene etter behov, ikke avhengig av hvordan de er definert.

HISTORIE

Sjukestugu ble etablert for å sikre befolkningen i Hallingdal tilgang til spesialisthelsetjenester i nærheten av der de bor. Tilbudet har utviklet seg gradvis i tråd med nasjonale føringer om desentralisering og samhandling. Rundt 2011 var det bekymring for sjukestugu kom til å bli videreført, fordi helseforetaket vurderte å legge ned driften som den gang besto av 14 senger. Innføringen av kommunale akutte døgnplasser (KAD) og lokale initiativ førte til utbygging av en intermediæravdeling med til sammen 20 senger, og dette sikret videreføring og styrking av tilbudet på sjukestugu.

FINANSIERING

Driftsutgiftene fordeles med 60% på helseforetaket og 40% på kommunene, der vertskommunen garanterer for det samlede kommunale bidraget. Bygget eies av Ål, og Vestre Viken har en langsiktig leieavtale på 25 år for poliklinikklokalene og 10 sykehussenger. I tillegg er det en avtale om kommunal medfinansiering for de resterende sengeplassene. Vertskommunen har et særlig ansvar ved at de eier bygningsmassen og finansierer de kommunale intermediærsengene for så å viderefakturere de øvrige kommunene. Denne finansieringen er basert på bruk av sengeplassene, og det er Ål som dekker underskuddet hvis belegget ikke er høyt nok til å dekke kostnadene.

TJENESTER OG PASIENTGRUPPER

Hallingdal sjukestugu har et bredt tjenestetilbud som inkluderer somatisk sengepost, poliklinikk, dialyseavdeling, hjerteskole og et ressurssenter for pasient- og pårørendeopplæring. Sengeposten muliggjør også polikliniske tilbud som onkologisk dagbehandling, dialyse og andre tilbud som krever lege til stede. Sjukestugu tilbyr også bildediagnostikk, laboratorietjenester og psykiatritilbud, i tillegg til klinikk for prehospitale tjenester med bilambulanse og base for Statens luftambulanse. Pasientene er i hovedsak personer som ellers ville hatt behov for sykehusinnleggelse eller oppfølging ved sykehus, men som kan få et likeverdig tilbud lokalt.

HVA FUNGERER BRA, OG HVA ER UTFORDRENDE?

Et tett samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten blir trukket frem som en styrke. Den viktigste utfordringen er finansieringsmodellen, der vertskommunen Ål bæret en betydelig økonomisk risiko. Dette gjør samarbeidsmodellen sårbar, spesielt dersom enkeltkommuner av økonomiske hensyn skulle velge å trekke seg ut .

5. Ansvars- og rollefordeling mellom verts-kommunen og øvrige kommuner

Det er variasjon mellom sykestuene, DMS og LMS om det er samarbeid med flere kommuner enn vertskommunen. Der flere kommuner inngår i samarbeidet, er det et stort spekter av modeller for samarbeid og kostnadsdeling. Det har blitt påpekt at en mulig ulempe for vertskommunen er at de i større grad enn de øvrige kommunene har en økonomisk risiko knyttet til tilbudet. Å finne en bærekraftig og rettferdig finansieringsmodell kan derfor være avgjørende for samarbeidet.

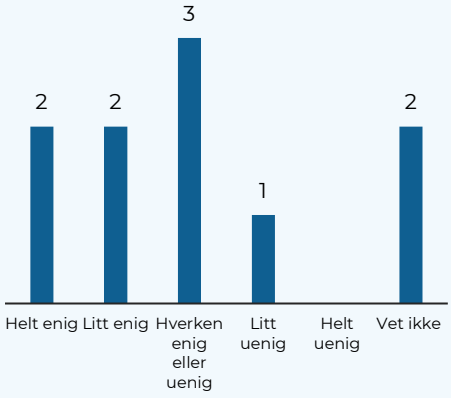
Sentrene vi har kartlagt i prosjektet, er organisert på ulike måter når det gjelder tilknytning til øvrige kommuner i opptaksområdet. I noen tilfeller er sykestue, LMS eller DMS etablert som et tilbud for én kommune, uten formelle samarbeidskommuner, mens tilbudet i andre tilfeller inngår i interkommunale ordninger der flere kommuner deltar.

5.1 Samarbeid mellom kommunene

Kommuneoverlegenes vurderinger viser at det er variasjon i hvor godt samarbeidet mellom verts-kommunen og de øvrige kommunene fungerer. Et flertall av kommuneoverlegene oppga at de er helt eller delvis enige i at både ansvars- og rollefordelingen mellom kommunene er tydelig (Figur 5-1, panel b), og at det faglige ansvaret er tilstrekkelig avklart (Figur 5-1, panel c). Også vurderingen av om samarbeidsmodellen samlet sett fungerer godt får i hovedsak støtte, selv om svarfordelingen her er noe mer variert enn for de øvrige påstandene (Figur 5-1, panel a).

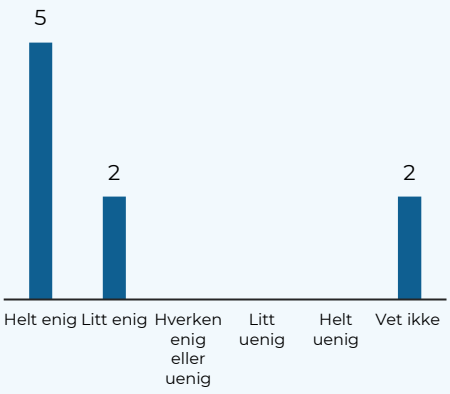
Figur 5-1: Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom dere som vertskommune og de andre kommunene i opptaksområdet:

a) Dagens samarbeidsmodell mellom vår kommune og de andre kommunene i opptaksområdet fungerer godt



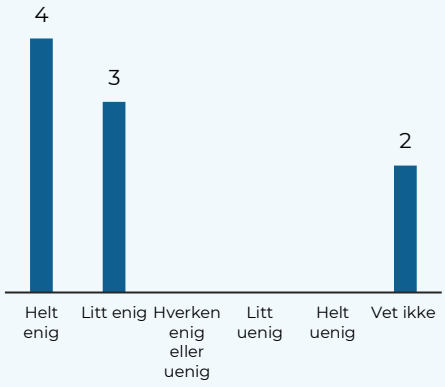
Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverleger i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=10.

b) Det er en tydelig ansvars- og rollefordeling mellom vår kommune og de andre kommunene i opptaksområdet



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverleger i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=9.

c) Det faglige ansvaret er tilstrekkelig avklart



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverleger i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=9.

Figur 5-2: Hvordan fordeler dere kostnader mellom kommunene som inngår i samarbeidet om sykestuen/LMS/DMS?



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverleger i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=11.

Samlet sett viser funnene at kommuneoverlegene i ganske stor grad opplever klare roller og faglig ansvarsavklaring i samarbeidet mellom kommunene, men at den overordnede vurderingen av hvor godt samarbeidet fungerer, varierer noe mer.

5.2 Fordeling av kostnader mellom kommunene

Svarene på spørreundersøkelsen blant kommuneoverleger viser at det er stor variasjon i hvordan kostnader fordeles mellom kommunene som inngår i samarbeid om sykestue, LMS eller DMS (Figur 5-2). Ingen respondenter oppga at kostnadene fordeles likt mellom kommunene, og det er heller ingen som svarte at kostnadsfordelingen skjer utelukkende etter faktisk bruk. De mest brukte modellene er ulike kombinasjoner av grunnfinansiering og fordeling etter folketall eller bruk, men også disse benyttes av et begrenset antall respondenter. Samtidig oppgir flere at de ikke vet hvordan kostnadene fordeles, eller at ordningen faller utenfor de forhåndsdefinerte kategoriene.

Fritekstsvarene under «annet» illustrerer bredden i praksis. I noen samarbeid deles kostnader kun for avgrensede tjenester, som legevakt og barnevernsvakt, mens øvrige kostnader bæres av vertskommunen og helseforetaket i henhold til egne avtaler, for eksempel basert på areal og bruk. I andre tilfeller beskrives fordelingsmodeller der driftsbudsjett eller regnskap fordeles etter en fast andel kombinert med fordeling etter folketall, eller der kommunene betaler en årlig refusjon til spesialisthelsetjenesten basert på forventet bruk av sykestue eller KAD. Flere peker på at slike ordninger i praksis ikke nødvendigvis reflekterer de faktiske kostnadene.

Hallingdal sjukestugu viser et konkret eksempel på hvordan slike fordelingsmodeller kan fungere. Her er det etablert en vertskommunemodell der Ål kommune har et særskilt ansvar og viderefakturerer øvrige kommuner. Kostnadsfordelingen er delvis knyttet til bruk, samtidig som vertskommunen bærer risikoen dersom bruken av kommunale plasser er lavere enn forutsatt. Dette trekkes i intervjuene frem som en kilde til økonomisk sårbarhet for vertskommunen, og illustrerer hvordan lokale fordelingsmodeller kan være krevende å håndtere når bruk og rammebetingelser endrer seg over tid.

5.3 Økonomisk forutsigbarhet og bærekraft for kommunene i samarbeidet

Når det gjelder økonomisk forutsigbarhet mellom vertskommunen og de øvrige kommunene, er det sprik i svarene fra kommuneoverlegene (Figur 5-3). Det er kun én kommuneoverlege som vurderer at dagens finansieringsmodell i stor grad gir økonomisk forutsigbarhet. Tre respondenter oppga at de ikke vet i hvilken grad modellen gir forutsigbarhet. I fritekstsvarene begrunnes dette

enten med at kommuneoverlegen ikke er involvert i de økonomiske prosessene, eller med at det ikke finnes øvrige samarbeidskommuner, slik at spørsmålet ikke oppleves som relevant.

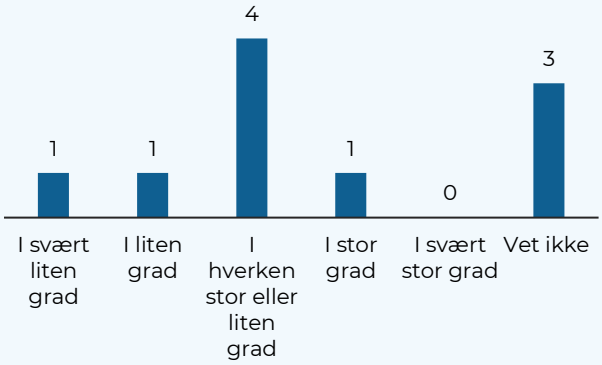
Blant kommuneoverlegene som vurderer forutsigbarheten som lav eller moderat, peker fritekstsvarene særlig på forhold knyttet til risikofordeling og bruk. Det beskrives at vertskommunen i enkelte samarbeid bærer hele den økonomiske risikoen for drift av kommunale plasser, samtidig som bruken kan variere mellom samarbeidskommunene og falle når kommuneøkonomien er presset. Dette trekkes frem som forhold som svekker forutsigbarheten i inntektsgrunnlaget. Videre pekes det på at reduksjon i tjenester, særlig akuttmedisinske tjenester på sykehus, kan føre til oppgave-forskyvning mot kommunene uten tilsvarende kompensasjon, og at økonomiske hensyn i slike situasjoner kan overstyre faglige vurderinger og behov.

Når det gjelder rettferdighet, viser svarene fra kommuneoverlegene i vertskommunene at mange opplever dagens finansieringsmodell mellom vertskommunen og øvrige kommuner som rettferdig (Figur 5-4). Samtidig fremkommer det også her noe usikkerhet, knyttet til de samme forholdene som ved vurderingene av økonomisk forutsigbarhet.

Når det gjelder økonomisk bærekraft, viser svarene fra kommuneoverlegene at flere i stor grad vurderer dagens modell som bærekraftig, samtidig som det også her finnes usikkerhet og enkelte mer kritiske vurderinger (Figur 5-5). Variasjonen i svarene kan skyldes at bærekraft i stor grad vurderes i lys av lokale forutsetninger, herunder kommuneøkonomi og stabilitet i bruk av tilbudet.

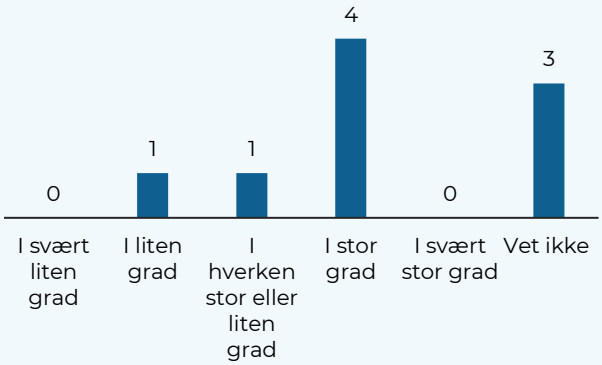
Samlet sett er det ikke mulig å gjøre en samlet vurdering av modellenes betydning for økonomisk forutsigbarhet, rettferdighet og bærekraft. Modellene er ulike og tilpasset de lokale forholdene, og konsekvensene for vertskommunen og øvrige kommuner kan derfor være ulike.

Figur 5-3: I hvilken grad opplever dere at dagens finansieringsmodell mellom vertskommunen og øvrige kommuner gir økonomisk forutsigbarhet?



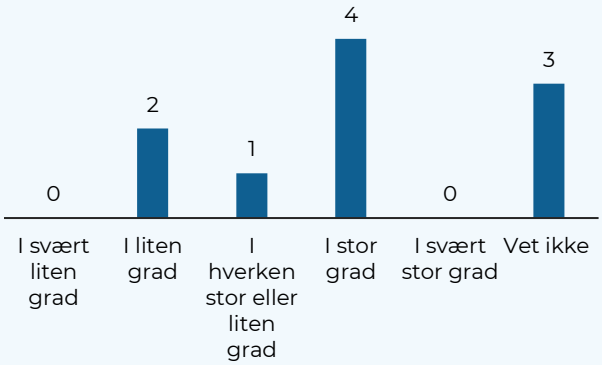
Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverlege i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=10.

Figur 5-4: I hvilken grad opplever dere at dagens finansieringsmodell mellom vertskommunene og øvrige kommuner er rettferdig?



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverlege i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=9.

Figur 5-5: I hvilken grad opplever dere at finansieringsmodellen samlet sett er økonomisk bærekraftig?



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverlege i vertskommunen til sykestue/LMS/DMS. N=10.

SUNNFJORD MEDISINSKE SENTER

VERTSKOMMUNE: Kinn

INNBYGGERTALL: 17 419

SAMARBEIDSKOMMUNER: Ingen

NÆRMESTE SYKEHUS: Førde sentralsjukehus

REISEVEI TIL SYKEHUS: Ca. én time



ORGANISERING

Ved Sunnfjord medisinske senter er kommunale helse- og omsorgstjenester for innbyggere i Kinn kommune samlokalisert med spesialisthelsetjenester levert av Helse Førde.

De kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene driftes separat, og det er ikke noe overlapp i personell eller utstyr. Samlokaliseringen legger imidlertid grunnlag for faglig samarbeid og kompetanseutvikling på tvers av tjenestene. Det jobbes blant annet for å få til felleskonsultasjoner der det kan være relevant.

HISTORIE

Sunnfjord medisinske senter ble opprinnelig etablert i forbindelse med at fastlegeordningen ble innført i 2001. Formålet var å samlokalisere fastlegene i kommunen på ett sted.

Da lokalsykehuset i Florø ble lagt ned i 2007 besluttet Helse Førde at enkelte spesialisthelsetjenester likevel skulle tilbys i Florø. Helseforetaket inngikk derfor en leieavtale med Sunnfjord medisinske senter.

FINANSIERING

Sentret drives som et aksjeselskap, hvor kommunen er inne som en av aksjonærene. Helseforetaket har på sin side ikke noe eierskap, men leier lokaler for drift av poliklinisk aktivitet av aksjeselskapet.

Driften av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten foregår helt separat, og det foreligger ingen felles driftsavtaler mellom sykehuset og kommunen.

TJENESTER OG PASIENTGRUPPER

Sunnfjord medisinske senter har et bredt tilbud av både private og kommunale helsetjenester, samt spesialisthelsetjenester. Kommunale helsetjenester omfatter legevakt, fastlegetjenester, fysioterapi, helsestasjon, kommunepsykolog, kreftkoordinator og psykiatri- og rustilbud. Spesialisthelsetjenester omfatter hudpoliklinikk, psykiatrisk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, i tillegg til blodbank. Senteret huser også ambulansetjenesten i Førde.

HVA FUNGERER BRA, OG HVA ER UTFORDRENDE?

Samlokalisering trekkes frem som fordelaktig for kompetanseutvikling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringer i Helse Førde har medført at det polikliniske tilbudet ved senteret over tid har blitt bygget ned. Dette omfatter blant annet nedleggelsen av tidligere røntgentilbud, i tillegg til planlagt nedleggelse av eksisterende hudpoliklinikk. For pasientene i kommunen og tilgrensende kommuner oppleves dette som uheldig, blant annet fordi nedleggelsen av tilbudet vil medføre en betydelig økning i reisevei. I og med at tilbudet ikke leveres som et samarbeid mellom helseforetaket og kommunen, har ikke kommunen vært delaktig i avgjørelsen.

6. Effekter av modellene

De fleste lederne og kommuneoverlegene som har svart på spørreundersøkelsen, mener tilbudet bidrar til en bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten. De trekker blant annet frem at tilbudene kan gi redusert behov for reising, bedre bruk av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten. Inntrykket fra ledere og kommuneoverleger er også at pasientene er fornøyde med tilbudet ved sykestuer, LMS og DMS, og at særlig kort reisevei og nærhet til pårørende er viktig. Det har også blitt nevnt at tilbudene bidrar til bedre medisinskfaglig beredskap i distriktene, og at dette er viktig for innbyggernes trygghet.

6.1 Betydning for helsetjenestens ressursbruk

Både ledere og kommuneoverleger har vurdert tilbudenes betydning for ressursbruken i helsetjenesten. Vurderingene gir samlet sett et bilde av hvordan tilbudene påvirker ressursbruken på tvers av tjenestenivåer, blant annet gjennom pasientflyt, bruk av personell og avlastning av sykehus. Samtidig viser svarene at betydningen for ressursbruk varierer mellom tilbud og er tett knyttet til hvordan tjenestene er organisert og videreutvikles.

6.1.1 Ledernes vurdering av betydning for ressursbruk

Åtte ledere svarte på om de opplever at sykestuen, LMS eller DMS bidrar til bedre ressursbruk i helsetjenesten. Seks ledere oppga at de opplever dette, mens to oppga at de ikke opplever dette. Lederne som opplever at tilbudet gir bedre ressursbruk, trakk frem at tilbudene kan bidra til bedre ressursbruk gjennom redusert reisebehov, bedre utnyttelse av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten. I svarene vises det blant annet til færre og kortere pasientreiser, mindre bruk av ressurser til transport, og at pasienter med behov for generalistkompetanse kan ivaretas lokalt, slik at sykehusenes kapasitet kan brukes til pasienter med behov for mer spesialisert behandling.

> *«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 spesialistkompetanse.»*

Sitat fra leder for sykestue/LMS/DMS

6.1.2 Kommuneoverlegenes vurdering av betydning for ressursbruk

Kommuneoverlegenes fritekstsvar viser gjennomgående at de ser ressursgevinster ved tilbudene. Syv kommuneoverleger kommenterte dette i utdypende fritekstsvar, der fem var svært positive, en var usikker og kun én vurderte bidraget som negativt. Legene trakk også frem at det er et potensial for forbedringer, og at ressursbesparelsene kan øke dersom tilbudene utvides til å omfatte flere polikliniske konsultasjoner.

> *«Definitivt. Samfunnsregnskapet er svært fordelaktig for denne modellen»*

Sitat fra kommuneoverlege

Respondenten som ga uttrykk for at tilbudet i deres tilfelle ikke bidrar til bedre ressursbruk, forklarte dette med at enheten legger beslag på en stor andel fagutdannet helsepersonell, og at kommunen har begrenset råderett over både bemanning og plasser.

Videre kommer det frem usikkerhet knyttet til den framtidige ressursbruken i tilfeller der tilbudene er i endring. En kommuneoverlege beskrev dette slik:

«Vi er usikre på om ressursbruken fremover blir like god som den har vært. Med DMS har det fungert godt, og man har kortet ned på antall liggedøgn på sykehuset. Etter omlegging av DMS vil ikke kommunen være i stand til å ta i mot disse pasientene lengre.»

Sitat fra kommuneoverlege

Samlet sett ga både ledere og kommuneoverleger uttrykk for at tilbudene i stor grad kan bidra til bedre ressursbruk i helsetjenesten, særlig gjennom redusert reisebehov, bedre utnyttelse av lokal kompetanse og avlastning av spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser svarene at gevinstene er avhengige av hvordan tilbudene er organisert og finansiert, samt av stabile rammebetingelser over tid. Der tilbud er under omlegging eller der kommunen har begrenset råderett over bemanning og kapasitet, uttrykkes det større usikkerhet knyttet til den framtidige ressursbruken.

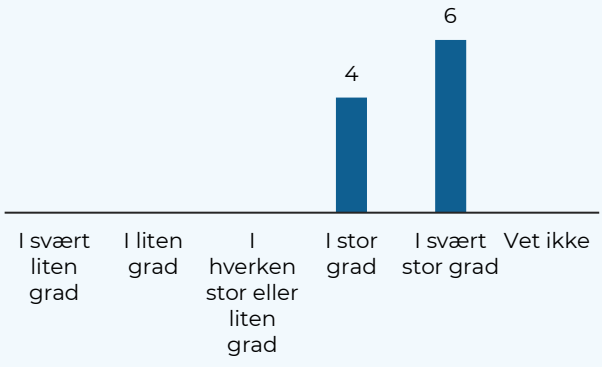
6.2 Pasienttilfredshet og trygghet

Både lederne for sykestuene, LMS og DMS og kommuneoverlegene beskriver at pasientene generelt er fornøyde med tilbudene. Alle respondentene i begge spørreundersøkelsen oppga at de opplever at pasientene i stor eller svært stor grad er fornøyde med tilbudet. Dette tyder på at tjenestene i stor grad oppleves som relevante og tilpasset pasientenes behov.

6.2.1 Kort reisevei og nærhet til pårørende

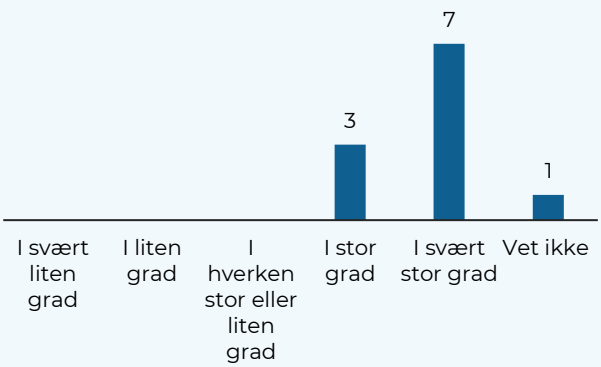
I intervjuene med kommuneoverleger og ledere ble det lagt vekt på at en viktig fordel med tilbudet ved sykestuer, LMS og DMS er at det gir kortere reisevei for pasientene. Dette er særlig en viktig fordel i distrikter der det er lang avstand til sykehus. Det ble trukket frem at dette er en fordel for flere grupper, både skrøpelige eldre, pasienter i arbeid og kronisk syke pasienter. For skrøpelige eldre kan lang reisevei til sykehus være så krevende at det i enkelte tilfeller ikke lar seg gjennomføre, og for kronisk syke pasienter er det en gevinst å slippe å jevnlig bruke lang tid på reise til sykehus. For pasienter i arbeid kan mulighet for behandling lokalt gjøre at de kan stå i jobb samtidig som de får behandling, og særlig for kronisk syke pasienter kan dette ha stor betydning. Dette ble også beskrevet i fritekstsvar i spørreundersøkelsen:

Figur 6-1: I hvilken grad opplever dere at pasientene er fornøyde med spesialisthelsetjenestene som tilbyd ved sykestuen/LMS/DMS



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneoverleger i kommuner som er vertskommune for sykestue/LMS/DMS. N=10

Figur 6-2: I hvilken grad opplever dere at pasientene er fornøyde med spesialisthelsetjenestene som tilbys ved sykestuen/LMS/DMS



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere for sykestuer/LMS/DMS. N=11

«Pasienten er svært fornøyd med kortere reisevei og kan kombinere poliklinikk og arbeid.»

Sitat fra leder for sykestue/LMS/DMS

I forlengelsen av at kortere reisevei er en fordel for pasientene, ble det også nevnt som en fordel at sykestuer, LMS og DMS gir pasientene mulighet til å få behandling i nærheten av sine pårørende. Dette gjør det enklere for pårørende å komme på besøk og støtte den som er i behandling.

«Pasienten innlagt i sengeposten har nærhet til pårørende og lokalmiljøet.»

Sitat fra kommuneoverlege

6.2.2 Tettere samarbeid lokalt

Enkelte ledere for sykestuer, LMS og DMS påpekte at samlokaliseringen av tjenester kan gi tettere samarbeid lokalt, og at dette kommer pasientene til gode gjennom mer koordinerte forløp. Når spesialisthelsetjenesten er til stede i nærmiljøet, kan det legges bedre til rette for dialog og planlegging med de kommunale helse- og omsorgstjenestene (for eksempel fastleger, hjemmetjeneste og sykehjem). Det er samtidig variasjon i omfanget av slikt samarbeid. Noen steder er det jevnlig kontakt og felles rutiner, mens andre steder er samarbeidet mindre formalisert. Likevel har flere nevnt at terskelen for å ta kontakt er lavere når aktørene befinner seg under samme tak eller i nærheten av hverandre, og at dette kan bidra til mer sammenhengende pasientforløp.

6.2.3 Medisinskfaglig beredskap

Flere informanter trakk frem at tilstedeværelsen av høy medisinsk kompetanse og beredskap i nærmiljøet bidrar til trygghet for pasientene. Dette gjelder særlig i distriktsområder med lang avstand til sykehus, der lokal tilgang til akutt helsehjelp kan være avgjørende. Et eksempel er Hallingdal sjukestugu, der erfaringen er at samlokalisering av tjenester og tilstedeværelse av spesialister bidrar til å redusere behovet for sykehusinnleggelser. En leder for sykestue, LMS eller DMS beskrev i spørreundersøkelsen dette som en av de viktigste fordelene ved tilbudet:

«Trygghet med høy medisinsk kompetanse og beredskap i nærmiljøet.»

Sitat fra leder for sykestue/LMS/DMS

6.2.4 Risiko for uklar ansvarsfordeling

En av legene i spørreundersøkelsen skrev at en ulempe for pasientene med tilbudet er at det kan være en uklar ansvarsfordeling ved innleggelse, og at det for enkelte pasienter kan gå lengre tid før de kommer til sykehus. Dette viser behovet for tydelige samarbeidsrutiner og avklaringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

«Største ulempe kan være uklar ansvarsfordeling ved innleggelse, og at noen får forsinket tid før de kommer til sykehus.»

Sitat fra kommuneoverlege

FOSEN DISTRIKTSMEDISINSKE SENTER

VERTSKOMMUNE: Ørland

INNBYGGERTALL: 10 627

SAMARBEIDSKOMMUNER: Indre fosen og Åfjord

NÆRMESTE SYKEHUS: St. Olavs hospital

REISEVEI TIL SYKEHUS: Ca. én time og 45 minutter



ORGANISERING

Fosen DMS er organisert under Fosen Helse IKS, et interkommunalt selskap eid av Indre Fosen, Åfjord og Ørland kommune, med ansvar for drift, økonomi og personal. Fosen DMS er juridisk lagt til vertskommunen Ørland, men styres og finansieres gjennom IKS-et.

St. Olavs hospital er tilknyttet gjennom avtaler og styringslinjer for spesialistpoliklinikk, dialyse og deler av sengeposten. Styringen skjer gjennom representantskap og styre, supplert av et helselederforum for løpende koordinering mellom kommunene.

HISTORIE

Fosen DMS ble etablert som del av et interkommunalt samarbeid om desentraliserte helsetjenester, i sammenheng med endringer i spesialisthelsetjenesten og behov for avlastning av sykehuset i Trondheim. Etter en periode med forprosjekter og pilotdrift ble virksomheten videreført i fast drift. Interkommunalt selskap ble valgt som organisasjonsform for å sikre lokal forankring, likebehandling av kommunene og fleksibilitet i samhandlingen med St Olavs hospital.

FINANSIERING

Driften av Fosen DMS er regulert gjennom faste avtaler mellom kommunene og St. Olavs hospital. Spesialistpoliklinikk og dialyse er fullfinansiert av sykehuset, mens sengeposten finansieres gjennom en delt modell mellom kommunene og helseforetaket, med kostnader fordelt etter fast fordelingsnøkkel. Utstyr og forbruksmateriell kjøpes gjennom St. Olavs hospital og finansieres av Fosen DMS. Lokalene eies av vertskommunen og leies av IKS-et, og eventuelle overskudd og underskudd fordeles mellom kommunene etter fordelingsnøkkel

TJENESTER OG PASIENTGRUPPER

Fosen DMS tilbyr spesialist- og kommunale tjenester samlokalisert i Ørland medisinske senter. Spesialist-poliklinikken omfatter blant annet øre-nese-hals, hud, gynekologi, radiologi og audiografi, med spesialister fra St. Olavs hospital. Senteret har en dialysesatellitt med tolv hemodialysestoler og en sengepost med fire spesialist-helsetjenestesenger, seks senger for medisinsk etterbehandling og tre for kommunal øyeblikkelig hjelp. Pasientene på senger for etterbehandlinger hovedsakelig fra Fosen-regionen og har ofte lang reisevei til sykehuset.

HVA FUNGERER BRA, OG HVA ER UTFORDRENDE?

Fosen DMS gir pasientene tilgang til spesialisthelsetjenester nær bosted og reduserer reisebelastningen betydelig. Pasienter og pårørende rapporterer om god kvalitet, kontinuitet og tettere oppfølging enn på sykehus. For sykehuset bidrar tilbudet til kapasitetsavlastning.

Samtidig forutsetter modellen relativt jevn bruk mellom kommunene for å oppleves som rettferdig. Rekruttering, særlig til sengeposten, er en utfordring, og kompetanseoverføring mellom nivåene skjer i hovedsak uformelt.

7. Diskusjon

Både kommuneoverleger og ledere for sykestuer, LMS og DMS opplever at tilbudet kan gi betydelige gevinster for pasientene, særlig i distriktsområder med lang reisevei til sykehus. Kortere reisevei, bedre samhandling og mer helhetlige pasientforløp trekkes frem som viktige fordeler. Samtidig peker flere på utfordringer knyttet til finansiering, ansvarsdeling og bærekraft. Erfaringene tyder på at godt samarbeid, tydelige avtaler og gode finansierings-modeller er viktige forutsetninger for at modellene skal fungere godt i praksis.

7.1 Hvilke modeller finnes for samlokalisering av kommunale og desentraliserte spesialisthelsetjenester?

Kartleggingen viser at sykestuer, LSM og DMS er forskjellige når det gjelder organisering, finansiering og tilbud. Det finnes ingen enhetlig modell, og betegnelsene varierer fra sted til sted uten noen tydelig sammenheng hverken med innhold i tilbudet eller grad av formaliserte samarbeids- og driftsavtaler. Det er eksempler på enheter som i sin helhet er driftet og finansiert av helseforetaket, og eksempler der det er tett samarbeid mellom helseforetaket og kommunen(e). Et eksempel på den første typen er Klinikk Alta, mens Hallingdal sjukestugu og Senja DMS er eksempler på enheter med tettere integrasjon og samarbeid.

Det virker i hovedsak å være vertskommunen for sykestuen, LMS eller DMS som samarbeider med helseforetaket. Noen steder samarbeider vertskommunen med andre kommuner i samme område, enten ved at de er med på å finansiere deler av tilbudet, eller ved at de har felles interkommunale tjenester på samme sted som de desentraliserte spesialisthelsetjenestene. Eksempler på dette er Hallingdal sjukestugu og DMS Sør-Helgeland.

Kartleggingen har også vist at det er variasjon i hvem som har arbeidsgiveransvar for helse-personellet som leverer spesialisthelsetjenestene. Dette kan ha betydning for kommunens mulighet til å beholde personell dersom en tjeneste blir lagt ned eller flyttet. Tilsvarende har det betydningen i hvilken grad det er et samarbeid mellom helseforetaket og kommunen, både økonomisk og organisatorisk, for hvilken innflytelse kommunen har på tilbudet om desentraliserte spesialist-helsetjenester.

Det virker langt på vei å være slik at organiseringen av de ulike sykestuene, LMS og DMS er avhengig av den lokale konteksten og historien. Noen steder har enhetene blitt etablert som svar på nedleggelse av et lokalsykehus, mens det andre steder har blitt etablert enheter som følge av lang reisevei til nærmeste sykehus, uten at det noen gang har vært et lokalsykehus i nærheten. I Finnmark er mange av sykestuene en videreføring av en lang tradisjon for denne typen tilbud. Med unntak av disse sykestuesengene, har vi ikke identifisert 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. Hver av enhetene virker å være sin egen modell, der organiseringen er et resultat av historie, politikk, juridiske og økonomiske rammer, og hva som har vært praktisk i den lokale konteksten.

Hvilke pasientgrupper modellen med desentraliserte spesialisthelsetjenester er relevant for, avhenger av tilbudet på den enkelte sykestue, DMS og LMS. Prosjektet har vist at det er et stort spenn i hvor avansert behandling og undersøkelser som tilbys. Flere av enhetene har tilbud som lysbehandling, dialyse, cytostatikabehandling og bildediagnostikk (røntgen, CT og/eller ultralyd), mens andre kun har tilbud om observasjon på sengeplass.

7.2 Status for utviklingen av sykestuer, LMS og DMS

I løpet av det siste året har det skjedd endringer ved flere sykestuer, LMS og DMS. Endringene omfatter blant annet nedbygging og avvikling av flere enheter, herunder avvikling av intermediær-sengepost/spleiselagssenger ved Steinkjer DMS og Stjørdal DMS, i tillegg til UNNs vedtak om

avsluttet delfinansiering for sykestuesenger i Nord-Troms, og planlagt nedleggelse av hudpoliklinikken ved Sunnfjord medisinske senter.

Samtidig finnes det også eksempler på steder der utviklingen går motsatt vei. Ved Fosen DMS har St. Olavs hospital nylig besluttet å utvide dialysetilbudet, og ved DMS Sør-Helgeland planlegges det en utvidelse av tjenestetilbudet.

Det pågår også flere prosjekter som innebærer etablering av nye enheter. Dette inkluderer blant annet Gran kommune, hvor det bygges et nytt LMS og Kristiansund, hvor Helse Møre og Romsdal, Kristiansund kommune og Nordmøre Interkommunalt Politisk Råd samarbeider om utviklingen av et nytt DMS.

Flere av sykestuene, LMS og DMS beskriver at det er behov for mer bærekraftige finansierings-modeller. Ved Hallingdal sjukestugu jobber de med å finne en ny finansieringsmodell for de 20 sengeplassene, slik at den økonomiske risikoen for vertskommunen blir mindre. I Nord-Troms har helseforetaket valgt å trekke seg ut sykestuene, blant annet som følge av uklar ansvarsfordeling og manglende avtaler om finansiering og kvalitetskrav. Denne typen endringer illustrerer at modellene kan være sårbare for endrede rammebetingelser, og viser behovet for forutsigbare samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene.

Det finnes i liten grad nasjonale føringer eller standardiserte modeller for hvordan sykestuer, LMS og DMS skal organiseres og finansieres. Dette gir rom for fleksibilitet og lokal tilpasning, men kan også føre til ulikhet i tilbudene og omfattende utredningsarbeid for både kommuner og helseforetak. Dette betyr ikke at det bør etableres én modell som skal passe for alle, men at det er viktig å legge til rette for læring på tvers, samtidig som det er rom for at modellene kan tilpasses lokale forhold.

7.3 Hva er erfaringene med og effekter av ulike modeller?

Erfaringene tyder på at modellene med desentraliserte spesialisthelsetjenester er et tilbud som bidrar positivt til pasienttilfredshet. Kommuneoverleger og ledere ved enhetene forteller at pasientene som får behandling generelt er svært fornøyde med tilbudet. De trekker særlig frem kortere reisevei og nærhet til pårørende som positive effekter for pasientene. For skrøpelige eldre eller kronisk syke med behov for jevnlig behandling betyr muligheten for lokal behandling at de slipper lange reiser, og dette bidrar til økt trygghet og reduserer belastning. Kortere reisevei kan også gjøre det enklere for yrkesaktive pasienter å kombinere behandling med jobb. Nærhet til lokalmiljøet gjør også at pårørende lettere kan bidra med støtte og besøke pasientene hyppigere. Enkelte steder forteller informantene at den lokale samlokaliseringen av tjenester gir mer helhetlige og koordinerte pasientforløp, fordi terskelen for kontakt og dialog mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste blir lavere når de befinner seg under samme tak. Betydningen for pasientene og pårørende er ikke kartlagt direkte, men gjennom ledere og kommuneoverleger med innsikt i tilbudet. Mer kunnskap om pasienters og pårørendes erfaringer med tilbudet, og betydningen av å ha pårørende i nærheten, kan bidra med nyttig kunnskap i utviklingen av nye og eksisterende tilbud.

Det er delte meninger om hvordan tilbudene påvirker ressursbruken i helsetjenesten samlet sett. Enkelte informantene mener tilbudene bidrar til besparelser for helsetjenesten, mens andre er tydelige på at tilbudet er relativt kostbart, men samtidig viktig for lokalbefolkningen. Informantene som mener tilbudet gir besparelser, peker blant annet på at tilbudet fører til færre og kortere pasientreiser og dermed mindre behov for ambulanse- og pasienttransport, og at pasientene som behandles på de lokale enhetene bidrar til at sykehusene avlastes. Trolig er det relativt stor variasjon mellom enhetene i hvilken betydning de har for den samlede ressursbruken, både fordi de har ulike finansieringsmodeller, er innrettet ulikt og har ulik avstand til sykehus. Det er derfor ikke mulig å gi ett svar på betydningen for samlet ressursbruk som gjelder på tvers av ulike enheter.

Det er samtidig en del utfordringer ved modellene. Flere beskriver at det er vanskelig å finne finansieringsmodeller som oppleves som forutsigbare og rettferdige for både helseforetak og kommunene i samarbeidet, og at ansvarsfordelingen kan være utydelig. Flere ledere påpekte i fritekstsvar at kostnadene for vertskommunen knyttet til for eksempel administrasjon og andre støttefunksjoner i liten grad fanges opp av dagens finansieringsmodeller. Dette innebærer at kommunene har utgifter som ikke kompenseres fullt ut gjennom avtalene med helseforetaket eller

de andre kommunene. En del ledere mener derfor at finansieringsmodellene er lite økonomisk bærekraftige. Samtidig opplever noen at de har en god finansieringsmodell. Ettersom utfordringer knyttet til finne bærekraftige finansieringsmodeller går igjen som en utfordring ved flere enheter, vil det trolig være nyttig dersom det ble utredet og etablert forslag til modeller eller prinsipper for finansiering og kostnadsdeling, både mellom helseforetaket og kommunene.

Videre pekte enkelte informanter på at det kan oppstå uklarheter i ansvar og rutiner mellom helseforetaket og kommunene. En kommuneoverlege understreket at en ulempe for pasientene kan oppstå hvis ansvarsfordelingen ved innleggelse er uklar, noe som i verste fall kan medføre forsinkelser før pasienter kommer til riktig behandlingsnivå.

Erfaringene tyder på at lokale forhold og tradisjon for samarbeid har betydning for i hvilken grad tilbudene oppleves som vellykkede. I områder med stor avstand til sykehus, slik som i Finnmark, har sykestuer vært nødvendige for å sikre nærhet til akuttilbud og spesialisthelsetjenester. Intervjuene viser at gode avtaler og finansieringsmodeller, samt tradisjon for samarbeid er en suksessfaktor. Eksempler på dette er Klinikk Alta, hvor det avholdes jevnlige møter mellom klinikkledelsen, kommunalsjef og samhandlingskoordinator, og ved Hallingdal sjukestugu, der det er etablert faste samarbeidsforum både administrativt og klinisk. Informantene pekte på at slike strukturer er viktige for å kunne løse problemer raskt og dele kompetanse. Et annet sted fortalte de at samarbeidet med sykehuset i stort fungerer godt, men at det er ulik innstilling til det desentraliserte tilbudet hos de enkelte klinikklederne, og at dette til en viss grad påvirker samarbeidet.

Alt i alt er det ikke én enkeltmodell som peker seg ut som «best» på tvers av enhetene vi har kartlagt, og 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 vertskommunen. Det er også gjennomgående at tydelige avtaler om ansvar og finansiering går igjen ved enhetene der erfaringene er gode. Når dette er til stede, tyder funnene fra kartleggingen på at organiseringen og modellen kan tilpasses lokale forhold og behov, og at den kan gi gevinster for pasientene, spesielt i distriktsområder hvor det er lang vei til sykehus. I arbeidet med å etablere nye enheter, eller videreutvikle eksisterende enheter, er vår anbefaling derfor å se til sykestuer, LMS og DMS der flere tilbud er samlokalisert, og der det er et aktivt samarbeid mellom helseforetaket og kommunen om utvikling av tilbudet.

8. Referanser

Baaske, M., Bringedal, K. H., Halvorsen, H. E. & Helge, T., 2013. *Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen,* s.l.: Deloitte/KS.

Forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud, 2016. *Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp tilbud (FOR-2015-11-13-1287).* [Internett]
Available at: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-11-13-1287

Gran kommune, 2026. *Informasjon om prosjektet.* [Internett]
Available at: https://www.gran.kommune.no/tjenester/planer-og-prosjekter/prosjekter/sagatangen-helsehus/informasjon-om-prosjektet
[Funnet 2026].

Helse Møre og Romsdal, 2025. *DMS Kristiansund.* [Internett]
Available at: https://www.helse-mr.no/om-oss/sjukehuset-nordmore-og-romsdal/dms-i-kristiansund/
[Funnet 2026].

Helse Nord, 2024. *Styresak 105-2024.* [Internett]
Available at: https://www.unn.no/4aecc6/siteassets/documents/styremoter-dokumenter/2024/styredokumenter_171224/sak-105---sykestuesenger-i-nord-troms.pdf#:~:text=Det%20er%20sykestue%20i%2015%20av%2018%20finnmarkskommuner.%20Vertskommunene%20for&text=Helsefellesskapet%20
[Funnet 9 April 2026].

Helse Nord, 2025. *Styresak 127–2025/7.* [Internett]
Available at: https://www.helse-nord.no/4ad78e/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2025/20251126/styresak-127-2025-14-sporsmal-besvart-i-stortinget-om-sykestuesenger-og-dogntilbud-psykisk-helse---oppdatert.pdf
[Funnet 2026].

Helse Nord-Trøndelag, 2026. *Endringer i tilbud ved distriktsmedisinske sentre (DMS).* [Internett]
Available at: https://www.hnt.no/helsefaglig/samhandling/fastlegenytt/endringer-i-tilbud-ved-dms/
[Funnet 2026].

Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. *Oppdragsdokument 2013 Helse Nord RHF,* s.l.: s.n.

Helsereformutvalget, 2025. *Mandat.* [Internett]
Available at: https://nettsteder.regjeringen.no/helsereformutvalget/mandat/
[Funnet 01 09 2026].

Leonardsen, A.-C. L., Lappegard, Ø., Garåsen, H. & Aaraas, I. J., 2017. Desentraliserte helsetjenester. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Volum 137.

Meld. St. 16 (2010-2011), 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).* s.l.:Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 47 (2008-2009), 2009. *Samahndlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid,* s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2015. *Sykestuder er ikke KAD.* [Internett]
Available at: https://nsdm.no/arkiv/nyheter_cms/2015/oktober/sykestuer-er-ikke-kad/609.html
[Funnet 09 01 2026].

NOU 2005: 3, 2005. *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste,* s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2023: 4, 2023. *Tid for handling,* s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2023: 8, 2023. *Fellesskapets sykehus,* s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Olsen, T. & Gjertsen, H., 2011. *Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark,* s.l.: Nordlandsforskning.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, 2012. *Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark,* s.l.: s.n.

Sykehusloven, 1969. *Lov om sykehus m.v (LOV-1969-06-19-57).* [Internett]
Available at: https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1969-06-19-57

Aaraas, I., 1998. General Practitioner Hospitals: Use and Usefulness: A study from Finnmark County in North Norway.

Aaraas, I., 2003. Sykestuen - en gammel institusjon for fremtiden. *Ottar: Populærvitenskapelig tidsskrift fra Tromsø Museum*.

Aasheim, R. & Kleppen, T., 2012. *Hovedprosjektet Hallingdal lokalmedisinske senter - Prosjektrapport. HSS 2012 Sak 045,* s.l.: s.n.

oslo economics

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562
Vika
0118 Oslo