Sammendrag

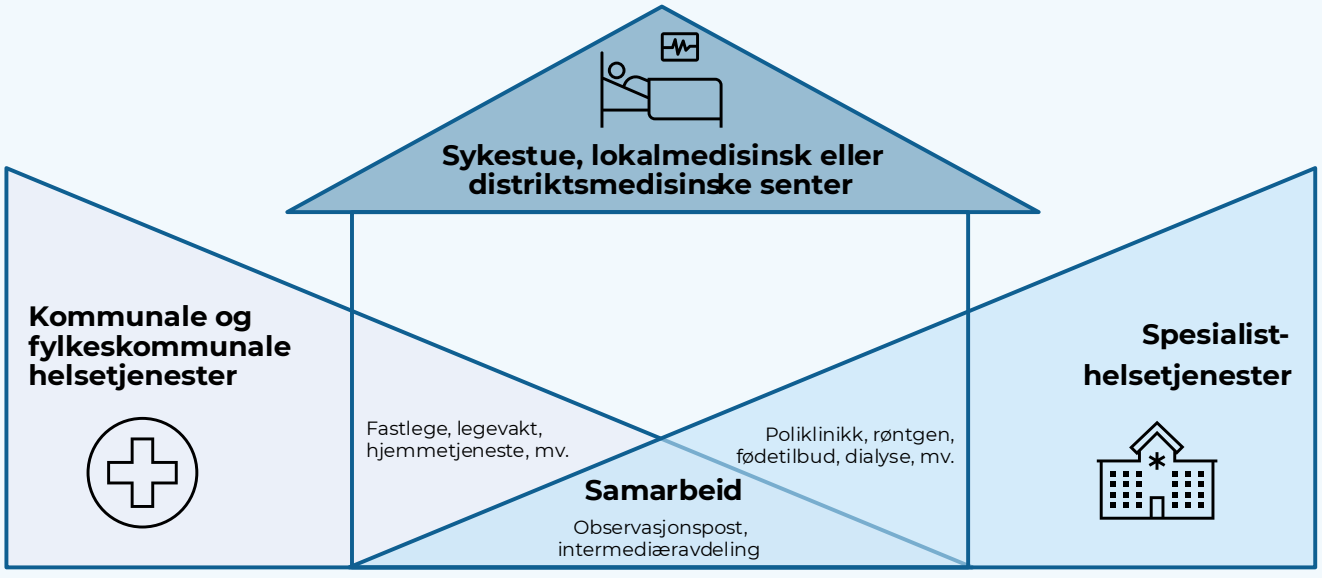
Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre omfatter ulike modeller for desentraliserte spesialisthelsetjenester, der det er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Kartleggingen viser at det er variasjon i organisering, tjenestetilbud og finansiering. Tydelige avtaler, godt samarbeid 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

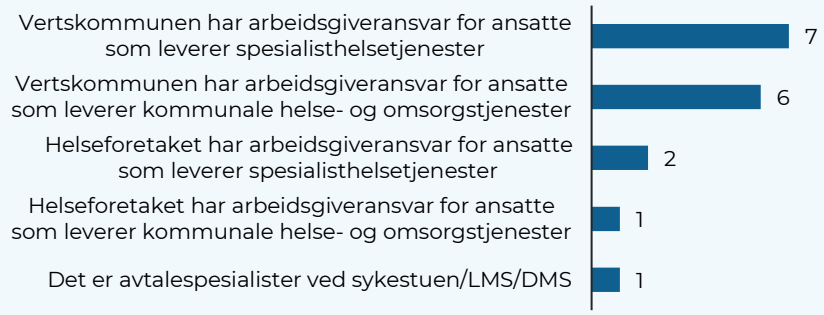
Resultatene fra spørreundersøkelsen blant kommuneoverleger i vertskommunene for sykestuer, LMS og DMS viser at det er stor variasjon i hvordan kostnader fordeles mellom kommunene som

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.