Helsedirektoratet

Lokalmedisinske sentre/distriktmedisinske sentre

Status og rolle i 2019

Rapport, februar 2019.

Innhold

1 Bakgrunn **3**

2 Definisjon **4**

3 Beskrivelse av LMS/DMS **6**

3.1 Oppgaver og funksjoner i dagens LMS/DMS 6

3.1.1. Distriktmedisinsk senter Nord-Troms (Sonjatun Helsesenter) 6

3.1.2. Distriktmedisinsk senter Midt-Troms 7

3.1.3. DMS Inn-Trøndelag 8

3.1.4. Værnesregionen distriktmedisinske senter 9

3.1.5. Fosen distriktmedisinske senter 10

3.1.6. Sunnfjord Medisinske senter i Florø 11

3.1.7. Øygarden lokalmedisinske senter 12

3.1.8. Sauda distriktmedisinske senter 12

3.1.9. Dalane distriktmedisinske senter 12

3.1.10. Hallingdal sjukestugu 13

3.1.11. Helsehuset i Fredrikstad 14

3.1.12. Sandefjord Medisinske senter 14

3.1.13. Follo lokalmedisinske senter IKS 15

3.1.14. Valdres lokalmedisinske senter 15

3.1.15. Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter 17

3.2 LMS og DMS under planlegging 18

3.2.1. DMS Brønnøysund 19

3.2.2. Nordhordland lokalmedisinske senter 19

3.2.3. Stord 19

3.2.4. Hadeland spesialistsenter 20

4 Sykestuene og andre samarbeidsformer **21**

4.1 Sykestuene 21

4.1.1. Klinikk Alta 23

4.2 Lokalsykehus med kommunale tjenester 23

4.2.1. Røros sykehus 23

4.2.2. Nordfjord sjukehus 24
4.2.3. Lærdal sjukehus 25
4.2.4. Odda sykehus 25
4.3 Kommunale lokalmedisinske sentre 25
4.3.1. Sagene lokalmedisinske senter 25
4.3.2. Mosseregionens lokalmedisinske senter (MLMS) 26
5 LMS/DMS sin rolle i akuttmedisinske beredskapen 27
5.1 LMS/DMS sin rolle i akuttmedisinsk beredskap 27
5.2 Utfordringer/drøfting 27

1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ga i tildelingsbrevet for 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å *«gi en beskrivelse av lokal- og distriktmedisinske sentre (LMS/DMS), omfang og innhold og deres rolle i akuttmedisinske beredskapen».* Av ulike grunner ble ikke oppdraget besvart og etter kommunikasjon mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i november/desember 2018 ble det besluttet å levere en rapport og kartlegging innen utgangen av februar 2019.

Det ble besluttet at kartleggingen skal omfatte en beskrivelse av hva et LMS/DMS bør være og at det må foreligge samarbeidsstrukturer mellom sykehus og en eller flere kommuner med en viss avstand til sykehus.

- Gi en oversikt over antall LMS/DMS og geografisk plassering
- Beskrive hvilke funksjoner de ulike LMS/DMS innehar
- Beskrive hvilke roller disse sentrene har innen den lokale akuttberedskapen i dag og eventuelle utviklingsmuligheter for framtiden
- Drøfte fremtidige utfordringer til LMS/DMS med tanke på finansiering og organisering

Det vil også være naturlig å se nærmere på hvilken rolle sykestuer har i forhold til LMS/DMS og akuttberedskap.

Denne rapporten er hovedsakelig basert på tilbakemeldinger fra de fire regionale helseforetakene, ulike rapporter og avisartikler samt informasjon tilgjengelig på internett og nettsider. De regionale helseforetakene ble kontaktet via mail datert 11. januar 2019 hvor Helsedirektoratet ba om svar på følgende spørsmål;

1. *Navn på LMS/DMS senter og geografisk plassering.*
2. *Hvilke funksjoner og oppgaver blir ivaretar fordelt på*
    a) *kommunale tjenester*
    b) *interkommunale tjenester*
    c) *spesialisthelsetjenester*
3. *Eventuelt om de har noen spesifikk rolle innenfor den lokale akuttberedskapen*
4. *Eventuell planer om nye sentre og hvor disse skal lokaliseres.*

Helsedirektoratet ønsker også en kort tekst om eventuelle utfordringer med driften av sentrene både organisatorisk og finansielt og hvordan LMS/DMS er knyttet til sykestuene. Det siste gjelde spesielt Helse Nord.

2 Definisjon

Lokalmedisinske sentre eller distriktmedisinske sentre er tidligere omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, jf. Meld. St. 16. (2010–2011). Her ble følgende definisjon på LMS/DMS presentert:

> *"Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Noen steder kalles slike virksomheter distriktmedisinske sentre."*

Noen kjennetegn ved et godt lokalmedisinsk senter er at det;

- *tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester, basert på sammenhengende pasientforløp.*
- *legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon. Det inkluderer rehabilitering og lærings- og mestringstilbud.*
- *legger vekt på tverrfaglig tilnærming.*
- *inkluderer habiliterings- og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt."*

Flere steder samarbeider kommuner og helseforetak om intermediæravdelinger og/eller avdelinger for lindrende behandling, sykestuer, legevakt med mer. Helsedirektoratet har ikke kartlagt omfanget av dette samarbeidet.

De kommunale virksomhetene med øyeblikkelig hjelp døgnopphold, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 annet ledd, er ikke omfattet av denne kartleggingen.

Hvilke funksjoner som bør legges til et lokalmedisinsk senter, må vurderes ut fra lokale forhold og behov. Samlokalisering av funksjoner for pasientgrupper som har behov for langvarige og sammensatte tjenester synes å være et av suksesskriteriene for å bygge opp døgnplasser i kommunene til observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og habilitering og rehabilitering.

Det er mange fordeler ved å samlokalisere tjenester som allmennlegetjenester og legevakt, fysikalsk rehabilitering, psykisk helse- og rustjenester. Brukere og pasienter kan få forsterket oppfølging, fagmiljøet blir større og kommunens mulighet til å rekruttere personell bedres. Samlokalisering med desentraliserte spesialisthelsetjenester kan ytterligere bidra til å sikre befolkningen nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester; også innenfor den akuttmedisinske beredskap. Spesielt viktig i denne sammenheng vil en samlokalisering av legevakt, legevaktsentral, ØHD-senger og ambulansetjenesten være. Spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar og gjensidig utveksling av kompetanse, vil legge bedre til rette for å sikre helhetlige behandlingskjeder.

Avtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil definere hva slags tjenester som kan finnes ved lokalmedisinske sentra og synliggjøre partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning. Tjenesteinnholdet må vurderes i forhold til avstanden til nærmeste sykehus og kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester.

3 Beskrivelse av LMS/DMS

Tilbakemeldingen fra tjenestene viser at det i dag er 15 LMS/DMS per februar 2019:

1. Distriktmedisinsk senter Nord-Troms, Storslett, Nordreisa
2. Distriktmedisinsk senter Midt-Troms, Finnsnes, Lenvik
3. Distriktmedisinske senter Inn-Trøndelag, Steinkjer
4. Værnes regionen DMS, Stjørdal
5. Fosen DMS, Brekstad
6. Sunnfjord lokalmedisinske senter, Florø
7. Øygarden lokalmedisinske senter, Straume
8. Sauda distriktmedisinsk senter, Sauda
9. Dalane distriktmedisinske senter, Eigersund
10. Hallingdal sjukestugu, Ål
11. Helsehuset i Fredrikstad LMS, Fredrikstad
12. Sandefjord lokalmedisinske senter, Sandefjord
13. Follo LMS og Ski sykehus, Ski
14. Valdres lokalmedisinske senter, Fagernes
15. Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter, Otta

I tillegg planlegges følgende LMS og DMS:

- Nordhordland LMS, Knarvik som åpner i 2020
- DMS Brønnøysund som åpner i 2025.

3.1 Oppgaver og funksjoner i dagens LMS/DMS

3.1.1. Distriktmedisinsk senter Nord-Troms (Sonjatun Helsesenter)

Helsesenteret Sonjatun er grunnpilaren i Distriktmedisinsk senter Nord-Troms og lokalisert på Storslett i Nordreisa kommune. Helsesenteret ble åpnet i 1977. DMS Nord-Troms er tuftet på et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Skjervøy, Nordreisa, Kåfjord og Kvænangen og UNN HF.

DMS Nord-Troms er en arena for samhandling mellom kommuner, helseforetak, universitet, høgskole og videregående skoler i regionen. Videre er det legt til rette for bruk av telemedisin og videokonferanser.

Kommunale tjenester:
Rene kommunale tjenester i DMS Nord-Troms består av sykehjem, legekontor, legevakt og diverse kommunale tilbud.

Interkommunale tjenester:
Jordmortjeneste, legevaktsentral, ressurssenter Huntington og diverse faglige nettverk.

Spesialisthelsetjenester:
UNN bidrar med desentraliserte spesialisttjenester innenfor områdegeriatri (OGT), fødestue, røntgen, dialyse og hudbehandling.

ØHD/sykestuesenger, legevakt og legevaktsentral har en spesifikk rolle innenfor den lokale akuttberedskapen.

Det er spesielle utfordringer knyttet til driften av de 6 OGT-sengene fordi tilbudet ikke tilfredsstiller krav til spesialisert rehabilitering og hovedårsaken er at de pt mangler spesialist i geriatri. Når det gjelder fødestuen, er det en utfordring at det er et lavt antall fødsler.

3.1.2. Distriktmedisinsk senter Midt-Troms

DMS Midt-Troms ligger på Finnsnes i Lenvik kommune.

Kommunale tjenester:
De kommunale tjenestene består av sykehjem, korttidsavdeling, legekontor, fysio- og ergoterapitjeneste og en frisklivssentral. ØHD tilbud til pasienter fra kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Sørreisa, Dyrøy og Lenvik som ikke trenger innleggelse i sykehus, men kan behandles lokalt. De 5 øyeblikkelig hjelpsengene har økt sykepleierbemanning og økt legeressurs, herunder en medisinskfaglig ansvarlig lege i 50 % stilling tilknyttet

avdelingen. Maksimal liggetid er 7 dager. Avdelingen har tilgang til legetjeneste hele døgnet, mens røntgen- og laboratorietjenester er tilgjengelig på hverdager. Avdelingen ligger i nær tilknytning til Finnsnes Interkommunale Legevakt.
Interkommunale tjenester er legevakt, intermediæravdeling og kreftpoliklinikk.

Spesialisthelsetjenester:

Desentraliserte spesialisttjenester omfatter områdegeriatrisk tjeneste (OGT), røntgen, dialyse, hudbehandling, ultralyd poliklinikk, ØNH-poliklinikk, gynekologpoliklinikk, stomipoliklinikk, øyelege og nevrolog.

Både legevakt, legevaktsentral og ØHD-senger inngår i den akuttmedisinske beredskapen.

Samarbeidet mellom foretak og kommuner oppfattes som uproblematisk, men det er også her en utfordring med et lavt antall fødsler.

3.1.3. DMS Inn-Trøndelag

DMS Inn-Trøndelag er lokalisert i Steinkjer og er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Verran, Snåsa, Inderøy og Steinkjer, Helse Nord-Trøndelag (HNT) og Helse Midt-Norge og har et befolkningsgrunnlag på ca. 33 500 innbyggere. Samarbeidet skal bidra til å sikre innbyggere i regionen et bedre tilbud innen helse- og omsorgstjeneste.

DMS Inn-Trøndelag er et medisinsk senter med 10 intermediære senger (50 % finansiert av HNT og 50 % fra kommunene Steinkjer, Snåsa, Verran og Inderøy).

Interkommunale tjenester:
4 interkommunale øyeblikkelig hjelp-senger (KAD) samt 2 kommunale senger forbeholdt pasienter med palliativt behandlingsbehov fra Steinkjer kommune.

Spesialisthelsetjenester:
Dialyseavdeling med 6 plasser finansiert av HNT, røntgen, ortopedisk poliklinikk og intermediære senger.

Pasienter som kommer fra sykehus til de intermediære sengene skal være medisinsk stabile og behandling skal være igangsatt, og overflyttes til DMS for videre behandling og mobilisering. Pasienter som innlegges på øyeblikkelig hjelp-grunnlag skal være tilsett av lege ved legevakt eller fastlege. Det skal være klarert hvilken behandling som skal iverksettes, og hvilke observasjoner som skal vurderes. Det er også et poliklinisk tilbud for pasienter som kan bo hjemme og få behandling. I tillegg til sengeposten har DMS Inn-Trøndelag egen dialyseavdeling, røntgenavdeling og ortopedisk poliklinikk.

DMS Inn-Trøndelag er ikke samlokalisert verken med legevakt, legevaktsentral eller ambulansestasjon. Den interkommunale legevakten i området omfatter Steinkjer, Snåsa og Verran kommuner, men ikke Inderøy.

3.1.4. Værnesregionen distriktmedisinske senter

Værnesregionen DMS er lokalisert i Stjørdal og er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Stjørdal, Selbu, Tydal og Meråker og har et befolkningsgrunnlag på rundt 30 000 innbyggere med følgende pasienttilbud:

Kommunale tjenester:
4 kommunal øyeblikkelig hjelp-senger, døgndrift.
4 kommunale korttidsplasser, døgndrift.

Spesialisthelsetjenester:
Intermediær sengepost med tolv senger, døgndrift.
3 plasser for medisinsk dagbehandling, døgndrift.
7 dialyseplasser som er i dobbel drift fire dager pr. uke.
Røntgenavdeling. som er åpen tre dager pr. uke.
Gynekologisk poliklinikk; en dag pr. uke.
Diabetes poliklinikk; en dag annenhver uke.
Allergivaksinering.
Nevropsykolog; fem dager pr. uke.
Lærings- og mestringsskoler innenfor kreft og hjerte- og lungesykdommer.

Det er etablert felles legevakt for de samme kommuner, men denne er ikke samlokalisert med Værnesregionen DMS.

Det foreligger planer om etablering av et helsehus ved DMS-senteret som skal stå ferdig senest 2022. Helsehuset blir et større senter der kommunen

vil samle flere helsetjenester. Helsehuset blir et «minisykehus» med plass til flere poliklinikker og intermediære senger. Det er senger for pasienter som er ferdig behandlet ved et større sykehus. Helsehuset skal også inneholde legevakt for Værnesregionen og ambulansestasjon.

Kontrakt om bygging ble underskrevet i desember 2018 og detaljprosjekteringen starter i januar 2019 med byggestart i april 2019 og ferdigstillelse i desember 2020.

3.1.5. Fosen distriktmedisinske senter

Fosen DMS er lokalisert på Brekstad i Ørland kommune og er et samarbeidsprosjekt som omfatter kommunene Ørland, Indre Fosen, Bjugn, Åfjord og Roan med et befolkningsgrunnlag på 23 500 innbyggere.

Fosen DMS har en lang tradisjon og har vært en foregangsenhet og en modell som mange har sett hen til i planlegging av lokal- eller distriktmedisinske sentre andre steder i landet. En arbeidsgruppe på Fosen foreslo allerede i 2002 en modell for Fosen distriktmedisinske senter som skulle bestå av spesialisthelsetjenester og kommunale/interkommunale tjenester innenfor somatikk og psykiatri samlet i én organisatorisk enhet. Denne enheten skulle i tillegg til tjenesteproduksjon være et ressurs- og utviklingssenter for hele Fosen-regionen. 4. september 2008 ble innstillingen lagt fram om organisering av Fosen DMS som et interkommunalt selskap og selskapet ble stiftet i april 2009 – og har altså en over 10 år gammel historie.

Kommunale tjenester:
3 plasser for øyeblikkelig hjelp (KAD), 6 plasser for medisinsk etterbehandling og 4 plasser for rehabilitering. Legevaktsenteret er også integrert i Fosen Helse IKS jfr. Organisasjonskart.

Spesialisthelsetjenester:
Det medisinske tilbudet består i dag av spesialistpoliklinikker som går ut fra St. Olavs hospital innen barnesykdommer, gynekologi, ortopedi, ØNH, hudsykdommer med lysterapi, mage-tarm-sykdommer, endokrinologi og diabetes samt røntgenavdeling med radiograf.

Avdeling for øyeblikkelig hjelp, etterbehandling og spesialistrehabilitering er en enhet for utredning, observasjon, behandling og spesialistrehabilitering før eller etter en sykehusinnleggelse eller et fullverdig alternativ til sykehusinnleggelse.

Den akuttmedisinske beredskap er godt ivaretatt på Fosen. Nye lokaler for samlokalisering av Fosen Legevaktsenter og ambulansetjenesten Midt-Norge avdeling Ørland har vært i drift siden slutten av mai 2013. Det nye bygget er plassert ved Fosen DMS sine lokaler på Brekstad og er dermed også samlokalisert med avdeling for øyeblikkelig hjelp, etterbehandling og spesialistrehabilitering. Denne samlokaliseringen av et prehospitalt akuttmedisinsk miljø gir en unik mulighet for å bli et samlet kraftsenter med viktig kompetanse ute i distriktet.

De nye lokalene for Fosen Legevaktsenter er en forbedring for de pasienter som besøker legevakten. Spesielt gjelder dette venteromsfasilitetene og nytt medisinsk utstyr for å utrede og behandle pasientene.

Utenfor bygget er det også anlagt ny landingsplass for Luftambulansens legehelikopter og SeaKing redningshelikopter.

3.1.6. Sunnfjord Medisinske senter i Florø

I Florø er det et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud som er samlokalisert ved Sunnfjord Medisinske senter.

Kommunale tjenester:
Fastlegesenter, men legevakten er ikke samlokalisert med Sunnfjord medisinske senter.

Spesialisthelsetjenester:
Her finnes ambulansetjeneste, blodbank, hudpoliklinikk med lysbehandling, lærings- og mestringssenter (LMS), spesialistpoliklinikk, voksenpsykiatrisk poliklinikk, røntgenavdeling og smertepoliklinikk. Her er det også et fastlegesenter, men legevakten er ikke samlokalisert med Sunnfjord medisinske senter og det er uklart hvilken rolle dette senteret har innenfor akuttmedisinsk beredskap.

3.1.7. Øygarden lokalmedisinske senter

Øygarden lokalmedisinske senter ligger på Straume og ble åpnet i 2018 og er et samarbeid mellom Fjell, Sund og Øygarden kommuner og Helse Bergen.

Interkommunale tjenester:
Av interkommunale tiltak finnes legevakt, ØHD-senger, dag- og døgnrehabilitering og frisklivs- og mestringssenter. I tillegg legesenter for syv fastleger.

Spesialisthelsetjenester:
Dialyseenhet og intermediær døgnenhet (i tett samarbeid med Helse Bergen HF).

3.1.8. Sauda distriktmedisinske senter

Kommunale tjenester:
ØHD-senger og korttidsavdeling i Sauda DMS som er beregnet på pasienter med behov for overgangspleie og oppfølging av iverksatt medisinsk behandling etter sykehusopphold, rehabilitering/ opptrening ved funksjonssvikt/funksjonstap, utredning og kartlegging av funksjonsnivå (IPLOS), og vurdering av nødvendig pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. I tillegg er det etablert plasser for lindrende behandling ved alvorlig/kronisk sykdom, og terminalpleie ved livets slutt.

Spesialisthelsetjenester:
Dialysebehandling med to plasser.

I Sauda er det samlokalisering både mellom Sauda DMS, legevakt/legevaktsentral og ambulansestasjonen, men på de respektives nettsider står det lite om hvordan det hele er organisert eller om det foregår noe mer samarbeid eller samtrening utover det å være lokalisert i samme hus.

3.1.9. Dalane distriktmedisinske senter

Dalane DMS er lokalisert i det som tidligere var Eigersund sykehus.

Kommunale tjenester: Eigersund kommune har etablert korttid- og rehabiliteringsavdeling og er lokalisert i samme bygg som Eigersund

Legevakt og Stavanger Universitetssjukehus sine avdelinger. Korttidsavdelingen har 20 sengeplasser, fordelt hovedsakelig på pasienter som trenger rehabiliteringsopphold, lindrende behandling og kommunal øyeblikkelig hjelp.

Spesialisthelsetjenester: Helse Stavanger drifter spesialistpoliklinikker innen kardiologi (2 ganger per uke) og urologi (1 dag per uke) I tillegg er det sykepleierdriftede poliklinikker innen diabetes, blod- og kreftsykdommer og stomipoliklinikk. Det tilbys også røntgenundersøkelser alle hverdager mellom 8 og 15 samt laboratorium for prøvetagning alle dager fram til kl. 13.

3.1.10. Hallingdal sjukestugu

Hallingdal sjukestugu (HSS) er ett lokalmedisinsk senter på Ål i Hallingdal. Senteret ble opprettet av Buskerud fylkeskommune som en felles sykestue for de seks hallingdalskommunene allerede 1. september 1979. Dette var på det tidspunktet en helt ny institusjonstype i Sør-Norge, men til en viss grad etablert etter modell fra Alta sykestue i Finnmark. Filosofien var at på grunn av de lange avstandene til nærmeste sykehus, skulle tilbudet være en sykehuserstatning og/eller sykehuset sin forlengede arm i Hallingdal. Tilbudet har i løpet av senterets lange historie blitt ytterligere utbygget og fremstår i dag som en god modell for hva et lokalmedisinsk kan være når kommuner og foretak inngår et forpliktende samarbeid. Tilbudet ved Hallingdal sjukestugu preges av integrering slik at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er kommunale/interkommunale funksjoner og hva som ligger under spesialisthelsetjenestens område.

I dag er de lokale og interkommunale tjenester et samarbeid mellom seks kommuner (Hallingdal, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol) når det gjelder legevakt. Spesialisthelsetjenester tilbys fra Ringerike sykehus som øyeblikkelig hjelp innleggelser og videreføring av behandling som er startet opp på Ringerike eller andre sykehus, lindrende behandling ved alvorlig sykdom og korttids- og langtidsrehabilitering. I avdelingen gis også ulike dagbehandlinger som cellegiftkurer og blodoverføringer. Intermediær sengeavdeling som startet opp i 2016 har 10 sykehusplasser og 10 interkommunale ØHD-plasser driftet i samme avdeling. Det er også etablert røntgenavdeling og i 2016 ble det også installert CT-maskin med tanke på rask diagnostikk og behandling ved akutt hjerneslag.

Hallingdal sjukestugu har en sentral rolle i den lokale akuttmedisinske kjede ved at både legevakt og legevaktsentral, ambulansestasjon og luftambulansestasjon er samlokalisert.

3.1.11. Helsehuset i Fredrikstad

I Helsehuset i Fredrikstad er helsetjenester fra både private, kommunale og spesialisthelsetjeneste samlet.

Kommunale tjenester:
Fredrikstad kommune har etablert øyeblikkelig hjelp sengepost med 20 senger samt rehabiliteringsavdeling (12 døgnplasser og 3 dagplasser) i helsehuset og her er også legevakt og legevaktsentral for Fredrikstad og Hvaler kommuner. Fredrikstad kommunes overgrepsmottak ligger i Helsehuset og er et tilbud til alle over 14 år som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Overgrepsmottaket driftes på oppdrag fra Sykehuset Østfold og er åpent hele døgnet.

Spesialisthelsetjenester:
Sykehuset Østfold har blodbank, blodprøvetaking og ambulansetjeneste i helsehusets lokaler.

I Helsehuset Fredrikstad er modellen for samarbeid utvidet med samlokalisering med private aktører som Volvat Medisinske senter, Unilabs røntgen og Apotek 1.

Det er et godt samarbeid mellom legevakt, legevaktsentral, AMK og ambulansetjenesten.

3.1.12. Sandefjord Medisinske senter

Her er det etablert interkommunalt samarbeid med kommunene Andebu, Stokke og Sandefjord i tidligere lokaler til Sandefjord Sykehus.

Interkommunale tjenester: Senteret inneholder en rekke helserelaterte avdelinger og funksjoner som legevakt, frisklivssenter, hjelpemiddellager, rehabiliteringstjenester, terapibasseng, lindrende enhet, korttidsavdeling og sykehjemsavdelinger.

Spesialisthelsetjeneste:
Blodbank, lærings- og mestringssenter.

Sandefjord Medisinske senter har ingen rolle i den akuttmedisinske beredskap utover samhandling med legevakttjenesten.

3.1.13. Follo lokalmedisinske senter IKS

Follo LMS er et interkommunalt selskap som blir drevet av seks kommuner i Folloregionen: Oppegård, Ski, Ås, Enebakk, Nesodden og Frogn. Ski kommune vedtok i 2017 å overta bygningsmassen fra Ski sykehus og Ahus har de senere år satset på Ski som et rent dagsykehus med et variert behandlingstilbud innen polikliniske konsultasjoner, medisinsk dagbehandling og dagkirurgi.

Kommunale og interkommunale tjenester:
Senteret holder til i Ski sykehus og består av en sengepost for akutte innleggelser fra kommunene og en legevakt for Folloregionen fra 2016. Senteret er døgnåpent.

Spesialisthelsetjenester:
Follo LMS er samlokalisert med Ski sykehus som er en enhet i Ahus, som drifter både blodbank, røntgenavdeling, dagkirurgisk senter og diverse spesialistpoliklinikker, men de organisatoriske enhetene er helt adskilt.

Kommunereformen som trer i kraft 1.1.20 bringer også med seg utfordringer. Da blir Ski og Oppegård til Nordre Follo kommune. Nordre Follo fellesnemnd har anbefaler i sin innstilling til kommunestyrene i Oppegård og Ski at begge kommuner trer ut av Follo LMS med virkning fra 1. januar 2020.

3.1.14. Valdres lokalmedisinske senter

I Sykehuset Innlandet har det siden 2015 vært arbeidet systematisk med å utvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet som ett av de sentrale elementene i nytt målbilde for helseforetaket som i tillegg er samhandling med kommuner, prehospitale tjenester og samling i et nytt Mjøssykehus.
Målbildet for Sykehuset Innlandet, som ble vedtatt av styret i 2017 vektlegger utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet utenfor sykehus:

- *«Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering*

av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse».

LMSene er organisatorisk tilknyttet Divisjon Prehospitale tjenester fra januar 2017. I SI`s opptaksområde er det etablert to LMS; Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) på Fagernes og Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) på Otta.

Valdresregionen har hatt et lokalmedisinsk senter fra 2003 med spesialisthelsetjenester som dialyse, røntgen, fødetilbud og en stor spesialistpoliklinikk. I tillegg har regionen samarbeidet om interkommunal legevakt og legevaktsentral fra 2000. Samhandlingsreformen utfordret Valdreskommunene til å tenke et ytterligere samarbeid og igjennom prosjekter fra 2009 er nå resultatet at et nytt Valdres lokalmedisinsk senter ble ferdigstilt i regionsenteret Fagernes i 2015.

De kommunale/interkommunale tjenester:
Valdres LMS er interkommunal legevakt og legevaktsentral, sykehjem med 30 plasser, 20 omsorgsboliger med heldøgns bemanning, interkommunal intermediæravdeling med kommunale KAD-senger samt jordmortjeneste. Valdres jordmortjeneste består av kommunejordmortjeneste og følge/beredskapstjeneste for Sykehuset Innlandet. Jordmødre bistår også ved gynekologisk poliklinikk og tjenesten har ett føderom i intermediæravdelingen for akuttfødsler.

Spesialisthelsetjenester:

- Dialyseavdeling med 6 plasser og har åpent mandag, onsdag og fredag.
- Røntgenavdeling for skjelett og thorax, åpen alle hverdager fra 08:00 – 15:00.
- Kreftpoliklinikk, åpen onsdag og torsdag
- Spesialistpoliklinikker innen øye, hud (lysbehandling), revmatologi, gynekologi, ortopedi, nefrologi og diabetologi. I tillegg er det tilknyttet både ortopedi-ingeniør og audiograf.
- Det har vært ønske om å få tilknyttet bade kardiolog og nevrolog til VLMS, men dette er foreløpig ikke realisert.

I 2017 fikk Valdres LMS sentrale prosjektmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet til å etablere et prosjekt for å styrke akuttberedskapen i regionen. Akuttmedisinprosjektet i Valdres skal gå over to år og startet i januar 2018 etter en omfattende planleggingsperiode. Prosjektet er todelt og består av en "KommuneBest"-modell med kompetansebygging av de som inngår i den akuttmedisinske kjede med vekt på samarbeid og samtrening for alle som jobber i legevakt, legevaktsentral, ambulansetjenesten og kommunal øyeblikkelig hjelp sengepost. Den andre delen går ut på tilstedeværelse av akuttlege/spesialist ved LMS. Hovedoppgavene er bl.a. veiledning og opplæring av personell i legevakt, utvikling av prosedyrer for de mest tidskritiske pasientgruppene, medisinsk tilsyn av mistenkt alvorlig syke pasienter ved VLMS, konsultasjonslege for alle leger i Valdres i anestesiologiske/akuttmedisinske forhold, delta på akuttoppdrag ved behov etter henvisning fra legevaktlege og følge ustabile eller potensielt kritisk syke pasienter i ambulanse til sykehus.

I budsjettproposisjonen (Prop.1 S 2018-2019) er det avsatt økonomiske midler til evaluering av prosjektet.

3.1.15. Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter

Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter er lokalisert på Otta.

Kommunale/interkommunale tjenester:
Interkommunal legevakt, sykehjem, interkommunal intermediæravdeling, KAD-senger og jordmortjeneste. Felles legevakt, legevaktsentral og intermediære sengeplasser ble etablert allerede i 2011.
Fra april 2016 ble det innført en ny legevaktordning i Nord-Gudbrandsdal. Legevakten på Otta ble videreført med aktiv vakt ved NGLMS. Bakvaktordningen for Lesja/Dovre og Lom/Skjåk ble lagt ned og erstattet med en lege i sekundærvakt. Sekundærvakten har hjemmevakt i den kommunen han bor, men rykker ut ved behov - dvs. ved utkalling fra Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK/113) eller etter ønske fra primærvakten ved NGLMS.

Legevakten dekker Lesja, Dovre, Lom, Skjåk, Vågå og Sel og er betjent på hverdager fra kl. 16.00 til 08.00 i tillegg til hele døgnet lørdager, søndager og helligdager. Legevakten på Otta er bemannet med en lege og en til to

sykepleiere. I tillegg har en lege i regionen sekundærvakt hjemmefra og utalarmeres ved behov av primærlegen på Otta.

Legevaktsentralen betjener alle telefoner til legevakt fra Sel, Vågå, Lom, Skjåk, Dovre, Lesja, Nord-Fron og Sør-Fron kommune hele døgnet. Det er også etablert en alarmsentral som betjener trygghetsalarmer og brann/innbruddsalarmer fra private og offentlige. Pr. i dag er kommunene Sel, Vågå, Lom, Skjåk, Nord-Fron, Sør-Fron, Ringebu og Gausdal tilknyttet alarmsentralen.

Høsten 2017 ble det foretatt en helhetlig utredning av det samlede tilbudet ved NGLMS i samarbeid med kommunene i Nord-Gudbrandsdal (Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja). Utredningen ble behandlet av/godkjent i felles kommunestyremøte for alle seks kommunene i NG i februar 2018.

Spesialisthelsetjenester:
Det er også planer ved NGLMS om utvidelse av audiografi-tilbudet samt etablering av både kardiologisk og revmatologisk poliklinikk; sistnevnte planlegges i regi av Revmatismesykehuset. Samhandlingsprosjekt Mobilt prehospitalt team er finansiert med samhandlingsmidler og vil starte opp i februar med prosjektperiode over ca. 3 måneder. Prosjektet går ut på at enmannsbetjent ambulanse vil stå til legevaktens disposisjon og rykke ut til legevaktpasienter ved behov – evt. sammen med legevaktslege. Dialyse ble gjeninnført juni 2017 og styrket bemanning med 0,4 stilling fra 2018 og røntgentilbud i påsken ble etablert fra 2018. Det arbeides videre med etablering av tilbud om fundusfotografering på Otta i regi av lokal optiker. Det er et godt samarbeid med øyeavdelingen om etablering av tilbudet.

NGLMS har en betydelig rolle i regionens akuttmedisinske beredskap.

3.2 **LMS og DMS under planlegging**

Helsedirektoratet har bragt i erfaring at det for tiden er minst fire nye LMS/DMS under planlegging, men vi har ikke kunnet gjennomføre noen grundig kvalitetssikring av funnene våre, slik at det kan være flere under planlegging, utbygging eller omorganisering.

3.2.1. DMS Brønnøysund

Det er planlagt DMS i Brønnøysund jf. Styrevedtak vedr. utviklingen av Helgelandssykehuset frem mot 2025. Det er utarbeidet konsept- og forprosjektrapport, men endelig avtale om detaljprosjektering og leie er ikke undertegnet enda. Ifølge de rapporter som foreligger om nybygget så vil dette bestå av både ny legevakt, røntgenavdeling og ambulansegarasje på plan 1 og ny poliklinikk og fasiliteter for ambulansetjenesten på plan 2. Her virker det som om det er tatt høyde for at DMS Brønnøysund også skal ha en klart definert oppgave innenfor den akuttmedisinske beredskap i regionen.

3.2.2. Nordhordland lokalmedisinske senter

Dette senteret er under planlegging og kommunene Austrheim, Fedje, Gulen, Lindås, Masfjorden, Modalen, Osterøy og Radøy har vedtatt å bygge et felles helsehus sentralt i Knarvik. Helsehuset i Nordhordland er en av de større helsepolitiske samarbeidstiltakene i regionen og vil være med å legge rammer for samarbeid og samordning av tjenestene til innbyggerne i Region Nordhordland.

Spesialisthelsetjenestene vil bestå av dialyseenhet, ambulansestasjon, DPS og BUP, avdeling for rusmedisin samt hudpoliklinikk. Det vil bli lagt tannklinikk til helsehuset. Interkommunale tjenester vil være Nordhordland legevakt og kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser og vertskommunen Lindås vil bidra med psykisk helse og rus, barnevern, PPT, helsestasjon og jordmortjeneste, fastlegekontor og fysio- og ergoterapitjeneste.

3.2.3. Stord

Kommunale tjenester: Kommunale ØHD-plasser for Stord, Bømlo og Fitjar er etablert i nytt interkommunalt bygg (IDA) vegg i vegg med sykehuset på Stord.

Spesialisthelsetjenester:
Det kan gi andre muligheter for samarbeide om pasientbehandling og oppgaveoverføring, men Helse Fonna er pt ikke kommet så langt at det kan rapporteres konkret.

3.2.4. Hadeland spesialistsenter

På Hadeland er det etablert Hadeland spesialistsenter fra høsten 2018 med røntgen og spesialistpoliklinikker som det er paner om å videreutvikle til et LMS om kommunene Gran og Lunner velger å samarbeide videre framover rundt det interkommunale tjenestetilbudet som f. eks ØHD-senger.

Per i dag er det poliklinikktilbud innenfor ØNH, gynekologi, radiologisk ultralyd, kardiologi, ortopedi og røntgen. Revmatologi vil være på plass i løpet av våren 2019. Gran/Lunner disponerer kontor til Helsestasjon for ungdom et par ettermiddager i uken.

Det gjennomføres også et samhandlingsprosjekt finansiert med samhandlingsmidler der legespesialister ved spesialistsenteret har kurskvelder for fastleger/helsepersonell i kommunene. Legene på Hadeland ønsker også kurskveld i temaet psykiatri og det har vært god oppslutning på temakveldene med opptil 30-35 deltakere.

4 Sykestuene og andre samarbeidsformer

4.1 **Sykestuene**

Historisk har leger, forskere og ulike rapporter sagt dette om sykestuer:

> *Sykestuene har tradisjonelt vært en halvannenlinjetjeneste med fokus på samhandling om pasientene og faglig utvikling som gir god samfunnsøkonomi. Sykestuene er særskilt opprustet med personell og utstyr.*

Sykestuer fantes i hele Distrikts-Norge fram til 1970-tallet. I 1972 var det tilsammen 64 sykestuer med i alt 1005 senger i 15 av Norges fylker. Etter 1970 har myndighetene prioritert utbygging av sykehus og antall sykestuer er kraftig redusert.

I 1988 ble ansvaret for sykestuene overført fra fylkene til kommunene og etter dette har mange sykestuer blitt nedlagt av økonomiske grunner. Gjennom flere tiår har driften på sykestuene vært et kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud lenge før både samhandlingsreformen og plikten til å etablere et kommunalt akuttdøgntilbud tredde i kraft. Mange sykestuesenger er nå «konvertert» til kommunale øyeblikkelig hjelp senger og det er kun i Finnmark og Nord-Troms det nå er sykestuer som har en felles finansiering mellom helseforetak og kommuner.

SKDE ga i 2012 ut en rapport og beskrev bl.a. at 16 av Finnmarks 19 kommuner hadde sykestueplasser, i alt 40 senger. Alta og Vadsø var da de to største sykestuekommunene, men Alta vil ikke ha sykestue etter 1. september 2019 – se nærmere under pkt 4.1.1. De fleste sykestuene i Finnmark er små, med 1-2 sykestuesenger integrert i kommunale sykehjem eller helsesenter, men særskilt opprustet med personell og utstyr.

Sykestuebegrepet omfatter inntil 1.9.19 også Alta helsesenter, med 9 sykestuesenger samlokalisert med ambulante spesialisthelsetjenester,

fødestue og dialysetilbud. Det faglige ansvaret for sykestuedriften ligger i kommunene og hos behandlende primærleger, men med systemansvar og økonomisk støtte fra Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord RHF. Opprinnelig var den økonomiske støtten fra foretaket 2/3, men etter hvert har kommunene betalt en langt større andel; spesielt etter at foretaket trakk tilsvarende ØHD-overføringen fra sin støtte til sykestuene. Kommunene tar også alle ekstrakostnader, samt indeksøkninger. Sykestuene i Finnmark og Nord-Troms fyller funksjoner i gråsonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og ivaretar oppgaver innenfor akuttbehandling, observasjon og vurdering, behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg i livets siste fase.

I juni 2017 ble det i regi av Helse Nord utgitt en rapport om «Evaluering av sykestuene i Nord-Troms». Kommunene i Nord-Troms er Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy og Kvænangen som på det tidspunkt hadde til sammen 9 sykestuesenger. Oppsummert fremkommer det følgende funn i rapporten:

- Den kommunale aktiviteten på ØHD/sykestuenivå I Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner
- Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester bade sammenlignet med nabokommuner uten sykestuer og Nord-Norge generelt
- Forbruket av pasientreiser er lavere
- Det totale sykehusforbruket er lavere enn nabokommuner og resten av Troms fylke
- Gjennomsnittstallet for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn I Nord-Norge generelt
- Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere enn I sammenlignbare kommuner og andre kommuner I UNN’s opptaksområde

Men etter 2012 har det skjedd endringer i sykestuestrukturen ved at de fleste sykestuesenger i Finnmark er blitt konvertert til kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser. Sykestuesengene i Nord-Troms er fortsatt i en særstilling, jf. omtalte rapport ovenfor.

I Stortingsmelding 11 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 blir det flere steder gitt utrykk for at regjeringen ønsker et tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjeneste. I h.h.t regjeringen vil dette gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområde og spare pasienten for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester vil også gi mulighet for å etabler helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

4.1.1. Klinikk Alta

Kommunale tjenester består av laboratorier og dialyse. Dialysevirksomheten vil virksomhetsoverdras til foretaket i løpet av 2019. Det er ingen interkommunale tjenester ved Klinikk Alta.

Når det gjelder spesialisthelsetjenester er det UL-robot, poliklinikk med flere spesialiteter, dagkirurgi, dagbehandling og røntgen. I 2019 åpner Finnmarkssykehuset en medisinsk døgnavdeling i Klinikk Alta. Dette er en videreføring av dagens sykestue, men kommunen trekker seg ut og det blir en spesialisthelsetjeneste tilsvarende den ved Hallingdal sjukestugu.

Det er satt ned en egen arbeidsgruppe knyttet til at Klinikk Alta vil få en bakvaktordning for slagpasienter med et kontinuerlig døgntilbud. Ved slagalarm der det er aktuelt med trombolyse, er det viktig med tidlig diagnostisering. Denne beredskapen håper en vil være på plass i løpet av 2019 og blir ventelig et samarbeid mellom kommunen og helseforetaket. CT må iallfall utføres av foretaket. Indremedisiner ansatt i Finnmarkssykehuset har faste dager på sykestuen hvor også dialyse er tilknyttet, men denne virksomheten planlegges flyttet til Finnmarksykehusets nybygg. Sykestua inkl. dialyse vil virksomhetsoverdras 1. september 2019.

4.2 **Lokalsykehus med kommunale tjenester**

4.2.1. Røros sykehus

Røros sjukehus dekker både lokale og regionale funksjoner og her er det samarbeid mellom kommunene Røros, Haltdalen og deler av Os med et befolkningsgrunnlag på ca. 8000 innbyggere. I ukedager bemannet med kompetanse innen anestesi og kirurgi fra St. Olavs hospital. Den dagkirurgiske enheten omfatter ortopedi, ØNH, gynekologi, plastikkirurgi og tannbehandling i narkose. I tillegg er det polikliniske tilbud innen ortoped, gynekologi, lunge, hud, plastikkirurgi, hjertemedisin og dialyse (6 plasser).

Sengetilbudet består av etterbehandlingssenger i samarbeid med St. Olavs hospital og kommunene samt ØHD-senger for de deltagende kommuner i fjellregionen.

Røros legesenter ligger ved Røros sykehus og er bemannet med både leger, turnuslege, sykepleiere, bioingeniører og helsesekretærer. Legesenteret har et nært samarbeid med Røros sykehus for røntgen, laboratorium og akuttmedisin. Den interkommunale legevakten har tilknytning i de samme lokalene.

Men det virker som om det er uklare forhold knyttet til samhandling, samlokalisering og organisering når det gjelder den akuttmedisinske beredskapen.

Rørosprosjektet

Den nye helsevaktbilen er en viktig del av «Rørosprosjektet», som er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge og Røros kommune og hadde oppstart i september 2017. Fokuset er på å videreutvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og slik effektivisere bruken av tilgjengelige ressurser. Helsevaktbilen er godt utstyrt, både med medisinsk utstyr og nyutviklet velferdsteknologi. Tilknyttet ambulansetjeneste har med seg en "robot-lege" som kan være med inn til pasienten. Gjennom roboten kan pasienten og ambulansepersonellet ha toveis- kommunikasjon med lege som kan gjøre medisinskfaglige vurderinger. Sammen med tilgang til CorpulsWEB (livestream av multimonitor) øker dette beslutningsgrunnlaget for legevaktslegen og gir ambulansepersonellet viktig beslutningsstøtte i krevende situasjoner der legen ikke har mulighet til å rykke ut til pasienten sammen med ambulansen.

4.2.2. Nordfjord sjukehus

I Helse Vest er det ingen LMS/DMS i drift per i dag som oppfyller kriteriene fra nasjonal helse- og sykehusplan 2011-15. Men det er likevel flere eksempler på desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten som er samlokalisert. Flere av de de kommunale

akuttilbudene (ØHD eller KAD-senger) er lokalisert ved lokalsykehus. Dette finner vi både i Nordfjord, Lærdal og Odda.

Nordfjord interkommunale legevakt og interkommunale tjenester er samlokalisert på Nordfjord sjukehus med skadepoliklinikk, dialyseavdeling og infusjonspoliklinikk. Nordfjordkommunene (Eid, Vågsøy, Selje, Hornindal og Stryn) har her:

- Interkommunal legevakt 16:00 – 08:00 på hverdager og alle helger, høytids- og helgedager
- Interkommunal legevaktsentral 24/7
- ØHD-senger (5 senger inkl. observasjon og tilbud rus/psykisk helse)
- Felles kreftkoordinator i kommunene

Det er tett samarbeid om smittevern, lærings- og mestringstilbud, jordmor-ressurs og farmasøytressurs mellom foretak og kommunene hvor kommunene kjøper tjenester fra Helse Førde.

4.2.3. Lærdal sjukehus

Lærdal kommune har ØHD-senger integrert i medisinsk sengepost på Lærdal sjukehus sammen med Aurland og Årdal kommuner. Legetilbudet er skilt mellom kommuner og helseforetak, mens kommunene kjøper pleiepersonale fra medisinsk sengepost.

4.2.4. Odda sykehus

I Odda er det etablert ØHD-tilbud inne i sykehuset. Kommunene kjøper de fleste tjenestene fra sykehuset, inkludert pleiepersonell og legetjenester. Legevakten i Odda ligger også i første etasje i sykehusbygget.

4.3 **Kommunale lokalmedisinske sentre**

For å illustrere at det er en forvirrende begrepsbruk når det gjelder lokal- og distriktmedisinske sentre, har vi tatt med noen eksempler hvor lokalmedisinske sentre kun brukes om kommunale tilbud uten medvirkning fra spesialisthelsetjenesten.

4.3.1. Sagene lokalmedisinske senter

Sagene lokalmedisinske senter er et kommunalt fastlegekontor i bydel Sagene. Senteret er spesielt tilrettelagt for personer i bydelen med behov

for sammensatte helsetjenester over tid. Senteret samarbeider nær med andre helse- og omsorgstjenester i bydelen samtidig som Sagene lokalmedisinsk senter er et ordinært fastlegekontor som også kan velges av andre brukere. Dette senteret er et eksempel på at det er en viss navneforvirring ute og går. De har ingen spesialisthelsetjenestefunksjoner knyttet til seg og er dermed ikke et LMS i egentlig forstand.

4.3.2. Mosseregionens lokalmedisinske senter (MLMS)

MLMS er etablert som et interkommunalt samarbeid med Moss kommune som vertskommune og tilbyr øyeblikkelig hjelp døgnopphold til innbyggere i Råde, Rygge, Våler, Vestby og Moss.

Interkommunale tjenester:
Tilbudet åpnet i februar 2013 og består av 10 senger. Sengene er etablert i samarbeid med Sykehuset Østfold og er et lovpålagt tilbud fra 1. januar 2016.

5 LMS/DMS sin rolle i akuttmedisinske beredskapen

5.1 LMS/DMS sin rolle i akuttmedisinsk beredskap

Med akuttmedisinsk beredskap menes planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester, jf. akuttmedisinforskriften.

Tar man utgangspunkt i det som er beskrevet i kapittel 3 i denne rapporten, er spiller LMS og DMS en rolle i den akuttmedisinske beredskap, men den er per i dag lite definert og mangelfullt beskrevet. Eksempler på tjenester ved LMS/DMS som inngår i en akuttmedisinsk beredskap er legevakt og legevaktsentral, intermediære sengeplasser, ØHD. Disse er alle kommunale tjenester, mens spesialisthelsetjenester som utgjør akuttmedisinske beredskap er nesten fraværende i LMS/DMS. Unntakene er de lokalmedisinske sentre som har utviklet tilbudet sitt over tid. De beste eksemplene her er Hallingdal sjukestugu og Valdres lokalmedisinske senter. Rørosprosjektet er også et eksempel med både kommunale og spesialisthelsetjenester som omfattes av den akuttmedisinske beredskapen.

5.2 Utfordringer/drøfting

Oversikten som denne rapporten gir om lokal- og distriktmedisinske sentre (LMS og DMS) viser at det ikke er noen enhetlig strategi rundt hva sentrene skal inneholde. De er tillagt svært forskjellige og til dels ulike funksjoner, er ulikt sammensatt og organisert. Begrepsbruken er svært varierende og den er heller ikke beskyttet slik som tilfelle med f.eks. begrepene sykehus, legevakt mv.. Det er flere eksempler på at lokalmedisinsk senter brukes om rene kommunale tilbud, som ikke svarer til den definisjonen som ble brukt i Nasjonal Helse- og sykehusplan fra 2011.

Det er allikevel vår vurdering at det er et mulig potensial for en utvidelse av den akuttmedisinske beredskap i en fremtidig planlegging og organisering av LMS/DMS.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 står følgende:

> *"I de tilfellene helseinstitusjonene driver både spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester må det foreligge en avtale mellom den aktuelle kommunen og det regionale helseforetaket som avklarer ansvarsforholdene i virksomheten. Spesialisthelsetjenestedelen må defineres som en egen virksomhet som reguleres av spesialisthelsetjenesteloven."*

Det er flere eksempler på at etablering av slike avtaler er krevende. Når det gjelder den akuttmedisinske kjede og akuttmedisinsk beredskap, bør en også se nærmere på de avtaler som finnes mellom kommuner og helseforetak, ikke minst tjenesteavtale 11 som regulerer den akuttmedisinske beredskap. Disse avtalene er ofte utformet som svært generelle og lite spesifikke. I avtalens formålsparagraf heter det:

> *Avtalen skal sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Avtalen skal også sikre krav til faglig innhold og krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede.*

I vår mail til de regionale helseforetakene ba vi om tilbakemeldinger på "eventuelle utfordringer med driften av sentrene både organisatorisk og finansielt". Med unntak av taksproblematikken som ble meldt fra Valdres LMS, fikk vi ingen tilbakemeldinger om eventuell finansielle problemstillinger. Helsedirektoratet har derfor ikke muligheter til å uttale seg om eventuelle finansielle utfordringer.

Bruk av e- konsultasjoner og video vil øke i omfang internt i helsetjenesten. Det vises her til Helsedirektoratets rapport til Helse- og

omsorgsdepartementet av desember 2018 om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt. Dette vil kunne bidra til å utvikle LMS/DMS sin rolle, også i akuttmedisinske situasjoner.

Det foregår også mange prosjekter knyttet opp til avstandsoppfølging, hvor medisinske målinger utført av brukere selv, overføres digitalt til en responstjeneste som håndterer henvendelsen gjennom videokonsultasjon og medisinske data overført der og da. Denne type teknologi vil bare øke i omfang og gi nye muligheter for medisinsk behandling utenfor sykehus. Ny teknologi vil også endre arbeidsprosessen og arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste i lokal- og distriktmedisinske sentre.