

Helsepersonelleffekter i implementering og organisering

Mangel på helsepersonell er en hovedutfordring for helsetjenesten. Nye legemidler og administrasjonsformer kan redusere behovet for helsepersonell, for eksempel ved å forenkle behandling, øke behandlingsintervaller, eller flytte behandling fra sykehus og nærmere der pasienten bor når det er hensiktsmessig. Stadig flere avanserte behandlinger, som immunterapi mot kreft og MS-behandling, kommer som subkutane behandlinger (injeksjon i underhudsvevet (fettvevet) rett under huden på mage, lår eller overarm)¹.

**Subkutan administrering ved kreftsykdom kan redusere administrasjonstid sammenliknet med intravenøs infusjon betraktelig: 20 minutter eller mer per pasient. I tillegg reduseres total tid tilbrakt ved klinikk for pasient (opp mot 63 timer per år inkl. reise), samt tid til klargjøring av behandling². Det finnes også norske kostnadsanslag for infusjon vs. subkutan administrasjon³*

Dagens finansierings- og styringssystemer gir ikke alltid insentiver til å ta i bruk behandlinger som reduserer samlet ressursbruk. Dersom enhetskostnaden for er høyere for behandlingalternativet som avlastet helsepersonell mest, er systemet tilrettelagt for å optimalisere direkte kostnader til behandling, framfor å redusere personellressursbruken. I utvalgets drøftinger om virkemidler bør det derfor vurderes hvordan finansierings- og prioriteringssystemene i større grad kan belønne behandlinger som avlastet helsepersonell og reduserer samlet ressursbruk.

Pasientnær behandling i samarbeid med primærhelsetjenesten

Desentralisert behandling nært hjemmet, eller i pasientens hjem, er et eksempel på samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste som kan være kostnadseffektivt basert på færre helsepersonellreiser, re-innleggelse, sykehus-infeksjoner samt i et miljø- og samfunnsperspektiv⁴. I tillegg kan dette imøtekomme enkelte pasientgruppers ønske om trygghet og forutsigbarhet i egen behandlingssituasjon. Nye administrasjonsformer kan lette overgangen til slik desentralisert behandling. I utvalgets videre arbeid bør styring, ansvar og virkemidler som legger til rette for desentralisert behandling derfor drøftes særskilt.

**Ved Nordlandssykehuset har de blant annet gjennom godt samarbeid med kreftsykepleiere i forskjellige kommuner sørget for at pasienter som har lang reisevei vil kunne motta behandlingen hjemme eller på lokalmedisinske senter der de bor, istedenfor å reise inn til Bodø⁵. Da sykehuset også dekker reisekostnader, som for mange pasienter i Nord-Norge er omfattende, utgjør dette et insentiv i seg selv, i tillegg til det rent administrative og for pasientene selv. Et annet eksempel er samarbeidsprosjektet i Møre og Romsdal rundt hjemmesykehus der intravenøs antibiotikabehandling flyttes fra sykehuset og hjem til pasienten i et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten⁶.*

¹ <https://sml.snl.no/subkutan>

² <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2025.102974>

³ https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2025/12/OE_rapport-offentlige-legemiddelutgifter_lanseringa.pdf

⁴ Feasibility and Health Economic Assessment of Home-Based Treatment in Norway M-NO-00001188 (sendes på forespørsel)

⁵ <https://www.nordlandssykehuset.no/om-oss/pakkeforlop-hjem-for-pasienter-med-kreft/#malene-med-pakkeforlopet>

⁶ <https://www.helseinnovasjonssenteret.no/prosjekter/hjemmesykehus#:~:text=Hjemmesykehus%20gikk%20fra%20prosjekt%20til,Les%20saken%20her.&text=%202023%20fikk%20prosjektet%20Intraven%C3%B8s%20antibiotikabehandling%20i%20hjemmesykehus%20til,delt%20DOGA%2D%20merket.>