Innspill til Helsereformutvalget –

Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten 07.12.2025

Felles helsetjenester i hjemmet – palliative forløp basert på premissene til første- og andrelinjetjenester, samt pasienter og pårørende

1. Bakgrunn og formål

Helsereformutvalget skal foreslå tiltak for bærekraftige, samordnede og likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Reformen skal se på samhandling, kapasitet, kompetanse og nærhet til tjenestene. Nasjonalt nettverk for palliasjon i primærhelsetjeneste ønsker å bidra med erfaring og kunnskap om palliasjon som en foregangsmodell for integrerte og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Vi vil samtidig belyse hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenester i hjemmet må bygge på premissene for alle involverte aktører. Dette inkluderer ikke bare spesialisthelsetjenesten, men også den kommunale helse- og omsorgstjenesten (som inkluderer fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell), samt pasient- og pårørendeperspektivene. Vi foreslår heretter å benytte begrepet «felles helsetjenester i hjemmet». Med dette mener vi tjenester som ytes i samarbeid mellom sykehus og kommuner.

Formål med innspillet:

- Å løfte frem behovet for felles og likeverdig samhandling, planlegging og gjennomføring mellom nivåene når stadig flere spesialisthelsetjenester gis i hjemmet og å benevne disse tjenestene «felles helsetjenester i hjemmet».

- Å fremheve behovet for gode samarbeidsmodeller for å lykkes med å tilby likeverdige tjenester, uavhengig om du bor i distrikt eller by.

- Å løfte frem organisering av palliasjon og lindring som en god modell til etterfølgelse og videre utvikling av felles helsetjenester i hjemmet.

- Å fremheve pasienters og pårørendes behov for medvirkning i utvikling og leveranse av felles helsetjenester i hjemmet.

2. Dagens situasjon og utviklingstrekk

- Desentralisering, de- institusjonalisering og utvikling av teknologi og digitale verktøy bidrar til at en økende andel pasienter mottar behandling og oppfølging i hjemmet.

- Spesialisthelsetjenesten piloterer og innfører stadig flere nye modeller og verktøy for hjemmebehandling og hjemmeoppfølging, inkludert hjemmesykehus, pasientsentrerte helsetjenesteteam, virtuelle sykehusavdelinger og digital hjemmeoppfølging.

- Mange kommuner har små fagmiljø, store avstander og begrenset ressurstilgang, noe som krever tilpassede løsninger.

- Risikoen er at tjenester i hjemmet utvikles med «spesialistlogikk» uten tilstrekkelig involvering fra kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell, og uten å sikre reell involvering av pasienter og pårørende.

Vi er bekymret for at dreiningen mot levering av spesialisthelsetjenester i hjemmet hovedsakelig skjer på spesialisthelsetjenestens premisser. Løsningene som utvikles ivaretar sykehusenes behov og er tilpasset de største omliggende kommunene som ligger nær sykehuset, med stordriftsfordeler som mangler i distriktet. Dette ser vi helt konkret kan gi seg utslag for eksempel i at nye tjenestetilbud er begrenset til områder innenfor en viss avstand fra sykehuset. Mange tiltak tar ikke hensyn til at også kommunale helse- og omsorgstjenester (inkludert fastlegene og legevakt) nødvendigvis blir berørt av slike endringer i tjenesteyting, selv om spesialisthelsetjenesten skal ha hovedansvaret. Løsningene tar i begrenset grad utgangspunkt i eksisterende strukturer, rammebetingelser og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegens portvaktfunksjon og spesialsykepleiekompetansen til kreftsykepleiere og avansert klinisk sykepleiere. I tillegg er det en risiko for at gevinster i form av sparte sykehussenger blir et hovedmål i seg selv, på bekostning av frivillige og personsentrerte tjenester. Dette må unngås, ettersom spesialisert helsehjelp i hjemmet ikke passer for alle, og både pasienter og pårørende må være motivert og ha en klar forståelse av hva slikt tilbud innebærer.

3. Nettverkets hovedbudskap

1. Kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell, samt pasienter og pårørende må være premissgivere når stadig mer spesialisert helsehjelp gis i hjemmet

- Man bør satse på å styrke de etablerte strukturene og kompetansen man har, heller enn å gjøre store endringer i tjenestestruktur. Nye tilbud må følge en struktur for samhandling som er i tråd med eksisterende praksis.

- Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell, har et helhetlig ansvar og kjenner ofte pasientens hverdag, ressurser og nettverk.

- Etablering av spesialordninger for forskjellige fagområder tilpasset spesialisthelsetjenestens behov kan føre til uforutsigbarhet, lite sammenhengende tjenester og utfordrende samhandlingsmønstre som ikke er enhetlige

2. Vi foreslår partnerskap, ikke nye siloer. Dette innebærer et endret fokus fra spesialisthelsetjenester i hjemmet til felles helsetjenester i hjemmet.

- Nye tjenester må utvikles i partnerskap mellom sykehus og kommune, med felles planlegging, finansiering og kompetanseutvikling.

- Vi mener det skal hete felles helsetjenester i hjemmet heller enn spesialisthelsetjenester hjemme.

3. Felles helsetjenester i hjemmet kan bidra til likeverdige tjenester for pasienter i hele landet, forutsett at planlegging og gjennomføring skjer med dette for øyet.

Nesten halvparten (46 %) av norske kommuner er små og usentrale. Vi mener at «Rural proofing» må inn som prinsipp i alle nye helsetjenestemodeller. Det innebærer at tjenesteutvikling med sikte på felles helsetjenester i hjemmet må kunne tilpasses både sykehusnære kommuner og distriktskommuner langt fra sykehus. Kompetanse som trengs rundt pasienten må bygges og deles mellom helsepersonell fra spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester, og det må etableres et rammeverk for slik kompetansebygging i hvert individuelle pasientforløp. Det må tas hensyn til at kompetansebehovet vil variere fra kommune til kommune. Etableringen av et *generisk* rammeverk for individuell, pasientnær kompetansebygging vil kunne ha overføringsverdi til ulike pasientforløp og bidra til å styrke generell og gjensidig kompetanse blant helsepersonell i kommuner og sykehus.

4. Palliasjon og lindring som forbilde for helhet.

Palliative tjenester har erfaring med tverrfaglig, koordinert og personsentrert omsorg som kan brukes som foregangsmodell for videre utvikling av felles helsetjenester i hjemmet

5. Hva står på spill?

- Manglende kontinuitet i oppfølging av alvorlig syke og døende pasienter som kan true pasientsikkerhet.
- Økt belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester, uten samsvarende økning av ressurser.
- Risiko for ulikhet mellom by og distrikt.
- At spesialisthelsetjenesten overtar arbeidsoppgaver som allerede løses i kommunale helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte. Dette er en naturlig følge av at fastlegens portvaktfunksjon omgås dersom tjenester planlegges ensidig fra sykehussiden. Det er også en risiko for at kommunenes egen spesialistsykepleierkompetanse blir forbigått dersom nye tjenester planlegges og ytes ensidig fra sykehussiden.

4. Forslag og anbefalinger

1. Utvikle en nasjonal strategi for felles helsetjenester i hjemmet, der palliasjon og lindring inngår som tverrgående område.

2. Sikre at dreiningen mot spesialisttjenester i hjemmet skjer i partnerskap med kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell.

3. Etablere felles finansierings- og ansvarsmodeller for hjemmebasert behandling og oppfølging.

4. Rural proofing som prinsipp for å sikre likeverdige tjenester i hele landet.

5. Styrke kompetanse- og forskningssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester og universitet og høyskoler.

6. Bruker- og pårørendeperspektivet må være integrert i utviklingen av nye modeller.

5. Forskningsnettverkets bidrag

- Kunnskapsgrunnlag fra pågående og tidligere studier innen palliasjon i primærhelsetjenesten.
- Erfaring med implementering, samhandling og kompetansebygging på tvers av nivåer.
- Tverrfaglig forsknings- og praksisnettverk med representasjon fra hele landet.

På vegne av Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten

Anne Fasting, spesialist i allmennmedisin, kompetanseområde palliativ medisin, phd.

Leder av Nasjonalt forskningsnettverk for palliasjon i primærhelsetjenesten