



Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Statusrapport V, 2022

Institutt for helse og samfunn, UiO

Oslo Economics

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn (HELSAM) er et flerfaglig institutt ved det medisinske fakultet. HELSAM består av seks avdelinger; Allmenntidrett, Helsefag, Helseledelse og helseøkonomi, Medisinsk etikk, Samfunnsmedisin og Sykepleievitenskap. Avdelingsstrukturen reflekterer hvordan kultur, miljø, økonomi, samfunn og biologi påvirker sykdom, helse og helsesystemer. HELSAM har mer enn 800 studenter og 450 vitenskapelige ansatte. Forskere ved HELSAM har vært og er involvert i evaluering av alle de store helsereformer på 2000-tallet.

Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med 55 medarbeidere, hvorav 13 med PhD. Vi har bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere. Vi har forskningserfaring fra analyser av legers og sykepleieres arbeidstid og kjenner relevante datakilder.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Nasjonalt senter for distriktsmedisin er et tverrfaglig kompetansesenter som fremmer forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning. Vi har bred erfaring med evaluering og helsetjenesteforskning, og har særlig innsikt i primærhelsetjenesten - særlig utenfor de store byene.

Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Prosjektleder: Tor Iversen, UiO:

tor.iversen@medisin.uio.no, Tel. 481 27 432

Foto/illustrasjon: Essentials collection (iStockphoto.com)

Innhold

Kort oppsummert	6
Sammendrag og konklusjoner	7
1. Innledning	13
1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT)	13
1.2 Evalueringsoppdraget	14
1.3 Funn fra statusrapport I	14
1.4 Funn fra statusrapport II	15
1.5 Funn fra statusrapport III	16
1.6 Funn fra sluttrapporten for 2018-2021 (statusrapport IV)	17
1.7 Innhold i denne statusrapporten	17
2. Data og metode	19
2.1 Studier med registerdata	19
2.2 Spørreundersøkelse blant pasienter	21
2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved legekantor	23
2.4 Intervjustudie på fem utvalgte legekantor i PHT-forsøket	25
2.5 Oppsummering og konklusjon	26
3. Pasientenes erfaringer med PHT	28
3.1 Omfang av oppfølging fra PHT	28
3.2 Betydningen av PHT for pasientene	28
3.3 Kontakt med og oppfølging fra fastlegekontoret	30
3.4 Tilfredshet med oppfølgingen på legekantoret	33
3.5 Preferanser for helsehjelp fra fastlegjetjenesten	37
3.6 Oppsummering og konklusjon	38
4. Finansieringsmodellene	39
4.1 Legekantorene i forsøket med PHT	39
4.2 Økonomiske egenskaper ved finansieringsmodellene	40
4.3 Seleksjonen inn i finansieringsmodellene	40
4.4 Intern organisasjon og økonomi i legekantorene	43
4.5 Inntektsutvikling blant legekantor i honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen	44
4.6 Har honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen ulike egenskaper når det gjelder å nå målene med forsøket?	46
4.7 Oppfatninger om finansieringsmåte	49
4.8 Oppsummering og konklusjon	50
5. Teamarbeid belyst ved spørreundersøkelse	52

5.1	Opplevd arbeidsmengde	52
5.2	Teamarbeid og effektivitet	54
5.3	Helsepersonellens vurderinger av konsekvenser av PHT for pasientene	72
5.4	Oppsummering og konklusjon	73
6.	Teameffektivitet – en dybdestudie	74
6.1	Teameffektivitet – et teoretisk rammeverk	75
6.2	Beskrivelse av de fem utvalgte legekantorene	75
6.3	Analyse på tvers av de fem legekantorene	91
6.4	Oppsummering og konklusjon	94
7.	Teameffektivitet analysert med registerdata	95
7.1	Innledning	95
7.2	Undersøkelse på legekantornivå (makroteamnivå)	95
7.3	Undersøkelse på fastlegenivå (mikroteamnivå)	100
7.4	Oppsummering og konklusjon	101
8.	Samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste	102
8.1	Samhandling mellom legekantorene og øvrige helse-, omsorgs- og velferdstjenester belyst ved spørreundersøkelse	102
8.2	Samhandling mellom legekantorene og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester belyst ved registerdata	106
8.3	Oppsummering og konklusjon	110
9.	Oppsummering, diskusjon og avslutning	112
9.1	Oppsummering av resultatene fra kapitlene	112
9.2	Har vi mer kunnskap om effekter enn vi hadde i fjor?	113
9.3	Diskusjon	115
9.4	Avslutning	117
10.	Referanser	118
Vedlegg A	Oversikt over registerdata	119
Vedlegg B	Intervjuguider	120
Vedlegg C	Resultater fra brukerundersøkelsen	122
Vedlegg D	Tilleggsanalyser pasienters erfaring med PHT	139
Vedlegg E	Tilleggsanalyser av registerdata	145
Vedlegg F	Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger	165
Vedlegg G	Resultater fra spørreundersøkelse til sykepleiere	185
Vedlegg H	Resultater fra spørreundersøkelse til helsesekretærer	192

Forord

Forsøket med primærhelseteam (PHT) evalueres av en forskergruppe fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Oslo Economics (OE). Evalueringen er et oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten er et resultat av felles arbeid der alle de tre miljøene har bidratt til de enkelte delene og til helheten. Det er samtidig en arbeidsdeling som går ut på at UiO har hovedansvar for studier med registerdata, NSDM har hovedansvar for studier med intervjudata og OE har hovedansvar for spørreskjemaundersøkelser. Fra UiO har Geir Godager, Tor Iversen og Øyvind Snilsberg deltatt i arbeidet med rapporten. Fra NSDM har Birgit Abelsen og Anette Fosse deltatt. Fra OE har Kine Pedersen, Hanna Isabel Løyland, Emilie Aandahl og Erik Magnus Sæther deltatt.

Vi vil takke alle ved de fem legekantorene som har deltatt i den kvalitative dybdestudien. De har med stor velvilje tilrettelagt for intervjuene, brukt tid på å la seg intervju og PHT-lederne har brukt tid på gjennomlesing av legekantorbeskrivelsene. Vi vil også takke alle ved legekantorene i forsøket som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene, og som har hjulpet til med å distribuere spørreundersøkelsen til pasientene. Vi ønsker også å rette en stor takk til alle pasientene som har deltatt i brukerundersøkelsen. Til slutt vil vi takke alle, spesielt PHT-lederne og Helsedirektoratet, som har gitt innspill og kommentert foreløpige funn underveis i arbeidet med rapporten.

Rapporten kan refereres til på følgende måte: Aandahl E, Abelsen B, Fosse A, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sæther EM. (2022) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V.

Oslo og Tromsø, desember 2022

Kort oppsummert

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team som inkluderer fastlege, sykepleier og helsesekretær. Sentrale målgrupper for PHT er brukere med kronisk sykdom, brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, brukere som omtales som «skrøpelige eldre» og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt «svake etterspørrere».

For å finne ut om PHT, med mer systematisk oppfølging av målgruppen, gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen, ble forsøk med PHT startet 1. april 2018 på 13 legekantor, mens fire nye legekantor kom til fra 2020. Forsøket prøver ut to ulike finansieringsmodeller; 12 av legekantorene har valgt honorarmodellen og fem har valgt driftstilskuddsmodellen. Evalueringen bygger på analyser av data fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuundersøkelser og dokumenter. I denne rapporten undersøker vi særlig:

- Pasienters erfaring med PHT
- Likheter og ulikheter mellom PHT-legekantor med ulike finansieringsmodeller
- Variasjon i teamarbeid og teameffektivitet ved et utvalg PHT-legekantor
- Samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste

Vår brukerundersøkelse blant pasienter som har mottatt helsehjelp fra PHT, viser at flertallet av pasientene opplever en større trygghet samt en bedre oppfølging av egen helse, sammenlignet med tiden før PHT. Undersøkelsen tyder også på at de fleste pasientene ønsker å få oppfølging fra sykepleier, og at de er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege. Pasientene trekker frem samtale og informasjon fra sykepleier som særlig betydningsfullt i oppfølgingen.

Registerdataanalysene viser at legekantorene i forsøket generelt sett har valgt den finansieringsmodellen som er økonomisk gunstigst for dem. Med unntak av ett legekantor, har legekantor med driftstilskuddsmodellen hatt en betydelig inntektsøkning sammenlignet med legekantor utenfor forsøket, mens tilsvarende varierer mer for legekantor med honorarmodellen. Analysen viser videre at honorarmodellen er mer økonomisk gunstig for legekantor med mange konsultasjoner per listeinnbygger og en stor andel yngre listeinnbyggere. Samtidig viste spørreundersøkelsen at fastleger med driftstilskuddsmodellen i større grad opplever at finansieringsmodellen er godt tilpasset å drive teamarbeid, sammenlignet med fastleger med honorarmodellen.

De fleste fastleger og sykepleiere på legekantorene opplever at PHT bidrar til nye måter å løse utfordringer på. Det vanligste er at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. De fleste fastlegene svarte at tiden de ellers ville brukt på oppgaver som nå utføres av sykepleiere, brukes til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede.

Årets undersøkelser tyder videre på at legekantorene med PHT har ulike tilnærminger til teamarbeid. Teamvariantene som framstår som effektive karakteriseres ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte. Registerdataanalyser viser at sammenlignet med legekantor med mindre grad av teamarbeid, har legekantor med høy grad av teamarbeid flere lege- og sykepleierkonsultasjoner, flere hjemmebesøk, samt flere konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til brukere med diabetes type 2.

Når det gjelder samhandling med øvrig helsetjeneste, opplever de fleste fastlegene og helsesekretærene en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene, den somatiske spesialisthelsetjenesten og de andre delene av spesialisthelsetjenesten. Med registerdata undersøker vi om indikatorer på samhandling har utviklet seg mer positivt for legekantor med PHT enn for andre legekantor. Vi finner positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Vi finner også et mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter som mottar slike tjenester og er tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen.

Pilotprosjektet avsluttes 31. mars 2023. Legekantorene vil motta statlig finansiering av PHT-sykepleier i 2023. Arbeidet med evaluering av forsøket med PHT vil foregå også i 2023. Videre i evalueringen tar vi sikte på å gi en noe bredere utredning av hvordan landets fastlegekantor kan arbeide tverrfaglig med utgangspunkt i erfaringene fra forsøket med PHT.

Sammendrag og konklusjoner

Primærhelseteam (PHT) i fastlegekontor består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest, blant annet i form av en mer systematisk oppfølging. Forsøket med PHT omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Det er 17 legekontor som inngår i PHT-forsøket. I Statusrapport V er vi spesielt opptatt av hvordan pasientene opplever virkningene av PHT, hva som kjennetegner legekontorenes valg av finansieringsordning, om det er noen sammenheng mellom finansieringsordning og indikatorer på pasientbehandling, teameffektivitet på makroteam- og mikroteamnivå, og samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

Forsøk med primærhelseteam (PHT)

Forsøket med PHT prøver ut teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Utprøvingen fordrer en mer systematisk arbeidsmetodikk. Forsøket startet 1. april 2018. Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. PHT skal rettes mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Blant disse, er det viktig at PHT når svake etterspørere med behov for allmenmedisinske tjenester.

Effektmålene for forsøket er bedret helsetilstand og mestringssevne for pasienter/brukere med oppfølging av PHT; økt pasient- og brukertilfredshet; bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget; redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester; bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten; og bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Evalueringen av forsøket med PHT

På oppdrag fra Helsedirektoratet evalueres forsøket av en forskergruppe fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Oslo Economics (OE). Effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesiell vekt på å måle effektene for pasienter/brukere i målgruppene.

Statusrapport V beskriver hvordan pasienter opplever virkningene av PHT. Rapporten inneholder også en analyse av hva som kjennetegner legekontorenes valg av finansieringsordning, og om det er noen sammenheng mellom finansieringsordning og indikatorer på pasientbehandling. Videre presenteres en studie av teameffektivitet på makroteam- og mikroteamnivå, og en studie av samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

I innledningen til denne rapporten har vi oppsummert viktige funn fra de fire tidligere statusrapportene om PHT-forsøket. Funnene viser blant annet at personell ved legekontorene gikk inn i forsøket med hovedmål om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Rammene for forsøket er svært fleksible, noe som har gitt ulike lokale prosesser og grobunn for ulike resultat på legekontornivået. Flexibiliteten er fremhevet som en vesentlig forutsetning for at legekontorene deltar i forsøket. Endring av praksis og implementering av teamarbeid tar tid og er vanskelig å få til uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle på legekontoret. Lederopplæring og utvikling av ledelsesstruktur og lederrollen har skjedd parallelt med de øvrige endringene ved legekontorene i forsøket. Den tredje statusrapporten hadde særlig oppmerksomhet rettet mot hvordan tilnærmingen til pasienten endres med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket har opplevd å få tjenester fra PHT. Den fjerde statusrapporten (sluttrapport for 2018 – 2021) inneholder analyser av hvordan PHT har påvirket arbeidsmåtene på legekontoret og brukerne i målgruppene. Samarbeidet mellom PHT og kommunehelsetjenesten, samt PHT og spesialisthelsetjenesten er viet særlig oppmerksomhet. Rapporten inneholder også en samfunnsøkonomisk analyse.

Kapittel 2: Datakilder og metoder

I kapittel 2 beskriver vi hvilke datakilder som er brukt i denne rapporten og hvordan data er analysert. Vi bruker registerdata for å gi innsikt i hvordan PHT bidrar til endring i helsetjenestebruk og helseutfall for fastlegenes listeinnbyggere, med særlig oppmerksomhet mot målgruppene som er definert for forsøket. Vi har gjennomført en brukerundersøkelse blant pasienter ved legekontor i PHT for å belyse deres erfaringer med oppfølgingen fra

legekantoret, samt å få mer kunnskap om deres preferanser for å motta helsehjelp. Undersøkelsen ble gjennomført høsten 2022 på 16 av legekantorene med PHT.

For å undersøke teameffektivitet er det gjennomført en multippel casestudie hvor datainnsamlingen er gjort ved hjelp av kvalitative intervju med personellet ved fem utvalgte legekantor i PHT-forsøket. Dybdestudien identifiserer tre teamvarianter blant de fem legekantorene. Teameffektivitet var også et viktig tema for årets spørreundersøkelse til fastleger, PHT-sykepleiere og helsesekretærer ved legekantorene.

I analyser av registerdata veksler vi mellom å bruke alle legekantor i Norge, unntatt PHT-kantorene, som kontrollgruppe, og en kontrollgruppe med legekantor som ligner mest mulig på PHT-kantorene. I spørreundersøkelsen blant ansatte på legekantorene i PHT-forsøket, er det ingen kontrollgruppe, siden svarprosenten i den utvalgte kontrollgruppen i tidligere undersøkelser har vært liten.

Kapittel 3: Pasientenes erfaringer med PHT

Brukerundersøkelsen viser at flertallet av pasientene opplever både trygghet for at de blir ivaretatt på en god måte i stor eller svært stor grad (76 prosent), og at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse i stor eller i svært stor grad (75 prosent), sammenlignet med perioden før PHT. De fleste respondentene er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og opplever for eksempel at sykepleier og fastlege i stor eller svært stor grad har nok tid til dem (henholdsvis 94 og 68 prosent). Alt i alt, er majoriteten av pasientene i stor eller svært stor grad fornøyd med tilgjengeligheten til fastlegen (86 prosent) og sykepleier (83 prosent), samt med den samlede oppfølgingen fra legekantoret (92 prosent).

Når pasientene blir spurt om videre preferanser for helsehjelp, oppgir 74 prosent at de er helt uenige i at de ikke ønsker oppfølging fra sykepleier på fastlegekantoret. Det indikerer at flertallet av pasientene ved PHT-legekantor ønsker oppfølging fra sykepleier. Pasientene trekker frem samtale og informasjon fra sykepleier som særlig betydningsfullt.

Kapittel 4: Finansieringsmodellene

Blant de 17 legekantorene i forsøket, er det 11 (65 prosent) som er privat eid og seks (35 prosent) som er kommunalt eid. I honorarmodellen finansieres fastlegene som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Driftstilskuddet består av et kjønn- og aldersjustert listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet). Driftstilskuddet legges opp til å stå for 80-85 prosent av finansieringen og består av et kjønn- og aldersjustert listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet). Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og fem som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Legekantorene valgte selv hvilken finansieringsmodell de ville prøve ut.

Å beskrive seleksjonen av legekantor inn i de to finansieringsmodellene er viktig av to grunner. Dersom det er systematiske forskjeller i karakteristika (for eksempel eierskap og antall fastleger) mellom legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og legekantor som har valgt honorarmodellen, kan vi stå i fare for å blande sammen disse forskjellene med forskjellene som følger fra valg av finansieringsmodell. For det andre vil beskrivelsen vise hvilke legekantor som vil tiltrekkes av hvilken finansieringsmodell. Dette er viktig kunnskap dersom PHT skal innføres i større målestokk.

Vi undersøker forskjeller mellom legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og legekantor som har valgt honorarmodellen. Fire av seks kommunale legekantor har valgt driftstilskuddsmodellen og ti av elleve private legekantor har valgt honorarmodellen. Det er derfor utfordrende å skille egenskaper ved legekantor som avhenger av om de er offentlig eller privat eid fra egenskaper ved finansieringsmodellen. Vi finner at de fleste legekantor valgte den finansieringsmodellen som var mest økonomisk gunstig for dem. Med data fra 2015–2017 undersøker vi effekt på praksisinntekt om legekantorene hadde valgt driftstilskuddsmodellen. Vi finner da at fire av de fem legekantorene som seinere valgte driftstilskuddsmodellen, ville øke sin inntekt med driftstilskuddsmodellen, mens det samme bare ville gjelde for ett av legekantorene som valgte honorarmodellen. Generelt er det slik at legekantor med mange konsultasjoner per listeinnbygger og en stor andel yngre listeinnbyggere vil komme bedre ut økonomisk med honorarmodellen enn med driftstilskuddsmodellen. Vi undersøker også inntektsutviklingen ved PHT-kantorene. Med unntak av ett legekantor, har det vært en betydelig

inntektsøkning for legekantor med driftstilskuddsmodellen sammenlignet med legekantor utenfor forsøket fra perioden 2014-2017 til perioden 2018-2021. For legekantor med honorarmodellen varierer inntektene mer, men det har vært en negativ inntektsutvikling for fem av åtte legekantor sammenlignet med landets øvrige legekantor.

Vi undersøker også om det er forskjeller mellom finansieringsmodellene når det gjelder bruk av helsetjenester som har sammenheng med målene for forsøket. Vi skiller mellom helsetjenester fra legekantoret og helsetjenester utenfor legekantorets direkte kontroll. Vi skiller også mellom forskjeller i sannsynligheten for å motta minst en tjeneste og antallet tjenester, gitt at man har mottatt minst én tjeneste. Det er vanskelig å se noen systematikk i resultatene. Det er en tendens til at listeinnbyggerne får flere konsultasjoner fra lege og sykepleier i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Dette gjelder spesielt for personer med psykisk sykdom. Det er samtidig vanskelig å vite hvor mye av denne forskjellen som skyldes at det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Legekantor med honorarmodellen viser større økning i tilbudet av konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. De har også en større økning i flerfaglige samarbeidsmøter til pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelse og til skrøpelige eldre og multisyke enn legekantor utenfor forsøket.

I spørreundersøkelsen til ansatte på PHT-kantorene var ett av spørsmålene om finansieringsmodellen legekantoret prøver ut, er godt tilpasset å drive teamarbeid. Blant fastlegene fra legekantor med driftstilskuddsmodellen svarte nesten en dobbelt så stor andel at finansieringsmodellen er godt tilpasset i (svært) stor grad sammenlignet med fastleger fra legekantor som praktiserer honorarmodellen.

Kapittel 5: Teamarbeid belyst ved spørreundersøkelse

Årets spørreundersøkelse blant ansatte på legekantorene i forsøket handlet om arbeidsmengde, erfaringer med teamarbeid og vurderinger av konsekvenser av PHT for pasientene.

Over halvparten av fastlegene (58 prosent) svarer at de har for stor arbeidsbelastning, men andelen er betydelig lavere enn funn fra en spørreundersøkelse rettet mot alle landets fastleger, der andelen var 80 prosent. For halvparten av fastlegene har ikke PHT påvirket arbeidsomfanget, mens en mindre andel (9 prosent) svarte at det har økt arbeidsbelastningen og 41 prosent svarte at det har redusert arbeidsbelastningen. Blant fastleger ved legekantor med PHT svarte 65 prosent at de er litt eller helt uenig i at de har tid til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid, og 68 prosent svarer at de er litt eller helt uenig i at de har tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid. Selv om flesteparten ikke opplever å ha tid til disse aktivitetene, er andelen betydelig lavere enn funn fra spørreundersøkelsen rettet mot alle landets fastleger (henholdsvis 94 og 93 prosent).

De fleste fastleger og sykepleiere (henholdsvis 62 og 74 prosent) oppga at de i stor eller svært stor grad opplever nye måter å løse utfordringer på, mens den tilsvarende andelen var noe lavere (43 prosent) for helsesekretærer. Det vanligste er at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver – 68 prosent av fastlegene og 84 prosent av sykepleierne svarte dette. De fleste fastlegene (70 prosent) svarte at tiden de ellers ville brukt på oppgaver som nå utføres av sykepleiere, brukes til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede. Blant fastlegene som oppga at de har brukt mer tid på dette enn de ellers ville gjort, svarte om lag halvparten (48 prosent) at dette skyldes en kombinasjon av mer tid brukt per konsultasjon og flere konsultasjoner.

De fleste fastlegene svarte at de er litt eller helt enig i at organiseringen som PHT gjør at de kan delegerer både rutinepregede (78 prosent) og tidkrevende oppgaver (81 prosent) til sykepleier. Denne oppfatningen stemmer overens med oppfatningen blant sykepleierne – 59 prosent oppga at de gjør mange rutinepregede oppgaver og 82 prosent oppga at de gjør en del tidkrevende oppgaver. Likevel oppga 84 prosent av sykepleierne at de er litt eller helt uenig i at arbeidet i PHT innebærer lite varierte oppgaver. Over halvparten av fastlegene (55 prosent) og sykepleierne (59 prosent) svarte at de er litt eller helt enig i at muligheten til å samarbeide gjør at de tar tak i mer krevende oppgaver enn tidligere.

34 prosent av helsesekretærene svarte at de i liten eller svært liten grad opplever å ha en rolle i PHT ved legekantoret, og nesten halvparten (43 prosent) svarte at de i noen grad opplever dette. Flere beskrev at de ser liten forskjell i arbeidsoppgavene sine før og etter PHT, og at de ikke opplever å ha en rolle i PHT. Flere sykepleiere beskrev i fritekstsvaret at helsesekretæren stort sett har samme rolle som før, men understreket at de har en viktig rolle på legekantorene. Helsesekretærene har blant annet kontroll på timebøkene til både lege og sykepleier, og gjennom dette har de ansvar for å sikre god pasientflyt.

De fleste fastleger er litt eller helt enig i at en bør vektlegge både sekundærforebygging (87 prosent) og primærforebygging (78 prosent) for sine listeinnbyggere. I fritekstsvar utdypet både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer at de får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som mottar oppfølging fra PHT. De trekker frem at pasientene opplever en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, en større grad av trygghet og mer regelmessighet i oppfølgingen, samt at de føler seg bedre ivaretatt.

Kapittel 6: Teameffektivitet – en dybdestudie

Rapporten presenterer en kvalitativ dybdestudie av teameffektivitet ved fem skjønnsmessig utvalgte legekontor i PHT-forsøket. Legekantorene er valgt ut basert på en antagelse om at de har formet teamarbeidet på ulikt vis. Vi undersøker teameffektivitet med utgangspunkt i en modell som omfatter kriterier for å bedømme om team er effektive, samt betingelser og prosesser som muliggjør teameffektivitet. Med utgangspunkt i denne modellen, er det gjennomført individuelle kvalitative dybdeintervju med flesteparten av personellet ved de fem legekantorene. Basert på dette intervjumaterialet, gis det en beskrivelse av det enkelte legekantor hvor følgende sju tema vektlegges: struktur i teamarbeidet, eierskap til PHT-prosjektet, ledelsen av teamarbeidet, den individuelle tilfredsheten med å jobbe i team, resultater av teamarbeidet slik personellet selv vurderer dem, deres vurderinger av teamstørrelse og sammensetning, samt legekantorets utviklingsplaner.

I analysen på tvers av de fem legekantorene, finner vi at de skiller seg fra hverandre særlig når det gjelder grad av struktur og felles arbeidsmåte i teamarbeidet, engasjement for teamarbeidet, tydelig ledelse av teamarbeidet og legenes individuelle tilfredshet med å jobbe i team. Til tross for variasjon i organisasjonskonteksten for teamarbeid, opplever personellet på de fem legekantorene i stor grad at teamarbeidet gir gode og relevante resultater – først og fremst for pasientene, men også for dem selv i form av økt arbeidstrivsel.

Studien identifiserer tre teamvarianter blant de fem legekantorene. To av teamvariantene framstår som effektive, med en høy samlet teaminnsats rettet mot målgruppene for PHT-forsøket. De karakteriseres begge ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte systematisk rettet mot målgruppene både i makroteam som omfatter alle ansatte på legekantoret, og mikroteam som omfatter det teamarbeidet som foregår med utgangspunkt i den enkelte fastleges liste. De to teamvariantene skiller seg fra hverandre ved at teamarbeidets utforming påvirkes av finansieringsmodellen; henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I den tredje teamvarianten er makroteamet løstere sammenvevd og den overordnede ledelsen er mindre til stede eller virksom. Arbeidsmåten i mikroteamene i denne teamvarianten varierer avhengig av legens erfaring, interesse og engasjement for teamarbeid. Mikroteam kan være effektive selv om ikke legekantoret som makroteam er det. Sykepleierressursen kunne samlet sett vært utnyttet mer målrettet, noe som ville økt makroteameffektivitet i disse legekantorene. Utskifting av personell og manglende kontinuitet blant legene, har spilt negativt inn på effektiviteten. Koronapandemien har også hatt betydning for resultatet. Alle leger har en viktig lederrolle i PHT. Det er den enkelte fastlege som leder PHT-arbeidet knyttet til sine listeinnbyggere. For nye fastleger eller fastlegevikarer er det en stor oppgave å både bli kjent med listeinnbyggerne og samtidig få til å utnytte PHT på en god måte.

Studien viser at det ikke blir godt og effektivt teamarbeid bare av å tilføre en sykepleierressurs til et legekantor. Det å bli reelle og effektive mikro- og makroteam innebærer et omfattende og målrettet utviklings- og endringsarbeid som krever ledelse og oppslutning, og en betydelig innsats knyttet til å legge strukturer for hvordan teamarbeidet i praksis skal foregå.

Ved alle de fem legekantorene var det en utbredt oppfatning om at PHT i utgangspunktet har en god sammensetning med lege, sykepleier og helsesekretær og at det enkelte legekantoret er passe stort til å være PHT, selv om legekantorene varierer ganske mye i størrelse.

Det å betrakte PHT både i et mikro- og et makroteamperspektiv, får etter vårt syn fram at den normative beskrivelsen av mikroteam som bestående av lege, sykepleier og helsesekretær synes å virke kontraproduktivt på de fleste av legekantorene. Helsesekretærene kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen og opplever at de av den grunn ikke er en del av PHT. Makroteamperspektivet avdekker at helsesekretærene har en veldig viktig rolle og bidrag i legekantoret som helhet, blant annet gjennom å legge til rette for at både makroteam (hele legekantoret) og mikroteamene (med lege og sykepleier) kan fungere godt. Helsesekretærenes bidrag til velfungerende makroteam bør derfor i større grad vektlegges i beskrivelsen av PHT.

Kapittel 7: Teameffektivitet analysert med registerdata

Dybdestudien av teameffektivitet ved fem utvalgte legekantor i kapittel 6 identifiserte tre teamvarianter. Et av skillepunktene mellom variant 1/2 og 3, er grad av enighet om arbeidsmåte og mål. I dette kapitlet

sammenligner vi legekantor etter teamvariant. For å kategorisere legekantorene bruker vi svar på spørsmål fra årets spørreundersøkelse til fastlegene. Fastlegene svarte på flere spørsmål om i hvilken grad de samarbeider med sykepleier om ulike oppgaver. Vi antar at legekantor hvor en større andel av fastlegene svarer at de samarbeider med sykepleier om oppgaver som aktuelle for PHT, er legekantor av variant 1/2, med større grad av felles arbeidsmåte og mål. Vi sammenligner hovedsakelig legekantorene på omfang av takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT. Vi sammenligner legekantorene etter forsøket startet, samt utviklingen fra før forsøket startet til etter forsøket startet så langt vi har data. Sammenligningen etter start viser at legekantorene er ulike. For å undersøke teameffektivitet på mikroteamnivå, gjør vi tilsvarende undersøkelser på fastlegenivå. Til denne undersøkelsen bruker vi en annen indikator for graden av teamarbeid på fastlegenivå; andelen av fastlegens listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt.

I kapitlet undersøker vi mulige sammenhenger mellom grad av teamarbeid og helsetjenestebruk for målgrupper i forsøket med PHT. Vi skiller mellom helsetjenestebruk som legekantoret selv har kontroll over, som konsultasjoner og hjemmebesøk, og helsetjenestebruk som ligger utenfor legekantorets direkte kontroll, som legevaktbesøk og sykehussinnleggelser. Vi sammenligner hovedsakelig legekantorene etter omfang av takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT. Vi finner at legekantor med høy grad av teamarbeid yter flere lege- og sykepleierkonsultasjoner og flere hjemmebesøk til målgrupper i forsøket enn legekantor med liten grad av teamarbeid. De yter også flere konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til brukere med diabetes type 2. Vi finner også positive sammenhenger med noen takster som indikerer mer samarbeid med andre deler av helsetjenesten. Det er også noen negative sammenhenger, som for eksempel sammenheng mellom grad av teamarbeid og flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med kols.

Sammenligningen av utviklingen før og etter start av forsøket tyder på at de to typene av legekantor har utviklet seg likt med hensyn til tilbudet av de helsetjenestene vi undersøker. Det kan tyde på at begge typene legekantor har oppnådd forbedringer i arbeidsmåte når det gjelder å yte helsetjenester som har blitt omtalt som aktuelle for PHT. Vi gjorde tilsvarende undersøkelser av sammenhenger mellom teamarbeid på fastlegenivå (mikroteamnivå) og anbefalte tjenester. Vi grupperte fastlegene i kvartiler etter andel av deres listeinnbyggere som har hatt minst en konsultasjon med sykepleier. For slike mikroteam finner vi også forskjeller i utviklingen for fjerde kvartil i forhold til første kvartil fra før forsøket startet for flere av pasientgruppene. Slike forskjeller finner vi også for flere tjenester som indikerer mer samhandling mellom fastlege og andre deler av helsetjenesten.

Kapittel 8. Samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste

Statusrapport IV presenterer resultatene fra en intervjuundersøkelse blant ansatte i kommunal hjemmetjeneste og tjenester for psykisk helse og rus. Undersøkelsen avdekker at samarbeidet mellom PHT og de kommunale tjenestene var mest utviklet og formalisert mellom PHT og hjemmetjenesten, mens det fortsatt er i planleggingsfasen mellom PHT og tjenester for psykisk helse og rus. Informanter på legekantorene i forsøket og informanter i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus hadde mange sammenfallende oppfatninger om samarbeidet dem imellom.

I årets rapport supplerer vi intervjuundersøkelsen i statusrapport IV med resultater fra spørreskjemaundersøkelser og registeranalyser. Vi presenterer først oppfatningene til ansatte på PHT-legekantorene av samhandlingen med andre tjenester. Deretter undersøker vi ved hjelp av registerdata om utviklingen i bruk av samhandlingstakster og tid fra utskriving fra sykehus til kontakt med PHT-legekantor atskiller seg fra utviklingen ved landets øvrige legekantor.

De fleste fastlegene og helsesekretærene svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Helsesekretærene har en mer positiv innstilling enn fastlegene når det gjelder samhandling med øvrige primærhelsetjenester. Blant fastlegene mener i overkant av halvparten at PHT har påvirket samhandlingen med den somatiske spesialisthelsetjenesten positivt. Prosentandelen blant helsesekretærene er større. Det er den også for vurdering av samhandling med de andre delene av spesialisthelsetjenestene.

Med registerdata undersøker vi om indikatorer på samhandling har utviklet seg mer positivt for legekantor med PHT enn for andre legekantor. Vi finner positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Det er også positivt fortegn på koeffisientene for andre grupper, men de er ikke statistisk signifikante. Vi finner mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter med helsetjenester i hjemmet tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen. Vi undersøker også utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskriving fra sykehus for pasienter tilknyttet

PHT-legekantor sammenlignet med øvrige legekantor. Vi finner effekter i form av noe raskere oppfølging for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse.

Kapittel 9. Oppsummering, diskusjon og avslutning

Vi starter med en oppsummering av resultatene i de enkelte kapitlene. Vi stiller deretter spørsmålet om vi nå har mer kunnskap om effektene av PHT enn vi hadde i fjor. Vi strukturerer kunnskapen etter effektmålene for forsøket. Årets undersøkelser av helsetilstand og mestringssevne støtter opp om resultatene fra foregående år. I brukerundersøkelsen oppgir rett under halvparten i stor eller svært stor grad bedre livskvalitet (47 prosent), bedre helse alt i alt (40 prosent) eller mer stabil helse (47 prosent) med PHT. I årets studier av registerdata finner vi at pasientene får bedre oppfølging i form av konsultasjoner, årskontroller og hjemmebesøk. For pasienter på legekantor med driftstilskuddsmodellen er det en reduksjon i helsetjenester i hjemmet for de som mottar slike tjenester. Vi kan fortsatt ikke forkaste null-hypotesen om ingen effekt på bruk av spesialisthelsetjenester. Brukerundersøkelsen viste at de fleste respondentene er tilfredse med oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege. Flertallet av pasientene uttrykker at de ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier. Fra registerdata finner vi ingen effekter av PHT på bruk av legevakt, ikke planlagte innleggelse og bruk av spesialisthelsetjenester mer generelt. Kanskje har forsøket pågått for kort tid i tillegg til at pandemien gjør det vanskeligere å identifisere effekter. I årets spørreundersøkelse til ansatte på legekantorene svarer de fleste fastlegene og helsesekretærene at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene.

I denne femte statusrapporten har ikke pandemien fått samme oppmerksomhet som i fjorårets rapport. Vi stiller likevel spørsmålet om pandemien kan ha hatt betydning for virksomheten på legekantorene også i perioden årets rapport beskriver.

Finansieringsmodellene i PHT et av temaene vi retter oppmerksomheten mot. Det er krevende å undersøke med registerdata om det er forskjeller mellom finansieringsmodellene i å oppnå indikatorer på god pasientbehandling. Dette skyldes blant annet at registerdata for virksomhet på legekantorene er takstbasert. Aktivitet som blir registrert i legekantor med honorarmodellen fordi de har en takst, blir ikke registrert i legekantor med driftstilskuddsmodellen fordi de ikke har en takst. En hypotese er at det ikke er noen betydelige forskjeller på aktivitetsutviklingen i legekantor avhengig av finansieringsmodell etter at forsøket med PHT startet. Begge typer av legekantor har økt aktivitetsnivået samtidig som den relative forskjellen fra før forsøket består.

Vi diskuterer også helsesekretærenes rolle i makro- og mikroteam. Makroteamperspektivet avdekker at helsesekretærene har en meget viktig rolle og bidrag i legesenteret som helhet, blant annet gjennom å legge til rette for at mikroteamene (av lege og sykepleier) kan fungere godt. Helsesekretærenes bidrag til velfungerende makroteam bør i større grad vektlegges.

Et viktig funn i analysene av teameffektivitet er at medlemmene i effektive team har stor grad av eierskap til teamarbeidet. De er enige om hvorfor teamet er til, hva de skal oppnå sammen og hva de tar et felles ansvar for. De er også i stor grad enige om hvilke oppgaver de skal jobbe med i teamet, hvem som har ansvar for hva og hvilke roller de enkelte medlemmene har. Dybdestudien viser at lederne av de mest effektive teamene har gjennomgått lederutdanning som del av PHT-forsøket. Medarbeiderne ved legekantorene ga klart uttrykk for at dette har endret måten de utøver ledelse på. Det har gjort dem tryggere og mer kompetente i lederrollen. Det ser ut til at lederutdanningen har truffet et behov og hatt stor betydning for utvikling av ledelse ved legekantorene i PHT-forsøket.

I studiene med registerdata finner vi at pasienter i målgruppene for PHT får mer oppmerksomhet på legekantoret enn tilsvarende pasienter i kontrollgruppen uten PHT etter at forsøket med PHT startet sammenlignet med før forsøket startet. Samtidig finner vi ingen forskjell i endring i nivået på tjenester egnet for PHT fra før forsøket startet mellom legekantor med høy grad av teameffektivitet og legekantor med mindre grad av teameffektivitet. En hypotese er at begge typer av legekantor har oppnådd samme relative forbedring etter at forsøket startet. For mikroteam finner vi også relative forskjeller i utviklingen etter at forsøket starter. For eksempel opplever skrøpelige eldre og multisyke med effektive mikroteam større vekst i hjemmebesøk og samtale om enkeltpasient. En hypotese er at effektive mikroteam bidrar til å gjøre fastleger som var gode i utgangspunktet, enda bedre.

1. Innledning

Dette er den femte statusrapporten om forsøket med primærhelseteam (PHT). I dette kapitlet beskriver vi rammene for forsøket og evalueringen. Vi gir også en kortfattet oppsummering av sentrale funn og konklusjoner fra de fire forutgående statusrapportene. Denne statusrapporten beskriver i det videre hvordan pasientene opplever virkningene av PHT, hva som kjennetegner legekantorenes valg av finansieringsordning, om det er noen sammenheng mellom finansieringsordning og indikatorer på pasientbehandling, teameffektivitet på makro- og mikro-nivå, og samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT)

Forsøket med PHT prøver ut en teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Forsøket startet 1. april 2018. Legekantorene som deltar i forsøket, kan driftes innenfor forsøkets eksisterende finansieringsmodeller og driftsformer fram til en eventuell ny finansieringsmodell er på plass.

PHT er i hovedsak avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer¹. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressurser til fastlegekontor i størrelsesforholdet 3 fastleger:1 sykepleier (hele årsverk).² Under fastlegenes ledelse, skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi pasienter bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn den vanlige fastlegeordningen.

Målgruppen for forsøket er alle innbyggere på fastlegenes lister, men PHT skal særlig rettes mot:

- brukere med kronisk sykdom
- brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- brukere som omtales som «skrøpelige eldre»
- brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse

Blant disse målgruppene, er det viktig at PHT når svake etterspørrere med behov for allmenmedisinske tjenester.

Åtte kommuner og tre bydeler i Oslo, er inkludert i PHT-forsøket (se Statusrapport I (2019a) for nærmere beskrivelse av utvelgelsesprosessen). I disse kommunene og bydelene prøver til sammen 17 legekantor ut PHT. Blant disse er det elleve som er privat eid og seks som er kommunalt eid. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det en underrepresentasjon i PHT-forsøket av legekantor i kommuner med under 5 000 innbyggere, og en overrepresentasjon av legekantor med mange leger, kommunalt eide legekantor, legekantor som hadde sykepleier(e) fra før og trolig også legekantor med en særlig positiv innstilling til PHT.

Legekantorene har søkt om å delta i forsøket og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de prøver ut. De to finansieringsmodellene er regulert av en egen forskrift.³ Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av

¹ To av legekantorene har også psykolog.

² Det er antall listeinnbyggere på fastlegenes lister som avgjør størrelsen på sykepleierressursen ved legekantoret. Helsedirektoratet har i sine beregninger tatt utgangspunkt i at en fastlege i 100 % stilling i gjennomsnitt har 1300 listeinnbyggere. Legekantor i forsøket bemannes med 100 % sykepleierårsverk for 3600-3900 listeinnbyggere, 80 % sykepleierårsverk for mellom 2400-3599 listeinnbyggere og 50 % sykepleierårsverk for under 2400 listeinnbyggere. Dette betyr at praksisene kommer ut med litt ulik sykepleierressurs. Et legekantor i forsøket med 3 leger kommer ut med ett sykepleierårsverk fordi legene har gjennomsnittslange lister, mens et annet legekantor med 9 leger også kommer ut med bare ett sykepleierårsverk fordi legene har korte lister.

³ FOR-2020-10-28-2177 Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

driftstilskuddet). Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og fem som prøver ut driftstilskuddsmodellen.

1.2 Evalueringsoppdraget

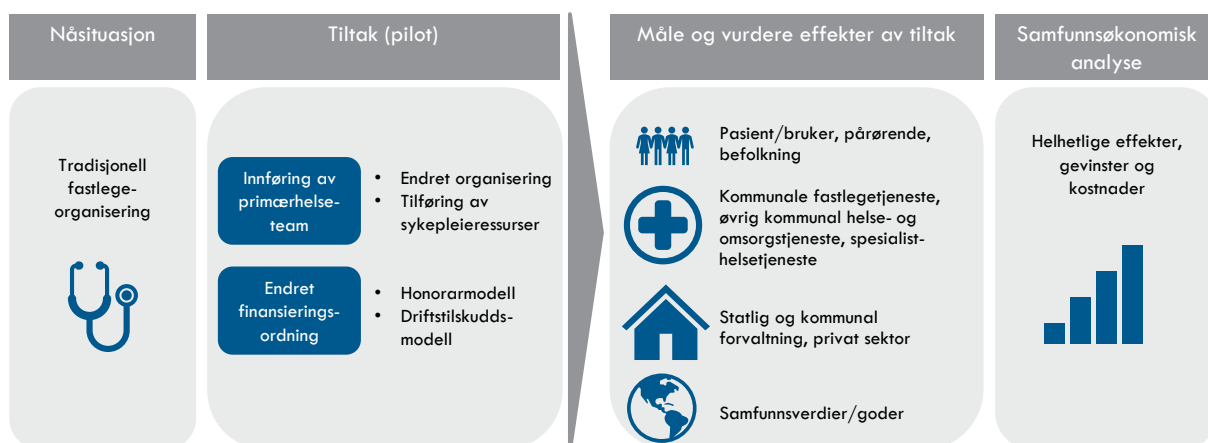
Oppdragsgiver (Helsedirektoratet) har laget en kravspesifikasjon for evalueringen som tilsier at effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesielt vekt på å måle effektene for pasienter/brukere i målgruppene spesifisert i kapittel 1.1.

Effektmålene for forsøket er:

1. Bedret helsestilstand og mestringsevne for pasienter/brukere med oppfølging fra PHT
2. Økt pasient- og brukertilfredshet
3. Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget
4. Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester
5. Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten
6. Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Effektene skal undersøkes for pasient/bruker, pårørende, befolkning, kommunal fastlegetjeneste, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten, statlig og kommunal forvaltning, privat sektor og samfunnsverdier/goder. Som en del av evalueringen, skal det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse. Målsettingen er å se helhetlige effekter, gevinster og kostnader av PHT. Figur 1-1 gir en oversikt over evalueringsoppdraget.

Figur 1-1 Oversikt over evalueringsoppdraget



Illustrasjon: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

For å evaluere forsøket benyttes ulike typer data og analysemetoder. Analyser av registerdata, data fra spørreundersøkelser og kvalitative intervjudata utgjør sentrale deler av evalueringen. Der det er mulig, gjør vi integrerte analyser basert på funn fra de ulike datakildene.

1.3 Funns fra statusrapport I

Den første statusrapporten bygget på datainnsamling i 2018 og ga en beskrivelse av ulike forhold ved starten av forsøket (Abelsen, et al., 2019a). Seleksjonsproblematikken ved forsøket ble viet en del oppmerksomhet, og er fulgt opp i påfølgende statusrapporter. Det ble understreket at mangel på randomisering av kommuner og legekantor til forsøket og hvilken finansieringsmodell som prøves ut, vil gjøre det vanskelig å identifisere effekter av PHT.

Intervju med personell ved legekantorene ved starten av forsøket, tydet på at de i stor grad gikk inn i forsøket med mål om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Forventninger til sykepleiere i PHT, var at de skulle overta rutinepreget og tidkrevende arbeid fra legen, bidra med mer systematikk og struktur i pasientoppfølging, pasientopplæring, hjemmebesøk, mer koordinering av tjenester og kommunikasjon med legekantoret, bedre tilgang til legetjenesten og bedre kontinuitet i oppfølgingen av kronisk syke. Ved starten av forsøket var lite avklart med hensyn til hvordan det konkrete teamarbeidet skulle foregå.

Ved de fleste legekantorene ga leger i startfase uttrykk for både engasjement og skepsis i forhold til deltakelsen i forsøket. Et poeng som skapte engasjement, var synet på PHT-forsøket som en gylden mulighet for utvikling av legekantoret. Deltakelse ble sett som utviklende både personlig og for arbeidsfellesskapet. Enkelte mente at de til dels var organisert som team allerede og ville delta i forsøket for å vise frem måten de arbeidet på. Skepsisen var knyttet til mange ulike forhold som usikkerhet knyttet til finansieringsmodellene, uklårheter rundt ansvar, arbeidsfordeling, arbeidsoppgaver og rollen til sykepleiere, samt usikkerhet knyttet til arbeidsmengden ved forsøket.

Legekantorene i forsøket rettet i startfasen oppmerksomheten i hovedsak mot de to målgruppene kronisk syke og skrupelige eldre. Flere legekantor planla å etablere opplegg for systematisk årskontroller for pasienter med diabetes og kols, samt systematisk gjennomgang av fastlegenes lister for å finne fram til eldre pasienter med behov for tettere oppfølging. Noen legekantor hadde valgt å rette PHT mot målgruppen med psykiske lidelser og rusavhengighet. Et fåtall av legekantorene hadde planer om å rette PHT inn mot personer med psykisk utviklingshemming. Dette ble i hovedsak forklart med at den enkelte fastlege som regel, har få listeinnbyggere i denne gruppen.

En betydelig andel av respondentene i en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten ved starten av PHT-forsøket, hadde ikke kjennskap til PHT utover det som ble beskrevet i spørreskjemaet. Flertallet forventet likevel at pasienter/brukere i stor eller svært stor grad ville kunne dra nytte av oppfølging fra PHT.

1.4 Funn fra statusrapport II

Den andre statusrapporten bygget på datainnsamling i 2019 og viste at PHT fortsatt var i en oppbygningsfase (Abelsen, et al., 2019b). Ved utgangen av juni 2019 hadde åtte prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut honorarmodellen og seks prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp som hadde utløst en sykepleiertakst, en eller flere ganger. Utløst sykepleiertakst ble brukt som et nedre anslag på omfanget av helsehjelp fra PHT.

Det var stor variasjon mellom legekantorene både med hensyn til hvor langt de hadde kommet i å etablere PHT og måten de hadde valgt å gjøre det på. Flere PHT-ledere hadde erfart at endring av praksis og implementering av teamarbeid tar tid og er vanskelig å få til uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle på legekantoret. Lederopplæring og utvikling av ledelsesstruktur og lederrollen hadde skjedd parallelt med de øvrige endringene ved legekantorene i forsøket.

Fastlegene hadde i ulik grad trukket sykepleier inn i sitt pasientarbeid. De fleste fastleger og sykepleiere mente at sykepleier utførte oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kom i tillegg til legens oppgaver. Sykepleiernes inntreden på legekantorene innebar ifølge informantene, som forventet, mer struktur og systematikk - spesielt i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom - og inkluderte gjerne økt oppmerksomhet om veiledning og mestring. De oppgavene som fastlegene i størst grad hadde delegert til sykepleiere, var direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk), direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten.

Intervjustudien avdekket at tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT. Gode relasjoner og tillit er en forutsetning for å få teamarbeid til å fungere godt. Ved legekantor i PHT-forsøket hvor sykepleier var en ny profesjon, kunne PHT-sykepleiere oppleve prosessen med å bygge tillit til mange ulike leger som krevende og slitsom. Det var imidlertid spredte eksempler ved legekantor som hadde sykepleiere også før forsøket startet, på at nye sykepleiere kunne bygge videre på tillit som andre sykepleiere allerede hadde skapt. PHT-sykepleiere opplevde at det var vanskelig å bygge tillit til leger som manglet interesse for PHT og til vikarleger.

Så godt som alle legekantor i forsøket rettet PHT-innsatsen mot pasienter med diabetes, kols, psykiske lidelser og rusavhengighet, samt gruppen eldre pasienter. Noen legekantor rettet også PHT inn mot personer med astma, livsstilutfordringer og utviklingshemming.

1.5 Funn fra statusrapport III

Den tredje statusrapporten hadde særlig oppmerksomhet rettet mot hvordan tilnærmingen til pasienten endres med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket opplevde å få tjenester fra PHT. Rapporten bygget på datainnsamling i 2020 og tidligere innsamlede data.

Kvalitative intervju med pasienter og pårørende tydet på at det, sett fra pasientens perspektiv, er mulig å oppnå økt kontinuitet og økt mestring med PHT. Diabetes- og kols-pasienter fortalte om konkret opplæring og veiledning om blant annet sykdomsmestring og livsstilsendring. Psykisk syke fortalte blant annet at de lærte å bruke konkrete verktøy for å kunne bevege seg ute blant folk og generelt takle hverdagen. De pekte på at de har fått hjelp på egne premisser. De har blitt sett og forstått og har oppnådd trygghet i relasjonen til PHT-sykepleier og økt sin livskvalitet. Den ekstra tiden PHT hadde stilt til rådighet, ga pasienter bedre muligheter til å fortelle om sine plager, til å være med på å bestemme behandling og ikke minst til å gjennomføre behandling. Både pasienter og pårørende satte pris på kontakten med sykepleier, men så den ikke som erstatning for kontakt med fastlegen. Intervjuene ga videre indikasjon om at pasienter kan oppleve økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Pasienter med ulike diagnoser fortalte om opplevelser av lettere tilgjengelig helseoppfølging. Eldre multisyke pasienter samt pårørende til, og ansatte som arbeidet med, personer med psykisk utviklingshemming, pekte på at hjemmebesøk har gitt trygghet og at man unngår terskler for bruk av fastlegetjenester som transport og oppmøte på legekontor - med andre ord bedre tilgjengelighet til legetjenester for pasienter med åpenbare behov. Pasienter uttrykte på ulikt vis hvordan oppfølging fra PHT oppleves som hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Funnene bygger på intervju med et lite antall informanter (ti pasienter, fem pårørende og tre ansatte i PU-bolig) og metoden er ikke egnet til å generalisere om virkninger av PHT for pasienter.

Registerdataanalyser og intervju med ansatte på legekantorene i forsøket, tydet på at det ble viet mer oppmerksomhet enn tidligere til listeinnbyggere med diagnosen psykisk utviklingshemming. Men her var det variasjon legekantorene imellom og fortsatt stort rom for forbedringer. Rapporten inneholder konkrete eksempler på helhetlig allmenmedisinsk oppfølging i regi av to legekontor i PHT-forsøket ved tre ulike boliger for personer med psykisk utviklingshemming (PU-boliger). Her har behandlingskontinuiteten økt, blant annet som følge av at det systematisk gjennomføres årskontroller og at personalet i PU-boligene har fått mer opplæring som gjør at de selv kan bidra i den medisinske oppfølgingen i større grad enn tidligere. Informasjonskontinuiteten har økt med den tette dialogen som foregår om helsetilstandene til beboerne mellom legetjenesten/PHT og personalet i PU-boligene. Den relasjonelle kontinuiteten har økt betraktelig. Det er det samme helsepersonellet som kommer til beboernes hjem. Det trykker beboerne og bidrar til mindre bruk av tvang. Dette gir utvilsomt en bedre fastlegetjeneste enn før. Eksempelene viser at dette oppnås både med og uten PHT.

Spørreundersøkelser både i 2018 og 2020 viste at listeinnbyggere stort sett var fornøyd med fastlegetjenesten, og at den høye graden av fornøydhet ikke hadde endret seg etter at forsøket med PHT startet. Vi fant ikke holdepunkter for at listeinnbyggere knyttet til legekontor som prøver ut PHT, var mer fornøyd med fastlegetjenesten enn listeinnbyggere i kontrollgruppen. Øvrige resultater fra disse spørreundersøkelsene og resultater fra registerdatastudier indikerte samlet sett begrensede effekter for målgruppene og listepopulasjonen som inngår i PHT-forsøket. En svakhet ved spørreundersøkelsene, var at det ikke var mulig å skille ut listeinnbyggere som hadde fått oppfølging fra PHT. Det var dermed ikke mulig å sammenligne fornøydhet og livskvalitetsmål blant de som med sikkerhet hadde fått oppfølging fra PHT og de som ikke hadde det.

Listeinnbyggerundersøkelsen i 2020 tydet på at få pasienter hadde opplevd proaktiv oppfølging fra sitt fastlegekantor. De fleste som hadde opplevd dette, hadde blitt kontaktet fordi de har en spesifikk diagnose. Det var signifikant flere menn, flere eldre og flere med langvarig sykdom i denne gruppen. De som hadde opplevd å bli kontaktet uten selv å ha tatt kontakt først, var positive til denne oppfølgingen. Blant pasientene som ble intervjuet, var det et fåtall som hadde opplevd å bli oppsøkt av PHT. Men de som hadde opplevd det, satte stor pris på oppfølgingen.

Ved utgangen av juni 2020 hadde elleve prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut honorarmodellen og ni prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp som hadde utløst en sykepleiertakst en eller flere ganger. Utløst sykepleiertakst ble også denne gang brukt som et nedre anslag på omfanget av helsehjelp fra PHT. Årskontroll til pasienter med diabetes type 2 pekte seg ut som den helsetjenesten med størst økning etter at forsøket startet. Registerdata viste også økning i antallet hjemmebesøk – i hovedsak fordi sykepleiere drar på hjemmebesøk. Ved legekantorene med honorarmodellen var antallet hjemmebesøk per listeinnbygger nær doblet etter at PHT-forsøket startet.

Spørreundersøkelsen rettet mot personellet ved legekantorene i PHT-forsøket viste at om lag halvparten (48 prosent) av fastlegene som hadde vært med i forsøket siden start, opplevde at fastlegene ved deres legekantor arbeidet mer proaktivt enn før. Majoriteten av fastlegene (54 prosent) mente at PHT i svært stor grad bidro til bedre oppfølging av personer med diabetes, og mange (34 prosent) oppga det samme for personer med kols. Det var svakest oppslutning blant fastlegene om at personer med rusavhengighet, utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse, samt svake etterspørrere fikk bedre oppfølging med PHT.

I likhet med alt øvrig samfunnsliv, ble også PHT-forsøket påvirket av koronapandemien. Vi fant en betydelig reduksjon i antallet legekonsultasjoner med frammøte i første halvår 2020, som i noen grad ble oppveid av et økt antall elektroniske konsultasjoner. Datamaterialet til den tredje statusrapporten ble samlet inn før koronapandemien startet eller var i en tidlig fase, så det var i relativt liten grad mulig å dokumentere pandemivirkninger.

1.6 Funn fra sluttrapporten for 2018-2021 (statusrapport IV)

I denne rapporten undersøkte vi virkninger av PHT på alle effektmålene i forsøket. Vi fant at PHT har påvirket arbeidsformen på legekantorene med større vektlegging av ledelse, tverrfaglighet og proaktivitet, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene. PHT har også påvirket arbeidsformen i møte med pasienter ved blant annet å tilby sykepleierkonsultasjoner, flere årskontroller og hjemmebesøk.

Vårt informasjonsgrunnlag tyder på at PHT bidrar til bedre kvalitet i oppfølgingen av målgruppen for PHT. Pasienter og pårørende har i intervjuer fortalt at de har opplevd økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Tilgjengelighet har blitt skapt på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen på legekantoret.

Våre analyser viser at legekantorene arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper. Fra intervjuene har vi også eksempler på pasienter som opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Også funn fra spørreundersøkelsene tyder på at de ansatte ved legekantorene i stor grad opplever at pasientene får bedre oppfølging og opplæring i egen sykdom, som videre bidrar til bedre helse og mestring. Resultatene fra vår spørreundersøkelse til listeinnbyggere er mer usikre når det gjelder hvorvidt PHT bidrar til bedre helse og mestring i den generelle listepopulasjonen.

Det samlede informasjonsgrunnlaget viser tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekantoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å forsinke og/eller redusere behov for omfattende helsetjenester.

Forsøket med PHT innebærer en ny organisasjonsmåte, med teamarbeid og en mer systematisk oppfølging av målgruppen, som samtidig kombineres med tilførsel av ekstra ressurser fra staten, et tilpasset finansieringssystem og lederutdanning. Det at deltakelse i PHT og valg av finansieringsmodell ikke er avgjort ved randomisering, gjør det utfordrende å trekke sikre konklusjoner om hvilke virkninger PHT forårsaker. I evalueringen er det heller ikke mulig å skille klart mellom virkningene av de ulike virkemidlene, som økt ressurstilgang og teamorganisering. Evalueringen kan videre ikke svare på hvordan resultatene ville vært om den økte ressursbruken ble kombinert med en annen organisering enn PHT. Samtidig innebærer utprøvingen at en rekke av forslagene til Handlingsplan for allmennlegetjenesten prøves ut i praksis og kan slik danne et erfaringsgrunnlag for den videre utviklingen av fastlegetjenesten.

Vår vurdering var at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantoret. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle ledelse av legekantoret og teamarbeidet samtidig som PHT-sykepleier og helsesekretær blir involvert på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.

1.7 Innhold i denne statusrapporten

Denne statusrapporten retter særlig oppmerksomheten mot brukernes opplevelse av PHT, finansieringsmodellene, teamarbeidet og utvikling av samhandling mellom legekantorene som prøver ut PHT og den øvrige helsetjenesten. Kapittel 2 gir en oversikt over metoder og data i evalueringen. Kapittel 3 omhandler pasientenes erfaringer med PHT. Her presenteres resultatene fra en brukerundersøkelse som ble gjennomført høsten 2022. Kapittel 4 presenterer resultatene fra studier av egenskaper ved de to finansieringsmodellene. Kapittel 5 presenterer

resultatene fra årets spørreundersøkelse om teamarbeid på legekantorene. I kapittel 6 beskrives resultatene fra en kvalitativ dybdestudie gjennomført ved fem legekantor i 2022 for å undersøke teameffektivitet. Kapittel 7 beskriver produktivitet i team analysert med registerdata. Samspill mellom primærhelseteam og øvrig helsetjeneste blir beskrevet i kapittel 8. Kapittel 9 er viet oppsummering og diskusjon av resultatene.

2. Data og metode

Forsøket med PHT er et omfattende og sammensatt prosjekt. I evalueringen av forsøket er det mange ulike effektmål som skal undersøkes. Vi har valgt å bruke flere ulike datakilder i form av registerdata, spørreskjemadata og intervjudata som grunnlag for å undersøke i hvilken grad effektmålene nås. Tankegangen er at de ulike datakildene og tilhørende analyser skal utfylle hverandre og bidra til en faglig solid evaluering.

I dette kapitlet redegjør vi for hvordan vi har gått fram for å etablere datasett fra helseregistre og administrative registre, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser, og hvordan dette materialet er analysert.

2.1 Studier med registerdata

Registerdata omfatter hele befolkningen. De er innsamlet for administrative formål med mulighet for bruk også i forskning. Fordeler med bruk av registerdata er kompletthet, uavhengighet av hukommelse, samt mulighet til å koble ulike registre på individnivå ved hjelp av personnummer og tilgjengelighet (i alle fall teknisk sett). Samtidig vil registerdata som regel gi mindre detaljert informasjon enn hva man kan oppnå med for eksempel intervjuer og det er usikkerhet knyttet til kvaliteten på registreringene. I Vedlegg A presenterer vi registrene som blir brukt i evalueringen. REK sør-øst har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten (saksnummer 2018/1928/REK sør-øst A) og utøver av behandleransvaret ved Universitetet i Oslo godkjente personvernkonsekvensvurdering (DPIA) (NSD prosjektnummer 496426).

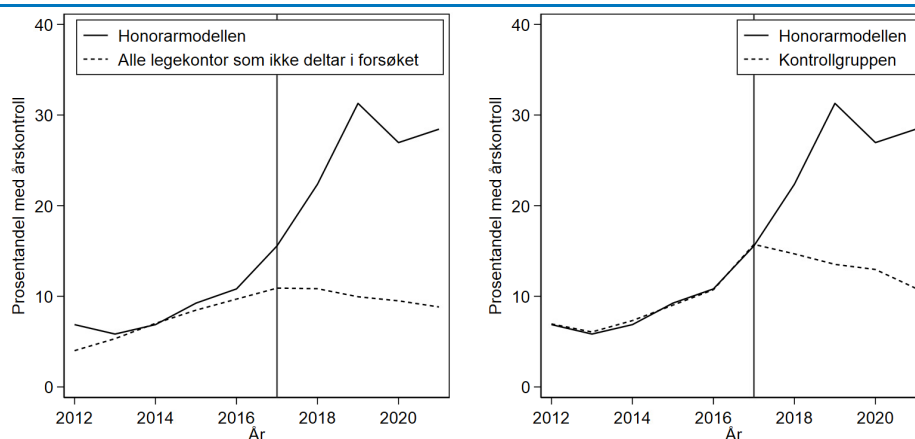
For å analysere registerdata bruker vi forskjell-i-forskjeller (fif) metoden. I praksis innebærer dette at vi estimerer regresjonsligninger på formen,

$$y_{ijt} = a_j + \lambda_t + \delta D_{ijt} + \varepsilon_{ijt}$$

hvor y er utfallet for listeinnbygger i på legekantor j i periode t , a er enhetsfaste effekter, λ er tidsfaste effekter og ε er restleddet. Variabelen D er en indikator som er lik 1 for listeinnbyggere ved PHT-kontor etter forsøket startet. Vi kan tolke koeffisienten på D som effekten av PHT ved å anta parallelle utfallstrenger, som betyr at utfallet ville utviklet seg likt på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket dersom forsøket ikke fant sted. Parallelle utfallstrenger lar seg ikke teste, men det er naturlig å tro at antagelsen vil holde dersom utfallstrendene var parallelle før forsøket startet, hvilket vi kan anslå basert på grafisk analyse og statistisk testing av interaksjoner mellom D og λ . For utfall hvor antagelsen trolig ikke vil holde, kombinerer vi fif med metoder for å velge ut legekantor som ikke deltar i forsøket, men som hadde lik utfallstrend som PHT-kontor før forsøket startet. I valget av legekantor som kontroll, tar vi hensyn til kjennetegn som vi har tilgang til og som vi tror påvirker praksis. Dette kan være legekantorets eieform, kjennetegn ved fastlegene på legekantoret og kjennetegn ved pasientene, som kjønn, alder og forekomst av kroniske sykdommer. Vi ønsker at samlingen av de valgte kjennetegnene skal bli mest mulig like mellom PHT-kontor og kontrollkontor. Vi prøver dermed å korrigere for den utvelgelsen av PHT-legekantor som fant sted ved å gjøre kontroll-legekantorene mest mulig like PHT-legekantorene når det gjelder observerbare kjennetegn. Vi bruker to teknikker for å få det til: coarsened exact matching (CEM) (Iacus, et al., 2012) og propensity score matching (PSM) (Rosenbaum & Rubin, 1983)⁴. CEM tar utgangspunkt i et lite antall kjennetegn og sammenligner PHT- og kontrollkontor langs disse kjennetegnene. Vi kan for eksempel skille mellom legekantor som har færre eller flere enn fem fastleger. Hvis det er flere av PHT-kantorene enn av kontrollkantorene som har flere enn fem leger, vil kontrollkantorene som har flere enn fem leger, bli vektet opp i sammenligningene. Med PSM tar vi utgangspunkt i et (stort) antall kjennetegn som vi tror påvirker praksis og beregner sannsynligheten for at legekantor med et sett av kjennetegn blir deltaker i forsøket. Deretter tilordnes som kontroll, det legekantoret som har en sannsynlighet som er mest mulig lik sannsynligheten til PHT-legekantoret. Tabell 2-1 illustrerer tankegangen. Ved hjelp av PSM er det estimert at PHT-legekantoret ABC har 80 prosent sjanse for å bli PHT-legekantor. Siden L3 er det legekantoret som har en sannsynlighet for å bli PHT-legekantor som er nærmest 80 prosent, blir L3 valgt som kontroll for Legekantoret ABC.

⁴ I tillegg ble Generalized boosted models (GBM) (Griffin, et al., 2017) vurdert, men ikke brukt.

Figur 2-1 Prosentandel av pasientene med diabetes type 2 som har mottatt minst én årskontroll i løpet av et år



Kilde: KUHR

I noen av registeranalysene i kapittel 4 skiller vi mellom ekstensiv og intensiv margin. Brukere kan være forskjellige ved at noen mottar en tjeneste (for eksempel en sykepleierkonsultasjon), mens andre ikke gjør det. De kan også være forskjellige med hensyn til antallet tjenester brukerne i den første gruppen mottar. Distinksjonen mellom bruk og ikke bruk kalles ekstensiv margin, mens antallet tjenester gitt at man bruker minst en tjeneste, kalles intensiv margin. Det kan tenkes at PHT påvirker ekstensiv margin ved at det blir flere brukere som mottar minst ett hjemmebesøk. Intensiv margin kan påvirkes ved at det blir flere hjemmebesøk til de som allerede mottar hjemmebesøk.

I rapporten bruker vi registerdata fra kilder som beskrives nærmere i Vedlegg A. I beskrivelser av helsetjenester på legekantoret bruker vi data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner)⁵. Disse dataene er knyttet til takstene i fastlegeordningen og sykepleiertakstene i PHT. Siden det er færre takster i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen, vil KUHR-data være mindre egnet til å fange opp aktivitet i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen. Siden det er takster for legevaktkonsultasjoner, er KUHR-data også egnet til dette formålet. For private spesialister som har avtale med et helseforetak, bruker vi delvis data fra KUHR og delvis fra Norsk pasientregister (NPR)⁶. For poliklinikk, dagbehandling og sykehusinnleggelse bruker vi data fra NPR. Vi presenterer både tall per år, per halvår og per kvartal. De årlige tallene går fram til og med 2021. De halvårlige tallene inkluderer 1. halvår 2022 for data fra KUHR og 1. tertial 2022 for data fra NPR. I de fleste av registerdataundersøkelsene i denne statusrapporten, bruker vi PHT-legekantorene som har vært med fra starten. De fire legekantorene som kom med i forsøket i 2020, blir inkludert i beskrivelser og registeranalyser der det anses for tilstrekkelig oppfølgingstid.

Vi bruker programvaren The Johns Hopkins ACG System (<https://www.hopkinsacg.org/about-the-acg-system/>) for å identifisere skrøpelig eldre og multisyke⁷. Skrøpelige eldre blir nå identifisert ved hjelp av en frailty index som tar utgangspunkt i sett av diagnoser som kjennetegner skrøpelige personer. Vi identifiserer multisyke som personer som har tre eller flere diagnoser for kronisk sykdom slik de er definert av ACG-systemet.

2.2 Spørreundersøkelse blant pasienter

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant pasientene ved PHT-legekantor. Denne undersøkelsen belyser hvilke erfaringer pasienter har med sitt legekantor.

Design og distribusjon

Brukerundersøkelsen ble designet med utgangspunkt i spørsmål fra undersøkelsen *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekantoret i 2021/2022* (Norman, et al., 2022). Utvalgte spørsmål har lik ordlyd for å gjøre det mulig å sammenligne resultatene fra de to undersøkelsene. Det stilles spørsmål om bakgrunnen til pasientene for å

⁵ For mer informasjon om KUHR, se: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr>

⁶ For mer informasjon om NPR, se: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>

⁷ Universitetet i Oslo har ACG® SYSTEM License agreement for academic purposes.

belyse hvem som får konsultasjoner fra en PHT-sykepleier, og om det er noen forskjeller på tvers av legekantor og finansieringsmodeller. Temaene for spørreundersøkelsen er kontakt med og oppfølging fra fastlegekontoret, tilfredshet med oppfølging fra sykepleier, tilfredshet med oppfølging fra fastlege, tilfredshet med fastlegekontoret, betydningen av primærhelseteam for deg, preferanser for helsehjelp fra fastlegetjenesten og bakgrunnsopplysninger.

I august 2022 ble det sendt ut brukerundersøkelser, tilhørende informasjonsskriv (til pasient og legekantor) og ferdigfrankerte konvolutter til deltakere i pilotprosjektet. Målet var å utlevere til sammen 1000 undersøkelser. Antall undersøkelser per legekantor ble beregnet og fordelt ut ifra deres andel av det totale antallet pasienter i målgruppen for PHT.

De ansatte ved legekantoret distribuerte brukerundersøkelsen til pasienter som hadde hatt minst én konsultasjon med en PHT-sykepleier etter 1. august 2022. Hvert legekantor kunne dele ut undersøkelsen til og med 7. oktober. Oslo Economics fulgte opp legekantorene i distribusjonsperioden over telefon og e-post, og var tilgjengelig for spørsmål og avklaringer fra legekantorene.

Pasientene som takket ja til å delta i undersøkelsen mottok brukerundersøkelsen på papirformat sammen med en ferdigfrankert konvolutt og et tilhørende informasjonsskriv. Bruk av ferdigfrankerte konvolutter gjorde at pasientene selv kunne sende inn sin besvarelse kostnadsfritt, samt slippe å bekymre seg for at de ansatte ved legekantorene skulle få tilgang på deres besvarelser.

En annen mulighet var å svare på undersøkelsen digitalt. Pasientene kunne gjøre dette ved å enten scanne en QR-kode som sendte brukeren til undersøkelsen, eller skrive inn en internettadresse i en nettleser som sendte pasienten til brukerundersøkelsen.

Av hensyn til postgang, ble brukerundersøkelser som ankom Oslo Economics frem til 7. november inkludert i analysen.

Brukerundersøkelsen ble delt ut av sykepleier eller helsesekretær ved legekantorene for å sikre at respondentene hadde hatt minst én konsultasjon med en PHT-sykepleier etter 1. august. Denne beslutningen medfører noen seleksjonsutfordringer som må tas hensyn til i tolkningen av resultatene. Herunder kan legekantorene ha hatt en ulik forståelse av hvem som skal motta undersøkelsen, eller valgt å dele ut undersøkelsen til pasienter som er særlig fornøyd med oppfølgingen de har fått.

Analyse

Spørreundersøkelsene som ble besvart på papirformat, ble manuelt omgjort til digitale resultater. I denne prosessen ble det tatt en del vurderinger knyttet til svar som enten var uklare, eller ved tilfeller der pasient har krysset av for flere alternativer der det kun var mulig å krysse av for ett digitalt. For hver vurderingssak ble det opprettet handlingsregler for å sikre at resultatene ble registrert så nøytralt som mulig.

For enkelte spørsmål har vi derfor gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper (f.eks. pasienter knyttet til legekantor med ulik finansieringsmodell). Ettersom utvalget er lite, har vi benyttet Fishers eksakte test for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen. Vi har benyttet et signifikansnivå på 5 prosent.

Studiepopulasjon

Totalt samtykket 287 personer til å delta i undersøkelsen. 256 svarte på papirskjema og 31 svarte på den digitale undersøkelsen, enten ved bruk av QR kode eller internettadresse. Det er ikke mulig å beregne nøyaktig svarprosent for undersøkelsen ettersom legekantorene selv har delt ut undersøkelsen. 15 av legekantorene har likevel oppgitt omtrent hvor mange undersøkelser de har delt ut, basert på antall undersøkelser de mottok og hvor mange de hadde igjen da undersøkelsen ble avsluttet. Basert på disse anslagene, og antall svar per legekantor, finner vi at de 15 legekantorene til sammen delte ut 614 undersøkelser og mottok 280 svar, som gir en samlet svarprosent på 46 prosent. Svarprosenten varierte imidlertid fra 8 til 82 prosent på tvers av legekantorene.

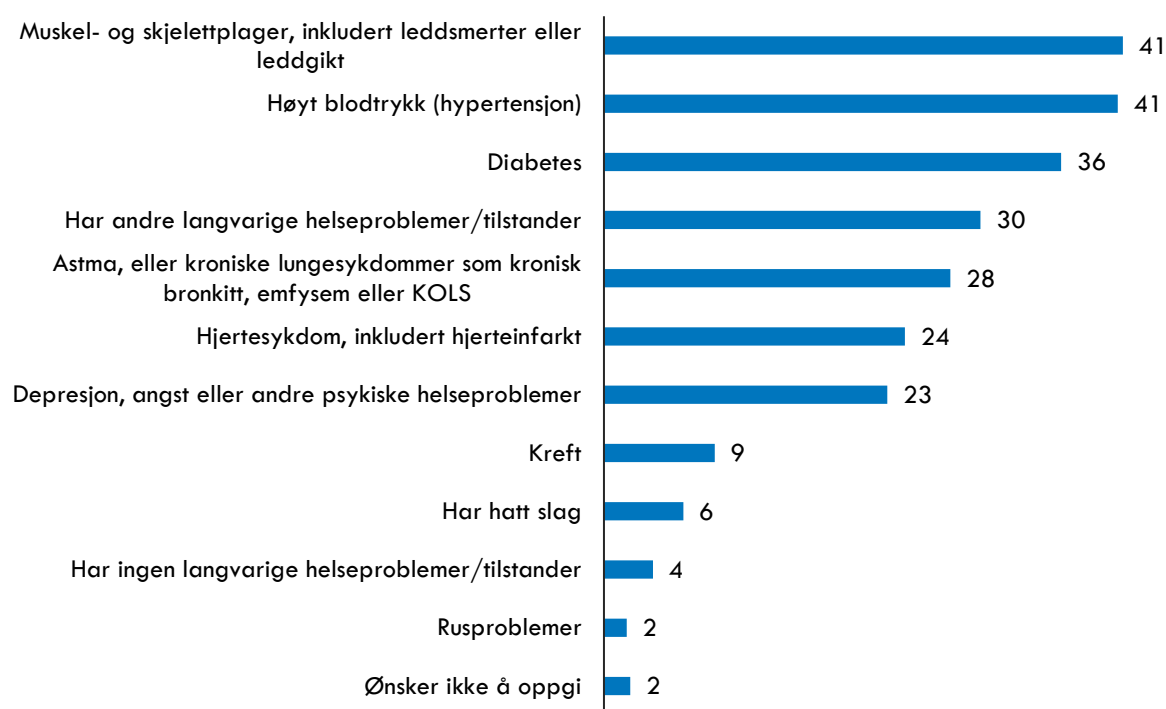
De fleste av pasientene fylte ut undersøkelsen selv (83 prosent), mens en mindre andel fikk hjelp av en nærstående (14 prosent) eller av en ansatt på legekantoret (3 prosent). De fleste pasientene har hatt den samme fastlegen i over 5 år (55 prosent), eller i 1-4 år (30 prosent). Et mindretall har hatt den samme fastlegen i under ett år (11 prosent), eller har ikke en fastlege for øyeblikket (3 prosent).

Litt over halvparten av pasientene har enten fullført grunnskole (20 prosent) eller videregående (40 prosent). 29 prosent har fullført utdanning ved høyskole eller universitet, fordelt på høyere utdanning inntil 3 år (18 prosent) og høyere utdanning 4 år og mer (11 prosent). De resterende ønsker ikke å oppgi eget utdanningsnivå.

Det er flest kvinnelige respondenter (58 prosent), mens litt under halvparten av respondentene er mannlige pasienter (42 prosent). Videre er de fleste av respondentene er mellom 60 og 79 år gamle (52 prosent), mens færrest er mellom 18 og 39 år gamle (10 prosent).

De fleste pasientene beskriver egen helse som ganske bra (39 prosent) eller både/og (38 prosent). Et mindretall beskriver egen helse som svært dårlig (2 prosent) eller svært bra (8 prosent). Videre er det vanligst å ha muskel – og skjelettplager (41 prosent) eller høyt blodtrykk (41 prosent) blant pasientene (Figur 2-2). Et mindretall har ingen langvarige helseproblemer/tilstander (4 prosent).

Figur 2-2 Har du noen av følgende langvarige helseproblemer/tilstander? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 284).

2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved legekantor

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant personell ved legekantor som inngår i forsøket med PHT.

Vi utarbeidet til sammen tre spørreskjema, ett for hver av yrkesgruppene i PHT. Ansatte ved legekantorene som ble innlemmet i forsøket i 2020 og de ansatte ved legekantor som har deltatt siden start fikk samme undersøkelse. Utvalget omfattet fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekantor som deltar i forsøket med PHT. Temaer i undersøkelsene var teamarbeid og teameffektivitet, arbeidsmengde, konsekvenser for oppfølging av pasienter, behandlingsplan og legemiddelgjennomgang, samhandling og finansiering.

For å kartlegge personellens oppfatninger av de ovennevnte temaene, har vi hovedsakelig benyttet spørsmål med formatet «(i hvilken grad opplever du at)». Svaralternativer i disse spørsmålene var «(ikke i det hele tatt)», «(i liten grad)», «(i noen grad)», «(i stor grad)» og «(i svært stor grad)». For å kartlegge personellens oppfatninger av hvordan PHT har påvirket samhandlingen med andre tjenester, stilte vi spørsmål med svaralternativene «(har påvirket negativt)», «(har ikke påvirket)», «(har påvirket positivt)» og «(ikke relevant)». Vi har beregnet andelen av respondentene som svarte de ulike alternativene ved hvert spørsmål eller påstand. Vi åpnet også opp for at man kunne svare «(vet ikke)» på de ulike spørsmålene. Etter flere av de lukkede spørsmålene, åpnet vi for at respondenten kunne utdype svarene sine i fritekst. Fritekstsvarene ble lest og sammenfattet av evaluator.

Ettersom undersøkelsen omfatter et begrenset antall legekantor og antall ansatte, er vår tolkning av resultatene først og fremst kvalitativ. Likevel ønsker vi å kvantitativt beskrive forskjeller i oppfatninger og erfaringer blant ulike yrkesgrupper og mellom personell på legekantor med de to finansieringsmodellene.

Ved noen legekantor har det vært en del vikarbruk og utskifting av personell. Personer som nylig hadde blitt ansatt da undersøkelsen ble gjennomført har trolig hatt begrensede forutsetninger for å svare på undersøkelsen. I spørreundersøkelsen oppga 19 prosent av fastlegene at de hadde jobbet 1 år eller mindre ved legekantoret.

Distribusjon

E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til lederne ved legekantorene. Mottakeren ble bedt om å videresende undersøkelsen til alle fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som arbeider ved fastlegekantoret. Undersøkelsen ble sendt ut første gang 2. mai 2022. Det ble sendt to påminnelser fra evaluator og to fra Helsedirektoratet. Påminnelsene fra Helsedirektoratet ble kun sendt til legekantor med lav svarprosent. Undersøkelsen ble avsluttet 8. juni 2022.

Studiepopulasjon

Totalt samtykket 211 personer til å delta i spørreundersøkelsen. Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ved legekantorene med PHT var 87, 68 og 44 prosent for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som deltar i forsøket (Vedlegg F, G og H). Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ble beregnet basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekantorene. Ved enkelte legekantor har de sykepleiere som ikke er ansatt som PHT-sykepleier, men disse ble også bedt om å svare på undersøkelsen og er inkludert i sykepleier-kategorien i undersøkelsen. 77 prosent av sykepleierne som svarte på undersøkelsen oppga at de er ansatt som sykepleier i primærhelseteam. Enkelte av disse sykepleierne har helsesekretær oppgaver, og forskjeller i svarfordeling mellom kategoriene sykepleier og helsesekretær må derfor tolkes med varsomhet. Ettersom det kan være avvik mellom antall registrerte og faktiske ansatte på de ulike legekantorene, må svarprosenten regnes som omtrentlig.

Tabell 2-3 Antall og andel respondenter i spørreundersøkelsene etter yrkesgruppe og finansieringsmodell

	Antall respondenter (svarprosent*)	Antall respondenter, honorarmodellen	Antall respondenter, driftstilskuddsmodellen
Fastleger	99 (~87 %)	79	20
Sykepleiere	68 (~89 %)	57	11
Helsesekretærer	44 (~97 %)	31	13

Note: *Svarprosent er basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekantorene, og det kan være noe avvik mellom denne oversikten og faktisk antall ansatte.

I Tabell 2-4 viser vi kjennetegn som beskriver fastlegene som svarte på undersøkelsen. I underkant av halvparten av fastlegene (44 prosent) hadde en listelengde på mellom 1 000 og 1 499 listeinnbyggere. Listelengden var betraktelig kortere blant fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen, hvilket er i tråd med funn fra statusrapporten fra 2019 (Abelsen, et al., 2019b). Fra datagrunnlaget innhentet i forbindelse med tidligere statusrapporter vet vi at en høyere andel av fastlegene med driftstilskuddsmodellen enn med honorarmodellen har en eller flere bistillinger. Dette henger sammen med at kantorene med driftstilskuddsmodellen i hovedsak er kommunale fastlegekantor.

Tabell 2-4 Kjennetegn ved fastleger i spørreundersøkelsen 2022. Prosentvis svarfordeling.

	Alle fastleger	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Listelengde			
Færre enn 500	10	6	25
500-749	17	14	25
750-999	28	27	30
1000-1249	33	37	20
1250-1499	11	14	0
Flere enn 1500	2	3	0

2.4 Intervjustudie på fem utvalgte legekantor i PHT-forsøket

For å utforske teameffektivitet er det gjennomført en multipel casestudie (Yin, 2014) med utgangspunkt i fem legekantor i PHT-forsøket. Casestudier egner seg godt når man ønsker å utforske samspillet mellom en spesifikk kontekst (listeinnbygger, legekantor, ulikt helsepersonell, ledelse etc.) og et fenomen (mikro og makro PHT), og når man stiller spørsmål om hvordan eller hvorfor. Inspirasjonen til utforming av casestudien er hentet fra Yin (2014), samt George & Bennett (2005). Forskningsdesignet er intensivt. Dette er et design hvor formålet er å gå i dybden og forsøke å avdekke så mange forhold som mulig i ett eller få tilfeller (case). Intensjonen er ikke å forklare årsak og virkning, men å analysere betingelser for effektivt arbeid i PHT. Det teoretiske utgangspunktet er Hackmans normative modell for hvordan team bør være for å være effektive (se nærmere beskrivelse i kapittel 6.1).

Gjennom forsøksperioden har vi gjennomført kvalitative intervju med personell på de ulike legekantorene i forsøket (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2019b; Abelsen, et al., 2021; Abelsen, et al., 2022). Disse har avdekket at det er variasjon i måten teamarbeidet utspiller seg på det enkelte legekantor. Denne variasjonen ønsket vi å romme i valget av case. Vi ønsket å få med legekantor som prøver ut de to finansieringsmodellene, som har vært med siden forsøket startet, som har ulik størrelse målt i antall leger, som har ulikt eierskap og som hadde og ikke hadde sykepleiere, før forsøket startet.

Fem legekantor er inkludert i den multiple caseanalysen; tre som prøver ut honorarmodellen og to som prøver ut driftstilskuddsmodellen. De fem legekantorene er skjønsmessig valgt ut og er blant de 13 legekantorene som har vært med lengst i PHT-forsøket. Legekantorene er valgt ut basert på en kvalifisert antagelse om at de har formet PHT på ulikt vis i sine ulike lokale kontekster. I forkant av intervjuene ble registerdata om takstbruk både blant legene og sykepleierne på de utvalgte legekantorene analysert. Disse analysene viste blant annet det totale omfanget av takster generert av sykepleiere på det enkelte legekantoret, hvilke pasientgrupper og hvilke leger disse takstene var knyttet til. Dette blir brukt som bakgrunnsinformasjon for intervjuene.

Tabell 2-5 oppsummerer noen kjennetegn ved de fem utvalgte legekantorene og gir en oversikt over intervjuene som er gjennomført.

Tabell 2-5 Kjennetegn ved de fem utvalgte legekantorene (case 1 – 5)

Kjennetegn		Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5
Finansieringsmodell ¹		HM	HM	HM	DM	DM
Eierskap til legekantoret		Privat	Privat	Kommunalt	Kommunalt	Privat
Sykepleier nytt med PHT		Nei	Ja	Nei	Nei	Ja
Personell på legekantoret per mai/juni 2022	Antall fastleger	10	4	10	6	5
	Antall PHT-sykepleiere	3	2	2	2	1
	Antall andre sykepleiere			4	4	
	Helsesekretærer og annet helsepersonell	6	4	2	2	2
	Administrator	1				
Antall intervju mai/juni 2022	Fastleger (individuelle)	7	4	7	4	4
	PHT-sykepleiere (individuelle)	2	1	2	2	1
	Helsesekretærer og annet helsepersonell (gruppe)	1	1	1	2	1

Note: ¹HM: honorarmodellen, DM: driftstilskuddsmodellen.

Intervjuguiden

Vi har operasjonalisert betingelsene som støtter Hackmans tre prosesskriterier (innsats, kunnskap og ferdigheter, passende strategier for utførelse), og inkludert normer for lederskap, som et utgangspunkt for å utforme intervjuguidene for å undersøke effektivitet i både makro- og mikroteam (Hackman, 2012; Hackman, 1987). Vi vet at helsekretærenes rolle i PHT har vært uklar og omdiskutert gjennom hele forsøksperioden. Vi la derfor i tillegg vekt på å få fram hvilken rolle helsesekretærene spiller i PHT-arbeidet.

Gjennomføringen av intervjuene

Vi tok kontakt med de fem PHT-lederne med ønske om å gjøre **individuelle intervju med alle legene og PHT-sykepleierne** på legekantoret, samt **gruppeintervju med helsesekretærer og annet helsepersonell**. PHT-lederne hjalp til med å finne egnede intervjudager og sette opp intervjuavtaler. Informantene fikk tilsendt en tematisk intervjuguide på forhånd slik at de kunne forberede seg. Intervjuer brukte en mer spesifikk intervjuguide med formulerte spørsmål (for intervjuguiden se Vedlegg B).

Det er gjennomført til sammen 41 strukturerte intervju med helsepersonellet ved de fem legekantorene. Av disse er fem gjort med PHT-leder, 19 med øvrige leger, åtte med PHT-sykepleiere og seks med helsesekretærer og annet helsepersonell. Intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2022 i hovedsak ansikt til ansikt på legekantorene. Til sammen fem intervju ble gjort via Teams.

Det enkelte intervju ble gjennomført innenfor rammen av en time. Det ble gjort lydopptak og intervjuene ble transkribert ordrett i etterkant.

Analyse

Datamaterialet er analysert ved bruk av en abduktiv tilnærming, hvor analyse av data kombineres med eller forgripes av studier av tidligere teori (Alvesson & Skoldberg, 2008). Teori og data tolkes i lys av hverandre.

Intervjuutskriftene er analysert etter hovedprinsippene i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Trinnene i analysen er: 1) bli kjent med intervjumaterialet, 2) identifisere foreløpige tema, 3) justere og presisere tema og eventuelle undertema, 4) identifisere meningsbærende utsagn innenfor det enkelte tema og 5) kondensere meningsinnhold.

Sju tema ble identifisert som egnet til å beskrive teameffektivitet slik informantene snakket om det. Disse var: struktur for teamarbeidet, eierskap til PHT, ledelse, individuell tilfredshet, resultater av PHT, teamstørrelse og sammensetning samt utviklingsplaner. Temaene danner en felles struktur for fem legekantorbeskrivelser (se kapittel 6.2). Siden disse tekstene gir en nærgående beskrivelse av arbeidet med PHT-forsøket, så har PHT-lederne fått tekstene til gjennomlesing og har fått anledning til å komme med tilbakemelding om det er noe de synes ikke burde stå der; ting som vi har misforstått, eller som de hadde vært for åpenhjertig om. Det ble gjort noen få justeringer basert på innspill fra PHT-lederne.

De fem legekantorbeskrivelsene og de sju felles temaene er oppsummert i en tabell og danner utgangspunkt for en komparativ analyse på tvers av legekantorene som svarer ut noen spesifikke problemstillinger (se kapittel 6.3).

2.5 Oppsummering og konklusjon

Vi har i dette kapitlet redegjort for hvordan vi har gått fram for å etablere datasett fra helseregistre og administrative registre, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser, samt hvordan dette materialet blir analysert som del av evalueringen.

Det er flere grunner til at evalueringen av forsøk med PHT er et omfattende og sammensatt prosjekt. Utvelgelsen av kommuner og legekantor gjør det vanskelig å skille egenskaper ved legekantorene fra virkningene av PHT. Vi har derfor lagt mye arbeid i å finne fram til legekantor som egner seg som kontrollgruppe. Vi har i dette kapitlet redegjort for måtene vi velger kontrollgruppe på i analyser av registerdata. Herunder har vi forklart hvordan kontrollgruppen kan variere både avhengig av problemstilling og av type data.

Gjennom årlige spørreundersøkelser til fastleger, sykepleiere og helsesekretærer ved legekantorene i forsøket, har vi innhentet et bredt informasjonsgrunnlag om de ansattes erfaringer med PHT og hvordan dette har utviklet seg over tid.

Det er mangel på kvantitative data til å belyse helsetjenestenes kvalitet og helseeffekter for pasientene. I evalueringen har derfor spørreundersøkelser og intervjustudier vært sentralt for å oppnå dybdekunnskap som

registerdata kan tilby. Et nytt tilfang i årets rapport er data fra en egen spørreundersøkelse rettet mot brukerne av PHT ved legekantorene. Det er også gjort en kvalitativ dybdestudie av teameffektivitet ved fem utvalgte legekantor som har formet teamarbeidet i PHT på ulikt vis.

Analysene av de ulike datakildene skal utfylle hverandre i evalueringen. Vår vurdering er at dette samlet sett gir et bra grunnlag for å vurdere hvorvidt effektmålene for PHT-forsøket nås. Men det ville utvilsomt vært en fordel med et bedre kvantitativt datagrunnlag til å undersøke tjenestekvalitet og helseeffekter knyttet til PHT.

3. Pasientenes erfaringer med PHT

De fleste pasientene ved legekantor med PHT, og som har hatt minst én sykepleierkonsultasjon, ønsker å bli fulgt opp av sykepleier og er fornøyde med oppfølgingen fra legekantoret.

Sammenlignet med perioden før legekantoret startet med PHT, opplever pasientene særlig en større trygghet for å bli ivaretatt på en god måte og at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse.

Vi har gjennomført en brukerundersøkelse blant pasienter ved legekantor i PHT for å belyse deres erfaringer med oppfølgingen fra legekantoret, samt å få mer kunnskap om deres preferanser for å motta helsehjelp. Undersøkelsen ble gjennomført høsten 2022 på 16 av legekantorene med PHT. Totalt svarte 287 pasienter på undersøkelsen, med tilnærmet svarprosent på 46 prosent. Detaljer om gjennomføring, utvalg og analyse er beskrevet i kapittel 2.

3.1 Omfang av oppfølging fra PHT

Per 31.06.2022 har 9 prosent av de som har vært listeinnbygger på PHT-legekantor i deler av eller hele forsøksperioden, hatt takstgenererende sykepleierkontakt. Blant listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt har 49 prosent hatt 1 slik kontakt, mens 22 prosent har hatt 4 eller flere. Tabell 3-1 viser prosentandeler med takstgenererende sykepleierkontakt i målgrupper av forsøket, etter finansieringsmodell.

Tabell 3-1 Prosentandel av listeinnbyggere i målgruppene med PHT-kontakt

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Personer med diabetes type 2	56%	72%
Personer med kols	60%	57%
Personer med psykisk sykdom	28%	24%
Personer med ruslidelse	37%	22%
Psykisk personer med psykisk utviklingshemming	23%	9%
Skrøpelig eldre og multisyke	20%	12%

Note: Tabellen viser prosentandeler av personer som har vært listeinnbygger på opprinnelige PHT-legekantor i deler av eller hele perioden 2018-2022, eller nye PHT-legekantor i deler av eller hele perioden 2020-2022, som har hatt takstgenererende sykepleierkontakt. Personer med diabetes type 2 er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med kols er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med psykisk sykdom er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med ruslidelse er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med psykisk utviklingshemming er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Skrøpelig eldre og multisyke er andelen av listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2019 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2019 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. Kilde: KUHR.

I Tabell E-3 og Tabell E-4 i Vedlegg E undersøker vi omfanget av oppfølgingen fra PHT på legekantornivå i form av andelen av listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt, og antall takstgenererende sykepleierkontakter blant listeinnbyggere med minst 1 slik kontakt, per år så langt i forsøksperioden. I 2021 varierte andelen av listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt fra 3 prosent til 14 prosent, og antall takstgenererende sykepleierkontakter blant listeinnbyggere med minst 1 slik kontakt fra 1,6 til 4,4. Det er ingen tydelig korrelasjon mellom de to målene på omfang av oppfølging (se Figur E-1 i Vedlegg E). På fastlegenivå finner vi imidlertid en positiv sammenheng mellom antall takstgenererende sykepleierkontakter og antall legekonsultasjoner. Det innebærer at fastleger som har pasienter som mottar mange sykepleierkonsultasjoner, yter også selv mange konsultasjoner til sine listepasienter. Resultatene presenteres i Tabell E-5 i Vedlegg E.

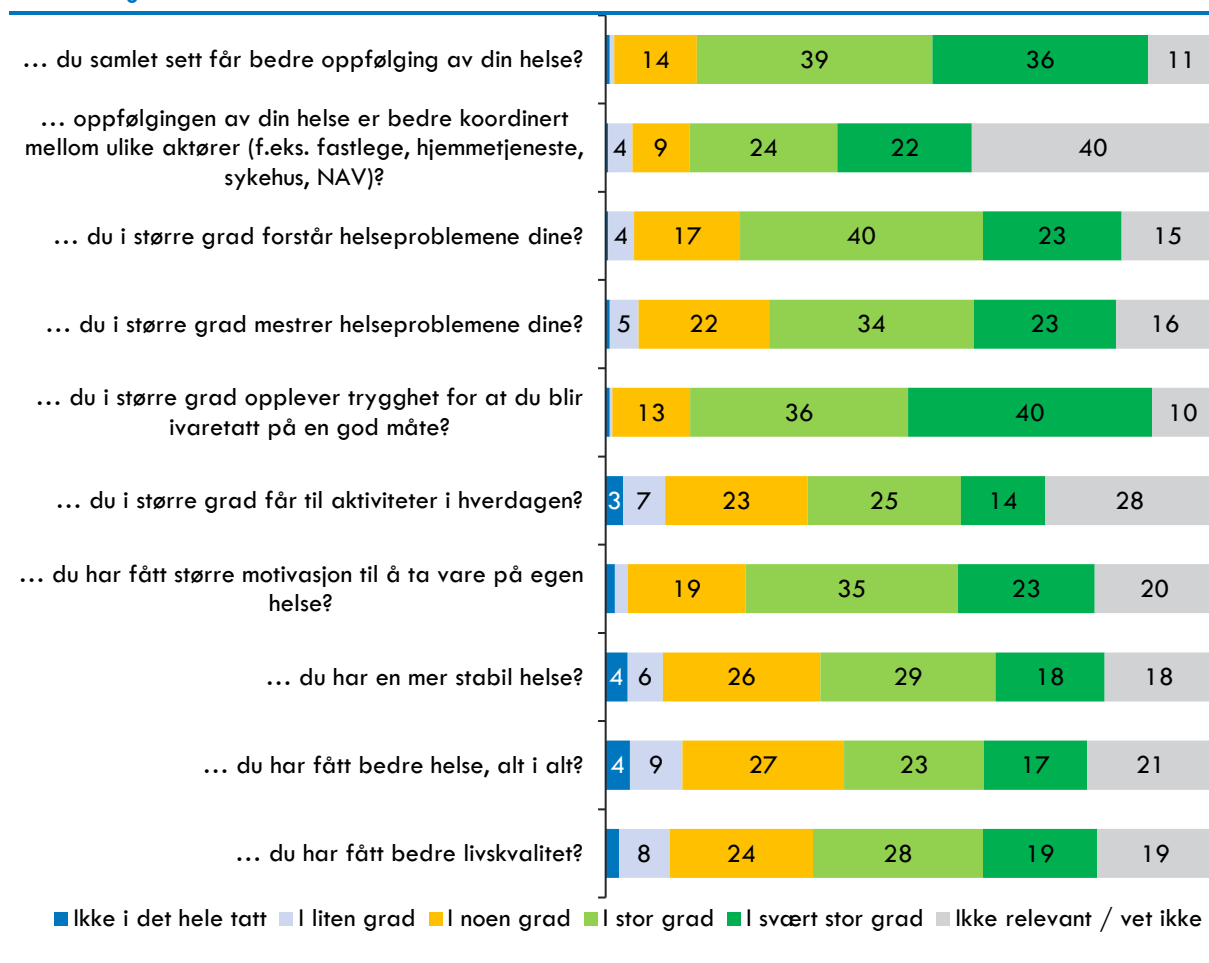
3.2 Betydningen av PHT for pasientene

Sammenlignet med perioden før PHT, opplever flertallet av respondentene at oppfølgingen de får nå, bidrar til at de i større grad opplever trygghet for at de blir ivaretatt på en god måte (76 prosent svarte i stor eller svært stor grad), og at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse (75 prosent svarte i stor eller i svært stor grad) (Figur 3-1). Videre oppgir litt over halvparten av respondentene at de i stor eller svært stor

grad har større motivasjon til å ta vare på egen helse (55 prosent). Rett under halvparten opplever i stor eller svært stor grad bedre livskvalitet (47 prosent), bedre helse alt i alt (40 prosent) eller mer stabil helse (47 prosent). Når vi undersøker svarfordelingen blant utvalgte pasientgrupper, finner vi at pasienter som oppgir at de har diabetes har en tilsvarende svarfordeling (se vedlegg D, spørsmål 23). Derimot ser vi at pasienter som oppgir at de har astma og KOLS skiller seg noe mer ut, for eksempel ved spørsmål om de har fått bedre helse alt i alt (30 prosent svarer i stor eller i svært stor grad, opp mot 40 prosent for alle pasienter).

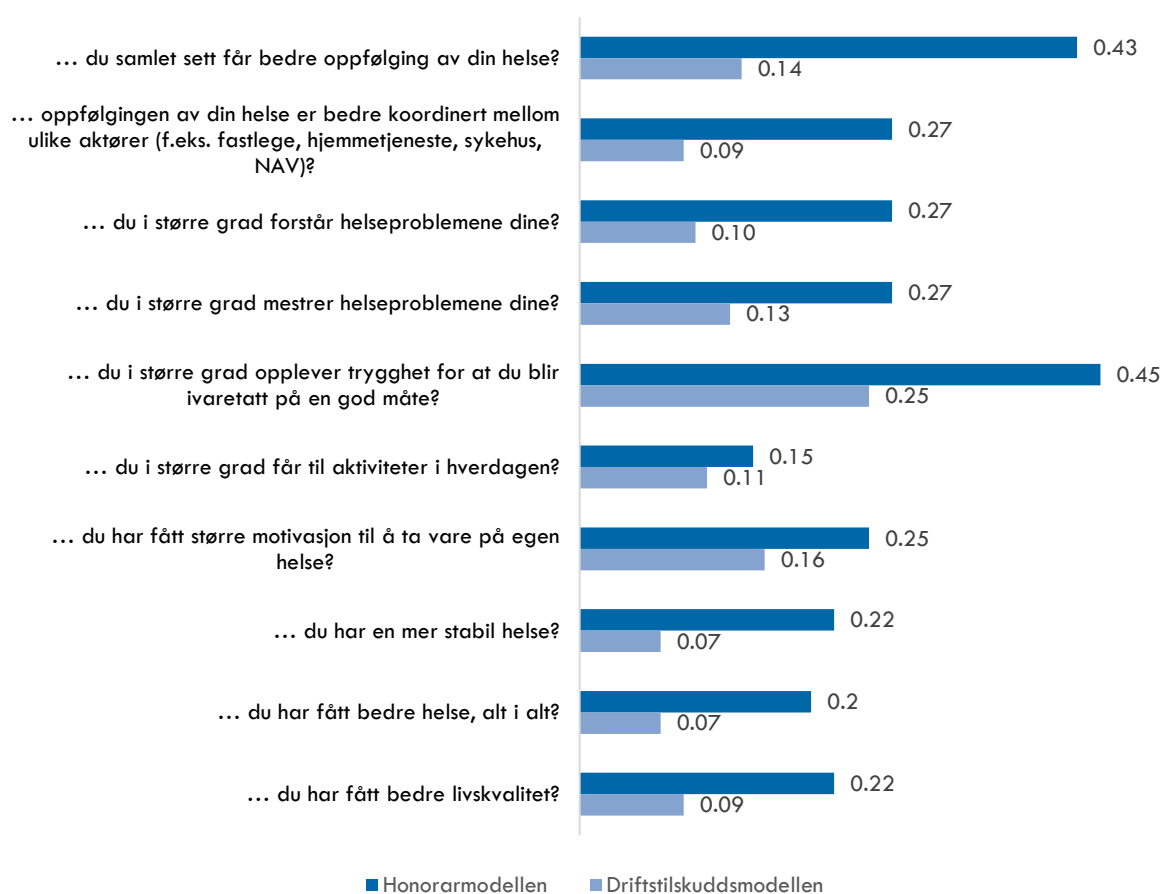
Vi har analysert materialet ved bruk av en multinomisk logistisk regresjon der ti ulike spørsmålene og fem svarkategorier ble inkludert i en og samme modell. En slik analyse gjøre det mulig å teste hvorvidt de observerte forskjellene mellom svarfordelingene er et resultat av tilfeldigheter (*nullhypotesen*) eller om svarfordelingene faktisk avhenger systematisk av hvilket av de ti spørsmål som stilles og hvilken betalingsmodell respondentens lege har (*alternativhypotesen*). Resultatene tyder på at det er systematiske forskjeller i svarfordelingen mellom spørsmålsformulering og betalingsmodeller idet analyseresultatene tyder på at de tydeligste av forskjellene vi kan observere i Figur 3-1 og i Figur 3-2 også er statistisk signifikante. Metoden gjør det mulig å undersøke om respondentene er gjennomgående fornøyd eller misfornøyd på tvers av de ulike spørsmålene om fornøydhets (se Figur 3-2). Vi finner at personer som er negative, er det gjennomgående på tvers av spørsmålene, mens personer som er positive har større variasjon i hvordan de svarer. Videre finner vi at respondenter tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen er mer negative uavhengig av spørsmålet, ettersom de har signifikant lavere sannsynlighet for å svare i svært stor grad på tvers av spørsmålene. Samtidig har respondenter ved legekantor med driftstilskuddsmodellen signifikant høyere sannsynlighet for å svare «ikke i det hele tatt», sammenlignet med respondenter ved legekantor med honorarmodellen.

Figur 3-1 Sammenlignet med perioden før ditt legekantor startet med primærhelseteam, i hvilken grad opplever du at oppfølgingen fra fastlege og sykepleier på fastlegekontoret bidrar til følgende: Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 274-279). Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Figur 3-2 Prosentandel som svarer «(I svært stor grad)» på spørsmålene i Figur 3-1 blant respondenter med lege i driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Forskjellen i svarsansynlighet er statistisk signifikant.*



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 274-279). Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren. *Forskjellen mellom de to gruppene er statistisk signifikant (p=0.002).

3.3 Kontakt med og oppfølging fra fastlegekontoret

Pasientene som benytter PHT-sykepleier, er relativt ofte i kontakt med legekontoret. **De fleste respondentene har vært i kontakt med fastlegen eller fastlegekontoret minst to ganger i løpet av de siste 12 månedene, herunder 2-5 ganger (37 prosent), 6-12 ganger (36 prosent), eller 13 eller flere ganger (25 prosent)** (Se Vedlegg C, spørsmål 1).

Våre tidligere analyser viser at pasienter som får oppfølging fra sykepleier eller lege i PHT, benytter legekontoret relativt hyppig. Data fra KUHR viser at listeinnbyggere med minst en takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, i snitt hadde 1,71 sykepleierkonsultasjoner⁸ og 6,62 legekonsultasjoner⁹ i 2021. Tilsvarende for 2020 er henholdsvis 1,65 sykepleierkonsultasjoner og 6,29 legekonsultasjoner.

Det er ulike årsaker til at pasienten har hatt kontakt med fastlegekontoret. De vanligste årsakene er kontroll (79 prosent), fornyelse av resept (68 prosent) og vaksine (51 prosent), mens en mindre andel av pasientene (14 prosent) oppgir at fastlegen eller sykepleier har vært på hjemmebesøk (Figur 3-3).

⁸ Antall regninger i KUHR med takst S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd og 088ck

⁹ Antall regninger i KUHR med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae og 074be

Figur 3-3 Hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 måneder? Prosentvis svarfordeling for hver kategori.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 287). Respondentene kunne krysse av for flere svaralternativ. Hver søyle viser hvor mange prosent av respondentene som har krysset av for svaralternativet.

Pasienter kan få flere typer sykepleierkonsultasjoner, både med og uten fastlege til stede, eller på en annen dag enn de har en fastlegekonsultasjon (Figur 3-4). De fleste respondentene har hatt minst én egen sykepleierkonsultasjon en annen dag enn fastlegekonsultasjonen (47 prosent), mens det er færrest som har hatt hjemmebesøk (19 prosent). Vi ser tegn til at legekontorene benytter sykepleierressursen ulikt (Se Vedlegg C, spørsmål 3). Noen av legekontorene virker i hovedsak å benytte sykepleier til én enkelt type konsultasjon; for eksempel har pasientene ved to av legekontorene i hovedsak hatt egne sykepleierkonsultasjoner en annen dag enn en fastlegekonsultasjon. Andre legekontor virker i større grad å benytte sykepleier til ulike typer konsultasjoner; for eksempel har pasientene ved to av legekontorene til sammen hatt alle fem typer sykepleierkonsultasjoner.

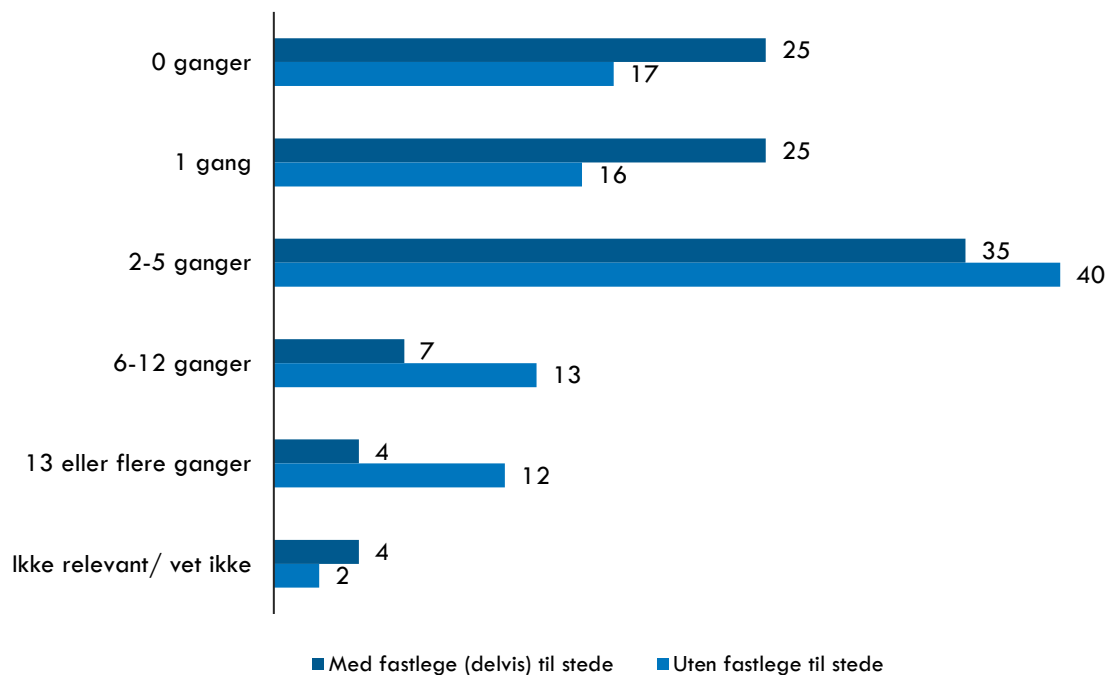
Figur 3-4 Har du fått oppfølging fra sykepleier ved fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 279).

Ved spørsmål om hvor mange sykepleierkonsultasjoner pasientene har hatt det siste året, er det vanligste svaret 2-5 ganger. Dette gjelder både for sykepleierkonsultasjoner hvor fastlegen er (delvis) til stede (35 prosent), og sykepleierkonsultasjoner uten at fastlegen er til stede (40 prosent) (Figur 3-5). Av respondentene som oppgir at de har fått oppfølging fra sykepleier, opplever flestparten dette som svært positivt (64 prosent) eller positivt (30 prosent). Ingen opplevde det som negativt eller svært negativt. Blant pasientene som har hatt flere enn én sykepleierkonsultasjon¹⁰, oppgir de fleste (87 prosent) at de stort sett har blitt fulgt opp av den samme sykepleieren.

Figur 3-5 Hvor mange ganger har du fått oppfølging fra sykepleier det siste året i en konsultasjon hvor også fastlegen har vært (delvis) til stede, og; hvor mange ganger har du fått oppfølging fra sykepleier det siste året, som en egen sykepleierkonsultasjon, uten at fastlegen er til stede? Prosentvis svarfordeling.



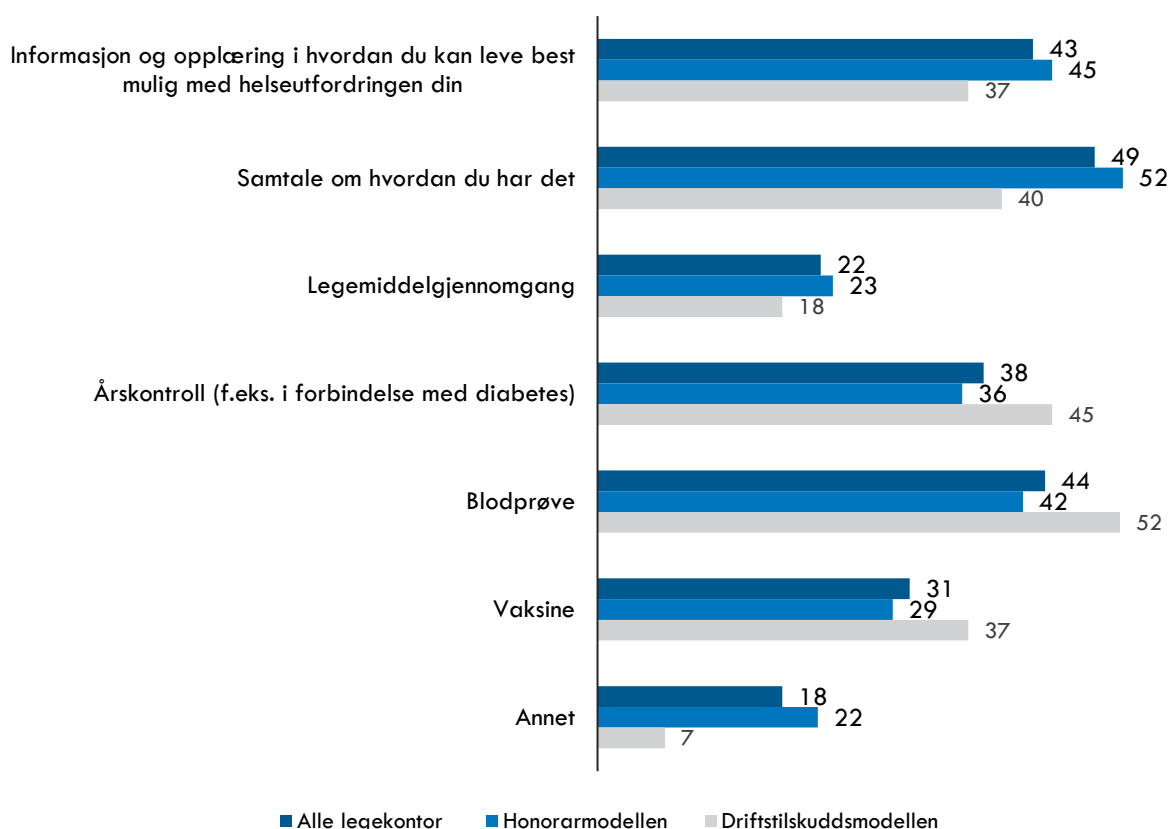
Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N (uten fastlege) = 257, N (med fastlege) = 256).

Sykepleierkonsultasjonen blir oftest benyttet til en samtale om hvordan pasienten har det (49 prosent), etterfulgt av blodprøve (44 prosent) og informasjon og opplæring i hvordan du kan leve best mulig med helseutfordringen din (43 prosent) (Figur 3-6). Oppfølgingen virker ikke å variere med finansieringsmodell, da det ikke er signifikante forskjeller mellom legekontor med honorarmodell og driftstilskuddsmodell. I spørreundersøkelsen fikk pasientene mulighet til å utdype tilbakemeldinger i et fritekstsvår, hvor flere omtaler tid og samtaler med sykepleier som et godt tilbud.

«Dette er det beste som er skjedd meg. Endelig er det noen som har fått ut av meg alt det vonde jeg har gått med i mange, mange år. Jeg håper hun blir her lenge og alle de andre ved fastlegekontorene. Tusen takk!» (Pasient)

¹⁰ Observasjoner hvor summen av antall sykepleierkonsultasjoner med og uten fastlege tilsvarer mindre eller lik 1, er fjernet fra denne beregningen.

Figur 3-6 Hvilken type oppfølging har du fått fra sykepleier ved fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 262, honorarmodellen = 202, driftstilskuddsmodellen = 60). Respondentene kunne krysse av for flere svaralternativ. Hver søyle viser hvor mange prosent av respondentene som har krysset av for svaralternativet.

3.4 Tilfredshet med oppfølgingen på legekantoret

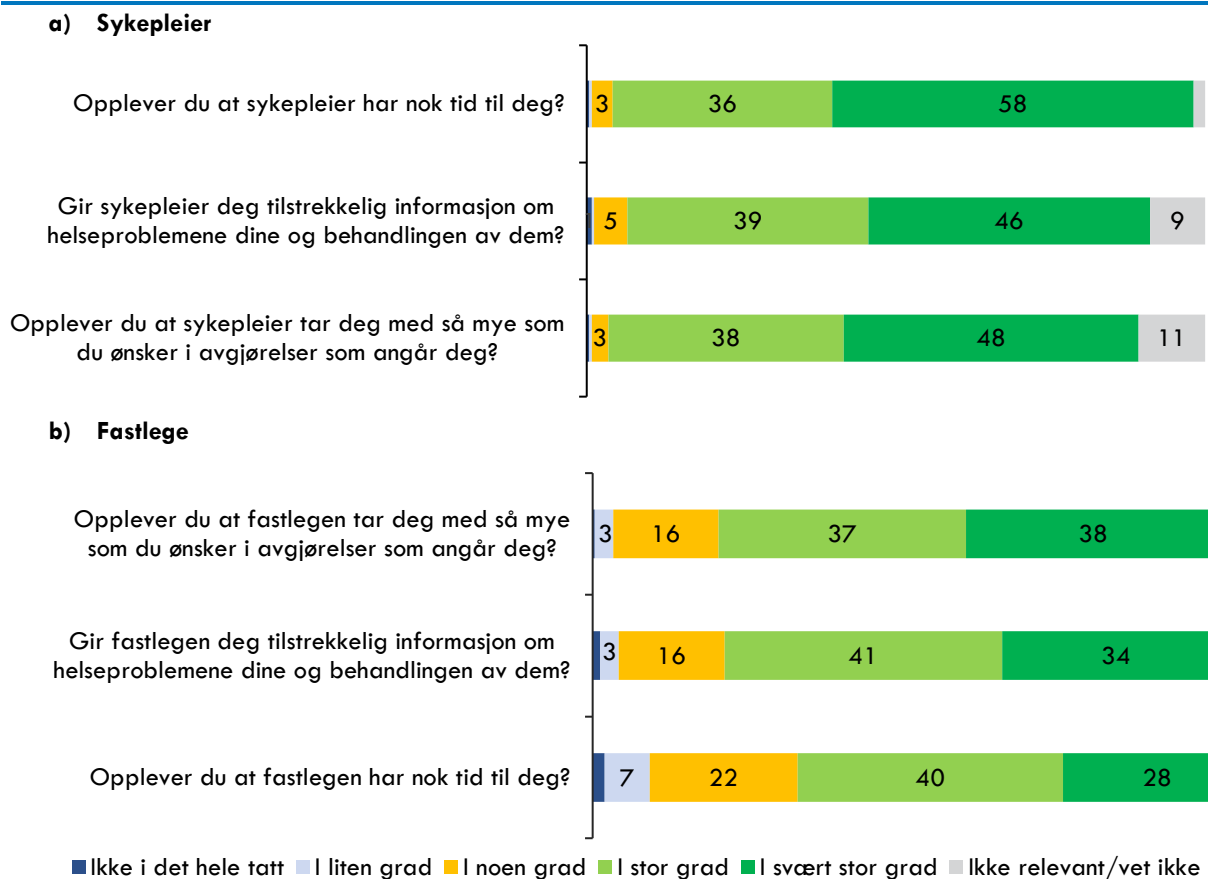
Flere av pasientene uttrykker at de opplever et godt samarbeid mellom fastlege og sykepleier. Noen opplever videre at oppfølgingen fra sykepleier er avlastende for fastlege, samt at sykepleier kan sette av mer tid til samtaler med pasienten enn det fastlegen kan.

«Jeg opplever dette svært positivt, da jeg erfarer at de samarbeider om meg og min situasjon. Det er masse trygghet i denne ordningen.» (Pasient)

De fleste respondentene er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege (Figur 3-7). Det er videre en signifikant forskjell for hvorvidt pasientene oppfatter at fastlegen tar dem med så mye som de ønsker i avgjørelser som angår dem, hvorav 78 prosent av pasienter med honorarmodell og 66 prosent av pasienter med driftstilskuddsmodellen svarer i stor eller svært stor grad. Tilsvarende er det en signifikant forskjell for om pasientene oppfatter at fastlegen gir tilstrekkelig informasjon, hvorav henholdsvis 78 prosent og 69 prosent svarer i stor eller i svært stor grad.

De fleste opplever at sykepleier og fastlege i stor eller svært stor grad har nok tid til dem (henholdsvis 94 og 68 prosent). Det er en signifikant forskjell mellom legekantor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen for hvorvidt pasienter opplever at fastlege og sykepleier har nok tid til dem. For pasienter ved legekantor med honorarmodellen, oppfatter 95 prosent at sykepleier i stor eller svært stor grad har nok tid til dem, og 72 prosent at fastlegen i stor eller svært stor grad har nok tid til dem. Tilsvarende for legekantor med driftstilskuddsmodellen er henholdsvis 90 prosent og 56 prosent.

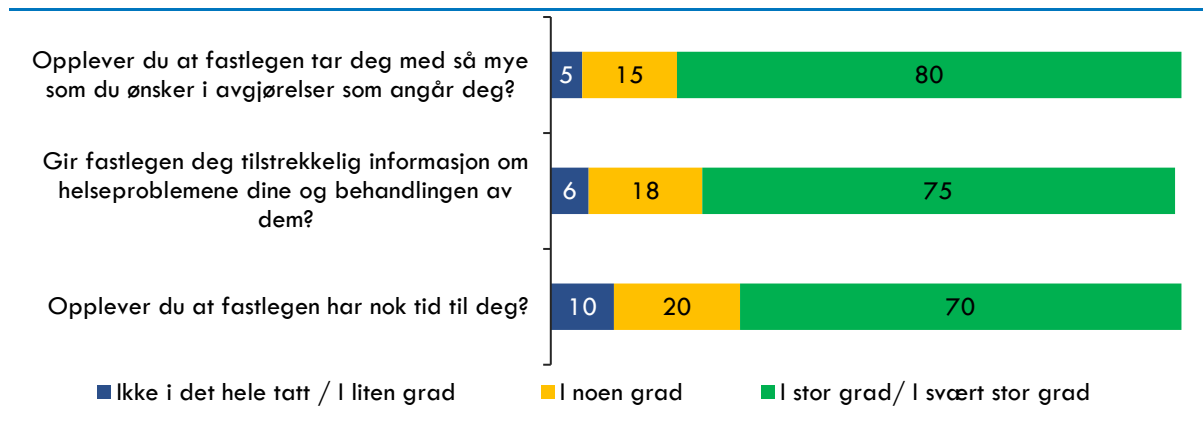
Figur 3-7 Tilfredshet med oppfølging fra a) sykepleier og b) fastlege. Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N (sykepleier) = 260, 259, 262, N(fastlege) = 287, 285, 285). Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Resultater fra PasOpp-undersøkelsen, rettet mot et tilfeldig utvalg innbyggere og gjennomført av Folkehelseinstituttet, viste at 80 prosent av respondentene i stor eller i svært stor grad opplevde at fastlegen tar dem med så mye som de ønsker i avgjørelser som angår dem (Norman, et al., 2022) (Figur 3-8). Til sammenligning svarte 75 prosent av respondentene i vår undersøkelse det samme. Videre svarte 70 prosent av respondentene i PasOpp-undersøkelsen, at de i stor eller svært stor grad opplever at fastlegen har tid til seg, mens tilsvarende andel i vår brukerundersøkelse var 68 prosent. Utvalget i de to undersøkelsene er svært ulike, både av hensyn til aldersfordeling, helseutfordringer og bruk av fastlegetjenesten, og sammenligninger må derfor tolkes med varsomhet. Likevel viste PasOpp-undersøkelsen at respondenter med langvarige helseproblemer hadde lavere fornøydhet med fastlegetjenesten og «alt i alt fornøydhet med fastlegen» enn de som ikke har slike problemer. For pasienter med depresjon, angst eller andre psykiske helseproblemer og muskel- og skjelettplager, var fornøydheten signifikant lavere på alle undersøkte indikatorer for fornøydhet. Datagrunnlaget fra PasOpp-undersøkelsen gir ikke mulighet for direkte sammenligning av fornøydhet blant brukere med langvarige helseproblemer. Når vi sammenligner fornøydhet blant pasientene som mottar oppfølging fra PHT med befolkningen for øvrig, finner vi likevel omtrent lik fornøydhet, noe som kan tyde på at pasienter med PHT er minst like fornøydde med fastlegetjenesten som resten av befolkningen.

Figur 3-8 Utvalgte spørsmål om fastlegen fra PasOpp-undersøkelsen



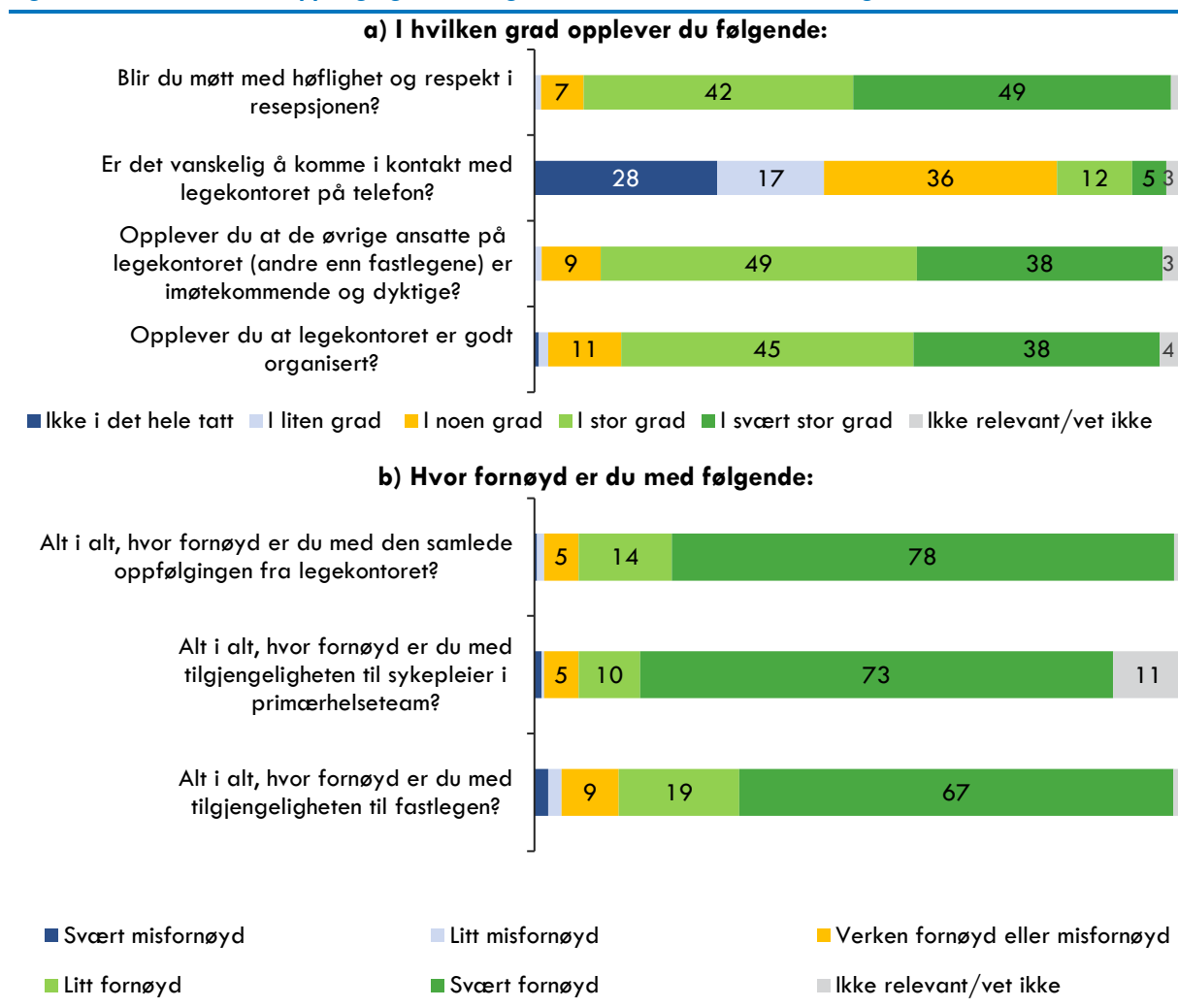
Kilde: PasOpp-undersøkelsen til Folkehelseinstituttet (Norman, et al., 2022). N = 7751, N = 7767, N = 7778.

Tilfredshet med fastlegekontoret

De fleste pasientene opplever i stor eller i svært stor grad å bli møtt med høflighet og respekt i resepsjonen (91 prosent), men det varierer hvorvidt pasientene opplever at det er vanskelig å komme i kontakt med legekontoret på telefon (45 prosent svarer ikke i det hele tatt eller i liten grad, og 17 prosent svarer i stor grad eller i svært stor grad) (Figur 3-9, panel a).

De fleste pasientene er svært fornøyde med tilgjengeligheten til fastlegen (67 prosent) og den samlede oppfølgingen fra legekontoret (78 prosent) (Figur 3-9, panel b). Det er en signifikant forskjell i fornøydhet med tilgjengelighet til fastlegen mellom legekantor med honorarmodell og driftstilskuddsmodell, hvorav andelen som er svært fornøyd er henholdsvis 71 og 51 prosent. Det er også en signifikant forskjell når det gjelder fornøydhet med den samlede oppfølgingen fra legekontoret, hvorav 82 prosent av respondentene fra legekantor med honorarmodellen svarer at de er svært fornøyd (96 prosent som svarer litt eller svært fornøyd), mens 60 prosent av respondentene fra legekantor med driftstilskuddsmodellen svarer at de er svært fornøyd (og 79 prosent som svarer litt eller svært fornøyd). Forskjellen må imidlertid tolkes med varsomhet. Det er omtrent like mange i begge grupper som svarer litt eller svært misfornøyd; for driftstilskuddsmodell-kontorene svarer 1,6 prosent litt misfornøyd), mens for honorarmodell-kontorene svarer 1,4 prosent litt eller svært misfornøyd). Det betyr at forskjellene i fornøydhet drives av at en noe større andel respondenter ved legekantor med driftstilskuddsmodellen er verken fornøyd eller misfornøyd (2,7 prosent for honorarmodellen og 14,5 prosent for driftstilskuddsmodellen), sammenlignet med respondenter ved legekantor med honorarmodellen. Samtidig er det betydelig færre respondenter ved legekantor med driftstilskuddsmodellen (N = 62) sammenlignet med honorarmodellen (N = 222), noe som gjør at den enkelte respondent påvirker prosentfordelingen i større grad for driftstilskuddsmodellen.

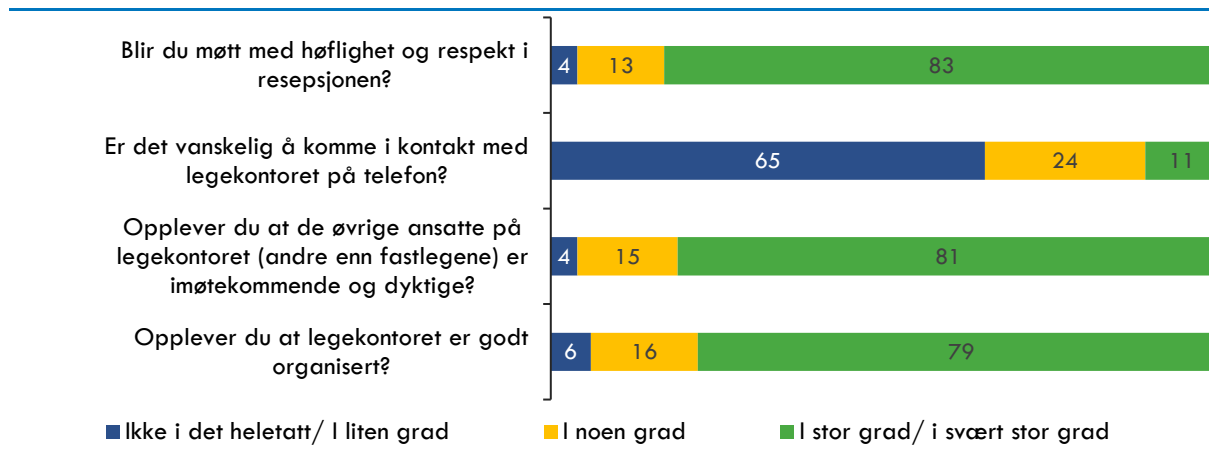
Figur 3-9 Tilfredshet med oppfølging fra fastlegekontor. Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 284, 285, 284, 286), (N = 285, 285, 284). Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Resultater fra PasOpp-undersøkelsen, viste at 83 prosent av respondentene i stor eller i svært stor grad opplevde at de ble møtt med høflighet og respekt i resepsjonen (Norman, et al., 2022) (Figur 3-10). Til sammenligning svarte 91 prosent av respondentene i vår undersøkelse det samme. Videre svarte 79 prosent av respondentene i PasOpp-undersøkelsen, at de i stor eller svært stor grad opplever at legekontoret er godt organisert, mens tilsvarende andel i vår brukerundersøkelse var 83 prosent. Sammenligninger må også her tolkes med varsomhet, men funnene tyder på at pasienter som mottar helsehjelp fra PHT er minst like fornøyd som befolkningen generelt når det gjelder disse forholdene. I motsatt fall viste PasOpp-undersøkelsen at brukere med langvarige helseproblemer var mindre fornøyd enn personer som ikke hadde disse problemene.

Figur 3-10 Utvalgte spørsmål om fastlegekontoret fra PasOpp -undersøkelsen. Prosentvis svarfordeling.



Kilde: PassOpp-undersøkelsen til Folkehelseinstituttet (Norman, et al., 2022). N = 7751, N = 7767, N = 7778.

3.5 Preferanser for helsehjelp fra fastlegeetjenesten

Arbeidsformen i PHT legger til rette for en mer proaktiv tilnærming til pasientoppfølging. I undersøkelsen spurte vi pasientene om de hadde blitt kontaktet av legekantoret uten at de selv hadde tatt kontakt først (Figur 3-11). De ble også spurt hvordan de opplevde å bli kontaktet eller tror de ville oppleve å bli kontaktet slik. Av pasientene som oppgir at de ikke har opplevd å bli kontaktet på denne måten (28 prosent), var de fleste positive til å bli kontaktet på denne måten (92 prosent svarte positivt eller svært positivt), og ingen svarte negativt eller svært negativt. Blant pasientene som har opplevd å bli kontaktet av fastlegekontoret, er de mest hyppige årsakene vaksinerings (35 prosent) og kontakt på grunn av en bestemt diagnose (33 prosent). Kun én prosent av disse pasientene oppgir at dette er svært negativt, mens 90 prosent oppgir at det er positivt eller svært positivt.

Figur 3-11 Har du opplevd å bli kontaktet fra fastlegekontoret, uten at du selv har tatt kontakt først, i forbindelse med ...? Prosentvis svarfordeling.

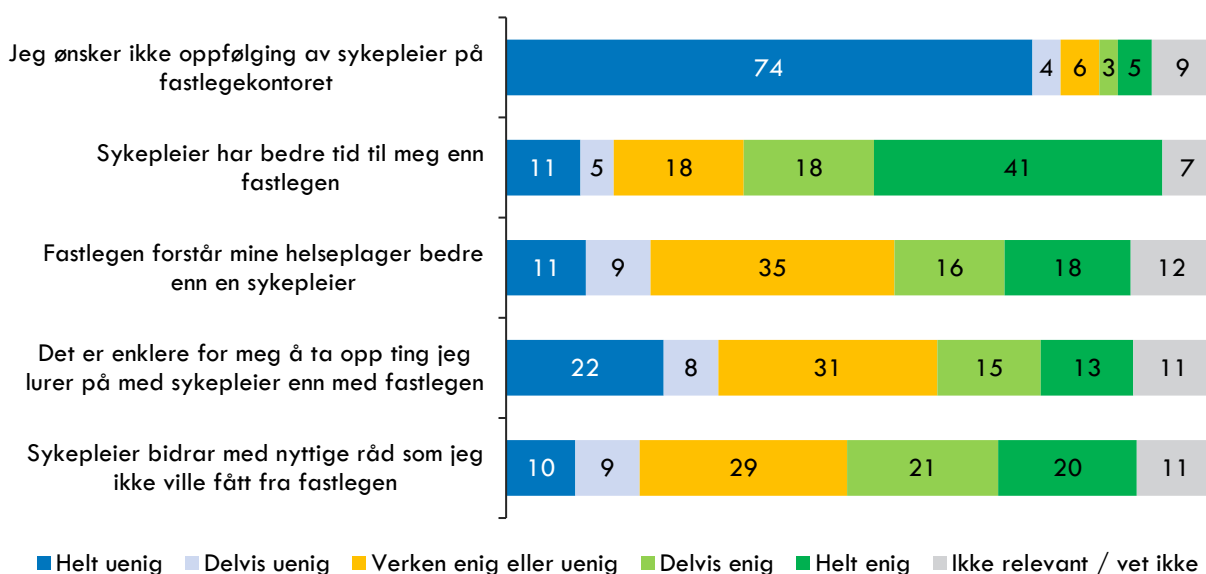


Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 275). Respondentene kunne krysse av for flere svaralternativ. Hver søyle viser hvor mange prosent av respondentene som har krysset av for svaralternativet.

Når pasientene blir spurt om videre preferanser for helsehjelp, oppgir 74 prosent at de er helt uenige i at de ikke ønsker oppfølging fra sykepleier på fastlegekontoret (Figur 3-12). Det indikerer at flertallet at pasientene ved PHT-legekontor ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier. Derimot virker oppfattelsen om at fastlegen forstår helseplager bedre enn sykepleier å ha større variasjon (30 prosent svarer helt uenig eller delvis uenig, mens 34 prosent svarer helt enig eller delvis enig). Det samme gjelder hvorvidt det er enklere å ta opp ting med sykepleier enn med fastlege (30 prosent svarer helt uenig eller delvis uenig, mens 28 prosent svarer helt enig eller delvis enig).

Blant pasientene som har hatt minst fire sykepleierkonsultasjoner¹¹, svarer 78 prosent av pasientene at de er helt uenige i at de ikke ønsker oppfølging fra sykepleier, som indikerer at de ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier (Se vedlegg D, Figur D-2). Flertallet av disse pasientene er delvis eller helt enig i at sykepleier har bedre tid enn fastlegen (68 prosent), sammenlignet med alle respondentene hvor litt over halvparten er delvis eller helt enig i dette (59 prosent). Nesten halvparten av pasientene med minst fire sykepleierkonsultasjoner er delvis eller helt enig i at sykepleier bidrar med nyttige råd som pasienten ikke ville fått fra fastlegen (49 prosent).

Figur 3-12 Ta stilling til følgende påstander. Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 273, 277, 275, 274, 276)

3.6 Oppsummering og konklusjon

De fleste respondentene er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og opplever at sykepleier og fastlege i stor eller svært stor grad har nok tid til dem. Flesteparten av pasientene er i stor eller svært stor grad fornøyd med tilgjengeligheten til fastlegen og sykepleier, og med den samlede oppfølgingen fra legekontoret. Undersøkelsen tyder på at pasientene som mottar helsehjelp fra sykepleier, er fornøyd med denne måten å bli fulgt opp på, og ønsker å motta denne typen oppfølging. Samtale og informasjon fra sykepleier trekkes frem som spesielt betydningsfullt for noen av pasientene. Alt i alt, og sammenlignet med perioden før PHT, opplever flertallet av pasientene større trygget for at de blir ivaretatt på en god måte, og at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse.

¹¹ Sum av antall sykepleierkonsultasjoner med og uten fastlege til stede tilsvarer minst 4 ganger (2-5 ganger og 2-5 ganger).

4. Finansieringsmodellene

I dette kapitlet sammenligner vi egenskaper ved legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen, med egenskaper ved legekantor som var valgt honorarmodellen. Det er en overvekt av kommunale legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og en overvekt av private legekantor som har valgt honorarmodellen. Det er vanligere blant legekantor med driftstilskuddsmodellen enn blant legekantor med honorarmodellen å oppleve større vekst i inntekter per listeinnbygger, sammenlignet med landets øvrige legekantor. Det er en tendens til større økning i konsultasjoner per listeinnbygger fra lege og sykepleier i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, men det er vanskelig å vite hvor mye av denne forskjellen som skyldes at det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det er også en tendens til større økning i noen anbefalte tjenester i legekantor med honorarmodellen enn i landets øvrige legekantor. I spørreundersøkelsen til ansatte på PHT-kantorene svarte en større andel av fastlegene fra legekantor med driftstilskuddsmodellen at finansieringsmodellen er godt tilpasset å drive teamarbeid sammenlignet med fastleger fra legekantor med honorarmodellen.

4.1 Legekantorene i forsøket med PHT

Kapittel 4 i Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV) (Abelsen, et al., 2022) gir en beskrivelse av legekantorene i forsøket med PHT. Det er til sammen 17 legekantor i ni ulike kommuner som prøver ut PHT. Kommuner og legekantor er ikke tilfeldig valgt - de har aktivt søkt om å delta i forsøket. Kommuner med et lite innbyggertall er underrepresentert i forsøket. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor og legekantor som hadde sykepleier(e) allerede før PHT-forsøket startet. Legekantorene skiller seg trolig også ut fra tilfeldig valgte legekantor på flere måter, i tillegg til at de har en særlig motivasjon og interesse for å prøve ut PHT.

Blant de 17 legekantorene i forsøket, er det 11 (65 prosent) som er privat eid og 6 (35 prosent) som er kommunalt eid. I honorarmodellen finansieres fastlegene som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet). Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og 5 som prøver ut driftstilskuddsmodellen.

Det er viktig å beskrive seleksjonen av legekantor inn i de to finansieringsmodellene av to grunner. Dersom det er systematiske forskjeller i karakteristika (for eksempel eierskap og antall fastleger) mellom legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og legekantor som har valgt honorarmodellen, kan vi stå i fare for å blande sammen disse forskjellene med ulikheter som følger fra valg av finansieringsmodell. For det andre vil beskrivelsen vise hvilke legekantor som vil tiltrekkes av de to finansieringsmodellene, dersom PHT skal innføres i større målestokk.

Legekantorene har selv valgt hvilken finansieringsmodell de prøver ut. De to finansieringsmodellene er regulert av en egen forskrift.¹² Ti av de elleve private legekantorene valgte honorarmodellen. Fire av de seks kommunale legekantorene valgte driftstilskuddsmodellen. Disse fire legekantorene har fastlønnede leger. Legene ved det ene kommunalt eide legekantoret med honorarmodellen, er ikke ansatt i kommunen selv om kommunen eier legekantoret. Her driver legene privat næringsdrift med utgangspunkt i en 8.2-avtale med kommunen. Øvrig personell ved legekantoret er ansatt i kommunen. Ved det andre kommunalt eide legekantoret som også har valgt honorarmodellen, har legene en lønnsavtale med fastlønn og bonus beregnet ut fra egen inntjening fra

¹² FOR-2020-10-28-2177 Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

takstrefusjoner og egenandeler fra listeinnbyggere. Disse avtalene ble gitt som begrunnelse for valget av honorarmodellen (Abelsen, et al., 2019a).

4.2 Økonomiske egenskaper ved finansieringsmodellene

Den sentrale forskjellen på de to finansieringsmodellene er at inntektene i honorarmodellen er mer aktivitetsbasert enn hva inntektene i driftstilskuddsmodellen er. I driftstilskuddsmodellen kommer størsteparten av inntektene fra driftstilskuddet som er tilnærmet uavhengig av legekantorenes aktivitet. Legekantoret må overføre halvparten av de aktivitetsavhengige egenandelene fra pasientene til staten. I honorarmodellen er praksisinntektene som fastlegene genererer, tilsvarende fordelt som for fastlegene utenom forsøket, som vil si at i overkant av 70 prosent av praksisinntekten er aktivitetsbasert.

Det er en stor internasjonal forskningslitteratur om egenskaper ved per capita avlønning og aktivitetsbasert avlønning i form av ytelsesavhengige takster. Kort oppsummert viser denne litteraturen at aktivitetsbasert avlønning stimulerer til et høyere aktivitetsnivå enn hva per capita avlønning gjør. Et eksempel er van Dijk et al. (2013), som undersøker effektene av overgang til et blandet per capita og aktivitetsbasert avlønningssystem for allmennleger (fastleger) i Nederland i 2006. For pasientene i sosialforsikringssystemet fikk legene tidligere ren per capita inntekt. Forfatterens hypotese er at disse pasientene vil oppleve flere legeinitierte kontakter etter introduksjon av aktivitetskomponenter i avlønningssystemet. Den empiriske undersøkelsen støtter denne hypotesen. Det blir flere legeinitierte ytelser spesielt i aldersgruppen 25 – 54 år.

Med utgangspunkt i litteraturen, er en nærliggende hypotese dermed at økning i aktivitetsnivået forventes å være større i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Seleksjonen inn i finansieringsmodellene gjør at denne hypotesen må modifiseres. Åtti prosent av legekantorene i driftstilskuddsmodellen er kommunale legekantor. I kapittel 4.3 skal vi se at det var større aktivitet i legekantorene med honorarmodellen enn hva det var i legekantorene som valgte driftstilskuddsmodellen allerede før forsøket startet. Det er derfor ikke åpenbart at denne forskjellen blir større etter forsøksstart enn hva den var før forsøksstart.

4.3 Seleksjonen inn i finansieringsmodellene

I dette underkapitlet skal vi gi en nærmere beskrivelse av egenskaper ved legekantor som valgte honorarmodellen og legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen. Vi vil også sammenligne med private og kommunale legekantor som ikke deltar i forsøket med PHT.

Tabell 4-1 viser kjennetegn ved legekantorene i 2017, avhengig av om de valgte driftstilskuddsmodellen eller honorarmodellen. Vi har også sammenlignet med private og kommunale legekantor som ikke deltar i forsøket. Kjennetegn som beskrives, er helsetjenester per listeinnbygger samt listesammensetning. Tabellen viser at gjennomsnittlige takstinntekter per listeinnbygger var 28 prosent større i 2017 for legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Denne forskjellen gjenspeiles i flere konsultasjoner per listeinnbygger ved legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Siden eldre listeinnbyggere bruker flere helsetjenester enn unge listeinnbyggere, kan forskjellen i takstinntekter også ha sammenheng med at legekantor med honorarmodellen i gjennomsnitt har fire prosentpoeng større andel av listeinnbyggerne eldre enn 60 år sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Det er også en tendens til at legekantor med honorarmodellen har en større andel pasienter diagnostisert med diabetes type 2 og psykisk sykdom sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen.

Tabell 4-1 Kjennetegn ved PHT-legekontorene før forsøket startet (2017). Se note for detaljert variabelforklaring

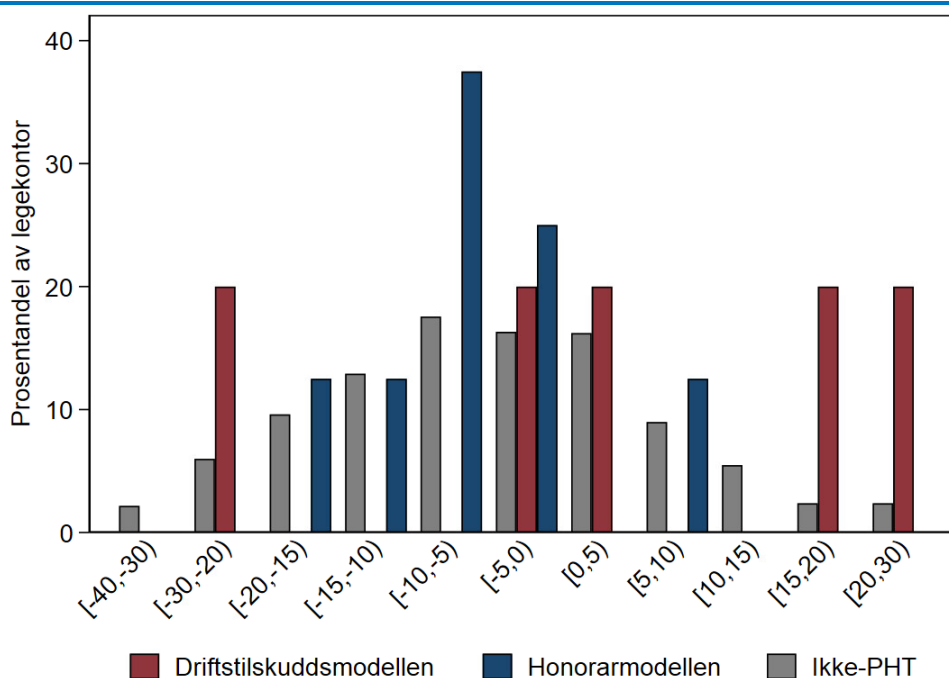
	Driftstilskuddsmodellen	Kommunal ikke-PHT	Honorarmodellen	Privat ikke-PHT
	Snitt [min-maks]	Snitt [min-maks]	Snitt [min-maks]	Snitt [min-maks]
Takstinntjening	1 106 [849-1295]	1 309 [195-2526]	1 418 [1024-1668]	1 358 [161-2939]
Konsultasjoner	2.2 [1.9-2.5]	2.6 [0.5-4.0]	2.8 [2.3-3.1]	2.8 [0.3-4.6]
Kontakter med tidstakst	0.9 [0.6-1.4]	0.9 [0.2-2.0]	0.9 [0.5-1.2]	0.9 [0.1-2.8]
Hjemmebesøk	0 [0-0]	0 [0-0.1]	0 [0-0.1]	0 [0-0.5]
Hjemmebesøk 70+	0.1 [0-0.1]	0.1 [0-0.9]	0.1 [0-0.4]	0.1 [0-2]
Legemiddelgjennomgang	0 [0-0]	0 [0-0.3]	0.1 [0-0.1]	0 [0-0.5]
Legemiddelgjennomgang 70+	0.1 [0.1-0.2]	0.1 [0-0.9]	0.2 [0-0.5]	0.2 [0-1.8]
Samarbeidsmøte om enkeltpasient	0.1 [0-0.1]	0.1 [0-0.3]	0.1 [0-0.1]	0.1 [0-0.5]
Kvinner (%)	49 [45-52]	49 [37-61]	49 [44-53]	49 [27-82]
Aldersgrupper (år) (%)				
0-30	39 [33-46]	36 [23-78]	38 [32-45]	37 [12-81]
31-60	43 [38-49]	38 [19-57]	40 [38-44]	40 [17-63]
61-70	9 [3-14]	12 [1-23]	11 [7-15]	11 [1-33]
71-80	6 [2-9]	9 [1-15]	7 [4-8]	8 [0-19]
81+	3 [1-6]	6 [0-12]	4 [1-6]	4 [0-18]
Antall listeinnbyggere	3700 [3143-4279]	2957 [346-14904]	7389 [2857-13499]	3702 [360-16338]
Målgrupper (%)				
Personer med diabetes type 2	2 [1-3]	3 [0-6]	3 [1-5]	2 [0-14]
Personer med kols	1 [0-1]	1 [0-2]	1 [0-1]	1 [0-10]
Personer med psykisk sykdom	4 [3-6]	4 [2-9]	5 [3-7]	5 [0-14]
Personer med ruslidelse	1 [0-2]	1 [0-2]	1 [0-1]	1 [0-4]
Psykisk utviklingshemming	0 [0-0]	0 [0-1]	0 [0-0]	0 [0-1]
Skrøpelig eldre og multisyke	2 [1-3]	2 [0-6]	2 [1-3]	2 [0-7]
N	5	124	8	1 265

Note: Gruppene "Driftstilskuddsmodellen" og "Honorarmodellen" består av legekantor som har deltatt i forsøket med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen siden 2018. Gruppen "Kommunal ikke-PHT" består av legekantor utenfor forsøket med minst 1 fastlege med fast lønn. Gruppen "Privat ikke-PHT" består av legekantor utenfor forsøket uten fastlege med fast lønn. Tall for 2017. Takstinntjening er egenandeler og refusjoner fra listeinnbyggere i kroner per listeinnbygger. Konsultasjoner er antall regninger med takst 2ad, 2ae eller 2æk per listeinnbygger. Kontakter med tidstakst er antall regninger med takst 2cd, 2cdd eller 2ck per listeinnbygger. Hjemmebesøk er antall regninger med 11ad per listeinnbygger. Hjemmebesøk 70+ er antall regninger med takst 11ad per listeinnbygger som er 70 år eller eldre. Legemiddelgjennomgang er antall regninger med takst 2ld per listeinnbygger. Legemiddelgjennomgang 70+ er antall regninger med takst 2ld per listeinnbygger som er 70 år eller eldre. Personer med diabetes type 2 er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. personer med psykisk utviklingshemming er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er andelen av listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. Kilder: KUHR, KPR og SSB.

I 2017 var det variasjon i konsultasjoner og takstinntekter blant legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen og blant legekantor som valgte honorarmodellen. Sju av åtte legekantor med honorarmodellen hadde større takstinntekter per listeinnbygger i 2017, sammenlignet med det legekantoret med driftstilskuddsmodellen som hadde størst takstinntekter per listeinnbygger. Siden fire av fem legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekantor, trekker denne beskrivelsen i retning av at driftstilskuddsmodellen har blitt ansett som attraktiv for kommunale legekantor med relativt moderate takstinntekter i utgangspunktet (se Vedlegg E, Tabell E-1).

Siden inntektene i honorarmodellen i større grad er aktivitetsbasert enn inntektene i driftstilskuddsmodellen, antyder Tabell 4-1 at legekantorene har valgt den finansieringsmodellen som gir størst inntekt for legekantoret. Figur 4-1 viser kontrafaktisk inntekt for PHT-legekantorene hvis de hadde hatt driftstilskuddsmodellen i perioden 2015–2017. Figuren antar implisitt at skifte av finansieringsmodell ikke påvirker den takstbare aktiviteten. For hvert legekantor sammenligner vi faktisk inntjening i perioden 2015-2017 med et estimat på hva inntjeningen ville vært dersom legekantorene i stedet hadde driftstilskuddsmodellen i samme periode. Vi grupperer så legekantorene ut fra hvor mye de ville tjent eller tapt på å være finansiert med driftstilskuddsmodellen, og presenter fordelingen i Figur 4-1. For legekantor med honorarmodellen ligger tyngdepunktet til venstre for null, noe som tilsier at flertallet av legekantor ville tapt med driftstilskuddsmodellen. For legekantor med driftstilskuddsmodellen, ligger tyngdepunktet til høyre for null, noe som tilsier at de ville tjene på driftstilskuddsmodellen.

Figur 4-1 Fordeling av endring i inntjening hvis legekantoret hadde driftstilskuddsmodellen i perioden 2015-2017. Legekantor med driftstilskuddsmodellen, honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket.



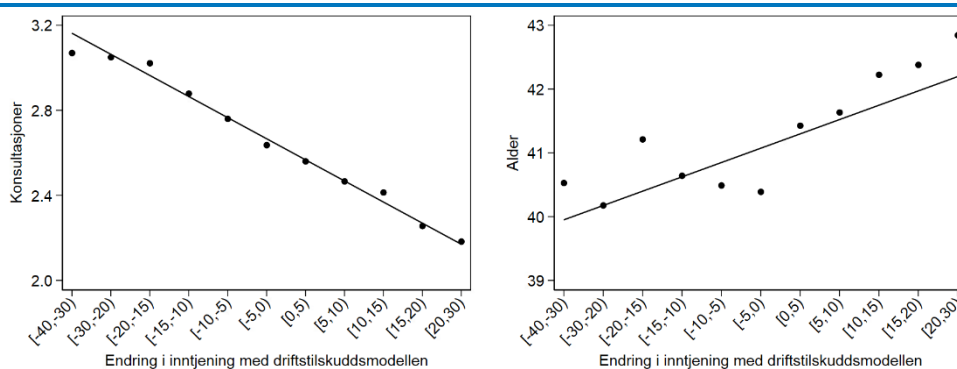
Note: For hvert legekantor beregner vi endring i inntjening hvis legekantoret hadde driftstilskuddsmodellen i perioden 2015-2017. Figuren viser fordelingen av endring i inntjening for legekantor med driftstilskuddsmodellen, honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket. Faktisk inntjening er takstinntjeningen fra listeinnbyggere (fratrasket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster) og takster for forbruksmaterieill), og basistilskuddet til fastlegene. Kontrafaktisk inntjening med driftstilskuddsmodellen er halvparten av egenandelene fra listeinnbyggere og vår beregning av driftstilskuddet. Driftstilskuddet utmåles ut fra 9 komponenter: 1) listeinnbyggernes alder og kjønn, 2) levekår i kommunen, 3) reiseavstand i kommunen, 4) dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste, 5) spesialisering fastlege, 6) spesialisering sykepleier, 7) andel med behandlingsplan, 8) andel med legemiddelgjennomgang, og 9) andel med mulighet for digital timebestilling. Vår beregning av driftstilskuddet inkluderer komponentene 1-5. Slik komponentene vektet, skal disse utgjøre 96.05% av driftstilskuddet. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

Variasjonen som beskrives i Figur 4-1, har sin bakgrunn i variasjon i takstbar aktivitet og listesammensetning. Denne variasjonen utdypes i Figur 4-2. Figur 4-2 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner og listeinnbyggernes snittalder fordelt på legekantor gruppert ut fra hvor mye legekantorene ville tjent eller tapt på å være finansiert med driftstilskuddsmodellen i perioden 2015-2017. Vi ser at flere konsultasjoner per listeinnbygger gir prosentvis større tap med driftstilskuddsmodellen (på legekantor som våre estimater antyder at ville redusert sin inntjening med 30 til 40 prosent ved overgang til driftstilskuddsmodellen, gjør de i snitt rundt 3 konsultasjoner per listeinnbygger. På legekantor som våre estimater antyder at ville økt sin inntjening med 20 til 30 prosent ved overgang til driftstilskuddsmodellen, gjør de i snitt rundt 2,2 konsultasjoner per listeinnbygger), mens eldre listeinnbyggere gir prosentvis større gevinst. Oppsummert kan vi si at legekantor med mange konsultasjoner per listeinnbygger har store inntekter per listeinnbygger i utgangspunktet. Siden driftstilskuddet er uavhengig av antallet konsultasjoner, vil disse legekantorene tape relativt mer på overgang til driftstilskuddsmodellen enn hva legekantor med få konsultasjoner per listeinnbygger vil gjøre. At alder bidrar til inntektsøkning, gjenspeiler at eldre listeinnbyggere har større vekt enn yngre i driftstilskuddet.

At eldre listeinnbyggere har stor vekt i beregning av driftstilskuddet, er til ulempe for legekantor med driftstilskuddsmodellen og samtidig relativt mange unge listeinnbyggere med stort behov for tjenester. Legekantoret med driftstilskuddsmodellen lengst til venstre i Figur 4-1, er et slikt legekantor.

Da forsøket ble utvidet med fire nye legekantor i 2020, var ønsket fra Helsedirektoratet at de nye legekantorene skulle prøve ut driftstilskuddsmodellen. Samtidig tyder våre beregninger på at tre av de fire legekantorene ville tapt på en overgang til driftstilskuddsmodellen. All de fire legekantorene valgte honorarmodellen. I intervjuer med evaluator, uttrykte PHT-lederne skepsis overfor driftstilskuddsmodellen på grunn av få oppmuntringer til aktivitet, potensiell intern konflikt knyttet til fordeling av driftstilskuddet på grunn av variasjon i listesammensetning blant fastlegene på legekantoret, risiko forbundet med ukjent modell samt mulig inntektsnedgang for legekantoret.

Figur 4-2 Sammenheng mellom 1) prosentvis endring i inntjening med driftstilskuddsmodellen og antall konsultasjoner 2) prosentvis endring i inntjening med driftstilskuddsmodellen og listeinnbyggernes snittalder.



Note: Figuren viser antall konsultasjoner per listeinnbygger og listeinnbyggernes snittalder fordelt på endring i inntjening hvis legekantorene hadde driftstilskuddsmodellen i perioden 2015-2017. Konsultasjoner er antall regninger med takst 2ad, 2ae eller 2æk per listeinnbygger i 2017. Alder er listeinnbyggernes snittalder i 2017. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

4.4 Intern organisasjon og økonomi i legekantorene

Evaluator gjorde høsten 2022, med hjelp fra Helsedirektoratet, en registrering av intern økonomi og organisasjon ved PHT-legekantorene. Registreringen ble gjort ved hjelp av skjema utsendt på e-post. Alle legekantorene svarte. Vi er særlig interessert i hvordan fastlegenes fellesutgifter, samt sykepleiers takstinntekter og kostnad blir fordelt mellom fastlegene. Ved alle de seks kommunale legekantorene er sykepleier kommunalt ansatt. Sykepleiers takstinntekter og faste tilskudd tilfaller kommunen. Ved fire av de seks kommunale legekantorene er også legene kommunalt ansatt med fast lønn. Disse fire legekantorene praktiserer driftstilskuddsmodellen. Det femte kommunale legekantoret praktiserer honorarmodellen med næringsdrivende fastleger med 8.2-avtale. Det sjettede kommunale legekantoret praktiserer honorarmodellen med kommunalt ansatte fastleger med fast lønn og bonus-avtale. Det er ti private legekantor som praktiserer honorarmodellen. Tabell 4-2 beskriver reglene for fordeling av fellesutgiftene mellom fastlegene ved disse ti legekantorene.

Tabell 4-2 Intern fordeling av fellesutgifter og eventuelle netto kostnader til sykepleier ved de ti private legekantorene som praktiserer honorarmodellen.

	Deles likt mellom legene	Delvis etter listestørrelse	Delvis fast beløp, delvis etter andel av samlet omsetning	Delvis fast beløp, delvis beløp avhengig av listestørrelse, delvis etter inntjening	Delvis fast beløp, delvis beløp avhengig av listestørrelse, dager i praksis og spesialist	Ekstra kostnad ikke aktuelt
Fordeling av fastlegenes fellesutgifter	6	1	1	1	1	
Fordeling av evt. netto kostnad til sykepleier	5		1	1	1	2

Tabell 4-2 viser at lik fordeling mellom fastlegene har størst oppslutning både når det gjelder fastlegenes fellesutgifter og eventuell netto kostnad til sykepleier. Det er også ulike kombinasjonsordninger. Ved to av legekantorene har fastlegene satt som betingelse at de ikke skal påføres ekstra kostnad til sykepleier.

I forsøket med PHT er det et mål om at halvparten av sykepleierkostnaden i honorarmodellen skal finansieres ved hjelp av sykepleierens takstinntekter. Dette oppnås i varierende grad. I de kommunale legekantorene er det liten oppmuntring til takstbruk, siden kommunen er ansvarlig for sykepleierkostnaden. I de private legekantorene der eventuell netto sykepleierkostnad deles likt mellom legene uavhengig av sykepleierinntjening blant fastlegens listeinnbyggere, forutsetter takstbruk blant sykepleierne kollektiv bevissthet på legekantoret. Grunnen til dette er at hver fastlege bare svarer for en andel av kostnadene ved liten takstbruk blant sykepleierne.

For at den økonomiske risikoen ikke skal bli for stor, tilbys legekantorene i forsøket med PHT en inntektsgaranti. Inntektsgarantien innebærer at legekantorene får delvis kompensert for sviktende inntjening av sykepleierkostnaden. I 2019 fikk seks legekantor tilført midler, i 2020 fikk åtte legekantor tilført midler, og i 2021 fikk tolv legekantor tilført midler. Samtidig som inntektsgarantien reduserer den økonomiske risikoen ved å delta i forsøket, reduserer den også oppmuntringen til å sørge for tilstrekkelig takstbruk blant sykepleierne. 2020 og 2021 er spesielle år på grunn av pandemien.

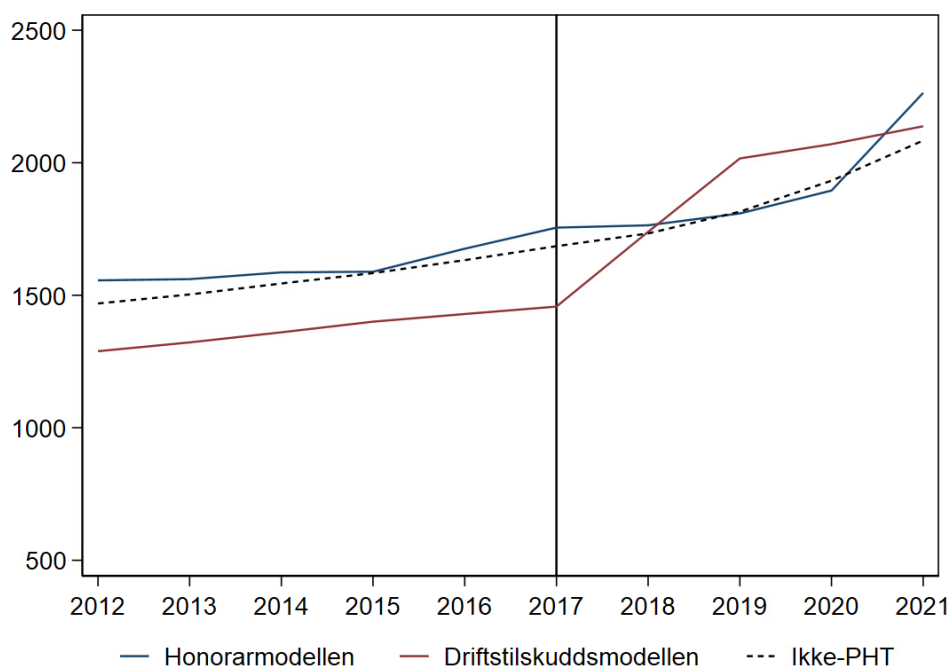
4.5 Inntektsutvikling blant legekantor i honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen

Vi sammenligner inntektsutviklingen i perioden 2012-2021 på PHT-legekantor med legekantor utenfor forsøket. Legekantorenes inntjening før forsøket startet, beregnes som takstinntjeningen fra listeinnbyggerne og basistilskuddet til fastlegene. Etter forsøket startet, beregnes inntjeningen til legekantorene utenfor forsøket som før forsøket startet, mens vi for PHT-legekantorene har tall fra Helsedirektoratet. Spesielt inkluderer tall fra Helsedirektoratet for inntjening og kostnader forbundet med sykepleierressurs, samt inntektsgarantiutbetalinger.

Inntektsutviklingen er framstilt i Figur 4-3. Vi ser at særlig for legekantor med driftstilskuddsmodellen har det vært en betydelig inntektsøkning. Vi har også beregnet inntektsutviklingen med fastlegetilskuddet¹³ som PHT-legekantorene har mottatt for å delta i forsøket. Inntektsutviklingen etter at PHT startet, blir da mer positiv. Fastlegetilskuddet er ikke inkludert i Figur 4-3.

¹³ 136 000 (2021-tall) kroner per hele fastlegestilling per år

Figur 4-3 Utvikling i årlig inntjening per listeinnbygger etter finansieringsmodell.



Note: Figuren viser inntjening per listeinnbygger per år etter finansieringsmodell. Før forsøket startet beregner vi legekontoets inntjening som takstinntjeningen fra listeinnbyggere (fratrasket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster), takster for forbruksmateriell og takster for kontakter med turnusleger), og basistilskuddet til fastlegene (fratrasket knekkpunktstillegget). Etter forsøket startet, beregnes inntjeningen til legekontoene utenfor forsøket som før forsøket startet, mens vi for PHT-legekontoene har tall fra Helsedirektoratet. Spesielt inkluderer tall fra Helsedirektoratet for inntjening og kostnader forbundet med sykepleierressurs, samt inntektsgarantiutbetalinger. Fastlegetilskuddet som PHT-legekontoene har mottatt for å delta i forsøket, er ikke inkludert. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

Tabell 4-3 sammenligner utviklingen i inntjening per listeinnbygger på hvert PHT-legekantor med legekantor utenfor forsøket. Med unntak av ett legekantor har det vært en betydelig inntektsøkning for legekantor med driftstilskuddsmodellen sammenlignet med legekantor utenfor forsøket fra perioden 2014-2017 til perioden 2018-2021. For legekantor med honorarmodellen varierer det mer, men det har vært en negativ utvikling for fem av åtte legekantor.

Tabell 4-3 Utvikling i forskjeller i inntjening per listeinnbygger mellom PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket

	Inngangsverdi	FiF	Prosentvis endring
B	1042	614	59
N	1499	227	15
F	1493	210	14
Q	1623	-5	-0
A	1402	451	32
P	1662	6	0
G	1754	380	22
M	1821	-28	-2
H	1730	164	10
E	1264	-126	-10
D	1661	-51	-3
C	1628	-149	-9
J	1612	-184	-11

Note: FiF = (forskjell i inntjening per listeinnbygger på PHT-legekantoret i perioden 2014-2017 og 2018-2021) - (forskjell i inntjening per listeinnbygger på legekantor utenfor forsøket i perioden 2014-2017 og 2018-2021). Før forsøket startet beregner vi legekantorets inntjening som takstinntjeningen fra listeinnbyggere (fratrukket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster), takster for forbruksmateriell og takster for kontakter med turnusleger), og basisstilskuddet til fastlegene (fratrukket knekkpunktstillegget). Etter forsøket startet, beregnes inntjeningen til legekantorene utenfor forsøket som før forsøket startet, mens vi for PHT-legekantorene har tall fra Helsedirektoratet. Spesielt inkluderer tall fra Helsedirektoratet inntjening og kostnader forbundet med sykepleierressurs, samt inntektsgarantiutbetalinger. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

4.6 Har honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen ulike egenskaper når det gjelder å nå målene med forsøket?

Delkapittel 4.3. "Arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste" i Helsedirektoratets rapport, "Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering" (Helsedirektoratet, 2017) trekker frem ulike arbeidsformer og metoder som er aktuelle for PHT i møte med pasienten. Noen av disse metodene er takstgenererende: telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient, nødvendig samtale med pårørende, hjemmebesøk, flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient og utfylling av Noklus-diabetesskjema. For å undersøke om honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen har ulike egenskaper når det gjelder å nå målene med forsøket, vil vi derfor sammenligne omfanget av anbefalte arbeidsformer og metoder mellom legekantor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Utover arbeidsformene og metodene som er trukket frem av Helsedirektoratet, er tradisjonelle konsultasjoner fortsatt det viktigste verktøyet teamene har i møte med pasientene. Å gi målgruppene mer oppmerksomhet krever mer kontakt og flere konsultasjoner. Vi vil derfor også sammenligne honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen på bruk av konsultasjoner. Til sist sammenligner vi modellene med hensyn til listeinnbyggernes bruk av legevakt, poliklinikk og sykehusinnleggelse. De fleste arbeidsformene og metodene som er trukket frem av Helsedirektoratet, genererer ikke egne takster i driftstilskuddsmodellen¹⁴. Vi har valgt å sammenligne omfanget av disse metodene mellom legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket.

Vi er interessert i å undersøke om anbefalte tjenester ytes i større grad i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Vi undersøker først om sjansen for å motta minst en slik tjeneste for en pasient er større i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen (ekstensiv margin). Deretter undersøker vi om en pasient mottar flere anbefalte tjenester i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, gitt at pasienten mottar minst en tjeneste (intensiv margin). Vi undersøker begge problemstillingene ved å se om forskjellene mellom legekantor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen er forskjellige etter at forsøket startet sammenlignet med før forsøket

¹⁴ Evaluatør foreslo overfor Helse- og omsorgsdepartementet å registrere såkalte null-takster i driftstilskuddsmodellen. Departementet takket nei til forslaget.

startet^{15,16}. Første linje i Tabell 4-4 viser resultatene av den første typen undersøkelse for alle listeinnbyggere. Det er ingen statistisk signifikante effekter av finansieringsmodell når vi ser på listeinnbyggerne samlet. Vi finner at pasienter med psykisk sykdom har to prosentpoeng større sjanse for minst en konsultasjon med lege i honorarmodellen sammenlignet med driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet. For pasienter med rusdiagnose er forskjellen seks prosentpoeng for konsultasjon med lege, og seks prosentpoeng for konsultasjon med lege eller sykepleier.

Tabell 4-4 Prosentvis endring i sannsynlighet for å motta minst en tjeneste per år i honorarmodellen i forhold til i driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet (ekstensiv margin).

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleier- konsultasjon	Hjemme- besøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	2	2	0	2	-0	0	1	736 601
Personer med diabetes type 2	4	2	0	-1	-1	-0	1	18 143
Personer med kols	4	4	3	5	-1	-2	6	4 705
Personer med psykisk sykdom	2*	2	1	1	-0	1	0	34 050
Personer med ruslidelse	6**	6*	1	-5	4	-1	-2	4 046
Psykisk utviklings- hemmede	4	4	5	-6	-0	-3	-8	1 272
Skrøpelig eldre og multisyke	2	1	1	6	1	3	-1	17 435

Note: Hver celle viser et estimat på prosentvis endring i sannsynlighet for å motta tjenesten for listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen sammenlignet med listeinnbyggere på legekantor med driftstilskuddsmodellen, etter forsøket startet. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, S3, S3a, S3b, 086a eller 086d. Legevakt er regninger med takst 1ad, 1ak, 1bd, 1bk, 1g, 2ad, 2ae, 2ak, 2aek, 2fk, 11ad eller 11ak. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 4-5 viser at listeinnbyggere med minst en legekonsultasjon med legekantor med honorarmodellen, får ni prosentpoeng flere legekonsultasjoner enn listeinnbyggere med legekantor med driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet sammenlignet med før forsøket startet. De får ti prosentpoeng flere konsultasjoner med lege eller sykepleier. Dette overvurderer trolig den reelle forskjellen noe siden det er flere konsultasjonstakster for sykepleiere i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Vi finner også en reduksjon i antallet ikke-planlagte innleggelse. Vi finner en reduksjon i planlagt poliklinikk, og en økning i ikke-planlagte innleggelse for personer med psykisk utviklingshemming i legekantor med honorarmodellen i forhold de som er i legekantor med driftstilskuddsmodellen. Vi finner også en reduksjon i antallet innleggelse for skrøpelige eldre og multisyke som allerede har vært innlagt minst en gang.

Det er ikke så lett å gi en helhetlig tolkning av resultatene i Tabell 4-4 og Tabell 4-5. Det er en klar tendens til en større økning i legekonsultasjoner og sykepleierkonsultasjoner til pasienter med fastlege i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det er også en tendens til en reduksjon i antallet ikke-planlagte innleggelse av pasienter med fastlege i honorarmodellen i forhold til driftstilskuddsmodellen. For pasienter med ruslidelse, er det en større økning i antallet som blir registrert med minst en konsultasjon ved legekantor med honorarmodellen, enn i legekantor med driftstilskuddsmodellen. Sammenligning av oppfølgingen i form av flere konsultasjoner går motsatt vei. Resultatene for personer med psykisk utviklingshemming er tallmessig store (intensiv margin) og vanskelige å tolke.

¹⁵ Se kapittel 2.1 for nærmere beskrivelse av metoden.

¹⁶ I kapittel 7, Tabell 7-5 og Tabell 7-6 undersøker vi forskjellene mellom PHT-kantor og kontor utenfor forsøket.

Tabell 4-5 Prosentvis endring i antall tjenester per år etter at forsøket startet for pasienter som mottar minst en tjeneste (intensiv margin) i honorarmodellen i forhold til i driftstilskuddsmodellen.

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleier- konsultasjon	Hjemme- besøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	9*	10*	-24	-2	-1	-6**	-1	736 601
Personer med diabetes type 2	7	4	-33	8	-16***	4	5	18 143
Personer med kols	9	11*	-26	46	12	-1	-20	4 705
Personer med psykisk sykdom	11*	12*	-43	-16	-1	-9	-11	34 050
Personer med ruslidelse	-20*	-21*	1	9	-5	-7	-19	4 046
Personer med psykisk utviklings- hemming	-36	-38	-18	-20	-30*	48***	230*	1 272
Skrøpelig eldre og multisyke	8	7	-21	-6	-4	-17*	-3	17 435

Note: Hver celle viser et estimat på prosentvis endring i antall tjenester for listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen med minst 1 slik tjeneste sammenlignet med listeinnbyggere på legekantor med driftstilskuddsmodellen med minst 1 slik tjeneste, etter forsøket startet. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, S3, S3a, S3b, 086a eller 086d. Legevakt er regninger med takst 1ad, 1ak, 1bd, 1bk, 1g, 2ad, 2ae, 2ak, 2æk, 2fk, 11ad eller 11ak. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Det er færre takster i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen. Det medfører at det er flere av de anbefalte arbeidsformene vi ikke kan undersøke med data fra driftstilskuddsmodellen. Disse tjenestene undersøker vi for legekantor med honorarmodellen sammenlignet med legekantor som ikke deltar i PHT. Tabell 4-6 viser forskjell i sannsynlighet (i prosentpoeng) for å motta anbefalte arbeidsformer i honorarmodellen i forhold til kontroll etter at forsøket startet sammenlignet med før forsøket. Resultatene viser en økning i bruk av årskontroll med Noklus diabetesskjema og samtidig i samtale og flerfaglig samarbeidsmøte for noen pasientgrupper. Dette har trolig både sammenheng med at legekantor med PHT har flere ressurser til disposisjon og at teamarbeidet medfører hensiktsmessig arbeidsdeling i gjennomføring av årskontroll. Tilsvarende tabell for intensiv margin, endring i antall tjenester per år gitt at man allerede mottar minst en enhet av den aktuelle tjenesten, er i Vedlegg E, Tabell E-8.

Tabell 4-6 Prosentvis endring i sannsynlighet for å motta minst en tjeneste per år i honorarmodellen i forhold til kontrollkontor etter at forsøket startet (ekstensiv margin).

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter	Noklus-diabetesskjema	N
Alle	0	-0	0		50 596 123
Personer med diabetes type 2	2	-1	1	13***	1 219 884
Personer med kols	3	-2	2		386 412
Personer med psykisk sykdom	1	-2	1***		2 518 887
Personer med ruslidelse	6	-3	6*		283 855
Personer med psykisk utviklingshemming	4	6	5		85 019
Skrøpelig eldre og multisyke	5*	-0	2*		1 093 040

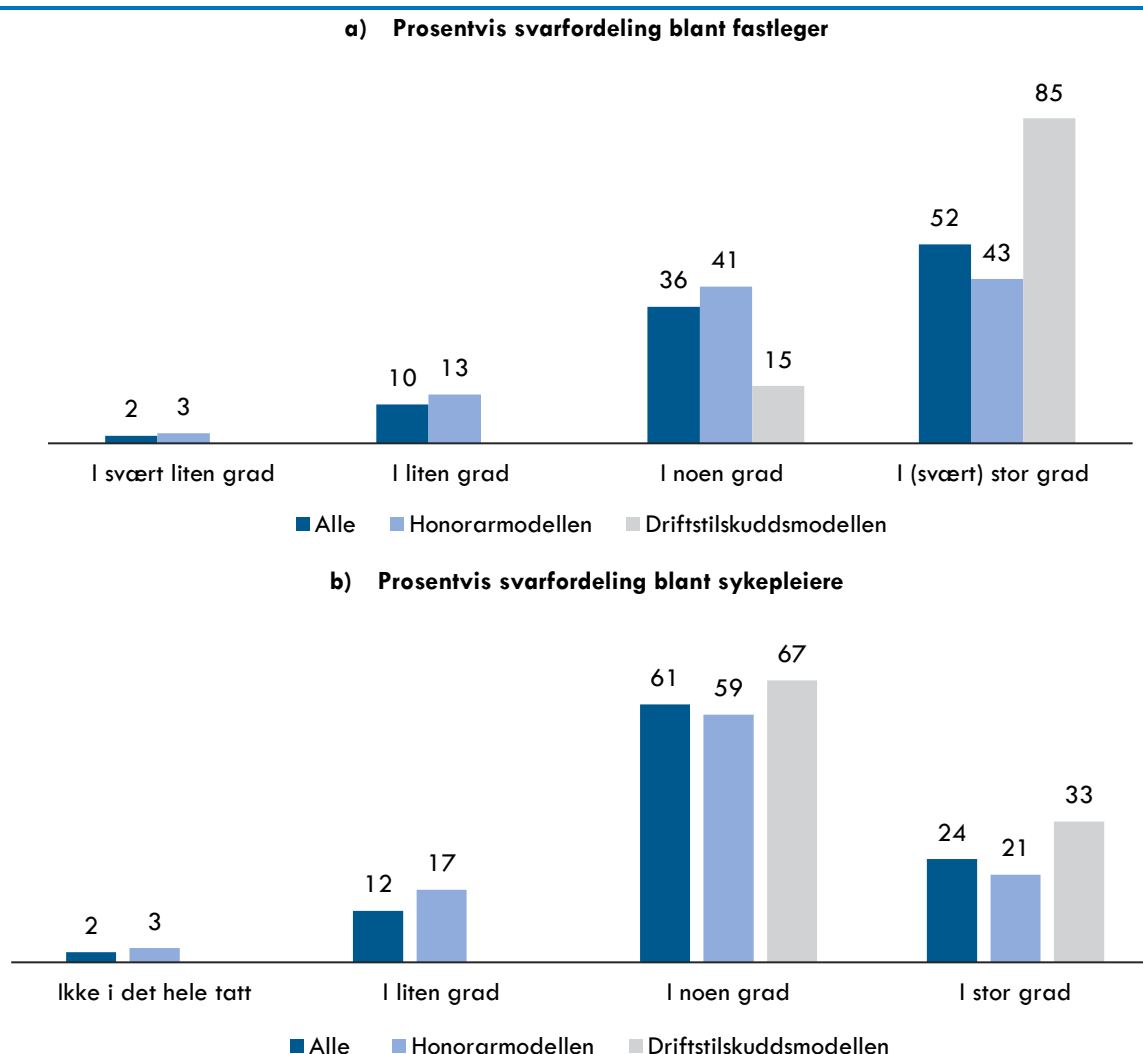
Note: Hver celle viser et estimat på prosentvis endring i sannsynlighet for å motta tjenesten for listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen sammenlignet med listeinnbyggere på legekantor utenfor forsøket, etter forsøket startet. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus-diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

4.7 Oppfatninger om finansieringsmåte

Over halvparten av alle fastleger (52 prosent) svarte at finansieringsmodellen legekantoret prøver ut, i (svært) stor grad er godt tilpasset å drive teamarbeid, mens 12 prosent svarer at finansieringsmodellen i (svært) liten grad er godt tilpasset å drive teamarbeid (Figur 4-4, panel a). Det er henholdsvis 85 prosent av fastlegene ved legekantor med driftstilskuddsmodellen som svarer at finansieringsmodellen er godt tilpasset å drive teamarbeid, sammenliknet med 43 prosent ved legekantor med honorarmodellen. Blant sykepleierne svarer en mindre andel, 24 prosent, at modellen i stor grad er tilpasset å drive teamarbeid (Figur 4-4, panel b). Samtidig opplever 32 prosent av fastleger med honorarmodellen og 65 prosent av fastleger med driftstilskuddsmodellen at de jobber på en annen måte enn dersom legekantoret hadde prøvd ut den andre finansieringsmodellen i PHT-forsøket. Legekantorene med driftstilskuddsmodellen hadde tidligere en mer takstbasert finansieringsordning og har dermed et sammenligningsgrunnlag. For legekantor med honorarmodellen må svaret tolkes mer i retning av hvordan de forestiller seg at de ville arbeidet med driftstilskuddsmodellen.

I fritekstsvar utdyper fastleger at driftstilskuddsmodellen gir inntektsstabilitet, slik at de slipper å hensynta takster når de prioriterer arbeidsoppgaver. Fastleger i driftstilskuddsmodellen trekker frem at de kan sette av mer tid for samarbeid med sykepleier uten at de taper på det økonomisk. Sykepleiere trekker frem i fritekstsvar at det er noen takster som mangler, og at det kan være utfordrende for andre på kontoret å forstå takstsystemet. Takstene oppleves også for flere sykepleiere som noe lave i forhold til jobben som gjøres og antall pasienter en sykepleier kan håndtere hver dag. Andre trekker frem at sykepleiere utfører enkelte oppgaver som ikke utløser takst, for eksempel samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Figur 4-4 I hvilken grad opplever du at finansieringsmodellen ditt legekantor prøver ut er godt tilpasset å drive samarbeid? Prosentvis svarfordeling blant a) fastleger og b) sykepleiere.



Kilde: Spørreundersøkelser til a) fastleger (N = 98, honorarmodellen=78, driftstilskuddsmodellen=20), og b) sykepleiere (N = 41, honorarmodellen=29, driftstilskuddsmodellen=12) ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Note: Svorskalaen for fastleger inneholdt kategoriene; i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad. Svorskalaen til sykepleiere inneholdt kategoriene; ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad og i stor grad.

4.8 Oppsummering og konklusjon

Vi har undersøkt forskjeller mellom legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og legekantor som har valgt honorarmodellen. Det er en overvekt av kommunale legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen og en overvekt av private legekantor som har valgt honorarmodellen. De fleste legekantor valgte den finansieringsmodellen som var økonomisk gunstigst for dem. Fire av fem legekantor med driftstilskuddsmodellen har bedre inntektsutvikling per listeinnbygger enn landets øvrige legekantor. Det samme gjelder for tre av åtte legekantor med honorarmodellen. Vi undersøkte også om det er forskjeller mellom finansieringsmodellene når det gjelder å nå målene med forsøket. Vi skilte mellom helsetjenester fra legekantoret og helsetjenester utenfor legekantorets direkte kontroll. Vi skilte også mellom forskjeller i sannsynligheten for å motta minst en slik tjeneste og antallet slike tjenester gitt at man har mottatt minst en tjeneste. Vi undersøkte forskjell mellom legekantor med driftstilskuddsmodellen og legekantor med honorarmodellen etter at forsøket startet sammenlignet med forskjellen før forsøket startet. Det er vanskelig å se noen systematikk i resultatene. Det er en tendens til større økning av konsultasjoner per listeinnbygger fra lege og sykepleier i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, men det er vanskelig å vite hvor mye av denne forskjellen som skyldes at det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det er også en tendens til at personer med psykisk sykdom får større oppmerksomhet i form av større økning i antall konsultasjoner i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen.

Legekantor med honorarmodellen viser større økning i tilbudet av konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til pasienter med diabetes type 2 sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. De har også en større økning i flerfaglige samarbeidsmøter til pasienter med psykisk sykdom, ruslidelse og skrøpelige eldre og multisyke. I spørreundersøkelsen til ansatte på PHT-kontorene var et av spørsmålene om finansieringsmodellen ditt legekantor prøver ut, er godt tilpasset å drive teamarbeid. Blant fastlegene fra legekantor med driftstilskuddsmodellen svarte nær en dobbelt så stor andel at finansieringsmodellen er godt tilpasset i (svært) stor grad, sammenlignet med fastleger fra legekantor som praktiserer honorarmodellen.

5. Teamarbeid belyst ved spørreundersøkelse

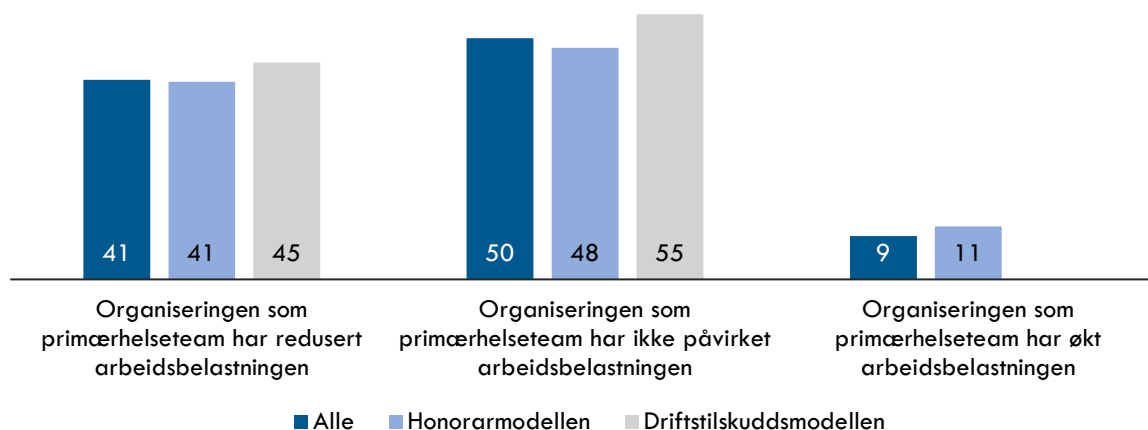
Årets spørreundersøkelse blant ansatte ved legekantor i forsøket tyder på at teamarbeidet i PHT stort sett fungerer godt. De ansatte på legekantorene opplever stor grad av enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet. Mange opplever også at de i arbeidet med PHT har funnet nye måter å løse utfordringer på. I fritekstsvar blir det blant annet beskrevet at PHT gir mulighet til å følge opp pasienter på flere måter, og sykepleieren kan bidra til at problemstillinger blir belyst fra flere ulike vinkler. De fleste fastlegene er litt eller helt enig i at organiseringen som PHT gjør at de kan delegerer både rutinepregede og tidkrevende oppgaver til sykepleier. Muligheten til å samarbeide med sykepleier gjør også at de tar tak i mer krevende oppgaver enn tidligere. Flere helsesekretærer opplever i begrenset grad å ha en rolle i PHT ved deres legekantor. Sykepleierne beskriver også i fritekstsvar at helsesekretærene stort sett har samme rolle som før, men flere understreker at helsesekretærenes rolle er viktig.

I dette kapitlet beskriver vi erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekantor som inngår i forsøket. Vi beskriver hvordan de opplever at arbeidsmengden har blitt påvirket av organiseringen som PHT, samt i hvilken grad legene opplever å ha tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og faglig oppdatering. Videre beskriver vi hvordan teamarbeidet foregår på legekantorene, samt hvilke erfaringer de ulike yrkesgruppene har med å samarbeide med hverandre. Vi beskriver også de ansattes synspunkter på å arbeide proaktivt. Avslutningsvis beskriver vi de ansattes synspunkter på mulige effekter av PHT for pasientene. Analysen er basert på spørreundersøkelse til ansatte ved legekantor i forsøk, både årets undersøkelse, samt analyser der vi har sammenlignet med funn fra spørreundersøkelsene i tidligere år. Detaljer om gjennomføring av undersøkelsen og analyse er beskrevet i kapittel 2.

5.1 Opplevd arbeidsmengde

Over halvparten av fastlegene (58 prosent) svarer at de har for stor arbeidsbelastning, og denne andelen var tilnærmet lik i 2021 (56 prosent). I 2022 var andelen som svarte dette, henholdsvis 56 prosent av fastleger med honorarmodellen og 65 prosent av fastleger med driftstilskuddsmodellen (Se Vedlegg F spørsmål 16). I en spørreundersøkelse rettet mot alle landets fastleger i forbindelse med evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten (Pedersen, et al., 2022) ble tilsvarende spørsmål stilt, hvorav en høyere andel av fastlegene, 80 prosent, svarte at de opplever for stor arbeidsbelastning. For halvparten av fastleger i pilotprosjektet har ikke PHT påvirket arbeidsomfanget, mens en mindre andel (9 prosent) svarte at det har økt arbeidsbelastningen og 41 prosent svarte at det har redusert arbeidsbelastningen (Figur 5-1). I 2021 var svarfordelingen tilsvarende, med omtrent like mange (8 prosent) som svarte at PHT har økt arbeidsbelastningen og en noe lavere andel (33 prosent) som svarte at det har økt arbeidsbelastningen.

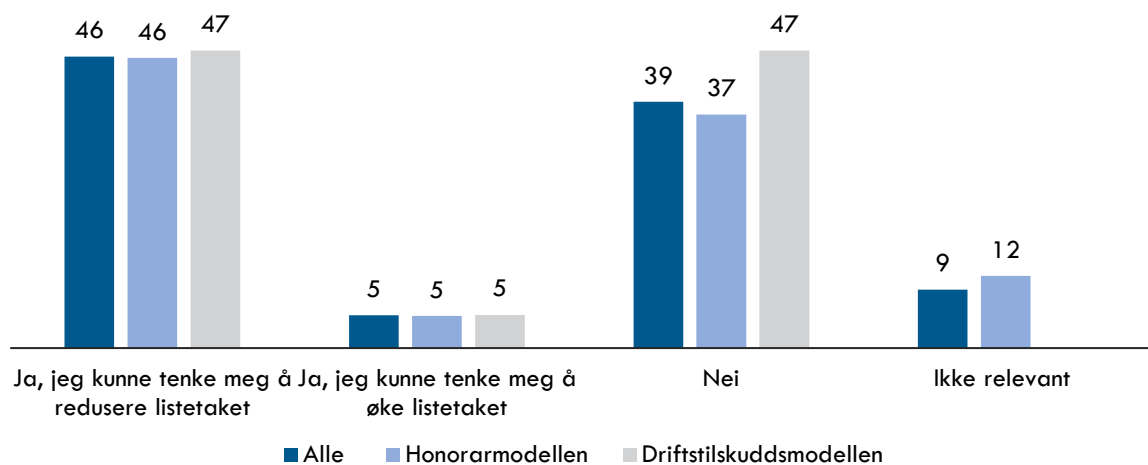
Figur 5-1 På hvilken måte har organiseringen som primærhelseteam påvirket arbeidsbelastningen din? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 99, honorarmodellen=79, driftstilskuddsmodellen=20).

Over halvparten av fastlegene (52 prosent) kunne tenke seg å endre listetaket sitt, hvorav de fleste ønsket å redusere listetaket (Figur 5-2). En betydelig andel (39 prosent) svarer at de ikke kunne tenke seg å endre listetaket, mens 9 prosent svarer at det ikke er relevant (Figur 5-2). For de fleste fastleger har ikke PHT påvirket ønsket om å endre/ikke endre listetaket (82 prosent svarte dette). Det var imidlertid en mindre andel (12 prosent) som svarte at PHT hadde påvirket ønsket om å endre/ikke endre listetaket.

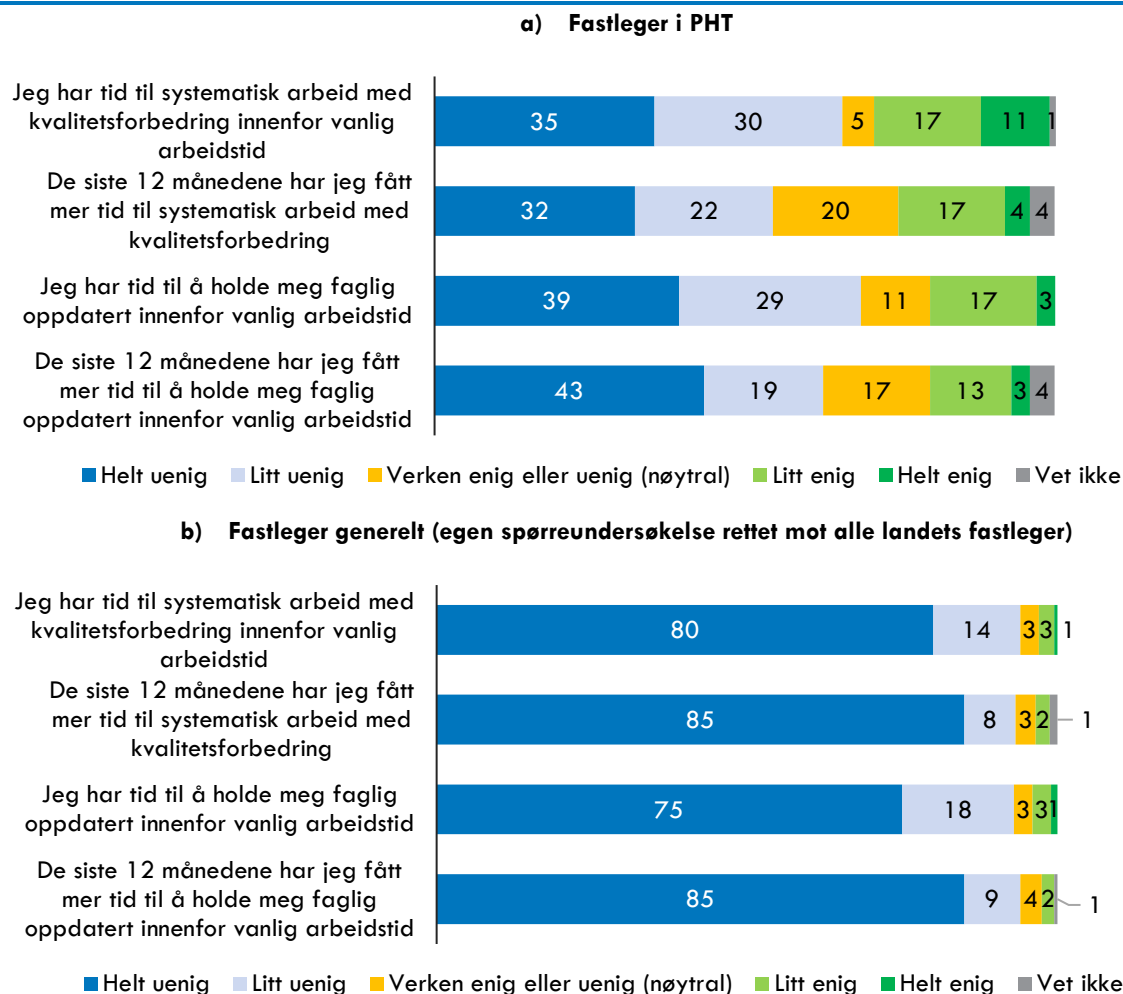
Figur 5-2 Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 97, honorarmodellen=78, driftstilskuddsmodellen=19).

Blant fastleger ved legekontor med PHT svarte 65 prosent at de er litt eller helt uenig i at de har tid til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid, og 68 prosent svarte at de er litt eller helt uenig i at de har tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid (Figur 5-3, panel a). En mindre andel fastleger har fått mer tid til kvalitetsforbedring (21 prosent) og å holde seg faglig oppdatert i vanlig arbeidstid (16 prosent) de siste 12 månedene. Fastleger i PHT skiller seg imidlertid fra fastleger generelt (spørreundersøkelse rettet mot alle landets fastleger i forbindelse med evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten (Pedersen, et al., 2022)). Fastleger i PHT opplever i større grad å ha tid til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid (Figur 5-3, panel a og b), samt å ha fått mer tid til disse aktivitetene de siste 12 månedene.

Figur 5-3 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: a) Spørreundersøkelser til fastleger (N = 54) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. b) Pedersen et al. 2022. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten: Statusrapport I.

5.2 Teamarbeid og effektivitet

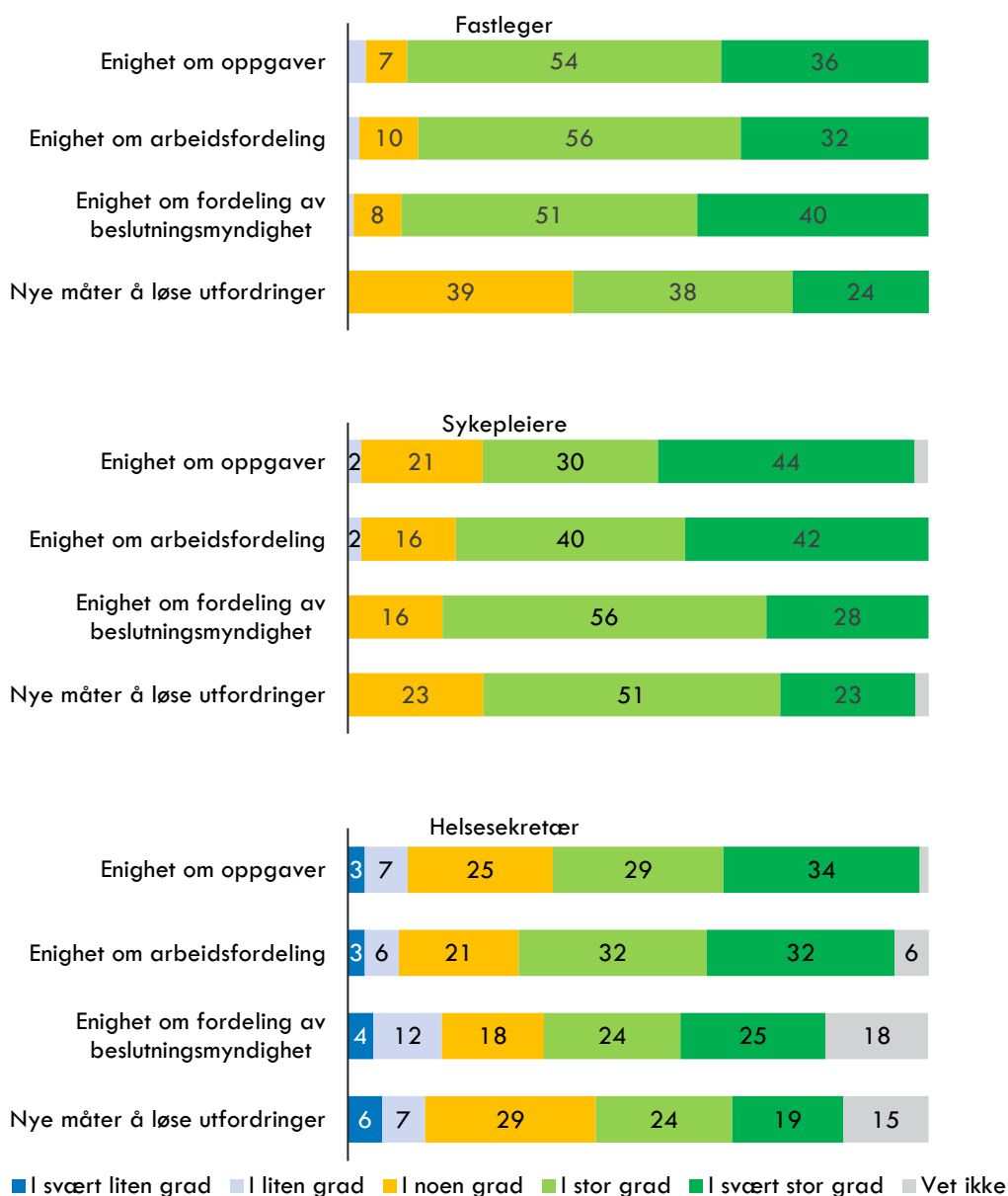
I spørreundersøkelsen ble de ansatte ved legekantoret bedt om å ta stilling til en rekke påstander om teamarbeidet og effektiviteten på legekantoret. Alle yrkesgrupper opplever stor grad av enighet om oppgaver, arbeidsfordeling, fordeling av beslutningsmyndighet og nye måter å løse utfordringer på, særlig fastleger og sykepleiere. Blant fastleger og sykepleiere opplever de fleste (over 70 prosent av respondentene i de to yrkesgruppene) i stor eller svært stor grad enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet i arbeidet med PHT (Figur 5-4). Ved 11 av 17 legekantor var det ingen fastleger som oppga at de i liten eller svært liten grad opplever enighet om oppgaver, og ved alle legekantorene oppga én eller flere fastleger at de i stor eller svært stor grad opplever enighet om oppgaver. De fleste sykepleierne (74 prosent) som oppga at de i svært stor grad opplever enighet om oppgaver, var ansatt ved de samme tre legekantorene.

Mens over 60 prosent av fastleger og sykepleiere oppga at de i stor eller svært stor grad opplever nye måter å løse utfordringer på, var tilsvarende andel for helsesekretærer noe lavere (43 prosent). I fritekstsvar utdypet fastlegene at flere fagpersoner rundt pasienten bidrar til tverrfaglig kompetanse og diskusjon, som videre gir bedre pasientbehandling. Videre trakk fastlegene frem at sykepleiernes mulighet til å utføre hjemmebesøk bidrar til bedre forebygging og behandling, samtidig som det avlaster fastleger. Fastlegene trakk også fram at sykepleiernes hjelp i oppfølging av kronisk syke, svake etterspørrere og psykisk syke, samt gjennomføring av støttesamtaler, er viktige, nye måter å løse utfordringer på.

Sykepleierne trakk i fritekstsvar frem at PHT gir mulighet til å følge opp pasienter på flere måter, og at tilbudet om hjemmebesøk er særlig viktig for å møte utfordringene hos noen pasientgrupper. Det ble blant annet nevnt at hjemmebesøk er nyttig for personer med psykisk utviklingshemming og eldre som har problemer med å komme seg til legekantoret, og at sykepleier ved behov kan ha med fastlegen på videosamtale. En sykepleier beskrev at PHT gjør at legekantoret får kapasitet til å ta imot flere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, fordi sykepleier kan ta imot pasientene og gjøre den innledende kartleggingen og vurderingen. Kartleggingen gjør at legen i mange tilfeller kan bruke kort tid på nødvendige avklaringer. Flere påpekte også at PHT gir tettere kontakt med pårørende. Andre eksempler som ble trukket frem, var systematisk innkalling av ulike pasienter som skal ha jevnlig oppfølging (for eksempel pasienter på ADHD-medisin). En sykepleier beskrev at det er utfordrende for fastlegene å ha oversikt over behovet for innkalling til denne typen timer, og at en del av pasientene er dårlige på å selv bestille time. Sykepleierens erfaring var at ved å gi sykepleieren ansvar for disse timene, blir fastlegene avlastet og pasientene får bedre oppfølging. Det ble også nevnt av sykepleierne bidrar til bedre samarbeid med hjemmesykepleien og avlastning av helsesekretærer ved behov (for eksempel ved prøvetaking).

Helsesekretærene påpekte i fritekstsvar at organiseringen som PHT gjør at det er flere på legekantoret de kan spørre om hjelp og råd, og at sykepleieren bidrar til at problemstillinger blir belyst fra flere ulike synsvinkler. Det ble også nevnt at sykepleier gir flere muligheter til å løse utfordrende oppgaver, og at de nå samarbeider om pasienter som trenger ekstra oppfølging. En helsesekretær skrev at sykepleier avlastet hverdagen for alle på legekantoret, og at dette særlig er verdifullt dersom noen er borte som følge av sykdom, deltakelse på kurs eller andre årsaker. Flere helsesekretærer påpekte også at sykepleier har gitt økt mulighet til å dra på hjemmebesøk til pasienter som har behov for det.

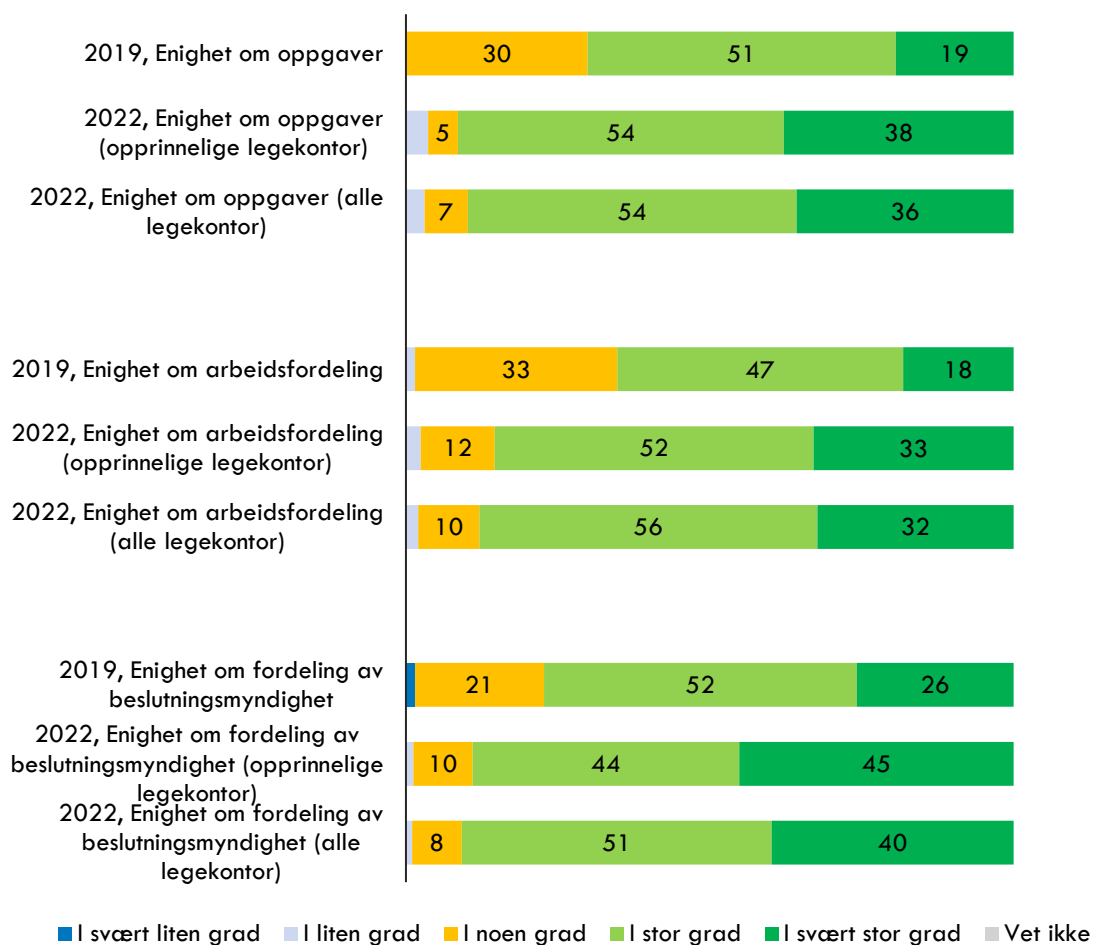
Figur 5-4 I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 98), sykepleiere (N = 43) og helsesekretærer (N = 68) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Spørsmålet om i hvilken grad fastlegene opplever enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet ble også stilt i spørreundersøkelsen i 2019 (Abelsen, et al., 2019b). For alle de tre påstandene har andelen som svarte at de i svært stor grad opplever enighet, økt fra 2019 til 2022; fra 19 til 36 prosent for enighet om oppgaver, fra 18 til 32 prosent for enighet om arbeidsfordeling, og fra 26 til 40 prosent om fordeling av beslutningsmyndighet. Endringen kan tyde på at det har vært en utvikling mot mer samkjørte team, der det har blitt tydeligere rolle- og oppgavedeling på legekontorene. I 2020 ble fire nye legekontor innlemmet i PHT-forsøket. Når vi ser på svarene fra disse legekontorene i 2022, er svarfordelingen svært lik svarfordelingen vi finner når vi ser på alle legekontorene.

Figur 5-5 I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekantor? 2019 og 2022. Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (2019: N = 67, 2022: N = 98) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019 og 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

5.2.1 Samarbeid mellom fastlege og sykepleier

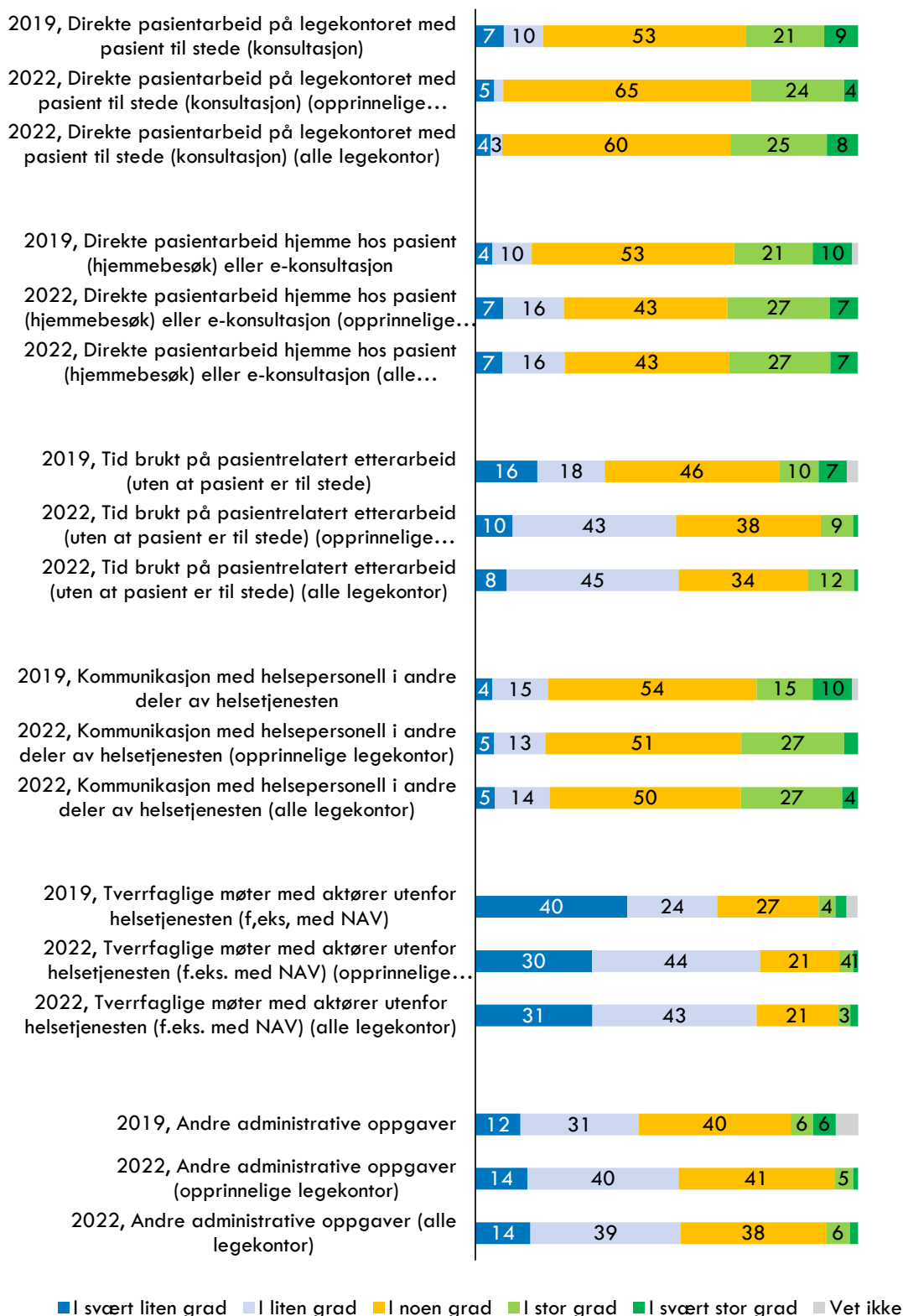
For å belyse hvordan fastlege og sykepleier jobber sammen, ble fastlegene spurt om hvilke typer oppgaver de har delegert til sykepleier. Oppgavetyperne fastlegene i størst grad har delegert til sykepleiere er direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon) og direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon. Ved tolv av legekantorene oppga alle fastlegene at de i noen, i stor eller i svært stor grad har delegert oppgaver tilknyttet direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon), mens de resterende fem fastlegekontorene har fastleger som også svarte i liten eller svært liten grad. For direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon, svarte alle fastlegene ved ni av legekantorene at de delegerer i noen, i stor eller i svært stor grad, mens de resterende åtte fastlegekontorene har fastleger som også svarte i svært liten grad eller i liten grad. For begge disse kategoriene, har ingen av fastlegekontorene kun fastleger som svarte i svært liten grad eller i liten grad.

Begge oppgavetyperne har en tredjedel (33 prosent) av fastleger i stor eller svært stor grad delegert til sykepleier (Vedlegg F, spørsmål 3a og 3b). I tillegg oppga flere fastleger (30 prosent) at de i stor eller svært stor grad ha delegert kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten til sykepleier (Vedlegg F, spørsmål 3d). Fastlegene har i liten eller svært liten grad (74 prosent) delegert tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten til sykepleier, f.eks. med NAV (Vedlegg F, spørsmål 3e). Tilsvarende gjelder for andre administrative oppgaver, hvor over halvparten (54 prosent) av fastlegene i liten eller svært liten grad har delegert denne oppgaven til sykepleier (Vedlegg F, spørsmål 3f).

Sammenliknet med tilsvarende undersøkelse i 2019, kan det se ut til å ha vært noe endring når det gjelder i hvilken grad ulike oppgavetyper er delegert til sykepleier (Figur 5-6). I 2019 oppga 25 prosent av fastlegene

at de stor eller svært stor grad hadde delegert kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten til sykepleier, mens andelen var økt til 31 prosent i 2022. Når det gjelder direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, har andelen som oppga å ha delegert dette til sykepleier i liten eller svært liten grad falt fra 18 til 7 prosent mellom 2019 og 2022. For de øvrige oppgavetyperne har derimot andelen som svarte at de liten eller svært liten grad har delegert de ulike oppgavetyper økt fra 2019 til 2022; fra 15 til 23 prosent for direkte pasientarbeid hjemme hos pasient eller e-konsultasjon, fra 34 til 53 prosent for tid brukt på pasientrelatert etterarbeid, fra 63 til 74 prosent for tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten, og fra 43 til 54 prosent for andre administrative oppgaver. I 2020 ble fire nye legekantor innlemmet i PHT-forsøket. Dersom vi ser på svarfordelingen for disse legekantorene i 2022, finner vi at den er svært lik svarfordelingen for alle legekantorene samlet.

Figur 5-6 I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. 2019 og 2022. Prosentvis fordeling.



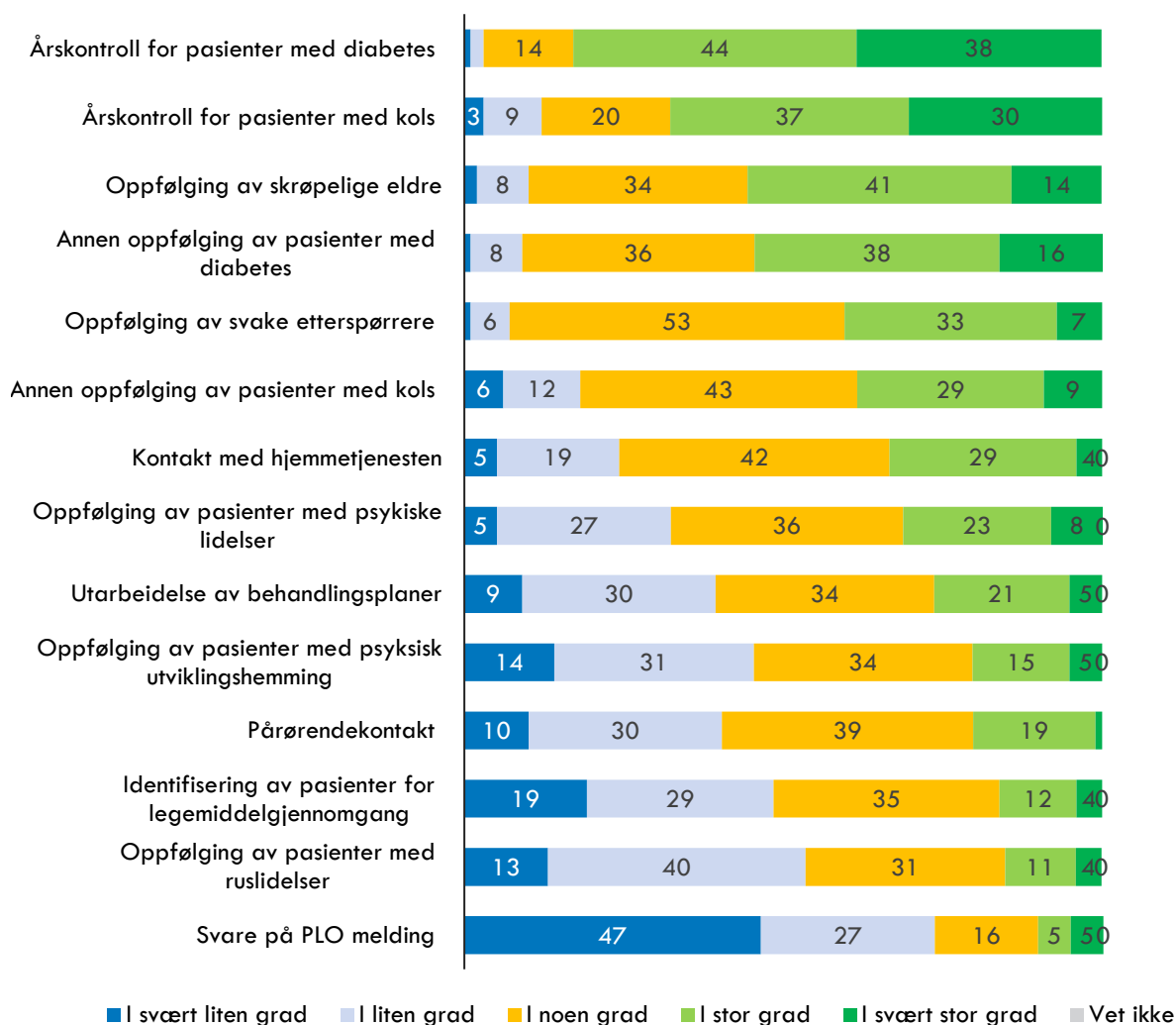
Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (2019: N = 67, 2022: N = 98) ved fastlegeskantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019 og 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

I tillegg til at fastlegene ble spurt om hvilke typer oppgaver de har delegert til sykepleier, ble de også spurt om i hvilken grad de samarbeider med sykepleier om ulike konkrete oppgaver. Blant oppgavene vi spurte om, var

det flest fastleger (mer enn 50 prosent) som svarte at de i stor eller svært stor grad samarbeider med sykepleiere om årskontroll for pasienter med diabetes og kols, annen oppfølging av pasienter med diabetes og oppfølging av skrøpelige eldre (Figur 5-7). Ved flesteparten av legekantorene har alle fastlegene svart i noen/stor/svært stor grad for oppfølging av svake etterspørrere (12 legekantor), årskontroll for diabetes (16 legekantor), annen oppfølging av diabetes (11 legekantor), årskontroll for pasienter med kols (13 legekantor), og oppfølging av skrøpelige eldre (11 legekantor). Det er, for hver av oppgavene, få eller ingen av legekantorene som kun har fastleger som svarer i liten eller svært liten grad. Den oppgaven hvor flest legekantor kun har fastleger som svarer i liten eller svært liten grad, er oppgaven om å svare på PLO-meldingen (3 legekantor).

Blant oppgaver med mindre grad av samarbeid, var det flest fastleger som svarte at det er liten eller svært liten grad av samarbeid i forbindelse med oppfølging av pasienter med ruslidelser (53 prosent), å svare på PLO melding (49 prosent), identifisering av pasienter for legemiddelgjennomgang (48 prosent), oppfølging av pasienter med psykisk utviklingshemming (45 prosent) og pårørendekontakt (40 prosent). I fritekstsvaret utdypet fastleger andre oppgaver de ofte samarbeider med sykepleier om, og flere nevnte kostveiledning og oppfølging av overvektige, sårstell og sårkontroll, årskontroll for pasienter (med kols, astma, diabetes, og ADHD) og hjemmebesøk for skrøpelige eldre, for eksempel i forbindelse med blodprøvetaking. Fastlegene trakk også fram at sykepleiere ofte hjelper med veiledning om medikamenter, samt oppgaver knyttet til oppfølging av pasienter som har behov for jevnlig støttesamtaler.

Figur 5-7 I hvilken grad samarbeider du med sykepleier om følgende oppgaver? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 99) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Når det gjelder arbeidsfordeling, er det vanligste at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver; 68 prosent av fastlegene svarte dette (Tabell 5-1). Dette var også det vanligste svaret i 2021 (78 prosent). Én av fem fastleger (20 prosent) opplever at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver som kommer i tillegg til deres oppgaver, og i liten grad utfører oppgaver i stedet for at fastlege gjør dem selv. En mindre andel av fastlegene (11 prosent) opplever at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver i stedet for at fastlege gjør dem selv. Spørsmålet om hvordan sykepleier i det enkelte primærhelseteam utfyller fastlegen har blitt stilt hvert år siden 2019, og oppfatningen om dette virker i liten grad å ha endret seg over tid (Tabell 5-1).

Tabell 5-1 Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege? 2019-2022. Prosentvis svarfordeling.

	2019	2020	2021	2022
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv.	10 %	6 %	8 %	11 %
Sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver.	72 %	72 %	78 %	68 %
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver, og utfører i liten grad oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv.	15 %	22 %	14 %	20 %
Vet ikke	3 %	0 %	0 %	0 %

Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (2019: N = 67, 2020: N=93, 2021: N=79, 2022: N = 98) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019, 2020, 2021 og 2022.

Det samme spørsmålet ble også stilt til sykepleierne, hvorav de fleste (84 prosent) svarte at de både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver (Tabell 5-2). Andelen var 90 prosent blant sykepleierne ved legekantor med honorarmodellen og 69 prosent ved legekantor med driftstilskuddsmodellen. Det var også en liten andel (16 prosent; 10 prosent for honorarmodellen og 31 prosent for driftstilskuddsmodellen) som oppga at de hovedsakelig utfører oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver, og at de i liten grad utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv. Spørsmålet om hvordan sykepleier utfyller fastlegen har blitt stilt hvert år siden 2019, men det virker ikke å ha vært en betydelig endring i svarfordelingen over tid.

Tabell 5-2 Hvordan opplever du at du som sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller fastlegen? Hvis du ikke er med i PHT, vurder påstanden ut fra det inntrykket du har av samarbeidet mellom fastleger og sykepleiere i PHT ved ditt legekantor. 2019, 2020, 2021 og 2022. Prosentvis svarfordeling.

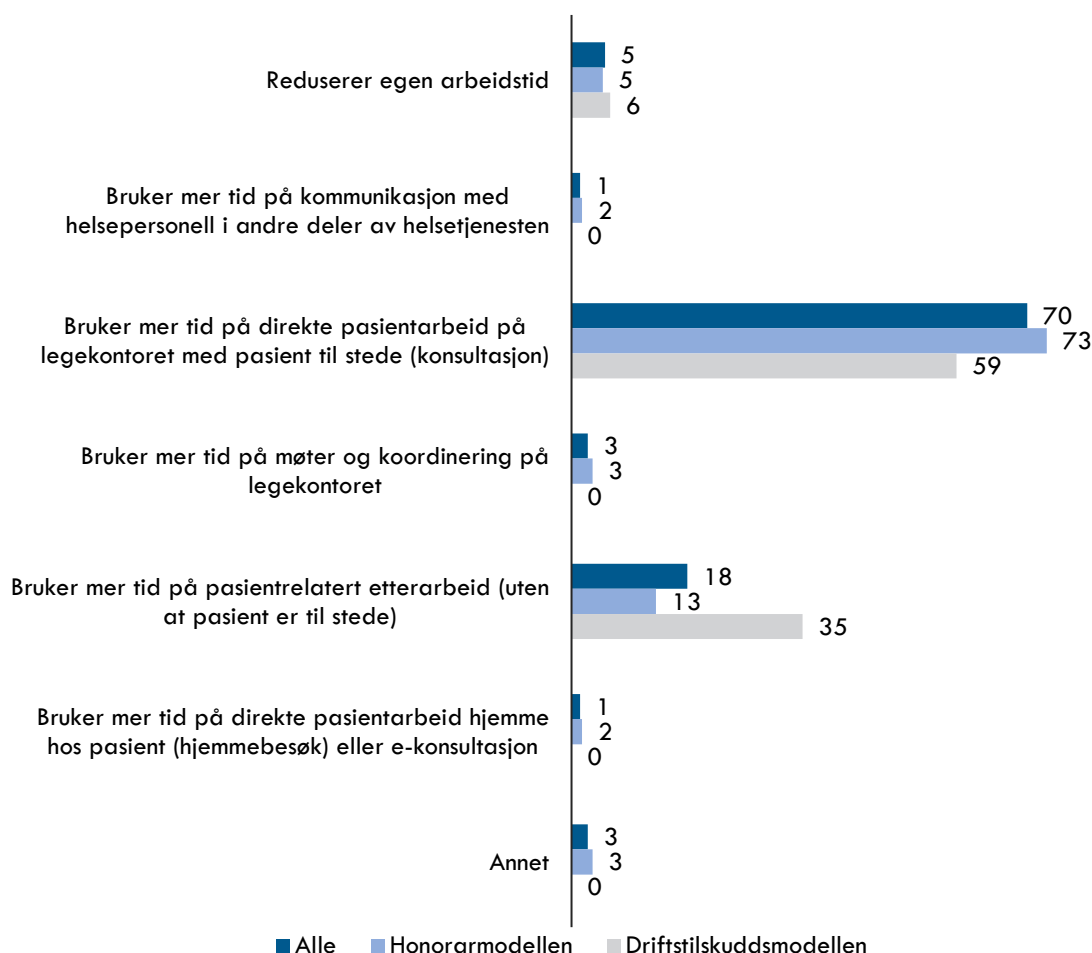
	2019	2020	2021	2022
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv	6 %	0 %	5 %	0 %
Jeg utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver	83 %	87 %	73 %	84 %
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver, og utfører i liten grad oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv	11 %	3 %	15 %	16 %
Vet ikke/ jeg er ikke med i primærhelseteam	0 %	11 %	8 %	0 %

Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleiere (2019: N = 36, 2020: N=37, 2021: N=40, 2022: N = 43) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019, 2020, 2021 og 2022.

De fleste fastlegene (70 prosent) svarte at tiden de ellers ville brukt på oppgaver som nå utføres av sykepleiere, brukes til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon) (Figur 5-8). Andelen som svarte dette, var noe høyere blant fastleger med honorarmodellen (73 prosent) enn med driftstilskuddsmodellen (59 prosent). Det nest vanligste svaret var at tiden brukes på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede), der andelen var 13 prosent blant fastleger med honorarmodellen og 35 prosent blant fastleger med driftstilskuddsmodellen. Færre enn 13 prosent av fastlegene benytter den frigjorte tiden til å

enten redusere egen arbeidstid, kommunisere med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten, møter og koordinering på legekantoret, direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon eller andre oppgaver. I fritekstsvar ble det nevnt at den frigjorte tiden ikke kan knyttes til én bestemt oppgave, men at sykepleier generelt gjør fastlegens jobb lettere og at fastlege og sykepleier til sammen får bedre kjennskap til hver pasient.

Figur 5-8 Du har svart at sykepleier utfører noen oppgaver i stedet for at du gjør dem selv, Hvordan bruker du tiden du ellers ville brukt på disse oppgavene? Kryss av for det svaralternativet som beskriver det du i hovedsak bruker den frigjorte tiden til. Prosentvis fordeling.



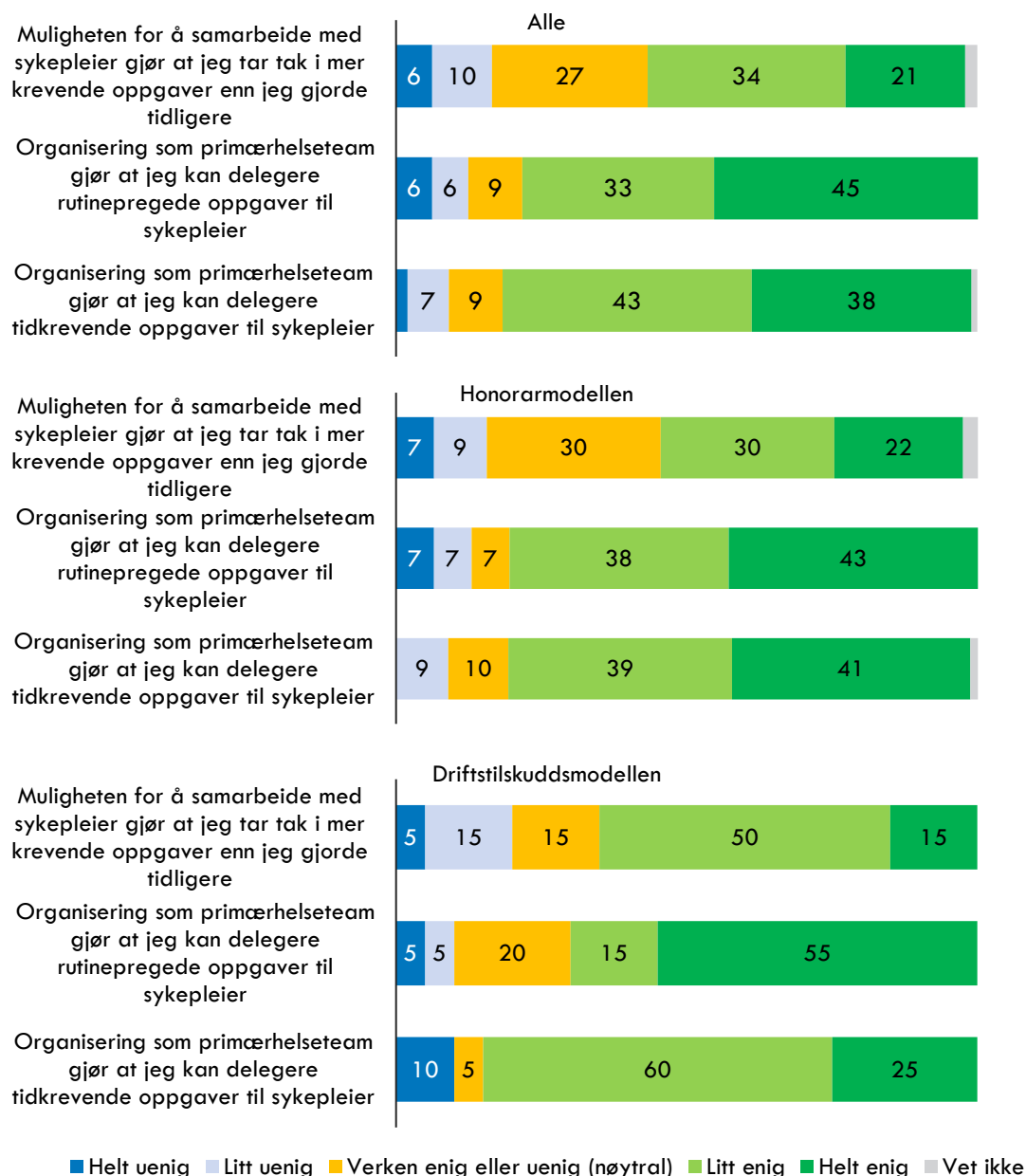
Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79, Honorarmodellen=62, Driftstilskuddsmodellen=17) ved fastlegeskontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Blant fastlegene som oppga at de har brukt mer tid på direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon) enn de ellers ville gjort, svarte om lag halvparten (48 prosent) at dette skyldes en kombinasjon av mer tid brukt per konsultasjon og flere konsultasjoner. Andelen som svarte dette, var 52 prosent blant fastleger med honorarmodellen og 30 prosent med driftstilskuddsmodellen (Vedlegg F, spørsmål 9). 32 prosent av fastlegene svarte at hovedårsaken til at de har brukt mer tid på direkte pasientarbeid er at de har gjennomført flere konsultasjoner (32 prosent av legene med honorarmodellen og 30 prosent av legene med driftstilskuddsmodellen), mens 20 prosent svarte at hovedårsaken er at de bruker mer tid per konsultasjon (16 prosent av legene med honorarmodellen og 40 prosent av legene med driftstilskuddsmodellen) (Vedlegg F, spørsmål 9).

Når det kommer til betydningen av organisering som PHT for fastlegens arbeidsoppgaver, svarte flestparten av fastlegene at de er litt eller helt enig i at organiseringen medfører at de kan delegerer både rutinepregede (78 prosent) og tidkrevende oppgaver (81 prosent) til sykepleier. Videre svarte over halvparten (55 prosent) at de er litt eller helt enig i at muligheten til å samarbeide med sykepleier gjør at de tar tak i mer krevende oppgaver enn tidligere, mens 16 prosent var litt eller helt uenig i dette. For delegering av

rutinepregede og tidskrevende oppgaver svarte henholdsvis 12 og 9 prosent at de er litt eller helt uenige i at dette er virkninger av organiseringen som PHT (Figur 5-9). Svarene fra fastlegene varierer innad for noen av legekontorene, hvor noen fastleger er uenige og andre er enige i de nevnte påstandene. Ved andre fastlegekontor svarer legene relativt likt. For eksempel svarer alle fastlegene ved ett fastlegekontor at de er helt enig i at organiseringen gjør at de kan delegerer rutinepregede oppgaver til sykepleier.

Figur 5-9 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.

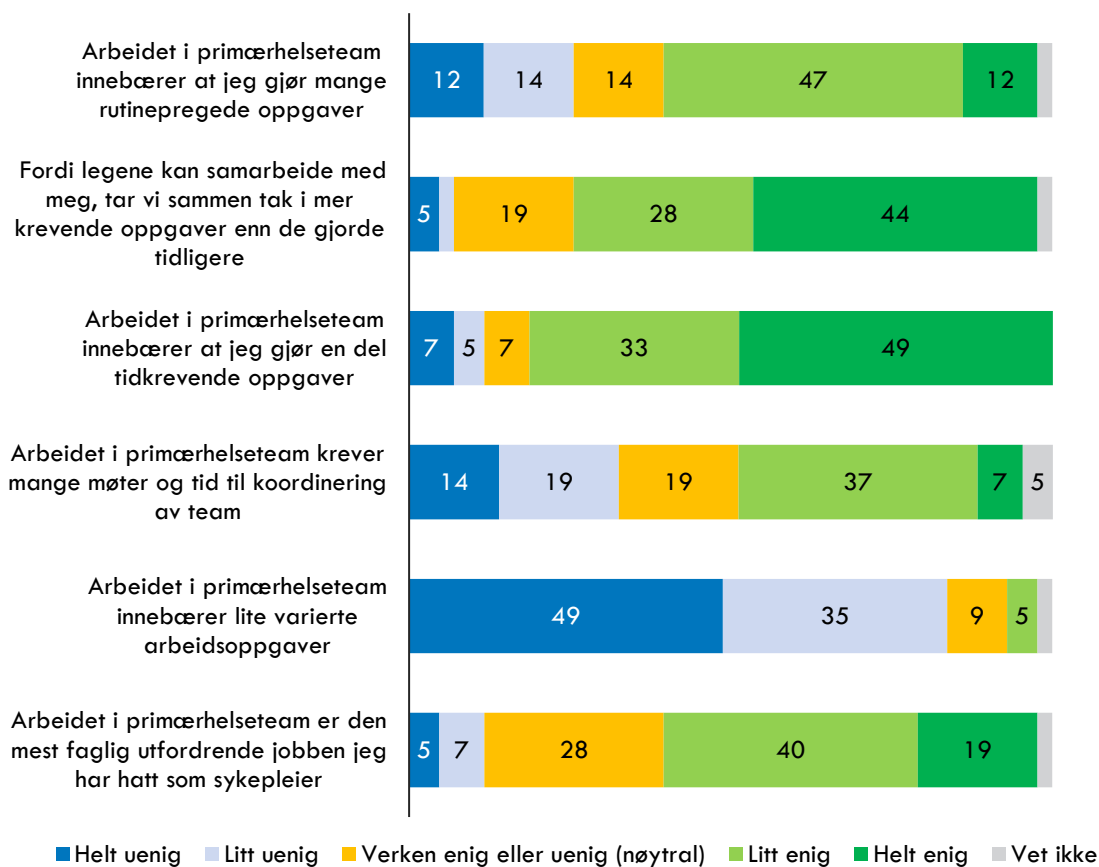


Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 97) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Mer enn 70 prosent av sykepleierne svarte at de er litt eller helt enige i at fastlege og sykepleier tar tak i mer krevende oppgaver enn tidligere når fastleger kan samarbeide med sykepleier (Figur 5-9). Videre oppga omtrent 60 prosent av sykepleierne at de er litt eller helt enig i at arbeidet med PHT er den mest faglig utfordrende jobben de har hatt som sykepleier. Det ser med andre ord ikke ut til at det at en stor del av fastlegene opplever at de delegerer rutinepregede og tidkrevende oppgaver til sykepleierne, går på bekostning av at sykepleierne opplever jobben som faglig utfordrende. 84 prosent av sykepleierne oppga at de er litt eller helt uenig i at arbeidet i PHT innebærer lite varierte oppgaver, selv om over 50 prosent var litt eller helt enig i at arbeidet med PHT innebærer at en gjør mange rutinepregede oppgaver. Oppfatningene om hvorvidt arbeidet innebærer rutinepregede oppgaver varierer blant sykepleierne innad på legekantorene. Ved

syv legekantor (av totalt elleve legekantor med flere enn én sykepleier), er det både sykepleiere som er uenige og enige (eller nøytrale) i påstanden. Samtidig var det tre legekantor der alle var enige (eller nøytrale), og ett legekantor der alle var uenige (eller nøytrale)

Figur 5-10 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling blant sykepleiere.

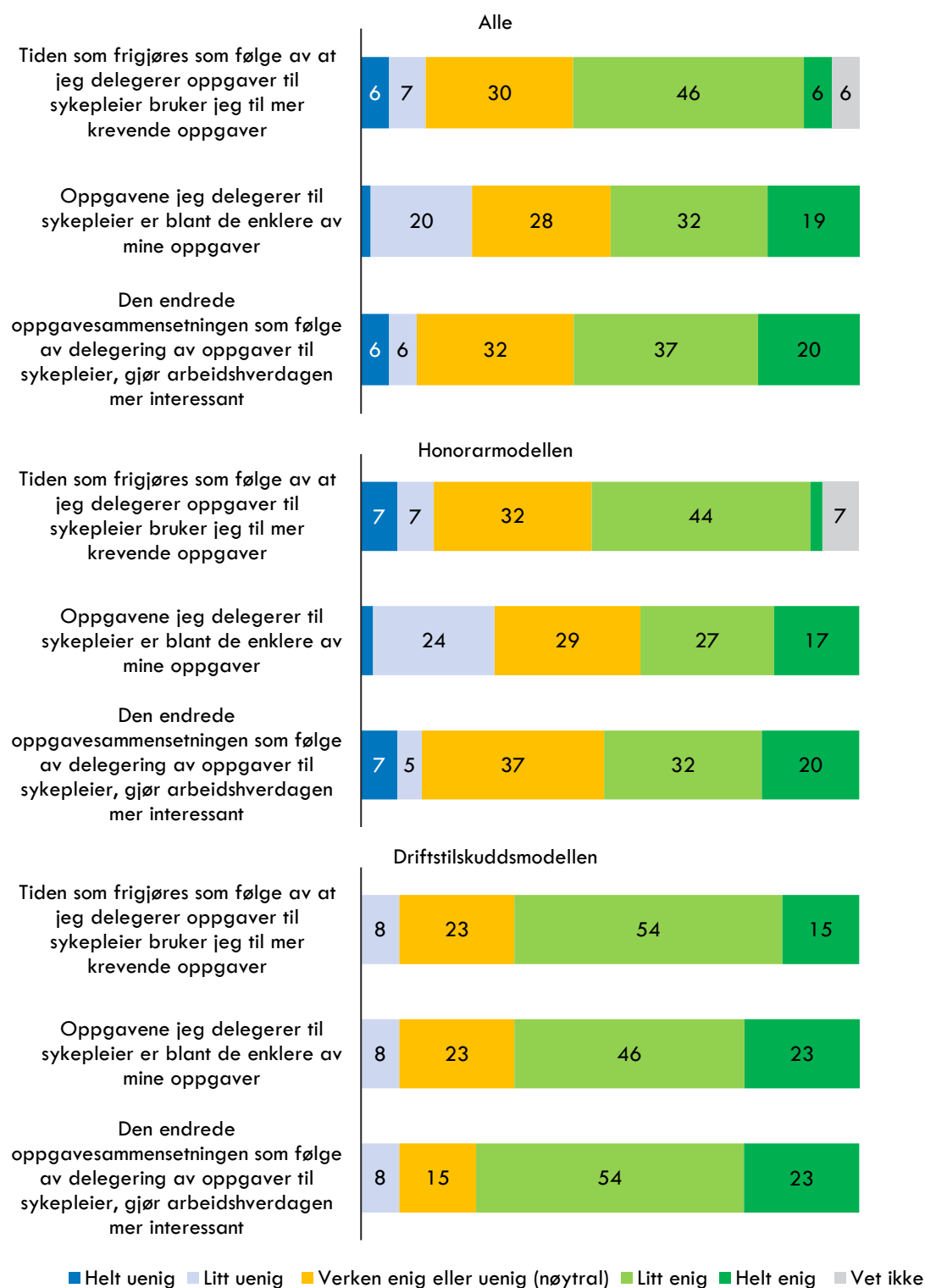


Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleier (N = 43) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Om lag halvparten av sykepleierne (47 prosent) oppga at de i liten eller svært liten grad opplever å ha fagkompetanse de ikke får benyttet (Vedlegg G, spørsmål 7). Fra fritekstsvarene fremkommer det at noen sykepleiere har videreutdanning eller faglig bakgrunn fra andre områder som de mener kunne blitt benyttet i større grad, for eksempel erfaring fra arbeid på sykehus (akuttmedisin), smittevern og ledelse av personal. Samtidig var det noen som påpekte at sykepleiere har en bred utdanning og kan ha stor bredde i erfaring fra tidligere arbeid, og at ikke all kompetanse er like naturlig å benytte på et fastlegekontor.

Fastlegene hadde delte meninger om hvorvidt oppgavene de delegerer er blant de enklere av sine oppgaver; 22 prosent var litt eller helt uenig, mens 44 prosent var litt eller helt enig (Figur 5-11). Videre oppga halvparten (51 prosent) av fastlegene at de er litt eller helt enig i at tiden som frigjøres som følge av delegering av oppgaver til sykepleier, brukes til mer krevende oppgaver, og omtrent like mange (57 prosent) oppga at de er litt eller helt enig i at den endrede oppgavesammensetningen som følge av delegering av oppgaver til sykepleiere gjør arbeidshverdagen mer interessant.

Figur 5-11 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 97) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Fritekstsvarene i undersøkelsen viser at mange fastleger opplever at samarbeidet fungerer godt i PHT, og at sykepleiere er en ressurs som særlig bidrar i rutinemessige oppfølginger av blant annet pasienter med kronisk sykdom eller skrøpelige eldre. Samtidig var det flere som påpekte at selv om PHT fungerer som et godt tilleggsverktøy som kan gi kvalitetsforbedring, frigjør det ikke tid for fastlegene. Faktorer som ble trukket frem

som begrunnelse for dette, var at fastlegen fortsatt har ansvar for større vurderinger, at fastlegen må inn dersom det er behov for medikamentendringer og når kontrollarbeid ikke er innenfor normalen. En fastlege hadde opplevd at PHT-sykepleieren hadde tatt beslutninger fastlegen ikke var enig i, for eksempel blodprøver fastlegen mente ikke var faglig godt fundert. Flere fastleger påpekte at det er nødvendig med en klar oppgavefordeling, og at det er viktig at de ulike teammedlemmene har en god rolleforståelse. En fastlege beskrev sykepleierens betydning for legens arbeid slik:

«Jeg føler ikke sykepleieren tar over ting jeg allerede gjorde, men systematiserer oppfølgingen mer rundt den enkelte pasient og øker kvaliteten av oppfølgingen. Jeg føler dog ikke at dette avlaster meg konkret i min arbeidshverdag» (Fastlege)

Evalueringen har tidligere vist at PHT-sykepleieren kan fungere som et bindeledd som gir raskere tilgang til fastlegen enn før. I spørreundersøkelsen ble sykepleierne presentert for dette funnet og spurt om hvordan de opplever å være en («inngangsport») til fastlegen. Flere skrev at de kjenner seg igjen i beskrivelsen, og at de synes det fungerer godt. Fra fritekstsvarene fremkommer det at sykepleierne både kan fungere som et bindeledd mellom pasienten og fastlegen, og mellom hjemmesykepleien og fastlegen. Det ble blant annet beskrevet at hjemmesykepleien kan ta kontakt med sykepleier for å avklare situasjonen hjemme hos en pasient på et tidlig tidspunkt, og at de da raskt får svar på det de lurte på. Det ble også nevnt at sykepleier kan fungere som en inngangsport til fastlegen for ansatte i PU-boliger, miljøtjenesten, inntakskontor og spesialisthelsetjenesten.

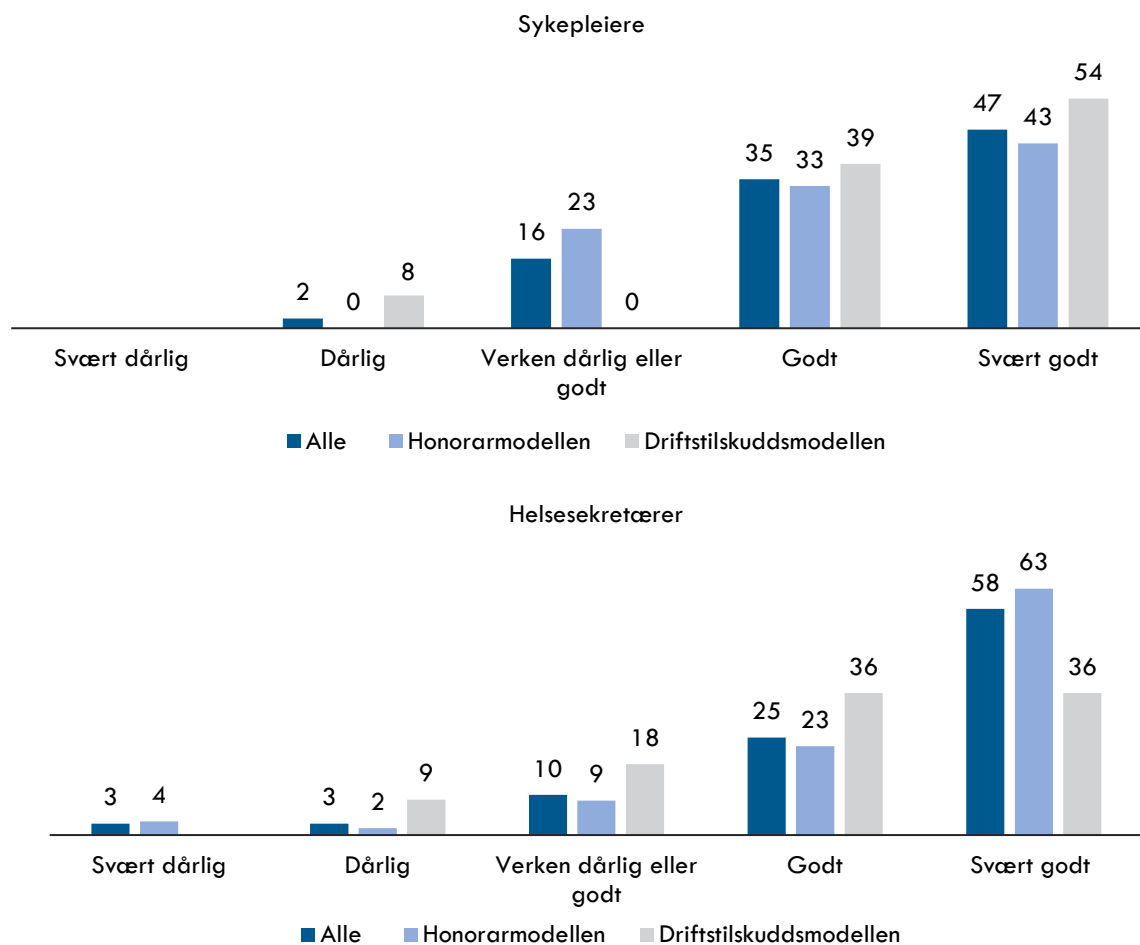
I fritekstsvaret beskrev flere sykepleierens tilgjengelighet som en viktig faktor for å være en god inngangsport til fastlegene. En oppga at sykepleierne kan motta PLO-meldinger direkte, og at dette bidrar til å gjøre veien inn til fastlegen kortere. Flere skrev også at sykepleier er enklere å få kontakt med på telefon, og at sykepleier har mulighet til å konferere med fastlegen «der og da» og få raske avklaringer. En sykepleier påpekte at mange foretrekker å ringe sykepleier direkte fremfor å stå i den ordinære telefonkøen til legekantoret, og at det er viktig å vurdere hvem som skal ha mulighet til å ringe sykepleier direkte og når den muligheten skal brukes. Samtidig var det en annen sykepleier som skrev at de hadde opplevd en økning i antall pasienter som tok direkte kontakt med sykepleier for å spørre om ting de lurte på, men at de opplevde at det var viktige spørsmål og at pasientene ikke «misbrukte» muligheten til å ta kontakt. Fritekstsvarene viste at det er variasjon mellom legekantorene i hvem som har direktenummer til sykepleier – noen steder har pasientene mulighet til å ringe eller sende melding direkte til sykepleier, mens pasientene andre steder må ringe sentralbordet og be om å bli satt over.

Det var også flere sykepleiere som beskrev at de opplever at pasientene setter pris på å ha sykepleier som et bindeledd. Sykepleier kan vurdere om det er behov for om en pasient bør få time hos legen, eller om sykepleieren kan dekke pasientens behov. I tilfellene hvor sykepleier vurderer at en pasient har behov for time hos fastlegen, kan sykepleier sørge for at legen er orientert på forhånd om pasientens behov, slik at konsultasjonstiden kan brukes mest mulig effektivt. En sykepleier skrev at de fleste pasientene oppfatter sykepleieren som en faglig autoritet og aksepterer råd og veiledning uten å måtte få det direkte fra legen.

5.2.2 Samarbeid mellom sykepleier og helsesekretær

Samlet sett ser det ut til at både sykepleiere og helsesekretærer opplever at samarbeidet mellom de to yrkesgruppene fungerer godt, men at sykepleierne i noen grad er mer fornøyde med samarbeidet enn helsesekretærene. Flesteparten av sykepleierne (82 prosent) svarte at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i PHT ved legekantoret fungerer godt eller svært godt (Figur 5-12). **De fleste av helsesekretærene (83 prosent) svarer at de opplever at samarbeidet med sykepleier fungerer godt eller svært godt.** Svært få av sykepleierne (2 prosent) svarte at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier fungerer dårlig, og ingen svarte at det fungerer svært dårlig. Tilsvarende var det seks prosent av helsesekretærene som svarte at samarbeidet fungerer dårlig eller svært dårlig.

Figur 5-12 Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor fungerer? Prosentvis svarfordeling

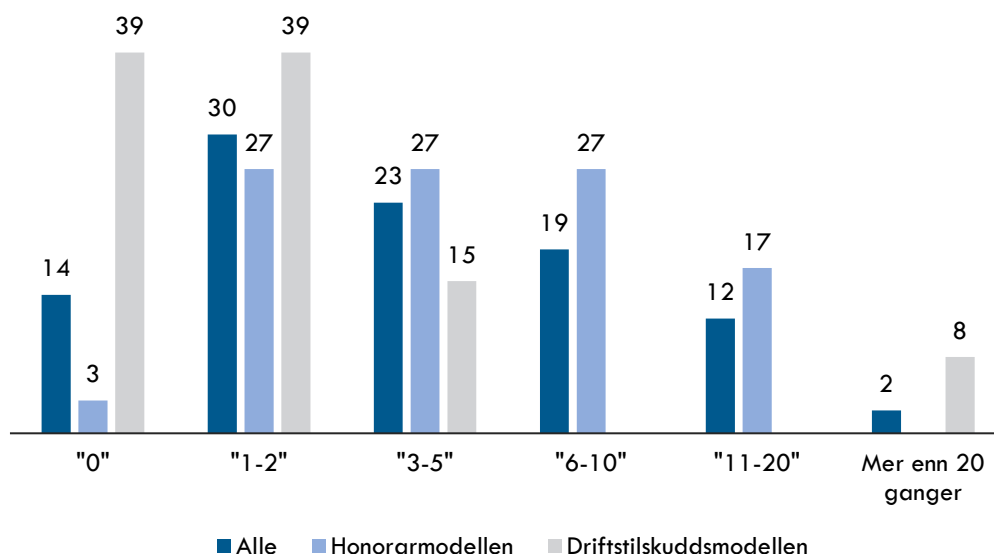


Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleier (N = 43, Honorarmodellen=30, Driftstilskuddsmodellen=13) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Spørreundersøkelser til helsesekretærer (N = 68, Honorarmodellen=57, Driftstilskuddsmodellen=11) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

5.2.3 Sykepleierens rolle i PHT

Det er forskjeller mellom legekontorene når det kommer til hvilken rolle sykepleieren har i PHT. For eksempel var det stor variasjon i hvor mange pasienter de møter i løpet av en gjennomsnittlig dag (ikke medregnet pasientkontakt i resepsjonen) (Vedlegg G, spørsmål 1), men medianen var seks pasienter om dagen. Vi spurte også hvor mange ganger per uke de følger opp en pasient i minimum 15 minutter før eller etter en konsultasjon hos lege samme dag, hvorav 14 prosent oppga at de ikke pleier å ha denne typen konsultasjoner, 53 prosent oppga at de har mellom én og fem slike konsultasjoner, og 14 prosent oppga elleve eller flere slike konsultasjoner i uken.

Figur 5-13 Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam følger opp en pasient i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos lege samme dag? Prosentvis svarfordeling



Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleier (N = 43, Honorarmodellen=30, Driftstilskuddsmodellen=13) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

I spørreundersøkelsen ble også sykepleierne bedt om å beskrive sine erfaringer med deres rolle i PHT. En sykepleier beskrev at hans erfaring var at PHT-sykepleieren er et tilskudd til legekantoret både faglig, administrativt, praktisk og sosialt. Sykepleieren skrev at PHT-sykepleieren bidrar til å styrke kompetansen på legekantoret, og at pasientene får et mer omfattende tilbud – særlig fordi sykepleierne har mulighet til å sette av mer tid til pasientene. Det ble også beskrevet at samarbeidet mellom lege og PHT-sykepleier i oppfølgingen av pasienter gjør at pasienten blir sett fra ulike synsvinkler, og at dette kan bidra til å avdekke ulike behov.

«Når lege og sykepleier samarbeider om en pasient er det flere som ser det fra ulike synsvinkler og dermed kan avdekke ulike behov.» (Sykepleier)

Flere sykepleiere beskrev videre at de opplever at sykepleierens rolle ligger mellom fastlegen og helsesekretæren. En sykepleier beskrev dette som at PHT-sykepleieren fyller et tomrom mellom legen og helsesekretæren, og at dette gir et bedre tilbud til pasientene. En sykepleier etterlyste å få flere konkrete oppgaver, og beskrev at det er en utfordring at ikke alle legene på legekantoret bruker teamet. Det ble også beskrevet som en utfordring at sykepleierens rolle er prisgitt legens innstilling og ønske om å benytte sykepleierkompetansen.

Når det gjelder sykepleiers mulighet til å avlaste fastlegen, var det flere sykepleiere som beskrev hvordan de mener sykepleierressursen kan brukes for å avlaste legene. En sykepleier skrev hans opplevelse var at en positiv innstilling og villighet til å bruke sykepleierne gjør det mulig for sykepleier å avlaste legen, og at legen kan få bedre tid og være mer tilgjengelig for pasientene, samt gi høyere kvalitet i oppfølgingen. Dette ble også beskrevet av en annen sykepleier, som skrev at PHT-sykepleieren kan avlaste legen ved å utføre utvalgte prosedyrer og kliniske undersøkelser, samt samarbeidsmøter med kommune og spesialisthelsetjeneste. Sykepleieren mente dette ville gi legen mer tid til medisinske beslutninger, behandlinger og oppgaver som må utføres av legen. Sykepleieren skrev videre at PHT-sykepleier bør kunne bidra til ledelse av PHT og ha en koordinerende funksjon. Det var samtidig også en sykepleier som skrev at hen ikke opplevde at PHT-sykepleier bidro til å avlaste fastlegen, men at både pasienter og leger føler at PHT gir oppfølging og behandling med bedre kvalitet.

Det var noe delte meninger når det gjaldt friheten som hvert enkelt legekantore har hatt til å forme sykepleierrollen. En sykepleier skrev at dette har vært viktig for de gode erfaringene med PHT, og at det har gitt dem mulighet til å forme rollen på en måte som passer sykepleierne og legekantoret. En annen sykepleier etterlyste derimot en tydeligere definisjon av sykepleierrollen i prosjektet, og skrev at dagens beskrivelse i for

stor grad gjør at det er opp til den enkelte lege å bestemme hvordan sykepleieren skal brukes. Sykepleieren påpekte at dette gir ulik praksis både internt på legekantoret og mellom legekantorene i forsøket. En annen sykepleier etterlyste også retningslinjer for hvilke arbeidsoppgaver en sykepleier skal ha, men at det samtidig bør være rom for lokale tilpasninger innenfor disse retningslinjene. En sykepleier beskrev det slik:

«En av våre suksesskriterier på mitt PHT kontor er at vi har jobbet med bevisstgjøring og definering av hva som er unikt med de ulike faggruppene i teamet. Dette har vært helt essensielt i arbeidet med rolleavklaring og bevisstgjøring av hva som er de ulikes roller primærøppgaver.» (Sykepleier)

Når det gjelder hvordan sykepleierrollen kan utvikles videre, beskrev flere at det er behov for strukturering av arbeidsoppgaver og å sette ting i system. En sykepleier skrev at hen opplevde at det ved deres legekantore var behov for systematisk gjennomgang av roller og oppgaver sammen med alle ansatte, slik at dette ble satt i system. Sykepleieren foreslo at tema for en slik gjennomgang kunne være hva som kan endres ved legekantoret, og hvilke andre måter PHT-sykepleieren kan brukes.

«Presisering av rolle og arbeidsoppgaver gir større faglig trygghet og styrker det tverrfaglige samarbeidet.» (Sykepleier)

En sykepleier etterlyste jevnlig møter med teamet for å videreutvikle sykepleierens rolle, mens en annen foreslo at PHT-sykepleierne kunne bli tildelt ulike ansvarsområder og få kurs og kompetansebygging i ulike fagområder. En sykepleier beskrev at hen hadde erfart at rollen som PHT-sykepleier ble utviklet etter hvert som lege og sykepleier ble bedre kjent:

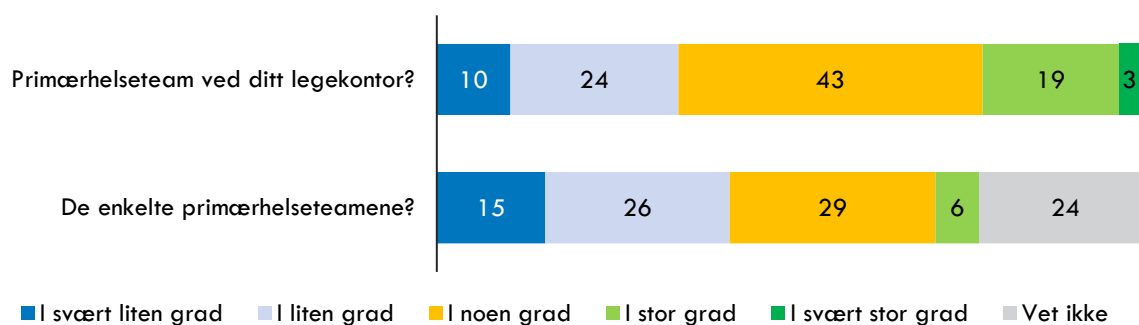
«Roller min utvikles hele tiden etter hvert som legene blir kjent med meg og stoler på meg. Jeg får flere oppgaver og mer ansvar.» (Sykepleier)

5.2.4 Helsesekretærens rolle i PHT

Helsesekretærens rolle i PHT har helt siden forsøkets start vært omdiskutert. I grunnlagsdokumentet for PHT (Helsedirektoratet, 2017), hvor Helsedirektoratet beskriver rammene for PHT-forsøket, er ikke helsesekretærens rolle definert, og retningslinjer knyttet til denne rollen har jevnlig vært etterspurt av ulike aktører. Helsedirektoratet gjennomførte en workshop i 2019 der helsesekretærens rolle i PHT ble diskutert. Det var ikke tenkt at helsesekretærene skulle få en betydelig økning i oppgaver ettersom ressurser til helsesekretærer ikke ble økt i forsøket. I workshopen kom det frem at de viktige oppgavene som helsesekretærer allerede gjør, vil være viktige oppgaver også i en ny teamorganisering. Evalueringen har vist at PHT i praksis ofte har dreid seg om samarbeid mellom fastlege og sykepleier, og at helsesekretærens rolle i PHT ofte har havnet litt i skyggen.

34 prosent av helsesekretærene svarte at de i liten eller svært liten grad opplever å ha en rolle i PHT ved legekantoret, og nesten halvparten (43 prosent) svarte at de i noen grad opplever dette (Figur 5-14). Kun 22 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad opplever å ha en rolle i PHT ved legekantoret. Når det gjelder helsesekretærenes opplevelse av å ha en rolle i de enkelte primærhelseteamene (mikroteam), svarte 41 prosent at de i liten eller svært liten grad opplever å ha en rolle. Ingen helsesekretærer oppga at de i svært stor grad opplever å ha en rolle i de enkelte primærhelseteam (mikroteam), og kun 6 prosent oppga at de i stor grad opplever å ha en rolle. Det var også en betydelig andel (24 prosent) som svarte «Vet ikke» på dette spørsmålet.

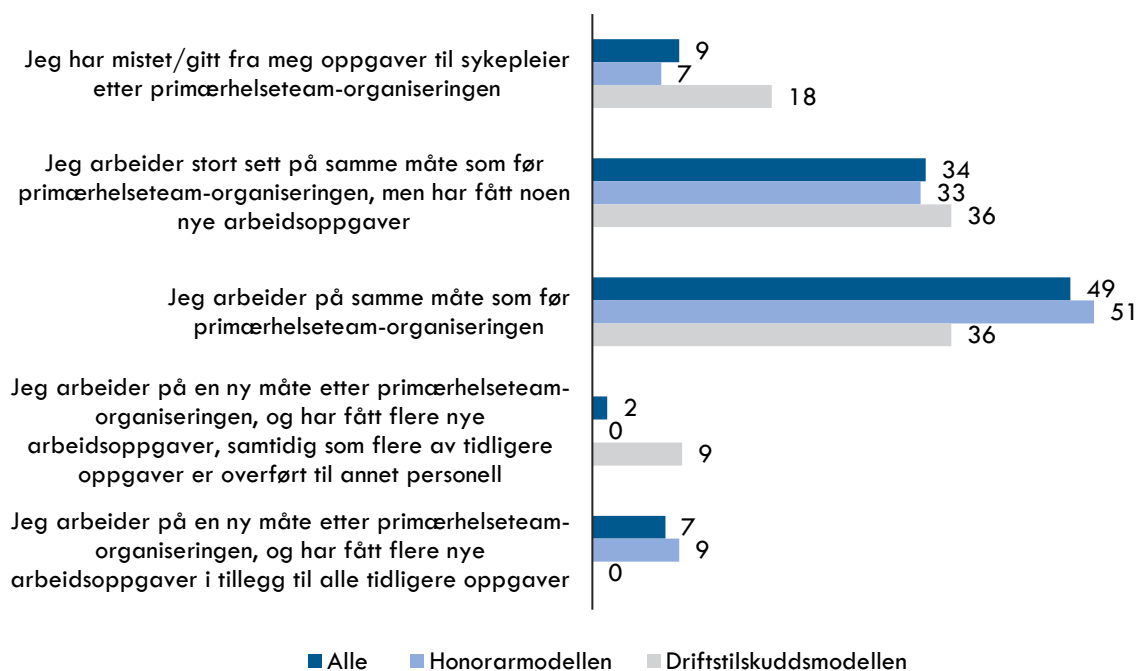
Figur 5-14 I hvilken grad opplever du å ha en rolle i ...? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser til helsesekretærer (N = 66) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022. Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Helsesekretærene fikk også spørsmål om på hvilken måte de opplever å ha en funksjon/rolle i PHT ved deres legekantor (Figur 5-15). Halvparten (49 prosent) oppga at de arbeider på samme måte som før PHT-organiseringen, mens en tredjedel (34 prosent) oppga at de stort sett arbeider på samme måte som før ny organisering, men at de har fått noen nye arbeidsoppgaver. Det var også en liten andel (9 prosent) som svarte at de har mistet eller gitt fra seg oppgaver til sykepleier. Noen få helsesekretærer oppga at de arbeider på en ny måte etter PHT-organiseringen; to prosent oppga at de har fått flere nye arbeidsoppgaver samtidig som flere av tidligere oppgaver er overført til annet personell, mens syv prosent oppga at de har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver.

Figur 5-15 På hvilken måte opplever du at du som helsesekretær har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelser til helsesekretærer (N = 68, Honorar=57, Driftstilskudd=11) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

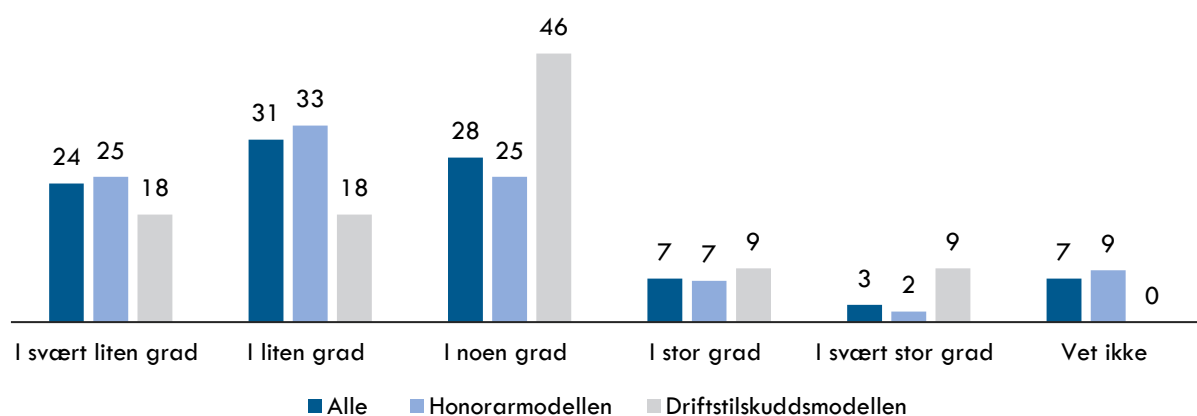
I fritekstsvar ble helsesekretærene spurt om hva deres erfaring med helsesekretærens rolle i PHT er. Flere beskrev at de ser liten forskjell i arbeidsoppgavene sine før og etter PHT, og at de ikke opplever å ha en rolle i PHT. Flere mente at de i større grad kunne vært involvert i arbeidet med PHT, for eksempel ved å bli involvert i pasientarbeid som rutinekontroller for ulike pasientgrupper, delta i samtaler og bidra med sårstell. Samtidig oppga enkelte helsesekretærer at de opplever å ha en stor arbeidsbelastning i dag, og at de ønsker avlastning heller enn nye arbeidsoppgaver. En helsesekretær beskrev sin rolle og mulighet for utvikling av rollen slik:

«Helsesekretærens rolle er stort sett den samme. Det er likevel noe oppgaver som helsesekretærene kunne utføre om de hadde fått like god opplæring som diabeteskontroller, utføre spirometri, måle blodtrykk.» (Helsesekretær)

Enkelte helsesekretærer oppga at deltakelse på Helsedirektoratets samlinger for involverte i PHT-forsøket, har gitt større forståelse for prosjektet og PHT. Det var også noen som beskrev at helsesekretæren fungerer som et bindeledd mellom pasient og PHT, og noen steder har helsesekretærene fått nye arbeidsoppgaver knyttet til blodprøver og sårstell. Enkelte beskrev også at det i større grad enn tidligere er et tettere samarbeid rundt noen pasienter, gjerne de med ekstra behov og deres pårørende.

Som del av spørreundersøkelsen, ble helsesekretærene spurt i hvilken grad de opplever å ha fagkompetanse de ikke får benyttet (Figur 5-16). Helsesekretærene var noe delte i sin oppfatning av dette – om lag en fjerdedel (24 prosent) oppga at de i svært liten grad opplever å ha fagkompetanse de ikke får benyttet, mens noen flere (28 prosent) oppga at de noen grad opplever dette. Det var få som i stor eller svært stor grad opplever å ha fagkompetanse de ikke får benyttet – henholdsvis 7 og 3 prosent av helsesekretærene oppga dette. Som eksempel på hvilken kompetanse de ikke får benyttet, ble kompetanse på oppfølging av pasienter med diabetes og utføring av spirometri nevnt.

Figur 5-16: I hvilken grad opplever du at du har fagkompetanse du ikke får benyttet?



Kilde: Spørreundersøkelser til helsesekretærer (N = 68, Honorar=57, Driftstilskudd=11) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Helsesekretærer ble også spurt om hvordan deres rolle i PHT kan utvikles videre. Forslagene som kom frem, var at helsesekretærer i større grad kan være delaktige i årskontroller, sårbehandling og pasientsamtaler, særlig i oppfølging av kronisk syke. Flere oppga at de ønsker å delta på kurs både eksternt og internt på legekontoret, og at de skulle ønske det i større grad ble lagt til rette for utveksling av erfaringer på tvers av legekontor. Det ble også nevnt at helsesekretærene kan avlaste sykepleierne i større grad enn i dag dersom de får opplæring i sykepleierens roller og oppgaver, og at dette kan bidra til videreutvikling av helsesekretærolleren.

Sykepleierne ble også spurt om deres erfaringer med helsesekretærens rolle i PHT og hvordan rollen kan utvikles videre. Flere sykepleiere beskrev at helsesekretæren stort sett har samme rolle som før, men understreket at de har en viktig rolle. Helsesekretærene har blant annet kontroll på timebøkene til både lege og sykepleier, og gjennom dette har de ansvar for å sikre god pasientflyt. Det var også flere som mente at det er en begrensning at helsesekretærene ikke kan skrive takster. Flere mente mulighet til å skrive takster ville bidra til å få helsesekretærene til å føle seg som en integrert del av teamet:

«Vi opplever at helsesekretærene ikke føler seg like inkludert i og med at de ikke får jobbe selvstendig og ta takster slik som sykepleierne. Det blir dermed til at de i stor grad jobber med de arbeidsoppgavene de alltid har hatt og er vanskelig å inkludere. Vi tenker at

dersom de også kunne tatt takster ville det blitt mer inspirerende og enklere å inkludere dem.» (Sykepleier)

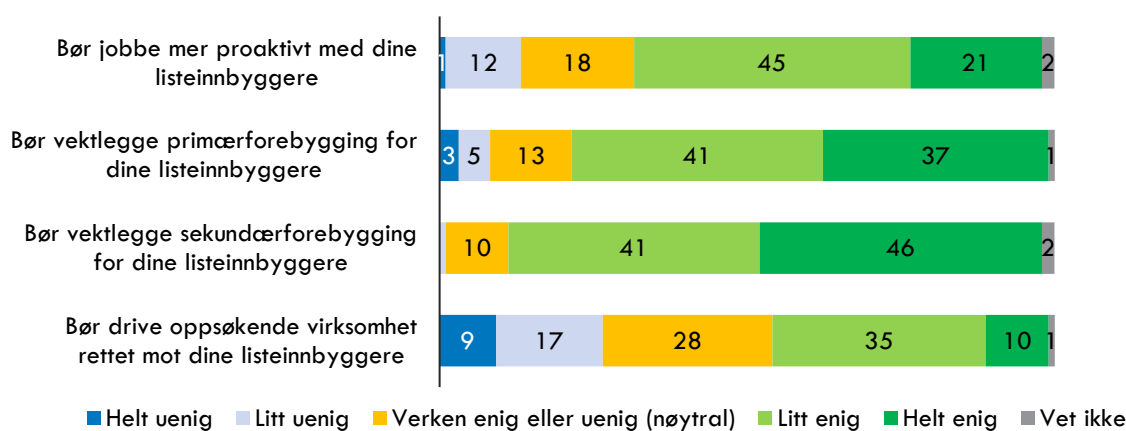
Det ble også beskrevet at helsesekretær har en viktig rolle i å prioritere pasienter, og at det er helsesekretæren som styrer hvilke pasienter som kan vente og hvilke pasienter som må få time i dag eller i morgen. Den koordinerende funksjonen til helsesekretæren ble også trukket frem som viktig, og at god og effektiv koordinering er avgjørende for gode pasientforløp. Eksempler på koordinering som ble nevnt, er å sikre at pasienter som trenger hjelp til transport får dette, eller å organisere møter med ulike aktører for å samle opplysninger om utfordrende pasienter. En sykepleier skrev at helsesekretæren ved deres legekantor har ansvar for å identifisere svake etterspørrere og sende innkalling til time.

Flere sykepleiere skrev at helsesekretæren ved deres legekantor har fått endret sine arbeidsoppgaver fordi helsesekretæren nå vurderer om pasienter skal ha time hos fastlegen eller PHT-sykepleier, og at de har ansvar for sykepleierens timebok.

5.3 Helsepersonellens vurderinger av konsekvenser av PHT for pasientene

I spørreundersøkelsen ble fastleger bedt om å ta stilling til en rekke påstander om oppfølging av pasienter. Påstandene omhandlet hva fastleger burde vektlegge; å jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere, primærforebygging for sine listeinnbyggere, sekundærforebygging for sine listeinnbyggere eller drive oppsøkende virksomhet rettet mot sine listeinnbyggere (Figur 5-17). **De fleste fastleger er litt eller helt enig i at en bør vektlegge både sekundærforebygging (87 prosent) og primærforebygging (78 prosent) for sine listeinnbyggere** (Figur 5-17). En noe lavere andel er litt eller helt enig i at en bør jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere (66 prosent) og at en bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot listeinnbyggere (45 prosent). For sistnevnte er 26 prosent litt eller helt enig i at det bør vektlegges.

Figur 5-17 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 98) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

I fritekstsvar utdypet både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer at de får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som mottar oppfølging fra primærhelseteam. De trekker frem at pasientene opplever en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, en større grad av trygghet og mer regelmessighet i oppfølgingen sin, samt at de føler seg bedre ivaretatt. Fastlegene trekker særlig frem at det er en lavere terskel inn til legekantoret, og det er enkelt å ta kontakt med sykepleiere for pasienter og pårørende. Flere fastleger får også positive tilbakemeldinger knyttet til samtaleterapi og årskontroll, hvor pasienter ved årskontroll setter pris på å bli kalt inn istedenfor at de må huske det selv. Både sykepleiere og helsesekretærer trekker særlig frem at pasienter opplever at det går raskere å komme i kontakt med PHT, og gjerne at det er enklere å ta kontakt med sykepleier sammenliknet med fastlege. Det framkommer også at pasienter føler seg tryggere når PHT kjenner dem godt, og de derfor ikke trenger å forklare sykdomsforløpet sitt flere ganger.

Ansatte ved legekantorene beskriver det slik:

«Pasientene er i all hovedsak fornøyde. De føler seg ivaretatt, og uttrykker større trygghet for at helsen deres ivaretas på en bedre og mer helhetlig måte. Det blir også mer regelmessighet i oppfølgingen.» (Fastlege, oppgitt i spørreundersøkelse)

«[...] Pasientene er veldig takknemlige for tilbud om årskontroll og setter pris på innkalling. De setter pris på å få skreddersydd behandlingen og livsstilsrådene til seg, og sier at de da har mye større forutsetninger for å kunne følge behandlingen. De setter pris på å bli tatt på alvor og få være med og bli hørt. [...]» (Fastlege, oppgitt i spørreundersøkelse)

«Veldig gode tilbakemeldinger. De aller fleste er kjempefornøyd og synes det er en trygghet å ha PHT og at de får god oppfølging. Noen melder om at det er «lettere» å kontakte PHT-spl enn fastlege med utfordringer i forhold til sykdommen sin.» (Sykepleier, oppgitt i spørreundersøkelse)

«Kronisk syke pasienter med store behov gir gode tilbakemeldinger. De opplever stor grad av trygging/ivaretagelse ved å bli fulgt opp med hjemmebesøk og innkalling til rutinekontroller hvor det er et tverrfaglig samarbeid.» (Helsesekretær, oppgitt i spørreundersøkelse)

5.4 Oppsummering og konklusjon

Resultatene fra spørreundersøkelsene viser om lag halvparten av fastlegene opplever at PHT har påvirket arbeidsbelastningen, og blant disse opplever fire av fem redusert arbeidsbelastning og en av fem økt arbeidsbelastning. Videre viser spørreundersøkelsen at teamarbeidet stort sett fungerer godt; overordnet opplever alle yrkesgrupper stor grad av enighet om oppgaver, arbeidsfordeling, fordeling av beslutningsmyndighet og nye måter å løse utfordringer på. Svarfordelingen på disse spørsmålene er noe endret fra 2019 til 2022, og dette kan tyde på at det har vært en utvikling mot mer samkjørte team, der det har blitt tydeligere rolle- og oppgavedeling på legekantorene. Det vanligste er at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. Fastlegene opplever at de kan delegere rutinepregede og tidkrevende oppgaver til sykepleier, og flestparten kan dermed ta tak i mer krevende oppgaver enn tidligere. De fleste fastlegene bruker den frigjorte tiden til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, både ved å bruke mer tid per konsultasjon og på flere konsultasjoner. I fritekstsvar utdypet både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer at de får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som mottar oppfølging fra PHT, blant annet at de opplever en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, en større grad av trygghet og mer regelmessighet i oppfølgingen, samt at de føler seg bedre ivaretatt.

6. Teameffektivitet – en dybdestudie

I dette kapitlet presenterer vi en kvalitativ dybdestudie av teameffektivitet ved fem utvalgte legekantor i PHT-forsøket som har formet teamarbeidet på ulikt vis. Teameffektivitet undersøkes med utgangspunkt i en modell som omfatter kriterier for å bedømme om team er effektive, samt betingelser og prosesser som muliggjør teameffektivitet. Vi finner at legekantorene skiller seg fra hverandre særlig når det gjelder grad av struktur og felles arbeidsmåte i teamarbeidet, engasjement for teamarbeidet, tydelig ledelse av teamarbeidet og legenes individuelle tilfredshet med å jobbe i team. Studien identifiserer tre teamvarianter blant de fem legekantorene. To av teamvariantene framstår som effektive, med en høy samlet teaminnsats systematisk rettet mot målgruppene. De karakteriseres begge ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte både i makro- og mikroteam. De to variantene skiller seg fra hverandre ved at teamarbeidets utforming påvirkes av finansieringsmodellen; henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I den tredje teamvarianten er makroteamet løsere sammenvevd og den overordnede ledelsen er mindre til stede eller virksom. Arbeidsmåten i mikroteamene varierer avhengig av legens erfaring, interesse og engasjement for teamarbeid. Mikroteam kan være effektive, selv om ikke legekantoret som makroteam makter å være det. Sykepleierressursen kunne samlet sett vært utnyttet mer målrettet, noe som ville økt makroteameffektivitet i disse legekantorene. På alle de fem legekantorene var det en utbredt oppfatning at PHT i utgangspunktet har en god sammensetning med lege, sykepleier og helsesekretær samt at størrelsen på eget legekantor passer godt til PHT, selv om legekantorene varierer ganske mye i størrelse.

Designet av PHT-forsøket innebærer stort rom for ulik tilnærming til teamarbeid på det enkelte legekantor. Resultater så langt har vist stor grad av variasjon på mange plan. Spørreundersøkelsen på legekantorene som omtales i kapittel 5, viser at alle yrkesgrupper overordnet sett opplever stor grad av enighet om oppgaver, arbeidsfordeling, fordeling av beslutningsmyndighet og nye måter å løse utfordringer. Samtidig er noen interessante ulikheter i svar, både mellom legekantorene og mellom personellet på det enkelte legekantor som kan ha betydning for effektiviteten i teamarbeidet og som det av den grunn er interessant å utforske mer inngående.

Dette delkapitlet presenterer en studie som går i dybden og undersøker teameffektivitet ved fem utvalgte legekantor i PHT-forsøket. Legekantorene er skjønnsmessig valgt basert på det vi så langt vet om legekantorene fra følgeforskningen. Vi har valgt dem basert på en antagelse om at de har formet PHT på ulikt vis basert på sine ulike lokale kontekster og forutsetninger. Studien bygger på et rikt kvalitativt datamateriale; i all hovedsak fra strukturerte individuelle intervju gjort med helsepersonellet ved de fem legekantorene. Detaljer knyttet til den metodiske tilnærmingen er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.

Studien omfatter først en analyse innad i hvert enkelt av de fem legekantorene. Det er laget en beskrivelse av det enkelte legekantor som er strukturert på samme måte med følgende sju tema: struktur i teamarbeidet, eierskap til PHT, ledelse, individuell tilfredshet, resultater av PHT, teamstørrelse og sammensetning samt utviklingsplaner. Med utgangspunkt i legekantorbeskrivelsene, er det videre gjort en analyse på tvers av legekantorene. Denne analysen er strukturert i henhold til følgende problemstillinger:

- **Hvordan utspiller makroteamarbeid seg på utvalgte legekantor?**
Makroteam omfatter alle ansatte på legekantoret. En hypotese er at det er variasjon med hensyn til hvor effektivt de ulike makroteamene fungerer. Dette handler blant annet om utviklingen av teamarbeidet og hva som er gjort på legekantoret med hensyn til felles prosesser, utvikling av arbeidsmåter, ledelse og utvikling av prosedyrer.
- **Hvordan utspiller mikroteamarbeid seg på utvalgte legekantor?**
Mikroteam omfatter den enkelte fastlege, sykepleier og helsesekretær (Helsedirektoratet, 2017). En

hypotese vi legger til grunn, er at det også er variasjon i mikroteamenes funksjon. Variasjonen antas å handle mye om i hvilken grad og på hvilken måte den enkelte fastlege ønsker å arbeide i team.

- **På hvilke måter oppleves teamarbeidet som effektivt/ikke effektivt?**
Avhengig av hvordan makro- og mikroteam fungerer på det enkelte legekontor, antar vi at det vil være forskjeller i opplevelsen av hvorvidt det teamarbeidet man i praksis får til, oppleves effektivt eller ikke.
- **Hvilke idealtyper for teamarbeid i PHT finner vi i de fem legekantorene?**
Med idealtyper mener vi her teamarbeid med noen distinkte og tydelige kjennetegn. Begrepet ideal brukes i betydningen typisk, ikke i betydningen best.

6.1 Teameffektivitet – et teoretisk rammeverk

En inspirasjon til å undersøke teameffektivitet er Hackmans normative modell for hvordan team bør være for å være effektive (Hackman, 1987; Hackman, 2012). Den omfatter **kriterier** for å bedømme hvorvidt team er effektive, samt **betingelser** og **prosesser** som muliggjør teameffektivitet.

Hackmans tredelte kriterium for å si at et team er effektivt, er at det:

- a) Oppnår gode og relevante resultat; kriteriet avhenger eksplisitt av bedømmelser gjort av teammedlemmer (her: ansatte på legekantorene i forsøket) eller de som erfarer teamets arbeid (som pasienter og andre).
- b) Evner å samarbeide over tid; om teamets evne til å jobbe sammen om nye oppgaver opprettholdes eller øker.
- c) Gir individuell tilfredshet og læring; den enkeltes teamerfaringer skal tilfredsstillende personlige behov – ikke frustrere.

Hackman (2012) oppsummerer seks **betingelser** som muliggjør teameffektivitet, som de viktigste. **Teamet er reelt**, og ikke bare et team i navnet. Teamet arbeider avhengig av hverandre for å skape noe det har felles ansvar for, og er rimelig stabilt slik at medlemmene lærer å arbeide godt sammen. Teamet opplever å ha **et viktig formål** som gir medlemmene energi, orienterer dem mot felles mål og bruker deres kompetanse. Teamet er sammensatt av **rett antall personer** med **rette ferdigheter**. Teamet har **klare normer** for medlemmenes adferd som minimerer tid brukt til å administrere og disiplinere. **Organisasjonskonteksten støtter** teamarbeid. Dette omfatter også materielle ressurser. Teamet har tilgang til **kompetent teamfokuset coaching** til rett tid.

Videre ser Hackman (2012) teameffektivitet som en funksjon av tre overordnede prosesser:

1. Samlet innsats: Et team antas å jobbe hardt når oppgaven er engasjerende og motiverende, organisasjonens belønningssystem understøtter teaminnsats, arbeidstiden dedikeres til teamarbeidet og medlemmene har en delt forpliktelse til teamet og teamets arbeid.
2. Bruk av kunnskap og ferdigheter: Det er mest sannsynlig at teamet har ekspertise for oppgaven hvis det er sammensatt av medlemmer med ulike ferdigheter, organisasjonen tilbyr kompetanseheving for å utvikle og oppgradere kunnskap, vekting av medlemmers bidrag unngås, og bruk av tilgjengelig kompetanse, deling av ekspertise og felles læring fremmes.
3. Strategi for utførelse av teamarbeidet: Sannsynligheten for at teamet finner en god arbeidsmåte øker når teamet sammen vurderer alternative arbeidsmåter, beslutter arbeidsmåte som følges opp i praksis og evaluerer arbeidsmåten underveis. Dette kan ansprende til nye og kreative måter å jobbe sammen.

Ved hjelp av ulike datakilder har vi i tråd med Hackmans teoretiske rammeverk utforsket teameffektivitet i PHT-forsøket.

6.2 Beskrivelse av de fem utvalgte legekantorene

I den følgende delen presenteres funn fra de fem legekantorene.

6.2.1 LEGEKONTOR 1 – PRIVAT LEGEKONTOR (HONORARMODELLEN)

Beskrivelsen bygger på individuelle strukturerte intervju med PHT-leder, seks leger, to sykepleiere og et gruppeintervju med fire helsesekretærer (se kapittel 2.4 for øvrig metodebeskrivelse).

Struktur i teamarbeidet

Informantene var enige om at de har utviklet en felles arbeidsmåte som PHT, i stor grad bygget rundt **prosedyrestyrt pasientoppfølging som gjennomføres i legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner**. Prosedyrer for

oppfølgingen i PHT er gradvis utviklet til nye pasientgrupper. De startet med årskontroller for diabetes og kols og etter hvert for hjertesvikt, skrøpelige eldre og andre grupper. Disse prosedyrene brukes nå av mange av de andre legekantorene i forsøket. De har også arbeidet med å strukturere journalmaler slik at informasjon fra årskontroller er lett å gjenfinne.

Lege og sykepleier kommuniserer digitalt rundt legeetterfulgte konsultasjoner. Sykepleier varsler legen når de tar inn en pasient og gir nytt varsel når konsultasjonen nærmer seg slutten. Når legen kommer inn i konsultasjonen, gir sykepleieren en oppsummering av det som er gjort, eventuelle problemstillinger som er avdekket, ting som må avklares og plan for videre oppfølging. Spørsmål knyttet til videre behandling, medisiner og annet avklares der og da med lege, sykepleier og pasient til stede. Det er **ingen andre formaliserte møter** mellom den enkelte sykepleier og lege enn dette.

Informantene fortalte at de har frihet til å lage en mer individuelt tilpasset struktur i den delen av teamarbeidet som ikke er legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner. Legenes ulike listepopulasjoner, erfaring, preferanser og bevissthet om PHT spiller inn i dette.

De tre sykepleierne har et ukentlig møte seg imellom hvor tema er PHT-prosjektet. De skriver referat som danner agenda for et ukentlig møte mellom PHT-leder og sykepleierne. To ganger i året har de gått gjennom alle møtereferatene for å sikre at de har tatt opp og gjennomført alt de har blitt enige om.

Legene er samstemte om at **arbeidsmåten oppleves effektiv og gir god kontinuitet i pasientbehandlingen, flere sa at de ser kronisk syke pasienter oftere enn før**. Arbeidsstrukturen og dokumentasjonsrutinene oppleves særlig nyttig i kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. **De har jobbet mye med å få flyt i arbeidsmåten hvor legen må planlegge kapasitet til innhopp mot slutten av sykepleierkonsultasjonen**. De fleste av legene tar dette innimellom og gjør ikke noe spesielt for å få det til. En lege fortalte at han la inn noen åpne timinutters bolker i timelisten for å ha kapasitet til innhoppene. To leger opplevde arbeidsmåten som litt utfordrende. Den ene bekrefter sin ankomst, men blir opptatt med andre ting og må gjerne hentes av sykepleier. Den andre opplevde et visst stressmoment som ny fastlege med ukjente pasienter, så innhopp kunne ta uforutsett mye tid. Ingen av legene snakket om hvordan dette påvirker den konsultasjonen som legen eventuelt har selv, når de ble kalt inn til sykepleierkonsultasjonen.

En sykepleier medga å ha vært kritisk i starten til de legeetterfulgte sykepleierkonsultasjonene. Frykten var mye venting på legene og at arbeidsmåten var mer økonomisk enn praktisk motivert. Sykepleieren opplevde imidlertid dette som en fin og lærerik arbeidsform. Sykepleierne har avklart at de ikke skal vente lenge på legen. De må heller sende pasienten hjem og registrere konsultasjonen som en selvstendig sykepleierkonsultasjon (takst S2A¹⁷) og eventuelt kalle pasienten inn til ny legetime.

Legene var samstemte om at det er de som styrer pasientenes tilgang til sykepleier. Det skal være en tydelig plan for hvorfor pasienten skal til sykepleier. Felles prosedyrer skal sikre et kvalitativt godt og likt tilbud.

Ved legekantoret har de vært bevisst på at sykepleierne skal jobbe som generalister. Det skal ikke spille noen rolle hvilken sykepleier legen velger å involvere i pasientbehandlingen. PHT skal være et allmenmedisinsk tilbud basert på allmennleger og allmennsykepleiere. Dette har vært et sterkt ønske også fra sykepleierne. De ønsker å jobbe som en enhetlig faggruppe. I praksis blir det noe variasjon i det sykepleierne gjør som handler om ulikheter i spisskompetanse, erfaring og preferanser. Men dette oppleves udelt som en styrke. En av sykepleierne fortalte at de har snakket mye om de ulike profesjonens rolle i PHT. På legekantoret har de ifølge sykepleieren en felles oppfatning om å bruke kompetansen riktig; legene skal gjøre legeoppgaver, sykepleierne skal gjøre sykepleieroppgaver og helsesekretærene skal gjøre helsesekretæroppgaver. En svært viktig del av arbeidet med å utvikle PHT, har vært å tydeliggjøre ansvarsområdene internt.

Legene var enige om at en viss grad av individuell forskjell dem imellom er greit, men at dette må balanseres mot at pasientene skal få et likeverdig tilbud. Sykepleierne opplevde å ha samme tilnærming til samarbeid med alle legene. Sykepleierne fortalte at legene er veldig innarbeidet i de legeetterfulgte sykepleierkonsultasjonene på legekantoret og kan ha litt vansker med å engasjere seg eksempelvis i hjemmebesøkene som sykepleierne også gjør. Konkrete problemstillinger får de som regel avklart over telefon eller video.

En sykepleier mente at **de ukentlige møtene mellom dem og PHT-leder, som er gjennomført helt siden forsøket startet, har vært viktig for å utvikle den strukturerte arbeidsmåten. De har evaluert og juster PHT underveis**

¹⁷ Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam - Lovdata

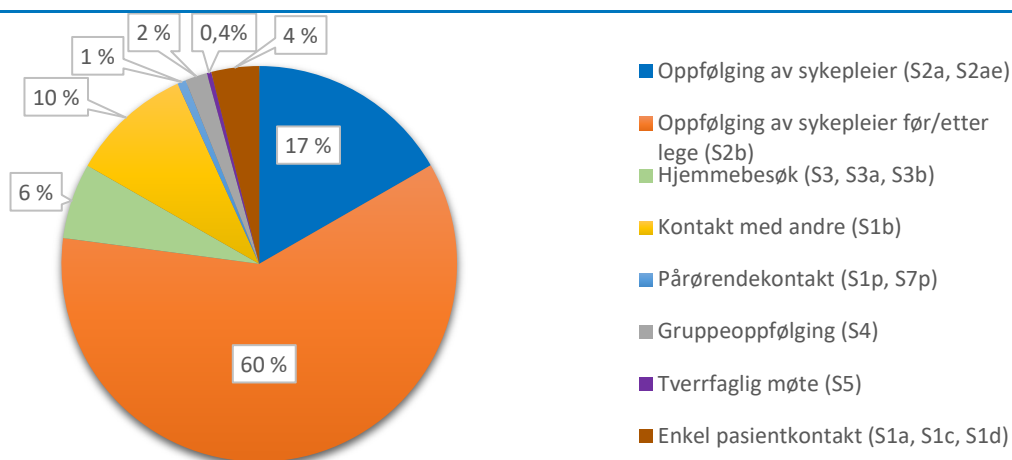
og sykepleierne har fått god anledning til medvirkning. I starten var helsesekretærene med på det ukentlige møtet, men de fant fort ut at det var lite der som angikk dem og avsluttet derfor selv sin deltakelse.

Helsesekretærene fortalte at sykepleierne har tatt over spirometrier som de gjorde før. Dette syntes de var bra, siden de har mer enn nok å gjøre uten dette. Samtidig opplevde de at sykepleierne er bedre i stand til å følge opp dette arbeidet på en faglig god måte enn det de selv kan. Helsesekretærene gjør en del arbeid knyttet til de strukturerte årskontrollene. Det er ferdige pakker og automatikk i det de gjør.

Takstgenererende kontakt med sykepleier

Figur 6-1 gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekantorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt. **Majoriteten av kontakter (60 prosent) har vært legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner.** Den nest mest vanlige kontakten har vært individuelle konsultasjoner på legekantoret mellom pasienter og sykepleier. Deretter følger kontakt per telefon eller brev om pasient med andre instanser.

Figur 6-1 Case 1 – Takstgenererende kontakt med sykepleier fordelt på type kontakt. Periode: 1.4.2018-30.06.2022.



Kilde: KUHR.

Taksten «gruppeoppfølging» er knyttet til et diabeteskurs som en av sykepleierne har utviklet. Alle legekantorets listeinnbygger med en diabetesdiagnose og deres pårørende får tilbud om å delta. Kurset varer fire timer fordelt på to kvelder og har plass til sju pasienter om gangen. Deltakerne lærer om diabetes, kosthold, og hva de kan gjøre selv for å håndtere sykdommen. Målet er å styrke pasienter og pårørende, og gi dem verktøy til å ta gode valg. Kurset kom i stand fordi sykepleieren opplevde å ikke ha tid til å gå gjennom alt pasientene selv kan gjøre innenfor tidsrammen av en årskontroll. Sykepleieren har brukt mye tid på å utvikle kurset. Det er endret underveis basert på systematisk evaluering. Pasienter har gitt gode tilbakemeldinger på kurset og bidratt med nyttige endringsinnspill. De har eksempelvis ikke laget tilsvarende kurs for kolspasienter siden det allerede finnes i kommunen. Sykepleierne har hatt lite enkel pasientkontakt (fire prosent), noe som kan tolkes som at de bruker et bredt spekter av sin kompetanse og i liten grad har overtatt helsesekretærarbeid.

Eierskap til PHT

Legene og sykepleierne ga samstemt uttrykk for **stort engasjement og eierskap til PHT**. Flere trakk fram at alles mulighet til medvirkning og påvirkning i utviklingen av PHT, har bidratt til dette. Friheten til å forme PHT lokalt, ses som svært viktig. PHT krever at legene omstiller seg og følelsen av eierskap har ifølge en av legene mye å si for om omstillingen oppleves som givende eller en byrde. De har fordelt utviklingsoppgavene. Noen har vært mer aktive i dette enn andre. Når det er jobbet fram en modell så har de diskutert og justert den sammen til noe de er enige om å prøve ut, så har alle forholdt seg lojalt til dette. Riktignok med noe variasjon i endringstakten blant legene. Det har vært en gradvis endring mer og mer i retning av lik praksis. Sykepleierne har vært viktige i dette arbeidet med sine klare ønsker om et homogent samarbeidet mellom den enkelte lege og sykepleier.

PHT-lederen fortalte at de er opptatt av å skape eierskap og teamfølelse blant medarbeiderne på legekantoret. Dette er et felles ansvar:

«Vi er tydelig på at vi skal være noe mer. Vi skal være noe ekstra. Og hva er det du kan bidra med inn i dette ekstra [...] være tydelig på at vi jobber som team. Vi trenger din deltakelse og ditt engasjement i dette teamet, for at teamet er ikke en leder og noen arbeidstakere altså, det er et fellesansvar.» (PHT-leder)

Det er en gjengs oppfatning blant informantene at det har blitt PHT med stor lyst. De ansatte sykepleier et år før PHT-forsøket, og var allerede i gang med å utforme en mer strukturert arbeidsmåte. Selv om det er legene som bestemmer pasientenes tilgang til PHT, opplever sykepleierne å ha stor tillit og mulighet til medvirkning på beslutningene. En sykepleier opplevde det som en stor styrke at sykepleieren som har vært der lengst, har blitt hørt og har hatt en så sentral rolle i utviklingen av PHT.

Helsesekretærene ga ikke uttrykk for samme eierskap til PHT som de øvrige. De mente at de burde vært mer involvert. Flere av de andre informantene fortalte at de har prøvd å få fram helsesekretærenes viktige rolle i makroteamet som ansiktet utad med ansvar for å sikre generell pasientflyt, kommunikasjon, samhandling, flyt på skadestue, resepsjon, venterom og laboratorium. PHT-leder medga at de fortsatt har litt å gå på når det gjelder å få helsesekretærene til å føle eierskap. Nye helsesekretærer opplever å ha et større eierskap enn de som har vært der lenge.

Ledelse

Samtlige informanter snakket om PHT-lederen som **en svært dyktig leder, med stort driv, arbeidskapasitet og engasjement** for PHT. Hans ledelse av makroteamet oppleveres som helt avgjørende for det de har fått til. Flere la imidlertid til at utøvelsen av lederskapet har hatt god grobunn i at en del av de øvrige medarbeiderne også har hatt et lignende engasjement og eierskap. De har også bidratt med lederskap og kollegiet har samlet sett latt seg lede. Det ble påpekt at det var stor forskjell på PHT-lederen før og etter lederutdanningen. Lederutdanningen ga PHT-lederen kompetanse til å lede og en helt annen ro som leder. PHT-lederen ser i større grad sine medarbeidere som en ressurs og har en større bevissthet om sin egen påvirkning.

Individuell tilfredshet

Samtlige leger og sykepleiere fortalte at de var **fornøyde med å jobbe i team og at de opplevde at legekantoret har funnet en god felles arbeidsmåte**. De har arbeidet mye sammen om å utvikle PHT og opplever at det har gitt et større faglig fellesskap enn før og økt trivsel på jobb. Både leger og sykepleierne ga uttrykk for at den faglige kompetansen til lege og sykepleier spiller godt sammen i pasientmøtene. Flere leger sa at det ville vært mer utfordrende å ikke jobbe i team. En fersk lege fortalte at hun verdsetter samarbeidet høyt, det sosiale rundt det og tryggheten det skaper. En erfaren lege trakk fram at det er fint å ikke være så alene om pasientene som man tradisjonelt er som fastlege. Sykepleierne ga uttrykk for at de opplever å ha en faglig spennende og sammensatt jobb, «selv om noe går igjen og gjøres på autopilot». De trives med arbeidsmåten og opplever godt samarbeid med alle legene.

Resultater av PHT

Alle legene og sykepleierne hadde konkrete fortellinger om enkeltpasienter som har hatt stor nytte av teamarbeidet dem imellom. De handlet om pasienter med diabetes, kols, psykisk sykdom, ruslidelser, sår, behov for livsstilsendringer og om skrøpelige eldre. Blant de skrøpelige eldre var det flere, ifølge informantene, som hadde økt sin livskvalitet betraktelig og levd lenger enn de ville gjort uten PHT. Det ble pekt på at **teamarbeidet gir økt kvalitet, mer oversikt, mer stabilitet i oppfølgingen og tid til å utforske uklar problematikk. Den systematiske tilnærmingen oppleveres å redusere feil, gi flyt og en jevn og større produksjon**.

Flere, også helsesekretærene, snakket om at pasienter gir uttrykk for å være fornøyd med PHT. Selv om de helsemessige resultatene for pasientene er viktigst for mange, trakk alle legene og sykepleierne også fram at **teamarbeidet gir arbeidstrivsel og trygghet**. Det gir også noen å dele gleder med – noen som kjenner pasienten og vet hvilken innsats som er lagt ned, eksempelvis for å komme i posisjon til å hjelpe en som er psykisk syk.

Teamstørrelse og sammensetning

Legekantoret har ansatt en administrator uten helsefaglig bakgrunn som tar seg av oppgaver knyttet til blant annet økonomi, IT og lokaler. Flere av legene snakket om hvordan denne løsningen opplevdes som en stor lettelse i arbeidsbyrden og en viktig forutsetning for å kunne konsentrere innsats om utviklingen av PHT.

Legekantoret hadde på intervjutidspunktet nylig vokst fra sju til ti fastleger samt en ALIS¹⁸ med introduksjonsavtale. Veksten hadde sammenheng med at legekantoret oppleves som et attraktivt arbeidsfellesskap med PHT. Flere var imidlertid usikker på om teamet begynte å bli for stort. En av sykepleierne var spent på hvordan det ville bli å forholde seg til ti ulike mikroteamledere.

Når det gjelder sammensetningen, mente flere at **makroteamet er stort nok med leger, sykepleiere og helsesekretærer**. Andre la vekt på at legekantoret hadde ansatt en **psykolog** som snart skulle starte og mente at det ville bli spennende å prøve det ut. De hadde ikke nødvendigvis dratt noen konklusjon om hvor passende en psykolog var i teamet. Noen snakket om **fysioterapeut** som noe det hadde vært spennende å prøve ut, mens andre mente bedre samarbeid og tilgang til fysioterapeut var viktig, men at de ikke helt så for seg at fysioterapeuten hører hjemme på legekantoret. Det ble også nevnt at det kunne vært nyttig med en **psykiatrisk sykepleier**.

Utviklingsplaner

Legekantoret har som nevnt, utviklet prosedyrer for oppfølgingen i PHT til gradvis nye pasientgrupper. Dette vil de fortsette med. Informantene så for seg å måtte jobbe en del med å innpasse de nye legene og psykologen. De jobbet også med å utvikle et prosjekt om kvalitetsarbeid på legekantoret, ikke som del av PHT-forsøket, men mer som et parallellprosjekt som legekantoret selv finansierer. En av sykepleierne skulle ha ansvar for dette.

6.2.2 LEGEKONTOR 2 – PRIVAT LEGEKONTOR (HONORARMODELLEN)

Beskrivelsen bygger på individuelle strukturerte intervju med PHT-leder, tre leger, to sykepleiere og et gruppeintervju med tre helsesekretærer.

Struktur i teamarbeidet

Informantene var samstemte om at legekantoret **ikke har utviklet noen felles arbeidsmåte som makroteam**. Det er få faste rammer rundt teamarbeidet utover at det er bestemt at den enkelte lege og den enkelte sykepleier (en somatisk og en psykiatrisk) skal ha ukentlige møter til drøfting og oppfølging av enkeltpasienter. Det er i tillegg **et fellesmøte i lunsjen en dag i uka** relatert til PHT. Prosjektmidler som legekantoret får fra Helsedirektoratet for å delta i PHT-forsøket, blir blant annet brukt til å honorere legene for møtedeltakelse. **PHT-lederen fortalte at han trodde det var enklere å legge om til teamarbeid enn det har vist seg å være. Det er krevende å finne formen, få klarhet og en felles forståelse av hvordan arbeidsmåter må endres.**

Sykepleierne opplevde **stor variasjon i samarbeidet med den enkelte lege**; én lege delegerer veldig mye og tør å gi fra seg ansvar, én delegerer lite, og to leger føler seg frem og prøver å forstå hva de kan bruke sykepleierne til. Den somatiske sykepleieren antok at lite delegering dels handlet om legenes faglige usikkerhet og frykt for å miste kontroll over pasientbehandlingen, dels at legene ikke ser nytten av PHT og opplever å ha kapasitet til å følge opp selv og dels om at delegasjon reduserer legenes inntjening. Den psykiatriske sykepleieren opplevde å ha jobbet mye selvstendig og i liten grad i team med legene. **Sykepleierne opplevde kontinuitet i de ukentlige møtene med legen som delegerer mye, mens de øvrige legene gjerne setter opp pasienter i den planlagte møtetiden.**

Det er PHT-lederen som delegerer mye til sykepleier. Han fortalte at dette gjerne handler om problematikk knyttet til diabetes og overvekt, og hjemmebesøk. Legen fortalte at delegasjonen er en klar bestilling, med åpning for at sykepleier kan utvikle den for å møte pasientens faktiske behov. Ofte innebærer det opplæring og mer forklaring som gir pasienten økt forståelse og evne til å håndtere egen sykdom. PHT-lederen har en særegen ordning, hvor helsesekretærene gjør det de kan gjøre av en årskontroll (diabetes og kols) på legens pasienter. Ordningen har eksistert siden før PHT og er videreført selv om det innebærer en ekstra økonomisk kostnad som PHT-lederen dekker selv. Sykepleier gjør årskontroller for øvrige legers pasienter.

Legen som delegerte lite til sykepleier, fortalte at han var fornøyd med fleksibiliteten i PHT som gjør at han selv kunne bestemme bruken. Begge legene som prøvde seg fram, fortalte om positive erfaringer med å samarbeide med sykepleier. En av legene syntes mangelen på en omforent arbeidsmåte var særlig utfordrende og ønsket seg mer stramme rammer rundt PHT. En av sykepleierne pekte også på utfordringene med mangel på rammer og mente **det hadde vært lettere om man kunne fortalt nye leger at PHT er det som er «innenfor denne boksen»**.

Helsesekretærene opplevde at de har en rolle i PHT som koordinator – et bindeledd mellom pasient, sykepleier og lege. De gjør mye av det samme som de gjorde før, men det er fint særlig å ha den somatiske sykepleieren å spille på. De opplevde henne som tilgjengelig og en de kan spørre om råd. De setter pasienter og

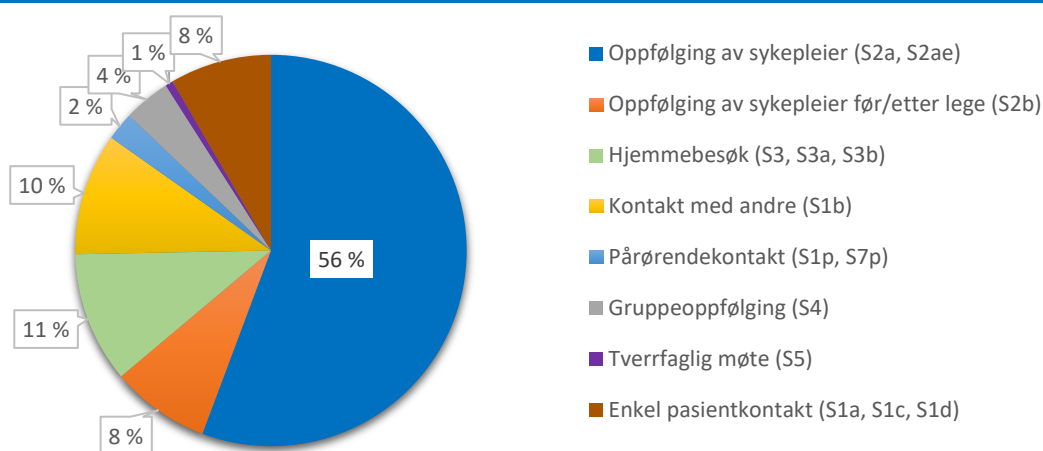
¹⁸ Allmennlege i spesialisering

pårørende i direkte kontakt med henne. Pasienters kontakt med den psykiatriske sykepleieren går mer via legene. Årskontrollene de bidrar til for PHT-lederen, gir fin avveksling. Helsesekretærene hadde også observert at legene jobber veldig ulikt med sykepleierne.

Takstgenererende kontakt med sykepleier

Figur 6-2 gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekontorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt. **Majoriteten av kontakter (56 prosent) har vært individuelle konsultasjoner på legekontoret mellom pasienter og sykepleier.** Den nest mest vanlige kontakten er hjemmebesøk av sykepleier. Deretter følger sykepleiers kontakt per telefon eller brev om pasienter med andre instanser. Den psykiatriske sykepleieren fortalte at hun i starten hadde gruppeoppfølging (medisinsk yoga) i tillegg til individuelle konsultasjoner. Gruppeoppfølgingen tok slutt under koronapandemien. I etterkant har det vært vanskelig å starte opp igjen. Sykepleierne har hatt lite enkel pasientkontakt (8 prosent), noe som kan tolkes som at de bruker et bredt spekter av sin kompetanse og i liten grad har overtatt helsesekretærarbeid.

Figur 6-2 Case 2 – Takstgenererende kontakt med sykepleier fordelt på type kontakt.
Periode: 1.5.2018-30.06.2022.



Kilde: KUHR.

Eierskap til PHT

Det har vært utfordringer i arbeidet med å få til teamarbeid på legekontoret på grunn av **stor ustabilitet blant legene, og manglende eierskap til PHT blant nye leger.** Da PHT-forsøket startet var det tre leger ved kontoret med et tydelig eierskap til prosjektet. Etter hvert har to av legene sluttet og tre nye har kommet til. Det har også vært ulike fastlegevikarer inne i korte og lengre perioder i løpet av forsøket. PHT-lederen opplevde å ha det sterkeste eierskapet og forklarte de øvrige legenes mangel på eierskap med at de ikke opplever samme grad av kvalitet og avlastning med PHT som han selv, og at de har mye oppmerksomhet på egen inntjening.

De tre øvrige legene bekreftet i stor grad forklaringen på deres manglende eierskap. De er usikre på den økonomiske bærekraften i PHT, særlig uten den økonomiske prosjektstøtten. En lege var eksplisitt ikke interessert i å sitte igjen med mindre for å finansiere PHT, og så det ikke som sin oppgave som selvstendig næringsdrivende lege å ansette sykepleier. Selv om pasientene fortjener bedre kvalitet, så blir PHT «*dobbelminus*» når legen må «betale» for arbeid legen opplevde å ha kapasitet til å gjøre selv. Situasjonen opplevdes likevel som et dilemma. Legen så på den ene siden et stort behov for PHT fordi legekontoret betjener en sårbar listepopulasjon, samtidig er de tre nyetablerte legene også sårbare rent økonomisk og i en helt annen livssituasjon enn den godt etablerte PHT-lederen. De velger ofte korte konsultasjoner som ikke rommer samarbeid med sykepleier.

Sykepleierne og helsesekretærene snakket også om en **tydelig mangel på felles utgangspunkt og eierskap til PHT blant legene.** Det er vanskelig å skape nødvendig eierskap når det stadig kommer inn leger som har mer enn nok med å bli kjent med sin listepopulasjon, ikke er nok informert om PHT og ikke helt vet hva de skal gjøre for å bli en del av det. Sykepleierne påpeker at det kanskje har manglet en ordentlig introduksjon og innføring. Man kan ikke forvente at tre nye fastleger av seg selv skal forstå hva PHT er og hvordan de skal jobbe.

Ledelse

PHT-lederen har ikke deltatt i lederutdanningen som tilbys som del av PHT-forsøket. Legen vurderte seg som for gammel til å ha nytte av lederutdanning, og var også usikker på hvilken nytte den har for et legekontor med flat

struktur. Men mer kompetanse på teamarbeid ville vært nyttig. PHT-lederen fortalte at han har prøvd å lede ved å skape eierskap. Prøvd å få fram hva de andre legene egentlig mener om PHT og få fram barrierer og utfordringer som de kan jobbe med å redusere. PHT-lederen mente at ledelse av PHT må være basert på konsensus. **Når konsensus mangler, blir det vanskelig å lede.**

Medarbeiderne på legekantoret opplevde ledelsen av PHT noe ulikt. Legene syns i hovedsak PHT-lederen har gjort en god jobb – bidratt med råd og veiledning og motivert dem til å bruke sykepleierne. En lege og en sykepleier savnet mer informasjon og diskusjon om hvordan de skal jobbe sammen og ønsket mer tydelige rammer og rutiner. Den andre sykepleieren pekte på **mangel på tid til ledelse** i en hektisk hverdag:

«noe faller litt bort av den lederbiten [...] det er rett og slett ikke tid til å få gjort det så ordentlig som han kunne ha gjort det» (Sykepleier)

Helsesekretærene syntes prosjektet hadde vært godt ledet. De hadde ingenting å sette fingeren på, men medga at de heller ikke hadde noe å sammenlikne med.

Individuell tilfredshet

Den individuelle tilfredsheten med PHT varierte blant legene og sykepleierne ved legekantoret. PHT-leder opplevde PHT som veldig meningsfylt og er opptatt av å følge opp kronisk syke på en kvalitativt god måte. Til det trengs det flere yrkesgrupper inn på legekantoret. En av legene var fornøyd med å kunne henvise pasienter til sykepleierne, og opplevde et godt og avlastende samarbeid. En annen lege svarte ikke direkte på spørsmål om egen tilfredshet. Legen fortalte i stedet at sykepleierne er veldig organiserte og motiverte og at de har vært heldige med dem. En tredje lege syns teamarbeidet med sykepleier for så vidt var greit (mikroteam), men opplevde ikke å jobbe i team med de andre legene (makroteam). Den ene sykepleier trivdes veldig godt, men var tidvis frustrert over at oppfølging som det er avtalt at lege og sykepleier skal gjøre sammen, ikke skjer i praksis. Hun var usikker på framtiden og usikker på om legene ønsker at hun skal være på legekantoret. Den andre sykepleieren hadde sin siste dag på legekantoret når intervjuet ble gjort. Hun ga tydelig uttrykk for misnøye og opplevde at hennes kompetanse var brukt feil den tiden hun hadde vært tilsatt. Hun hadde jobbet som helsesekretær om sommeren (mye mer enn stillingsprosenten hennes skulle tilsa), og fortalte om uenighet knyttet til måten hun hadde ønsket å jobbe med lange pasientkonsultasjoner. Da hun ble bedt om å endre til kortere konsultasjoner, sa hun opp.

Resultater av PHT

Informantene var samstemte om at **PHT har gitt gode resultater for enkeltpasienter og økt kvaliteten i pasientbehandlingen.** Alle informanter hadde konkrete historier å vise til, hvor de vurderte at oppfølging med PHT har gitt **stor helsegevinst for pasienter.**

Flere av legene fortalte at det gir dem stor tilfredshet når de opplever at pasientene får god behandling. Flere mente at pasientene også er veldig fornøyde. PHT-lederen mente imidlertid at pasienter ofte ikke klarer å skille mellom god og dårlig kvalitet. De er opptatt av å kunne kommunisere med legen. Det å bli hørt oppleves som god kvalitet og da blir de fornøyde. Veldig mange pasienter får nå tjenester av god kvalitet – noe PHT-lederen mener de kan tillate seg å være fornøyd med – men pasientene er ikke bevisst om det.

Flere informanter påpekte at tettere oppfølging med PHT oppleves som særlig nyttig og meningsfullt i relasjon til legekantorets listepopulasjon hvor mange har innvanderbakgrunn, dårlig økonomi, lav utdanning og av ulike årsaker ikke følger opp egen sykdom godt nok. Helsesekretærene fortalte om flere situasjoner hvor pasienter i akutte livskriser har fått god hjelp av at den psykiatriske sykepleieren har vært tilgjengelig for en lengre samtale på kort varsel. Det har roet situasjonen, og i flere tilfeller løst den. Helsesekretærene har hatt en annen løsning å tilby enn den de hadde før. Da satt de pasienten opp til en legetime langt fram i tid. Nå får pasienter god og rask helsehjelp av sykepleieren i samarbeid med helsesekretærene.

Økt arbeidstfredshet ble trukket fram av flere som et annet positivt resultat av PHT. Sykepleier mente at teamarbeidet får fram at alle spiller en nøkkelrolle. Det gjør noe med holdningene og respekten de har for hverandre. Det øker forståelsen for hva den enkelte kan bidra med og er god på. **Teamarbeidet gjør dem tryggere på hverandre. Det skaper et bedre arbeidsmiljø og samhold.**

Teamstørrelse og sammensetning

Informantene vurderte størrelsen på legekantoret med fire leger, en somatisk og en psykiatrisk sykepleier samt helsesekretærer som passe stort for PHT. PHT-leder mente at de med flere leger kunne hatt ressurser til å utvide staben med en administrativ ressurs som kunne gjort det lettere for det øvrige personellet å konsentrere seg om teamarbeid.

Informantene var **i hovedsak fornøyd med teamsammensetningen**, men både leger og sykepleier mente at det kunne vært nyttig med **psykolog**. Flere av legene mente de ville hatt mer nytte av en psykolog enn psykiatrisk sykepleier. PHT-leder fortalte at da de skulle rekruttere ny psykiatrisk sykepleier, diskuterte de med et annet legekantor i PHT-prosjektet om de skulle prøve å få en psykolog som de kunne dele på. Men det ble ikke noe av siden det var kort tid igjen av prosjektet. Flere av legene mente det kunne vært nyttig og prøvd ut et samarbeid med **fysioterapeut** i PHT. Mange pasienter har muskel- og skjelettplager og tilhørende høyt sykefravær, og trenger veiledning om hvordan de skal forholde seg til det. Det er lange ventelister hos kommunale fysioterapeuter og mange listeinnbyggere har ikke råd til privat fysioterapi. PHT-leder mente det også kunne vært nyttig å involvere **farmasøyt** i legemiddelgjennomganger.

Utviklingsplaner

PHT-lederen vurderer at det fortsatt er et stort behov for å jobbe med å øke legenes eierskap til PHT. Ingen av informantene snakket om utviklingsbehov/-planer utover dette.

6.2.3 LEGEKONTOR 3 – KOMMUNALT LEGEKONTOR (HONORARMODELLEN)

Beskrivelsen bygger på individuelle strukturerte intervju med PHT-leder, seks leger, to PHT-sykepleiere og et gruppeintervju med tre sykepleiere, én helsesekretær og én bioingeniør.

Struktur i teamarbeidet

Informantene var samstemte om at legekantoret **ikke har utviklet noen felles arbeidsmåte som makroteam**. På intervjudispunktet var det **ingen tydelige, faste rammer rundt teamarbeidet**.

PHT-forsøket startet med en intern bottom-up prosess hvor legene skulle finne ut av hvordan de best kunne nyttiggjøre seg sykepleierressursen. Selv om det ga litt bevegelse, førte det ikke til at det ble nok arbeid for de tilgjengelige sykepleierressursene. For at sykepleierne skulle ha noe å gjøre, valgte de derfor «det oppgatte mønsteret med kols og diabetes» og laget et strukturert opplegg for årskontroller – i likhet med de fleste andre legekantorene i forsøket. Pasienter ble valgt ut basert på systematisk gjennomgang av alle fastlegelistene og sykepleierne sto for innkalling. I tillegg til de strukturerte årskontrollene, ble det i starten etablert møter hvor sykepleierne og to leger (rullerende) skulle møtes jevnlig. Teampositive leger og leger med en mer avventende holdning til PHT ble koblet sammen for å utvikle tenkningen rundt PHT.

Opplegget med årskontroller brøt til dels sammen under pandemien fordi sykepleierne jobbet med mange andre ting og, det har vært vanskelig å etablere opplegget på nytt i etterkant. **Møtene opphørte også på grunn av pandemien**. Det har i tillegg vært ustabilitet blant fastlegene i forsøksperioden som dels skyldes et generasjonsskifte, dels vekst i antallet fastleger og dels fravær på grunn av spesialisering og fødsler som har resultert i mye vikarbruk.

I følge PHT-lederen skiller legekantoret seg fra mange av de andre legekantorene i forsøket, ved at de **hverken hadde en samarbeidskultur eller en legefaglig ledelse å bygge PHT på. Dette kombinert med vekst i antall fastleger, har gitt en krevende plattform for utviklingen av PHT**. Driften av legekantoret ble for noen år siden overtatt av kommunen. Hjelpepersonellet og PHT-sykepleierne er kommunalt ansatt, mens legene i hovedsak har næringsdriftavtaler, type 8.2, hvor de bytter basistilskuddet mot kommunal drift.

PHT-lederen var fastlege og kommuneoverlege da forsøket startet og fikk en 20-prosentstilling som kombinert legefaglig praksisleder og PHT-leder. Dette viste seg som en sårbar konstruksjon. Under pandemien har det ikke vært mulig i det hele tatt å fylle 20-prosentstillingen. Situasjonen har også vært ustabil for sykepleierne. De har som kommunalt ansatte løst mange ulike kommunale pandemioppgaver. I tillegg har den ene sykepleieren dekket opp sykefravær blant hjelpepersonellet på legekantoret. PHT-lederen beskrev situasjonen slik:

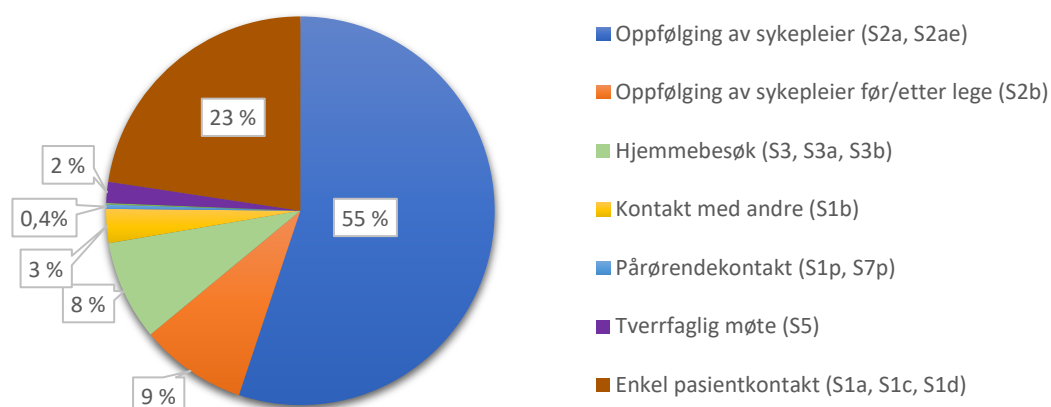
«[sykepleierne] har på en måte hele tiden også levd i en slags spagat mellom hva de faktisk må bidra med i forhold til andre oppgaver som skal løses, og det å produsere i

PHT [...] sånn til sammen så har det gitt oss lite rom for å kjenne på at vi har utviklet teamarbeid de siste årene.» (PHT-leder)

Takstgenererende kontakt med sykepleier

Figur 6-3 gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekantorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt. **Majoriteten av kontaktene (55 prosent) har vært individuelle konsultasjoner på legekantoret mellom pasienter og sykepleier.** Den nest mest vanlige kontakten er enkel pasientkontakt. Dernest følger oppfølging av sykepleier før/etter lege. Høy andel enkel pasientkontakt sett i lys av innsikt fra intervjuene, kan tyde på at sykepleierens kompetanse ikke utnyttes godt nok innenfor rammen av PHT. Dette har trolig sammenheng med sykepleierens involvering i pandemihåndteringen.

Figur 6-3 Case 3 – Takstgenererende kontakt med sykepleier fordelt på type kontakt.
Periode: 1.6.2018-30.06.2022.



Kilde: KUHR.

Eierskap til PHT

PHT-lederen fortalte om **stort spenn i legenes syn på PHT – fra helt passiv og uinteressert i den ene enden, til entusiasme og engasjement i den andre.** En av legene fortalte at en del av legene ikke vet hvordan de skal jobbe i team med sykepleierne og at de heller ikke har lyst til å prøve det ut. Selv har han erfaring med teamarbeid fra før og liker arbeidsmåten. En fersk lege fortalte at han var blitt sosialisert inn i teamarbeid gjennom å bli rådet til å prøve det ut av sin veileder på legekantoret. En eldre lege mente han var for gammel til å legge om arbeidsmåten. To leger mente at målsettingen med PHT, hva sykepleierne skal gjøre og hvordan PHT skal fungere i praksis er for diffust og at det er for lite struktur rundt arbeidet. En av legene opplevde tid som den store mangelvaren og syntes ikke det var særlig forlokkende å investere ekstra arbeid og fritid på å utvikle PHT, som legen mente er veldig idealistisk og fint på papiret, men ikke fungerer i praksis. Legen mente det var mer nyttig å ha tid til selv å ha direkte kontakt med hjemmesykepleiere og at sykepleierressursene kunne vært bedre brukt i den kommunale helsetjenesten. Legen ville heller hatt en ekstra fastlegestue for å få levelige arbeidsdager. Den andre legen var ikke kritisk til ideen med PHT, men så ikke den store forskjellen på PHT og et velfungerende hjelpepersonell med sykepleiere. Videre mente legen at mangel på eierskap rundt både PHT og andre prosjekter handlet om frustrasjon blant legene mot kommunen «fordi at man føler at man bare er på besøk og jobber». Legen opplevde å være «en slags leilending» uten eierskap til legekantoret i en kommune som ikke vil ha legene som kommunalt ansatte.

Sykepleierne syntes teamarbeidet fløt veldig fint med mange av legene, men ikke med alle. En av dem fortalte at det har vært utfordrende med en erfaren legestab som ikke har hatt særlig vilje til å endre arbeidsmåte. Noen har en «aversjon eller motstand» som gjør kommunikasjonen vanskelig: «jeg vet ikke om de føler at vi kanskje invaderer pasientlistene deres, altså at vi går inn og forstyrrer». Etter hvert som nye fastleger og yngre fastlegevikarer har kommet inn, har det blitt enklere. De yngre legene er mer vant til å gjøre oppgaver sammen med sykepleier.

Det øvrige helsepersonellet opplevde at de i liten grad er involvert i PHT. De tror sykepleierne avlaster legene og skulle gjerne visst mer om hvordan de kan jobbe bedre sammen. De opplever at det er vanskelig å vite hva

de kan gjøre annerledes siden de aldri har møter om PHT. Når øvrig helsepersonell (og også noen av legene) snakket om PHT, var det de to sykepleierne de mente. På spørsmål om hvorfor det var sånn, svarte en av dem:

«det [virker] som andre legekantor er involvert alle sammen, altså det er vi på legekantoret som er primærhelseteam. Mens vi her har alltid oppfattet [primærhelseteam] som de. [...] Ja, så jeg føler det er et eller annet vi har gått glipp av, altså.» (Øvrig helsepersonell)

Ledelse

PHT-lederen vurderte selv at det har vært **et klart underskudd på ledelse av PHT-forsøket**. Hans ressurser har i en lang periode gått med til pandemihåndtering. De øvrige informantene opplevde også fravær av ledelse i PHT-forsøket.

Samtlige informanter snakket om at de også opplevde mangel på ledelse av legekantoret. Siden kommunen tok over driften, har en helseleder formelt ledet legekantoret. Vedkommende er ikke fast til stede på legekantoret. Helselederen er ikke lege og mangler, ifølge PHT-leder, legitimitet til å lede et fastlegekorps. Det blir i realiteten ingen ledelse, noe som ble tydelig med PHT-forsøket, og kraftig forsterket under pandemien. Veksten i personell som har vært ved legekantoret de siste årene, tydeliggjør ifølge informantene behovet for ledelse. Legefaglig ledelse var sterkt ønsket blant legene. Som kommunalt ansatte, har sykepleierne opplevd at det er helselederen som styrer arbeidstiden og arbeidsinnholdet og det har i perioder vært viktigere for kommunen at de gjør annet enn PHT-arbeid.

Individuell tilfredshet

Den individuelle tilfredsheten med PHT varierte blant informantene. Tre av legene var veldig fornøyd med PHT. De liker teamarbeid som arbeidsmåte, opplever avlastning og setter pris på å kunne komme ut av kontoret og ha noen å diskutere og tenke sammen med. En fjerde lege opplevde ikke å jobbe i team med sykepleierne, til det mente legen at sykepleierne gjør for lite egne vurderinger og tar for lite ansvar. Men legen opplevde dem som en avlastende ressurs. En femte lege snakket om samarbeidet med sykepleier som parallellkjøring og dobbeltarbeid, og var usikker på om det følte avlastende eller meningsfullt for egen del. Til det er arbeidet for lite strukturert. Det er et fint tillegg som kan være nyttig for pasienten, men betyr ikke så mye for hennes egen del. Den sjettede legen var tilfreds med å ikke jobbe i team. Begge sykepleierne opplevde å ha kommet godt inn i rollen, og trivdes i den. Det å bli brukt til andre ting enn PHT, opplevdes frustrerende. Men det å ikke bli brukt av enkelte leger, la ingen demper på trivselen.

Resultater av PHT

Legene hadde **ulike vurderinger av resultatene** av PHT. På den ene siden var det leger som snakket om at PHT har gitt bedre kontakt med dårlige etterspørrere som tar imot tilbud om oppfølging fordi den nå gis i en annen form; med mer tid og mer imøtekomende. Pasienter med diabetes og behov for livsstilsendring ble også trukket fram som en pasientgruppe med nytte av PHT. Sykepleiers undersøkelser og oppfølging gir et bedre underlag for legens konsultasjon. Flere leger mente pasientene var fornøyde med å komme til sykepleier. Det er kortere ventetid, de har mulighet til å ta opp flere problemstillinger når det er hos sykepleier og de føler seg i større grad sett og hørt. Mange pasienter «holdes bedre flytende» fordi de nå har flere kontaktpunkter inn til legekantoret. Særlig gjelder det en del rus-/psykiatripasienter som har mye kontakt med den ene av sykepleierne. Legene opplevde at det var både givende og avlastende å kunne gi bedre helsehjelp til pasienter med PHT. For å få et godt behandlingsresultat trenger pasienter ofte mer forklaring og oppfølging enn det legene har tid til å gi.

På den andre siden var det leger som synes det var **vanskelig å vurdere resultatene** av PHT. Mest fordi målet oppfattes som diffust og at det er uklart hva man skal lykkes med. En lege opplevde at sykepleierne har høy faglig kompetanse, at pasientene har et godt forhold til dem og at de opplever en lavere terskel for å ta kontakt. En annen lege mente at det kan oppleves utilfredsstillende for pasienter å ikke få komme til lege. Legen trodde ikke at PHT bidrar vesentlig til å gjøre fastlegetjenesten bedre og hadde ikke inntrykk av at de med PHT har klart fange opp dårlige etterspørrere noe bedre enn før. Legen mente det ofte er mye ressurser også rundt dårlige etterspørrere – man er ikke avhengig av at PHT er på saken. Når det gjaldt ivaretagelsen av multimorbide eldre, opplevde ikke legen at sykepleierne hadde kompetanse til å bidra.

Sykepleierne mente at mange pasienter opplever bedre og tettere oppfølging nå enn før på mange områder. Tiden de har til rådighet for pasienten gir mulighet for gode samtaler om hvordan de har det. De bidrar til økt egenmestring av kroniske sykdommer. Helsesekretær og annet helsepersonell ved legekantoret fortalte at sykepleierne er på jevnlig hjemmebesøk og er involvert i ressurskrevende pasienter som ofte er på legekantoret eller søker kontakt på telefon. De antok at dette må virke avlastende for legene.

Teamstørrelse og sammensetning

I løpet av PHT-forsøket har antallet leger vokst fra syv til ti på legekantoret. **Flertallet blant informantene syntes makroteamet var passe stort.** En av sykepleierne kunne tenke seg en **psykiatrisk sykepleier**. En lege mente teamet kunne vært supplert med en **fysioterapeut**. Utover dette syntes de fleste informantene at sammensetningen med lege og sykepleier var hensiktsmessig, men to av legene mente det ikke var behov for sykepleiere og PHT så lenge legene hadde så høyt arbeidspress. De ønsket **flere leger** inn på legekantoret. I den forbindelse pekte en av legene på at det er sprengt kapasitet i dagens bygningsmasse som ikke gir rom for å utvide staben. Utover dette mente legen at legene burde vært arbeidsgivere for det øvrige helsepersonellet på legekantoret. Det ville tvinget dem til å finne bedre arbeidsmåter enn det de har i dag. Da ville de ikke opplevd at det kommunalt ansatte personellet hadde blitt trukket ut fra legekantoret til pandemihåndtering, noe som ifølge legen hadde ført til at de hadde hatt lavere kapasitet enn vanlig i legetjenesten. Samtidig kunne legen ikke tenke seg å ha personalansvaret for det personellet de hadde nå. Det var etter legens mening altfor mye med fire sykepleiere blant det øvrige personellet (i tillegg til de to PHT-sykepleierne) som ikke brukes fornuftig, sett i forhold til den fagkompetansen de har.

Utviklingsplaner

Nesten alle informantene snakket om behovet for å re-starte PHT. Utover dette ble ingen utviklingsplaner nevnt.

6.2.4 LEGEKANTOR 4 – KOMMUNALT LEGEKANTOR (DRIFTSTILSKUDDSMODELLEN)

Beskrivelsen bygger på individuelle strukturerte intervju med PHT-leder, tre leger, to PHT-sykepleiere og to gruppeintervju med hjelpepersonell (det ene med én sykepleier og én bioingeniør, det andre med én sykepleier og én helsefagarbeider).

Struktur i teamarbeidet

Informantene var enige om at **legeskantoret har utviklet en felles arbeidsmåte**. Legeskantoret ble beskrevet som teambasert med flere sykepleiere i staben lenge før PHT-prosjektet ble etablert, men **PHT-forsøket har bidratt til mer målrettet bruk av både sykepleierressursene og de andre fagressursene**. Sykepleierne hadde tidligere stort sett samme funksjon som helsesekretærer. I starten av prosjektet var det skille på PHT-sykepleierne og de andre sykepleierne, men etter hvert har alle sykepleierne fått egne oppgaver i PHT. En av dem har kolskontroller, en skal følge opp den fysiske helsen til psykisk syke pasienter, og en tar hypertensjonskontroller. PHT-sykepleierens hovedoppgave er pasientoppfølging gjennom hjemmebesøk og konsultasjoner på legekantoret. Den ene PHT-sykepleieren har hovedansvar for diabetespasientene og den andre jobber mye med prosjektet «80-årskontrollen». PHT-sykepleierne jobber noen dager i måneden med helsesekretær-oppgaver, slik at alle kjenner hverandres funksjoner.

Ifølge PHT-leder har **hver av legene en av PHT-sykepleierne som primærkontakt, med ansvar for å koordinere samarbeidet mellom legen, seg selv og de øvrige medlemmene i makroteamet**. Det er laget en **møtestruktur som innebærer ukentlige møter mellom PHT-sykepleierne og hver enkelt lege**. På disse møtene tar lege og sykepleier opp aktuelle pasientsaker. Informantene beskriver disse møtene som nyttige. I tillegg har de lav terskel for å ta en kjapp prat i gangen når det er behov for det. De bruker også 'gule lapper' i journalsystemet til kommunikasjon.

Alle på kantoret deltar på daglige morgenmøter på 10-15 minutter der de snakker om dagen i går og dagen i dag samt løst og fast. De samles også ofte til en liten uformell «debrief» når telefonene stenges på slutten av dagen. Hvert år har de et seminar der de gjerne reiser bort 2-3 dager. Prosjektmidlene fra Helsedirektoratet brukes blant annet til slik teambygging og kompetanseheving. PHT-leder ønsker at flest mulig deltar. Legeskantoret kan ikke stenges, så de prøver å få det til når de har gode vikarer som kan drifte kantoret og legevakt i 1-3 dager.

Alle legene uttrykte interesse for å delta i teamarbeid. Noen beskrev aktiv bruk av PHT-sykepleier til sine diabetespasienter, kreftpasienter, utskrevne fra sykehus og oppfølging av dårlige etterspørrere. Noen fortalte at de må minnes på at de kan bruke PHT-sykepleier. En lege som nå har sluttet var ikke så interessert i teamarbeid,

så der fungerte det ikke noe særlig ifølge PHT-sykepleier. Denne legens liste er preget av mange gamle og multisyke med store behov, og mange som har hjemmesykepleie. PHT-sykepleierne fortalte at de ofte kontaktes av hjemmesykepleien og følger opp pasientene på eget initiativ. Legevikarene som nå dekker listen, setter stort sett pris på denne ordningen.

Informantene var samstemte om at **teamarbeidet fungerer best når rollene er avklart, og sykepleiere og leger har ansvar for sine områder**. PHT-sykepleier understreket at det er viktig å ikke gå utover sitt kompetanseområde, men innenfor denne rammen opplever de å stå fritt til å løse ting slik de mener er best. Legene opplevde også stor handlefrihet i måten å jobbe med PHT på. De fortalte at de stort sett jobber ganske likt med de ulike sykepleierne, men at det kan variere noe med hvilket ansvarsområde sykepleieren har. Sykepleierne og øvrig personell erfarte at de tilpasser seg legenes ulike arbeidsmåter og personligheter, men det er en felles struktur som skaper gode rammer rundt samarbeidet i mikroteamene. De baserer oppfølgingen av kronikere på nasjonale retningslinjer, og bruker for eksempel NORRISK-kalkulatoren når de gir tilbakemelding til pasientene etter blodtrykkkontroller.

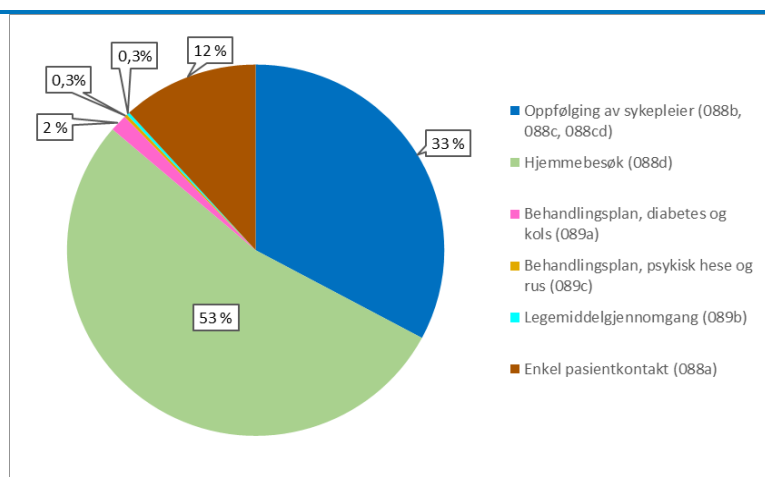
PHT-lederen fortalte at når hun delegerer pasientoppgaver til sykepleier innebærer det at sykepleier tar selvstendig ansvar innenfor sitt kompetanseområde. Fedmepasienter følges også stort sett opp av sykepleier i samarbeid med ernæringsfysiolog i kommunen. En annen av legene fortalte at hun ønsker å ha mer styring, og mente det er viktig å holde en viss balanse for at legen ikke skal havne helt på sidelinjen. Legene var samstemte om at det er nyttig å delegere oppgaver til sykepleiere. Spesielt det at PHT-sykepleierne drar på hjemmebesøk er avlastende for legene og bidrar til mer helhetlig oppfølging.

Helsefagarbeideren er ikke direkte del av PHT, men har en slags ledelsesfunksjon med administrativt ansvar for timebøker, personal, ferier, innkjøp osv. Helsefagarbeideren koordinerer og legger til rette for hvordan PHT-dagene skal se ut, samt har kontakt med pasienter og pårørende i telefon og resepsjon. Alle informantene understreker at helsefagarbeideren er nødvendig som en del av helheten. Som en av legene sa: – «*alt er jo teamarbeid, alt vi gjør her*». Helsefagarbeideren kjenner de fleste i lokalsamfunnet, og kan bidra til å motivere pasientene til å ta imot tilbud om oppfølging. Helsefagarbeideren kan også viderefremme til PHT-sykepleier eller lege når hun hører at for eksempel en kols-pasient virker dårlig. Helsefagarbeideren har ofte mye verdifull informasjon fra pårørende som ringer inn for sine skrøpelige eldre. PHT-leder uttrykte ønske om at helsefagarbeider skal være aktivt med i PHT, blant annet ved å jobbe med systematisk brukeroppfølging.

Takstgenererende kontakt med sykepleier

Figur 6-4 gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekontorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt.

Figur 6-4: Case 4 – Takstgenererende kontakt med sykepleier fordelt på type kontakt. Periode: 01.09.2018-30.06.2022.



Kilde: KUHR.

Majoriteten av kontakter (53 prosent) er hjemmebesøk. Den nest mest vanlige kontakten er individuelle konsultasjoner på legekontoret mellom pasient og sykepleier. Deretter følger enkel pasientkontakt. Det er stor variasjon i omfanget av takstgenerering knyttet til den enkelte liste. Alle informantene mente at dette først og fremst skyldtes ulik pasientsammensetning.

Eierskap til PHT

Alle informantene uttrykte en opplevelse av å høre til i teamet. Flere fortalte at eierskapsfølelsen har utviklet seg over tid i takt med at prosjektet og teamarbeidet har funnet sin form. I starten var det PHT-leder og PHT-sykepleierne som var mest engasjert. Mange pekte på PHT-lederens engasjement og målrettede arbeid for å trekke alle med som en viktig faktor for teamfølelsen.

Ledelse

Alle informantene framhevet PHT-leder som **engasjert, inkluderende, positiv og løsningsorientert. Målet om at alle skal med, har vært en tydelig og virkningsfull ledetråd.** En PHT-sykepleier beskrev hvordan lederen legger opp til systematisk arbeid med planer og utvikling av prosjektet, har tydelige ønsker, men samtidig er åpen for innspill. PHT-lederen selv uttrykker det slik:

«hvis det skal fungere på et kontor så må du ha en eller annen slags leder, du må ha noen som, som trekker de litt store linjene, noen som motiverer og inspirerer og hjelper folk til å løfte seg litt over det daglige slitet og se det litt større bildet da.» (PHT-leder)

Flere kommenterte at **lederutdanningen virker nyttig for utvikling av ledelsesfunksjonen, og at PHT-lederen virker tryggere i rollen når det dukker opp uenighet som må håndteres.** Noen av sykepleierne understreket viktigheten av at en leder ikke må være konfliktsky, men våge å ta vanskelige samtaler. Alle informantene beskrev et godt arbeidsmiljø.

Individuell tilfredshet

Det var en gjennomgående tilbakemelding fra informantene om at de **trives med å jobbe i team, og at det oppleves meningsfullt. Legene uttrykte at teamarbeidet fører til at de gjør en bedre jobb, og det gir stor glede.** En av legene pekte på de årlige samlingene som viktige for å sveise dem sammen som makroteam gjennom refleksjon og utvikling av teamarbeidet, noe som igjen gir glede i hverdagen. Flere var godt fornøyd med tilbudene om kurs og kompetanseheving, og at arbeidet i team er både spennende og faglig utfordrende. PHT-lederen uttrykte stor tilfredshet over å få videreutvikle seg som leder, og var godt fornøyd med muligheten til lederutdanning, selv om den første modulen kom på feil tidspunkt midt oppi oppstarten av PHT på kontoret. Hun oppsummerte det å være med i PHT-prosjektet som et stort privilegium både for legekantoret og lokalsamfunnet.

Resultater av PHT

Det var bred enighet blant informantene om at **PHT har ført til bedre og mer systematisk oppfølging av pasienter med diabetes, kols og hypertensjon.** Mange pasienter har oppnådd bedre målinger og økt livskvalitet. Også skrøpelige eldre og palliative pasienter har fått tettere oppfølging, blant annet med hjemmebesøk fra PHT-sykepleier (og noen ganger lege) og bedre tilgjengelighet på telefon. Dette gir trygghet for både pasienter og pårørende. Flere informanter mente at pasienter og pårørende har lavere terskel for å kontakte PHT-sykepleier enn legen, og at det kan bidra til at forverringer fanges opp tidligere slik at innleggelser kan unngås ved at tiltak settes inn i hjemmet i tide.

Legene var samstemte om at **PHT fører til bedre kvalitet i pasientarbeidet,** og alle hadde konkrete fortellinger om pasienter som har hatt nytte av denne måten å jobbe på. En av legene sa det slik:

«Så jeg tenker vi gjør en bra jobb hvis vi kan følge opp pasientene på en sånn måte at de føler seg trygg og at man kanskje unngår noen innleggelser og litt sånn fordi at man klarer å liksom ta tak i ting tidlig nok eller kan ordne opp her selv.» (Lege)

PHT-lederen mente at **prosjektet bidrar til god stemning og trivsel på jobb.** Det ser også ut til at kommuneledelsen legger merke til det gode arbeidet, noe som har ført til at det er lettere å få gjennomslag for ressurser i budsjettsaker.

Teamstørrelse og sammensetning

Informantene var stort sett fornøyd med **størrelsen på både makro- og mikroteamet, og mente at de er godt tilpasset kommunen de skal betjene.** Mange nevnte psykolog og fysioterapeut som de to yrkesgruppene det kunne vært nyttig å ha med i teamet. På den annen side samarbeider de allerede godt med både disse og

andre faggrupper i kommunen gjennom de vanlige strukturene, og fungerer som utvidet team når det trengs. De fleste helseprofesjonene er samlet i samme hus, så det er kort vei til hverandre. Det er PHT-sykepleierne som koordinerer samarbeidet:

«Vi blir på en måte en slags mellomledd. Og jeg tenker at det er en grei ting. For hvis fastleger skulle være med på alle de treffpunktene, så hadde det tatt store deler av dagen deres, og det tror jeg ikke hadde vært effektivt eller bærekraftig.» (Sykepleier)

PHT-leder fortalte at alle legene har andre kommunale allmenlegeoppgaver i tillegg til å være fastlege, og at listene i lys av dette har vært for lange. For å kunne redusere listene har de nå utvidet med en fastlegestilling, og planlegger ytterligere utvidelse slik at de samlet blir syv leger og 1-2 LIS1¹⁹. Med alle medarbeidere blir makroteamet dermed på 16 personer, noe som PHT-leder mente kanskje er litt stort, men vil løse dette med å etablere under-team.

Utviklingsplaner

PHT-leder fortalte at de hele tiden jobber med utvikling av prosjektet og ser etter nye bruksområder for PHT. De har et ønske om å engasjere hele kontoret og store deler av kommunen, og hun ønsker å få inn flere sykepleiere.

6.2.5 LEGEKONTOR 5 – PRIVAT LEGEKONTOR (DRIFTSTILSKUDDSMODELLEN)

Beskrivelsen bygger på individuelle strukturerte intervju med PHT-leder, tre leger, én sykepleiere og et gruppeintervju med to helsesekretærer.

Struktur i teamarbeidet

Informantene beskrev **ingen enhetlig arbeidsmåte som makroteam**. PHT-leder fortalte at det hadde vært utfordrende å få en sykepleier på kontoret siden de ikke hadde hatt det før. De var opptatt av at legene har regien på hva PHT skal være, og at sykepleier er et supplement. Samtidig måtte de finne ut hva sykepleier kunne gjøre uten at helsesekretærene følte at deres oppgaver ble overtatt. Men på grunn av mangel på helsesekretærer gjør sykepleier likevel noen av deres oppgaver. Sykepleieren fortalte at hun første del av dagen gjør kontroller (diabetes osv.), og siste del av dagen er hun på skiftestua med spirometri, EKG, blodtrykk, 24-timers-BT, injeksjoner og sårstell. Egentlig er det helsesekretærene som har ansvar for skiftestua, men de har vært underbemannet, så hun avlaster dem: «Ja, så jeg ble litt sånn poteten i klinikken da, rett og slett.»

Legene fortalte at de har **stor frihet til å vurdere hvilke pasienter som skal til sykepleier**. Den vanligste oppgaven de delegerer er årskontroller av diabetespasienter, og etter hvert kols-kontroller. Utover dette tildeles sykepleier noen støttesamtaler, hjemmebesøk, enkle funksjonstester, utredning av demens og depresjon med utfylling av tidkrevende spørreskjema, oppfølging av sår og kartlegging av legemiddelbruk. Vanligvis settes pasienten opp til sykepleierkonsultasjon i forkant av legetime. De kan legges samme dag eller på forskjellige dager. Informanter trakk fram at for pasienten blir det siste alternativet dyrest fordi de må betale egenandel hos både sykepleier og lege. Dobbelttime hos sykepleier og lege samme dag blir rimeligere for pasienten, men kan øke ventetiden. Det settes av 30 minutter til konsultasjon hos sykepleier, mens legene har 20-minutters konsultasjoner.

Makroteamet har et ukentlig fellesmøte der ting kan tas opp. Mikroteamsamarbeidene mellom sykepleier og den enkelte lege, ble av informantene beskrevet som gode og nyttig, men litt haltende. Det var lagt en fast møteplan med en halvtimes møte mellom sykepleier og den enkelte lege hver uke, men sykepleieren fortalte at **disse møtene ofte ikke ble noe av fordi det var satt opp pasienter i legenes timebøker i det aktuelle tidsrommet**. Mye av kommunikasjonen mellom lege og sykepleier foregår derfor med elektroniske meldinger. Hun beskrev det slik:

«Hvis det hadde vært en spesiell, altså en mal på dette her som alle måtte følge, der jeg vet akkurat hvordan jeg gjør ting og alle de andre også gjør det samme. At alle vet hva de skal gjøre til enhver tid. Da hadde det jo selvfølgelig vært mye bedre. Men jeg skjønner jo at det blir jo ikke så lett da, når de plutselig har satt pasienter klokka ett og

¹⁹ Lege i spesialisering del 1

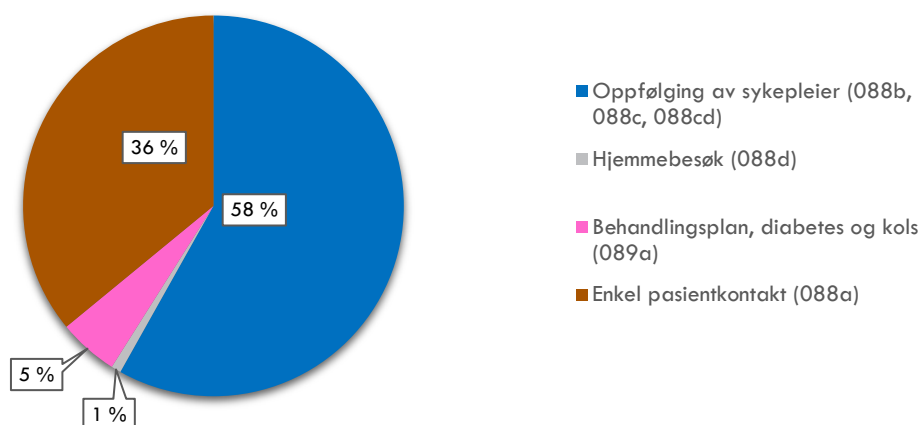
kvart over ett og halv to så kan jo ikke jeg komme inn imellom der. Og da blir det intern melding, og så får de gå gjennom og se.» (Sykepleier)

Takstgenererende kontakt med sykepleier

gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekantorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt. **Majoriteten av kontakter (58 prosent) er oppfølging av sykepleier.** Den nest mest vanlige kontakten er enkel pasientkontakt (36 prosent). Derneft følger behandlingsplan diabetes og kols (5 prosent). Den høye andelen enkel pasientkontakt gjenspeiler trolig at legekantoret har hatt en periode med langtids sykefravær blant helsesekretærene og at sykepleierkompetansen av den grunn ikke ble utnyttet godt nok. Det er stor variasjon i omfanget av takstgenerering knyttet til den enkelte liste. Informantene mente at dette først og fremst skyldtes ulik pasientsammensetning på listene, samt at noen av legene var i oppstartsfase.

Figur 6-5 gir en oversikt over hvilken takstgenererende kontakt legekantorets listeinnbyggere har hatt med sykepleierne siden PHT-forsøket startet, fordelt på type kontakt. **Majoriteten av kontakter (58 prosent) er oppfølging av sykepleier.** Den nest mest vanlige kontakten er enkel pasientkontakt (36 prosent). Derneft følger behandlingsplan diabetes og kols (5 prosent). Den høye andelen enkel pasientkontakt gjenspeiler trolig at legekantoret har hatt en periode med langtids sykefravær blant helsesekretærene og at sykepleierkompetansen av den grunn ikke ble utnyttet godt nok. Det er stor variasjon i omfanget av takstgenerering knyttet til den enkelte liste. Informantene mente at dette først og fremst skyldtes ulik pasientsammensetning på listene, samt at noen av legene var i oppstartsfase.

Figur 6-5: Case 5 – Takstgenererende kontakt med sykepleier fordelt på type kontakt.
Periode: 07.08.2018-30.06.2022.



Kilde: KUHR.

Eierskap til PHT

Informantene beskrev **varierende grad av eierskap til PHT-prosjektet.** PHT-leder forklarte at det har skjedd en del endringer i kantoret i løpet av forsøksperioden, blant annet tilsetning av to nye leger på 0-liste, og at både første PHT-leder og første sykepleier har sluttet. Nåværende PHT-leder har vært aktivt med og har følt eierskap til prosjektet helt fra starten. En annen av legene som var med fra starten fortalte om sin skepsis til PHT i utgangspunktet, særlig finansieringsmodellen, men etter hvert opplevde det veldig bra. De andre legene hadde ikke erfaring fra teamarbeid, og noen har brukt tid på å komme inn i det. De uttrykte tilfredshet med teamarbeidet, selv om en av dem etterlyste mer tid til å utvikle PHT og samarbeidet. Det samme gjorde sykepleier, som overtok i fjor. Hun opplevde at den forrige sykepleieren hadde laget et godt system, men det var mye nytt for henne, og hun savnet en plan for hvordan hun skulle jobbe:

«Jeg kom liksom hit og så ble jeg sittende alene og bare okay, nå må jeg finne ut av dette der. Jeg måtte ordne opp i alle tilganger, telefoner, så jeg satt, jeg følte at jeg gjorde alt det som jeg har vært vant til å få tilrettelagt før.» (Sykepleier)

PHT-leder mente at helsesekretærene opplever seg som en del av makroteamet fordi de er med på møter og samlinger og deltar i utformingen av PHT, mens **helsesekretærene selv opplevde å være satt på sidelinjen og ikke bli hørt**. Helsesekretærene fortalte at de nå for det meste besvarer telefoner, og at de ikke er fornøyd med det. De har ikke fått noen spesiell rolle i PHT utover at de kan vurdere om pasientene skal til lege eller sykepleier noen ganger, og har mistet oppgaver på skiftetua som de trivdes med. En av legene beskrev det som at helsesekretærene er kommet i skyggen av PHT.

Ledelse

PHT-leder fortalte at det var utfordrende å overta lederrollen. Det er vanskelig å rekke over alt med full liste og skulle være leder i tillegg. Det er ikke satt av tid til ledelse. De har vurdert om det går an å skille på oppgaven som daglig leder og som PHT-leder, men har kommet til at rollene overlapper såpass mye at det vil være ugunstig å dele på to personer, «...fordi mange av de tingene vi vil implementere i PHT, det må man jo gjøre via ledelse av kontoret.». PHT-leder var godt fornøyd med å kunne delta på lederutdanning gjennom PHT-prosjektet.

Legene var delt i synet på ledelsesfunksjonen. Helsesekretærene fortalte at de opplevde lite synlig ledelse, og savnet oppfølging. Ifølge sykepleieren har det ikke vært noen tydelig ledelse. Hun opplevde å ha fått lite veiledning og få føringer:

«For jeg var usikker på mine oppgaver. Og når det plutselig viste seg at ting ikke ble gjort, så var det **det** jeg skulle gjøre ikke sant, bare oi. Så der har det vært ikke så tydelig ledelse nei.» (Sykepleier)

Individuell tilfredshet

Det var stor variasjon i informantenes omtale av egen tilfredshet. PHT-leder fortalte at det var nyttig å kunne ta videreutdanning i ledelse samtidig som han leder legekantoret og PHT, fordi han da kunne få prøvd ut og implementert det han lærte.

Flere av legene opplevde det som positivt å jobbe i team, men at de har liten tid til å utnytte potensialet. Dette skyldes dels ytre forhold, som for eksempel at en av legene hadde fått hundrevis av nye pasienter på listen i løpet av få måneder som det tok tid å bli kjent med. Stor arbeidsbelastning ble av flere beskrevet som hinder for teamarbeidet, og det påvirket trivselen negativt. En av legene savnet mer oppmerksomhet og omsorg for hverandre.

Flere av informantene mente at lønnsnivået kunne vært høyere, arbeidsbelastningen tatt i betraktning. Sykepleier hadde oppdaget at hun var dårlig lønnet sammenlignet med andre PHT-sykepleiere, selv om hun tjener bedre enn i sin forrige jobb.

Helsesekretærene fortalte om en frustrerende arbeidssituasjon med stor arbeidsbelastning og lav jobbtildfredshet. De har varslet om situasjonen flere ganger, men savnet oppfølging av dette. På intervjudispunktet var en helsesekretær langtidssykemeldt og en hadde fått seg jobb på sykehus.

Resultater av PHT

Informantene var samstemte i at **PHT har ført til bedre og mer systematisk oppfølging av blant annet diabetes- og kolspasienter, og at mange pasienter har fått riktigere medisinbruk fordi sykepleier har forklart dem om riktig bruk** av f.eks. inhalator, samt bidratt til legemiddelgjennomgang. Flere av legene mente at behandlingsretningslinjene blir bedre fulgt. Informantene pekte også på at det er blitt lettere tilgang for pasientene når de kan spørre sykepleier. En av legene fortalte at en del av pasientene med innvandrerbakgrunn var skeptiske til å gå til sykepleier i starten, de ville helst til legen, men at de etter å ha vært til sykepleierkonsultasjon var godt fornøyd. Sykepleier hadde samme erfaring. **Språket kunne være en utfordring, og noen pasienter foretrakk å gå til den legen som kunne deres morsmål framfor å bruke tolk hos sykepleier.** Helsesekretærene fortalte at pasientene setter pris på at de raskt kan få time hos sykepleier på skiftetua, og at sykepleier drar i hjemmebesøk. På den annen side hadde de inntrykk av at det var blitt lengre ventetid hos noen

av legene. Dette var også PHT-leders erfaring, at tid brukt på teamarbeid tas fra pasientarbeidet, noe som gjør at ventetiden hos legen øker.

Et positivt resultat av PHT-forsøket som ble framhevet av flere, er at det har ført til **mer samarbeid internt på legekantoret**, og ingen uttrykte ønske om å slutte med PHT. **Flere av legene var fornøyd med fast lønn, og at PHT har gitt mulighet til å ha møter og workshops og følge opp pasientene uten å være bekymret for økonomien.**

Teamstørrelse og sammensetning

Informantene var **stort sett fornøyd med størrelsen på makroteamet**, men flere nevnte at det kunne vært nyttig med **psykolog eller psykiater** i teamet. Noen trakk også fram fysioterapeut og hjemmesykepleier som aktuelle teammedlemmer. En av legene fortalte at det er to psykiatere med kommunal avtale på andre siden av gangen, og de hilser i korridoren, men har ikke noe strukturert samarbeid slik de hadde håpet i starten. Psykiaterne har fulle lister mange måneder framover. Helsesekretærenes rolle i PHT ble av flere beskrevet som ikke synlig, selv om de samtidig understreket viktigheten av helsesekretærenes arbeid for at driften og pasientarbeidet skal fungere.

Utviklingsplaner

Flere av informantene fortalte om konkrete planer for å øke bemanningen med en halv helsesekretærstilling og en halv stilling for psykiatrisk sykepleier. PHT-leder pekte på at de har etablert mer struktur for medarbeidersamtaler med fokus på hvordan det er å jobbe på legekantoret, arbeidsoppgaver i forhold til kompetanse og ønsker for videre kompetansebygging. Han har et mål om å gi de ansatte ulik spisskompetanse innen diabetes, sårbehandling og andre områder.

6.3 Analyse på tvers av de fem legekantorene

Tabell 6-1 oppsummerer funn fra legekantorbeskrivelsene. Legekantor 1 og 4 skiller seg tydelig ut fra de tre andre. Begge legekantor har utviklet en felles arbeidsmåte basert på et sterkt felles eierskap til PHT-prosjektet og en tydelig ledelse. Det er høy individuell tilfredshet med å jobbe i team ved de to legekantorene og teamarbeidet oppleves å gi relevante resultater i form av helsegevinster for pasientene og økt arbeidstilfredshet. Ved begge legekantor har de mange utviklingsplaner som er godt kjent blant de ansatte. Dette tyder på at evnen til å samarbeide over tid er godt utviklet. Begge legekantor hadde sykepleiere i staben før PHT-forsøket startet.

Oversikten over taksttypene sykepleierne har generert i forsøksperioden tyder på at arbeidsmåten ved legekantor 1 og 4 er ganske forskjellig, selv om takstene ikke er direkte sammenlignbare fordi legekantorene prøver ut to ulike finansieringsmodeller. Legekantor 1 som prøver ut honorarmodellen, organiserer i stor grad teamarbeidet rundt legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner, mens legekantor 4 som prøver ut driftstilskuddsmodellen, i stor grad organiserer teamarbeidet i tilknytning til hjemmebesøk. Legekantor 4 sin arbeidsmåte gjenspeiles trolig av at legekantoret er eneste legekantor i en mindre folkerik kommune hvor det er tett integrert med den øvrige kommunehelsetjenesten.

Legekantor 2, 3 og 5 skiller seg fra legekantor 1 og 4 ved at de ikke har utviklet noen felles arbeidsmåte, ledelsen er mindre tydelig og virkningsfull, samt at eierskapet til prosjektet og den individuelle tilfredsheten med å jobbe i team varierer i personellgruppen. Selv om ikke teamarbeidet framstår like strukturert i legekantor 2, 3 og 5 som i legekantor 1 og 4, opplever informantene likevel at PHT gir gode resultater når det er virksomt. Dette gjelder særlig legekantor 2 og 5 hvor stort sett alle informanter fortalte at de opplever økt kvalitet i pasientbehandlingen med PHT. På legekantor 3 var det flere blant legene som stilte spørsmålsteget ved nytten av PHT. Legekantor 2, 3 og 5 har få utviklingsplaner. Den eneste planen det ble snakket om på legekantor 2 og 3, var behovet for å få til et bedre eierskap til PHT internt. Legekantor 2 og 3 prøver ut honorarmodellen, mens legekantor 5 prøver ut driftstilskuddsmodellen. Oversikten over taksttypene sykepleierne har generert i forsøksperioden, viser at taksten knyttet til oppfølging av sykepleier på legekantoret er mest brukt. Ved legekantor 3 og 5 har enkel pasientbehandling utgjort en stor del av sykepleiernes arbeid, noe som kan indikere at de ikke har brukt sykepleierkompetansen fullt ut.

På alle de fem legekantorene var det en utbredt oppfatning om at PHT i utgangspunktet har en god sammensetning med lege og sykepleier og at det enkelte legekantoret er passe stort med tanke på dette personellet, selv om legekantorene varierer ganske mye i størrelse. Ved legekantor 5 var det mangel på helsesekretærer. Dette hadde som konsekvens at sykepleierressursen dels ble brukt som en helsesekretærressurs.

Legekantor 1 og 2 kunne tenke seg å prøve ut psykolog og fysioterapeut som del av PHT. Legekantor 1 hadde ansatt en psykolog som skulle begynne like etter at intervjuene ble gjort.

Tabell 6-1 Sammenfatning av hovedfunn om teameffektivitet ved de fem utvalgte legekantorene

	HONORARMODELLEN			DRIFTSTILSKUDDSMODELLEN	
	LEGEKONTOR 1	LEGEKONTOR 2	LEGEKONTOR 3	LEGEKONTOR 4	LEGEKONTOR 5
STRUKTUR I TEAMARBEIDET	Felles arbeidsmåte. I stor grad strukturert og prosedyrestyrt.	Ingen felles arbeidsmåte.	Ingen felles arbeidsmåte.	Felles arbeidsmåte. God samordning.	Ingen felles arbeidsmåte.
MEST BRUKTE SYKEPLEIERTAKST	Oppfølging av sykepleier før/etter lege (S2b; 60%).	Oppfølging av sykepleier (S2a; 56%).	Oppfølging av sykepleier (S2a; 55%).	Hjemmebesøk (088d, 54%).	Oppfølging av sykepleier (088b, 088c, 088cd; 58%).
EIERSKAP TIL PHT	Sterkt blant alle leger og sykepleiere.	Svakt blant flertallet av legene. Varierer blant sykepleiere.	Varierer blant legene. Sterkt blant sykepleiere.	Sterkt blant alle yrkesgrupper.	Varierer blant legene.
LEDELSE	God og tydelig. PHT-leder omtales som en meget god leder.	Til dels fraværende. Utdrende å drive konsensusledelse når konsensus mangler blant legene.	Helt fraværende under pandemien.	God, tydelig, entusiastisk og inkluderende PHT-leder.	Til dels fraværende.
INDIVIDUELL TILFREDSHET	Gjennomgående høy blant leger og sykepleiere.	Varierer både blant legene og sykepleiere.	Varierer blant legene.	Gjennomgående høy blant alle yrkesgrupper.	Varierende blant legene. Lav blant helsesekretærene.
RESULTATER AV PHT	Helsegevinster for pasienter og økt arbeidstrivsel.	Økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt arbeidstrivsel.	Varierte beskrivelser.	Helsegevinster for pasienter og økt arbeidstrivsel.	Økt kvalitet i pasientbehandlingen.
TEAMSTØRRELSE OG SAMMENSETNING	Usikkerhet om legekantoret er blitt for stort. Suppleres med psykolog.	Legekantoret anses passe stort for PHT. PHT kan suppleres med psykolog og fysioterapeut.	PHT anses i hovedsak som stort nok. Noen leger stiller spørsmål ved behovet for PHT.	Legekantoret anses som passe stort for PHT. Integrert teamarbeid med andre kommunale tjenester ved behov.	Passe antall leger etter utvidelse. Stort behov for mer hjelpepersonell.
UTVIKLINGSPLANER	Har tydelige utviklingsplaner på flere områder.	Ingen planer framkommer utover det å øke legenes eierskap til PHT.	Ingen planer framkommer utover behovet for å re-starte PHT.	Har tydelige utviklingsplaner på flere områder.	Ingen tydelige utviklingsplaner utover det å supplere med helsesekretær og psykiatrisk sykepleier.

I den videre delen av analysen søker vi å svare ut de fire konkrete problemstillingene som vi har formulert for analysen på tvers av legekantor.

6.3.1 Hvordan utspiller makroteamarbeid seg på utvalgte legekantor?

Organisasjonskonteksten for teamarbeid som gjenspeiles tydeligst i strukturen i teamarbeidet, eierskap, lederskap og individuell tilfredshet, varierer mye mellom de fem legekantorene. Dette gir variasjon i den samlede innsatsen som legges inn i teamarbeidet. **Legekantor 1 og 4 vurderes å ha greid å skape den klart mest gunstige organisasjonskonteksten for makroteamarbeidet. Ved disse to legekantorene gir dette en høy samlet teaminnsats.**

Til tross for variasjon i organisasjonskonteksten for teamarbeid, svarer personellet på legekantor 1, 2, 4 og 5 ubetinget ja på at de opplever at teamarbeidet gir gode og relevante resultater – først og fremst for pasientene, men også i stor grad for dem selv i form av økt trivsel på jobb.

De mange utviklingsplanene som det fortelles om på legekantor 1 og 4, tyder på at de har økt sin evne til å samarbeide over tid. Dette har i mindre grad skjedd ved legekantor 2, 3 og 5. En viktig del av årsaken til dette er utskifting av leger.

Som makroteam fyller legekantor 1 og 4 i stor grad de kriteriene, betingelsene og prosessene som Hackmann beskriver, for å skape effektive team. De øvrige tre legekantorene har i mindre grad lyktes med dette som makroteam.

6.3.2 Hvordan utspiller mikroteamarbeid seg på utvalgte legekantor?

Legekantorbeskrivelsene viser at **mikroteam med lege og sykepleier kan være velfungerende selv om ikke legekantoret som makroteam får til en felles arbeidsmåte**. Men sykepleierressursen er dimensjonert ut fra alle leger og listeinnbyggere. **Det at enkelte mikroteam fungerer mindre effektivt gjør at sykepleierressursen trolig ikke utnyttes godt nok og reduserer etter vår vurdering teameffektiviteten totalt sett på de aktuelle legekantorene**. Med mindre mikroteamvariasjon ville den samlede innsatsen fra makroteamene blitt høyere.

Legekantorbeskrivelsene tyder på at det er ulike aspekter som spiller inn når det gjelder mikroteamenes funksjon. Legens holdning til PHT er viktig. **Det synes å være avgjørende hvorvidt legen tar det forventede lederskapet og styrer PHT-ressursen til sine listeinnbyggere i målgruppene**. Legens erfaring har også stor betydning. Ferske fastleger synes i starten å ha mer enn nok med å bli kjent med listeinnbyggerne på sine lister og bruker tid på finne ut hvem som kan ha nytte av teambasert oppfølging. I tillegg synes det som en del ferske leger ikke blir tilstrekkelig sosialisert inn i PHT og i liten grad skjønner konseptet. Dette har sammenheng med mangel på ledelse, eierskap og oppslutning om PHT-forsøket. Listesammensetningen er forskjellig fra lege til lege. Noen leger, særlig kanskje de som bygger opp nye lister, har færre listeinnbyggere i målgruppene for PHT enn andre. Det er også eksempler på at det trolig er mer effektivt noen ganger at pasientbehandlingen ikke foregår i team. Dette gjelder eksempelvis når listeinnbyggere og leger med innvandrerbakgrunn kan kommunisere på et felles språk, og hvor kontakt med sykepleier ville krevd bruk av tolk.

Det å betrakte PHT både i et mikro- og et makroteamperspektiv, får etter vårt syn fram at den normative beskrivelsen av mikroteam som bestående av lege, sykepleier og helsesekretær synes å virke kontraproduktivt på de fleste av legekantorene. Helsesekretærene kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen og opplever at de av den grunn ikke er en del av PHT. Makroteamperspektivet avdekker at helsesekretærene har en veldig viktig rolle og bidrag i legesenteret som helhet, blant annet gjennom å legge til rette for at makroteamet (hele legekantoret) og mikroteamene (med lege og sykepleier) kan fungere godt. **Helsesekretærenes bidrag til velfungerende makroteam bør i større grad vektlegges i beskrivelsen av PHT**.

6.3.3 På hvilke måter oppleves teamarbeidet som effektivt/ikke effektivt?

Et effektivt team kan karakteriseres av flere elementer (jfr. Hackman). **På de legekantorene som har klart å utvikle en felles arbeidsmåte, gis det tydeligst uttrykk for at teamarbeidet oppleves som effektivt**. På disse legekantorene opplever de at teamarbeidet har et viktig formål, de har tydelig arbeidsdeling og klare strukturer, samtidig som deltakerne har (en viss) frihet til å tilpasse arbeidet. Teammedlemmene opplever individuell tilfredshet, for eksempel gjennom det direkte samarbeidet med sykepleier rundt komplekse pasienter, det at pasientenes helse påvirkes positivt og at teamarbeidet gir bedre mulighet til å gjøre en faglig god jobb. Ansvarsavklaring og fornuftig arbeidsdeling i både makro- og mikroteamene gjør at ulik kompetanse synes å bli brukt på en god måte. Nærværende og engasjert ledelse er også en del av dette bildet.

Mangel på struktur, ledelse og oppslutning virker negativt inn på opplevelsen av teameffektiviteten for eksempel ved at teammedlemmene i mindre grad har en felles oppfatning av hva som er formålet med teamarbeidet, og at ansvars- og arbeidsdelingen i varierende grad er omforent både i makro- og mikroteam. Likevel rapporterte flere av deltakerne i slike legekantor om opplevelse av bedre kvalitet i pasientoppfølgingen. Gjennom deltakelsen i PHT-forsøket er det satt fokus på bedre oppfølging av visse målgrupper, noe som ser ut til å påvirke legenes arbeid og prioriteringer. Den tilførte sykepleierressursen bidrar til mer systematisk oppfølging av noen pasientgrupper. Legekantorene kan likevel sies å ha et forbedringspotensial når det gjelder effektivt teamarbeid.

Finansieringsmodellene ser ikke ut til å ha betydning for hvorvidt teamarbeidet oppleves som effektivt eller ikke, men påvirker sannsynligvis til en viss grad måten arbeidet organiseres på. Det at legekantor 1 har valgt å organisere teamarbeidet rundt legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner har trolig i utgangspunktet sammenheng med at det finnes en sykepleiertakt for denne arbeidsmåten i honorarmodellene som i kombinasjon med legetakster gir et godt økonomisk utbytte. Når arbeidsmåten er internalisert, oppleves den også effektiv. Det at

legekantor 4 har organisert PHT-arbeidet med utgangspunkt i mange hjemmebesøk har trolig sammenheng med driftstilskuddsmodellen som gir legekantoret større frihet til å selv bestemme utøvelsen av arbeidet sammenliknet med en mer takstbasert drift. Inn i dette har det trolig også betydning at legekantoret er godt integrert med annen kommunal helsetjeneste som eneste legekantor i en mindre folkerik kommune.

Hvilke idealtyper for teamarbeid i PHT finner vi i de fem legekantorene?

Gjennom analysen av de fem legekantorene – innad og på tvers – i lys av Hackmans betingelser for teameffektivitet, har vi fått fram tre idealtyper av teamarbeid. Idealtyper speiler ikke hen på ideelle arbeidsmåter, men på arbeidsmåter med noen distinkte kjennetegn. Analysen viser hvordan utformingen av teamene påvirkes av rammebetingelser som kontekst, finansieringsmodell og de menneskene som jobber i teamet.

Teamvariant 1 kan karakteriseres ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte i makro- og mikroteam. Finansieringen med honorarmodellen og vektleggingen av å samtidig kunne utløse legetakster og takst for legeetterfulgt sykepleierkonsultasjon påvirker arbeidsmåten. Det er stor grad av enighet og lojalitet blant teammedlemmene til arbeidsmåten og målene med teamarbeidet.

Teamvariant 2 ligner på teamvariant 1 i at den karakteriseres ved tydelig ledelse, klare omforente mål, god struktur og en felles arbeidsmåte i makroteamet. Prosedyrer er viktige og styrende for teamarbeidet, men det er rom for fleksibilitet og individuell tilpassing i mikroteamene. Finansiering med driftstilskuddsmodellen gir mindre fokus på takstbruk, mer tid til ukentlige møter mellom lege og sykepleier, og rom for stor vektlegging av hjemmebesøk. Arbeidsmåten synes å reflektere legekantorets posisjon som det eneste i kommunen, og godt integrert med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I **teamvariant 3** er makroteamet løsere sammenvevd og den overordnede ledelsen mindre tydelig. Arbeidsmåten i mikroteamene varierer avhengig av legens interesse og engasjement. Finansieringsmodellen vil kunne påvirke mikroteamene, men i mindre grad ha betydning for makroteamet fordi det i denne varianten er mindre grad av felles mål og samordning.

Teamvariant 1 og 2 vil kunne utvise høy grad av teameffektivitet og gi økt kvalitet for listeinnbyggere og deltakere. I teamvariant 3 vil det være lavere utnyttelse av team-potensialet, men mikroteam kan fungere godt og effektivt også i denne varianten, med god nytte for listeinnbyggerne.

6.4 Oppsummering og konklusjon

Denne dybdestudien viser med all tydelighet at det ikke blir godt teamarbeid bare av å tilføre en sykepleierressurs til et legekantor. Det å bli reelle mikro- og makroteam innebærer et omfattende og målrettet stykke arbeid som krever ledelse og oppslutning, og en ikke ubetydelig innsats knyttet til å legge strukturer for hvordan teamarbeidet i praksis skal foregå. Studien viser at de fem legekantorene har lyktes ulikt med å møte disse kravene av ulike grunner. To av legekantorene i studien har lyktes godt og framstår som effektive team – både på makro- og mikroteamnivå. De tre øvrige har hatt ulike utfordringer og framstår samlet sett som mindre effektive makroteam. Særlig har utskifting av personell og manglende kontinuitet blant legene, spilt negativt inn. Koronapandemien har også hatt betydning for resultatet. Alle leger har en viktig lederrolle i PHT. Det er den enkelte fastlege som leder PHT-arbeidet knyttet til sine listeinnbyggere. For nye fastleger eller fastlegevikarer er det en stor oppgave å både bli kjent med listeinnbyggerne og samtidig få til å utnytte PHT på en god måte.

I videreutvikling av teambasert arbeid i legekantor med fokus på spesifikke målgrupper og konkrete målsettinger kan det være nyttig for legekantoret å vurdere hvilken teamvariant de realistisk sett har mulighet til å nærme seg. Teamvariant 3 som er den minst effektive av de vi har identifisert, kan sees på som en mellomstasjon på vei til de mer effektive variantene 1 og 2, men kan også være den mest realistiske varianten for mange legekantor. Med flere legekantor inkludert i denne dybdestudien, ville vi trolig kunne avdekket flere teamvarianter. Basert på den kunnskapen vi har fra følgeforskningen, er det nærliggende å tro at det særlig finnes legekantor i PHT-forsøket som ligner teamvariant 1 men som ikke bruker legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner i særlig grad. Vi vet, basert både på intervjudata og registerdataanalyser, at det er mer vanlig at pasientoppfølgingen som involverer sykepleier, skjer i egne sykepleierkonsultasjoner på de fleste av legekantorene i forsøket.

-

7. Teameffektivitet analysert med registerdata

I dette kapitlet undersøker vi, ved hjelp av registerdata, sammenhenger mellom grad av teamarbeid og takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT. Vi undersøker først sammenhenger på legekortornivå (makroteam) og deretter sammenhenger på fastlegenivå (mikroteam). At det er flere takstgenererende arbeidsmåter i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, medfører at det er flere sammenhenger vi kan undersøke for legekortor med honorarmodellen enn for legekortor med driftstilskuddsmodellen. Vi finner blant annet at legekortor med høy grad av teamarbeid yter flere lege- og sykepleierkonsultasjoner og flere hjemmebesøk til målgrupper i forsøket, enn legekortor med mindre grad av teamarbeid. Vi finner ingen forskjeller på utvikling over tid for de to gruppene av legekortor. Det kan tyde på at begge typene legekortor har oppnådd forbedringer i arbeidsmåte. Vi gjorde tilsvarende undersøkelser på fastlegenivå og finner positive sammenhenger mellom grad av teamarbeid og anbefalte tjenester.

7.1 Innledning

Dybdestudien av teameffektivitet ved fem utvalgte legekortor i kapittel 6 identifiserte tre teamvarianter. Et av skillepunktene mellom variant 1/2 og 3 er grad av enighet om arbeidsmåte og mål. Vi ønsker å sammenligne legekortor etter teamvariant. For å kategorisere legekortorene bruker vi svar på spørsmål fra årets spørreundersøkelse til fastlegene. Fastlegene svarte på flere spørsmål om i hvilken grad de samarbeider med sykepleier om ulike oppgaver. Vi tror at legekortor hvor en større andel av fastlegene svarer at de samarbeider med sykepleier om oppgaver som aktuelle for PHT, er legekortor av variant 1/2, med større grad av felles arbeidsmåte og mål. En grunn til å bruke spørreundersøkelsen til fastlegene til kategoriseringen, fremfor for eksempel våre erfaringer fra evalueringen, er at det er transparent. Kategorisering med utgangspunkt i data fra spørreundersøkelsen matchet imidlertid våre forventninger. Vi sammenligner hovedsakelig legekortorene på omfang av takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT. Vi sammenligner legekortorene etter forsøket startet, samt utviklingen fra før forsøket startet til etter forsøket startet så langt vi har data. Sammenligningen etter start av PHT viser at legekortorene er ulike. Sammenligningen av utviklingen før og etter start, tyder på at legekortorene har utviklet seg likt med hensyn til tilbudet av de helsetjenestene vi undersøker.

For å undersøke teameffektivitet på mikroteamnivå, gjør vi tilsvarende undersøkelser på fastlegenivå. Til denne undersøkelsen bruker vi en annen indikator for graden av teamarbeid; andelen av fastlegens listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt. Vi finner positiv sammenheng mellom fastlegenivå-indikatoren og omfang av anbefalte takstgenererende arbeidsmåter.

7.2 Undersøkelse på legekortornivå (makroteamnivå)

For å lage en indikator for grad av teamarbeid på legekortornivå, bruker vi spørsmål fra årets spørreundersøkelse til fastleger om teamarbeid. For hvert legekortor, beregner vi gjennomsnittlig prosentandel av fastleger som svarte positivt på spørsmål om teamarbeid, for eksempel at man svarte "i stor" eller "i svært stor grad" på spørsmål om i hvilken grad man samarbeider med sykepleier om en gitt oppgave. Medianen på legekortornivå er 32 prosent. Legekortor hvor flere enn 32 prosent av fastlegene i snitt svarte positivt, tolker vi som legekortor med en høy grad av teamarbeid. De øvrige legekortorene tolker vi som legekortor med mindre grad av teamarbeid. Spørreskjemaene om teamarbeid som inngår i indikatoren og prosentandeler som svarte "i stor" eller "i svært stor grad", finnes i Vedlegg F, spørsmål 4²⁰.

Vi undersøker om det er sammenheng mellom legekortorets skår på indikatoren for teamarbeid og helsetjenestebruk for målgrupper i forsøket. Vi skiller mellom utfall som legekortoret selv har kontroll over, som

²⁰ Vi vurderte også en indikator basert på årets spørreundersøkelse til sykepleiere, men det var for få spørsmål om teamarbeid.

konsultasjoner og hjemmebesøk og utfall som ligger utenfor legekontorets direkte kontroll, som legevaktbesøk og innleggelse.

Tabell 7-1 og Tabell 7-2 viser sammenhengen mellom indikatoren for teamarbeid og helsetjenestebruk i forsøksperioden 2018-2021. Siden det ikke er takster for tjenestene i driftstilskuddsmodellen, holdes denne finansieringsmodellen utenfor sammenligningen i Tabell 7-2. Tabell 7-1 og Tabell 7-2 viser en positiv sammenheng mellom indikatoren for teamarbeid og konsultasjoner med lege og sykepleier, hjemmebesøk og flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient, for flere av målgruppene. Det er også en positiv sammenheng mellom indikatoren og Noklus diabetesskjema for pasienter med diabetes type 2 og telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med ruslidelse. Flere av pasientgruppene ved legekantorene vi har identifisert som legekantor med høy grad av teamarbeid, har samtidig færre polikliniske konsultasjoner og besøk hos private spesialister.

Tabell 7-1 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid på legekantoret.

	Lege-konsultasjon		Lege- eller sykepleier-konsultasjon		Hjemmebesøk		Legevakt		Poliklinisk konsultasjon		Ikke-planlagt innleggelse		Privat spesialist		N
	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	
Personer med diabetes type 2	5.35	0.16	6.21	0.40**	0.18	0.05*	0.57	-0.04	2.40	-	0.36	-0.01	1.35	-	8 878
										0.39***				0.20***	
Personer med kols	5.71	0.21	6.39	0.59**	0.28	0.09	0.91	-0.24**	2.87	-	0.57	-0.14**	1.17	-0.11	4 010
										0.97***					
Personer med psykisk sykdom	5.22	0.12	5.52	0.19*	0.12	0.05**	0.81	0.05	1.32	-	0.19	-0.01	0.90	-	20 368
										0.17***				0.25***	
Personer med ruslidelse	6.01	0.67*	6.37	0.75*	0.15	0.04	1.30	-0.41	1.47	-0.21	0.45	-0.16	0.48	-0.12	2 508
Personer med psykisk utviklingshemming	2.66	-0.49	2.97	-0.57	0.28	0.05	0.74	-0.09	1.89	0.07	0.17	-0.08	0.48	0.14	753
Skrøpelig eldre og multisyke	6.03	0.56**	6.72	0.89***	0.60	0.39***	0.83	-0.09	2.71	-	0.69	0.04	1.75	-	4 743
										0.67***				0.37***	

Note: Fastleger med liste på PHT-legekantor i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Snitt er gjennomsnitt på legekantor med høy grad av teamarbeid i perioden 2018-2021. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med høy grad av teamarbeid. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 7-2 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket med etter grad av teamarbeid. Legekantor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	
Personer med diabetes type 2	1.43	-0.15	0.07	-0.02	0.11	-0.03	0.40	0.14***	7 155
Personer med kols	1.92	-0.44	0.08	-0.09***	0.13	-0.06**			3 302
Personer med psykisk sykdom	1.02	-0.10	0.06	-0.03***	0.20	0.01			15 632
Personer med ruslidelse	3.38	1.32***	0.08	-0.09**	0.47	0.13*			1 953
Personer med psykisk utviklingshemming	5.33	0.14	0.30	-0.03	1.79	1.32**			590
Skrøpelig eldre og multisyke	3.52	0.39	0.19	-0.07*	0.15	-0.05*			3 927

Note: Fastleger med liste på legekantor med honorarmodellen i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Snitt er gjennomsnitt på legekantor med høy grad av teamarbeid i perioden 2018-2021. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med høy grad av teamarbeid. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell 7-1 og Tabell 7-2 sammenligner forskjeller etter at forsøket startet. Det kan tenkes at de samme forskjellene også var der før forsøket startet. For å undersøke om forskjellene oppsto etter forsøket startet, viser Tabell 7-3 og Tabell 7-4 sammenhengen mellom indikatoren for teamarbeid og utviklingen i helsetjenestebruk fra en periode før forsøket startet, 2014-2017, til en periode etter forsøket startet, 2018-2021. Vi ser at mange av effektene fra sammenligningen av legekantor i forsøksperioden nå er borte. Dette gjelder for eksempel for hjemmebesøk til pasienter med diabetes type 2. Det gjelder derimot ikke for hjemmebesøk til skrøpelige eldre og multisyke. For disse hjemmebesøkene, har forskjellene mellom legekantor med høy grad av teamarbeid og legekantor med mindre grad av teamarbeid blitt større etter at forsøket med PHT begynte. Analysene gir derfor ikke generelt grunnlag for å si at takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT, øker mer i legekantor med høy grad av teamarbeid enn i legekantor med mindre grad av teamarbeid.

Tabell 7-3 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av teamarbeid på legekantoret.

	Lege- konsultasjon		Lege- eller sykepleier konsultasjon		Hjemmebesøk		Legevakt		Poliklinisk konsultasjon		Ikke-planlagt innleggelse		Privat spesialist		N
	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	Inngang sverdi	F	
Personer med diabetes type 2	5.52	-0.34	5.52	-0.05	0.06	0.02	0.46	-0.07	1.95	0.13	0.34	0.08	1.47	-0.01	10 995
Personer med kols	5.82	-0.48	6.68	0.10	0.33	0.03	0.80	-0.33*	2.38	-0.28	0.50	0.03	1.11	-0.08	3 344
Personer med psykisk sykdom	5.00	-0.27	5.00	-0.11	0.09	0.01	0.56	0.02	1.29	-0.19*	0.21	-0.01	0.93	0.30***	26 057
Personer med ruslidelse	4.58	0.39	4.58	0.48	0.08	-0.01	0.83	-0.04	1.59	0.11	0.51	-0.21	0.81	-0.15	3 164
Personer med psykisk utviklingshemming	2.82	-1.09*	2.82	-0.88	0.67	-0.01	0.97	-0.31	1.42	-0.68	0.24	0.02	0.30	0.43	756
Skrøpelig eldre og multisyke	6.41	-0.13	6.41	0.32	0.31	0.25*	0.77	-0.31*	2.62	0.10	0.62	0.07	2.09	0.14	8 448

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICP-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICP-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICP-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICP-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICP-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantoret. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantoret med høy grad av teamarbeid i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantoret med høy grad av teamarbeid etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 7-4 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av teamarbeid. Legekantoret med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Personer med diabetes type 2	0.96	0.44	0.08	-0.02	0.13	0.02	0.27	0.09	8 956
Personer med kols	1.02	0.08	0.14	-0.11	0.18	0.01			2 935
Personer med psykisk sykdom	0.60	0.30	0.03	-0.01	0.21	0.00			20 785
Personer med ruslidelse	1.55	1.65*	0.04	-0.14**	0.51	-0.02			2 352
Personer med psykisk utviklingshemming	3.00	2.02	0.30	-0.21	0.55	1.55			568
Skrøpelig eldre og multisyke	2.44	0.91	0.16	-0.05	0.16	0.02			7 265

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICP-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICP-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICP-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICP-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICP-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på legekantoret med honorarmodellen. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantoret med høy grad av teamarbeid i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantoret med høy grad av teamarbeid etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Til sist sammenligner vi i Tabell 7-5 og Tabell 7-6 utviklingen i helsetjenestebruk på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket fra før til etter forsøket startet. Tabell 7-5 og Tabell 7-6 viser at pasienter i målgruppene ved PHT-legekantor har flere konsultasjoner og hjemmebesøk, og at pasienter med diabetes type 2 har flere årskontroller. Det er store, positive koeffisienter på tjenestene telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter og flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient, men disse er ikke statistisk signifikante. Disse resultatene betyr at PHT-legekantorene viser en større økning i tjenester til målgruppene for forsøket enn hva legekantorene utenfor forsøket gjør, etter at forsøket med PHT startet.

Tabell 7-5 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk mellom PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket.

	Lege-konsultasjon		Lege- eller sykepleier konsultasjon		Hjemmebesøk		Legevakt		Poliklinikk konsultasjon		Ikke-planlagt Innleggelse		Privat spesialist		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Personer med diabetes type 2	5.50	-0.02	5.50	0.71***	0.03	0.10***	0.50	-0.01	2.43	-0.01	0.38	0.00	1.52	0.00	1 959 764
Personer med kols	5.75	0.11	5.75	0.76**	0.07	0.16**	0.87	0.12	2.59	0.07	0.57	0.02	1.28	-0.03	941 820
Personer med psykisk sykdom	5.49	-0.05	5.49	0.27***	0.04	0.04***	0.64	-0.03	1.45	-0.08	0.21	-0.01	1.06	0.03	4 741 166
Personer med ruslidelse	5.57	-0.07	5.57	0.28***	0.04	0.06**	1.32	0.26	1.59	-0.19	0.58	0.07	0.54	-0.03	584 590
Personer med psykisk utviklingshemming	3.26	-0.49**	3.26	-0.03	0.12	0.17	0.96	-0.33**	1.96	-0.27	0.26	-0.06	0.30	0.05	157 327
Skrøpelig eldre og multisyke	5.73	-0.10	5.73	0.35	0.14	0.20***	0.83	0.04	3.35	-0.01	0.72	0.02	2.14	-0.03	1 099 504

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor eller legekantor utenfor forsøket. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantor med høy grad av teamarbeid i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et PHT-legekantor etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 7-6 Utvikling i forskjeller i helsetjenesteburk mellom legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Personer med diabetes type 2	1.34	0.17	0.06	-0.02	0.14	0.03**	0.18	0.15***	1 953 656
Personer med kols	1.60	0.37*	0.07	-0.03	0.16	0.04			939 165
Personer med psykisk sykdom	1.04	0.03	0.10	-0.03	0.22	0.02			4 726 765
Personer med ruslidelse	2.00	0.24	0.15	-0.02	0.45	0.09			582 480
Personer med psykisk utviklingshemming	3.95	0.56	0.28	0.09	0.69	0.39			156 759
Skrøpelig eldre og multisyke	2.67	0.44	0.20	-0.03	0.17	0.06*			1 096 138

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på legekantor med honorarmodellen eller legekantor utenfor forsøket. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller 51b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller 57p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller 55. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantor med honorarmodellen i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med honorarmodellen etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

7.3 Undersøkelse på fastlegenivå (mikroteamnivå)

Indikatoren for teamarbeid på fastlegenivå rangerer fastlegene etter andelen av listeinnbyggerne som har hatt takstgenererende sykepleierkontakt i 2019, det første hele året av forsøket. Fastlegene deles så inn i kvartiler, hvor de som befinner seg i den fjerdedelen som hadde færrest takstgenererende sykepleierkontakter, havner i 1. kvartil, osv. Rimeligvis reflekterer kvartiler grad av samarbeid med PHT-sykepleier. Fastlegene i 4. kvartil samarbeidet i størst grad med sykepleier, mens de i 1. kvartil samarbeidet i minst grad med sykepleier.

For å undersøke sammenheng mellom fastlegenes kvartil-plassering og bruk av helsetjenester gjør vi tilsvarende undersøkelser som med teamindikator på legekantornivå. Først undersøker vi sammenheng mellom kvartil-plassering og bruk av helsetjenester i forsøksperioden. Vi finner at pasienter med diabetes type 2 med fastlege over 1. kvartil i snitt har flere konsultasjoner med fastlege eller sykepleier, flere hjemmebesøk og større sannsynlighet for konsultasjon med Noklus diabetesskjema, sammenlignet med de som har fastlege i 1. kvartil. Skrøpelig eldre og multisyke med fastlege i 3. og 4. kvartil mottar flere konsultasjoner fra lege eller sykepleier, flere hjemmebesøk (kvartil 3) og flere planlagte poliklinikkbesøk. Fastlegene i 4. kvartil har også flere telefonsamtaler eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter, flere nødvendige samtaler med pårørende og flere flerfaglige samarbeidsmøter, enn om fastlegen er i 1. kvartil.

Tilsvarende som med undersøkelsen på legekantornivå, kan det også på legenivå være slik at de fastlegene som yter anbefalte tjenester etter at forsøket startet, også gjorde det før forsøket starter. Om forskjellene har blitt større etter at forsøket startet, kan undersøkes med forskjeller-i-forskjeller analyse (se kapittel 2 for nærmere forklaring). Som i analysene på legekantornivå, forsvinner da mange av de signifikante effektene. Effekter som fortsatt er statistisk signifikante for pasienter med fastleger i 4. kvartil sammenlignet med 1. kvartil, er flere lege- eller sykepleierkonsultasjoner og konsultasjoner med Noklus diabetesskjema for pasienter med diabetes type 2, flere hjemmebesøk og samtale om enkeltpasient for multisyke og skrøpelige eldre, færre poliklinisk konsultasjoner og ikke-planlagt innleggelse for pasienter med psykisk utviklingshemming, flere nødvendig samtaler med pårørende for pasienter med psykisk sykdom og flere telefonsamtaler eller skriftlig kommunikasjon om

enkelt pasient for pasienter med ruslidelse. Vi kan dermed slutte at noen av forskjellene i utfall mellom fastleger i 1. og 4. kvartil har blitt større etter at forsøket startet, mens andre forskjeller ikke er forandret.

7.4 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi undersøkt mulige sammenhenger mellom grad av teamarbeid og helsetjenestebruk for målgrupper i forsøket med PHT. Vi skilte mellom helsetjenestebruk som legekantoret selv har kontroll over, som konsultasjoner og hjemmebesøk, og helsetjenestebruk som ligger utenfor legekantorets direkte kontroll, som legevaktbesøk og innleggelser. Vi sammenlignet hovedsakelig legekantorene på omfang av takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT. Vi definerte en indikator for grad av teamarbeid på legekantoret etter hvordan fastlegene svarte på en spørreskjemaundersøkelse om holdning til former for teamarbeid. Vi fant at legekantor med høy grad av teamarbeid yter flere lege- og sykepleierkonsultasjoner og flere hjemmebesøk enn legekantor med mindre grad av teamarbeid til målgrupper i forsøket. De yter også flere konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til brukere med diabetes type 2. Det er også positive sammenhenger med noen takster som indikerer samarbeid med andre deler av helsetjenesten. Samtidig er det også noen negative sammenhenger. Sammenligningen av utviklingen før og etter start av forsøket tyder på at legekantor med høy grad av teamarbeid og legekantor med mindre grad av teamarbeid har utviklet seg likt med hensyn til tilbudet av de helsetjenestene vi undersøker. Det kan tyde på at begge typene legekantor har oppnådd forbedringer i arbeidsmåte som ikke endrer forholdet mellom dem når det gjelder å yte helsetjenester, som har blitt omtalt som aktuelle for PHT. Vi gjorde tilsvarende undersøkelser av sammenhenger mellom teamarbeid på fastlegenivå (mikronivå) og anbefalte tjenester. Vi grupperte fastlegene i kvartiler etter andel av deres listeinnbyggere som har hatt minst en konsultasjon med sykepleier. For slike mikroteam fant vi også forskjeller i utviklingen fra før forsøket for fastleger i 4. kvartil sammenlignet med fastleger i 1. kvartil startet for flere av pasientgruppene. Slike forskjeller gjaldt også for flere tjenester som indikerer samhandling mellom fastlege og andre deler av helsetjenesten. Resultatene innebærer at listeinnbyggere hos en fastlege samarbeider mye sykepleier, har oppnådd en større økning i et utvalg av anbefalte tjenester enn listeinnbyggere hos en fastlege som samarbeider lite med sykepleier.

8. Samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste

I dette kapitlet følger vi opp problemstillinger rundt samhandling fra tidligere rapporter. Vi presenterer først oppfatningene til ansatte på PHT-legekantorene av samhandlingen med andre tjenester. De fleste fastlegene og helsesekretærene svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Registerdataanalyser viser positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Det er også positivt foretegn på koeffisientene for andre grupper, men de er ikke statistisk signifikante. Vi finner mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter med slike tjenester, som er tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. Vi finner også effekter i form av noe raskere oppfølging etter utskrivning fra sykehus for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse tilknyttet legekantor i PHT-forsøket, sammenlignet med øvrige legekantor.

Abelsen et al. (2022) presenterer resultatene fra en intervjuundersøkelse blant ansatte i kommunal hjemmetjeneste og tjenester for psykisk helse og rus. Undersøkelsen avdekker at samarbeidet mellom PHT og de kommunale tjenestene var mest utviklet og formalisert mellom PHT og hjemmetjenesten, mens det fortsatt er i planleggingsfasen mellom PHT og tjenester for psykisk helse og rus. Informantenes fortellinger tyder på at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. Informanter opplevde at legetjenesten tar mer kontakt via PHT-sykepleierne fordi PHT-sykepleier er mer hjemme hos brukere, bruker mer tid på dem og er opptatt av andre forhold ved brukere enn de rent medisinske. Informanter ga uttrykk for at PHT bidrar til at de selv kan gi en bedre tjeneste og til at de avlastes.

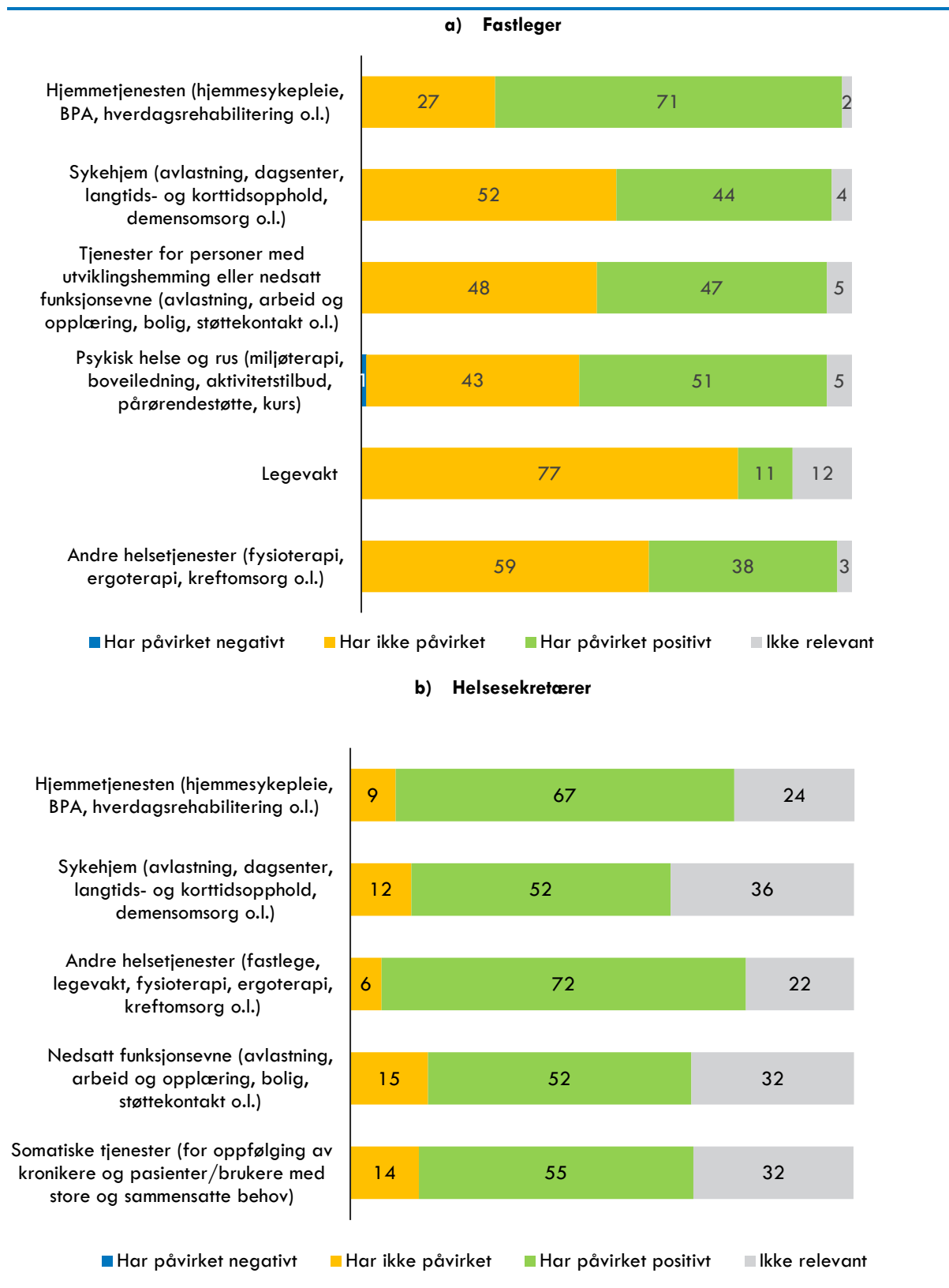
Informanter på legekantorene i forsøket, i hjemmetjenesten og i tjenester for psykisk helse og rus hadde mange sammenfallende oppfatninger om samarbeidet dem imellom. De var enige i at fastlegetjenesten blir mer tilgjengelig med PHT og at kontakten foreløpig har vært tettest mellom PHT og hjemmetjenesten. De var også relativt samstemte om at PHT og andre kommunale tjenester i liten grad overlapper, men utfyller hverandre og samlet sett gir en kvalitativt bedre tjeneste til brukere med store behov.

I årets rapport supplerer vi intervjuene med resultater fra spørreskjemaundersøkelser og registerdataanalyser.

8.1 Samhandling mellom legekantorene og øvrige helse-, omsorgs- og velferdstjenester belyst ved spørreundersøkelse

De fleste fastlegene (71 prosent) og helsesekretærene (67 prosent) svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med øvrig primærhelsetjeneste knyttet til listeinnbyggerne innenfor hjemmetjenesten. Tilsvarende andel blant fastleger var 44 prosent for sykehjem, 47 prosent for tjenester for personer med utviklingshemming eller nedsatt funksjonsevne, 51 prosent for psykisk helse og rus, 11 prosent for legevakt og 38 prosent for andre helsetjenester (Figur 8-1, panel a). Flesteparten av fastleger svarte at samhandlingen ikke har blitt påvirket med sykehjem (52 prosent), legevakt (77 prosent) og andre helsetjenester (59 prosent). Blant helsesekretærer var det derimot en større andel som opplever at PHT har påvirket samhandlingen med ulike deler av øvrig primærhelsetjeneste positivt (Figur 8-1 panel b).

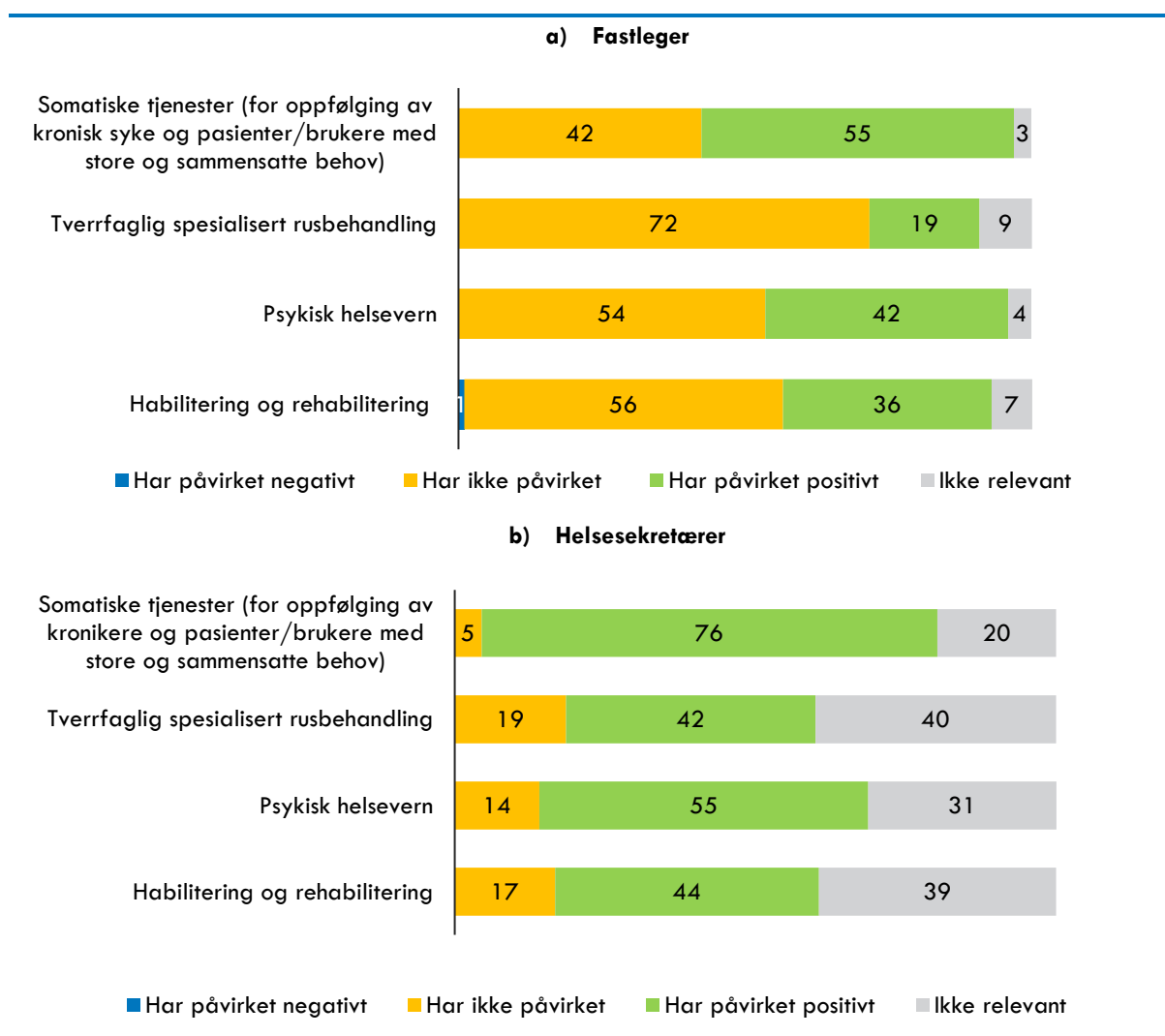
Figur 8-1 På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med øvrig primærhelsetjeneste knyttet til dine listeinnbyggere innenfor følgende områder? Prosentvis fordeling blant a) fastleger og b) helsesekretærer.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 98) og helsesekretærer (N = 68) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics, Universitetet i Oslo, og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i 2022.

Helsepersonell har delte erfaringer når det gjelder hvorvidt PHT har påvirket samhandlingen med spesialisthelsetjenesten positivt. Det var flest fastleger (55 prosent) som opplever at PHT har hatt positiv påvirkning på samhandlingen med somatiske tjenester, mens en mindre andel opplever at PHT har hatt positiv påvirkning på psykisk helsevern (42 prosent), habilitering og rehabilitering (36 prosent), og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (19 prosent). Bare én prosent svarte at det hadde påvirket samhandlingen med habilitering og rehabilitering negativt, mens ingen svarte at det hadde påvirket øvrige deler av spesialisthelsetjenesten negativt. Blant helsesekretærer er andelen som opplever at PHT har påvirket samhandlingen med spesialisttjenesten positivt innenfor følgende områder; somatiske tjenester (76 prosent), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (42 prosent), psykisk helsevern (55 prosent) og habilitering og rehabilitering (44 prosent) (Figur 8-2, panel b). Ingen helsesekretærer i undersøkelsen mener at PHT har hatt negativ påvirkning på samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor de nevnte områdene.

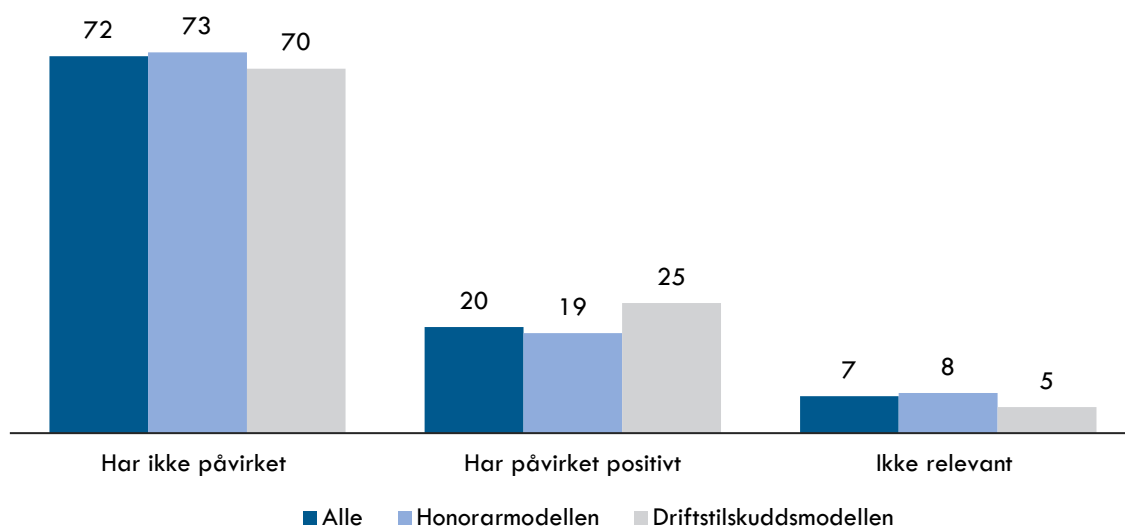
Figur 8-2 På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med spesialisthelsetjenesten knyttet til dine listeinnbyggere på følgende områder. Prosentvis svarfordeling blant a) fastleger og b) helsesekretærer.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 99) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

De fleste fastleger (72 prosent) opplever ikke at PHT har påvirket samhandlingen med NAV, mens 20 prosent opplever at det har påvirket positivt og ingen opplever at det har påvirket negativt (Figur 8-3). Vi stilte også spørsmålet til helsesekretærer, men 62 prosent opplevde det som ikke relevant. Blant de resterende opplevde 23 prosent at det ikke har påvirket, og 15 prosent at det har påvirket samhandlingen positivt.

Figur 8-3 På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med NAV knyttet til dine listeinnbyggere? Prosentvis svarfordeling blant fastleger.

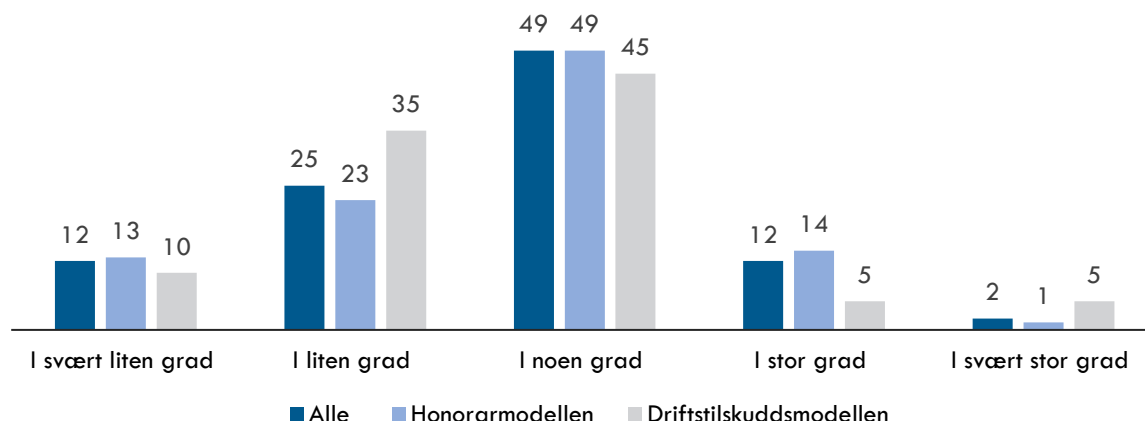


Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 98, Honorar=78, Driftstilskudd=20) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Om lag halvparten av sykepleierne (49 prosent) bruker under 10 prosent av tiden sin på kontakt med andre deler av helsetjenesten eller NAV i løpet av en gjennomsnittlig uke, mens 40 prosent svarer at de bruker 10 til 19 prosent av tiden sin og 12 prosent svarer at de bruker 20-39 prosent av tiden sin på dette. Fra fritekstsvar trekker sykepleierne frem at de hovedsakelig er i kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester (hjemmetjenesten, rus og psykiatritjenesten, fysioterapeut, barnevern, og rehabilitering) og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene har ulike erfaringer når det gjelder hvorvidt PHT har påvirket kontakten med pårørende til pasienter som får oppfølging fra PHT. Mens 37 prosent opplever at kontakten med pårørende i liten eller svært liten grad har blitt påvirket, opplever 49 prosent at den i noen grad er påvirket og 14 prosent opplever at den i stor eller svært stor grad er påvirket. I fritekstsvar peker fastleger på at pårørende opplever økt tilgjengelighet og at organiseringen med PHT gjør at en har mer tid og mulighet til å kommunisere med pårørende. Mer spesifikt nevnes tettere oppfølging for enkelte pasientgrupper hvor det er naturlig å involvere pårørende: demens (demenskartlegging og oppfølging), diabetes (diabeteskurs), skrøpelige eldre og pasienter som gjennomgår livsstilsendringer.

Figur 8-4 I hvilken grad har organiseringen som primærhelseteam påvirket kontakten med pårørende til pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam? Svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 99, honorarmodellen = 79, driftstilskuddsmodellen = 20) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

8.2 Samhandling mellom legekantorene og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester belyst ved registerdata

I undersøkelsen av samhandling mellom PHT og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester ved bruk av registerdata fokuserer vi på tre utfallsmål: Bruk av samhandlingstakster, bruk av øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og tid fra utskrivning fra sykehus til oppfølging fra legekantoret. Til undersøkelsene benyttes forskjell-i-forskjeller (FiF) metoden. Metoden sammenligner utviklingen i utfallsmål på legekantor i PHT-forsøket med utviklingen i utfallsmål på legekantor utenfor forsøket. Metoden antar at utviklingen ville vært lik på legekantor i og utenfor forsøket dersom forsøket ikke fant sted. Eventuelle ulikheter tilskrives derfor forsøket.

Tabell 8-1 sammenligner utviklingen i bruk av samhandlingstakster per år på legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket. Takstene benyttes ikke i driftstilskuddsmodellen. Kolonne 3 viser at det har vært en signifikant økning i takst for telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med kols etter forsøket startet. I 2017 var antall takst for telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med kols 1.60 per pasient. FiF-estimatet på 0.37 per pasient representerer derfor en relativ økning på 23 %. For øvrige målgrupper, unntatt psykisk sykdom, er det tilsvarende store, positive effekter, men disse er ikke statistisk signifikante. Kolonne 5 i tabellen viser at det har vært en signifikant økning i takst for flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient med diabetes type 2, skrøpelig eldre og multisyke. For øvrige målgrupper er det tilsvarende store, positive effekter, men disse er ikke statistisk signifikante. De positive effektene innebærer at pasienter som er inkludert i PHT-forsøket, har opplevd mer positiv utvikling i samhandling mellom fastlege og andre deler av helsetjenesten enn pasienter utenfor forsøket.

Tabell 8-1 Utvikling i antall samhandlingstakster per år. Legekantor med Honorarmodellen sammenliknet med legekantor utenfor PHT-forsøket.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		N
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	
Personer med diabetes type 2	1.34	0.17	0.14	0.03**	1 953 656
Personer med kols	1.60	0.37*	0.16	0.04	939 165
Personer med psykisk sykdom	1.04	0.03	0.22	0.02	4 726 765
Personer med ruslidelse	2.00	0.24	0.45	0.09	582 480
Personer med psykisk utviklingshemming	3.95	0.56	0.69	0.39	156 759
Skrøpelig eldre og multisyke	2.67	0.44	0.17	0.06*	1 096 138

Note: Kolonne 2 og 4 viser antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen i 2017. Kolonne 3 og 5 sammenligner utvikling i antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell 8-2 sammenligner utviklingen i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per år blant listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017, ved legekantor i PHT-forsøket og legekantor utenfor forsøket. Kolonne 3 i tabellen viser at utviklingen i prosentandelen med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand har vært svært lik blant listeinnbyggere ved legekantor i PHT-forsøket og legekantor utenfor forsøket. Utviklingen i omfang av helsetjenester i hjemmet, målt i timer per uke, var imidlertid negativ blant listeinnbyggere ved legekantor i PHT-forsøket som prøver ut driftstilskuddsmodellen, sammenliknet med legekantor utenfor forsøket. Listeinnbyggere på legekantor med driftstilskuddsmodellen som mottok helsetjenester i hjemmet i 2017, mottok i snitt 1.46 timer per uke. FiF-estimatet på -0.80 timer per uke representerer derfor en relativ reduksjon på 55 prosent. En mulig tolkning av resultatet er at oppfølgingen fra PHT har gjort at disse brukerne med helsetjenester i hjemmet klarer seg med færre timer enn før forsøket med PHT startet.

Tabell 8-2 Utvikling i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen sammenliknet med legekantor utenfor forsøket.

	Prosentandel			Omfang		
	Inngangsverdi	FiF	N	Inngangsverdi	FiF	N
Driftstilskuddsmodellen						
Helsetjenester i hjemmet	37	1	394 655	1.46	-0.80**	128 962
Praktisk bistand	20	-0	394 655	3.96	-0.31	84 600
Honorarmodellen						
Helsetjenester i hjemmet	34	2	398 016	2.75	-0.26	129 947
Praktisk bistand	21	0	398 016	1.07	-0.04	85 444

Note: Prosentandel er prosentandel av listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Omfang er antall timer per uke helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand for listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 og som mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Inngangsverdi er prosentandel og omfang på PHT-legekantor i 2017. FiF er forskjell i utviklingen i prosentandel og omfang på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KPR.

Tabell 8-3 sammenligner utviklingen i tid til oppfølging fra legekantoret i og utenfor PHT-forsøket etter at listeinnbyggere er skrevet ut fra sykehus. Spesielt undersøker vi utviklingen i antall dager fra utskriving til det ble utløst en konsultasjonstakst eller en samhandlingstakst på legekantoret i tilfeller hvor en slik takst ble utløst innen 90 dager etter utskriving. Utskrivninger i fjerde kvartal av 2021 holdes derfor utenfor analysen. Samhandlingstakster benyttes ikke i driftstilskuddsmodellen. Det andre tallet i kolonne 2 og 3 i tabellen viser at utviklingen i tid til oppfølging fra legekantor etter utskriving var negativ på legekantor i PHT-forsøket sammenlignet med legekantor utenfor forsøket for pasienter med diabetes type 2. Reduksjonen var imidlertid liten; 1 dag mindre til konsultasjon med lege eller sykepleier og 4 dager mindre til telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter.

Tabell 8-3 Utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskriving fra sykehus. Legekantor med Honorarmodellen sammenliknet med legekantor utenfor PHT-forsøket.

	Lege- eller sykepleierkonsultasjon			Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter			Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		
	Inngangsverdi	FIF	N	Inngangsverdi	FIF	N	Inngangsverdi	FIF	N
Personer med diabetes type 2	25	-1*	3 935	22	-4*	1 152	31	3	271
Personer med kols	24	-1	1 327	23	-0	490	39	-1	108
Personer med psykisk sykdom	23	0	4 382	25	0	1 224	35	3	504
Personer med ruslidelse	24	2	772	22	-1	336	47	1	136
Personer med psykisk utviklingshemming	42	-6	134	30	4	112	24	3	48
Skrøpelig eldre og multisyke	26	-0	5 729	21	-2	2 369	39	0	518

Note: Lege- eller sykepleierkonsultasjon er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Inngangsverdi er antall dager fra utskriving fra sykehus til oppfølging fra legekantor på PHT-legekantor i 2012-2017. FIF i kolonne 3 sammenligner utvikling i antall dager fra utskriving fra sykehus til oppfølging fra legekantor på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021q3. FIF i kolonne 6 og 9 sammenligner utvikling i antall dager fra utskriving fra sykehus til oppfølging fra legekantor på legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021q3. N i kolonne 4 viser antall observasjoner på PHT-legekantor. N i kolonne 7 og 10 viser antall observasjoner på legekantor med honorarmodellen. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 8-4 og Tabell 8-5 sammenligner utviklingen i prosentandelen av utskrivinger hvor det ble utløst en konsultasjonstakst eller en samhandlingstakst på legekantoret innen 7 og 30 dager etter utskriving av listeinnbyggere knyttet til legekantor i PHT-forsøket og legekantor utenfor forsøket. Samhandlingstakster benyttes ikke i driftstilskuddsmodellen. Tabellene viser at prosentandelen av utskrivinger hvor det ble utløst en samhandlingstakst, har økt for pasienter med ruslidelse. I fjorårets rapport gjorde vi tilsvarende funn for flere målgrupper. Det kan være flere grunner til at resultatene er endret i årets rapport, men kanskje spesielt at datagrunnlaget for årets rapport består av ett år til med koronapandemi. Det kan også tyde på at funnene fra fjorårets rapport ikke var særlig robuste.

Tabell 8-4 Utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 7 dager etter utskriving fra sykehus. Legekantor med Honorarmodellen sammenliknet med legekantor utenfor PHT-forsøket.

	Lege- eller sykepleierkonsultasjon			Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter			Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		
	Inngangsverdi	FiF	N	Inngangsverdi	FiF	N	Inngangsverdi	FiF	N
Personer med diabetes type 2	49	2	10 721	14	2	8 581	0	0	8 581
Personer med kols	50	-2	4 361	14	2	3 370	2	-0	3 370
Personer med psykisk sykdom	51	-2	10 933	9	1	8 526	1	0	8 526
Personer med ruslidelse	45	-3	2 639	22	5*	1 740	2	1*	1 740
Personer med psykisk utviklingshemming	30	-10	454	23	0	306	3	4	306
Skrøpelig eldre og multisyke	42	-0	18 609	18	2	14 916	1	0	14 916

Note: Lege- eller sykepleierkonsultasjon er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Inngangsverdi er prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 7 dager etter utskriving fra sykehus på PHT-legekantor i 2012-2017. FiF i kolonne 3 sammenligner utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 7 dager etter utskriving fra sykehus på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021. FiF i kolonne 6 og 9 sammenligner utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 7 dager etter utskriving fra sykehus på legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021. N i kolonne 4 viser antall observasjoner på PHT-legekantor. N i kolonne 7 og 10 viser antall observasjoner på legekantor med honorarmodellen. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 8-5 Utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus. Legekantor med Honorarmodellen sammenliknet med legekantor utenfor PHT-forsøket.

	Lege- eller sykepleierkonsultasjon			Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter			Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		
	Inngangsverdi	FiF	N	Inngangsverdi	FiF	N	Inngangsverdi	FiF	N
Personer med diabetes type 2	17	0	10 721	25	5	8 581	2	1	8 581
Personer med kols	18	-0	4 361	29	4	3 370	3	0	3 370
Personer med psykisk sykdom	21	-1	10 933	22	2	8 526	5	0	8 526
Personer med ruslidelse	22	0	2 639	38	10***	1 740	7	4*	1 740
Personer med psykisk utviklingshemming	5	1	454	30	-3	306	7	11	306
Skrøpelig eldre og multisyke	15	0	18 609	34	3	14 916	4	0	14 916

Note: Lege- eller sykepleierkonsultasjon er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Inngangsverdi er prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus på PHT-legekantor i 2012-2017. FiF i kolonne 3 sammenligner utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021. FiF i kolonne 6 og 9 sammenligner utvikling i prosentandel med oppfølging fra legekantor innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus på legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021. N i kolonne 4 viser antall observasjoner på PHT-legekantor. N i kolonne 7 og 10 viser antall observasjoner på legekantor med honorarmodellen. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

I kapittel 7 beskriver vi hvordan vi kan gruppere legekantorene i PHT-forsøket basert på grad av teamarbeid. Vi har undersøkt om det er forskjell i samhandling mellom primærhelseteam og øvrige primærhelse- og omsorgstjenester etter grad av teamarbeid. Vi finner ikke at legekantor i PHT-forsøket med høy grad av teamarbeid har utviklet seg forskjellig fra legekantor med lav grad av teamarbeid når det kommer til samhandling mellom PHT og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester (se Vedlegg E, Tabell E-22, Tabell E-23, Tabell E-24).

I Statusrapport IV viser vi at samhandling med andre deler av helsetjenesten avhenger av om legekantorene i PHT-forsøket ligger i bykommuner eller småkommuner. Vi har undersøkt om det er forskjell i samhandling mellom PHT og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester etter kommunal kontekst. Vi finner at bruk av takst for telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter har økt på PHT-legekantor i småkommuner sammenliknet med PHT-legekantor i bykommuner. En mulig tolkning er at det er lettere for PHT å samhandle med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene i mindre kommuner enn i større bykommuner. For andre indikatorer for samhandling finner vi ingen forskjell i utvikling (se Vedlegg E, Tabell E-25, Tabell E-26, Tabell E-27).

8.3 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi, ved hjelp av svar på spørreskjemaer til ansatte på legekantorene og ved hjelp av registerdata, undersøkt om vi kan finne sammenhenger mellom PHT og samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. De fleste fastlegene og helsesekretærene svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Helsesekretærene har en mer positiv innstilling enn fastlegene når det gjelder samhandling med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Blant fastlegene mener i overkant av halvparten at PHT har påvirket samhandlingen med den somatiske spesialisthelsetjenesten positivt. Prosentandelen blant helsesekretærene er større. Det er den også for vurdering av samhandling med de andre delene av spesialisthelsetjenestene.

Med registerdata undersøkte vi om indikatorer på samhandling har utviklet seg mer positivt for legekantor i PHT-forsøket enn for andre legekantor. Vi fant positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Det var også positivt fortegn på koeffisientene for andre målgrupper, men de var ikke statistisk signifikante. Vi fant mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter med slike tjenester, tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen. Vi undersøkte også utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskriving fra sykehus for listeinnbyggere tilknyttet legekantor i PHT-forsøket sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. Vi fant effekter i form av noe raskere oppfølging av listeinnbyggere med diabetes type 2 og for listeinnbyggere med ruslidelse.

9. Oppsummering, diskusjon og avslutning

I dette kapittelet oppsummerer vi resultatene fra de tidligere kapitlene, og vi drøfter effektmålene for forsøket i lys av det samlede kunnskapsgrunnlaget om PHT. Vi diskuterer også problemstillinger som vi anser som særlig relevante for evalueringen. Årets evaluering bidrar til å styrke argumentasjonen for at PHT er en god ordning for pasientene i målgruppen. Vi har tidligere vurdert at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket. En viktig forutsetning for samfunnsøkonomisk lønnsomhet er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet. Forsøket med PHT avsluttes 31. mars 2023, og arbeidet med evalueringen vil fortsette også i 2023.

9.1 Oppsummering av resultatene fra kapitlene

I denne femte statusrapporten er vi spesielt opptatt av hvordan pasientene opplever virkningene av PHT, hva som kjennetegner legekantorenes valg av finansieringsordning, om det er noen sammenheng mellom finansieringsordning og indikatorer på pasientbehandling, teameffektivitet på makro- og mikroteamnivå og samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

I kapittel 3 presenterer vi resultater fra en brukerundersøkelse som belyser virkninger PHT har for pasientene ved legekantorene. Denne brukerundersøkelsen ble distribuert til pasienter med minst én konsultasjon med PHT sykepleier etter 1. august 2022. Legekantorene fikk tilsendt undersøkelsen, ferdigfrankerte konvolutter og informasjonsskriv som de distribuerte til pasientene som var i målgruppen for undersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen viser at flertallet av pasientene opplever å bli ivarettatt på en god måte, og at de samlet sett får bedre oppfølging av egen helse sammenlignet med perioden før PHT. De fleste respondentene er tilfredse med oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og opplever for eksempel at sykepleier og fastlege har nok tid til dem. Alt i alt, er flesteparten av pasientene fornøyde med tilgjengeligheten til fastlegen og sykepleier, samt med den samlede oppfølgingen fra legekantoret. Når pasientene blir spurt om videre preferanser for helsehjelp, indikerer flertallet at de ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier. Samtale og informasjon fra sykepleier virker å være spesielt betydningsfullt for noen av pasienter.

Kapittel 4 om finansieringsmodellene undersøker egenskaper ved legekantor som har valgt honorarmodellen og egenskaper ved legekantor som har valgt driftstilskuddsmodellen. Sammenligningen er begrenset til de legekantorene som ha vært med fra starten av forsøket og forstyrres av at kommunale legekantor stort sett valgte driftstilskuddsmodellen og private legekantor valgte honorarmodellen. Vi finner at de fleste legekantor valgte den finansieringsmodellen som var gunstigst for dem. Fire av fem legekantor med driftstilskuddsmodellen har bedre inntektsutvikling per listeinnbygger enn landets øvrige legekantor. Det samme gjelder for tre av åtte av legekantorene med honorarmodellen. Vi undersøkte også om det er forskjeller mellom finansieringsmodellene når det gjelder å nå indikatorer på mål med forsøket. Det er vanskelig å se noen systematikk i resultatene. Det er en tendens til flere konsultasjoner fra lege og sykepleier i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, men det er vanskelig å vite hvor mye av denne forskjellen som skyldes at det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det er også en tendens til at personer med psykisk sykdom får større oppmerksomhet i form av legekonsultasjoner i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen.

Kapittel 5 om erfaringer blant ansatte ved legekantor med PHT, undersøker hvordan de ansatte oppfatter sin arbeidsmengde, hvilke erfaringer de har med teamarbeid, og hvordan de vurderer konsekvenser av PHT for pasientene. PHT har påvirket arbeidsbelastningen for om lag halvparten av fastlegene – hvorav fire av fem opplever redusert arbeidsbelastning og en av fem opplever økt arbeidsbelastning. Resultatene tyder på at teamarbeidet fungerer godt; overordnet opplever alle yrkesgrupper stor grad av enighet om oppgaver, arbeidsfordeling, fordeling av beslutningsmyndighet og nye måter å løse utfordringer på. Svarfordelingen på disse spørsmålene er noe endret fra 2019 til 2022, og dette kan tyde på at det har vært en utvikling mot mer samkjørte team, der det har blitt tydeligere rolle- og oppgavedeling på legekantorene. Det vanligste er at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. Fastlegene opplever at de kan delegere rutinepregede og tidkrevende oppgaver til sykepleier, og flesteparten kan dermed ta tak i mer krevende oppgaver enn tidligere. De fleste fastlegene

bruker den frigjorte tiden til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, både ved å bruke mer tid per konsultasjon og på flere konsultasjoner. I fritekstsvaret utdypet både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer at de får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som mottar oppfølging fra PHT, blant annet at de opplever en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, en større grad av trygghet og mer regelmessighet i oppfølgingen, samt at de føler seg bedre ivaretatt.

Kapittel 6 undersøker teameffektivitet med utgangspunkt i en kvalitativ dybdestudie på fem utvalgte legekantor i forsøket. Studien identifiserer tre teamvarianter blant de fem legekantorene. To av teamvariantene framstår som effektive, med en høy samlet teaminnsats rettet mot målgruppene i PHT-forsøket. De karakteriseres begge ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte både i makroteam som omfatter alt personell på legekantorene og mikroteam som er knyttet til den enkelte fastleges liste og som i all hovedsak foregår mellom den aktuelle fastlegen og sykepleier. De to variantene skiller seg fra hverandre ved at teamarbeidets utforming påvirkes av finansieringsmodellen; henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I den tredje teamvarianten er makroteamet løst sammenvevd og den overordnede ledelsen er mindre til stede eller virksom. Arbeidsmåten i mikroteamene varierer avhengig av legens erfaring, interesse og engasjement for teamarbeid. Mikroteam kan være effektive selv om ikke legekantoret som makroteam, er det. Sykepleierressursen kunne samlet sett vært utnyttet mer målrettet noe som ville økt makroteameffektivitet i disse legekantorene. Dybdestudien viser at det å bli reelle og effektive mikro- og makroteam innebærer et omfattende og målrettet arbeid som krever ledelse og oppslutning, og en betydelig innsats knyttet til å legge strukturer for hvordan teamarbeidet i praksis skal foregå. Makroteamperspektivet avdekker at helsesekretærene har en viktig rolle og bidrag i legekantoret som helhet, blant annet gjennom å legge til rette for at makroteamet (hele legekantoret) og mikroteamene (med lege og sykepleier) kan fungere godt. Helsesekretærens bidrag til velfungerende makroteam bør i større grad vektlegges i beskrivelsen av PHT.

I kapittel 7 om produktivitet i team analysert med registerdata, undersøker vi mulige sammenhenger mellom grad av teamarbeid og helsetjenestebruk for målgrupper i PHT-forsøket. Vi skiller mellom helsetjenestebruk som legekantoret selv har kontroll over, som konsultasjoner og hjemmebesøk, og helsetjenestebruk som ligger utenfor legekantorets direkte kontroll, som legevaktbesøk og sykehusinnleggelse. Vi undersøker både sammenhenger med makroteam (team på legekantornivå) og mikroteam (team av fastlege og PHT-sykepleier). Vi finner at legekantor med høy grad av teamarbeid yter flere tjenester som er aktuelle for PHT under forsøket, sammenlignet med legekantor med mindre grad av teamarbeid. Vi kan samtidig ikke forkaste hypotesen om at legekantor med høy grad av teamarbeid har utviklet seg på samme måte som legekantor med mindre grad av teamarbeid. Det betyr for eksempel at personer med diabetes type 2 får flere hjemmebesøk hvis de er tilknyttet legekantor med høy grad av teamarbeid enn hva de får hvis de er tilknyttet legekantor med mindre grad av teamarbeid. Samtidig er den relative forskjellen i hjemmebesøk fra de to typene av legekantor uendret fra før forsøket startet. For mikroteam finner vi også forskjeller i utviklingen fra før forsøket startet for flere av pasientgruppene. Slike forskjeller er også til stede for flere tjenester som indikerer samhandling mellom fastlege og andre deler av helsetjenesten.

I kapittel 8 om samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste har vi ved hjelp av svar på spørreskjemaer til ansatte på legekantorene og ved hjelp av registerdata undersøkt om vi kan finne sammenhenger mellom PHT og samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. De fleste fastlegene og helsesekretærene svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Mer enn halvparten av fastlegene mener også at PHT har påvirket samhandlingen med den somatiske spesialisthelsetjenesten positivt.

Med registerdata undersøker vi om indikatorer på samhandling har utviklet seg mer positivt for legekantor med PHT enn for andre legekantor. Vi finner positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Vi finner mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter som mottar dette og er tilknyttet legekantor med driftstilskuddsmodellen enn vi finner for pasienter ved legekantor utenfor forsøket. Vi finner også effekter av PHT i form av noe raskere oppfølging fra legekantoret etter sykehusinnleggelse for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse.

9.2 Har vi mer kunnskap om effekter enn vi hadde i fjor?

Effekt mål: Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av PHT

I statusrapport IV oppsummerte vi i den samfunnsøkonomiske analysen at både registerdata og intervjuer viser at legekantorene arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper, særlig når det gjelder å arbeide mer proaktivt, samt gjennomføring av årskontroller for diabetes som sekundærforebyggende

tiltak. Fra intervjuene oppsummerte vi eksempler på pasienter som opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Funn fra spørreundersøkelsene tyder på at de ansatte ved legekantorene i stor grad opplever at pasientene får bedre oppfølging og opplæring i egen sykdom, som videre bidrar til bedre helse og mestring.

Årets undersøkelser støtter opp om resultatene fra foregående år. I brukerundersøkelsen oppga rett under halvparten i stor eller svært stor grad bedre livskvalitet (47 prosent), bedre helse alt i alt (40 prosent) eller mer stabil helse (47 prosent) med PHT. Ansatte på legekantorene opplever at pasientene blir bedre ivaretatt. I dybdestudien av teameffektivitet fortalte legene og sykepleierne om enkeltpasienter som har hatt stor nytte av teamarbeidet dem imellom. Det handlet om pasienter med diabetes, kols, psykisk sykdom, ruslidelser, sår, behov for livsstilsendringer og om skrøpelige eldre. Blant de skrøpelige eldre var det flere, ifølge informantene, som hadde økt sin livskvalitet betraktelig og levd lenger enn de ville gjort uten PHT.

I årets studier av registerdata finner vi at pasientene får bedre oppfølging i form av konsultasjoner, årskontroller og hjemmebesøk. For pasienter på legekantor med driftstilskuddsmodellen er det en reduksjon i helsetjenester i hjemmet for de som mottar slike tjenester.

Vi kan fortsatt ikke forkaste null-hypotesen om ingen effekt på bruk av spesialisthelsetjenester.

Effekt mål: Økt pasient- og brukertilfredshet

Tidligere funn fra intervjuer med pasienter tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet. Analyser i fjorårets rapport av listeinnbyggerundersøkelsen viste at det for listepopulasjonen generelt ikke er signifikante endringer i fornøydhet med fastlegen mellom 2018 og 2020. Analyser av registerdata viste at ventelistene for å knytte seg til en fastlege økte ved PHT-kontor med driftstilskuddsmodellen (hvor to av legekantorene stod for økningen) sammenlignet med landets øvrige legekantor. Det var færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen enn fra legekantor utenfor forsøket.

I årets rapport har vi i tillegg resultatene fra brukerundersøkelsen. Den viste at de fleste respondentene er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege. Flertallet av pasientene uttrykker at de ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier. Samtale og informasjon fra sykepleier virker å være spesielt betydningsfullt for noen pasienter.

Effekt mål: Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget

De kvalitative intervjuene med pasienter og pårørende som ble beskrevet i Statusrapport IV ga eksempler på virkninger av PHT sett fra pasientenes ståsted. Framstillingen bygger på kvalitative intervjudata med et fåtall informanter. Et sentralt resultat er at pasientene opplevde endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering. I intervjuundersøkelsen blant ansatte i andre kommunale tjenester trakk flere informanter fram at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. PHT bidrar til mer helhetlig tenkning rundt brukere, ikke bare fokus på det de selv oppsøker legen for.

I årets brukerundersøkelse svarte 46 prosent at de opplever at tjenestene fra de ulike delene av helsetjenesten er bedre koordinert enn før, og 40 prosent svarte at dette ikke er relevant for dem.

Fra analyser av registerdata finner vi i årets undersøkelse en økning i flerfaglig kontakt og samtaler med ansatte i andre tjenester for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke. Vi undersøkte også utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskrivning fra sykehus for pasienter tilknyttet PHT-kontor sammenlignet med øvrige legekantor. Vi fant effekter i form av noe raskere oppfølging for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse.

Effekt mål: Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester

Fra registerdata finner vi ingen effekter av PHT på bruk av legevakt, ikke planlagte innleggelser og bruk av spesialisthelsetjenester mer generelt. Kanskje har forsøket pågått for kort tid til at vi kan forvente dette. I tillegg skaper pandemien forstyrrelser fra tilbudssiden som kan gjøre det vanskeligere å identifisere effekter.

Effekt mål: Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten

Intervjuundersøkelsen i Statusrapport IV viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. I en del av

de folkerike kommunene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester, men også i disse kommunene er det viktige nyanser i hvordan PHT oppfattes. Intervjuundersøkelsen med ansatte i spesialisthelsetjenesten ga ikke holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer i samhandlingen med fastlegekontorene.

Årets spørreundersøkelse til ansatte på legekantorene supplerer tidligere undersøkelser. De fleste fastlegene og helsesekretærene svarer at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Helsesekretærene har en mer positiv innstilling enn fastlegene når det gjelder øvrige primærhelsetjenester. Blant fastlegene mener i overkant av halvparten at PHT har påvirket samhandlingen med den somatiske spesialisthelsetjenesten positivt. Prosentandelen som oppga dette blant helsesekretærene er større.

Resultatene fra registerdata overlapper med resultatene knyttet til effektmålet «Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget». I tillegg fant vi mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter som har det, ved legekantor med driftstilskuddsmodellen.

9.3 Diskusjon

Koronapandemien

I Statusrapport IV beskrev vi hvordan koronapandemien både har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT ved legekantorene i forsøket. Mye av arbeidskapasiteten hadde gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Det hadde vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. Beskrivelsene med registerdata knyttet til listeinnbyggere med diabetes type 2 og kols, støttet opp om beskrivelsene som ble gitt i intervjuer og spørreskjemaundersøkelsene blant de ansatte i legekantorene som prøver ut PHT. I denne femte statusrapporten har ikke pandemien fått samme oppmerksomhet. Pandemien kan likevel ha hatt betydningen for virksomheten på legekantorene også i perioden årets rapport beskriver.

Finansieringsmodellene

I årets statusrapport er finansieringsmodellene i PHT et av temaene vi har rettet oppmerksomheten mot. Årets spørreskjemaundersøkelser viser at det er en større andel av fastlegene med driftstilskuddsmodell som mener at finansieringsmodellen fremmer teamarbeid, enn det er blant fastlegene i legekantor med honorarmodell. Tidligere undersøkelser viste også at driftstilskuddsmodellen, der inntektene er lite aktivitetsavhengige, ble oppfattet som attraktiv under koronapandemien da aktiviteten tidvis ble redusert. Det er krevende å undersøke med registerdata om det er forskjeller mellom finansieringsmodellene i å oppnå indikatorer på god pasientbehandling. Dette skyldes blant annet at registerdata for aktivitet på legekantorene er takstbasert. Aktivitet som blir registrert i legekantor med honorarmodellen fordi de har en takst, blir ikke registrert i legekantor med driftstilskuddsmodellen fordi de ikke har en takst. Vi vet fra registreringer før forsøket startet, at aktivitet per listeinnbygger som fanges opp i takster, var mindre i legekantor som senere valgte driftstilskuddsmodellen enn i legekantor som valgte honorarmodellen. Dette reflekterer trolig at aktivitet som fanges opp i takster, er mindre i kommunale legekantor enn i private legekantor. Etter at forsøket startet er det en tendens til større økning i konsultasjoner fra lege og sykepleier i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Hvor mye av denne forskjellen som skyldes at det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen, vet vi ikke. En hypotese er at det ikke er noen betydelige forskjeller på aktivitetsutviklingen i legekantor avhengig av finansieringsmodell etter at forsøket med PHT startet. Begge typer av legekantor har økt aktivitetsnivået samtidig som den relative forskjellen fra før forsøket består.

Helsesekretærenes rolle i makro- og mikroteam

Det å betrakte PHT både i et mikro- og et makroteamperspektiv, får etter vårt syn fram at den normative beskrivelsen av mikroteam som bestående av lege, sykepleier og helsesekretær synes å virke kontraproduktivt på de fleste legekantorene (Helsedirektoratet, 2017). Helsesekretærene kjenner seg ikke igjen i denne beskrivelsen og opplever av den grunn at de ikke er en del av PHT. I spørreundersøkelsen oppga om lag en tredjedel av helsesekretærene at de i liten eller svært liten grad opplever å ha en rolle i PHT ved legekantoret, og nesten halvparten (43 prosent) svarte at de i noen grad opplever dette. Flere beskrev at de ser liten forskjell i arbeidsoppavene sine før og etter PHT. Makroteamperspektivet avdekker at helsesekretærene har en viktig rolle og bidrag i legesenteret som helhet, blant annet gjennom å legge til rette for at mikroteamene (av lege og sykepleier) kan fungere godt. Flere sykepleiere understreket for eksempel i fritekstsvaret i spørreundersøkelsen at helsesekretærene har en viktig rolle på legekantorene, blant annet at de har kontroll på timebøkene til både lege og sykepleier, og dermed bidrar til å sikre god pasientflyt. Helsesekretærenes bidrag til velfungerende makroteam bør i større grad vektlegges.

Refleksjoner rundt hva som karakteriserer gode team

I vår analyse av teameffektivitet har vi latt oss inspirere av Hackmans tre kriterier for hva som skaper effektive team: For det første oppnår teamene resultater i tråd med hva de er til for, og møter eller overgår forventningene til dem som erfarer resultatene. For det andre øker teammedlemmene sin evne til å samarbeide over tid. For det tredje bidrar teamarbeidet til at det enkelte medlem trives, utvikler seg og opplever å få noe igjen for å delta i teamarbeidet. I den kvalitative dybdestudien finner vi i stor grad igjen disse karakteristika i de mest effektive teamene. Et viktig funn er at medlemmene av disse teamene har stor grad av eierskap til teamarbeidet. De er enige om hvorfor teamet er til, hva de skal oppnå sammen og hva de tar et felles ansvar for. De er også i stor grad enige om hvilke oppgaver de skal jobbe med i teamet, hvem som har ansvar for hva og hvilke roller de enkelte medlemmene har.

Kan dette læres? Svaret er vel mer at godt fungerende team er lærende. De bruker jevnlig tid på å åpent reflektere over hvordan de fungerer, hva som fungerer bra og hva som kan fungere bedre. De justerer mål, arbeids- og væremåter når de oppdager at det er nødvendig for å lykkes som team. Dette krever at medlemmene har utviklet psykologisk trygghet seg imellom, og at særlig lederen av teamet gjennom sin atferd og holdninger legger til rette for at en slik trygghet utvikler seg. Dette kan indikere at det kanskje er ledelse som bør læres.

Dybdestudien viser at lederne av de mest effektive teamene har gjennomgått lederutdanning som del av PHT-forsøket. Medarbeiderne ved legekantorene ga klart uttrykk for at dette har endret måten de utøver ledelse på. Det har gjort dem tryggere og mer kompetente i lederrollen. Gaski og Abelsen (2020) har tidligere vist hvordan PHT-ledere på ulike måter har lagt vekt på felles prosesser, utvikling av tillitsforhold, kompetanseheving og involvering i utvikling av internt samarbeid og kommunikasjon. Det er behov for at noen setter kurs for hvordan legenes rolle skal endres, og hvordan sykepleiere som en ny ressurs skal utvikle sin rolle. PHT-lederne forsøker å fjerne barrierer for endring, de synliggjør muligheter, er pådrivere og motivatorer og prøver å gjøre endringer gjennom små og konkrete skritt. Samtidig tar de høyde for at ekspertkulturen blant legene er preget av stor autonomi, sentrert om faglig forsvarlighet og med søkelys på kompetanseheving og brede prosesser hvor ekspertene er delaktige i å utvikle mål og visjoner. I denne situasjonen ser det ut til at lederutdanningen har truffet et behov og hatt stor betydning for utvikling av ledelse ved legekantorene i PHT-forsøket.

Refleksjoner rundt effekter av gode team belyst med registerdata

I studiene med registerdata finner vi at pasienter i målgruppene for PHT får mer oppmerksomhet på legekantoret enn tilsvarende pasienter i kontrollgruppen uten PHT etter at forsøket med PHT startet sammenlignet med før forsøket startet. I registerdataanalysen av effekter av gode team, differensierte vi legekantorene med PHT avhengig av grad av teamarbeid, og vi skilte mellom teamarbeid på legekantornivå (makroteam) og teamarbeid mellom fastlege og sykepleier (mikroteam). Vi finner at velfungerende makroteam leverer flere aktuelle tjenester for PHT enn makroteam som er mindre velfungerende. Dette gjelder konsultasjoner med lege og sykepleier, hjemmebesøk, årskontroll med Noklus diabetesskjema og tverrfaglig samarbeidsmøte om enkelt-pasienter. Samtidig finner vi ingen forskjell mellom de to gruppene av legekantor i endring i nivået på slike tjenester fra før forsøket startet. En hypotese er at begge typer av legekantor har oppnådd samme relative forbedring etter at forsøket startet. For mikroteam finner vi også relative forskjeller i utviklingen etter at forsøket starter. Pasienter med diabetes type 2 hos fastleger i fjerde kvartil (mye bruk av PHT-sykepleier) har større endring i lege- eller sykepleierkonsultasjon og Noklus diabetesskjema sammenlignet med pasienter med fastlege i første kvartil (lite bruk av PHT-sykepleier). Tilsvarende opplever skrøpelige eldre og multisyke større vekst i hjemmebesøk og samtale om enkeltpasient. Det er også mindre vekst i poliklinisk konsultasjon og ikke-planlagt innleggelse for personer med psykisk utviklingshemming og større endring i nødvendige samtaler med pårørende for pasienter med psykisk sykdom. Med andre ord har noen av forskjellene i utfall mellom første og fjerde kvartil har blitt større etter at forsøket startet, mens andre forskjeller ikke er forandret. Disse forskjellene knyttet til målgruppene for forsøket, stemmer overens med de beskrivelsene fastleger og PHT-sykepleiere gir av hvilke grupper de har rettet oppmerksomhet mot fra PHT-forsøkets begynnelse. En hypotese er at effektive mikroteam bidrar til å gjøre fastleger som var gode i utgangspunktet, enda bedre.

Hvordan ulike metoder og undersøkelser utfyller hverandre i evalueringen

Evalueringen er basert på et omfattende informasjonsgrunnlag bestående av spørreundersøkelser, registerdata og intervjuer. I tillegg har vi fått informasjon om forsøket og de deltagende legekantorene i jevnlig møter med Helsedirektoratet, samt på samlinger der både Helsedirektoratet og legekantorene har deltatt. Muligheten til å kombinere ulike informasjonskilder og se disse i lys av hverandre, har vært avgjørende for å forstå funnene fra analysene og mekanismer som ligger bak.

Intervjuundersøkelsene har særlig vært viktige for å forstå hvordan legekantorene jobber og variasjonen mellom legekantorene. Denne kunnskapen har vært sentral i tolkningen av funn fra både spørreundersøkelsen og registerdata. Den store variasjonen i hvordan legekantorene jobber og hvilke pasientgrupper de har fokusert på i arbeidet med PHT, kan være en av årsakene til at vi i begrenset grad klarer å identifisere statistisk signifikante effekter av PHT i analysene av registerdata.

Intervjuundersøkelsen har også gitt innsikt i pasienterfaringer på et dypere nivå enn det som er mulig ved bruk av spørreundersøkelser og registerdata. Intervjuundersøkelsen er egnet for å gå i dybden og vise variasjonen i erfaringer. Samtidig gir intervjustudier begrenset mulighet til å innhente erfaringer fra et større antall informanter, noe som er styrken ved en spørreundersøkelse. Ved å kombinere intervju- og spørreundersøkelser, både blant pasienter og ansatte på legekantorene, kan vi både vurdere variasjonen i erfaringer og trender i oppfatninger. Begge deler er avgjørende for å bedre forstå hvordan PHT utspiller seg på legekantorene, og hvilke konsekvenser det har for ansatte og pasienter.

9.4 Avslutning

Forsøket med PHT kjennetegnes av at legekantorene har stor frihet i valg av finansieringsmåte og i utforming av så vel makroteam som mikroteam. I denne femte statusrapporten presenterer vi en systematisk studie av variasjon i teamorganisering på makro- og mikronivå. Vi undersøker også mulige sammenhenger mellom teamorganisering i PHT og vellykkede PHT-kontor: hvordan pasientene opplever PHT, hvilken betydning legekantorenes kjennetegn har for legekantorenes valg av finansieringsordning, om det er sammenheng mellom finansieringsordning og indikatorer på pasientbehandling, teameffektivitet på makro- og mikroteamnivå og samspill mellom PHT og øvrig helsetjeneste. Vi har i kapittel 9 oppsummert hvordan resultatene fra årets studier bidrar til evaluering av forsøket med PHT sett opp mot effektmålene som Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har satt for forsøket.

Årets evaluering bidrar til å styrke argumentasjonen for at PHT er en god ordning for pasientene i målgruppen. Både resultatene fra brukerundersøkelsen, fra spørreundersøkelsen til ansatte ved legekantorene og fra dybdestudien av teameffektivitet trekker i den retningen. Også årets studier av registerdata finner at pasienter i målgruppen får bedre oppfølging i form av konsultasjoner, årskontroller og hjemmebesøk. Det er også tendenser til bedre samhandling med særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten for noen av målgruppene. Samtidig gjør variasjonen mellom legekantorene i forsøket det vanskelig å påvise statistisk signifikante effekter.

I statusrapport IV vurderte vi at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantoret. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode. Resultatene som presenteres i årets statusrapport, bidrar til mer dokumentasjon av helsegevinster. Samtidig gir dybdestudien mer kunnskap om hva som kjennetegner effektive makroteam og mikroteam og dermed bidrar til at PHT kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Vi kan fortsatt ikke vise med registerdata at PHT medfører mindre bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester. Det kan tenkes at forsøket med PHT har pågått for kort tid til at vi kan identifisere slike effekter. Undersøkelser med ny årgang av registerdata vil bli gjort i løpet av 2023.

Pilotprosjektet avsluttes 31. mars 2023. Legekantorene vil motta statlig finansiering av PHT-sykepleier i 2023. Arbeidet med evaluering av forsøket med PHT vil foregå også i 2023. Videre i evalueringen tar vi sikte på å gi en noe bredere utredning av hvordan landets fastlegekantor kan arbeide tverrfaglig med utgangspunkt i erfaringene fra forsøket med PHT.

10. Referanser

- Abelsen, B. et al., 2021. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2019a. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport I*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2019b. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2022. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*. , s.l.: s.n.
- Alvesson , M. & Sköldbberg , K., 2008. *Tolkning och reflection*. 2. opplag. red. Lund: Studentlitteratur 2008.
- Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.
- George, A. L. & Bennett, A., 2005. *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT press.
- Griffin, B. A. et al., 2017. Chasing balance and other recommendations for improving nonparametric propensity score models. *Journal of Causal Inference*, pp. 1-18.
- Hackman, J., 1987. The design of work teams. I: J. Lorsch, red. *The handbook of organizational behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, pp. 315-342 .
- Hackman, J., 2012. From causes to conditions in group research. *Journal of Organizational Behavior*, Volum 33, pp. 428-444.
- Helsedirektoratet, 2017. *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Iacus , S. M., King, G. & Porro, G., 2012. Causal inference without balance checking: Coarsened Exact Matching. *Political Analysis*, Volum 20, pp. 1-24.
- Norman, R. M., Bjertnæs, Ø. A., Danielsen, K. & Holmboe, O., 2022. *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. (PasOpp-rapport 2022:566)*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Pedersen, K. et al., 2022. *Evaluering av handlingsplan for allmenlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport I*, s.l.: s.n.
- Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B., 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* , 70(1), pp. 41-55.
- van Dijk, C. E. v. d. B. B. V. R. A. S. P. G. P. P. a. d. B. D. H., 2013. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics*, p. 340–352.
- Yin, R. K., 2014. *Case study research Design and methods*. 2014. 5 ed. red. s.l.:SAGE Publications..

Vedlegg A Oversikt over registerdata

Vi bruker individdata som omfatter alle listeinnbyggere som deltar i forsøket med PHT i tillegg til listeinnbyggere som vil inngå i kontrollgruppen. Søknad ble sendt REK Sør-Øst 25.9.2018 og dispensasjon fra taushetsplikten ble innvilget 8.2.2019. Personvernkonsekvensvurdering (DPIA) ble utarbeidet i samarbeid med NSD. Utøver av behandleransvaret godkjente prosjektet 3.4.2019 under forutsetningen av at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig etter GDPR art. 4 (7). Søknader om tilgang til individdata ble deretter sendt Statistisk Sentralbyrå (sosioøkonomiske variabler), Helsedirektoratet (Fastlegeregisteret, KUHR, Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt Pasientregister (KPR) og IPLOS) og Folkehelseinstituttet (Dødsårsaksregisteret). Data til denne statusrapporten ble mottatt i perioden august – september 2021.

Tabell A-1 Oversikt over registre og typer av variabler

Kilde	Variabler	Periode
Fastlegeregisteret	-Helsepersonellnummer -Kjennetegn ved fastlegen: Kjønn, alder, spesialist i allmenntilleggsmedisin og/eller samfunnsmedisin, fastlønn/privat praksis, navn og nummer på praksiskommune, gruppepraksis, deltar/deltar ikke i forsøk med PHT. -Kjennetegn ved pasientliste: Antall menn/kvinner i 5-årige alderskategorier. -Maksimal listelengde. -Brutto avgang og brutto tilgang på listen siden forrige uttak - Antall på venteliste - Har legen praksis i flere kommuner	Fra 2012 – juli 2022
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege og PHT-sykepleier registrert ved takster	Fra 2012 – august 2022
Norsk Pasientregister (NPR)	Kontaktdata fra NPR – somatikk, NPR – psykisk helsevern for voksne, NPR – psykisk helsevern for barn og unge, NPR – rehabiliteringsinstitusjoner, NPR – avtalespesialister, NPR – tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Fra 2012 – april 2022
Kommunalt Pasientregister (KPR)	KPR inneholder variabler som beskriver botype, omfang og sammensetning av hjemmetjenester samt funksjonsnivå.	Fra 2017 –des. 2021
Dødsårsaksregisteret	Dødstidspunkt, dødsårsak (gruppert etter EU Shortlist)	Fra 2012 – des. 2021
SSB	Utdanning, inntekt og formue på individ og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus, fødselsår, dødsårsak, kjønn.	Fra 2012 – des. 2021

Tabell 1 viser datakildene, typene av variabler samt perioden som datamaterialet dekker. Siden det er nødvendig med fleksibilitet i valgt av kontrollgruppe består datamaterialet av alle bosatte i Norge fra 2012. Opplysningene blir oppdatert før hver statusrapport.

Vedlegg B Intervjuguiden

PHT-leder, fastleger og PHT-sykepleiere

- Vi er nysgjerrig på hvordan det går med deg og jobben med primærhelseteam. Kan du fortelle litt om det?
- Er primærhelseteamarbeidet som foregår med utgangspunkt i dine pasienter meningsfullt for din del? Forklar, gi eksempler.
- Hva vil du si at formålet med teamarbeidet er?
- Kan du gi eksempler på noen konkrete resultater av teamarbeidet knyttet til dine pasienter?
- Hvilken betydning har det for dine pasienter at du er del av et primærhelseteam? Forklar/gi eksempler.
- Hvordan jobber du sammen med sykepleier? Hvis flere sykepleiere: Er det mye likt eller varierer det? Hvis det er variasjon, hva skyldes det?
- Hva slags oppgaver delegerer du til sykepleier? Hva slags oppgaver delegerer du til helsesekretær (har det skjedd endringer i dette med PHT)?
- Hvor utfordrende er teamarbeidet for din del?
- Har du nok handlefrihet til å selv bestemme hvordan din del av teamarbeidet skal utføres? Jfr. Felles prosedyrer. For mye/lite?
- Hvilken rolle har helsesekretærene i teamarbeidet? Har helsesekretærene noen rolle i PHT-arbeidet som du gjør sammen med sykepleier?
- Når du gjør en god jobb som del av teamet, hvilke positive konsekvenser har det? Forklar/gi eksempler.
- Belønnes dere for teamarbeid?
- Fører teamarbeidet med seg noen form for tap for din del? (Eksempelvis tid, energi, motivasjon eller økonomi)
- Opplever du at du, sykepleier og ev. helsesekretær deler det samme engasjementet for teamarbeidet? Gi eksempler.
- Er primærhelseteamet stort nok? Er det ekspertise du har savnet å ha i primærhelseteam? I tilfelle, hvilken?
- Har du deltatt i noen form for kompetanseheving i din tid i primærhelseteam? I hvilken grad synes du at internundervisning i regi av Hdir har vært relevant? Spørsmål til PHT-ledere: Er utdanningsressursene relevante? I hvilken grad synes du at lederutdanningen har vært relevant?
- Har det vært/er det utfordrende for ditt legekontor å jobbe som primærhelseteam? Event. På hvilke måter?
- Har legekantoret hatt handlefrihet nok mht. å selv bestemme hva som er den beste måten, å jobbe som primærhelseteam?
- Hvordan vil du beskrive måten forsøket har blitt ledet på ved ditt legekontor? (i oppstarten og underveis) Blir dere ansporet til å jobbe på nye måter? Gi eksempler.
- Hvordan vurderer du ditt legekantors størrelse mht. å arbeide som PHT? Burde det vært større/mindre (spørsmålet gjelder personellet)?
- Hvordan synes du dere har lyktes som primærhelseteam på ditt legekontor? Får legekantoret noen form for tilbakemelding om hvordan dere lykkes i arbeidet som primærhelseteam? (Hdir: trafikklys, HELFO: ..?, følgeforskningen: ...?) Hva savnes?
- Med utgangspunkt i registerdata om takstgenerering fra sykepleier ser vi at det er stor variasjon mellom legekantor og internt på legekantor i forsøket – både volum og type takster. [Her går det an å vise noen av registerdataanalysene/figurer som er laget for legekantoret] Hva tenker du er årsaken til dette? Opplever du dette som negativt? Eventuelt gjøres det noe aktivt for å få en mere lik praksis på ditt legekantor?
- PHT-piloten tilførte sykepleier, en ny finansieringsmodell til legekantoret og en ny måte å jobbe på som verktøy for å nå de utpekte målgruppene på en bedre måte. Ser du at dette kunne eller burde vært gjort på en alternativ/bedre måte? Hva har hatt størst betydning; sykepleieren, finansieringsmodellen eller teamarbeidet (arbeidsmåten)?

- Hvordan har dere evaluert legekontorets eget arbeid med PHT?
Hva har dere lært av dette og førte dette til noen endringer?

INTERVJUGUIDE TIL HELSESEKRETÆRER

- Vi er nysgjerrig på hvordan det det går med dere og jobben med primærhelseteam.
Kan dere fortelle litt om det?
- Hvilken rolle har helsesekretærene i teamarbeidet?
Har helsesekretærene noen rolle i PHT-arbeidet som fastlegen gjør sammen med sykepleier?
- Er primærhelseteamarbeidet som foregår ved legekontoret meningsfull for deres del? Forklar, gi eksempler.
- Hva vil dere si at formålet med teamarbeidet er?
- Kan dere gi eksempler på noen konkrete resultater av teamarbeidet knyttet til enkeltpasienter?
- Hvilken betydning har det for pasientene at dere er del av primærhelseteamet?
Forklar/gi eksempler.
- Hvordan jobber dere sammen med den enkelte fastlege? Er det mye likt eller varierer det? Hvis det er variasjon, hva skyldes det?
- Hvordan jobber dere sammen med (den enkelte) sykepleier? Hvis flere sykepleiere: Er det mye likt eller varierer det? Hvis det er variasjon, hva skyldes det?
- Har du inntrykk av at fastleger opplever det som positivt eller negativt å delegerer oppgaver til deg som helsesekretær? Gi eksempler/forklar
- Har PHT gitt deg noen nye utfordringer i jobben? Gi eksempler/forklar.
- Fører teamarbeidet med seg noen form for tap for deres del? (Eksempelvis tid, energi, motivasjon eller status)
- Opplever dere at fastlegene, sykepleier€ og helsesekretærer deler det samme engasjementet for teamarbeidet? Gi eksempler.
- Har du deltatt i noen form for kompetanseheving i din tid i primærhelseteam?
I hvilken grad synes du at internundervisning i regi av Hdir har vært relevant?
- Har det vært utfordrende for ditt legekontor å begynne å jobbe som primærhelseteam? Eventuelt på hvilke måter?
- Hvordan vil dere beskrive måten forsøket har blitt ledet på ved legekontoret? (i oppstarten og underveis) Blir dere ansporet til å jobbe på nye måter? Gi eksempler.
- Hvordan vurderer dere legekontors størrelse mht. å arbeide som PHT?
Burde det vært større/mindre (spørsmålet gjelder personellet)?
- Hvordan syns du dere har lyktes som primærhelseteam på ditt legekontor?
- Hvordan har dere evaluert legekontorets eget arbeid med PHT?
Hva har dere lært av dette og førte dette til noen endringer?

Vedlegg C Resultater fra brukerundersøkelsen

Spørsmål 1: Hvor mange ganger har du vært i kontakt med fastlegen eller fastlegekontoret de siste 12 månedene?

Regn med alle former for kontakt: både det å oppsøke fastlegekontoret, få hjemmebesøk, kontakte legekontoret via Helsenorge/ legekontorets nettside, sende brev/ e-post/ melding til eller telefonkontakt med fastlegen eller sykepleier (e-konsultasjon).

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
0 ganger	0,0	0,0	0,0
1 gang	1,4	2,9	2,9
2-5 ganger	37,4	34,6	45,7
6-12 ganger	35,9	38,3	28,6
13 eller flere ganger	24,6	25,2	22,9
Vet ikke	0,7	0,9	0,0
N	284	214	70

Spørsmål 2: Hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 måneder?

Her kan du sette flere kryss.

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Akutt sykdom	18,1	18,1	18,1
Legesjekk (ny sykdom/plage)	47,0	46,0	50,0
Kontroll (av tidligere diagnose, oppfølging, i forbindelse med kronisk lidelse)	78,7	78,6	79,2
Helseattest	14,6	15,3	12,5
Vaksine	50,9	51,6	48,6
Fornyelse av resept	68,3	67,9	69,4
Svangerskap/graviditet	0,7	0,9	0,0
Fastlege/sykepleier har vært på hjemmebesøk	14,3	15,8	9,7
Annen sammenheng	16,4	19,1	8,3
Vet ikke	1,0	1,4	0,0
N	287	215	72

Spørsmål 3: Har du fått oppfølging fra sykepleier ved fastlegekontoret?

Her kan du sette flere kryss

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja, som del av en fastlegekonsultasjon sammen med fastlege	29,4	31,1	24,3
Ja, i en egen sykepleierkonsultasjon hvor jeg også har truffet fastlegen	35,5	43,5	11,4
Ja, i en egen sykepleierkonsultasjon samme dag som en fastlegekonsultasjon	19,0	21,5	11,4
Ja, i en egen sykepleierkonsultasjon, en annen dag enn fastlegekonsultasjonen	47,0	42,6	60,0
Ja, sykepleier har vært på hjemmebesøk	17,2	19,6	10,0
Nei	6,5	3,8	14,3
N	279	209	70

Spørsmål 4: Hvor mange ganger har du fått oppfølging fra sykepleier det siste året i en konsultasjon hvor også fastlegen har vært (delvis) til stede?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
0 ganger	24,9	21,2	37,3
1 gang	24,9	26,8	18,6
2-5 ganger	35,0	35,9	32,2
6-12 ganger	6,6	6,6	6,8
13 eller flere ganger	4,3	5,6	0,0
Ikke relevant/ vet ikke	4,3	4,0	5,1
N	257	198	59

Spørsmål 5: Hvor mange ganger har du fått oppfølging fra sykepleier det siste året, som en egen sykepleierkonsultasjon, uten at fastlegen er til stede?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
0 ganger	17,2	21,7	1,7
1 gang	15,6	15,2	17,2
2-5 ganger	39,8	34,8	56,9
6-12 ganger	13,3	13,6	12,1
13 eller flere ganger	11,7	11,6	12,1
Ikke relevant/ vet ikke	2,3	3,0	0,0
N	256	198	58

Spørsmål 6: Har du stort sett blitt fulgt opp av den samme sykepleieren hver gang? Svarfordeling blant pasienter som oppga at de hadde minst to sykepleierkonsultasjoner.

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	87,3	90,6	76,9
Nei, det avhenger av årsaken til konsultasjonen	4,2	3,1	7,7
Nei, det virker å være tilfeldig	7,1	4,4	15,4
Ikke relevant/ vet ikke	1,4	1,9	0,0
<i>N</i>	212	160	52

Spørsmål 7: Hvordan opplevde du å få oppfølging fra sykepleier som en egen sykepleierkonsultasjon?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært negativt	0,0	0,0	0,0
Negativt	0,0	0,0	0,0
Verken negativt eller positivt	2,3	2,5	1,7
Positivt	29,6	28,0	35,0
Svært positivt	63,5	65,0	58,3
Ikke relevant/ vet ikke	4,6	4,5	5,0
<i>N</i>	260	200	60

Spørsmål 8: Hvilken type oppfølging har du fått fra sykepleier ved fastlegekontoret?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Informasjon og opplæring i hvordan du kan leve best mulig med helseutfordringen din	43,1	45,0	36,7
Samtale om hvordan du har det	49,2	52,0	40,0
Legemiddelgjennomgang	22,1	23,3	18,3
Årskontroll (f.eks. i forbindelse med diabetes)	38,2	36,1	45,0
Blodprøve	44,3	42,1	51,7
Vaksine	30,9	29,2	36,7
Annet	18,3	21,8	6,7
<i>N</i>	262	202	60

Spørsmål 9: Opplever du at sykepleier tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,4	0,5	0,0
I liten grad	0,4	0,0	1,7
I noen grad	2,7	3,0	1,7
I stor grad	38,1	35,5	46,7
I svært stor grad	47,7	51,5	35,0
Ikke relevant/ vet ikke	10,8	9,5	15,0
N	260	200	60

Spørsmål 10: Gir sykepleier deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,8	0,5	1,7
I liten grad	0,4	0,5	0,0
I noen grad	5,4	4,5	8,5
I stor grad	39,0	37,5	44,1
I svært stor grad	45,6	49,5	32,2
Ikke relevant/ vet ikke	8,9	7,5	13,6
N	259	200	59

Spørsmål 11: Opplever du at sykepleier har nok tid til deg?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,4	0,0	1,7
I liten grad	0,4	0,5	0,0
I noen grad	3,4	3,0	5,0
I stor grad	35,5	32,2	46,7
I svært stor grad	58,4	62,9	43,3
Ikke relevant/ vet ikke	1,9	1,5	3,3
N	262	202	60

Spørsmål 12: Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,3	0,0	1,4
I liten grad	2,8	2,8	2,8
I noen grad	15,7	13,0	23,9
I stor grad	36,9	35,6	40,8
I svært stor grad	38,0	42,1	25,4
Ikke relevant/ vet ikke	6,3	6,5	5,6
N	287	216	71

Spørsmål 13: Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	1,1	0,5	2,8
I liten grad	2,8	1,9	5,6
I noen grad	15,8	15,0	18,3
I stor grad	41,4	36,9	54,9
I svært stor grad	34,0	40,7	14,1
Ikke relevant/ vet ikke	4,9	5,1	4,2
N	285	214	71

Spørsmål 14: Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	1,8	1,4	2,8
I liten grad	6,7	5,1	11,3
I noen grad	22,1	20,6	26,8
I stor grad	39,6	39,3	40,8
I svært stor grad	28,1	32,2	15,5
Ikke relevant/ vet ikke	1,8	1,4	2,8
N	285	214	71

Spørsmål 15: Opplever du at legekantoret er godt organisert?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,7	0,9	0,0
I liten grad	1,4	1,4	1,4
I noen grad	11,3	8,9	18,3
I stor grad	45,1	43,7	49,3
I svært stor grad	38,0	41,8	26,8
Ikke relevant/ vet ikke	3,5	3,3	4,2
N	284	213	71

Spørsmål 16: Opplever du at de øvrige ansatte på legekantoret (andre enn fastlegene) er imøtekommende og dyktige?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	1,1	0,9	1,4
I noen grad	9,1	8,0	12,5
I stor grad	48,8	44,1	62,5
I svært stor grad	37,9	42,7	23,6
Ikke relevant/ vet ikke	3,2	4,2	0,0
N	285	213	72

Spørsmål 17: Er det vanskelig å komme i kontakt med legekantoret på telefon?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	28,2	30,0	22,5
I liten grad	16,5	17,4	14,1
I noen grad	35,9	36,6	33,8
I stor grad	11,6	8,5	21,1
I svært stor grad	5,3	5,2	5,6
Ikke relevant/ vet ikke	2,5	2,3	2,8
N	284	213	71

Spørsmål 18: Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	1,0	0,5	2,8
I noen grad	6,6	6,5	6,9
I stor grad	41,6	38,3	51,4
I svært stor grad	49,0	52,3	38,9
Ikke relevant/ vet ikke	1,7	2,3	0,0
N	286	214	72

Spørsmål 19: Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilgjengeligheten til fastlegen?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært misfornøyd	2,1	1,9	2,8
Litt misfornøyd	2,1	2,3	1,4
Verken fornøyd eller misfornøyd	8,8	6,5	15,5
Litt fornøyd	18,6	16,4	25,4
Svært fornøyd	67,0	72,4	50,7
Ikke relevant/ vet ikke	1,4	0,5	4,2
N	285	214	71

Spørsmål 20: Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilgjengeligheten til sykepleier i primærhelseteam?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært misfornøyd	1,1	0,9	1,4
Litt misfornøyd	0,4	0,5	0,0
Verken fornøyd eller misfornøyd	5,3	5,2	5,6
Litt fornøyd	9,5	8,0	13,9
Svært fornøyd	73,0	75,6	65,3
Ikke relevant/ vet ikke	10,9	9,9	13,9
N	285	213	72

Spørsmål 21: Alt i alt, hvor fornøyd er du med den samlede oppfølgingen fra legekantoret?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært misfornøyd	0,4	0,5	0,0
Litt misfornøyd	1,1	0,0	4,2
Verken fornøyd eller misfornøyd	5,3	2,8	12,5
Litt fornøyd	14,4	11,8	22,2
Svært fornøyd	77,5	84,4	56,9
Ikke relevant/ vet ikke	1,4	0,5	4,2
<i>N</i>	284	212	72

Spørsmål 22: Ta stilling til følgende påstander Sett ett kryss på hver linje.

Dersom beskrivelsen ikke passer for deg, merk av for «Ikke relevant/vet ikke»

a) Samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i oppfølgingen av min helse fungerer godt

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	1,1	1,4	0,0
Delvis uenig	1,1	0,9	1,4
Verken enig eller uenig	3,2	1,9	7,0
Delvis enig	9,2	9,0	9,9
Helt enig	74,1	77,7	63,4
Ikke relevant/ vet ikke	11,3	9,0	18,3
<i>N</i>	282	211	71

b) Fastlege og sykepleier på legekantoret jobber sammen som et team i oppfølgingen av meg

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	0,7	1,0	0,0
Delvis uenig	1,1	1,0	1,4
Verken enig eller uenig	3,6	2,9	5,7
Delvis enig	7,9	5,2	15,7
Helt enig	71,4	76,7	55,7
Ikke relevant/ vet ikke	15,4	13,3	21,4
<i>N</i>	280	210	70

- c) Fastlege, sykepleier og helsesekretær på legekantoret jobber sammen som et team i oppfølgingen av meg

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	0,7	1,0	0,0
Delvis uenig	1,1	1,0	1,4
Verken enig eller uenig	6,9	4,9	12,9
Delvis enig	12,0	10,7	15,7
Helt enig	50,9	54,6	40,0
Ikke relevant/ vet ikke	28,4	27,8	30,0
N	275	205	70

Spørsmål 23: Sammenlignet med perioden før ditt legekantor startet med primærhelseteam, i hvilken grad opplever du at oppfølgingen fra fastlege og sykepleier på fastlegekontoret bidrar til at ...

Sett ett kryss på hver linje. Dersom beskrivelsen ikke passer for deg, merk av for «Ikke relevant/vet ikke»

- a) ... du samlet sett får bedre oppfølging av din helse?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,7	0,0	2,9
I liten grad	0,7	0,1	0,0
I noen grad	13,6	11,0	21,4
I stor grad	38,7	34,9	50,0
I svært stor grad	35,5	42,6	14,3
Ikke relevant/ vet ikke	10,8	10,5	11,4
N	279	209	70

- b) ... oppfølgingen av din helse er bedre koordinert mellom ulike aktører (f.eks. fastlege, hjemmetjeneste, sykehus, NAV)?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,4	0,0	1,4
I liten grad	4,0	2,9	7,2
I noen grad	9,4	9,7	8,7
I stor grad	24,3	23,7	26,1
I svært stor grad	22,1	26,6	8,7
Ikke relevant/ vet ikke	39,9	37,2	47,8
N	276	207	69

c) ... du i større grad forstår helseproblemene dine?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,4	0,0	1,4
I liten grad	4,3	2,9	8,6
I noen grad	17,4	14,6	25,7
I stor grad	39,9	38,8	42,9
I svært stor grad	22,8	27,2	10,0
Ikke relevant/ vet ikke	15,2	16,5	11,4
N	276	206	70

d) ... du i større grad mestrer helseproblemene dine?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,7	0,5	1,5
I liten grad	4,7	3,4	9,0
I noen grad	21,5	18,8	29,9
I stor grad	33,6	33,8	32,8
I svært stor grad	23,4	26,6	13,4
Ikke relevant/ vet ikke	16,1	16,9	13,4
N	274	207	67

e) ... du i større grad opplever trygghet for at du blir ivaretatt på en god måte?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	0,7	0,5	1,5
I liten grad	0,4	0,5	0,0
I noen grad	12,8	11,2	17,6
I stor grad	35,8	31,6	48,5
I svært stor grad	40,1	45,1	25,0
Ikke relevant/ vet ikke	10,2	11,2	7,4
N	274	206	68

f) ... du i større grad får til aktiviteter i hverdagen?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	2,9	2,0	5,6
I liten grad	6,9	5,4	11,3
I noen grad	23,4	23,6	22,5
I stor grad	25,2	22,7	32,4
I svært stor grad	13,9	14,8	11,3
Ikke relevant/ vet ikke	27,7	31,5	16,9
N	274	203	71

g) ... du har fått større motivasjon til å ta vare på egen helse?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	1,5	0,5	4,3
I liten grad	2,2	1,0	5,8
I noen grad	19,3	19,9	17,4
I stor grad	34,9	31,6	44,9
I svært stor grad	22,5	24,8	15,9
Ikke relevant/ vet ikke	19,6	22,3	11,6
N	275	206	69

h) ... du har en mer stabil helse?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	3,6	2,5	7,0
I liten grad	5,8	5,9	5,6
I noen grad	25,9	23,6	32,4
I stor grad	28,8	27,1	33,8
I svært stor grad	17,9	21,7	7,0
Ikke relevant/ vet ikke	17,9	19,2	14,1
N	274	203	71

i) ... du har fått bedre helse, alt i alt?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	4,0	2,4	8,5
I liten grad	8,6	8,2	9,9
I noen grad	26,6	26,6	26,8
I stor grad	23,0	21,3	28,2
I svært stor grad	16,9	20,3	7,0
Ikke relevant/ vet ikke	20,9	21,3	19,7
N	278	207	71

j) ... du har fått bedre livskvalitet?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ikke i det hele tatt	2,2	1,0	5,7
I liten grad	8,3	6,8	12,9
I noen grad	23,6	25,2	18,6
I stor grad	27,9	24,3	38,6
I svært stor grad	18,8	22,3	8,6
Ikke relevant/ vet ikke	19,2	20,4	15,7
N	276	206	70

Spørsmål 24: Vanligvis kontakter pasienten selv fastlegekontoret ved behov for oppfølging. En annen mulighet er at fastlegen eller sykepleier tar kontakt dersom de tror at pasienten har behov for oppfølging (dvs. uten at pasienten har tatt kontakt først). Har du opplevd å bli kontaktet fra fastlegekontoret, uten at du selv har tatt kontakt først, i forbindelse med ...?

Her kan du sette flere kryss.

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Drift
At du har en bestemt diagnose (f.eks. at det er behov for årskontroll knyttet til diagnosen)	32,7	28,3	45,7
At du har hatt alvorlig sykdom	11,6	10,7	14,3
At du er i en bestemt aldersgruppe	10,2	11,7	5,7
Vaksinering	34,9	35,1	34,3
Livsstilsendring	3,6	3,9	2,9
At det er lenge siden du selv har tatt kontakt med fastlegekontoret	5,1	4,4	7,1
At du er blitt skrevet ut fra sykehus eller annen helseinstitusjon	6,5	6,8	5,7
Annen oppfølging	16,7	13,7	25,7
Jeg har blitt kontaktet på denne måten, men vet ikke årsaken til det	1,1	1,0	1,4
Jeg har ikke opplevd å bli kontaktet på denne måten	27,6	29,3	22,9
Vet ikke	9,1	8,8	10,0
<i>N</i>	275	205	70

Spørsmål 25: Hvordan opplevde du å bli kontaktet på denne måten?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært negativt	0,5	0,7	0,0
Negativt	0,0	0,0	0,0
Verken negativt eller positivt	4,4	4,4	4,3
Positivt	35,5	29,9	52,2
Svært positivt	54,1	59,9	37,0
Ikke relevant/ vet ikke	5,5	5,1	6,5
<i>N</i>	183	137	46

Spørsmål 26: Hvordan tror du at du ville oppleve å bli kontaktet fra fastlegekontoret uten at du selv hadde tatt kontakt først?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært negativt	0,0	0,0	0,0
Negativt	0,0	0,0	0,0
Verken negativt eller positivt	4,2	5,4	0,0
Positivt	48,6	50,0	43,8
Svært positivt	43,1	42,9	43,8
Ikke relevant/ vet ikke	4,2	1,8	12,5
<i>N</i>	72	56	16

Spørsmål 27: Ta stilling til følgende påstander Sett ett kryss på hver linje.

Dersom beskrivelsen ikke passer for deg, merk av for «Ikke relevant/ vet ikke»

a) Jeg ønsker ikke oppfølging av sykepleier på fastlegekontoret

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	74,4	79,0	60,3
Delvis uenig	4,0	3,4	5,9
Verken enig eller uenig	5,5	3,9	10,3
Delvis enig	2,6	2,0	4,4
Helt enig	4,8	5,9	1,5
Ikke relevant/ vet ikke	8,8	5,9	17,6
<i>N</i>	273	205	68

b) Sykepleier har bedre tid til meg enn fastlegen

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	10,5	11,5	7,4
Delvis uenig	4,7	4,8	4,4
Verken enig eller uenig	18,4	16,3	25,0
Delvis enig	18,4	19,1	16,2
Helt enig	40,8	42,6	35,3
Ikke relevant/ vet ikke	7,2	5,7	11,8
<i>N</i>	277	209	68

c) Fastlegen forstår mine helseplager bedre enn en sykepleier

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	11,3	13,6	4,3
Delvis uenig	9,1	8,7	10,1
Verken enig eller uenig	34,5	38,3	23,2
Delvis enig	15,6	13,6	21,7
Helt enig	17,8	15,0	26,1
Ikke relevant/ vet ikke	11,6	10,7	14,5
<i>N</i>	275	206	69

d) Det er enklere for meg å ta opp ting jeg lurer på med sykepleier enn med fastlegen

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	22,3	24,3	16,2
Delvis uenig	7,7	6,8	10,3
Verken enig eller uenig	31,0	30,6	32,4
Delvis enig	14,6	14,1	16,2
Helt enig	13,1	13,6	11,8
Ikke relevant/ vet ikke	11,3	10,7	13,2
<i>N</i>	274	206	68

e) Sykepleier bidrar med nyttige råd som jeg ikke ville fått fra fastlegen

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Helt uenig	9,8	11,1	5,9
Delvis uenig	9,1	8,7	10,3
Verken enig eller uenig	29,3	26,4	38,2
Delvis enig	21,4	21,2	22,1
Helt enig	19,6	21,6	13,2
Ikke relevant/ vet ikke	10,9	11,1	10,3
<i>N</i>	276	208	68

Spørsmål 28: Har du andre kommentarer til det å motta helsehjelp fra sykepleier ved fastlegekontoret?

Fritekstsvaret er fjernet av personvernansvarlig.

Spørsmål 29: Hvilket fastlegekontor er du tilknyttet?

Kategori	Alle
Austevoll legesenter	4,9
Best Helse	7,8
Brumunddal legesenter	16,6
Brynklinikken fastlegesenter	3,2
Brynsenglegene	1,1
Bystranda legesenter	3,9
Eid legekontor	4,6
Gransdalen legesenter	Deltok ikke i studien
Herredshuset legesenter	0,4
Legegruppa SMS	2,1
Moelv legesenter	9,9
Nærbø helsesenter	6,0
Rana lokalmedisinske senter	6,7
Sagene lokalmedisinske	3,5
Sandens medisinske senter	5,7
Seljord helsesenter	7,1
Sørlandsparken legesenter	16,6
Ønsker ikke å oppgi	0,0
N	283

Spørsmål 30: Hva er din alder?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
18-39 år	9,9	11,4	5,6
40-59 år	21,2	22,7	16,7
60-79 år	51,9	47,4	65,3
80 år eller eldre	16,6	18,0	12,5
Ønsker ikke å oppgi	0,4	0,5	0,0
N	283	211	72

Spørsmål 31: Hvilket er ditt kjønn?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mann	42,0	41,2	44,4
Kvinne	58,0	58,8	55,6
Annet	0,0	0,0	0,0
Ønsker ikke å oppgi	0,0	0,0	0,0
N	283	211	72

Spørsmål 32: Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Grunnskole	20,1	18,9	23,6
Videregående	39,6	39,8	38,9
Høyskole/universitet (inntil 3 år)	17,6	15,0	25,0
Høyskole/universitet (4 år eller mer)	11,2	12,6	6,9
Ønsker ikke å oppgi	11,5	13,6	5,6
N	278	206	72

Spørsmål 33: Har du noen av følgende langvarige helseproblemer/tilstander?

Her kan du sette flere kryss

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Drift
Høyt blodtrykk (hypertensjon)	40,8	35,4	56,9
Hjertesykdom, inkludert hjerteinfarkt	23,9	23,1	26,4
Diabetes	36,3	32,1	48,6
Astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS	27,5	28,8	23,6
Depresjon, angst eller andre psykiske helseproblemer	22,5	22,6	22,2
Rusproblemer	1,8	0,9	4,2
Kreft	8,8	8,5	9,7
Muskel- og skjelettplager, inkludert leddsmerter eller leddgikt	41,2	40,1	44,4
Har hatt slag	6,3	5,7	8,3
Har andre langvarige helseproblemer/tilstander	29,9	31,1	26,4
Har ingen langvarige helseproblemer/tilstander	3,9	4,2	2,8
Ønsker ikke å oppgi	2,1	2,4	1,4
N	284	212	72

Spørsmål 34: Alt i alt, hvordan vil du beskrive din egen helse?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	2,1	1,4	4,3
Ganske dårlig	10,7	11,0	10,0
Både/og	38,2	35,2	47,1
Ganske bra	38,9	42,4	28,6
Svært bra	7,9	8,1	7,1
Ønsker ikke å oppgi	2,1	1,9	2,9
N	280	210	70

Spørsmål 35: Hvor lenge har du hatt samme fastlege?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mindre enn et år	10,6	9,0	15,5
1-4 år	30,0	29,7	31,0
5 år eller mer	55,1	59,9	40,8
Jeg har ikke fastlege for øyeblikket	2,5	0,5	8,5
Vet ikke / ønsker ikke å oppgi	1,8	0,9	4,2
N	283	212	71

Spørsmål 36: Har du selv fylt ut dette spørreskjemaet?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	82,7	82,5	83,3
Nei, jeg har fått hjelp av ansatte på legekantoret	2,8	1,9	5,6
Nei, jeg har fått hjelp av en nærstående	13,8	15,2	9,7
Ønsker ikke å oppgi	0,7	0,5	1,4
N	283	211	72

Vedlegg D Tilleggsanalyser pasienters erfaring med PHT

Spørsmål 23: Sammenlignet med perioden før ditt legekontor startet med primærhelseteam, i hvilken grad opplever du at oppfølgingen fra fastlege og sykepleier på fastlegekontoret bidrar til at ...

Sett ett kryss på hver linje. Dersom beskrivelsen ikke passer for deg, merk av for «Ikke relevant/vet ikke»

a) ... du samlet sett får bedre oppfølging av din helse?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	0,7	1,0	
I liten grad	0,7	2,0	
I noen grad	13,6	16,2	13,2
I stor grad	38,7	40,4	38,2
I svært stor grad	35,5	31,3	38,2
Ikke relevant/ vet ikke	10,8	9,1	10,5
<i>N</i>	279	99	76

b) ... oppfølgingen av din helse er bedre koordinert mellom ulike aktører (f.eks. fastlege, hjemmetjeneste, sykehus, NAV)?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	0,4	1,0	
I liten grad	4,0	3,1	6,7
I noen grad	9,4	8,2	10,7
I stor grad	24,3	19,4	25,3
I svært stor grad	22,1	21,4	22,7
Ikke relevant/ vet ikke	39,9	46,9	34,7
<i>N</i>	276	98	75

c) ... du i større grad forstår helseproblemene dine?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	0,4	1,0	
I liten grad	4,3	5,2	3,9
I noen grad	17,4	19,6	17,0
I stor grad	39,9	40,2	39,5
I svært stor grad	22,8	25,8	26,3
Ikke relevant/ vet ikke	15,2	8,3	13,2
N	276	97	76

d) ... du i større grad mestrer helseproblemene dine?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	0,7	1,0	
I liten grad	4,7	7,2	7,9
I noen grad	21,5	18,6	18,4
I stor grad	33,6	33,0	36,8
I svært stor grad	23,4	30,9	23,7
Ikke relevant/ vet ikke	16,1	9,3	13,1
N	274	97	76

e) ... du i større grad opplever trygghet for at du blir ivaretatt på en god måte?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	0,7	2,0	
I liten grad	0,4	1,0	
I noen grad	12,8	11,2	17,6
I stor grad	35,8	38,8	29,7
I svært stor grad	40,1	38,8	43,2
Ikke relevant/ vet ikke	10,2	8,2	9,5
N	274	98	74

f) ... du i større grad får til aktiviteter i hverdagen?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	2,9	5,7	2,70
I liten grad	6,9	7,4	6,8
I noen grad	23,4	24,2	24,32
I stor grad	25,2	26,3	25,7
I svært stor grad	13,9	15,8	14,9
Ikke relevant/ vet ikke	27,7	21,0	25,7
N	274	95	74

g) ... du har fått større motivasjon til å ta vare på egen helse?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	1,5	4,1	1,3
I liten grad	2,2	4,1	3,9
I noen grad	19,3	16,5	20,8
I stor grad	34,9	38,1	29,9
I svært stor grad	22,5	28,9	24,7
Ikke relevant/ vet ikke	19,6	8,3	19,5
N	275	97	77

h) ... du har en mer stabil helse?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	3,6	8,3	5,4
I liten grad	5,8	3,1	9,5
I noen grad	25,9	27,1	23,0
I stor grad	28,8	29,2	23,0
I svært stor grad	17,9	20,8	17,6
Ikke relevant/ vet ikke	17,9	11,5	21,6
N	274	96	74

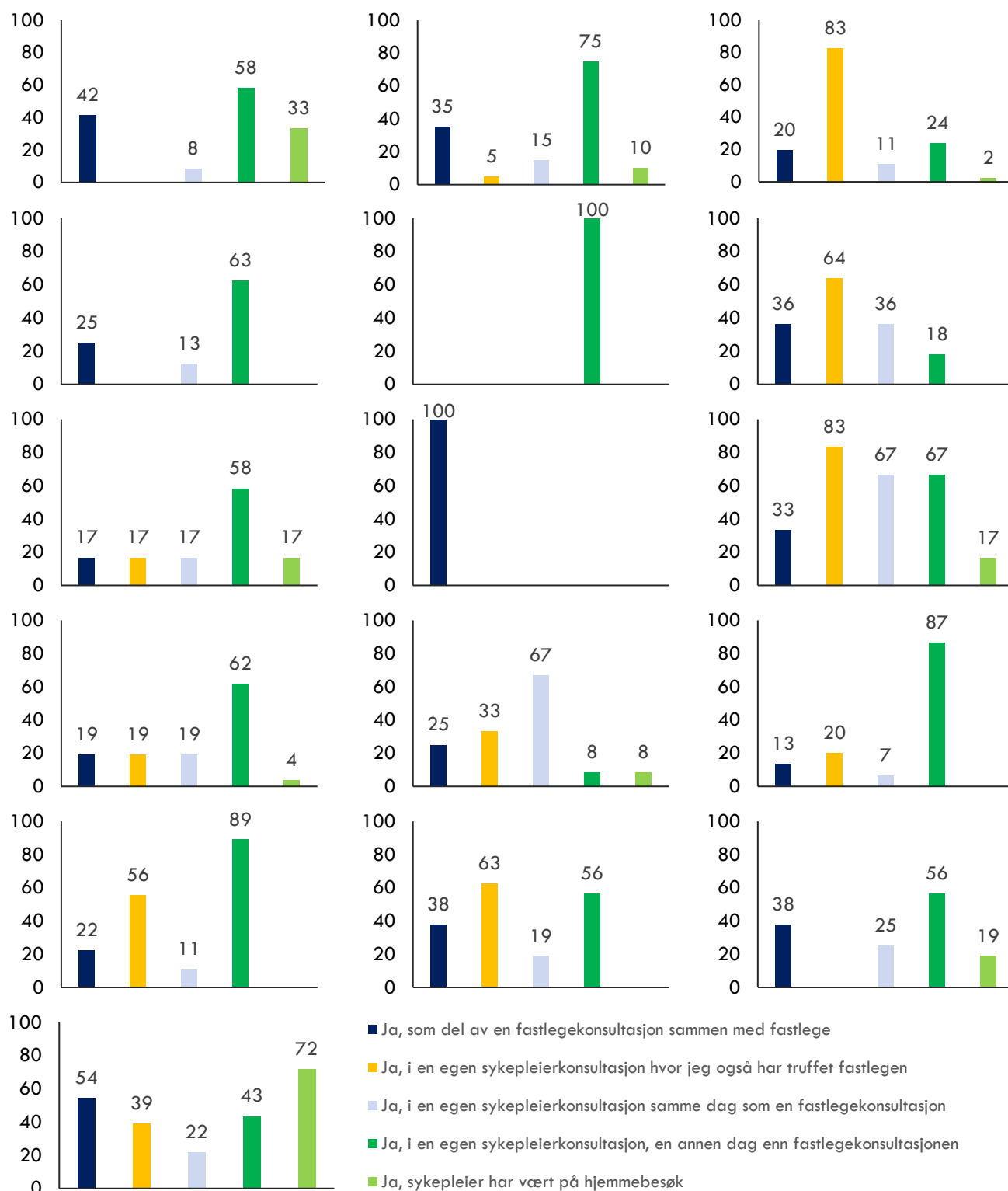
i) ... du har fått bedre helse, alt i alt?

Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	4,0	6,2	5,3
I liten grad	8,6	6,2	14,5
I noen grad	26,6	26,8	26,3
I stor grad	23,0	22,7	11,8
I svært stor grad	16,9	19,6	18,4
Ikke relevant/ vet ikke	20,9	18,6	23,7
N	278	97	77

j) ... du har fått bedre livskvalitet?

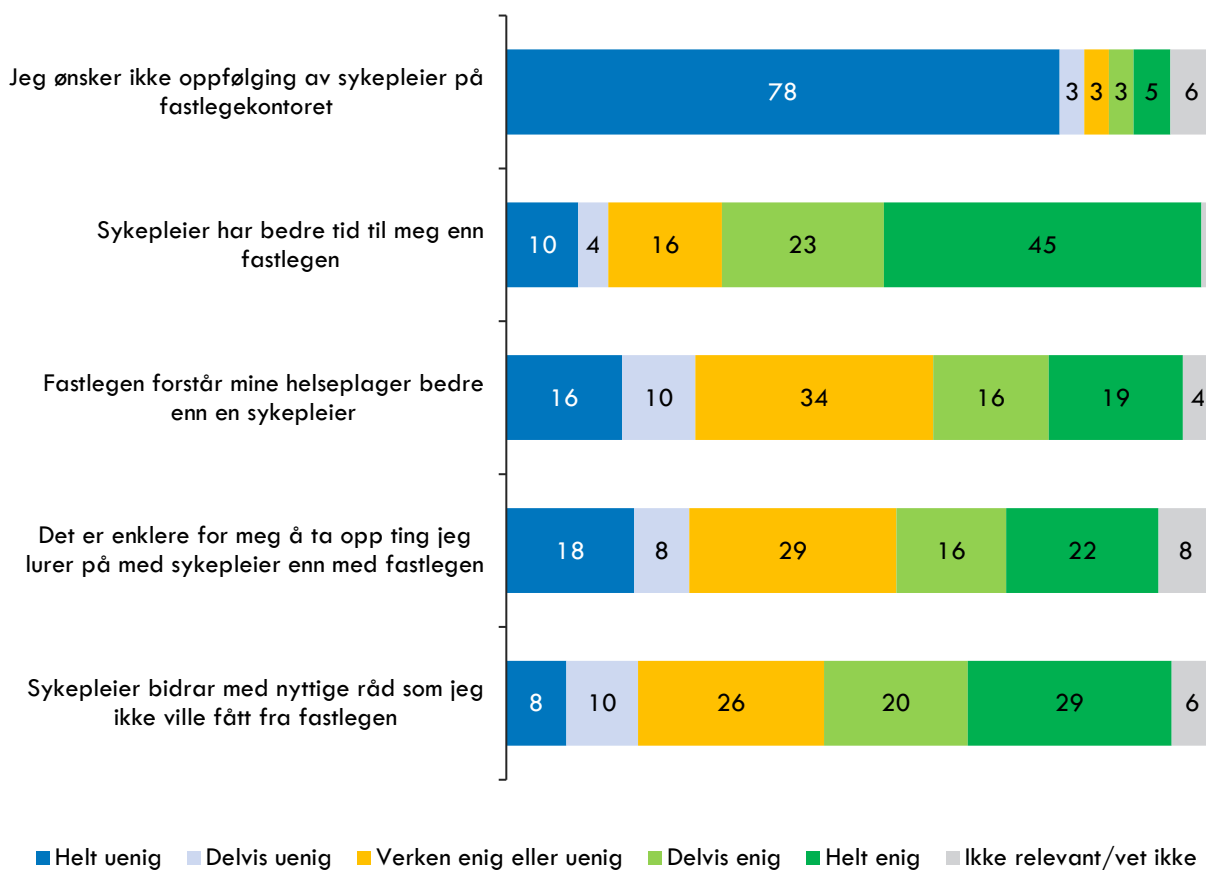
Kategori	Alle brukere	Brukere med diabetes	Brukere med astma, eller kroniske lungesykdommer som kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS
Ikke i det hele tatt	2,2	4,1	2,6
I liten grad	8,3	8,2	15,6
I noen grad	23,6	24,5	24,7
I stor grad	27,9	25,5	14,3
I svært stor grad	18,8	22,5	23,4
Ikke relevant/ vet ikke	19,2	15,3	19,5
N	276	98	75

Figur D-1 Har du fått oppfølging fra sykepleier ved fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling for hvert legekontor.



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 1-46). Hvert panel representerer ett legekontor. Fargene for hver kategori er like i alle panelene. Nevner for beregningen er antall pasienter som har svart at de har fått minst en av disse typene oppfølging. Hvert panel summeres til mer enn 100, fordi pasienter kan ha fått flere typer oppfølging. Respondentene kunne krysse av for flere svaralternativ. Hver søyle viser hvor mange prosent av respondentene ved legekontoret som har krysset av for svaralternativet.

Figur D-2 Ta stilling til følgende påstander. Prosentvis svarfordeling for pasienter med minst 4 sykepleierkonsultasjoner



Kilde: Spørreundersøkelser blant pasienter ved legekantor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022 (N = 115, 118, 116, 116, 118). Dataetiketter for svaralternativer med mindre enn 3 prosent er tatt ut av figuren.

Vedlegg E Tilleggsanalyser av registerdata

Tabell E-1 Konsultasjoner og takstinntjening per listeinnbygger per legekantor og grupper av legekantor i 2017.

	Konsultasjoner	Takstinntjening
Driftstilskuddsmodellen		
Q	2,44	1 295
N	2,52	1 169
A	1,86	1 138
F	2,24	1 079
B	2,16	849
Kommunal ikke-PHT	2,57	1 309
Honorarmodellen		
M	3,14	1 668
H	2,89	1 528
G	2,99	1 506
J	2,87	1 485
D	2,92	1 481
P	2,71	1 355
C	2,6	1 299
E	2,25	1 024
Privat ikke-PHT	2,76	1 358

Note: Tabellen viser antall konsultasjoner og takstinntjening per listeinnbygger i 2017. Konsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae eller 2æk. Takstinntjening er sum egenandel og refusjon. Gruppen «Kommunal ikke-PHT» består av legekantor utenfor forsøket med minst 1 fastlege med fast lønn (N = 290). Gruppen «Privat ikke-PHT» består av legekantor utenfor forsøket uten fastlege med fast lønn (N = 1 107). Kilde: KUHR.

Tabell E-2 Legekonsultasjoner per listeinnbygger per legekantor og grupper av legekantor.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Driftstilskuddsmodellen										
B	2.0	1.6	1.6	1.8	1.9	2.2	2.0	2.2	2.2	2.2
N	2.7	2.9	2.9	2.7	2.5	2.5	2.4	2.2	2.2	2.6
F	2.0	1.8	1.7	2.6	2.4	2.2	2.3	2.3	2.3	2.2
A	1.8	1.9	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8	2.1
Q	3.0	3.2	3.2	2.7	2.7	2.5	2.3	2.4	2.3	2.6
Kommunal ikke-PHT	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.7	2.7	2.7	2.8
Honorarmodellen										
P	2.8	2.8	2.6	2.6	2.6	2.7	2.6	2.7	3.0	3.3
G	3.2	3.0	3.1	2.7	3.1	3.0	3.1	3.4	4.0	4.0
C	3.1	2.8	2.8	2.7	2.6	2.6	2.5	2.5	2.3	2.8
M	3.3	2.9	3.0	3.1	3.2	3.1	3.1	3.0	3.4	4.2
H	2.9	2.8	2.8	2.7	2.9	2.9	2.7	2.8	2.7	2.8
E	1.9	2.0	2.2	2.2	2.1	2.3	2.2	2.2	2.2	2.3
D	2.8	2.8	2.8	2.9	2.7	2.9	2.9	2.7	3.2	3.5
J	2.6	2.5	2.5	2.4	2.7	2.9	2.9	2.7	2.6	3.0
O	2.6	2.5	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	3.0	3.2	3.4
K	2.5	2.4	2.4	2.5	2.6	2.6	2.5	2.8	2.9	3.0
I	2.7	2.5	2.6	2.6	2.7	2.7	2.7	2.8	2.7	3.1
L	3.4	3.3	3.6	3.3	3.1	3.0	2.9	2.6	2.5	2.7
Privat ikke-PHT	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.8	2.9	3.1

Note: Tabellen viser antall konsultasjoner per listeinnbygger per år. Konsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Gruppen «Kommunal ikke-PHT» (N = 360) består av legekantor utenfor forsøket med minst 1 fastlege med fast lønn. Gruppen «Privat ikke-PHT» (N = 1 577) består av legekantor utenfor forsøket uten fastlege med fast lønn. Kilde: KUHR.

Tabell E-3 Prosentandel av listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt.

	2018	2019	2020	2021	2022
G	9	14	12	13	8
H	6	9	8	14	9
J	7	10	10	10	9
E	2	10	11	9	7
M	4	7	9	10	7
C	1	6	6	6	5
P	0	5	5	5	3
D	5	7	4	4	3
N	5	10	9	9	7
A	3	8	8	8	5
B	2	7	7	8	7
F	2	4	5	4	2
Q	2	3	2	3	3
L			7	12	5
I			6	7	7
K			3	7	6
O			2	6	4

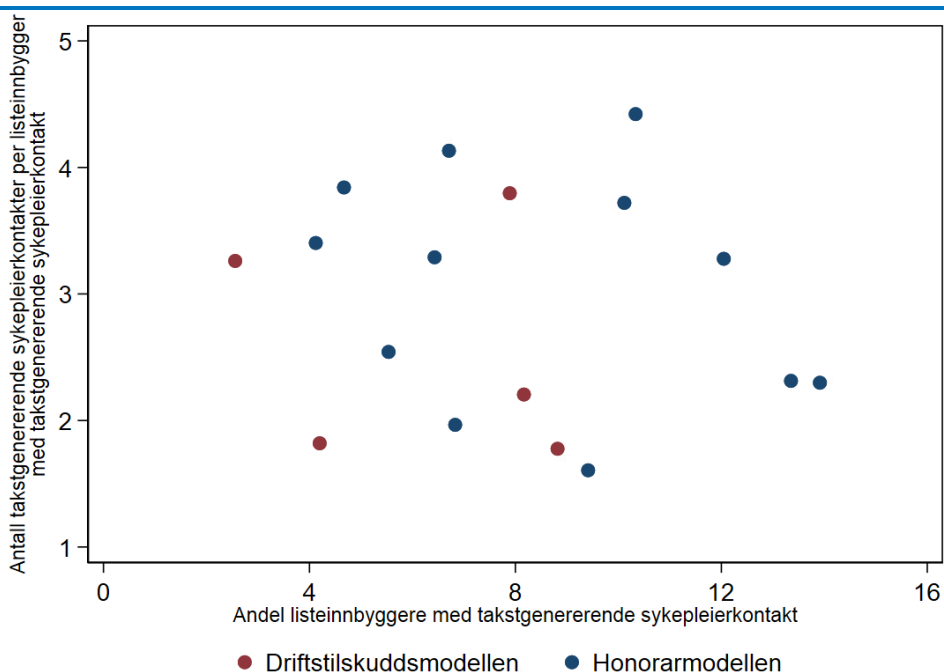
Note: Tabellen viser prosentandel av listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt. Legekantorene er sortert etter finansieringsmodell og gjennomsnitt av prosentandel av listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt i perioden 2019-2021. Kilde: KUHR.

Tabell E-4 Antall takstgenererende sykepleierkontakt for listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt.

	2018	2019	2020	2021	2022
G	1.7	2.3	2.3	2.3	1.8
H	3.3	2.8	2.3	2.3	1.9
J	3.4	4.2	4.2	4.4	3.6
E	1.0	1.6	1.8	1.6	1.5
M	2.8	2.8	2.8	3.7	2.9
C	1.7	3.1	2.9	3.3	2.3
P	1.3	2.5	3.8	3.8	3.1
D	2.1	3.0	3.2	3.4	3.4
N	1.5	1.9	1.8	1.8	1.5
A	1.5	2.4	2.3	2.2	1.7
B	1.2	2.8	3.2	3.8	2.4
F	1.2	2.0	1.9	1.8	1.3
Q	3.0	3.6	3.9	3.3	2.0
L			2.5	3.3	2.7
I			1.4	2.0	1.9
K			6.0	4.1	3.1
O			2.5	2.5	2.4

Note: Tabellen viser antall takstgenererende sykepleierkontakt per listeinnbygger for listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt. Praktisene er sortert etter finansieringsmodell og gjennomsnitt av prosentandel av listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt i perioden 2019-2021. Kilde: KUHR.

Figur E-1 Sammenheng mellom andelen av listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt og antall takstgenererende sykepleierkontakter for pasienter med minst 1 slik kontakt, i 2021



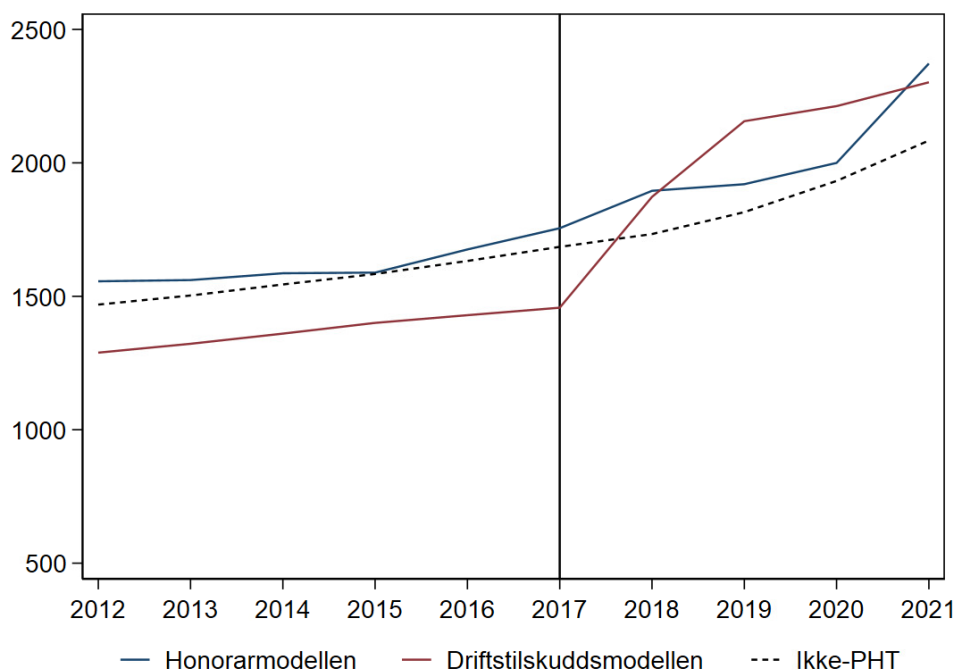
Note: Figuren viser sammenhengen mellom prosentandel av listeinnbyggere med minst 1 takstgenererende sykepleierkontakt (bortover) og hvor mange takstgenererende sykepleierkontakter listeinnbyggere med minst 1 slik kontakt hadde (oppover), i 2021. Hvert punkt representerer et legekontor. Kilde: KUHR.

Tabell E-5 Sammenhengen mellom antall takstgenererende sykepleierkontakter og antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år.

	Snitt	F	N
Alle PHT-legekontor	2.76	1.55**	128
Driftstilskuddsmodellen	2.28	-0.11	38
Honorarmodellen, opprinnelige legekontor	2.95	1.40	71
Honorarmodellen, nye legekontor	2.96	-1.91	19

Note: Tabellen viser sammenheng mellom antall takstgenererende sykepleierkontakter og antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år i forsøksperioden (2018-2021 for opprinnelige PHT-legekontor og 2020-2021 for nye PHT-legekontor). Kolonne 2 viser antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år i forsøksperioden. Kolonne 3 viser et estimat på endringen i antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år hvis antall takstgenererende sykepleierkontakter per listeinnbygger per år øker med 1. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Figur E-2 Utvikling i inntjening per listeinnbygger, inkludert fastlegetilskudd.



Note: Utvikling i inntjening per listeinnbygger etter finansieringsmodell. Før forsøket startet, beregnes legekantorenes inntjening som summen av basistilskuddet til fastlegene, fratrukket knekkpunktstillegget, og takstinntjeningen fra listeinnbyggere, fratrukket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster), takster for forbruksmateriell og inntjening til turnusleger. Etter forsøket startet beregnes inntjeningen til legekantor utenfor forsøket på samme måte som før forsøket startet. For legekantor med honorarmodellen legger vi til inntjening og kostnader forbundet med sykepleierresursen, samt inntektsgaranti. For legekantor med driftstilskuddsmodellen bruker vi tall fra Helsedirektoratet, disse inkluderer inntektsgaranti. For legekantor i forsøket har vi også inkludert fastlegetilskuddet de har mottatt for å delta i forsøket. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

Tabell E-6 Utvikling i forskjeller i inntjening per listeinnbygger mellom PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket.

	FiF	Prosentvis endring
B	749	72
N	365	26
F	357	25
Q	120	4
A	630	49
P	101	6
G	484	28
M	80	4
H	289	17
E	-2	-0
D	79	5
C	-21	-1
J	-86	-5

Note: FiF = (forskjell i inntjening per listeinnbygger på PHT-legekantoret i perioden 2014-2017 og 2018-2021) – (forskjell i inntjening per listeinnbygger på legekantor utenfor forsøket i perioden 2014-2017 og 2018-2021). Før forsøket startet beregner vi legekantorets inntjening som summen av takstinntjeningen fra listeinnbyggere (fratrukket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster), takster for forbruksmateriell og takster for kontakter med turnusleger) og basistilskuddet til fastlegene (fratrukket knekkpunktstillegget). Etter forsøket startet beregner vi inntjeningen til legekantor utenfor forsøket som før forsøket startet. For legekantor med honorarmodellen bruker vi tall fra Helsedirektoratet, men vi legger til inntjening og kostnader forbundet med sykepleierressursen, inntektsgarantiutbetalinger og fastlegetilskuddet for å delta i forsøket (også tall fra Helsedirektoratet). For legekantor med driftstilskuddsmodellen bruker vi tall fra Helsedirektoratet, med vi legger til inntektsgarantiutbetalinger og fastlegetilskuddet de har mottatt for å delta i forsøket (også tall fra Helsedirektoratet). Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

Tabell E-7 Inngangsverdier ekstensiv margin. Honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen).

	Lege konsultasjon	Lege- eller sykepleier konsultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	72 (67)	72 (67)	1 (1)	20 (23)	30 (31)	7 (7)	23 (20)	736 601
Personer med diabetes type 2	91 (86)	91 (86)	3 (2)	26 (32)	55 (54)	18 (18)	64 (65)	18 143
Personer med kols	87 (87)	87 (87)	4 (6)	35 (46)	55 (68)	29 (36)	41 (44)	4 705
Personer med psykisk sykdom	87 (89)	87 (89)	2 (1)	27 (33)	40 (45)	11 (13)	32 (26)	34 050
Personer med ruslidelse	84 (78)	84 (78)	5 (2)	37 (46)	49 (38)	26 (29)	19 (12)	4 046
Personer med psykisk utviklingshemming	83 (79)	83 (79)	4 (21)	41 (42)	53 (54)	15 (17)	21 (17)	1 272
Skrøpelig eldre og multisyke	85 (86)	85 (86)	6 (6)	33 (50)	65 (67)	30 (35)	63 (61)	17 435

Note: Hver celle viser prosentandel av listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen) med minst 1 slik tjeneste i 2017. Kilde: KUHR.

Tabell E-8 Inngangsverdier intensiv margin. Honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen).

	Lege konsultasjon	Lege- eller sykepleier konsultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	3.85 (3.39)	3.85 (3.39)	2.05 (1.57)	1.64 (1.78)	3.52 (3.31)	1.64 (1.68)	2.64 (2.70)	736 601
Personer med diabetes type 2	6.20 (4.99)	5.66 (4.29)	1.95 (2.00)	1.94 (1.69)	4.41 (4.04)	2.39 (1.86)	2.41 (2.56)	18 143
Personer med kols	6.21 (6.00)	6.21 (6.00)	2.00 (1.33)	2.48 (4.31)	5.08 (3.39)	2.86 (2.15)	2.48 (3.05)	4 705
Personer med psykisk sykdom	5.97 (5.35)	5.97 (5.35)	3.79 (1.70)	2.33 (2.44)	3.66 (3.61)	1.66 (1.92)	3.41 (3.63)	34 050
Personer med ruslidelse	6.35 (5.55)	6.35 (5.55)	1.36 (1.33)	3.17 (3.98)	4.33 (2.81)	2.95 (2.03)	4.49 (1.82)	4 046
Personer med psykisk utviklingshemming	3.86 (4.21)	3.86 (4.21)	2.25 (4.00)	2.49 (3.10)	3.62 (3.54)	1.36 (2.00)	1.40 (8.75)	1 272
Skrøpelig eldre og multisyke	7.05 (5.67)	7.05 (5.67)	2.35 (1.80)	2.06 (2.88)	5.26 (4.48)	2.41 (2.21)	3.21 (3.67)	17 435

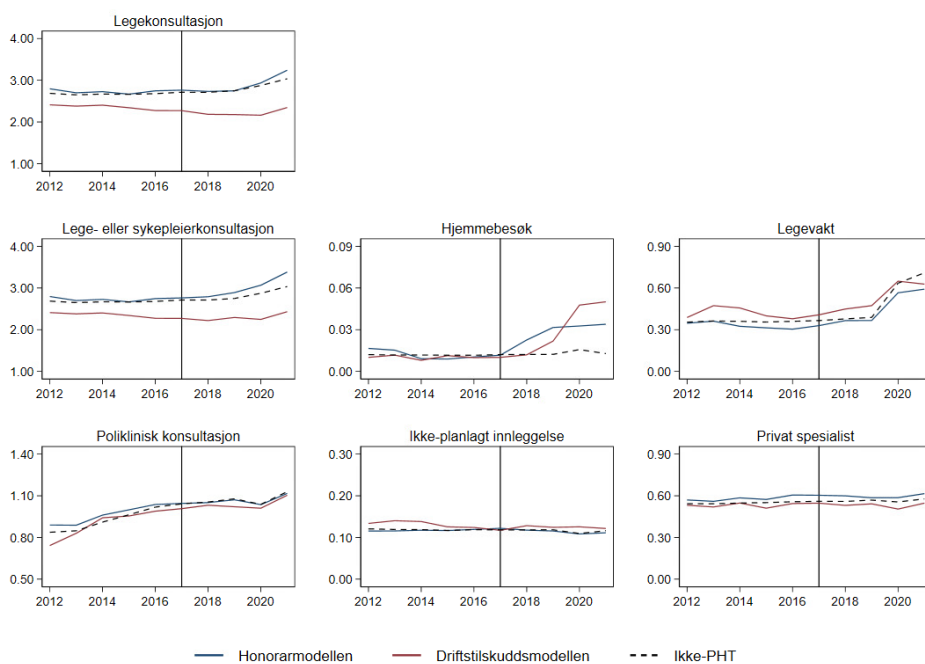
Note: Hver celle viser antall tjenester per listeinnbygger på legekantor med honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen) for listeinnbyggere med minst 1 slik tjenester i 2017. Kilde: KUHR.

Tabell E-9 Prosentvis endring i antall tjenester per år i HM i forhold til i kontrollkontor etter at forsøket startet for pasienter som mottar minst en tjeneste (intensiv margin).

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter	N
Alle	7	-4	6	50 596 123
Personer med diabetes type 2	10	-8	10	1 219 884
Personer med kols	19	-13	0	386 412
Personer med psykisk sykdom	-2	-15	-2	2 518 887
Personer med ruslidelse	-7	-18	5	283 855
Personer med psykisk utviklingshemming	-2	-14	15	85 019
Skrøpelig eldre og multisyke	5	-10	9	1 093 040

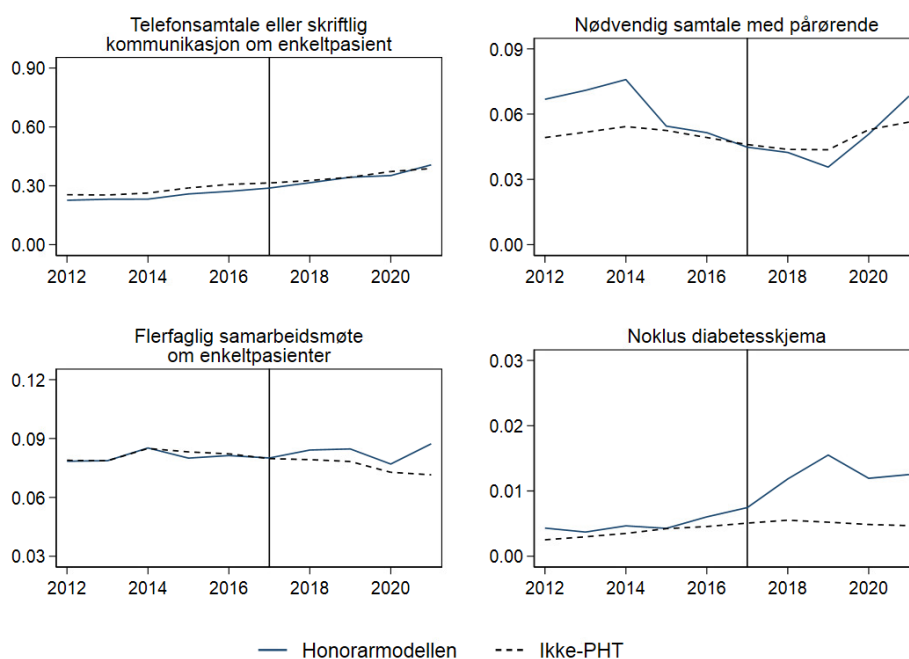
Note: Hver celle viser et estimat på prosentvis endring i antall tjenester for listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen med minst 1 slik tjeneste sammenlignet med listeinnbyggere på legekantor utenfor forsøket med minst 1 slik tjeneste, etter forsøket startet. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Figur E-3 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år.



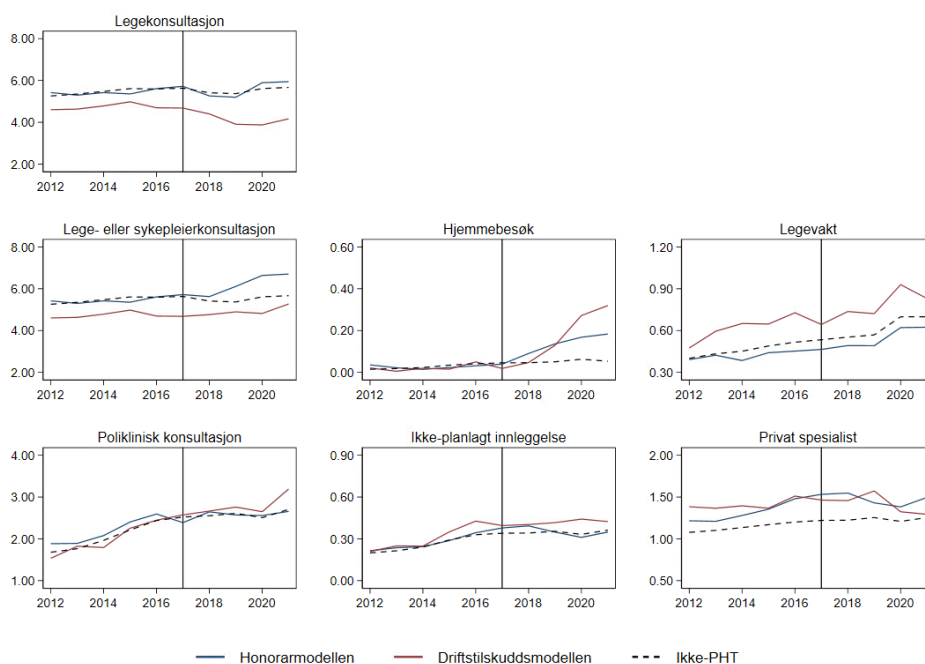
Note: Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Kilder: KUHR og NPR.

Figur E-4 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år.



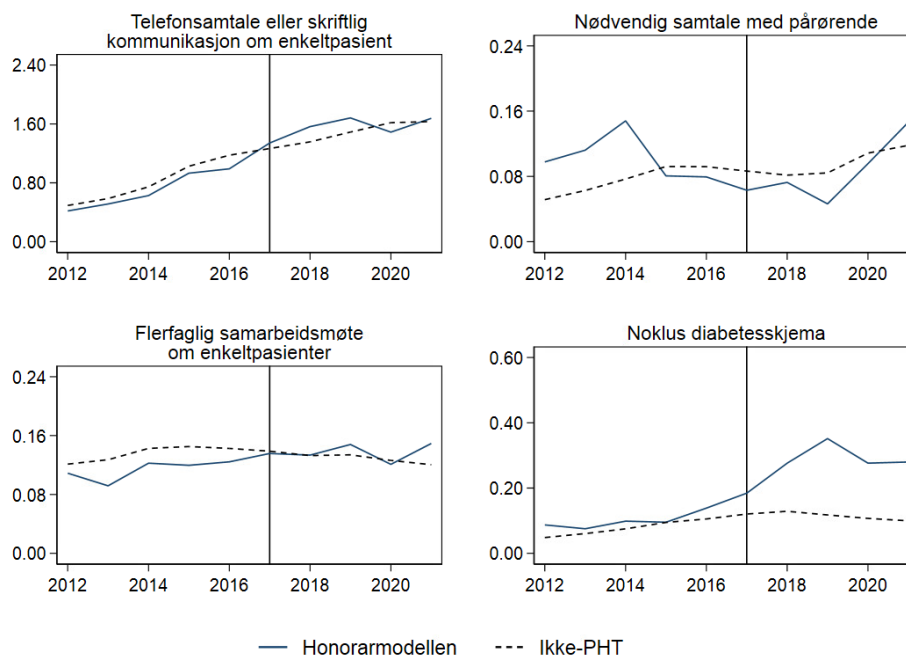
Note: Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Kilde: KUHR.

Figur E-5 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år. Personer med diabetes type 2.



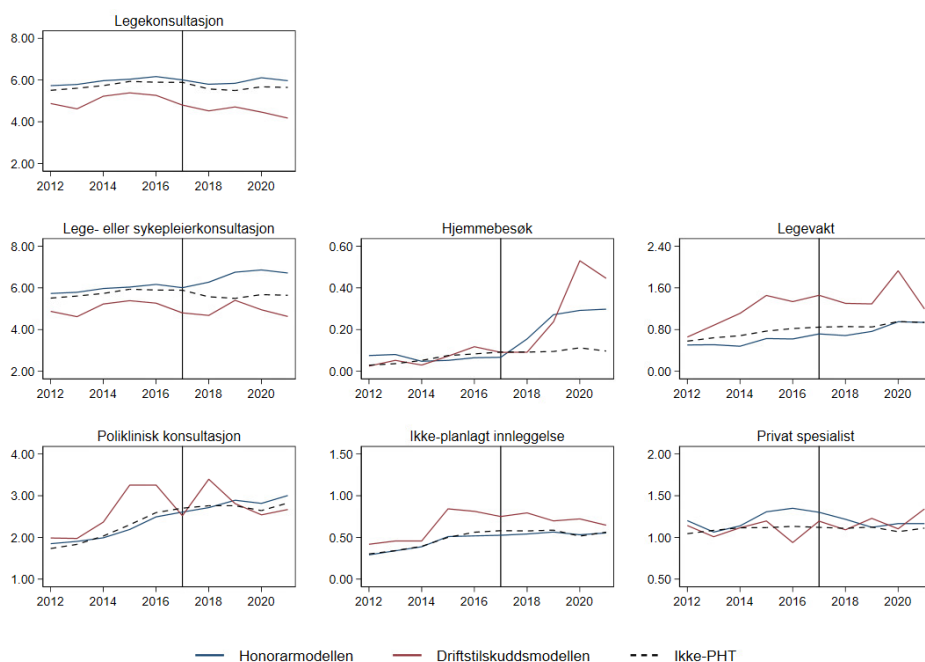
Note: Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Kilder: KUHR og NPR.

Figur E-6 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år. Personer med diabetes type 2.



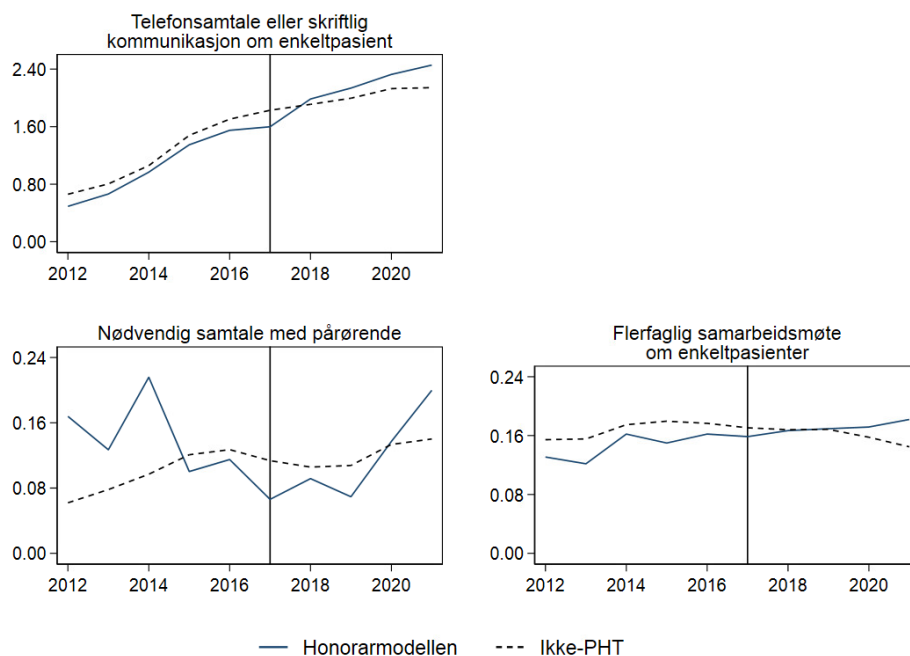
Note: Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabeteskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Kilde: KUHR.

Figur E-7 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år. Personer med kols.



Note: Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Kilder: KUHR og NPR.

Figur E-8 Utvikling i antall tjenester per listeinnbygger per år. Personer med kols.



Note: Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter er regninger med takst 14 eller S5. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Kilde: KUHR.

Tabell E-10 Spørsmål fra spørreundersøkelse til fastleger til indikator på teamarbeid.

Spørsmål
1 I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekontor? Nye måter å løse utfordringer. I hvilken grad samarbeider du med sykepleier om følgende oppgaver?
2 Oppfølging av svake etterspørrere.
3 Årskontroll for pasienter med diabetes.
4 Annen oppfølging av pasienter med diabetes.
5 Årskontroll for pasienter med kols.
6 Annen oppfølging av pasienter med kols.
7 Utarbeidelse av behandlingsplaner.
8 Identifisering av pasienter for legemiddelgjennomgang.
9 Oppfølging av skrøpelige eldre.
10 Pårørendekontakt.
11 Kontakt med hjemmetjenesten.
12 Oppfølging av pasienter med psykiske lidelser.
13 Oppfølging av pasienter med ruslidelser.
14 Oppfølging av pasienter med psykisk utviklingshemming.
15 Svare på PLO-melding.
16 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Muligheten for å samarbeide med sykepleier gjør at jeg tar tak i mer krevende oppgaver enn jeg gjorde tidligere.

Note: Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 97) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Tabell E-11 Gjennomsnittlig prosentandel av fastleger som svarte positivt på spørsmål om teamarbeid i årets spørreundersøkelse.

Legekontor	Gjennomsnittlig prosentandel
C	24
M	27
E	30
Q	31
A	33
D	34
P	35
F	38
H	52
N	56
G	57
J	61
B	70

Note: Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 97) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Tabell E-12 Spørsmål fra spørreundersøkelse til sykepleiere til indikator på teamarbeid.

Spørsmål	
	I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekontor?
1	Enighet om oppgaver.
2	Enighet om arbeidsdeling.
3	Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet.

Note: Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleier (N = 43, Honorar=30, Driftstilskudd=13) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Tabell E-13 Gjennomsnittlig prosentandel av sykepleiere som svarte positivt på spørsmål om teamarbeid i årets spørreundersøkelse.

Legekontor	Gjennomsnittlig prosentandel
C	33
M	100
E	100
Q	100
A	100
D	11
P	67
F	100
H	100
N	100
G	100
J	67
B	100

Note: Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleier (N = 43, Honorar=30, Driftstilskudd=13) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2022.

Tabell E-14 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid.

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleierkon- sultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Personer med diabetes type 2								
2. kvartil	0.46**	0.66***	0.06	-0.08	0.50**	-0.02	0.13	2 586
3. kvartil	-0.02	0.35	0.18***	0.04	-0.07	0.01	-0.16	2 071
4. kvartil	0.16	0.67**	0.14**	-0.06	0.45*	-0.03	-0.03	1 959
Personer med kols								

2. kvartil	0.79*	1.03**	0.01	0.10	-0.17	0.17*	0.29*	892
3. kvartil	0.59	0.87*	0.13	0.13	-0.23	0.16	0.38**	1 037
4. kvartil	0.99**	1.44***	-0.07	0.05	-0.43	0.09	0.25	1 382
Personer med psykisk sykdom								
2. kvartil	0.12	0.24	0.04	0.07	0.14	0.04	-0.03	5 018
3. kvartil	-0.09	0.12	0.08**	0.07	0.07	0.05*	0.05	4 360
4. kvartil	-0.23	0.09	0.12***	0.03	0.23*	0.02	0.11	6 357
Personer med ruslidelse								
2. kvartil	0.10	0.23	0.01	0.41	-0.69**	0.24	-0.55***	778
3. kvartil	0.28	0.74	0.14*	0.86*	0.51*	0.12	-0.30*	696
4. kvartil	-2.27***	-1.72**	0.33***	-0.16	-0.16	0.02	-0.21	486
Personer med psykisk utviklingshemming								
2. kvartil	-0.90	-0.45	0.46*	0.36	-0.13	-0.06	-0.69*	124
3. kvartil	0.43	1.25*	0.36*	0.40	0.07	-0.07	-0.29	335
4. kvartil	-0.76	0.58	0.61**	0.25	-1.10*	-0.14	-0.34	119
Skrøpelig eldre og multisyke								
2. kvartil	0.50*	0.74*	0.07	0.07	0.78***	0.11	0.20	1 393
3. kvartil	0.28	0.55	-0.03	-0.08	0.91**	-0.05	0.26	1 185
4. kvartil	0.78*	1.39***	0.24*	-0.07	1.17***	0.02	0.22	859

Note: Fastleger med liste på PHT-legekontor i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Hver celle er et estimat på forskjellen mellom listeinnbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell E-15 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket med etter grad av teamarbeid. Legekontor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkelpasienter	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkelpasient	Noklus diabetesskjema	N
Personer med diabetes type 2					
2. kvartil	0.65***	-0.02	0.09***	0.12***	1 927
3. kvartil	0.32	0.02	0.05*	0.11***	1 605
4. kvartil	0.70**	0.04	0.06**	0.14***	1 587
Personer med kols					
2. kvartil	1.54***	0.04	0.05		784
3. kvartil	0.90	0.06	0.01		879
4. kvartil	-0.02	0.03	0.01		1 102
Personer med psykisk sykdom					
2. kvartil	0.14	0.01	-0.01		3 947
3. kvartil	0.48***	-0.01	-0.01		3 909
4. kvartil	0.32	0.02	0.03		4 074
Personer med ruslidelse					
2. kvartil	0.12*	-0.13*	0.08		568
3. kvartil	1.44**	0.03	0.01		455
4. kvartil	1.83***	0.02	0.10		476
Personer med psykisk utviklingshemming					
2. kvartil	2.10	-0.12	-0.17		186
3. kvartil	2.67*	-0.02	0.16		192
4. kvartil	1.20	-0.09	-0.18		116
Skrøpelig eldre og multisyke					
2. kvartil	-0.29	-0.04	-0.07*		1 359
3. kvartil	-0.09	-0.01	0.00		758
4. kvartil	0.24	0.05	0.06		673

Note: Fastleger med liste på legekontor med honorarmodellen i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkelpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkelpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Hver celle er et estimat på forskjellen mellom listeinnbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-16 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av samarbeid.

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleierkon- sultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Personer med diabetes type 2								
2. kvartil	0.25	0.49*	0.13***	0.05	0.29	0.07	0.06	1 932
3. kvartil	0.32*	0.67***	0.13***	0.12*	0.10	-0.01	0.08	2 637
4. kvartil	-0.12	0.52**	0.19***	-0.02	0.15	-0.04	-0.18*	2 186
Personer med kols								
2. kvartil	-0.02	0.30	0.18	-0.11	-0.16	-0.11	0.12	821
3. kvartil	0.28	0.59	0.38***	-0.17	0.29	-0.00	0.33*	1 015
4. kvartil	0.42	1.00**	0.50***	-0.30	0.37	-0.03	0.20	1 546
Personer med psykisk sykdom								
2. kvartil	0.19	0.25	0.05	-0.04	0.07	-0.03	0.17	3 782
3. kvartil	0.36**	0.50***	0.07**	0.14*	0.04	0.04*	0.04	6 111
4. kvartil	-0.35*	-0.04	0.13***	-0.03	0.08	0.01	0.09	5 632
Personer med ruslidelse								
2. kvartil	0.64	0.82	0.01	0.11	-0.88***	0.21	-0.47***	706
3. kvartil	0.21	0.50	-0.01	1.38**	-0.48	0.23	-0.52***	717
4. kvartil	-1.60**	-0.88	0.31***	0.27	-0.45	0.29	-0.49**	596
Personer med psykisk utviklingshemming								
2. kvartil	-0.04	0.39	0.36	-0.17	-0.58	-0.09	-0.92**	100
3. kvartil	0.04	0.57	0.30	0.30	-0.52	-0.16	-0.47	196
4. kvartil	0.06	1.21*	0.50**	0.51*	0.14	-0.03	-0.17	282
Skrøpelig eldre og multisyke								
2. kvartil	0.51	0.70*	-0.07	-0.14	1.26***	0.07	0.47**	987
3. kvartil	0.94***	1.28***	0.18*	0.00	0.85**	0.18*	0.23	1 455
4. kvartil	0.61*	1.22***	0.34**	-0.15	1.18***	0.13	0.12	1 119

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Hver celle er et estimat på forskjell i utvikling mellom listeinnbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil før og etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell E-17 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av samarbeid. Legekantor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient	Noklus diabetesskjema	N
Personer med diabetes type 2					
2. kvartil	0.40	0.06*	0.07**	0.09***	1 471
3. kvartil	0.26	0.01	0.02	0.03	2 096
4. kvartil	0.40*	0.03	0.06**	0.21***	1 929
Personer med kols					
2. kvartil	0.35	-0.25***	0.14***		723
3. kvartil	1.55***	-0.06	0.25***		799
4. kvartil	1.33**	-0.14**	0.24***		1 251
Personer med psykisk sykdom					
2. kvartil	0.12	-0.03*	-0.03		3 477
3. kvartil	0.10	-0.04**	0.01		4 374
4. kvartil	0.53***	0.05**	0.03		4 199
Personer med ruslidelse					
2. kvartil	0.95*	-0.03	0.00		514
3. kvartil	1.20**	-0.02	0.17*		594
4. kvartil	1.18*	-0.03	-0.00		446
Personer med psykisk utviklingshemming					
2. kvartil	0.63	-0.15	-0.37		114
3. kvartil	0.28	-0.16	-0.43		143
4. kvartil	3.68**	0.01	0.32		237
Skrøpelig eldre og multisyke					
2. kvartil	-0.33	-0.06	0.07*		797
3. kvartil	0.27	0.00	-0.04		1 247
4. kvartil	2.21***	0.15*	0.08*		796

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på legekantor med honorarmodellen. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Hver celle er et estimat på forskjell i utvikling mellom listeinnbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil før og etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-18 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket avhengig av om legekantoret hadde sykepleier ansatt før forsøket.

	Lege-konsultasjon		Lege- eller sykepleierkonsultasjon		Hjemmebesøk		Legevakt		Poliklinisk konsultasjon		Ikke-planlagt innleggelse		Privat spesialist		N
	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	
Personer med diabetes type 2	5.18	-0.22*	6.00	0.07	0.17	0.05*	0.61	0.05	2.62	0.00	0.36	-0.01	1.26	-0.60	8 878
Personer med kols	5.68	-0.14	6.41	0.09	0.26	-0.10	0.89	-0.11	2.72	-0.58**	0.51	-0.21***	0.99	-0.71***	4 010
Personer med psykisk sykdom	5.18	0.10	5.44	0.07	0.11	0.04**	0.84	0.18***	1.44	0.05	0.20	0.02	0.75	-0.81**	20 368
Personer med ruslidelse	5.69	0.40	6.01	0.47	0.12	-0.03	1.77	0.71***	1.55	-0.16	0.53	-0.06	0.37	-0.58	2 508
Personer med psykisk utviklingshemming	2.98	0.16	3.40	0.46	0.25	-0.03	0.74	-0.25	1.46	-1.75***	0.21	-0.01	0.34	-0.24	753
Skrøpelig eldre og multisyke	5.37	-0.87***	5.90	-0.69***	0.34	0.02	0.87	-0.05	2.79	-1.07***	0.59	-0.20***	1.50	-1.46***	4 743

Note: Fastleger med liste på PHT-legekantor i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Snitt er gjennomsnitt på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket i perioden 2018-2021. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med sykepleier ansatt før forsøket. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell E-19 Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket avhengig av om legekantoret hadde sykepleier ansatt før forsøket. Legekantor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	Snitt	F	
Personer med diabetes type 2	1.67	0.42***	0.05	-0.11***	0.16	0.08***	0.32	0.03**	7 155
Personer med kols	2.21	0.21	0.08	-0.20***	0.20	0.13***			3 302
Personer med psykisk sykdom	1.33	0.65***	0.06	-0.06***	0.25	0.14***			15 632
Personer med ruslidelse	2.73	0.80**	0.10	-0.13***	0.46	0.26***			1 953
Personer med psykisk utviklingshemming	5.37	0.61	0.29	-0.17	1.09	0.70***			590
Skrøpelig eldre og multisyke	3.64	1.14***	0.11	-0.35***	0.24	0.12***			3 927

Note: Fastleger med liste på legekantor med honorarmodellen i hele perioden 2018-2021. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Snitt er gjennomsnitt på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket i perioden 2018-2021. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med sykepleier før forsøket. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-20 Sammenligning av utvikling i helsetjenestebruk avhengig av om legekantoret hadde sykepleier ansatt før forsøket.

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleierkonsultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
	Inngangsverdi; di; FiF	Inngangsverdi; FiF	Inngangsverdi; di; FiF	Inngangsverdi; di; FiF	Inngangsverdi; di; FiF	Inngangsverdi; di; FiF	Inngangsverdi; di; FiF	
Personer med diabetes type 2	5.29; 0.34	5.29; 0.62	0.03; 0.00	0.59; -0.21***	2.24; -0.25	0.37; 0.06	1.32; -0.07	10 995
Personer med kols	5.27; -0.15	5.27; 0.00	0.13; -0.20*	1.03; -0.38	2.44; -0.49*	0.66; 0.01	0.88; 0.05	3 344
Personer med psykisk sykdom	4.98; -0.10	4.98; -0.08	0.05; 0.00	0.75; -0.20	1.44; -0.06	0.22; -0.03	0.76; 0.14	26 057
Personer med ruslidelse	4.74; -0.61	4.74; -0.48	0.06; -0.05	1.58; -0.24	1.41; -0.11	0.63; 0.10	0.44; 0.25	3 164
Personer med psykisk utviklingshemming	2.55; -0.17	2.55; 0.10	0.38; 0.07	0.75; -0.24	1.32; -1.34*	0.17; -0.05	0.32; 0.02	756
Skrøpelig eldre og multisyke	5.56; -0.45	5.56; -0.25	0.12; -0.03	0.75; -0.31**	3.47; -1.08***	0.56; -0.03	1.63; 0.01	8 448

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er antall tjenester per listeinnbygger i 2017 for listeinnbyggere på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket. FiF er et estimat på forskjell i utvikling i antall tjenester mellom listeinnbyggere på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket startet og legekantor uten sykepleier ansatt før forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell E-21 Sammenligning av utvikling i helsetjenestebruk avhengig av om legekantoret hadde sykepleier ansatt før forsøket. Legekantor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient	Noklus diabetesskjema	N
	Inngangsverdi; FiF	Inngangsverdi; FiF	Inngangsverdi; FiF	Inngangsverdi; FiF	
Personer med diabetes type 2	1.37; 0.28	0.04; -0.03	0.17; 0.02	0.18; -0.04	8 956
Personer med kols	2.03; -0.33	0.07; -0.11	0.19; -0.02		2 935
Personer med psykisk sykdom	1.03; 0.27	0.04; 0.02	0.24; -0.01		20 785
Personer med ruslidelse	1.75; -0.08	0.04; -0.03	0.43; -0.12		2 352
Personer med psykisk utviklingshemming	3.72; 2.37	0.17; -0.23	0.55; 0.33		568
Skrøpelig eldre og multisyke	2.76; 0.79	0.10; -0.10**	0.25; 0.05**		7 265

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på legekantor med honorarmodellen. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Inngangsverdi er antall tjenester per listeinnbygger i 2017 for listeinnbyggere på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket. FiF er et estimat på forskjell i utvikling i antall tjenester mellom listeinnbyggere på legekantor med sykepleier ansatt før forsøket startet og legekantor uten sykepleier ansatt før forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-22 Utvikling i antall samhandlingstakster per år, etter grad av teamarbeid. Legekantor med Honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		N
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	
Personer med diabetes type 2	0.98	0.23	0.14	-0.01	21 997
Personer med kols	1.06	0.07	0.14	-0.05	10 362
Personer med psykisk sykdom	0.77	0.32	0.21	0.03	47 310
Personer med ruslidelse	1.97	1.36	0.49	0.03	6 135
Personer med psykisk utviklingshemming	3.65	2.93	0.83	1.35	1 847
Skrøpelig eldre og multisyke	2.30	1.17	0.12	0.02	14 286

Note: Kolonne 2 og 4 viser antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen og høy grad av teamarbeid i 2017. Kolonne 3 og 5 sammenligner utvikling i antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen og høy grad av teamarbeid og legekantor med honorarmodellen og lav grad av teamarbeid før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-23 Utvikling i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, etter grad av teamarbeid.

	Prosentandel	Omfang
	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N
Helsetjenester i hjemmet	38; -2; 5 505	3.52; -0.70; 1 660
Praktisk bistand	24; -3; 5 505	0.98; 0.28; 1 375

Note: Prosentandel er prosentandel av listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Omfang er antall timer per uke helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand for listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 og som mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Inngangsverdi er prosentandel og omfang for listeinnbyggere på PHT-legekantor med høy grad av teamarbeid i 2017. FiF er forskjell i utviklingen i prosentandel og omfang på PHT-legekantor med høy grad av teamarbeid og PHT-legekantor med lav grad av teamarbeid før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KPR.

Tabell E-24 Utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskrivning fra sykehus, etter grad av teamarbeid.

	Lege- eller sykepleierkonsultasjon	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient
	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N
Personer med diabetes type 2	25; 0; 3 935	22; 0; 1 152	31; 22**, 271
Personer med kols	24; -3; 1 327	23; 9*; 490	39; 14; 108
Personer med psykisk sykdom	23; -0; 4 382	25; -4; 1 224	35; 2; 504
Personer med ruslidelse	24; -5; 772	22; 2; 336	47; 11; 136
Personer med psykisk utviklingshemming	42; 6; 1 34	30; -5; 112	24; -23; 48
Skrøpelig eldre og multisyke	26; 2; 5 729	21; -0; 2 369	39; 9; 518

Note: Lege- eller sykepleierkonsultasjon er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Det første tallet i kolonne 2-4 viser antall dager fra utskrivning fra sykehus til oppfølging fra legekantor for listeinnbyggere på PHT-legekantor i 2017. Det andre tallet i kolonne 2 sammenligner utvikling i antall dager fra utskrivning fra sykehus til oppfølging fra PHT-legekantor med høy grad av teamarbeid og PHT-legekantor med lav grad av teamarbeid før og etter forsøket starter. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021q3. Det andre tallet i kolonne 3-4 sammenligner utvikling i antall dager fra utskrivning fra sykehus til oppfølging fra legekantor på legekantor med honorarmodellen med høy grad av teamarbeid og legekantor med honorarmodellen med lav grad av teamarbeid før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021q3. Det tredje tallet i kolonne 2 viser antall observasjoner på PHT-legekantor. Det tredje tallet i kolonne 3-4 viser antall observasjoner på legekantor med honorarmodellen. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skjøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skjøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell E-25 Utvikling i antall samhandlingstakster per år, etter kommunal kontekst. Legekantor med Honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		N
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	
Personer med diabetes type 2	0.90	-0.54*	0.12	-0.03	21 997
Personer med kols	1.00	-0.97**	0.16	-0.05	10 362
Personer med psykisk sykdom	0.61	-0.22	0.18	0.04	47 310
Personer med ruslidelse	1.54	-0.48	0.41	0.10	6 135
Personer med psykisk utviklingshemming	3.79	2.41	0.38	1.58	1 847
Skrøpelig eldre og multisyke	1.99	-1.07*	0.17	-0.03	14 286

Note: Kolonne 2 og 4 viser antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen i bykommuner i 2017. Kolonne 3 og 5 sammenligner utvikling i antall takster per pasient på legekantor med honorarmodellen i bykommuner og legekantor med honorarmodellen i småkommuner før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell E-26 Utvikling i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, etter kommunal kontekst.

	Prosentandel	Omfang
	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N
Helsetjenester i hjemmet	31; 3; 5 505	3.32; 0.83; 1 660
Praktisk bistand	26; -8; 5 505	1.04; 0.11; 1 375

Note: Prosentandel er prosentandel av listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Omfang er antall timer per uke helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand for listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 og som mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Inngangsverdi er prosentandel og omfang for listeinnbyggere på PHT-legekantor i bykommuner i 2017. FiF er forskjell i utvikling i prosentandel og omfang på PHT-legekantor i bykommuner og PHT-legekantor i småkommuner før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2018-2021. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KPR.

Tabell E-27 Utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskriving fra sykehus, etter kommunal kontekst.

	Lege- eller sykepleierkonsultasjon	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient
	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N	Inngangsverdi; FiF; N
Personer med diabetes type 2	25; 1; 3 935	22; 1; 1 152	31; -6; 271
Personer med kols	24; -3; 1 327	23; 1; 490	39; 21; 108
Personer med psykisk sykdom	23; 1; 4 382	25; 6; 1 224	35; 1; 504
Personer med ruslidelse	24; 0; 772	22; 4; 336	47; 6; 136
Personer med psykisk utviklingshemming	42; 16; 134	30; 0; 112	24; 3; 48
Skrøpelig eldre og multisyke	26; -1; 5 729	21; 3; 2 369	39; -2; 518

Note: Lege- eller sykepleierkonsultasjon er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger takst 14 eller S5. Det første tallet i kolonne 2-4 viser antall dager fra utskriving fra sykehus til oppfølging fra legekantor for listeinnbyggere på PHT-legekantor i bykommuner og PHT-legekantor i småkommuner før og etter forsøket starter. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021q3. Det andre tallet i kolonne 3-4 sammenligner utvikling i antall dager fra utskriving fra sykehus til oppfølging fra legekantor på legekantor med honorarmodellen i bykommuner og legekantor med honorarmodellen i småkommuner før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2012-2017, perioden etter start er 2018-2021q3. Det tredje tallet i kolonne 2 viser antall observasjoner på PHT-legekantor. Det tredje tallet i kolonne 3-4 viser antall observasjoner på legekantor med honorarmodellen. Personer med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2012. Personer med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i 2012. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Vedlegg F Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger

Spørsmål 1: I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekantor?

Prosentvis svarfordeling.

a) Enighet om oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	3,1	3,8	0,0
I noen grad	7,1	7,7	5,0
I stor grad	54,1	55,1	50,0
I svært stor grad	35,7	33,3	45,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

b) Enighet om arbeidsfordeling

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	2,0	2,5	0,0
I noen grad	10,1	8,9	15,0
I stor grad	55,6	60,8	35,0
I svært stor grad	32,3	27,8	50,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

c) Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	1,0	1,3	0,0
I noen grad	8,2	9,0	5,0
I stor grad	51,0	53,8	40,0
I svært stor grad	39,8	35,9	55,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

d) Nye måter å løse utfordringer

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	38,8	38,5	40,0
I stor grad	37,8	34,6	50,0
I svært stor grad	23,5	26,9	10,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

Spørsmål 2: Du svarte at du i arbeidet med primærhelseteam i stor eller svært stor grad opplever nye måter å løse utfordringer. Kan du gi noen eksempler på dette?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 3: I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. Prosentvis fordeling.

a) Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	4,0	5,1	0,0
I liten grad	3,0	3,8	0,0
I noen grad	59,6	60,8	55,0
I stor grad	25,3	22,8	35,0
I svært stor grad	8,1	7,6	10,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

b) Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	7,1	5,1	15,0
I liten grad	16,3	15,4	20,0
I noen grad	42,9	43,6	40,0
I stor grad	26,5	29,5	15,0
I svært stor grad	7,1	6,4	10,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

c) Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	8,2	5,1	20,0
I liten grad	44,9	47,4	35,0
I noen grad	33,7	33,3	35,0
I stor grad	12,2	14,1	5,0
I svært stor grad	1,0	0,0	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

d) Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	5,1	5,1	5,0
I liten grad	14,3	12,8	20,0
I noen grad	50,0	51,3	45,0
I stor grad	26,5	26,9	25,0
I svært stor grad	4,1	3,8	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

e) Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	30,6	29,5	35,0
I liten grad	42,9	41,0	50,0
I noen grad	21,4	25,6	5,0
I stor grad	3,1	1,3	10,0
I svært stor grad	2,0	2,6	0,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

f) Andre administrative oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	14,4	15,4	10,5
I liten grad	39,2	38,5	42,1
I noen grad	38,1	38,5	36,8
I stor grad	6,2	5,1	10,5
I svært stor grad	2,1	2,6	0,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	97	78	19

Spørsmål 4: I hvilken grad samarbeider du med sykepleier om følgende oppgaver? Prosentvis svarfordeling.

a) Oppfølging av svake etterspørrere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	1,0	1,3	0,0
I liten grad	6,1	7,6	0,0
I noen grad	52,5	50,6	60,0
I stor grad	33,3	36,7	20,0
I svært stor grad	7,1	3,8	20,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

b) Årskontroll for pasienter med diabetes

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	1,0	1,3	0,0
I liten grad	2,0	2,5	0,0
I noen grad	14,1	16,5	5,0
I stor grad	44,4	44,3	45,0
I svært stor grad	38,4	35,4	50,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

c) Annen oppfølging av pasienter med diabetes

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	1,0	1,3	0,0
I liten grad	8,1	10,1	0,0
I noen grad	36,4	36,7	35,0
I stor grad	38,4	38,0	40,0
I svært stor grad	16,2	13,9	25,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

d) Årskontroll for pasienter med kols

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	3,0	2,5	5,0
I liten grad	9,1	11,4	0,0
I noen grad	20,2	22,8	10,0
I stor grad	37,4	35,4	45,0
I svært stor grad	30,3	27,8	40,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

e) Annen oppfølging av pasienter med kols

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	6,1	6,3	5,0
I liten grad	12,1	12,7	10,0
I noen grad	43,4	46,8	30,0
I stor grad	29,3	27,8	35,0
I svært stor grad	9,1	6,3	20,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

f) Utarbeidelse av behandlingsplaner

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	9,1	10,1	5,0
I liten grad	30,3	38,0	0,0
I noen grad	34,3	36,7	25,0
I stor grad	21,2	10,1	65,0
I svært stor grad	5,1	5,1	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

g) Identifisering av pasienter for legemiddelgjennomgang

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	19,2	22,8	5,0
I liten grad	29,3	31,6	20,0
I noen grad	35,4	34,2	40,0
I stor grad	12,1	7,6	30,0
I svært stor grad	4,0	3,8	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

h) Oppfølging av skrøpelige eldre

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	2,0	2,5	0,0
I liten grad	8,1	10,1	0,0
I noen grad	34,3	34,2	35,0
I stor grad	41,4	38,0	55,0
I svært stor grad	14,1	15,2	10,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

i) Pårørendekontakt

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	10,1	8,9	15,0
I liten grad	30,3	30,4	30,0
I noen grad	39,4	41,8	30,0
I stor grad	19,2	19,0	20,0
I svært stor grad	1,0	0,0	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

j) Kontakt med hjemmetjenesten

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	5,1	3,8	10,0
I liten grad	19,2	17,7	25,0
I noen grad	42,4	45,6	30,0
I stor grad	29,3	29,1	30,0
I svært stor grad	4,0	3,8	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

k) Oppfølging av pasienter med psykiske lidelser

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	5,1	5,1	5,0
I liten grad	27,3	29,1	20,0
I noen grad	36,4	35,4	40,0
I stor grad	23,2	22,8	25,0
I svært stor grad	8,1	7,6	10,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

l) Oppfølging av pasienter med ruslidelser

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	13,1	15,2	5,0
I liten grad	40,4	39,2	45,0
I noen grad	31,3	30,4	35,0
I stor grad	11,1	10,1	15,0
I svært stor grad	4,0	5,1	0,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

m) Oppfølging av pasienter med psykisk utviklingshemming

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	14,1	13,9	15,0
I liten grad	31,3	30,4	35,0
I noen grad	34,3	36,7	25,0
I stor grad	15,2	13,9	20,0
I svært stor grad	5,1	5,1	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

n) Svare på PLO melding

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	46,5	45,6	50,0
I liten grad	27,3	27,8	25,0
I noen grad	16,2	15,2	20,0
I stor grad	5,1	6,3	0,0
I svært stor grad	5,1	5,1	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	99	79	20

Spørsmål 5: Er det andre oppgaver enn de som er nevnt over der du ofte samarbeider med sykepleier?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 6: Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver	68,4	69,2	65,0
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver, og utfører i liten grad oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv	20,4	21,8	15,0
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv	11,2	9,0	20,0
N	98	78	20

Spørsmål 7: Du har svart at sykepleier utfører noen oppgaver i stedet for at du gjør dem selv, hvordan bruker du tiden du ellers ville brukt på disse oppgavene? Kryss av for det svaralternativet som beskriver det du i hovedsak bruker den frigjorte tiden til. Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Reduserer egen arbeidstid	5,1	4,8	5,9
Bruker mer tid på kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	1,3	1,6	0,0
Bruker mer tid på direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	69,6	72,6	58,8
Bruker mer tid på møter og koordinering på legekantoret	2,5	3,2	0,0
Bruker mer tid på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	17,7	12,9	35,3
Bruker mer tid på direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	1,3	1,6	0,0
Annet	2,5	3,2	0,0
N	79	62	17

Spørsmål 8 Du svarte «Annet», vennligst utdyp.

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 9: Du har svart at du bruker mer tid på direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon) enn du ellers ville gjort. Skyldes dette...

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I hovedsak mer tid brukt per konsultasjon?	20,4	15,9	40,0
I hovedsak flere konsultasjoner?	31,5	31,8	30,0
En kombinasjon av mer tid brukt per konsultasjon og flere konsultasjoner	48,1	52,3	30,0
N	54	44	10

Spørsmål 10: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis fordeling.

- a) Muligheten for å samarbeide med sykepleier gjør at jeg tar tak i mer krevende oppgaver enn jeg gjorde tidligere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	6,2	6,5	5,0
Litt uenig	10,3	9,1	15,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	26,8	29,9	15,0
Litt enig	34,0	29,9	50,0
Helt enig	20,6	22,1	15,0
Vet ikke	2,1	2,6	0,0
N	97	77	20

- b) Organisering som primærhelseteam gjør at jeg kan delegere rutinepregede oppgaver til sykepleier

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	6,2	6,5	5,0
Litt uenig	6,2	6,5	5,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	9,3	6,5	20,0
Litt enig	33,0	37,7	15,0
Helt enig	45,4	42,9	55,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	97	77	20

- c) Organisering som primærhelseteam gjør at jeg kan delegere tidkrevende oppgaver til sykepleier

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	2,0	0,0	10,0
Litt uenig	7,1	9,0	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	9,2	10,3	5,0
Litt enig	42,9	38,5	60,0
Helt enig	37,8	41,0	25,0
Vet ikke	1,0	1,3	0,0
N	98	78	20

Spørsmål 11: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling

- a) Tiden som frigjøres som følge av at jeg delegerer oppgaver til sykepleier bruker jeg til mer krevende oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	5,6	7,3	0,0
Litt uenig	7,4	7,3	7,7
Verken enig eller uenig (nøytral)	29,6	31,7	23,1
Litt enig	46,3	43,9	53,8
Helt enig	5,6	2,4	15,4
Vet ikke	5,6	7,3	0,0
N	54	41	13

- b) Oppgavene jeg delegerer til sykepleier er blant de enklere av mine oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	1,9	2,4	0,0
Litt uenig	20,4	24,4	7,7
Verken enig eller uenig (nøytral)	27,8	29,3	23,1
Litt enig	31,5	26,8	46,2
Helt enig	18,5	17,1	23,1
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	54	41	13

- c) Den endrede oppgavesammensetningen som følge av delegering av oppgaver til sykepleier, gjør arbeidshverdagen mer interessant

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	5,6	7,3	0,0
Litt uenig	5,6	4,9	7,7
Verken enig eller uenig (nøytral)	31,5	36,6	15,4
Litt enig	37,0	31,7	53,8
Helt enig	20,4	19,5	23,1
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	54	41	13

Spørsmål 12: Har du øvrige kommentarer til samarbeid eller teamledelse i primærhelseteam?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern

Spørsmål 13: Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ja, jeg kunne tenke meg å redusere listetaket	46,4	46,2	47,4
Ja, jeg kunne tenke meg å øke listetaket	5,2	5,1	5,3
Nei	39,2	37,2	47,4
Ikke relevant	9,3	11,5	0,0
N	97	78	19

Spørsmål 14 Har organiseringen som primærhelseteam påvirket ønsket ditt om å endre/ikke endre listetaket?
[Kun de som velger ja ved foregående spørsmål].

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ja	12,0	12,5	10,0
Nei	82,0	82,5	80,0
Vet ikke	6,0	5,0	10,0
N	50	40	10

Spørsmål 15: Du svarte at organiseringen som primærhelseteam har påvirket ønsket ditt om å endre/ikke endre listetaket, Kan du utdype?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern,

Spørsmål 16: Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Jeg er tilfreds med arbeidsbelastningen min	41,8	43,6	35,0
Jeg har for stor arbeidsbelastning	58,2	56,4	65,0
N	98	78	20

Spørsmål 17: På hvilken måte har organiseringen som primærhelseteam påvirket arbeidsbelastningen din?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Organiseringen som primærhelseteam har redusert arbeidsbelastningen	41,4	40,5	45,0
Organiseringen som primærhelseteam har ikke påvirket arbeidsbelastningen	49,5	48,1	55,0
Organiseringen som primærhelseteam har økt arbeidsbelastningen	9,1	11,4	0,0
N	99	79	20

Spørsmål 18: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling.

a) Jeg har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	35,4	35,4	35,0
Litt uenig	30,3	32,9	20,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	5,1	3,8	10,0
Litt enig	17,2	15,2	25,0
Helt enig	11,1	11,4	10,0
Vet ikke	1,0	1,3	0,0
N	99	79	20

b) De siste 12 månedene har jeg fått mer tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	32,3	34,2	25,0
Litt uenig	22,2	21,5	25,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	20,2	20,3	20,0
Litt enig	17,2	15,2	25,0
Helt enig	4,0	5,1	0,0
Vet ikke	4,0	3,8	5,0
N	99	79	20

c) Jeg har tid til å holde meg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	39,4	43,0	25,0
Litt uenig	29,3	29,1	30,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	11,1	10,1	15,0
Litt enig	17,2	15,2	25,0
Helt enig	3,0	2,5	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

d) De siste 12 månedene har jeg fått mer tid til å holde meg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	43,4	44,3	40,0
Litt uenig	19,2	17,7	25,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	17,2	16,5	20,0
Litt enig	13,1	12,7	15,0
Helt enig	3,0	3,8	0,0
Vet ikke	4,0	5,1	0,0
N	99	79	20

Spørsmål 19: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander? Prosentvis svarfordeling.

a) Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	1,0	1,3	0,0
Litt uenig	12,2	15,2	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	18,4	17,7	21,1
Litt enig	44,9	45,6	42,1
Helt enig	21,4	17,7	36,8
Vet ikke	2,0	2,5	0,0
N	98	79	19

b) Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	3,1	3,8	0,0
Litt uenig	5,1	6,3	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	13,3	13,9	10,5
Litt enig	40,8	41,8	36,8
Helt enig	36,7	32,9	52,6
Vet ikke	1,0	1,3	0,0
N	98	79	19

c) Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	0,0	0,0	0,0
Litt uenig	1,0	1,3	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	10,2	11,4	5,3
Litt enig	40,8	44,3	26,3
Helt enig	45,9	40,5	68,4
Vet ikke	2,0	2,5	0,0
N	98	79	19

d) Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Helt uenig	9,2	10,1	5,3
Litt uenig	17,3	21,5	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	27,6	29,1	21,1
Litt enig	34,7	29,1	57,9
Helt enig	10,2	8,9	15,8
Vet ikke	1,0	1,3	0,0
N	98	79	19

Spørsmål 20: I hvilken grad har organiseringen som primærhelseteam påvirket kontakten med pårørende til pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam? Prosentvis fordeling,

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	12,1	12,7	10,0
I liten grad	25,3	22,8	35,0
I noen grad	48,5	49,4	45,0
I stor grad	12,1	13,9	5,0
I svært stor grad	2,0	1,3	5,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	99	79	20

Spørsmål 21: Du svarte at organiseringen som primærhelseteam i stor grad har påvirket kontakten med pårørende til pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. Kan du utdype?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 22: Hvilke tilbakemeldinger får dere fra pasientene som mottar oppfølging fra primærhelseteam?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 23: Hvor mange av dine listeinnbyggere har en behandlingsplan utarbeidet av deg eller andre i primærhelseteamet? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. Svar kun med et heltall.

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 24: Hender det at du gjør systematisk legemiddelgjennomgang uten sykepleier? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Aldri	3,0	3,8	0,0
Av og til	21,2	22,8	15,0
Som oftest	74,7	72,2	85,0
Vet ikke	1,0	1,3	0,0
N	99	79	20

Spørsmål 25: Hender det at du bruker tidstakst (2cd) istedenfor takst 2ld når du gjør systematisk legemiddelgjennomgang i tråd med Helsedirektoratets veileder?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Aldri	27,3	29,1	20,0
Av og til	39,4	46,8	10,0
Som oftest	17,2	20,3	5,0
Vet ikke	3,0	2,5	5,0
Ikke relevante takster	13,1	1,3	60,0
N	99	79	20

Spørsmål 26: Hvor mange ganger per uke vil du anslå at sykepleier i primærhelseteam følger opp dine pasienter i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos deg samme dag? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
0	9,1	0,0	45,0
1-3	57,6	62,0	40,0
3-5	22,2	24,1	15,0
6-10	7,1	8,9	0,0
11-20	4,0	5,1	0,0
N	99	79	20

Spørsmål 27: For hvor mange av dine pasienter med diabetes type 2 bruker du årlig (eventuelt i samarbeid med sykepleier) Noklus-diabetesskjema og sender inn opplysninger til Norsk diabetesregister for voksne? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ingen	7,1	9,0	0,0
1-5	13,3	12,8	15,0
6-10	11,2	10,3	15,0
11-20	22,4	19,2	35,0
21-30	18,4	19,2	15,0
Mer enn 30	27,6	29,5	20,0
N	98	78	20

Spørsmål 28: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med øvrig primærhelsetjeneste knyttet til dine listeinnbyggere innenfor følgende områder: Prosentvis fordeling.

a) Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	27,3	25,3	35,0
Har påvirket positivt	70,7	72,2	65,0
Ikke relevant	2,0	2,5	0,0
N	99	79	20

b) Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg o.l.)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	52,0	48,7	65,0
Har påvirket positivt	43,9	47,4	30,0
Ikke relevant	4,1	3,8	5,0
<i>N</i>	98	78	20

c) Tjenester for personer med utviklingshemming eller nedsatt funksjonsevne (avlastning, arbeid og opplæring, bolig, støttekontakt o.l.)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	48,0	48,7	45,0
Har påvirket positivt	46,9	44,9	55,0
Ikke relevant	5,1	6,4	0,0
<i>N</i>	98	78	20

d) Psykisk helse og rus (miljøterapi, boveiledning, aktivitetstilbud, pårørendestøtte, kurs)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	1,0	1,3	0,0
Har ikke påvirket	43,4	40,5	55,0
Har påvirket positivt	50,5	51,9	45,0
Ikke relevant	5,1	6,3	0,0
<i>N</i>	99	79	20

e) Legevakt

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	76,8	74,7	85,0
Har påvirket positivt	11,1	11,4	10,0
Ikke relevant	12,1	13,9	5,0
<i>N</i>	99	79	20

f) Andre helsetjenester (fysioterapi, ergoterapi, kreftomsorg o.l.)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	58,6	60,8	50,0
Har påvirket positivt	38,4	35,4	50,0
Ikke relevant	3,0	3,8	0,0
<i>N</i>	99	79	20

Spørsmål 29: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med spesialisthelsetjenesten knyttet til dine listeinnbyggere på følgende områder: Prosentvis fordeling.

a) Somatiske tjenester (for oppfølging av kronisk syke og pasienter/brukere med store og sammensatte behov)

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	42,4	41,8	45,0
Har påvirket positivt	54,5	54,4	55,0
Ikke relevant	3,0	3,8	0,0
<i>N</i>	99	79	20

b) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	71,7	68,4	85,0
Har påvirket positivt	19,2	21,5	10,0
Ikke relevant	9,1	10,1	5,0
<i>N</i>	99	79	20

c) Psykisk helsevern

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	53,5	48,1	75,0
Har påvirket positivt	42,4	46,8	25,0
Ikke relevant	4,0	5,1	0,0
<i>N</i>	99	79	20

d) Habilitering og rehabilitering

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	1,0	1,3	0,0
Har ikke påvirket	55,6	53,2	65,0
Har påvirket positivt	36,4	38,0	30,0
Ikke relevant	7,1	7,6	5,0
N	99	79	20

Spørsmål 30: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med NAV knyttet til dine listeinnbyggere? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	72,4	73,1	70,0
Har påvirket positivt	20,4	19,2	25,0
Ikke relevant	7,1	7,7	5,0
N	98	78	20

Spørsmål 31: I hvilken grad opplever du at finansieringsmodellen ditt legekontor prøver ut er godt tilpasset å drive samarbeid? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	2,0	2,6	0,0
I liten grad	10,2	12,8	0,0
I noen grad	35,7	41,0	15,0
I stor grad	46,9	42,3	65,0
I svært stor grad	5,1	1,3	20,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	98	78	20

Spørsmål 32: Opplever du at du jobber på en annen måte enn du ville gjort dersom ditt legekontor hadde prøvd ut den andre finansieringsmodellen som prøves ut i forsøket med primærhelseteam? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ja	38,9	32,0	65,0
Nei	61,1	68,0	35,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	95	75	20

Spørsmål 33: Du har svart at du opplever at du jobber på en annen måte enn du ville gjort dersom ditt legekontor hadde prøvd ut den andre finansieringsmodellen som prøves ut i forsøket med primærhelseteam. Kan du utdype?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 34: Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 35: Ved hvilket fastlegekontor jobber du?

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Austevoll legesenter	4,0	0,0	20,0
Brynklinikken fastlegesenter	3,0	0,0	15,0
Rana lokalmedisinske senter	3,0	0,0	15,0
Sagene lokalmedisinske senter	5,1	0,0	25,0
Eid legekontor	11,1	13,9	0,0
Legegruppa SMS	14,1	17,7	0,0
Nærbø helsesenter	9,1	11,4	0,0
Sørlandsparken legesenter	6,1	7,6	0,0
Bystranda legesenter	4,0	5,1	0,0
Sandens medisinske senter	3,0	3,8	0,0
Brynsenglegene	6,1	7,6	0,0
Gransdalen legesenter	3,0	3,8	0,0
Best Helse	9,1	11,4	0,0
Brumunddal legesenter	6,1	7,6	0,0
Herredshuset legesenter	4,0	5,1	0,0
Moelv legesenter	4,0	5,1	0,0
Seljord helsesenter	5,1	0,0	25,0
N	99	79	20

Spørsmål 36: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Skriv svar i heltall (antall år).

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
1-3	29,4	29,0	31,3
4-5	10,6	10,1	12,5
6-10	20,0	14,5	43,8
11-20	24,7	29,0	6,3
21-30	11,8	13,0	6,3
31-50	3,5	4,3	0,0
N	85	69	16

Spørsmål 37: Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste per i dag? Skriv svar i heltall.

Kategori	Alle	Honorar	Drift
1-499	9,9	5,6	25,0
500-749	16,5	14,1	25,0
750-999	27,5	26,8	30,0
1000-1249	33,0	36,6	20,0
1250-1499	11,0	14,1	0,0
Over 1500	2,2	2,8	0,0
<i>N</i>	<i>91</i>	<i>71</i>	<i>20</i>

Spørsmål 38: Er du leder for forsøket med primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ja	16,7	15,6	21,1
Nei	83,3	84,4	78,9
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
<i>N</i>	<i>96</i>	<i>77</i>	<i>19</i>

Spørsmål 39: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Vedlegg G Resultater fra spørreundersøkelse til sykepleiere

Spørsmål 1: Hvor mange pasienter møter du i løpet av en gjennomsnittlig dag? Her tenker vi ikke på pasientkontakt i resepsjonen. (Oppgi svaret som heltall.)

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 2: Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam følger opp en pasient i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos lege samme dag?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
0	14,0	3,3	38,5
1-2	30,2	26,7	38,5
3-5	23,3	26,7	15,4
6-10	18,6	26,7	0,0
11-20	11,6	16,7	0,0
Mer enn 20 ganger	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

Spørsmål 3: I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekantor?

a) Enighet om oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	2,3	3,3	0,0
I noen grad	20,9	30,0	0,0
I stor grad	30,2	36,7	15,4
I svært stor grad	44,2	30,0	76,9
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

b) Enighet om arbeidsdeling

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	2,3	3,3	0,0
I noen grad	16,3	23,3	0,0
I stor grad	39,5	43,3	30,8
I svært stor grad	41,9	30,0	69,2
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	43	30	13

c) Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0.0	0,0	0,0
I liten grad	0.0	0,0	0,0
I noen grad	16.3	23,3	0,0
I stor grad	55.8	50,0	69,2
I svært stor grad	27.9	26,7	30,8
Vet ikke	0.0	0,0	0,0
<i>N</i>	43.0	30,0	13,0

d) Nye måter å løse utfordringer

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	23,3	23,3	23,1
I stor grad	51,2	56,7	38,5
I svært stor grad	23,3	20,0	30,8
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
<i>N</i>	43	30	13

Spørsmål 4: Du svarte at du i arbeidet med primærhelseteam i stor eller svært stor grad opplever nye måter å løse utfordringer. Kan du gi noen eksempler på dette?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 5: Hvordan opplever du at du som sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) oppfyller fastlegen? Hvis du ikke er med i PHT, vurder påstanden ut fra det inntrykket du har av samarbeidet mellom fastleger og sykepleiere i PHT ved ditt legekantor.

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Jeg utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver	83,7	90,0	69,2
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver, og utfører i liten grad oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv	16,3	10,0	30,8
<i>N</i>	43	30	13

Spørsmål 6: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?

a) Arbeidet i primærhelseteam innebærer at jeg gjør mange rutinepregede oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	11,6	10,0	15,4
Litt uenig	14,0	16,7	7,7
Verken enig eller uenig (nøytral)	14,0	16,7	7,7
Litt enig	46,5	46,7	46,2
Helt enig	11,6	10,0	15,4
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

b) Fordi legene kan samarbeide med meg, tar vi sammen tak i mer krevende oppgaver enn de gjorde tidligere

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	4,7	6,7	0,0
Litt uenig	2,3	3,3	0,0
Verken enig eller uenig (nøytral)	18,6	16,7	23,1
Litt enig	27,9	23,3	38,5
Helt enig	44,2	50,0	30,8
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

c) Arbeidet i primærhelseteam innebærer at jeg gjør en del tidkrevende oppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	7,0	10,0	0,0
Litt uenig	4,7	3,3	7,7
Verken enig eller uenig (nøytral)	7,0	10,0	0,0
Litt enig	32,6	26,7	46,2
Helt enig	48,8	50,0	46,2
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	43	30	13

d) Arbeidet i primærhelseteam krever mange møter og tid til koordinering av team

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	14,0	20,0	0,0
Litt uenig	18,6	13,3	30,8
Verken enig eller uenig (nøytral)	18,6	23,3	7,7
Litt enig	37,2	33,3	46,2
Helt enig	7,0	10,0	0,0
Vet ikke	4,7	0,0	15,4

N	43	30	13
---	----	----	----

e) Arbeidet i primærhelseteam innebærer lite varierte arbeidsoppgaver

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	48,8	46,7	53,8
Litt uenig	34,9	40,0	23,1
Verken enig eller uenig (nøytral)	9,3	10,0	7,7
Litt enig	4,7	3,3	7,7
Helt enig	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

f) Arbeidet i primærhelseteam er den mest faglig utfordrende jobben jeg har hatt som sykepleier

Kategori	Alle	Honorar	Drift
Helt uenig	4,7	6,7	0,0
Litt uenig	7,0	0,0	23,1
Verken enig eller uenig (nøytral)	27,9	36,7	7,7
Litt enig	39,5	43,3	30,8
Helt enig	18,6	13,3	30,8
Vet ikke	2,3	0,0	7,7
N	43	30	13

Spørsmål 7: I hvilken grad opplever du at du har fagkompetanse du ikke får benyttet?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
I svært liten grad	14,0	6,7	30,8
I liten grad	32,6	33,3	30,8
I noen grad	39,5	46,7	23,1
I stor grad	9,3	13,3	0,0
I svært stor grad	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	4,7	0,0	15,4
N	43	30	13

Spørsmål 8: Du har svart at du opplever at du har fagkompetanse du ikke får benyttet. Kan du gi noen eksempler?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 9: Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekantor fungerer?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	2,3	0,0	7,7
Verken dårlig eller godt	16,3	23,3	0,0
Godt	34,9	33,3	38,5
Svært godt	46,5	43,3	53,8
N	43	30	13

Spørsmål 10: Hva er din erfaring med sykepleierens rolle i primærhelseteam? Hvordan kan denne rollen utvikles videre?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 11: Hva er din erfaring med helsesekretærens rolle i primærhelseteam? Hvordan kan denne rollen utvikles videre?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 12: Hvor stor del av tiden din bruker du på kontakt med andre deler av helsetjenesten eller NAV i løpet av en gjennomsnittlig uke?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Under 10 prosent av tiden min	48,8	50,0	46,2
10 til 19 prosent av tiden min	39,5	40,0	38,5
20-39 prosent av tiden min	11,6	10,0	15,4
N	43	30	13

Spørsmål 13: Hvilke deler av øvrig helsetjeneste eller NAV du er i kontakt med? I hvilke typer saker?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 14: Evalueringen har vist at PHT-sykepleier kan fungere som et bindeledd som gir raskere tilgang til fastlegen enn før og som er en faglig autoritet. Hvordan opplever du å være en «inngangsport» til fastlegen?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 15: Hvilke tilbakemeldinger får dere fra pasientene som mottar oppfølging fra primærhelseteam?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 16: Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 17: I hvilken grad opplever du at finansieringsmodellen dere prøver ut ved deres legekantor er godt tilpasset å drive samarbeid?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Ikke i det hele tatt	2,4	3,4	0,0
I liten grad	12,2	17,2	0,0
I noen grad	61,0	58,6	66,7
I stor grad	24,4	20,7	33,3
I svært stor grad	0,0	0,0	0,0
N	41	29	12

Spørsmål 18: Hvordan opplever du at finansieringsmodellen for sykepleiere i primærhelseteam som prøves ut ved ditt legekantor, fungerer?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 19: Ved hvilket fastlegeskantor jobber du?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Austevoll legesenter	9,5	0,0	30,8
Brynklinikken fastlegesenter	2,4	0,0	7,7
Rana lokalmedisinske senter	4,8	0,0	15,4
Sagene lokalmedisinske senter	2,4	0,0	7,7
Eid legekantor	4,8	6,9	0,0
Legegruppa SMS	9,5	13,8	0,0
Nærbø helsesenter	16,7	24,1	0,0
Sørlandsparken legesenter	7,1	10,3	0,0
Bystranda legesenter	4,8	6,9	0,0
Sandens medisinske senter	2,4	3,4	0,0
Brynsenglegene	2,4	3,4	0,0
Gransdalen legesenter	2,4	3,4	0,0
Best Helse	7,1	10,3	0,0
Brumunddal legesenter	4,8	6,9	0,0
Herredshuset legesenter	2,4	3,4	0,0
Moelv legesenter	4,8	6,9	0,0
Seljord helsesenter	11,9	0,0	38,5
N	42	29	13

Spørsmål 20: Er du ansatt som sykepleier i primærhelseteam?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Nei	23,1	23,1	23,1
Ja	76,9	76,9	76,9
N	39	26	13

Spørsmål 21: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Mindre enn 1 år	7,9	4,0	15,4
1-5 år	65,8	68,0	61,5
6-10 år	5,3	4,0	7,7
11 år eller mer	21,1	24,0	15,4
N	38	25	13

Spørsmål 22: Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?

Kategori	Alle	Honorar	Driftstilskudd
Mindre enn 1 år	2,4	3,4	0,0
1-2 år	4,9	6,9	0,0
3-4 år	2,4	3,4	0,0
5 år eller mer	90,2	86,2	100,0
N	41	29	12

Spørsmål 23: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 24: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Vedlegg H Resultater fra spørreundersøkelse til helsesekretærer

Spørsmål 1: I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekantor?
 Prosentvis fordeling.

a) Enighet om oppgaver

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	2,9	1,8	9,1
I liten grad	7,4	7,0	9,1
I noen grad	25,0	22,8	36,4
I stor grad	29,4	29,8	27,3
I svært stor grad	33,8	36,8	18,2
Vet ikke	1,5	1,8	0
<i>N</i>	68	57	11

b) Enighet om arbeidsdeling

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	2,9	1,8	9,1
I liten grad	5,9	3,5	18,2
I noen grad	20,6	17,5	36,4
I stor grad	32,4	35,1	18,2
I svært stor grad	32,4	35,1	18,2
Vet ikke	5,9	7,0	0
<i>N</i>	68	57	11

c) Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	4,4	3,5	9,1
I liten grad	11,8	12,3	9,1
I noen grad	17,6	12,3	45,5
I stor grad	23,5	26,3	9,1
I svært stor grad	25,0	24,6	27,3
Vet ikke	17,6	21,1	0
<i>N</i>	68	57	11

d) Nye måter å løse utfordringer

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	5,9	5,3	9,1
I liten grad	7,4	5,3	18,2
I noen grad	29,4	28,1	36,4
I stor grad	23,5	24,6	18,2
I svært stor grad	19,1	21,1	9,1
Vet ikke	14,7	15,8	9,1
N	68	57	11

Spørsmål 2: Du svarte at du i arbeidet med primærhelseteam i stor eller svært stor grad opplever nye måter å løse utfordringer. Kan du gi noen eksempler på dette?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 3: På hvilken måte opplever du at du som helsesekretær har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Jeg har mistet/gitt fra meg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen	8,8	7,0	18,2
Jeg arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver	33,8	33,3	36,4
Jeg arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen	48,5	50,9	36,4
Jeg arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver, samtidig som flere av tidligere oppgaver er overført til annet personell	1,5	0,0	9,1
Jeg arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver	7,4	8,8	0,0
N	68	57	11

Spørsmål 4: I hvilken grad opplever du at du har fagkompetanse du ikke får benyttet?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	23,5	24,6	18,2
I liten grad	30,9	33,3	18,2
I noen grad	27,9	24,6	45,5
I stor grad	7,4	7,0	9,1
I svært stor grad	2,9	1,8	9,1
Vet ikke	7,4	8,8	0,0
N	68	57	11

Spørsmål 5: Du har svart at du opplever at du har fagkompetanse du ikke får benyttet. Kan du gi noen eksempler?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 6: Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekantor fungerer?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	2,9	3,5	0,0
Dårlig	2,9	1,8	9,1
Verken dårlig eller godt	10,3	8,8	18,2
Godt	25,0	22,8	36,4
Svært godt	58,0	63,2	36,4
N	68	57	11

Spørsmål 7: I hvilken grad opplever du å ha en rolle i ...? Prosentvis fordeling.

a) Primærhelseteam ved ditt legekantor?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	10,3	8,8	18,2
I liten grad	23,5	24,6	18,2
I noen grad	42,6	38,6	63,6
I stor grad	19,1	22,8	0,0
I svært stor grad	2,9	3,5	0,0
Vet ikke	1,5	1,8	0,0
N	68	57	11

b) De enkelte primærhelseteamene?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	15,2	12,7	27,3
I liten grad	25,8	25,5	27,3
I noen grad	28,8	27,3	36,4
I stor grad	6,1	7,3	0,0
I svært stor grad	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	24,2	27,3	9,1
N	66	55	11

Spørsmål 8: Hva er din erfaring med helsesekretærens rolle i primærhelseteam?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 9: Hvilke oppgaver knyttet til PHT ønsker du å gjøre mer av?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 10: Hvordan kan helsesekretærrollen utvikles videre?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 11: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder:

a) Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	9,0	5,4	27,3
Har påvirket positivt	67,2	71,4	45,5
Ikke relevant	23,9	23,2	27,3
<i>N</i>	67	56	11

b) Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg o.l.)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	12,1	7,3	36,4
Har påvirket positivt	51,5	60,0	9,1
Ikke relevant	36,4	32,7	54,5
<i>N</i>	66	55	11

c) Andre helsetjenester (fastlege, legevakt, fysioterapi, ergoterapi, kreftomsorg o.l.)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	6,2	3,7	18,2
Har påvirket positivt	72,3	75,9	54,5
Ikke relevant	21,5	20,4	27,3
<i>N</i>	65	54	11

d) Nedsatt funksjonsevne (avlastning, arbeid og opplæring, bolig, støttekontakt o.l.)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	15,4	11,1	36,4
Har påvirket positivt	52,3	59,3	18,2
Ikke relevant	32,3	29,6	45,5
<i>N</i>	65	54	11

- e) Somatiske tjenester (for oppfølging av kronikere og pasienter/brukere med store og sammensatte behov)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	13,6	10,9	27,3
Har påvirket positivt	54,5	60,0	27,3
Ikke relevant	31,8	29,1	45,5
N	66	55	11

Spørsmål 12: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med spesialisthelsetjenesten på følgende områder:

- a) Somatiske tjenester (for oppfølging av kronikere og pasienter/brukere med store og sammensatte behov)

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	4,5	3,6	9,1
Har påvirket positivt	75,8	76,4	72,7
Ikke relevant	19,7	20,0	18,2
N	66	55	11

- b) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	18,5	14,5	40,0
Har påvirket positivt	41,5	45,5	20,0
Ikke relevant	40,0	40,0	40,0
N	65	55	10

- c) Psykisk helsevern

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	14,1	9,3	40,0
Har påvirket positivt	54,7	61,1	20,0
Ikke relevant	31,3	29,6	40,0
N	64	54	10

d) Habilitering og rehabilitering

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	16,7	12,7	36,4
Har påvirket positivt	43,9	45,5	36,4
Ikke relevant	39,4	41,8	27,3
N	66	55	11

Spørsmål 13: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket samhandlingen med NAV?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Drift
Har påvirket negativt	0,0	0,0	0,0
Har ikke påvirket	22,7	20,0	36,4
Har påvirket positivt	15,2	18,2	0,0
Ikke relevant	62,1	61,8	63,6
N	66	55	11

Spørsmål 14: Hvilke tilbakemeldinger får dere fra pasientene som mottar oppfølging av PHT?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 15: Har du (øvrigt) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 16: Ved hvilket fastlegekontor jobber du?

Kategori	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Austevoll legesenter	1,5	0,0	9,1
Brynklinikken fastlegesenter	4,4	0,0	27,3
Rana lokalmedisinske senter	4,4	0,0	27,3
Sagene lokalmedisinske senter	2,9	0,0	18,2
Eid legekantor	10,3	12,3	0,0
Legegruppa SMS	7,4	8,8	0,0
Nærbø helsesenter	4,4	5,3	0,0
Sørlandsparken legesenter	2,9	3,5	0,0
Bystranda legesenter	8,8	10,5	0,0
Sandens medisinske senter	2,9	3,5	0,0
Brynsenglegene	5,9	7,0	0,0
Gransdalen legesenter	5,9	7,0	0,0
Best Helse	17,6	21,1	0,0
Brumunddal legesenter	4,4	5,3	0,0
Herredshuset legesenter	4,4	5,3	0,0
Moelv legesenter	8,8	10,5	0,0
Seljord helsesenter	2,9	0,0	18,2
N	68	57	11

Spørsmål 17: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 18: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

Spørsmål 19: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

