



Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Statusrapport II, 2. desember 2019

*Institutt for helse og samfunn, UiO
Oslo Economics*

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Om 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; Allmenntmedisin, 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 helse reformer på 2000-tallet.

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med 38 medarbeidere, hvorav 11 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

Om Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) 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 særlig innsikt i primærhelsetjenesten utenfor de store byene.

Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Prosjektleder: Tor Iversen, UiO

tor.iversen@medisin.uio.no

Innhold

Forord	5
Sammendrag og konklusjoner	6
1. Innledning	11
1.1. Forsøket med PHT	11
1.2. Evalueringsoppdraget	11
1.3. Om Statusrapport II	12
2. Utbredelse av PHT på legekantorene	14
2.1. Hvordan definere «helsehjelp fra PHT»?	14
2.2. Antall listeinnbyggere som mottar helsehjelp fra PHT	14
2.3. Hvilke pasientgrupper følges opp av PHT?	21
2.4. Oppsummering og diskusjon	22
3. Teamarbeid på legekantoret	23
3.1. Ledelse og lederroller	23
3.2. Teamtilhørighet og roller i teamet	28
3.3. Relasjoner og tillit i teamarbeidet	35
3.4. Oppfølging av listeinnbyggere i PHT	36
3.5. Kommunikasjon og samarbeidsstrukturer	39
3.6. Sammendrag og diskusjon	42
4. Sykepleierens oppgaver – istedenfor eller i tillegg til fastlegens oppgaver?	45
4.1. Data fra spørreundersøkelsen om sykepleierens innsats	45
4.2. Intervjudata om innholdet i sykepleierens innsats	46
4.3. Utvikling i samlede antall konsultasjoner	47
4.4. Rammeverk for fastlegens arbeidstidsbeslutninger med PHT	49
4.5. Oppsummering og diskusjon	50
5. Finansieringsmodellene for PHT	51
5.1. Honorarmodellen	51
5.2. Driftstilskuddsmodellen	61
5.3. Endringer fra 1. juli 2019	68
5.4. Oppsummering og diskusjon	70
6. Tiltak for å nå kvalitetsmålene med PHT	73
6.1. Kvalitetsmål, virkemidler og arbeidsformer i PHT	73
6.2. Årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplan	73
6.3. Innslag av proaktivitet og brukermedvirkning	76
6.4. Opplæring	78
6.5. IKT-verktøy	79

6.6. Hva kan PHT bety for pasienten og for kvaliteten i legekontorets oppfølging? _____	79
6.7. Samhandling med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester _____	82
6.8. Oppsummering og diskusjon _____	84
7. Oppsummering og diskusjon _____	86
7.1. Oppsummering av sentrale resultater _____	86
7.2. Diskusjon av sentrale utfordringer _____	87
8. Referanser _____	89
9. Appendiks A: Beskrivelse av rapportens datagrunnlag _____	91
9.1. Registerdata _____	91
9.2. Metode og materiale for spørreundersøkelsen _____	92
9.3. Intervjustudien _____	94
10. Appendiks B: Resultater fra spørreundersøkelsen til fastleger _____	97
10.1. Spørsmål om PHT _____	97
10.2. Din bakgrunn og erfaring _____	117
11. Appendiks C: Resultater fra spørreundersøkelsen til sykepleiere i PHT _____	125
11.1. Spørsmål om primærhelseteam _____	125
11.2. Bakgrunn og erfaring _____	139
12. Appendiks D: Resultater fra spørreundersøkelsen til helsesekretærer i PHT _____	142
12.1. Spørsmål om primærhelseteam _____	142
12.2. Bakgrunn og erfaring _____	152
13. Appendiks E: Legekantor i forsøket _____	154

Forord

Forsøket med primærhelseteam (PHT) blir evaluert av et konsortium som består av Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) og Oslo Economics (OE). Evalueringen er et oppdrag fra Helsedirektoratet. Denne andre statusrapporten fra evalueringsprosjektet beskriver arbeidet med PHT på legekantorene i forsøket. 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, UiT har hovedansvar for studier med intervjudata og OE har hovedansvar for studier med spørreskjemaundersøkelser. Fra UiO har Geir Godager, Øyvind Snilsberg og Tor Iversen deltatt i arbeidet med rapporten. En gruppe fagekspert ved UiO (Jan Frich, Morten Magelssen, Nina Vøllestad og Erik Lønnmark Werner) har ytet bidrag i form av innspill og forslag samt korrigeringer underveis i arbeidet. Fra UiT har Birgit Abelsen og Margrete Gaski deltatt. Fra OE har Kine Pedersen, Hanna Isabel Løyland, Susanna Sten-Gahmberg og Erik Magnus Sæther deltatt.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju. En særlig takk går til PHT-lederne i forsøket som med stor velvilje, har hjulpet oss med å gjøre intervjuavtaler. Vi vil også takke alle som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene. 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: Abelsen B, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2019) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II.

Oslo og Tromsø, desember 2019

Sammendrag og konklusjoner

I evalueringens andre statusrapport har vi undersøkt hvordan arbeidet med primærhelseteam (PHT) foregår og fungerer ved alle legekantorene som inngår i forsøket. Arbeidet med PHT er godt i gang ved alle legekantorene, selv om oppstarten for mange har tatt tid. Antallet pasienter som omfattes av PHT er økende. Det er stor variasjon i organisering av teamarbeidet på legekantorene. Sykepleiernes innsats kommer både i tillegg til og i stedet for innsats fra fastlegen. Det er stor variasjon i sykepleiernes takstintjenning. Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne opplever at deres yrkesgruppe i noen grad arbeider proaktivt.

Forsøk med PHT

Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, definerer PHT som «en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell, som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser». PHT er i forøket avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Om teamets sammensetting beskriver Helsedirektoratet (2017, p. 14) følgende: «Den nye ressursen i tjenesten som sykepleieren representerer, skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov. Teamet skal ut fra sin samlede kompetanse og kapasitet finne en god arbeidsform som bidrar til måloppnåelse for piloten.» Forsøket med PHT prøver ut teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 13 fastlegekontor i ni kommuner. Legekantorene har søkt om å delta i forsøket og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de ønsker å prøve ut. Forsøket startet 1. april 2018. Det er nylig bestemt at det skal vare ut mars 2023.

Effektmålene for forsøket er bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved 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

Evalueringsprosjektet med PHT

Forsøk med PHT blir på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert av et konsortium som består av Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) 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 med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov. Som en del av evalueringen, skal det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse. Denne andre statusrapporten fra evalueringssprosjektet beskriver arbeidet med PHT på legekantorene i forsøket. Rapporten beskriver status for forsøket per 1.7.2019. Den baserer seg på spørreundersøkelse til medarbeidere ved legekantorene (avsluttet 1.7.2019), intervjuer av medarbeidere på legekantorene (våren 2019) og registerdata på legekantornivå, fastlegenivå og PHT-sykepleiernivå (fram til 1.7.2019 trukket ut september 2019).

Utbredelse av PHT på legekantorene

Utbredelse av PHT handler om i hvilken grad legene involverer sykepleiere i helsehjelpen som gis, og hvilke pasienter som mottar denne helsehjelpen. Våre undersøkelser viser at ved utgangen av juni 2019 hadde 7,6 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet honorarmodellen og 6,4 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet driftstilskuddsmodellen mottatt helsehjelp fra PHT en eller flere ganger siden forsøket startet. Sykepleiere med driftstilskuddsmodellen har ikke tilgang til de samme takstene som i honorarmodellen, noe som kan medføre et mindre registrert omfang av helsehjelp fra PHT i driftstilskuddsmodellen. De fleste pasientene som har mottatt helsehjelp fra PHT, hadde bare mottatt helsehjelpen én gang. I spørreundersøkelsen svarte om lag halvparten av fastlegene at færre enn 50 listeinnbyggere hadde mottatt helsehjelp fra PHT. Den gjennomgående beskrivelsen fra intervjuer med ansatte ved legekantorene er at PHT har varierende utbredelse innenfor hvert enkelt legekantor. I mange tilfeller er det først og fremst leder av PHT som er en (av flere) leger som kanaliserer pasienter til PHT-sykepleieren. Utbredelsen, målt ved bruk av sykepleiertakster, økte fra andre halvår 2018 til første

halvår 2019. De ansatte på legekantorene oppgir mange ulike forklaringer om utbredelsen, blant annet at det tar tid å endre legers arbeidsmåte, samt at det avhenger av legens oppfatning av PHT og deres tillit til sykepleiere. Det avhenger også av vikarbruk på legekantoret og legers listesammensetning i forhold til utpekte målgrupper for forsøket.

Når det gjelder hvilke pasienter som følges opp av PHT, viser intervjuundersøkelsen fra våren 2019 at så godt som alle legekantor med PHT har valgt å fokusere på diabetes, KOLS, rus- og psykiatrilidelser eller psykiske lidelser, og gruppen eldre pasienter. En del legekantor har også fokusert på personer med astma, psykisk utviklingshemming og fedme-/kostholdsveiledning.

Teamarbeid på legekantoret

Utgangspunktet for å implementere teamarbeid ved legekantorene, var 13 legekantor som på systemnivå var ledet i ulik grad og på ulike måter. Flere PHT-ledere har erfart at implementering av teamarbeid er vanskelig uten at det er etablert ledelsesstrukturer og det finnes en lederrolle. PHT-lederne har tatt i bruk ulike strategier i implementeringsarbeidet som for eksempel å være pådriver og motivator, etablere strukturer for samarbeid, innføre strukturerte prosedyrer eller sette i gang kompetanseheving.

Leger har i ulik grad trukket sykepleier inn i sitt pasientarbeid

Fastlegene har ulike holdninger til oppgavefordeling i teamet, de har i ulik grad trukket sykepleieren inn i beslutningsprosessen, og de har ulike tanker om det å ta ansvar for at annet personell utøver oppgaven på en forsvarlig måte. Fastlegene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å lede et team, men mangler tid til teamledelse.

Ulike oppfatninger om egen og andres rolle i PHT

Spørreundersøkelsen avdekker at det fortsatt er en vei å gå før alle leger, sykepleiere og helsesekretærer i forsøket oppfatter at de har en funksjon eller rolle i PHT. Blant legene og sykepleierne var det henholdsvis 87 og 80 prosent som oppfattet at de selv har en rolle i PHT. Tilsvarende andel var nede i 14 prosent blant helsesekretærene.

Leger som opplevde å ha en tydelig teamlederrolle involverer sykepleier i pasientbehandlingen og erfarer at sykepleierne bidrar til kvalitetsheving og ulik grad av avlastning. Legene som opplevde at PHT gjorde deres rolle uklar, involverer i liten grad sykepleier i pasientbehandlingen. De var opptatt av mulig uheldig fragmentering av ansvar og medfølgende uklarheter om ansvaret ivaretas.

Sykepleiere på legekantor som ikke hadde sykepleiere før forsøket, fortalte at de i stor grad er gitt rom til å forme sin egen rolle i PHT. For noen av sykepleiere som gikk fra rollen som hjelpepersonell på legekantoret til PHT-sykepleier, opplevdes rolleformingen mer utfordrende både fordi de skulle jobbe annerledes og ha en annen posisjon og relasjon til gamle kolleger. For andre har endringen fra hjelpepersonell til PHT-sykepleier, vært mindre utfordrende og i all hovedsak bydd på muligheten til mer selvstendig arbeid enn tidligere.

Helsesekretærene er tiltenkt en rolle i PHT, men denne var i liten grad beskrevet ved starten av forsøket. Dette gir frihetsgrader i utformingen av rollen, men har også skapt utfordringer og til dels konflikter ved enkelte legekantor i forsøket.

Sykepleier gjør oppgaver i stedet for og i tillegg til legen

I spørreundersøkelsen oppga majoriteten av leger (72 prosent) og sykepleiere (75 prosent) at de opplevde å utfylle hverandre på en god og hensiktsmessig måte. De fleste leger og sykepleiere (henholdsvis 72 og 83 prosent) oppga at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver.

Tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege

Gode relasjoner og tillit mellom ulike profesjoner er en forutsetning for å få teamarbeid til å fungere godt. Intervjustudien avdekket at tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT. Ved legekantor hvor sykepleier er en ny profesjon, kan prosessen med å bygge tillit til mange ulike leger oppleves som krevende og slitsom. Det er imidlertid spredte eksempler ved legekantor som hadde sykepleiere også før forsøket startet, på at nye sykepleiere kan bygge videre på tillit som andre sykepleiere allerede har skapt. Tillit mellom lege og sykepleier må bygges begge veier. Sykepleiere

opplever at det kan være vanskelig å bygge tillit til leger som mangler interesse for PHT og til vikarleger.

Oppfølging av listeinnbyggere i PHT skjer på tre ulike måter

PHT inkluderer og følger opp fastlegenes pasienter på hovedsakelig tre ulike måter. For det første ved at den enkelte lege trekker sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, for det andre basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med et spesifikt kjennetegn (diagnose eller aldersgruppe), og for det tredje sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser som kommer fra andre enn medarbeidere ved legekantoret.

Legen har ansvar for medisinske beslutninger i PHT

Intervjustudien avdekket at leger og sykepleiere er samstemte om at legen har det medisinske ansvaret for pasientene som følges opp av PHT og står ansvarlig for de medisinske beslutningene som tas. Både leger og sykepleiere, trakk særlig fram at beslutninger om medisinerer er legens anliggende.

Kommunikasjon og samarbeidsstrukturer er utviklet gjennom økt møtevirksomhet

Møteaktiviteten omfatter i mindre grad helsesekretærene. Lege-sykepleierkommunikasjonen utenom møtene foregår fortløpende, både gjennom journalsystem, i muntlig kommunikasjon og i felleskonsultasjoner. Kommunikasjonen påvirkes av hvorvidt sykepleieren er lokalisert i samme lokaler som legene. Møtevirksomhet direkte knyttet til PHT er begrenset til i gjennomsnitt ett møte i uka eller sjeldnere, med tidsbruk inntil en time.

Sykepleierens oppgaver – istedenfor eller i tillegg til fastlegens oppgaver?

Oppfatninger om PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen

Spørreundersøkelsen viste at flertallet av sykepleiere og legesekretærer var enig/svært enig i at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Et mindretall (41 prosent) av fastlegene var enig i samme påstand. Flere av fastlegene har i fritekstsvar kommentert at PHT krever at de bruker mer tid på ledelse og møter enn tidligere, og noen har kommentert at riggingen av forsøket og å finne en god struktur og organisering krever mer tid enn forventet.

Hvordan fastlege og sykepleier utfyller hverandre

PHT-sykepleieren betyr først og fremst at legekantoret har mer ressurser å spille på i den kliniske oppfølgingen. Sykepleierens inntreden innebærer ifølge samstemte informanter mer struktur og systematikk i oppfølgingen, spesielt i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Dette inkluderer gjerne økt fokus på veiledning og mestring. De oppgavene som fastlegene i størst grad har delegert til sykepleiere, er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk), direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten. De fleste fastleger og sykepleiere opplever at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver.

Utvikling i samlede antall konsultasjoner

Ved hjelp av KUHR data på legenivå og på sykepleiernivå har vi undersøkt endring i antallet konsultasjoner etter at PHT ble innført. Endring er gruppert etter finansieringsmodell og legekantor. Vikarleger¹ er inkludert så langt det har latt seg gjøre med informasjon fra KUHR og fra Helsedirektoratet. Vi finner stor variasjon i endring i konsultasjonsrater blant legekantorene. Blant legekantorene med honorarmodell finner vi en økning i det samlede antall konsultasjoner for fem av legekantorene og en reduksjon for tre av kantorene. Blant legekantorer med driftstilskuddsmodell finner vi en økning i det samlede antall konsultasjoner for tre av legekantorene og en reduksjon for to av kantorene. Det kan være svakheter ved KUHR-data når det gjelder å fange opp bruk av fastlegevikarer ved legekantorene fullt ut. Med data på pasientnivå vil vi kunne få større kontroll over denne mulige feilkilden.

Finansieringsmodellene i PHT-forsøket

Ingen legekantor med honorarmodellen har nådd forutsatt sykepleiertakstinntjening

Beregninger basert på utløste sykepleiertakster i honorarmodellen 1. halvår 2019, viser at ingen av de åtte legekantorene som prøver ut honorarmodellen nådde opp i 50 prosent taksinntjening fra

¹ Med fastlege mener vi lege som er innehaver av fastlegehjemmel og mottar basistilskudd. Vikar er lege som betjener fastlegeliste etter avtale med fastlegen.

sykepleiertakster som forutsatt. Det legekantoret som var nærmest, nådde 40 prosent sykepleiertakstinntekt, mens legekantoret med lavest sykepleiertakstinntjening bare nådde 7 prosent. Lav inntjening kan skyldes at sykepleiertakstene er for få og for lave, men også at sykepleierne fortsatt har ledig kapasitet fordi ikke alle leger ved legekantorene like ivrig trekker dem inn i sin pasientbehandling.

Legekantorene har ikke dekket kostnadene ved honorarmodellen som antatt

Så lenge ingen legekantor så langt har kommet opp i forventet sykepleierinntjening, er det grunn til å anta at de fleste legekantorene i forsøket per utgangen av juni 2019, ikke dekket kostnadene ved PHT som antatt. Det ble gjort justeringer av sykepleiertakstene i honorarmodellen med virkning fra 1. juli 2019, som vil gi større muligheter for at sykepleierne når opp i 50 prosent takstinntjening.

Våre beregninger tyder på at legekantorenes inntjening per listeinnbygger hadde økt ved fem av åtte legekantor i startfasen av forsøket. Her har imidlertid sykepleiernes takstinntjening og kostnad marginal betydning, mens variasjon i inntjening blant listeinnhavere og vikarleger i periodene som er sammenliknet, har langt større betydning.

Legekantorene med driftstilskuddsmodellen har økt inntjeningen per listeinnbygger

Våre beregninger av legekantorenes inntjening per listeinnbygger med driftstilskuddsmodellen i hele perioden i 2018 som de deltok i forsøket, sammenliknet med en tilsvarende periode året før, viser at alle fem legekantorene økte inntjeningen per listeinnbygger.

Egenandeler utgjorde mellom 14 og 17 prosent av inntjeningen ved de fem legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen i løpet av forsøkets oppstartsperiode, og var dermed nær forventet andel på 20 prosent.

Intervjustudien viser at ved fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, var vurderingen at modellen så langt har gitt bedre inntjening enn den vanlige finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Justeringene som ble gjort av taksten i driftstilskuddsmodellen med virkning fra 1. juli 2019, ga to ekstra sykepleiertakster som vil øke muligheten for legekantorene å nå opp i 20 prosent egenandelsfinansiering og som også vil synliggjøre omfanget av sykepleiers hjemmebesøk.

Reduksjon i taksting verdsettes - men få takster synliggjør i liten grad aktivitet

Både leger og sykepleiere var opptatt av at de få takstene i driftstilskuddsmodellen gjør det vanskelig å synliggjøre utad hva de faktisk gjør på legekantoret. Det finnes ingen takst i driftstilskuddsmodellen for tverrfaglige møter og det er heller ikke mulig å synliggjøre at det kan være betydelig reisetid for lege og sykepleier for å delta på slike møter. Det finnes heller ingen tidstakst i modellen. Det er en viss bekymring knyttet til hvordan det lave antallet takster i modellen vil oppfattes og tolkes i evalueringen av forsøket. Samtidig er legene ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, fornøyd med reduksjonen i takstingen av det daglige arbeidet.

Tiltak for å nå kvalitetsmålene med PHT

Vi beskriver virkemidler som er tatt i bruk i forsøket, tre utvalgte arbeidsformer og deres effekter så langt vi kjenner dem. Kvalitet som omfatter samhandling med spesialisthelsetjenesten og den øvrige kommunale helsetjenesten vil bli beskrevet i kommende statusrapporter.

Årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplan

Årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplan er tre arbeidsformer som vi foreløpig har undersøkt, av totalt 13 arbeidsformer som er beskrevet i forsøket med PHT. For PHT med honorarmodellen var det en betydelig økning i antall hjemmebesøk etter oppstart av forsøket, drevet av sykepleiere. I kontrollgruppen av fastleger som ikke deltar i PHT, var utviklingen nær konstant. For PHT med driftstilskuddsmodellen var det ikke mulig med en tilfredsstillende optelling av hjemmebesøk innenfor tidsperioden denne rapporten dekker. Noklus-diabetesskjema er et hjelpemiddel for systematisk oppfølging av pasienter med diabetes. Fra 2016 bruker fastleger i PHT med honorarmodellen diabetesskjema i større grad enn fastleger utenfor forsøket og forskjellen øker betraktelig etter oppsplittelse fra takst 109 til takst 109a og 109b den 1. juli 2018 samt etter oppstart av PHT. Det er samtidig en betydelig variasjon i bruk blant legekantorene. Bruk av Noklus-diabetesskjema blant fastleger i PHT med driftstilskuddsmodellen er ikke identifiserbar etter oppstart av forsøket. For PHT med driftstilskuddsmodellen er det opprettet egen takst for utarbeidet behandlingsplan med behandlingsmål, og strukturert oppfølging. Det er stor variasjon blant legekantorene i registrering av

behandlingsplan. Fra PHT-lederne har det kommet fram at det er usikkerhet om hva som kreves av innhold for at man skal registrere behandlingsplan.

Innslag av proaktivitet og brukervedvirkning

I spørreundersøkelsene undersøkte vi i hvilken grad ansatte ved legekantorene opplevde å arbeide proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov. Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne opplever at deres yrkesgruppe i noen grad arbeider proaktivt. Om lag halvparten av helsesekretærene opplever at deres yrkesgruppe i svært liten eller liten grad arbeider proaktivt. Systematisk oppfølging av diabetes- og KOLS-pasienter med listegjennomgang og informasjonsbrev med innkalling ble trukket fram som eksempel på en proaktiv tilnærming som foregår ved mange av legekantorene i forsøket. Andre pasientgrupper som ble nevnt som eksempler på proaktiv arbeidsmåte, er rus/psykiatrispasienter som legekantoret forsøker å gi et bedre somatikopplegg. Fokuset på brukervedvirkning er så langt ikke fremtredende ved legekantorene i forsøket og i liten grad konkretisert.

Opplæring og IKT-verktøy

Opplæringsprogram for de utvalgte kommunene og legekantorene, hvor teamarbeid, ledelse av tverrfaglige team og brukervedvirkning er viktige elementer, har kommet i gang etter at forsøket startet. Om lag halvparten av PHT-lederne har gjennomgått lederutdanning som får positiv omtale fra deltakerne. PHT skal ha digitale verktøy som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte. Evalueringen har så langt ikke gjort systematiske undersøkelser om bruk av IKT-verktøy som kan understøtte arbeidet i PHT. Et spørsmål i spørreundersøkelsen til fastlegene i forsøket, tyder på at IKT-verktøy i relativt liten grad var brukt av den enkelte lege til systematiske søk av aktuelle pasientgrupper fra fastlegenes lister i startfasen av forsøket. Tilpasninger av journalsystemet har vanskeliggjort både identifisering og registrering av pasienter i PHT.

Betydning av PHT for pasienten, for kvaliteten i legekantorets oppfølging og for samhandling

Vi har i årets rapport intervjuet ansatte på legekantorene om deres oppfatninger om hvilken forskjell de opplever at PHT gjør for pasienter, og spurt om hvilken betydning det har at det er PHT-sykepleier på legekantoret. Informantene pekte på økt kvalitet i legekantorets oppfølging samtidig som de oppfatter at pasientene blir tryggere og/eller friskere av å følges opp av PHT. På et senere tidspunkt i evalueringen skal det gjøres en pasientundersøkelse om hva PHT betyr for pasienten. Bedre samhandling mellom legekantoret, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er en viktig målsetting med PHT. I intervjuene ble det rapportert om bedre samhandling med sykepleieren som viktig bindeledd. En mer detaljert undersøkelse av samhandling, vil bli tema for en kommende statusrapport.

Konklusjon

Denne statusrapporten fra evalueringen bygger på registerdata, spørreundersøkelser til og intervjuer med medarbeiderne på legekantorene i forsøket. Ved å se resultatene fra ulike undersøkelser i sammenheng, har vi fått inngående kjennskap til status for arbeidet på de ulike legekantorene, herunder hvor langt de ulike legekantorene har kommet med PHT-arbeidet, samt hvilke utfordringer de har stått eller står overfor i dette arbeidet. Rapporten viser at PHT fortsatt er i en oppbygningsfase. Det er stor variasjon mellom legekantorene både med hensyn til hvor langt man har kommet i å etablere PHT og i måten man har valgt å gjøre dette på. Neste års statusrapport vil legge data på pasientnivå til grunn for evalueringen.

1. Innledning

Dette er den andre statusrapporten for evaluering av Helsedirektoratets forsøk med primærhelseteam (PHT). I rapporten beskriver vi endringer av kommunal fastlegetjeneste som følge av PHT-forsøket, herunder utbredelse av PHT på legekantorene, teamarbeid, sykepleiers oppgaver i PHT, finansieringsmodellene og ulike tiltak for å nå kvalitetsmålene med PHT. Beskrivelsene er basert på intervjuer, spørreskjemaundersøkelser og registerdata.

1.1. Forsøket med PHT

Forsøket med PHT prøver ut teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 13 fastlegekantor i ni kommuner². Legekantorene har søkt om å delta i forsøket og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de ønsker å prøve ut. Forsøket startet 1. april 2018. Det er nylig bestemt at det skal vare ut mars 2023. Tabell 1-1 viser kjennetegn ved legekantorene i forsøket. Her framgår det at legekantorene hadde ulik dato for oppstart i forsøket. De første startet 1. april 2018, mens det siste legekantoret kom i gang 1. november 2018.

Tabell 1-1: Kjennetegn ved legekantorene i PHT-forsøket

Finansieringsmodell	Antall legekantor	Benevnelse brukt i rapporten	Antall fastleger	Antall PHT-sykepleiere	Antall helsesekretærer	Oppstart i forsøket
Honorarmodell	8	H1 – H8	59	18	33*	1.4. – 1.11. 2018
Driftstilskuddsmodell	5	D1 – D5	27	9	17	1.4. – 1.9. 2018
Totalt	13		86	27	50*	

Note: Antall i de ulike personellgruppene er tall rapportert fra legekantorene i forsøket til Helsedirektoratet per 1.1.2019. * angir usikre tall.

Målsetting med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn dagens fastlegeordning. PHT er avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressurser til fastlegekantor i størrelsesforholdet: 3 fastleger:1 sykepleier. Under fastlegenes ledelse skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi pasienter bedre tilgjengelighet til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av pasienter, og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Målgruppen for forsøket er alle innbyggere på fastlegenes lister. Men PHT skal særlig rettes mot brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov, som:

- brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- brukere som i medisinen omtales som «skrøpelige eldre»
- brukere med utviklingshemning og funksjonsnedsettelse

Blant disse målgruppene ses det som viktig at PHT når svake etterspørrere med behov for allmenntedisinske tjenester.

1.2. Evalueringsoppdraget

Oppdragsgiver har gitt kravspesifikasjon til evalueringen. Effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesielt vekt på å måle effektene på pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov som spesifisert i kapittel 1.1.

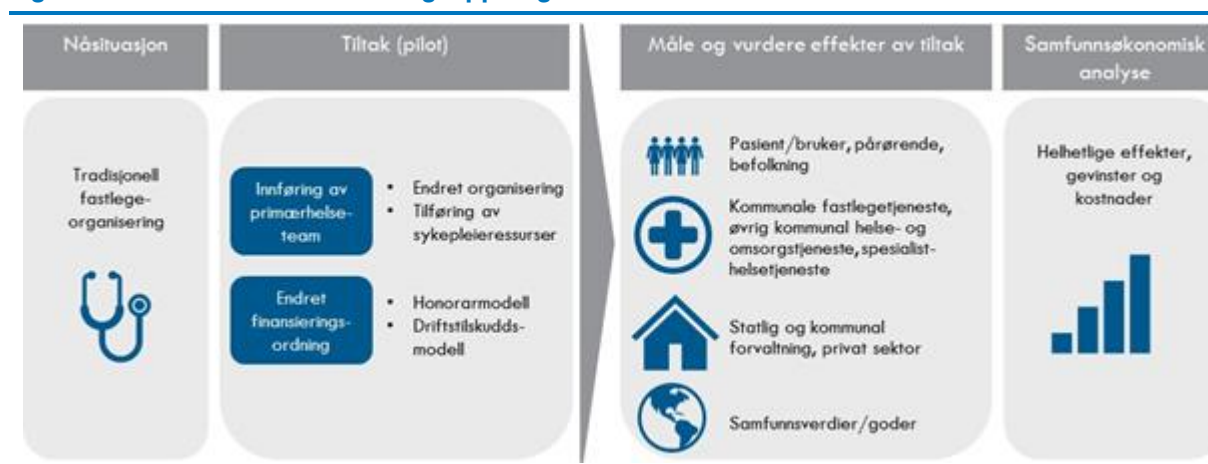
² En oversikt over hvilke legekantor som deltar i forsøket presenteres i Appendiks E.

Effektmålene for forsøket er:

- Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved 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
- 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. De samfunnsøkonomiske konsekvensene av forsøket skal utredes og oppsummeres i sluttrapporten etter endt forsøk. 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

1.3. Om Statusrapport II

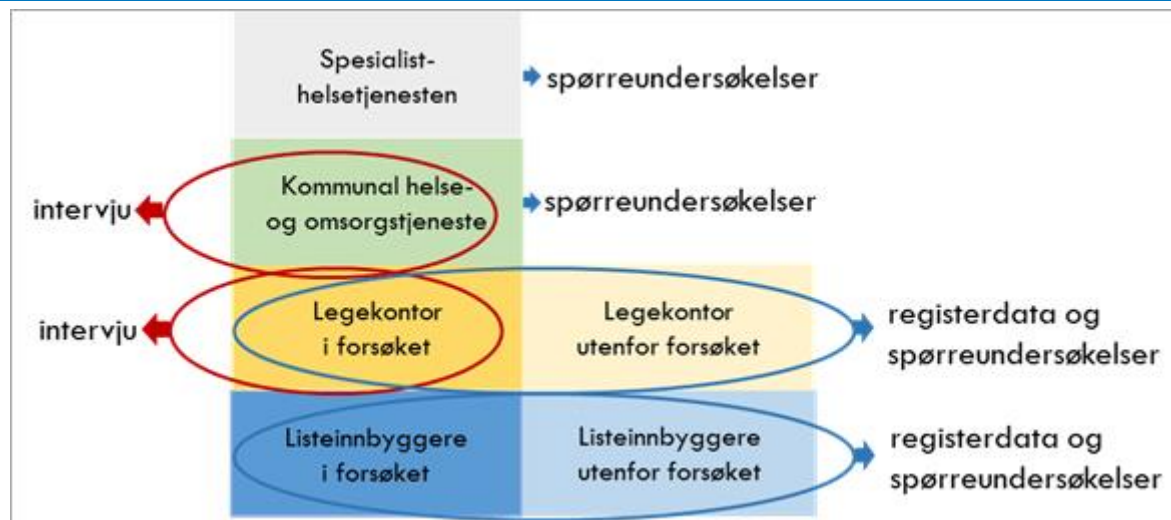
I denne rapporten har vi tatt for oss ulike temaer relatert til endringer av kommunal fastlegetjeneste med PHT-forsøket. I **kapittel 2** beskriver vi utbredelse av PHT på legekantorene, herunder i hvilken grad pasienter mottar helsehjelp fra PHT, samt hvilke pasienter som mottar denne helsehjelpen. I **kapittel 3** beskriver vi teamarbeidet på legekantoret, herunder ulike lederroller og hvordan ledelse av PHT utspiller seg, teamtilhørighet og ulike roller i PHT, relasjoner og tillit i teamarbeidet, hvordan listeinnbyggere følges opp av PHT, samt kommunikasjonsformer og samarbeidsstrukturer i arbeidet med PHT. **Kapittel 4** beskriver sykepleierens oppgaver nærmere, og undersøker i hvilken grad disse oppgavene kompletterer fastlegens arbeid. I **kapittel 5** beskriver vi inntjening, takstbruk og erfaringer med de to finansieringsmodellene som prøves ut i forsøket. I **kapittel 6** beskriver vi status for ulike tiltak som er iverksatt for å nå kvalitetsmålene med PHT, f.eks. gjennomføring av årskontroller, hjemmebesøk og bruk av behandlingsplaner. Til slutt oppsummerer vi og drøfter funnene i **kapittel 7**.

1.3.1. Metodisk tilnærming

Utprøvingen av PHT og en endret finansiering er et ambisiøst prosjekt med mange delmål og potensielle effekter. For å evaluere forsøket på en tilfredsstillende måte benytter vi en rekke ulike metoder (metodetriangulering) og flere typer av data. Analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjudata vil utgjøre sentrale deler i evalueringen. Figur 1-2 gir en skjematisk framstilling av datatilfanget og analyseenhetene i evalueringen. Undersøkelsene med de ulike datainnsamlingsmetodene gjennomføres i første omgang hver for seg og integreres i tematiske analyser. Det er planlagt gjentatte datainnsamlinger og tilhørende analyser gjennom forsøksperioden.

Analysene ved starten av forsøket vil i noen grad integreres i analysene i denne rapporten. En endelig integrert analyse av hele forsøket vil bli gjort i sluttrapporten som skrives etter endt forsøk.

Figur 1-2: Datatilfang og analyseenheter i evalueringen



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

Hvert av temaene som beskrives i de ulike kapitlene er basert på ulike datakilder og beskriver status for forsøket per 1.7.2019. Den baserer seg på spørreundersøkelse til medarbeidere ved legekantorene (avsluttet 1.7.2019), intervjuer av medarbeidere på legekantorene (våren 2019) og registerdata på legekortnivå, fastlegenivå og PHT-sykepleiernivå (takstbruk fram til 1.7.2019 overlevert september 2019). De ulike datakildene og tilhørende analysemetoder beskrives nærmere i Appendiks A.

Analysen og funn er basert på såkalt «metode-miksing» (på engelsk: «mixed methods»), dvs. at man analyserer funn fra de ulike datakildene i lys av hverandre i integrerte analyser. Dette innebærer for eksempel å benytte utdypende sitater fra intervjuer til å forstå utvikling i takstbruk over tid, eller å sammenligne funn fra spørreundersøkelse med registerdata og intervjuer for å vurdere samsvar mellom datakilder. Dette gir en mer utfyllende beskrivelse av de ulike temaene, og gir også styrket validitet til resultatene der disse samsvarer mellom datakilder.

2. Utbredelse av PHT på legekantorene

Forsøket med PHT har per høsten 2019 pågått i om lag halvannet år. Våre undersøkelser, både ved bruk av registerdata, intervjuer og spørreundersøkelser, viser en foreløpig varierende utbredelse av helsehjelp fra PHT ved legekantorene i forsøket. Legene i forsøket var i startfasen i varierende grad engasjert i PHT-arbeidet, og de fleste pasientene som har mottatt helsehjelp fra PHT har bare mottatt helsehjelpen én gang. Våre undersøkelser tyder på at utbredelsen tar tid; de ansatte på legekantorene oppgir mange ulike forklaringer på dette, blant annet at det tar tid å endre legers arbeidsmåte. Når det gjelder hvilke pasientgrupper som følges opp av PHT, har tilnærmet alle legekantorene valgt å fokusere på diabetes, KOLS, rus- og psykiatri, samt eldre pasienter.

2.1. Hvordan definere «helsehjelp fra PHT»?

Hva som er å regne som «helsehjelp fra PHT» er ikke entydig definert. Bakgrunnen for forsøket med PHT er Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, der PHT er definert som «en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell, som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser». I Helsedirektoratets grunnlagsdokument om PHT-forsøket (Helsedirektoratet, 2017) understrekes det at sykepleieren utgjør den nye ressursen på legekantoret, og således markeres et sentralt skille mellom legekantor med PHT og øvrige legekantor. Om teamets sammensetting beskriver Helsedirektoratet (2017, s. 17) følgende: «Den nye ressursen i tjenesten som sykepleieren representerer, skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov. Teamet skal ut fra sin samlede kompetanse og kapasitet finne en god arbeidsform som bidrar til måloppnåelse for piloten.»

Med denne bakgrunn har vi tatt utgangspunkt i at «helsehjelp fra PHT» hovedsakelig er å regne som helsehjelp der en sykepleier inngår i oppfølgingen av den enkelte pasient, eller der både sykepleier og helsesekretær bistår fastlegen i pasientarbeidet.

2.2. Antall listeinnbyggere som mottar helsehjelp fra PHT

Før oppstarten av forsøket, var det uklart hvor mange listeinnbyggere som skulle omfattes av helsehjelp fra PHT. I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket (Helsedirektoratet, 2017, s. 4) presiseres det at

«Målgruppen for forsøket med primærhelseteam er alle innbyggere på fastlegenes lister. Det vil imidlertid være særlig oppmerksomhet på pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov».

Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppen for primærhelseteam (Helsedirektoratet, 2017, s. 4)

Videre i dokumentet beskriver Helsedirektoratet at pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov er beregnet til å utgjøre 7-10 % av listepopulasjonen, men at det er usikkerhet knyttet til denne prosentsetningen, og dette vil bli et tema i evalueringen.

For å undersøke hvor mange listeinnbyggere³ som omfattes av helsehjelp fra PHT har vi brukt registerdata fra KUHR, samt spurt fastleger ved legekantorene om dette i spørreundersøkelse.

³ Listeinnbygger: en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

For registerdata har vi definert indikatorer for «helsehjelp fra PHT» ved at helsehjelpen utløste utvalgte sykepleiertakster. Ettersom PHT kan samarbeide om å gi helsehjelp uten at sykepleierne utløser takster, bør indikatorene tolkes som en nedre grense på omfanget av helsehjelp fra PHT.

Honorarmodellen

For honorarmodellen lar vi helsehjelp som utløste en eller flere av takstene S1a, S1b, S2a, S2ae, S2b og S3⁴, indikere at helsehjelpen var utført av PHT. Takst S1b benyttes ved samtale om pasient med andre instanser, mens takst S2b er oppfølging hos sykepleier før/etter legekonsultasjon. Takstene S1a, S2a, S2ae og S3 omfatter enkel pasientkontakt og oppfølging utført av sykepleier alene.

Vår indikator viser at 4622 personer hadde fått helsehjelp fra PHT med honorarmodellen minst én gang fra forsøket startet i april 2018 og frem til siste dato for uttrekk av data 30. juni 2019. Dette utgjør rundt 7,6 prosent av listeinnbyggerne blant legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Videre viser indikatoren at de fleste som fikk helsehjelp fra PHT, kun fikk helsehjelp fra PHT én gang: ved et gjennomsnittlig legekantor fikk 578 personer helsehjelp fra PHT minst én gang, mens 142 personer fikk helsehjelp minst tre ganger. Det var midlertidig stor variasjon mellom legekantorene, for eksempel varierte antallet personer som fikk helsehjelp fra PHT minst én gang fra 246 til 1087.

Tabell 2-1: Antall personer som fikk helsehjelp fra PHT minst 1, 3, 5 og 10 ganger i perioden 01.04.2018-30.06.2019. Legekantor med honorarmodellen.

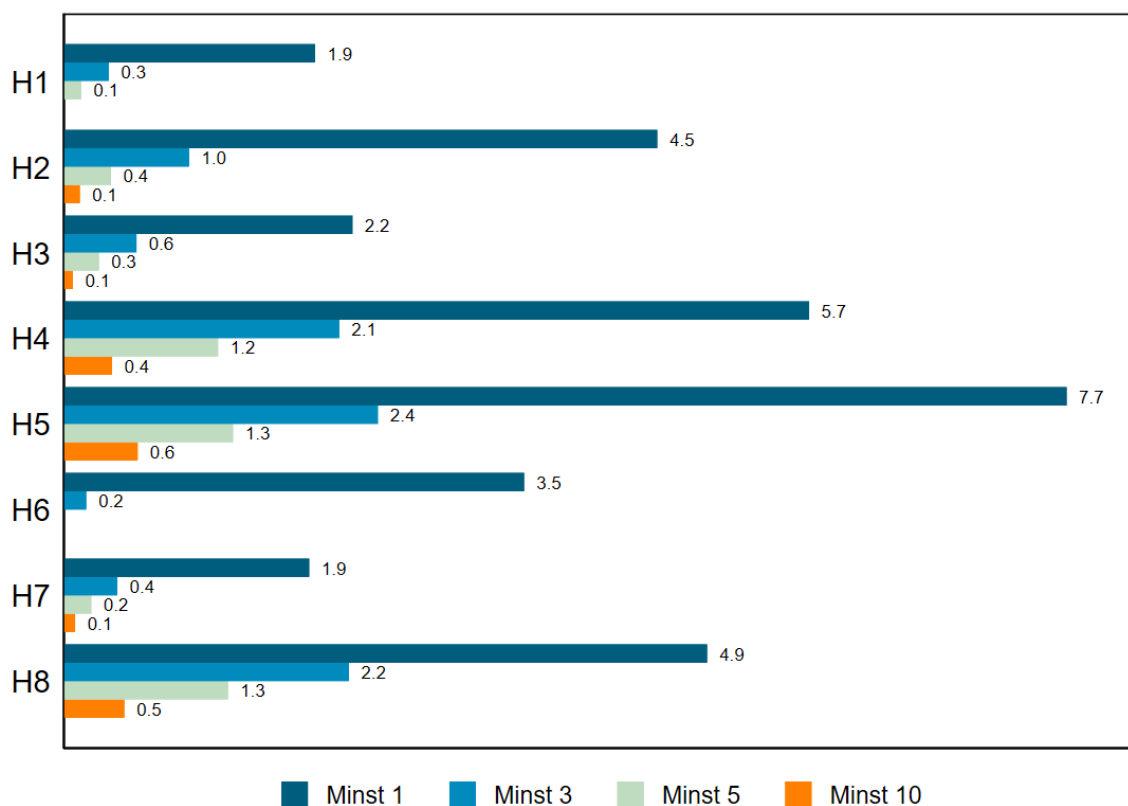
	Samlet antall personer	Antall personer per legekantor [min-maks]
Minst 1	4622	578 [246-1087]
Minst 3	1133	142 [28-333]
Minst 5	557	70 [4-192]
Minst 10	202	25 [1-71]

Kilde: Analyse UiO, NSDM og OE, KUHR. Note: Min (maks) indikerer lavest (høyest) antall personer som fikk helsehjelp av PHT på tvers av legekantorene.

Når vi tar hensyn til ulik oppstartdato, antall tilsatte sykepleiere og sykepleiernes stillingsprosjenter, varierte andelen av listeinnbyggere som fikk helsehjelp fra PHT minst én gang fra 1,9 prosent til 7,7 prosent på tvers av legekantorene med honorarmodellen (Figur 2-1).

⁴ For en nærmere beskrivelse av sykepleier takstene se tabell 5-1.

Figur 2-1: Prosentandel av legekantorets liste som fikk helsehjelp fra PHT minst 1, 3, 5 og 10 ganger i perioden 01.04.2018-30.06.2019, per sykepleierårsverk. Legekontor med honorarmodellen.



Kilde: Analyse UiO, NSDM og OE, KUHR. Note: «Helsehjelp fra PHT» hvis helsehjelpen utløste en eller flere av takstene S1a, S1b, S2a, S2ae, S2b og S3. For å unngå at forskjeller mellom legekantorene skyldes forskjeller i oppstartdato, antall tilsatte sykepleiere og sykepleiernes stillingsprosent undersøker vi andelen av listeinnbyggere som fikk helsehjelp fra PHT per sykepleierårsverk. Sykepleierårsverk beregnes som (tilsatte måneder / 12) * stillingsstørrelse, disse summeres for hvert legekontor. For eksempel: Legekontor A tilsatte en sykepleier i 100 prosent stilling i april 2018, $((30.06.2019 - 01.04.2018) / 12) * 100 \% * 1 = (15 / 12) * 100 \% = 1,25$ årsverk. Legekontor B tilsatte 3 sykepleiere i 75 prosent stilling i september 2018, $((30.06.2019 - 01.09.2018) / 12) * 75 \% * 3 = (10 / 12) * 75 \% * 3 = 1,875$ årsverk.

Driftstilskuddsmodellen

Sykepleiere med driftstilskuddsmodellen har ikke tilgang til takster tilsvarende S1b og S2b. Derfor er indikatoren for helsehjelp utført av PHT definert ved at helsehjelpen utløste takster som omfatter enkel pasientkontakt og oppfølging utført av sykepleier alene (takster 088a og 088b⁵). Som følge av dette kan denne indikatoren antyde et mindre omfang enn indikatoren for honorarmodellen⁶.

Indikatoren viser at 1271 personer (6,4 prosent av listeinnbyggere) fikk helsehjelp fra PHT ved legekontor med driftstilskuddsmodellen minst én gang fra forsøket startet i april 2018 og ut juni 2019. I likhet med honorarmodellen hadde de fleste mottatt helsehjelp fra PHT kun én gang og antallet varierte betydelig mellom legekantorene.

⁵ Se Tabell 5-9 For en nærmere beskrivelse av takstene i driftstilskuddsmodellen.

⁶ Hvis vi definerer indikatoren «helsehjelp utført av PHT» ved at helsehjelpen utløste en eller flere av takstene S1a, S2a, S2ae og S3 (som tilsvarer 088a og 088b), fikk 2995 personer (4,9 prosent av listeinnbyggere) helsehjelp fra PHT med honorarmodellen minst én gang i løpet av den aktuelle perioden.

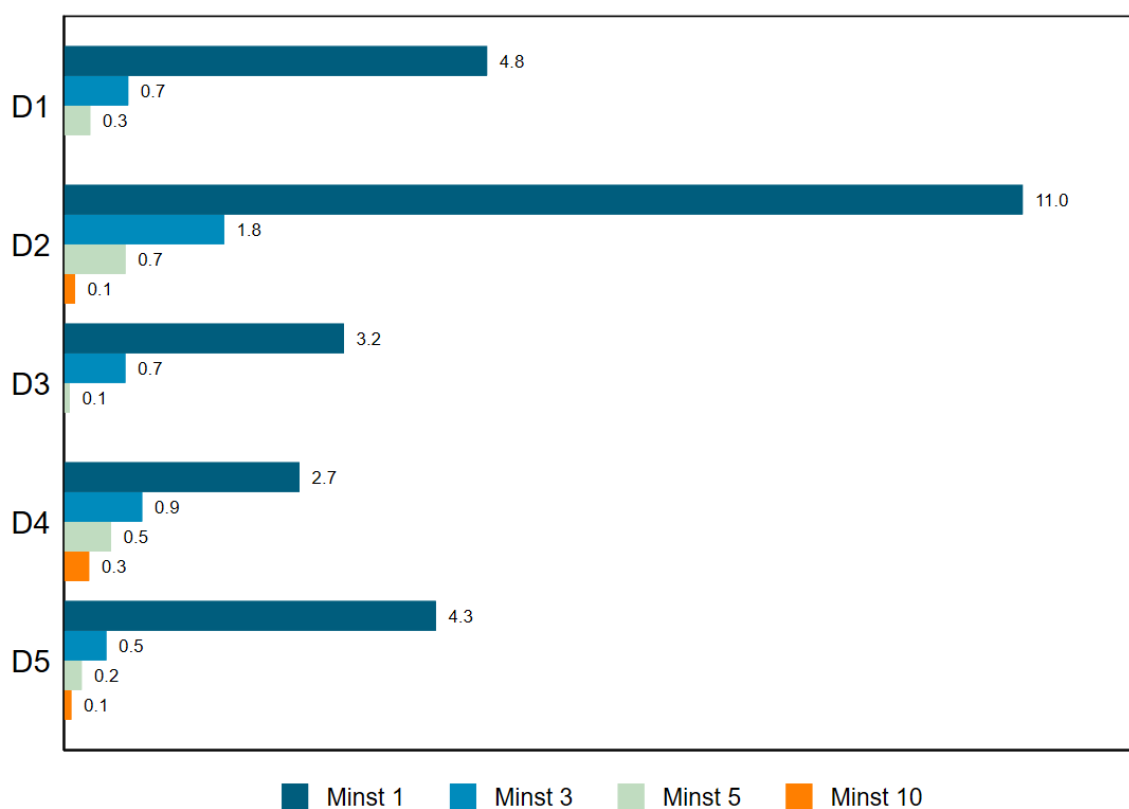
Tabell 2-2: Antall personer som fikk helsehjelp fra PHT minst 1, 3, 5 og 10 ganger i perioden 01.04.2018-30.06.2019. Legekontor med driftstilskuddsmodellen.

	Samlet antall personer	Antall personer per legekontor [min-maks]
Minst 1	1271	254 [129-418]
Minst 3	222	44 [30-70]
Minst 5	89	18 [3-27]
Minst 10	28	6 [1-14]

Kilde: Analyse UiO, NSDM og OE, KUHR. Note: Min (maks) indikerer lavest (høyest) antall personer som fikk helsehjelp av PHT på tvers av legekontorene.

For å bedre kunne sammenligne utbredelsen av PHT på tvers av legekontorene viser Figur 2-2 andelen av legekontorets listeinnbyggere som fikk helsehjelp fra PHT per sykepleierårsverk. Figuren viser at det var stor variasjon mellom noen av legekontorene og at de aller fleste listeinnbyggere som utløste en eller flere av takstene 088a og 088b, utløste disse én gang i løpet av den aktuelle perioden.

Figur 2-2: Prosentandel av legekontorets liste som fikk helsehjelp fra PHT minst 1, 3, 5 og 10 ganger i perioden 01.04.2018-30.06.2019, per sykepleierårsverk. Legekontor med driftstilskuddsmodellen.



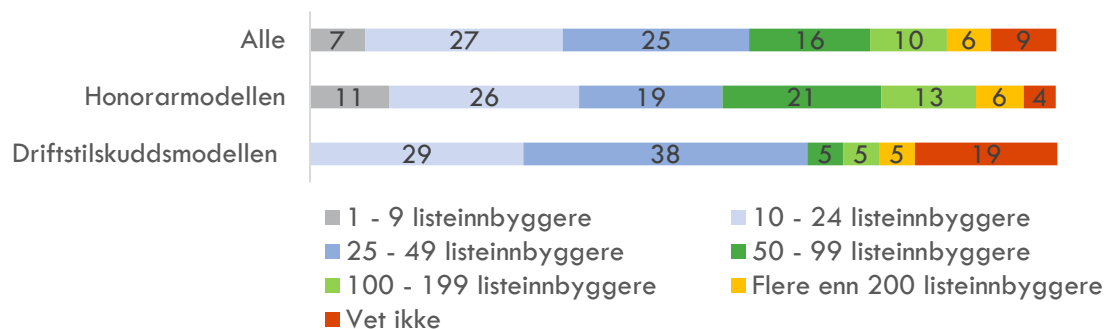
Kilde: Analyse UiO, NSDM og OE, KUHR. Note: «Helsehjelp fra PHT» hvis helsehjelpen utløste en eller flere av takstene 088a og 088b.

Antall listeinnbyggere som mottar helsehjelp fra PHT – oppgitt av fastleger i spørreundersøkelse

Fastlegene oppga i spørreundersøkelsen gjennomført våren 2019 at et mindretall av deres listeinnbyggere hadde fått helsehjelp som har involvert sykepleier(e) i PHT siden forsøket startet. De fleste (59 prosent av alle respondentene) svarte at antallet utgjorde opptil 50 listeinnbyggere (Figur 2-3). Det var ingen av fastlegene som svarte at ingen av deres listeinnbyggere har fått helsehjelp fra PHT. Selv om det ikke var noen signifikante forskjeller i svardelingen mellom fastleger med henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, observerte vi en lavere andel som svarte at antallet listeinnbyggere utgjorde opptil 50 listeinnbyggere blant fastleger med honorarmodellen enn med driftstilskuddsmodellen (henholdsvis 56 og 67 prosent). Svarfordelingen ser ikke ut til å variere

systematisk med legenes listelengde; datagrunnlaget for å undersøke dette er imidlertid sparsomt ettersom antallet i hver gruppe (dvs., kombinasjon av kategorier for listelengde og antall listeinnbyggere med PHT) er lite. I forbindelse med presentasjon av foreløpige funn av analysene har fastlegene gitt tilbakemelding om at det var svært vanskelig å anslå omfanget av antall pasienter som omfattes av PHT, og tallene må derfor tolkes med varsomhet.

Figur 2-3: Antall listeinnbyggere som har fått helsehjelp som har involvert sykepleiere(e) i PHT siden forsøket startet. Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekantor i forsøket, våren 2019. Note: Spørsmålet i undersøkelsen var; «Hvor mange av dine listeinnbyggere har fått helsehjelp som har involvert sykepleier(e) i PHT siden forsøket startet ved ditt kontor? Vi er ute etter et omtrentlig anslag.» Vi inkluderte også svaralternativet «ingen», men det vises ikke i figuren fordi ingen av respondentene svarte dette. N = 47 med honorarmodellen, 21 med driftstilskuddsmodellen, totalt 68 respondenter.

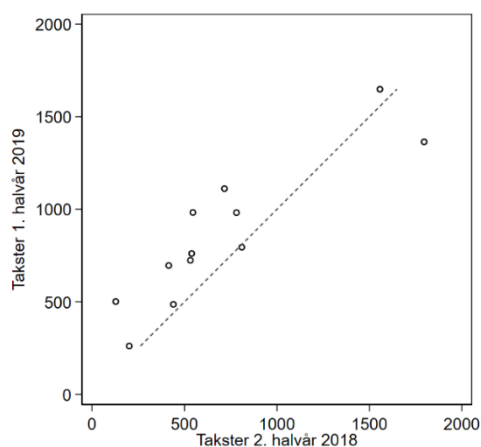
Funnene fra registeranalyser og spørreundersøkelser støttes av intervjuundersøkelsene. Den gjennomgående beskrivelsen fra informantene ved legekantorene er at PHT har varierende utbredelse innenfor hvert enkelt legekantor. I mange tilfeller er det først og fremst leder av PHT (sammen med en eller flere andre leger) som kanaliserte pasienter til PHT-sykepleier.

Antall listeinnbyggere som mottar helsehjelp fra PHT, øker over tid

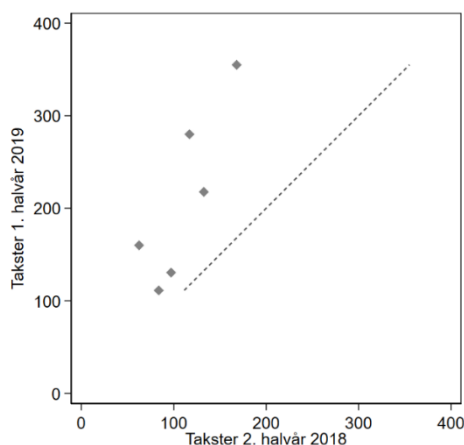
Selv om antall listeinnbyggere som har mottatt helsehjelp per sommeren 2019 er begrenset, tyder våre analyser av registerdata på at antallet øker over tid. Vi sammenlignet antall sykepleiertakster (korrigert for stillingsstørrelse) utløst første halvår 2019, med antall takster utløst andre halvår 2018 for sykepleiere som deltok i forsøket før andre halvår 2018. Alle unntatt én sykepleier utløste flere takster første halvår 2019 enn andre halvår 2018 (Figur 2-4). I gjennomsnitt økte takstfrekvensen med om lag 22 prosent for sykepleiere ved legekantor med honorarmodellen og om lag 90 prosent for sykepleiere ved legekantor med driftstilskuddsmodellen. Trenden kan gjenspeile at sykepleiernes rolle på legekantoret er under utvikling i oppstartsfasen og at aktivitet som utløser takster, krever en selvstendig arbeidsform for sykepleier. Andre forhold som kan bidra til ulik takstfrekvens mellom de to periodene inkluderer: (i) generelt høyere observert aktivitet på legekantorene de første seks månedene av kalenderåret og (ii) ustabilitet i form av vikarierende leger, tilsetting av nye sykepleiere eller at sykepleiere sluttet.

Figur 2-4: Antall sykepleiertakster (korrigert for stillingsstørrelse) 1. halvår 2019 sammenlignet med 2. halvår 2018 for sykepleiere som deltok i forsøket før 2. halvår 2018

a. Legekantor med honorarmodellen



b. Legekantor med driftstilskuddsmodellen



Note: Hvert punkt svarer til en sykepleier (N = 12 med honorarmodellen, og 6 med driftstilskuddsmodellen, totalt 18 sykepleiere). Sykepleiere til venstre for referanselinjen utløste flere takster 1. halvår 2019 sammenlignet med foregående halvår. For punkter på referanselinjen utløste sykepleieren det samme antallet takster i hver av periodene.

Tabell 2-3: Gjennomsnittlig [min-maks] antall takster per sykepleier.

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
2. halvår 2018	643 [102-1556]	66 [25-117]
1. halvår 2019	786 [262-1649]	126 [64-280]

Note: Min (maks) indikerer lavest (høyest) antall takster utløst av en sykepleier.

Disse funnene støttes av intervjuundersøkelsene. Ved flere av legekantorene beskrives progresjonen som at bruk av PHT-sykepleier er noe som ser ut til å innføres gradvis. En helsesekretær beskriver at det var tungt i starten og leder måtte dra lasset og at kun en annen lege var positiv, men at det har endret seg veldig. Det er en samstemmig beskrivelse av at utbredelsen på det enkelte legekantor er i endring og at flere og flere leger engasjerer seg. Andre beskriver at når noen leger har sett verdien av PHT og tar i bruk sykepleierne, er det lettere for andre leger ved kontoret å komme etter. En PHT-leder peker på at det er hver enkelt lege selv som aktivt må ta initiativ og komme i gang med å bruke sykepleier.

2.2.1. Forklaringer på utbredelsen

Informantene har lansert mange ulike forklaringer på hvorfor PHT har så varierende utbredelse. Vi understreker at dette er forklaringer som informantene selv har kommet med, og ikke evaluator sine tolkninger eller konklusjoner:

Inngrodd arbeidsmåte og tradisjonell legerolle: Informanter beskriver på ulike måter at en del av legene er veldig lite glad i endringer. De er «vanedyr» og godt inngrodd i sitt gamle system. En lege utdyper hvordan legene er opplært i å arbeide alene:

«fra studietiden så er vi jo vant til å sitte alene og jobbe alene og klare alt selv, og en skulle kanskje tro vi var gode til å delegere og samarbeide med sykepleier.»

Legen forklarer videre at legene var skeptiske til PHT fra starten med henvisning til en frykt for at det kunne tenkes å bli vanskelig med noe nytt:

«Så legene var skeptiske til å gå inn i prosjektet fra starten av da, på grunn av, ikke for det er noe vond vilje, men ... de føler at nei det er nå enda noe nytt eller det kan bli vanskelig. Det kjente jeg litt på selv i starten også.»

Har eierforhold til pasienter og vil beholde kontrollen: Enkelte sykepleiere oppfattet at en del leger ønsker å beholde kontrollen, eller har et eierforhold til sine pasienter som gjør at legen ikke slipper sykepleieren til. PHT-sykepleierne medgir at de må jobbe litt ekstra med legene som ikke oppleves som så positive.

Legers personlighet og (mangel på) engasjement: Manglende samarbeid med sykepleier handler også om legenes personlighet. Informanter peker på at det er ulike personlighetstyper blant legene og det ligger mer naturlig for noen å inkludere andre i pasientbehandlingen enn det som er tilfelle for andre, på samme måte som at ikke alle leger er med på felles lunsj og noen er mindre med i løpende kommunikasjon på legekantoret. En PHT-leder fortalte at de har vært litt uenige om hva legene selv må gjøre for at PHT skal komme i god drift. Selv om ingen i legekollaget er uttalt negative, er det noen som, både når det gjelder PHT og andre saker, «må tas litt i ørene». En lege bekrefter at en annen lege på kontoret driver annerledes, bruker mer tid på legeetterfulgte konsultasjoner, og at sykepleierne synes det er vanskelig å spørre denne legen.

Hvorvidt legen ser på PHT som en avlastning eller som merarbeid: En gruppe leger fortalte at det har vært noen diskusjoner om hvor sykepleierens innsats bør settes inn, og at de har ulike oppfatninger. Bruken av sykepleier har endret seg veldig når de andre ser hvilken ressurs sykepleierne er for de, sier en lege. Flere mener at det vil jevne seg mer ut når de har fått mer tid til å tenke på hva PHT-sykepleierne kan gjøre. En annen lege som brukte PHT i stor grad, trodde at mindre bruk blant de andre legene handler om at de tenker at PHT er forbundet med merarbeid og i liten grad vil fungere som avlastning. En lege fryktet at man med PHT bygger en parallelltjeneste hvor legen likevel sitter med ansvaret, og med en usikkerhet om alt som skal følges opp, faktisk blir fulgt opp når legen ikke gjør dette selv. En annen syntes det blir mer arbeid på legen etter at sykepleier har hatt legens pasient inne, fordi legen da må henvise.

Vikarer og ustabilitet blant legene: Ved flere legekantor ble det pekt på at ustabilitet og vikarbruk helt klart påvirker utbredelsen av PHT. Vikarene har ikke noe langt tidsperspektiv på sin jobb, har nok med å sette seg inn i jobben og velger å ikke engasjere seg i PHT. Særlig ved legekantor som har hatt vikarer over lengre perioder i noen stillinger, ble dette pekt på som en forklaring på manglende utbredelse av PHT. Høy grad av ustabilitet kan også kreve at lederen ved legekantoret bruker tid på dette, fremfor på å utvikle PHT.

Ulikt trykk fra PHT-ledelsen: PHT-lederne har ulike måter å lede PHT-piloten ved legekantoret på. Eksempler er at PHT-leder ser legene litt i kortene, og sender epost til de som bruker PHT lite for å minne på å bruke PHT, eller at PHT-leder er bevisst på å fortelle om eksempler på hvordan de selv

bruker PHT-sykepleier, for å inspirere de øvrige legene. En annen PHT-leder har gjennomført felles prosess med å peke ut en pasientgruppe for PHT, hvor de har blitt enig om et opplegg som alle skal følge, og sier at da kan man ikke velge å ikke bruke sykepleieren. En kommentar er at legene ikke er noen homogen gruppe. En lege kommenterte at de har en leder som har bestemt at nå setter de i gang med PHT, men at det er ganske fritt hvem som vil delta og i hvilken grad. En PHT-leder tenkte at det ikke bør være et mål å jobbe helt likt, men at det er en fordel om man klarer å være konkret og klart definere noe som sykepleieren kan/skal gjøre på samme måte for/med alle legene.

Legens listesammensetning versus utpekte målgrupper: en PHT-leder pekte på at utbredelse også handler om at legene har ulike pasientpopulasjoner; noen har mange eldre og kronisk syke på sine lister, mens andre har mange unge eller mye psykiatri. Når en ser dette i forhold til utpekte målgrupper for PHT, vil enkelte leger derfor ha få aktuelle kandidater for PHT. Det er også ulikheter knyttet til listestørrelse.

Tillit og kjennskap til sykepleier(e): en lege uttalte at noen har valgt å ikke benytte seg av PHT-sykepleiernes arbeidsinnsats, hvert fall inntil de føler seg trygge på hvem sykepleierne er og hva de står for.

2.3. Hvilke pasientgrupper følges opp av PHT?

Utbredelse av PHT handler ikke bare om hvor mange pasienter som omfattes av helsehjelp fra PHT, men i stor grad også hvilke pasienter som mottar helsehjelpen. Intervjuundersøkelsen fra våren 2019 viser at så godt som alle legekantor med PHT har valgt å fokusere på diabetes, KOLS, rus- og psykiatrilidelser eller psykiske lidelser, og gruppen eldre pasienter (pasientgruppene er oppsummert i Tabell 2-4).

Tabell 2-4: Hvilke pasientgrupper følges opp av PHT?

Antall legekantor	Diagnoser
12-13 legekantor	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • KOLS • Eldre • Rus og psykiske lidelser
6-8 legekantor	<ul style="list-style-type: none"> • Astma • PU/utviklingsforstyrrelse • Fedme-/kostholdsveiledning
4-5 legekantor	<ul style="list-style-type: none"> • Blodtrykkspasienter • Hjertesvikt/hjertesykdom • Sår og kreft
1-2 legekantor	<ul style="list-style-type: none"> • Førstegangsvangerskapskontroll • Fravær videregående skole • Kartlegge hjemmemiljø • Legemiddelgjennomgang • Pasienter som skrives ut fra sykehus • Svangerskapsdiabetes

Kilde: Intervjuer med ansatte på legekantorene i forsøket, våren 2019.

Ved 12 av 13 legekantor har PHT en rolle når det gjelder oppfølgingen av pasienter/brukere med rusproblemer og/eller psykiske lidelser. Beskrivelsene av dette varierer noe; noen beskriver *diagnosen eller pasientgruppen* (f.eks. psykiske problemer, lette traumer, depresjon, angst, rusrelaterte lidelser, rus og psykiatri, psykiatri, kroniske psykiatriske pasienter, lett psykiatri, psykiske og sosiale problemer, unge med psykiatri), mens andre beskriver *oppfølgingen* (f.eks. støttesamtaler, depotinjeksjoner).

Informantene beskriver gruppen «eldre pasienter» på flere ulike måter, herunder eldre multisyke, eldre med kognitiv svikt, eldre skrøpelige (eller skrøpelige eldre), geriatiske pasienter, ensomme eldre, samt hjemmeboende eldre som ikke kommer seg på legekantoret. Oppfølgingen av disse pasientene inkluderer demensutredning, kognitiv utredning, årskontroll eldre 80+/75+. Ved ett kontor nevnes

spesielt førerkortvurderinger/kognitive tester for 75 år og eldre. Ofte i tilknytning til eldre nevnes pasienter med mange sykdommer/multimorbiditet. Ett kontor har sykepleier i 40 prosent stilling som driver rehabilitering/forebygging med mål om å ivareta skrøpelige eldre på en bedre måte.

Rundt halvparten av legekantorene følger opp pasienter med astma (7 av 13 legekantor), psykisk utviklingshemmede (8 av 13 legekantor), og pasienter med fedme/pasienter som får kostholdsveiledning (6 av 13 legekantor). Ved fire til fem legekantor følger PHT opp blodtrykkspasienter, pasienter med hjertesvikt/hjertesykdom, pasienter med sår og kreftpasienter.

Informanter ved ett til to legekantorer nevnte at følgende pasientgrupper eller diagnoser følges opp av PHT: førstegangs svangerskapskontroll, fraværsattester videregående skole, kartlegging av hjemmemiljø, legemiddelgjennomgang, pasienter som skrives ut fra sykehus samt svangerskapsdiabetes.

2.4. Oppsummering og diskusjon

Utbredelsen av PHT på legekantorene er foreløpig varierende, både innad på legekantoret og mellom legekantorene i forsøket, men utbredelsen har generelt økt over tid. De fleste pasientene som hadde mottatt helsehjelp fra PHT, hadde bare mottatt helsehjelpen én gang. I gjennomsnitt hadde om lag halvparten av fastlegene færre enn 50 listeinnbyggere som mottok helsehjelp fra PHT minst én gang. Funnene fra registeranalyser og spørreundersøkelser støttes av intervjuundersøkelsene. Den gjennomgående beskrivelsen fra informantene ved legekantorene er at PHT har varierende utbredelse innenfor hvert enkelt kontor. I mange tilfeller er det først og fremst leder av PHT som (sammen med en eller flere andre leger) kanaliserer pasienter til PHT-sykepleieren.

Utbredelsen, målt ved bruk av sykepleiertakster, økte fra andre halvår 2018 til første halvår 2019. De ansatte på legekantorene oppgir mange ulike forklaringer for dette, blant annet at det tar tid å endre legers arbeidsmåte, samt at det avhenger av legens oppfatning av PHT og deres tillit til sykepleiere. Det avhenger også av vikarbruk på legekantoret og legers listesammensetning i forhold til utpekte målgrupper for forsøket.

Hva som menes med «helsehjelp fra PHT» er ikke entydig definert i Helsedirektoratets grunnlagsdokumenter om PHT, og de ulike deltakerne i PHT vil trolig ha ulik oppfatning om dette. Vi har tatt utgangspunkt i at «helsehjelp fra PHT» hovedsakelig er å regne som helsehjelp der en sykepleier inngår i oppfølgingen av den enkelte pasient, eller der både sykepleier og helsesekretær bistår fastlegen i pasientarbeidet.

Når det gjelder hvilke pasienter som følges opp av PHT, viser intervjuundersøkelsen fra våren 2019 at så godt som alle legekantor med PHT har valgt å fokusere på diabetes, KOLS, rus- og psykiske lidelser, og gruppen eldre pasienter. En del legekantor har også fokusert på personer med astma, psykisk utviklingshemming og fedme-/kostholdsveiledning.

3. Teamarbeid på legekantoret

Teamarbeid står sentralt i forsøket med PHT. I vår evaluering av teamarbeidet er variasjon et stikkord. Dette gjelder både for hvordan legekantorene var organisert og ble ledet før forsøket, hvilke strategier PHT-lederne benytter for å implementere PHT på legekantorene, hvordan den enkelte fastlege, sykepleier og helsesekretær (i den grad de er involvert) utformer sin rolle, hvordan legekantorene velger å kommunisere og samarbeide om PHT, og hvordan de velger å inkludere og følge opp pasienter gjennom PHT.

Dette kapitlet handler om utviklingen av teamarbeidet ved legekantorene i forsøket. I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket med PHT heter det at «*teamet skal ut fra sin samlede kompetanse og kapasitet finne en god arbeidsform som bidrar til måloppnåelse for piloten*» (Helsedirektoratet, 2017). Det datamaterialet vi har samlet, har i stor grad vært styrt av den forståelsen vi har skaffet oss gjennom en omfattende litteraturstudie om hvilke ulike dimensjoner og aspekter som er viktig for å få teamarbeid mellom ulike profesjoner i primærhelsetjenesten til å fungere. Vi har søkt å kartlegge de samme aspektene gjennom en spørreundersøkelse sendt til alle som arbeider ved legekantorene i forsøket og en intervjustudie med et utvalg ansatte ved legekantorene i forsøket (se Appendiks A kapittel 9.2 og 9.3 for detaljer om undersøkelsene). De to datainnsamlingsmetodene gir informasjon som både går i dybden og bredden. Slik vi vurderer det, er det god konsistens i de svarene som er gitt. Mesteparten av dybdeintervjuene er gjort før spørreundersøkelsen ble gjennomført og gir i større grad innblikk i prosesser enn det data fra spørreundersøkelsen gjør.

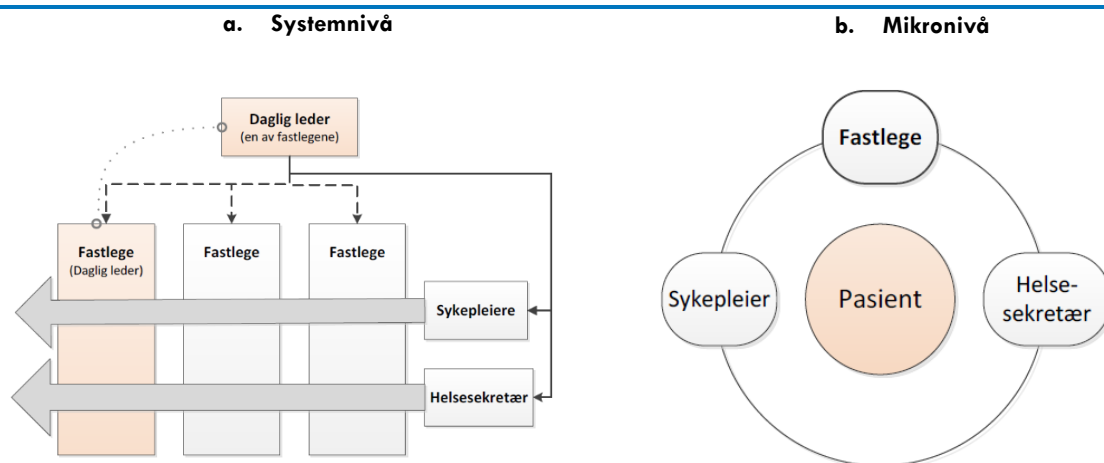
Første avsnitt tar for seg ledelse på to nivå; av PHT-forsøket på hvert legekantor og av det enkelte PHT. Videre beskrives tilhørigheten til PHT og roller i PHT, relasjoner og tillit i teamarbeidet, oppfølging i PHT og hvordan kommunikasjon og samarbeidsstrukturer endres når PHT implementeres.

3.1. Ledelse og lederroller

De 13 legekantorene som deltar i PHT-forsøket, ble i utgangspunktet ledet på ulike måter, og intervjurunden i 2018 viste at det var varierende grad av møter og samarbeidsstrukturer (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018). Dette er vesentlig bakgrunnsinformasjon å ha med når vi beskriver hvordan PHT-forsøket ved hvert legekantor så langt ledes og utvikles.

I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket med PHT (Helsedirektoratet, 2017) beskrives teamorganisering på flere nivå. Ledelse foregår på flere nivå, herunder ledelse av PHT-forsøket, ledelse på legekantorene (PHT på systemnivå; Figur 3-1, panel a) og ledelse av mikroteam på individnivå (dvs. det enkelte team bestående av en fastlege, sykepleier og helsesekretær i møte med den enkelte pasient; Figur 3-1, panel b). I det følgende beskriver vi hvordan ledelse foregår på disse ulike nivåene med utgangspunkt i intervjuer med og spørreundersøkelser til ansatte på legekantor i forsøket.

Figur 3-1: PHT på ulike nivåer: a) Systemnivå og b) Mikronivå



Kilde: (Helsedirektoratet, 2017)

3.1.1. Ledelse av legekantoret som rammebetingelse for PHT-forsøket

I Helsedirektoratets beskrivelse av PHT (Helsedirektoratet, 2017) er det forutsatt at en av fastlegene er daglig leder av driftsselskapet som organiserer fastlegekontoret med fastleger og annet personell. Videre at det inngås en praksisavtale om deltakelse og samarbeid i PHT, mellom kommunen og driftsselskapet ved den fastlegen som er daglig leder.

Resultater fra intervjuundersøkelsen i 2018 viste imidlertid at de 13 legekantorene ved oppstart av PHT-forsøket ble ledet på ulike måter og i ulik grad. Rollen som daglig leder er ikke nødvendigvis som forutsatt over. Lederoppgaver ved de private legekantorene (for eksempel IKT, personal og økonomi) var ofte fordelt på ulike fastleger. Inntrykket er snarere et kontorfellesskap med privatpraktiserende leger i en konsensusorientert tradisjon, enn et kontor som ledes av en av legene. Eksempler på legekantor i PHT-forsøket som ble ledet på andre måter, var et privat legekantor hvor sykepleier var daglig leder og PHT-leder medisinsk leder. Ved et annet kontor var den daglige lederen en helsesekretær. Ved et tredje kontor drev alle fastlegene privat i kommunens lokaler og med en kommunal fagleder, men uten noe driftsselskap eller daglig leder blant fastlegene, og en av legene var kommuneoverlege i deltidsstilling. På en annen side var det også private legekantor i PHT-piloten med en klar legeledelse, der en lege fremhevet viktigheten av å ha en tydelig leder;

«Vi har jo en leder som er en **leder** her hos oss, så det flyter ganske godt»

De kommunale legekantorene hadde i utgangspunktet andre modeller for ledelse. Her kunne lederen av legekantoret samtidig være leder for lokalmedisinsk senter, legevakt og/eller være kommuneoverlege. Grad av ledelse og utforming av lederroller ved de 13 forsøkskantorene varierte altså over et bredt spekter, og strukturer i driften som regulerte ferieavvikling og sykefravær, samt møtstruktur, varierte likeså (se avsnitt 4.5).

Flere PHT-ledere har erfart at implementering av teamarbeid er vanskelig uten at et er etablert ledelsesstrukturer og det finnes en lederrolle ved legekantoret. Dette sitatet fra en PHT-leder om manglende ledelse av norske legekantor illustrerer en erkjennelse av at legekantoret ikke ble ledet da PHT-forsøket startet:

«det som blir så tydelig etter hvert da det er at i legesentre i Norge» ... «er drevet ekstremt uprofesjonelt. Altså det er liksom utdannede leger som driver i et kontorfellesskap» ... «så gjør vi det som vi har gjort det i alle år».. «det er ikke noe profesjonalisert ledelse, det er ikke noe struktur på ledelse, det er ikke noe tanke om ledelse.»

3.1.2. PHT-ledelse på legekantoret (systemnivå)

Helsedirektoratets føringer for PHT kan ses på som ganske åpne, med rom for å forme PHT på ulike måter. Dette utgangspunktet krever ledelse og kontinuerlig oppmerksomhet fra legekantorenes side. PHT-lederen (en fastlege) ved det enkelt legekantor (altså på systemnivå), er tildelt en rolle som faglig leder og personalleder for sykepleier(e) og helsesekretær(er). Rollebeskrivelsen omfatter ikke ledelse av fastlegene. Hvordan PHT-leder skal lede innføringen av PHT på eget legekantor, var ikke særlig beskrevet i Helsedirektoratets dokumenter om PHT. Denne uttalelsen illustrerer hvordan en av PHT-lederne opplevde sin rolle som leder i oppstarten av PHT-forsøket:

«Og så kom vi, alle de, sånn som oss og flere legesentre ble med i dette prosjektet og så, ja, jeg skal være PHT-leder, ja ja, men jeg kan jo bare stille opp som det, vet ikke hva det er for noe, ikke sant, sånn er det jo litt. Og så har man jo aldri vært i prosjekt før og så vi, vi var litt sånn blåøyde, ante egentlig ikke hva vi gikk inn på tror jeg. Og hadde ikke noen forutsetninger for å skjønne det, så det å være PHT-leder har vært ganske mye mer krevende enn det som noen av oss hadde sett for seg tror jeg da, men det er jo reisen man går inn i det, ja.»

Da intervjuundersøkelsen på legekantorene ble gjennomført, om lag ett år etter oppstart av forsøket, hadde alle PHT-lederne skaffet seg erfaringer fra å lede innføringen av PHT på legekantor. En av PHT-lederne ved et privat legekantor hadde ikke tidligere betraktet legesenteret som en enhet med felles resultatansvar, og lurte på hvordan de skulle få dette til. PHT-lederen beskrev en opplevelse av mangel på tid og ressurser til å lede:

«Det er en utfordring å lede legesenter ved siden av lista, for de andre har gått hjem når du har tid å utøve lederskapet.»

PHT-lederne har benyttet ulike virkemidler i hvordan de har manøvrert som ledere av PHT når mange av dem i utgangspunktet ikke egentlig ledet legene på legekantoret da PHT-forsøket startet, eller de hadde en begrenset lederrolle. Gjennom intervjustudien har vi funnet at PHT-lederne bevisst eller ubevisst har tatt i bruk følgende strategier:

- Lage møteplasser
- Spre informasjon om PHT
- Være pådriver og motivator gjennom
 - Å sette i gang breie prosesser som å arrangere fagdag/teambuilding/kick-off
 - Å vise frem de gode eksemplene på
 - hvordan sykepleier avlaster legen
 - hvordan involveringen av sykepleier øker kvaliteten
- Lage strukturer som gjør at lege og sykepleier samarbeider om/drøfter enkeltpasienter, og gjennom dette sørge for at tillit og team utvikles
 - Bruke lunsjen aktivt til å kommunisere om pasientoppfølging
 - Bruke forsøksfinansieringen til å belønne gjennomføring av faste samarbeidsmøter
- Innføre strukturerte opplegg/maler/prosedyrer med klare roller
 - Bruke/belønne (gjennom finansieringen) ivrige leger til å utvikle oppleggene
 - Ledet utvikling av opplegg selv
- Sette i gang kompetanseheving
 - I teamarbeid (for alle ansatte)
 - For sykepleiere (rettet mot å heve fagkompetanse for å ivareta pasientgrupper som de skal følge opp)
- Synliggjøre muligheter gjennom å lage faste møter mellom sykepleier og leger, hvor leger som har kommet i gang og leger som ikke har kommet i gang med teamarbeid med sykepleier settes sammen i felles møte

- Overlate til sykepleier å ta ledelsen i utviklingen av hvordan man skal arbeide i team og hvilke pasientgrupper som skal prioriteres

Ikke alle eksemplene er nødvendigvis eksempler til etterfølgelse. Strategien beskrevet i det siste kulepunktet er bevisst eller ubevisst tatt i bruk i tilfeller der PHT-leder i liten grad har brukt tid på å lede sykepleierens arbeid. Dette kan på den ene siden være situasjoner hvor sykepleieren har kjent seg alene om å utvikle teamarbeidet, eller på den andre siden situasjoner hvor sykepleier uttrykker at de er gitt en så stor grad av tillit fra PHT-leder at de har fått anledning til å prøve ut sine egne ideer til opplegg for oppfølging av pasientgrupper. Samtidig er det slik at flere sykepleiere har fortalt at de ønsker mer struktur på arbeidet og syns det har vært mange løse tråder.

Etter det vi har registrert, har kun ett legekantor i forsøket gjennomført evalueringer av teamarbeidet ved det enkelte legekantor eller etablert rutiner for slik evaluering.

Lederrollen ved flere av legekantorene i forsøket er svak. Det synes å være tradisjonen for at legekantoret er et kontorfellesskap med autonome leger som tar beslutninger sammen (konsensusorientert tradisjon). For eksempel når det gjelder valget av hvilke pasientgrupper hvert av legekantorene i forsøket skulle rette seg mot, vises det i mange tilfeller til at det er legene (enten en liten gruppe eller alle) som har tatt stilling til valget av pasientgrupper.

På den annen side har vi også funnet eksempel på at PHT-leder i samarbeid med sykepleiere har tatt avgjørelser om hvordan en gruppe pasienter med kronisk sykdom skal følges opp, selv om avgjørelsen til dels har gått på tvers av de enkelte legenes ønsker.

Et aktuelt spørsmål er hva faglig ledelse for sykepleiere innebærer. I utgangspunktet ser det ut til at deltakere i PHT-forsøket oppfatter at sykepleierne følger opp pasienter på fastlegenes lister i samsvar med hvordan den enkelte fastlege ønsker at oppfølgingen skal være. Samtidig forekommer det også en variant blant forsøkskantorene at PHT-sykepleierne er ansatt i et eget aksjeselskap, hvor PHT-leder fungerer som overlege og kan ta beslutninger på vegne av aksjeselskapet. Spørsmålet om hvem som har den faglige ledelsen har blitt aktualisert når sykepleier og pasientens fastlege ikke er enige om oppfølgingen, og PHT-leder (som overlege) griper inn og gjør en beslutning om oppfølging som er motstridende med den beslutningen som pasientens fastlege ønsket.

3.1.3. Legers ledelse av mikroteam

Den enkelte fastlege er tildelt en lederrolle for mikroteamene som følger opp den enkelte pasient på deres liste. Et mikroteam består i Helsedirektoratets idealbeskrivelse (Helsedirektoratet, 2017) av en fastlege, en sykepleier og en helsesekretær. Helsedirektoratet beskriver at fastlegen skal lede teamet, og vi tolker derfor fastlegens rolle som en nøkkelrolle for mikroteamets aktivitet. Ut fra beskrivelsen av hva PHT skal være, omfatter fastlegens lederrolle blant annet følgende tre aspektene av ledelse: vurdere oppgavefordeling, beholde beslutningsansvar og ta ansvar for at annet personell utøver tildelt oppgaven på forsvarlig måte. Utover dette har ikke Helsedirektoratet spesifisert hvordan ledelse av samarbeidet med sykepleier og helsesekretær rundt/med enkeltpasienter skal foregå.

Etter om lag ett års drift av PHT-forsøket, synes det å være ulike måter disse tre aspektene av mikroteamledelse spilles ut på. Intervjuundersøkelsen våren 2019 viste at ved de fleste forsøkskantorene var det enkelte leger som i løpet av det første driftsåret ikke aktivt har fordelt oppgaver til sykepleier (mer om dette i kapittel 4.2.2 og 4.4). Legens beslutningsansvar reguleres tydelig i helsepersonelloven (§4) som tydelig slår fast at det er legen som har beslutningsansvar i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling. I kap. 4.4.2 kan du lese mer om hvordan dette beslutningsansvaret så langt er forvaltet innenfor rammene av PHT-forsøket.

Det tredje aspektet ved ledelse av mikroteam er at fastlegen har ansvar for at annet personell utøver oppgaven på forsvarlig måte samtidig som fastlegen har sitt listeansvar i behold. Legene er lært opp til sin tradisjonelle rolle hvor de gjør alt selv; de jobber en og en med pasientene inne på sitt kontor. Naturlig nok vil det ta tid for fastlegene å venne seg til tanken på å utvide samarbeidet med annet personell fra å gjelde kun helsesekretær til å omfatte sykepleiere i PHT, samtidig som de selv beholder ansvaret. Intervjuene avdekker at det kan være uvant å samarbeide på faglig nivå. Noen leger mener at når de har ansvaret så må de gjøre alt selv, mens andre er trygge på å delegerer oppgaver til sykepleier. Dette er en prosess, kommenterte en PHT-leder. En av legene snakket om at teamet må

formes; det er ikke sånn at det står der med en gang. En annen PHT-leder uttalte at det har gått seg til:

«men akkurat det å slippe den der ansvarsfølelsen, det, den sitter nok litt langt inne, og det er for så vidt forståelig det. Det er jo det vi blir lært på studiet at vi, vi har ansvar for alt som skjer.»

Delte oppfatninger om ledelse av mikroteam

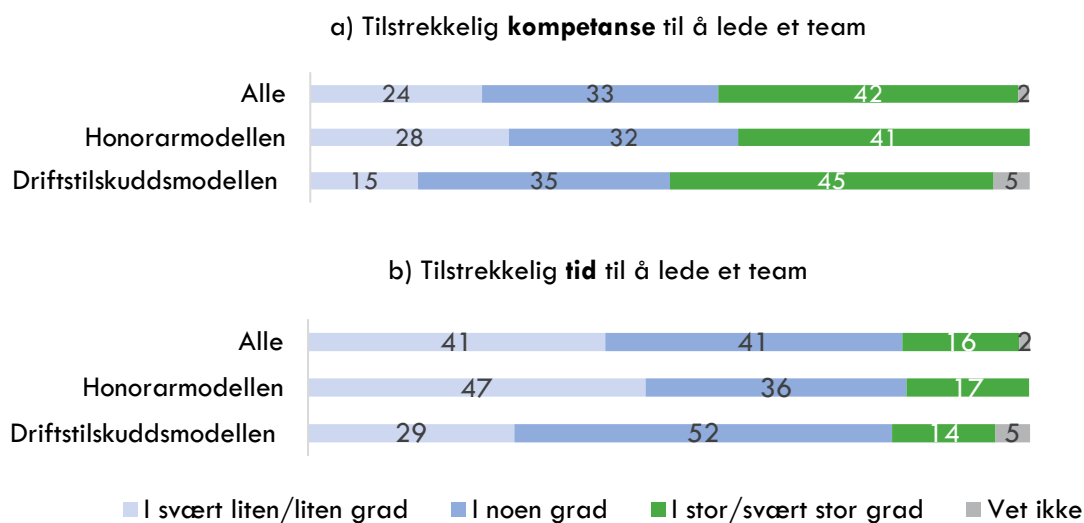
Intervjuundersøkelsen avdekket at noen sykepleiere hadde en oppfatning av at fastlegene ikke fungerer som teamledere for dem, og oppga ulike forklaringer på det. En sykepleier nevnte at det er sykepleier som må ta initiativ til møter, og at det er sykepleierne som driver arbeidet fremover. Noen sykepleiere opplevde ikke fastlegene som ledere, men at det mer var et gjensidig samarbeid mellom dem og fastlegen. De hadde mange leger å forholde seg til på legekantoret og like mange ulike måter å samarbeide på. Det er mer en personlig relasjon mellom hver enkelt lege og sykepleier enn at dette er teamledelse, forklarte en sykepleier.

Spørreundersøkelsen til ansatte ved legekantorene i forsøket viste at de fleste (>50 prosent av respondentene i hver yrkesgruppe) i stor eller svært stor grad opplevde enighet om arbeidsdeling, oppgaver og fordeling av beslutningsmyndighet i arbeidet med PHT. Blant helsesekretærene var det elleve prosent som i svært liten/liten grad opplevde enighet om fordeling av beslutningsmyndighet. Flere helsesekretærer kommenterte i fritekstsvar at de like gjerne kunne gjort visse typer oppgaver som nå gjøres av sykepleier. Flere fastleger kommenterte også at helsesekretærene følte seg tilsidesatt og at det var uheldig for dynamikken på kantoret (les mer om dette i kapittel 4.2.4).

Erfaringer med teamledelse

De fleste fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å lede et team, men de fleste opplever derimot ikke å ha tilstrekkelig tid til teamledelse (Figur 3-2). Blant fastlegene svarte 42 prosent at de i stor eller svært stor grad opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse til å lede et team, mens 57 prosent svarte at de i svært liten/liten eller noen grad opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse. Dette samsvarer med funn fra flere norske studier blant allmennleger, der flere av studiedeltakerne oppga at de opplevde et behov for mer formell utdanning innen ledelse (Spehar, et al., 2017; Hana, 2014). Andelen som derimot svarte at de i svært liten eller liten grad opplevde å ha tilstrekkelig tid til å lede et team var 41 prosent. Dette er ikke et uventet resultat. Legenes opplevde travelhet er dokumentert tidligere, for eksempel i tidsbruksundersøkelsen fra 2018 (Rebnord, et al., 2018). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom svarfordelingene på de to spørsmålene blant fastleger med ulik finansieringsmodell.

Figur 3-2: I hvilken grad opplever du å ha a) tilstrekkelig kompetanse og b) tilstrekkelig tid til å lede et team?



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved legekantor i forsøket. Note: a) N = 68 (47 med honorarmodellen og 21 med driftstilskuddsmodellen), b) N = 67 (47 med honorarmodellen og 21 med driftstilskuddsmodellen).

Alt i alt svarte de fleste (>50 prosent) ansatte i spørreundersøkelsen at de opplevde at ledelse av sitt PHT fungerer godt eller svært godt (Appendiks B spørsmål 18, Appendiks C spørsmål 13, Appendiks D spørsmål 17). Andelen fastleger som svarte at det fungerte godt/svært godt var noe høyere for fastleger med honorarmodellen enn med driftstilskuddsmodellen (hhv. 70 og 50 prosent), men det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom svarfordeling og finansieringsmodell. Til sammenligning svarte 86 prosent (96 prosent med honorarmodellen og 71 prosent med driftstilskuddsmodellen) av sykepleierne at de opplevde at ledelse av det enkelte PHT (som de selv inngår i) fungerer godt eller svært godt. Tilsvarende andeler for helsesekretærene var 68 prosent (63 prosent med honorarmodellen og 80 prosent med driftstilskuddsmodellen).

I fritekstsvar i spørreundersøkelsen utdypet fastlegene synspunkter og erfaringer med lederrollen. En lege pekte på at det foreløpig ikke var lagt til rette for å drive teamarbeid, og at det tar tid å få på plass en arbeidskultur for å arbeide teambasert. En annen fastlege opplevde at lederrollen til en viss grad var i konflikt med fastlegerollen, i form av at fastlegene har et selvstendig faglig ansvar for hver sin unike pasientpopulasjon, og at yrket kjennetegnes av friheten til å jobbe på sin egen måte. Flere av fastlegene hadde gode erfaringer med ledelseskurset de hadde deltatt på, og opplevde dette kurset som et svært nyttig grunnlag for ledelse og teamarbeid.

3.2. Teamtilhørighet og roller i teamet

Våre undersøkelser tyder på at ansatte ved legekantorene i forsøket i stor grad opplever å arbeide som et team, men at det er ulike oppfatninger om egen og andres rolle i teamarbeidet på tvers av yrkesgrupper og legekantor.

I spørreundersøkelsen oppga de fleste ansatte ved legekantorene at de opplever å arbeide som et team⁷; andelen som svarte «i stor eller svært stor grad» for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer var 78 prosent, 56 prosent og 51 prosent. De tilsvarende andelene som svarte «i svært liten eller liten grad» var henholdsvis tre prosent, seks prosent og åtte prosent. Fastlegene opplevde således i større grad enn sykepleiere og helsesekretærer å arbeide som et team.

⁷ I spørsmålet som ble stilt ble følgende beskrivelse om teamarbeid oppgitt: «Et team kan generelt defineres som en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå». De ansatte ble deretter spurt om i hvilken grad definisjonen stemmer med måten de jobber som PHT ved sitt legekantor.

I intervjuundersøkelsen har vi prøvd å fange opp hvordan leger, sykepleiere, og helsesekretærer ser sin egen og de andres rolle i PHT. Tidligere forskning om team og tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten, viser at klarhet i teammedlemmers forventninger til hverandre trekkes fram som en viktig faktor for å få til godt samarbeid (Mickan, et al., 2010) (O'Reilly, et al., 2017). Flere studier peker på at det kan være behov for trening i og hjelp til å definere roller i team (Grumbach & Bodenheimer, 2004) (Mickan & Rodger, 2000) (Hannan, et al., 2015). Forskning har videre vist at uklarhet rundt sykepleiernes rolle og praksisområde kan virke hemmende for samarbeidet (McInness et al. 2015). Dårlig forståelse av hverandres roller i team kan føre til konflikt (Harris et al. 2016).

I det følgende beskriver vi ansattes oppfatninger om egne og andres rolle i PHT.

3.2.1. Hvem oppfatter at de har en rolle i PHT?

I spørreundersøkelsen spurte vi alle tre yrkesgrupper om hvem de oppfattet hadde en funksjon eller rolle i PHT ved sitt legekantor. Resultatene avdekker at man da undersøkelsen ble gjennomført våren 2019, var et stykke i fra et mål om at alle ved legekantorene i forsøket oppfatter at de har en rolle i PHT.

De fleste fastlegene (87 prosent) oppfattet at de selv hadde en rolle i PHT, og de fleste oppfattet også at alle de øvrige fastlegene hadde en funksjon/rolle (77 prosent). Sykepleierne hadde til dels ulike oppfatninger om i hvilken grad fastleger hadde en funksjon/rolle; 61 prosent svarte alle fastlegene mens 39 prosent svarte en eller flere av fastlegene. Blant helsesekretærene svarte litt under halvparten (49 prosent) at alle fastlegene hadde en funksjon/rolle i PHT mens 27 prosent svarte en eller flere av fastlegene.

Blant sykepleierne som svarte på spørreundersøkelsen, oppga 83 prosent at de var spesifikt ansatt i PHT, og av disse oppfattet 80 prosent at de hadde en funksjon/rolle i PHT. Blant alle sykepleierne som svarte på spørreundersøkelsen, svarte 75 prosent at de oppfattet at sykepleiere som spesifikt er ansatt i PHT har en funksjon/rolle, og 25 prosent oppfattet i tillegg at alle øvrige sykepleiere hadde en funksjon/rolle. De fleste fastlegene oppfattet også at sykepleiere som spesifikt er ansatt i PHT har en funksjon/rolle (68 prosent), mens bare 29 prosent av fastlegene oppfattet at alle sykepleierne hadde en rolle. Også de fleste helsesekretærene oppfattet at sykepleiere som spesifikt er ansatt i PHT har en funksjon/rolle (70 prosent), mens bare 16 prosent av helsesekretærene oppfattet at alle sykepleierne hadde en rolle.

Blant helsesekretærene svarte 14 prosent at de selv har en funksjon/rolle i PHT, mens 30 prosent svarte at de oppfatter at alle helsesekretærene har en funksjon/rolle. I undersøkelsen ble det gitt anledning til å svare både «meg selv» og «alle helsesekretærene»; andelen som har svart enten «meg selv» eller «alle helsesekretærene» utgjorde 38 prosent. Blant fastlegene oppfattet 46 prosent at alle helsesekretærene hadde en funksjon/rolle, mens 24 prosent oppfattet at en eller flere av helsesekretærene hadde en rolle. Tilsvarende andeler blant sykepleierne var henholdsvis 42 og 31 prosent.

Blant de ulike yrkesgruppene oppfattet majoriteten at pasienten hadde en funksjon/rolle; andelen som svarte dette var henholdsvis 56, 64 og 38 prosent blant henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.

3.2.2. Legerollen

Selv om de fleste fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de oppfattet å selv ha en rolle i PHT, finner vi i intervjudataene et klart skille mellom leger som opplever at de har en tydelig teamlederrolle, og leger som synes at PHT gjør deres rolle uklar. De førstnevnte, involverer sykepleier i sin pasientbehandling i langt større grad enn de sistnevnte.

Legene som opplever at de har en tydelig teamlederrolle, hadde ulik tilnærming i sin samhandling med sykepleier om enkeltpasienter. Noen fortalte at de legger en plan når sykepleier kobles inn, slik at sykepleieren på forhånd vet nøyaktig hva hun skal gjøre og hvordan. Legen er tett på og gjør fortløpende vurderinger basert på sykepleiers arbeid underveis. Andre leger fortalte at de velger ut pasienter, deretter setter de sykepleier på saken som gjøre sine vurderinger, og så jobber de i fellesskap fram hvordan oppfølgingen skal være og eksempelvis hvor ofte pasienten skal til henholdsvis lege og sykepleier. En siste variant er at legen i stor grad overlater kontakten med pasienten til sykepleier og at det er sykepleier som vurderer hva pasienten har behov for og når pasienten trenger

legekontakt. I slike tilfeller er det ikke legen, men sykepleieren som driver arbeidet rundt pasienten fremover. I alle tilfeller opplevde legen at de jobber i team. Mens dette ikke var like åpenbart for sykepleier når det gjelder førstnevnte og sistnevnte eksempel.

Legene som opplevde at de har en tydelig teamlederrolle, erfarte at sykepleierne bidro til kvalitetsheving og i ulik grad avlastning. PHT gir mulighet for økt faglighet. Faste møtepunkt med sykepleier løfter bevisstheten rundt de diagnosene/pasientene som de diskuterer tverrfaglig. En lege mente at det er lettere når man sitter alene å tenke «(ja, ja, pytt, pytt det kolesterolet var litt i overkant)» og ikke gjøre noe mer med det. Han opplevde at når sykepleier involveres i vurderingene, så blir han mer skjerpet og følger retningslinjene bedre enn han gjorde før. Den systematiske PHT-oppfølgningen av kronisk syke pasienter gir tydelig endring. Tidligere var eksempelvis den enkelte leges interesse for diabetes avgjørende for oppfølgingen av pasienter med diabetes, mens nå fanges alle opp.

Legene som opplevde at de har en tydelig teamlederrolle, opplevde ikke å miste noe på bekostning av at sykepleier kommer inn – snarere tvert imot. En eldre lege fortalte at PHT er en av grunnene til at han ser for seg å fortsette som lege i mange år enda. Uten PHT tror han ikke han hadde orket. Han opplever at sykepleier avlastet med de tyngste pasientene «(som holder på å suge meg helt tom for energi)». En annen lege fortalte at både sykepleier og helsesekretær kommer med innspill som gir god dynamikk og ganske ofte gir bedre løsninger. Hun opplever at hun har fått frigjort tid og fått mye mer mot til å gå løs på kompliserte oppgaver.

Leger som oppfattet at de har en uklar rolle i PHT, er også de som i liten grad involverer sykepleier i sitt pasientarbeid. De var opptatt av mulig uheldig fragmentering av ansvar og at PHT kan bidra til at det blir uklart hvem som gjør hva og om det som skal gjøres blir gjort. Disse legene var også opptatt av at det har betydning for dem at de har observert pasienten selv, når det er de som har det medisinske ansvaret. En lege beskrev i denne sammenhengen sykepleieren som en konsulent, noe som kan tolkes som at de i noen grad ser sykepleieren som en utenforstående:

«Det blir mer litt sånn konsulent, man baserer seg på en konsulent istedenfor å stå i det selv da. Men det trenger ikke være noe negativt det altså [...] når man skal liksom stå som ansvarlig så liker man liksom å ha den hands on følelsen da, at det er jeg som har gjort observasjonen selv [...] istedenfor å basere seg på annenhånds opplysninger.»

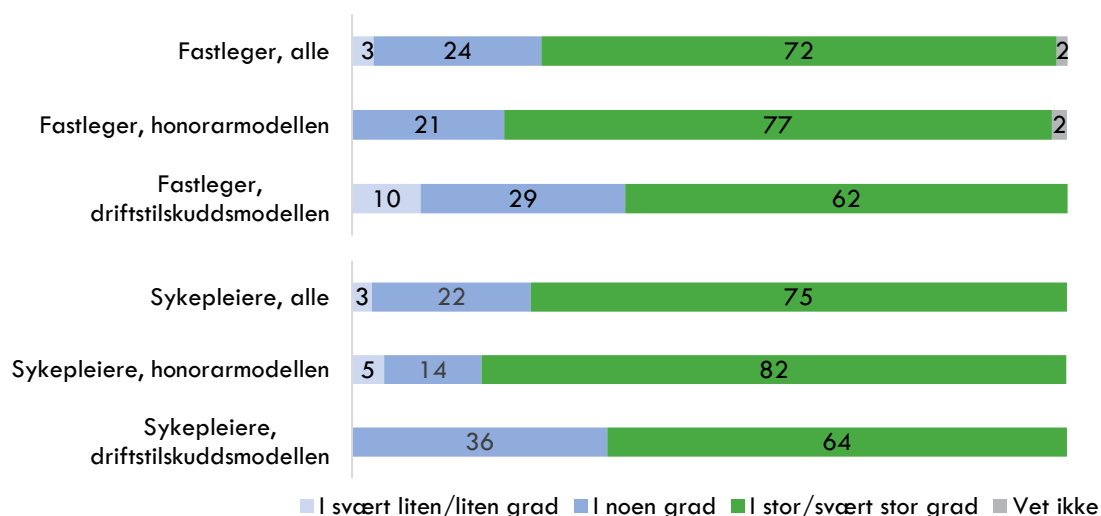
I relasjon til dette var det flere sykepleiere som fortalte om enkeltleger som de mener ikke er vant til å jobbe i team. De er vant til å gjøre det meste selv og ta avgjørelser alene.

Ved oppstart av forsøket fant vi også leger i en mer avventende mellomposisjon. En av dem fortalte at hun ikke har tenkt at hun trenger sykepleier i sin praksis. Men hun er åpen for at de kan ha verdi og at det tar tid å finne ut hvordan man skal bruke dem og å finne ut hvilke pasienter som kan ha nytte av dem. Andre leger fortalte at de opplevde usikkerhet om hvem det er som skal koordinere oppfølgingen av pasienten over tid – om det er dem eller sykepleier.

Hvordan leger og sykepleiere utfyller hverandre

I spørreundersøkelsen oppga de fleste fastleger og sykepleiere at de opplever å utfylle hverandre på en god og hensiktsmessig måte. Andelen som svarer «(i stor eller svært stor grad)» utgjør 72 prosent av fastlegene og 75 prosent av sykepleierne samlet sett. Andelen som svare «(i stor eller svært stor grad)» var noe høyere blant ansatte med honorarmodellen, enn blant ansatte med driftstilskuddsmodellen, men forskjellene var ikke statistisk signifikante.

Figur 3-3: I hvilken grad fastleger og sykepleiere opplever at de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte. Prosentvis svarfordeling.



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved legekontor i forsøket. Note: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte?». Spørsmålet ble gitt til både fastleger og sykepleiere. N = 68 fastleger (47 med honorarmodellen og 21 med driftstilskuddsmodellen), 36 sykepleiere (22 med honorarmodellen og 14 med driftstilskuddsmodellen).

Når det gjelder på hvilken måte fastlege og sykepleier utfyller hverandre, svarte de fleste fastleger og sykepleiere (henholdsvis 72 og 83 prosent) at sykepleier i de fleste tilfeller utfører både oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver (Spørsmål 8 i Appendiks B og C). De resterende svarte at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv (henholdsvis 10 prosent av fastlegene og 6 prosent av sykepleierne), eller at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver, og utfører i liten grad oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv (henholdsvis 15 prosent av fastlegene og 11 prosent av sykepleierne).

De oppgavene som fastlegene i størst grad har delegert fra seg til sykepleiere er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk)/e-konsultasjon, direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (Appendiks B spørsmål 5). Henholdsvis 31 prosent av fastlegene svarte at de i stor eller svært stor grad har delegert denne oppgaven. Fastlegene hadde i liten grad delegert bort tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV).

3.2.3. Sykepleierrollen

Intervjuene avdekket at det er et stort spenn i forventningene til sykepleierne i PHT, noe som kan gjøre rollen utfordrende både å forme og fylle. Spennet i forventninger gjenspeiler trolig de store frihetsgradene som ligger i forsøket med PHT.

Flere sykepleiere fortalte nokså likelydende historier om at det ved starten av forsøket var uklart hvilken rolle de var tiltenkt, men at dette har blitt klarere og har gått seg til etter hvert. For mange av sykepleiere har det vært lite å gjøre i startfasen av forsøket. Det var i startfasen både frustrerende og uvant at den arbeidskapasiteten og kompetansen de har, ikke ble brukt. Flere fortalte at det har vært utfordrende å finne ut hvor mye initiativ de forventes å ta i forhold til legene. En sykepleier fortalte at det har «ligget litt i luften» at hun må være forsiktig og passe på å ikke «trå feil». En annen beskrev startfasen mer som et innsalg:

«så har jo innstillingene vært litt sånn at vi må være på hugget, vi må være frempå, vi må vise oss selv, vi må selge oss selv inn og være initiativrike for å få de pasientene vi har hatt da. [...] Vi har ikke vært tilbakelente og fått de

frembudt for å si det slik. Det har vært en del av jobben vår å selge produktet og få forståelse for produktet. [...] Det har jo vært en utfordring.»

Sykepleiere på legekantor som ikke hadde sykepleiere før forsøket, fortalte at de i stor grad er gitt rom til å forme sin egen rolle i PHT. For noen av sykepleiere som gikk fra rollen som hjelpepersonell på legekantoret til PHT-sykepleier, opplevdes rolleformingen utfordrende både fordi de skulle jobbe annerledes og ha en annen posisjon og relasjon til gamle kolleger. En av sykepleierne sa det slik:

«Men det kan være litt utfordrende å både være, ha vært her lenge og det å være ny, fordi at vi skal være innovative og vi skal jobbe nytt, men samtidig da så gjør vi ting annerledes i de rollene som har vært en medhjelperrolle før.»

For andre sykepleiere har endringen fra hjelpepersonell til PHT-sykepleier, vært mindre utfordrende og i all hovedsak bydd på muligheten til mer selvstendig arbeid enn tidligere.

PHT-lederne ga uttrykk for ulike syn på hvilken rolle de tenker sykepleierne skal fylle. Noen er opptatt av å bruke sykepleiernes spesialkompetanse for å skape et kvalitativt bedre tilbud til spesifikke pasientgrupper, mens andre er opptatt av at de skal utvikle generalistkompetanse som passer med spennvidden i allmennpraksis. Det er stor variasjon også i de øvrige legenes forventninger, både mellom legekantor i forsøket og innad på det enkelte legekantor. I det ene ytterpunktet forventes sykepleier å innta rollen som legens hjelpepersonell og i det andre ytterpunktet en selvstendig og utforskende rolle. Leger som involverer sykepleier i pasientbehandlingen, ser dem typisk som kompetente støttespillere som bidrar til gode medisinske beslutninger, skriver gode og utfyllende notater, kommuniserer bedre med pasientene og er flinkere til å støtte dem i utviklingen av sin egenomsorg enn dem selv. Leger som så langt ikke har brukt sykepleierne i særlig grad og som så langt heller ikke ser noen grunner til det, mener typisk at de ikke har noe særlig å tilføre utover at de skriver gode og utfyllende notater fordi de bruker (altfor) mye tid i konsultasjon med pasientene.

3.2.4. Helsesekretærrollen

Helsesekretærene er tiltenkt en rolle i PHT, men denne var i liten grad beskrevet ved starten av forsøket. Dette gir frihetsgrader i utformingen av rollen, men har også skapt utfordringer og til dels konflikter ved enkelte legekantor i forsøket.

Ved flere legekantor fortalte helsesekretærer at de ikke opplever at de har noen rolle i PHT. De opplever at de gjør den samme jobben som tidligere. Underveis i intervjuene kom det imidlertid fram at en del ting har endret seg som følge av PHT-forsøket. De har fått noe mer å gjøre fordi sykepleier rådfører seg med dem og rekvirerer prøver, men de avlastes samtidig fordi sykepleier i noen grad har tatt over oppgaver som de gjorde tidligere (eksempelvis spirometri). Ved et legekantor var det uenighet blant helsesekretærene hvor noen ønsker utvidede oppgaver og en tydelig rolle i PHT, mens andre ikke gjorde det. Enkelte opplevde at de har mindre kontakt med legene enn før og at henvendelser som tidligere gikk til dem, nå går til sykepleier. Ved legekantor hvor sykepleier som tidligere jobbet i rulling med helsesekretærene har gått over til arbeid i PHT, opplever helsesekretærene at det er blitt mer travelt fordi det ikke er kommet inn noen erstattinger. Flere helsesekretærer fortalte at de har brukt tid til å lære opp nye sykepleiere til å eksemplvis ta blodprøver som de selv tenker at de med sin erfaring og kompetanse kunne gjort bedre. I noen tilfeller har sykepleier tatt over areal som helsesekretærene har disponert tidligere uten at de har fått noe areal til erstatning. Det framgår av intervjuene at helsesekretærer er bedt om å i større grad gjøre skjønsmessige vurderinger og sile henvendelser som kan avklares eller vurderes av sykepleier. Ved mange av legekantorene har sykepleierne overtatt logistikkarbeidet knyttet til avtaler og innkalling av pasienter som får tjenester fra PHT. Det vurderer helsesekretærene i hovedsak som hensiktsmessig. Men i intervjuene kommer det fram at de ikke alltid opplever dette som effektivt. En helsesekretær fortalte om et tilfelle hvor både lege og sykepleier var ny og hvor helsesekretærens kjennskap til pasientene kunne vært utnyttet bedre og hvor de på den måten kunne hatt en mer tydelig rolle i PHT. Flere sykepleiere fortalte at helsesekretærens kjennskap til pasientene ved legekantoret kommer til nytte og ivaretok pasientene i mange situasjoner.

Forholdet mellom sykepleiere og helsesekretærer beskrives i hovedsak som harmonisk og godt, men det er ikke friksjonsfritt alle steder. En sykepleier forteller at helsesekretærene har travle dager. I startfasen har hun ikke hatt så mye å gjøre og kunne ha avlastet dem med og gjort mer spirometri, EKG og blodtrykkmålinger. Men det har ikke vært ønskelig og er litt konfliktfylt fordi helsesekretærene ikke vil miste oppgaver som de syns er spennende.

En PHT-leder fortalte at helsesekretærene hadde myndighet til å gjøre mer enn helsesekretærer ved andre legekantor allerede før PHT, og at de utvikler dette videre med PHT. Alle oppgaver hvor det ikke behøves medisinsk faglig kompetanse blir delegert til helsesekretærene. En annen PHT-leder medga at helsesekretærene ikke er motvillige til å være med i PHT men det at rollen er i liten grad er definert i forsøket oppleves som en utfordring: «Det er god kjemi, men hva skal de gjøre?» En lege fortalte at de på hans kontor har laget en liste til helsesekretærene med henvendelsestyper som i første omgang kan settes til en sykepleier som kan vurdere hvorvidt og når legen må kobles inn. Men at dette ikke har kommet ordentlig i gang enda. Helsesekretærene setter fortsatt pasientene opp hos legen og glemmer å vurdere om dette kan gå via sykepleier først. Legene mener at de er i en overgangsfase og at det vil ta litt tid før helsesekretærene er innkjørt i tankegangen.

Ved et legekantor har man som del av PHT-forsøket, inkludert helsesekretærer i den systematiske PHT-oppfølgningen av diabetes- og KOLS-pasienter sammen med sykepleiere. To helsesekretærene jobber med diabetes-pasienter og to jobber med KOLS-pasienter. Sykepleierne og helsesekretærene deler pasientene mellom seg og har enkeltkonsultasjoner med dem. Dette er en økonomisk utfordring for legekantoret fordi de ikke kan ta noen konsultasjonstakst for helsesekretærenes arbeid. De taper i realiteten penger på dette, men gjør det for å søke å gi helsesekretærene en rolle i PHT. PHT-leder fortalte at det ville vært en bedre løsning om sykepleier og helsesekretær kunne jobbet i team, men at det ikke har vært mulig å få til fordi det er stor motstand blant helsesekretærene mot å innta rollen som hjelpepersonell for sykepleier:

«de vil ikke gå inn på primærhelseteamsykepleierne sine vilkår og være en håndlager for primærhelseteam. [...] de kunne jobbet i team med sykepleier [...] i forhold til å utløse takster, men der har helsesekretærene vært blankt negative. Det deltar de ikke i.»

PHT-lederen utdyper videre innholdet i denne motstanden som en grunnleggende utfordring for PHT hvor løsningen etter hans mening synes å være profesjonsnøytrale takster:

“Du får aldri primærhelseteam til å fungere rundt, skikkelig rundt om på kontorene hvis ikke også arbeidet fra helsesekretærene kan utløse takster. Da blir det bare en pariakaste som skal brukes bare for å legitimere på en måte litt, at de skal være delaktige. Og det blir de ikke så lenge som ikke dette der er systematisert på en måte og at det er helt lov å bruke takstsystemet for begge, for eksempel i et samarbeid. Og derfor så er helsesekretærene altfor lite i bruk her hos oss, og det skaper et todelt system som vi merker litt hele tiden, ligger og ulmer litt. [...] Det er bedre enn det var, men vi merker det hele tiden når det kommer opp igjen, at her har du en spenning.”

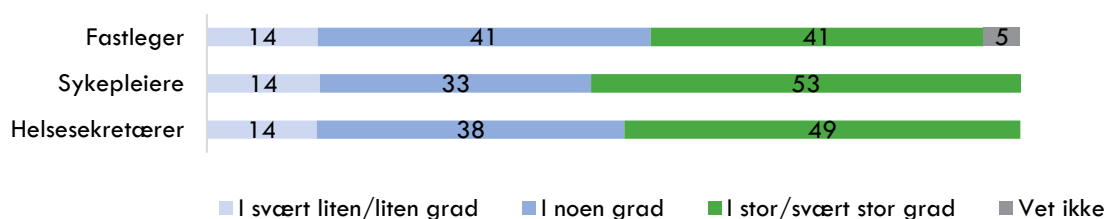
Intervjuene ga videre eksempler på forsøk på å inkludere helsesekretærene i PHT som ikke har vært særlig vellykket. En PHT-leder fortalte at de ved oppstart av forsøket bestemte at to av helsesekretærene skulle ha hovedansvar for helsesekretærenes deltakelse i PHT. I følge PHT-lederen ble det gitt tydelig beskjed til disse to fra de øvrige helsesekretærene at det var viktigere at de «gjorde jobben sin fremfor å bare sitte i møter». Det å delta i PHT ble oppfattet som illojalt. Ordningen ble avsluttet. Et annet eksempel fortalte en sykepleier om. Vedkommende fikk beskjed av en lege om å be helsesekretærene ringe diabetespasienter fra en liste med 400 navn, da ble det full skjæring:

«Her kommer sykepleieren og tror at hun kan generere masse arbeid til oss og det ble dårlig stemning, rett og slett. Så det, der, det har vi vel ikke fulgt opp så mye akkurat den da.»

Hvordan sykepleier og helsesekretær utfyller/kompletterer hverandre

Spørreundersøkelsen avdekket at om lag halvparten av ansatte ved legekantorene opplever at sykepleier og helsesekretær utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte (Figur 3-4). Andelen som svarer «(i stor eller svært stor grad)» utgjorde henholdsvis 41, 53 og 49 prosent av fastlegene, sykepleierne og helsesekretærene. I alle yrkesgruppene var det 14 prosent som svarte «(i svært liten eller liten grad)». De ansatte ble i tillegg spurt om hvordan de opplever at samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær i PHT fungerer. De fleste svarte at de opplevde samarbeidet som godt eller svært godt (66 prosent av fastlegene, 78 prosent av sykepleierne og 84 prosent av helsesekretærene), mens svært få svarte at det fungerte dårlig eller svært dårlig (6 prosent av fastlegene, 3 prosent av sykepleierne og ingen av helsesekretærene).

Figur 3-4: I hvilken grad ansatte på fastlegekontor opplever at sykepleier og helsesekretær i PHT utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte. Prosentvis svarfordeling.



Note: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte?». Spørsmålet ble gitt til både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. N = 66 fastleger (47 med honorarmodellen og 19 med driftstilskuddsmodellen), 36 sykepleiere (22 med honorarmodellen og 14 med driftstilskuddsmodellen), 37 helsesekretærer (27 med honorarmodellen og 10 med driftstilskuddsmodellen)

Fastleger og helsesekretærer ble også spurt om på hvilken måte helsesekretærene har en funksjon/rolle i PHT ved sitt legekontor. Blant helsesekretærene svarte om lag halvparten (49 prosent) at de arbeider på samme måte som før PHT-organiseringen. Om lag en tredjedel (32 prosent) svarer at de stort sett arbeider på samme måte som før PHT-organiseringen, men at de har fått noen nye oppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver. De resterende svarer at de enten arbeider på en ny måte (14 prosent) eller har mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier (5 prosent). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom svarfordelingen blant ansatte ved legekontor med honorarmodellen sammenlignet med driftstilskuddsmodellen. Fastlegene hadde en tilsvarende svarfordeling (Appendiks B, spørsmål 11).

3.2.5. Er det noen form for rolle eller kompetanse som mangler i PHT?

I spørreundersøkelsen var det om lag en tredjedel av fastlegene og sykepleierne opplevde at det manglet noen form for kompetanse i PHT. Dette gjaldt 29 prosent av fastlegene, 39 prosent av sykepleierne og 16 prosent av helsesekretærene. Over halvparten (51 prosent) av helsesekretærene svarte imidlertid «Vet ikke» på dette spørsmålet.

Blant fastlegene som svarte «ja» på spørsmålet om manglende kompetanse og utdypet nærmere, svarte flere at det manglet kompetanse innen psykologi/kognitiv terapi og teamarbeid/teamledelse. Andre former for kompetanse som ble nevnt var farmakologi, ernæringsfysiologi, rus, KOLS og sosionomfaglig kompetanse. Blant sykepleierne som svarte «ja» og utdypet nærmere, svarte flere at det manglet kompetanse innen psykologi og ledelse, samt at det mangler psykiatrisk sykepleier. Det ble også nevnt at man kunne hatt sykepleier med videreutdanning relatert til ulike pasientgrupper (eldre) og diagnoser (som diabetes og KOLS). Flere sykepleiere skrev også at det har vært liten vilje til å bruke ressurser på å sende sykepleiere på kurs. Blant helsesekretærene som svarte «ja» og utdypet nærmere, svarte flere personer at det manglet kompetanse innen psykologi og oppfølging av personer med kronisk sykdom og sammensatte behov.

3.3. Relasjoner og tillit i teamarbeidet

Forskningslitteraturen om teamarbeid peker på viktigheten av relasjonelle faktorer som gjensidig respekt og tillit til andre profesjoner (Pullon 2008, Hall 2009, McInnes et al. 2015, Pullon et al. 2009), at man kjenner de man jobber med (Doekhie et al 2017), at man kjenner seg trygg i teamet (Pullon et al. 2009), og verdsetter andre profesjoners synspunkter (Pullon et al. 2009) som forutsetninger for at teamarbeid skal fungere godt. En studie fra New Zealand (Pullon 2008) pekte på at tillit i PHT er en kvalitet som den enkelte sykepleier må gjøre seg fortjent til av legene. Den bygges opp mellom enkeltindivid, i motsetning til «trust banking» som det vises til fra sykehus, hvor sykepleiere kontinuerlig bygger opp tillit hos leger slik at nye sykepleiere etter hvert automatisk får legers tillit. I intervjuene er særlig tillitsforholdet mellom leger og sykepleiere berørt. Intervjuene avdekket spredte eksempler på at nye sykepleiere kan nyte godt av «trust banking» ved legekontor som hadde sykepleiere også før forsøket. Men i hovedsak synes det som tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT. En av sykepleierne beskrev tillit på denne måten:

«Tillit er jo ikke noe man går og kjøper eller gir bort, det er jo ikke noe vi bestemmer oss for, det er noe vi må bygge gjennom å bevise at vi står for det vi sier og at vi da ikke sier mer enn det vi står for og alt det der. Så da må kart og terreng stemme litte grann, da bygger vi tillit.»

Ved de fleste legekontor i forsøket fortalte både leger og sykepleiere at sykepleierne har måttet jobbe for å få tillit fra legene. En PHT-leder ved et legekontor som ikke hadde sykepleiere før forsøket, fortalte at sykepleierne må jobbe opp tillit fordi de er en ny gruppe, de har en individuell kompetanse, legene var usikker på hva de kunne gjøre og man måtte bli kjent. Flere leger la vekt på at man blir kjent med sykepleierne og opparbeider tillit til dem parallelt. En lege var klar på at hvis sykepleier ikke er faglig flink eller ikke har innsikt til å se og snakke om sine egne faglige begrensninger, så vil det redusere deres tillit til dem. Tilliten til sykepleier handlet om å kjenne til hvilken kompetanse de har, hvilke begrensninger de har og hvordan rollene dem imellom skal fordeles. En lege snakket om at tilliten går, og må bygges, begge veier:

«Tillitsforhold og relasjoner blir bare bedre og bedre når vi ser hvor vi står; både at sykepleieren ser hva legen står for og motsatt.»

Noen av sykepleierne snakker om tillit på samme måte som legene. Disse sykepleierne snakket om at de opplevde å ha god tillit hos den enkelte lege, de blir hørt og samarbeider godt, og at det er viktig at de tar sin plass og tørr å utfordre legen når de er uenig. Mange av sykepleierne hadde imidlertid opplevd at det var forskjell på legene internt på legekantoret. Noen av legene oppfattes å mangle interesse for PHT. Da er det vanskelig å bygge et tillitsforhold.

En sykepleier fortalte at hun i starten måtte bruke veldig mye tid på hver enkelt av de relativt mange legene på legekantoret og vise dem hva hun kunne gjøre. De fleste var veldig skeptiske og noen rett og slett negative i starten. Men dette har endret seg: «Den mest negative i starten er nesten den mest positive nå.» Sykepleieren opplevde denne prosessen som veldig krevende og slitsomt. Nå har hun opparbeidet seg den faglige forståelsen og respekten og legene har oversikt over hvordan hun jobber. Hun tror det har gjort det litt enklere for de sykepleierne som startet etter henne (jfr. trust banking). En annen sykepleier opplevde at hun hadde legenes tillit fra starten og at det har vært opp til henne å leve opp til denne tilliten og stille spørsmål når hun har vært usikker. Hun fortalte at hun og hennes sykepleierkollega har møtt leger som har vært positive til PHT og mente at de har vært heldige sammenliknet med andre sykepleiere i forsøket som er blitt møtt med skepsis og negativitet av leger. Sykepleieren snakket slik om tilliten fra legene:

«Jeg har jo inntrykk av at når vi begynte så var, ja at de var positive, at de heller tenkte at dette skal gå bra og sånn. Hvis vi beviste det motsatte så var det

heller et problem, eller sånn, jeg tenker de hadde tillit til at vi gjorde den jobben og så fikk de jo se hvordan det gikk på en måte.»

En tredje sykepleier mener at det burde vært mer klarlagt før hun kom hva hun skulle gjøre. Hun opplevde at en del av legene ikke har vært særlig forberedt til de møtene de har hatt og at det av den grunn har tatt lang tid å etablere et tillitsforhold.

Flere sykepleiere snakket om utfordringer knyttet tillit og vikarleger. Når vikarlegen hverken kjenner sykepleiers kompetanse eller pasientenes plager og behov, utfordres sykepleierens tillit til legen. Det å kjenne hverandre, er en forutsetning for tillit. En sykepleier sa det slik:

«Du holder litt mer tak i de pasientene som kanskje trenger det da. Det er jo ikke mange, men det er par, tre stykker som på en måte ikke tar kontakt selv, men som trenger en del oppfølging. Og de detter jo på en måte litt av lasset når det kommer sånne vikarleger som ikke kan ha oversikt på de samme måte, når de ikke bestiller time selv.»

En PHT-leder fortalte om litt manglende tillit mellom vedkommende og legene. Legene manglet tillit til at PHT-lederen bruker tiden sin rett, mens PHT-lederen har manglet tillit til at de øvrige legene er dedikerte til prosjektet. De har brukt tid på å bygge gjensidig tillit og PHT-lederen tror at dette er i ferd med å snu.

3.4. Oppfølging av listeinnbyggere i PHT

3.4.1. Arbeidsmåter med PHT

Listeinnbyggere mottar oppfølging fra PHT på hovedsakelig tre ulike måter som kan betegnes som: 1) legedefinerte ad hoc-oppdrag, 2) systematisk PHT-oppfølging og 3) annen PHT-oppfølging. I det videre beskrives disse.

Legedefinerte ad hoc oppdrag

Ved alle legekantor foregår innlemming av pasienter til PHT ved at den enkelte lege vurderer at det er nyttig å trekke sykepleier inn i oppfølging og/eller behandling av enkeltpasienter. Dette gjøres med utgangspunkt i mange ulike problemstillinger. For å gi noen få eksempler; i tilfeller hvor legen gjør medisinsforandringer og delegerer monitorering av virkningene til sykepleier, hvor pasienter har behov for livsstilsendringer som å gå ned i vekt, hvor det er behov for å gjøre kartlegging av en pasients hjemmesituasjon eller følge opp syke pasienter hjemme. I de tilfeller psykiatrisk sykepleier inngår i PHT, delegerer legen gjerne oppfølging med støttesamtaler til sykepleier.

Denne typen PHT-arbeid kjennetegnes ved at det er legen som i det enkelte tilfelle, definerer hva sykepleieren skal gjøre. Ikke nødvendigvis i detalj. Sykepleier har gjerne store frihetsgrader og delegasjonen er ofte basert på at sykepleier har særlig kompetanse for oppdraget. Dialogen og vekslingen mellom lege og sykepleier skjer fortløpende og pasienttilpasset. Dette er ledelse av mikroteam i praksis (jfr. Figur 4-1).

Intervjuene har avdekket tilfeller hvor leger har ønsket å delegerer utredning og støttesamtaler til sykepleiere uten formell kompetanse eller erfaring fra psykiatrifeltet. Her har tilbakemeldingen fra sykepleierne vært at de ikke tar på seg slike oppgaver uten nødvendig kompetanseheving. Det finnes også eksempler i forsøket på at sykepleier bare gjør denne typen arbeid på delegasjon fra leger, nærmest som poliklinisk virksomhet.

De legedefinerte ad hoc oppdragene er gjerne tidsavgrenset (med en start og en slutt). De kan omfatte oppgaver av høyst ulikt omfang og innhold. Selv om denne arbeidsmåten gjenfinnes på alle legekantor, så er det langt fra alle leger som jobber sånn. Ved de fleste legekantor var det våren 2019 leger som ikke jobbet på denne måten. Fordi denne arbeidsmåten er legestyrte og avhengig av legenes preferanser, så genererer den ikke nødvendigvis noe stort volum av arbeid til sykepleier.

Systematisk PHT-oppfølging

Systematisk PHT-oppfølging er basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med et spesifikt kjennetegn, eksempelvis en diagnose eller et aldersnivå. Systematiske søk foregår enten manuelt eller digitalt i journalsystemet. Ved det enkelte legekantor utformes gjerne en skriftlig mal for oppfølgingen og behandlingen som PHT skal gi til pasienter med dette kjennetegnet. Malen spesifiserer hvilke oppgaver som skal gjøres, hvem som skal gjøre dem og når de skal gjøres. Her framgår gjerne vekslingen mellom lege- og sykepleieroppfølging. Malene har ulik detaljeringsgrad og er ofte basert på nasjonale veiledere. I flere tilfeller har man også hentet erfaringer fra andre legekantor i forsøket i utformingen av dem.

Malene er i større eller mindre grad utarbeidet i fellesskap mellom leger og sykepleier(e) ved det enkelte legekantor. I intervjuene kom det gjerne fram litt ulik oppfatning mellom leger og sykepleiere om hvem som har stått for utarbeidelsen og vært den drivende part.

Systematisk PHT-oppfølging foregikk våren 2019 ved ni av 13 legekantor i forsøket og tilbys eksempelvis listeinnbyggere med en kronisk sykdomsdiagnose som diabetes (8 legekantor), KOLS (7 legekantor) eller astma (3 legekantor), listeinnbyggere over 75/80 år (4 legekantor) og listeinnbyggere med behov for antipsykotiske depotinjeksjoner (1 legekantor).

Systematisk PHT-oppfølging starter typisk med at aktuelle listeinnbyggere innkalles til en årskontroll hos sykepleier hvor legen kobles på ved behov. Intervjuene avdekket at det ved flere legekantor i forsøket ikke er helt klart hvordan det videre oppfølgingen etter den første årskontrollen skal være. Det gjenstår med andre ord noe utviklings-/struktureringsarbeid før man kan kalle det som foregår et systematisk PHT-oppfølgingsforløp. Men det er gjerne dette man har ambisjoner om å etablere.

Det er gjerne oppnådd konsensus blant legene på det enkelte legekantor om systematisk PHT-oppfølging for spesifikke pasientgrupper. Sykepleierne har en viktig rolle i å rekruttere pasienter inn i opplegget og følge dem opp videre basert på den enkeltes behov. Intervjuene avdekker at det i startfasen av forsøket har vært ulik involvering i, og engasjement for, den avtalte systematiske PHT-oppfølgingen blant legene. Konsensusen som er oppnådd, har gitt rom for at PHT-leder kan sørge for at det gjøres systematiske søk og uttrekk fra den enkelte leges liste og for at sykepleier i sin tur kan ta ansvar for oppstart og videre koordinering av den systematiske PHT-oppfølging og inkludere legekantorets listeinnbyggere raskt, uten å måtte vente på at leger aktivt skal koble på sine listeinnbyggere. Ledelsen av den systematiske PHT-oppfølging kan ses som ledelse på systemnivå.

Informantene så etableringen av systematisk PHT-oppfølging for utvalgte pasientgrupper dels som en kvalitetsforbedring og dels som et grep for å sikre at sykepleierne har noe å gjøre. En PHT-leder fortalte at han hadde håpet at teamarbeidet mellom leger og sykepleiere ville vokse fram mer organisk ut fra behov som legene så, og generere ad-hoc oppdrag som beskrevet over. Det skjedde ikke. Han begrunnet igangsettingen av systematisk PHT-oppfølging ved legekantoret slik:

«Vi nådde en slags grense for hvor lenge vi kunne fortsette å være søkende og oppleve at vi ikke var ordentlig, altså i gang.»

Annen PHT-oppfølging

Det vi har valgt å kalle annen PHT-oppfølging omfatter på den ene siden sykepleierinitiert arbeid og på den andre siden arbeid hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser utenfra som angår legekantorets listeinnbyggere. I sistnevnte tilfeller kan dette dreie seg om henvendelser fra listeinnbyggere selv, hjemmetjenesten, pårørende eller andre aktører som i hovedsak går via helsesekretær til sykepleier. Henvendelsene kan dreie seg om høyst ulik problematikk. Intervjuene avdekket at ved tre av legekantorene i forsøket er det en relativt innarbeidet rekrutteringsstrategi til PHT at helsesekretærene basert på eget skjønn, siler henvendelser om medisinske forhold til sykepleier som utreder og kobler på pasientens lege ved behov. Ved andre legekantor ønsker man en slik praksis, men hadde foreløpig ikke lyktes med å endre helsesekretærenes tilvante arbeidsmåte med å kanalisere henvendelser utenfra direkte til lege.

Arbeid med livsstilsendringer er eksempel på sykepleierinitiert arbeid. Det har gjerne sitt opphav i den systematiske PHT-oppfølgingen hvor sykepleier eksempelvis vurderer at diabetespasienter kan ha nytte

av å gå ned i vekt. Sykepleier initierer sammen med pasienten et opplegg for vektreduksjon, og motiverer og veileder pasienten gjennom opplegget og kobler legen på ved behov. Det er også eksempel på at det er etablert eller planlegges lavterskel trimgrupper initiert og ledet av sykepleier for pasienter med eksempelvis en KOLS- eller diabetesdiagnose.

3.4.2. Beslutninger om oppfølging av enkeltpasienter

Intervjuene avdekket at leger og sykepleiere er samstemte om at legen har det medisinske ansvaret for pasientene som følges opp av PHT og står ansvarlig for de medisinske beslutningene som tas. Det synes i hovedsak å være klare og avklarte begrensninger knyttet til hva sykepleier har kompetanse og «tillatelse» til å beslutte på egenhånd. Både leger og sykepleiere, trakk særlig fram at beslutninger om medisiner er legens anliggende. Men det finnes eksempler hvor både leger og sykepleiere fortalte at sykepleier ofte kommer med forslag om å legge til, fjerne eller endre medisiner. Særlig gjelder dette medisiner for diabetes og KOLS. En lege fortalte at han ser positivt på innspill fra sykepleierne fordi de er godt oppdatert, og gjerne mer oppdatert enn han selv, på nye medisiner.

Flere leger snakket prinsipielt om beslutninger som et ansvar som ligger til fastlegerollen og som et ansvar pasientene forventer at fastlegen ivaretar. En lege formulerte seg slik:

«Pasientene kommer for å få en fastlegevurdering. [...] Verdien av å ha en fastlege er jo nettopp at det er fastlegen som har det store overblikket, og hvis vi begynner å utdelegere for mange av beslutningene så mister fastlegen litt av akkurat den rollen da.»

Blant legene som opplevde at de har en tydelig teamlederrolle, var det både leger som mente at det er de som i all hovedsak tar beslutninger om pasienter som følges opp av PHT og leger som mente at de oftest tar beslutninger sammen med sykepleier. Flere av legene som mente de tar beslutninger om pasienter i PHT på egenhånd, fortalte at de i stor grad støtter seg på sykepleierens observasjoner og vurderinger. Sykepleierens oppgave er å bidra til å samle informasjon som kan gjøre disse beslutningene best mulig. En lege formulerte seg slik om sykepleiers innvirkning på beslutninger:

«hun er jo på en måte mine øyne og ører, og så tar jeg beslutninger».

Sykepleiere så typisk beslutningene mer som et resultat av samarbeid. En av dem formulerte seg slik:

«Jeg synes vi har godt samarbeid, men det er jo de som er medisinsk ansvarlig [...] men vi samarbeider rundt pasienten veldig godt, det synes jeg. [...] Jeg føler jo ofte at det er i fellesskap, at vi egentlig har snakket oss fram til det.»

En sykepleier fortalte at hun gjerne skriver i sitt journalnotat hva hun tenker kan være hensiktsmessig for pasienten og at det gjerne blir slik hun har tenkt. Hun kommer med forslag, men det er legen som avgjør. Hun forteller at hun som regel leser i pasientens journal hva legen har besluttet for å finne ut av hvordan de tenker i forhold til henne. Hun synes det er lærerikt hvis det er kompliserte tilfeller. Ved årskontrollene handler det ofte om beslutninger knyttet til medisiner. Da er det legen som avgjør. Men i tilfeller hvor det er mer komplekse problemstillinger for eksempel med hjemmeboende eldre, så kan det bli mer diskusjon og rom for sykepleierne til å komme med innspill.

En sykepleier fortalte at hun tar beslutningen på egenhånd om hvordan hun skal organisere insulinoppstart for en diabetespasient. En annen fortalte at det er godt beskrevet i de nasjonale retningslinjene hvordan eksempelvis ulike målinger bør være for en godt regulert diabetes sykdom og at dette er noe hun legger til grunn i rådføringen med legen om den videre oppfølgingen av pasientene. Sykepleieren tar beslutninger knyttet til behov for livsstilsendringer hvor hun basert på sin egen kompetanse forslår ulike opplegg eksempelvis for diabetespasienter. Sykepleieren fortalte at det hender at hun foreslår ting som i første omgang ikke blir tatt helt godt imot av legene, men at det ikke er ofte de er uenige med legene. Hun nevner lærings- og mestringskurs for diabetespasienter som et

eksempel. Når sykepleier ber legen om å henvise pasienten – dette er diskutert med pasienten og de vil det selv – så gjør de fleste det. Men hun fortalte:

«Det har vært et par episoder der det blir litt sånn fnyst av, at det er liksom ikke nødvendig. De har liksom ikke sett det behovet da fordi at de føler at de har hatt kontroll på det her før.»

En lege fortalte at i forbindelse med støttesamtaler, tar sykepleier og pasient ofte beslutninger uten at han involveres, for eksempel om å avslutte samtalen. Det mener legen at de har kompetanse til.

3.5. Kommunikasjon og samarbeidsstrukturer

Forskningslitteraturen om team peker på at det er viktig med god, åpen (Pullon, et al., 2009), hyppig (Leach, et al., 2017) og effektiv kommunikasjon (Grumbach & Bodenheimer, 2004) (Molyneux, 2001) (McInnes, et al., 2015). Slik kommunikasjon kan foregå på mange ulike måter. Intervjuundersøkelsen avdekket økt møteaktivitet etter at forsøket med PHT ble satt i gang. Ulike typer regelmessige møter omfattet enten:

- Hele personalet
- Kun leger
- Leger og sykepleiere
- PHT-leder og sykepleier(e)
- Kun sykepleiere

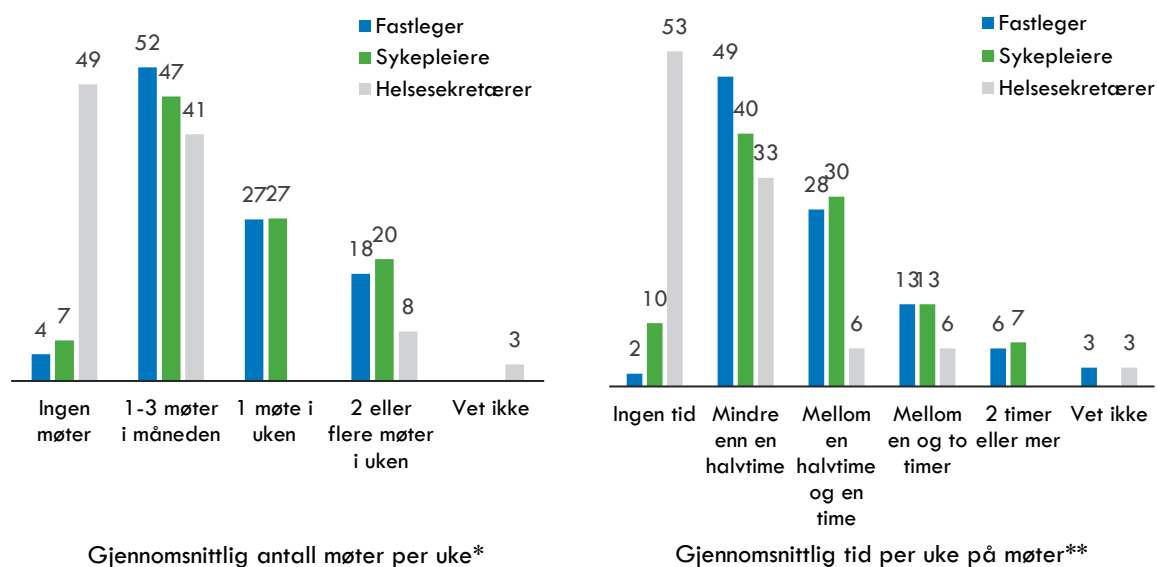
I tillegg foregikk det fortløpende lege-sykepleierkommunikasjonen både formelt og uformelt.

3.5.1. Omfang av møtevirkosmhet i PHT

Data fra spørreundersøkelsene til ansatte på fastlegekontor tyder på at møtevirkosmhet der temaet er knyttet til PHT i de fleste tilfeller begrenser seg til ett møte i uken eller sjeldnere, og at tidsbruken per møte er inntil en time (Figur 3-5). Om lag halvparten av de ansatte (hhv. 52, 47 og 41 prosent av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer) svarte at de hadde 1-3 møter i måneden knyttet til PHT. 27 prosent av både fastlegene og sykepleierne svarte at de hadde 1 møte i uken. Blant helsesekretærene, derimot, var det 49 prosent som svarte at de ikke hadde noen møter knyttet til PHT og tilsvarende 53 prosent svarte at de ikke brukte noe tid på møter.

Blant ansatte som brukte tid på møter svarte de fleste at de brukte enten mindre enn en halvtime (hhv. 49, 40 og 33 prosent av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer) eller mellom en halvtime og en time (hhv. 28, 30 og 6 prosent av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer) per uke. Det var ingen signifikante forskjeller mellom svarfordelingene på de to spørsmålene blant fastleger med ulik finansieringsmodell. Vi undersøkte også omfanget av samarbeidsmøter med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester blant fastlegene (Appendiks B spørsmål 14 og 15). De fleste (38 prosent) oppga å ha mindre enn ett møte i gjennomsnitt per måned, mens om lag 30 prosent hadde 1-2 møter.

Figur 3-5: Omfang av møtevirksomhet der temaet er knyttet til PHT



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved legekantor i forsøket, våren 2019. Note: *Spørsmålet i undersøkelsen var: Hvor mange møter har du i gjennomsnitt per uke med sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? N = 68 fastleger, 36 sykepleiere og 37 helsesekretærer. ** Spørsmålet i undersøkelsen var: Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med fastlege/sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? N = 68 fastleger, 35 sykepleiere og 36 helsesekretærer.

3.5.2. Type møter ved legekantorene som deltar i PHT-forsøket

Mickan og medarbeidere (Mickan, et al., 2010) fremhever viktigheten av dedikert tid avsatt til jevnlig teammøter. Generelt viser intervjuundersøkelsen at møteaktiviteten har økt ved alle legekantorene som deltar i PHT-forsøket, utenom ett. Dette skyldes i første rekke at nye typer møter er innført. I tillegg har internundervisningen fått et oppsving ved enkelte kontorer. Ved det ene kontoret som ikke har økt møtevirksomheten, peker man på at mange lange møter er både uhensiktsmessige og tunge.

Intervjuundersøkelsen viser at ved de 13 legekantorene er det satt av varierende tid til mange ulike typer møter (Tabell 3-1). Dette inkluderer både møter hvor PHT er tema – og andre møter. Møtene kan litt forenklet plasseres i sju kategorier, som i tabellen under. Det er variasjon med hensyn til hvilke grupper som er møtedeltakere, hvor ofte møtene holdes, og ved hvor mange legekantor møtene forekommer. Ingen av legekantorene hadde regelmessige møter som omfattet fastlege, sykepleier og helsesekretær.

Tabell 3-1: Møtestruktur ved legekantor som deltar i PHT-forsøket

Møtedeltakere	Møtefrekvens	Forekommer på antall legekantor
Hele personalet	1-4 g/mnd	8-9
Legemøte	1 g/uke, 1 g/mnd	6, 7
Alle leger og PHT-sykepleiere	2 g/u, hver 2.uke, 1 g/mnd	4
Internundervisning for alle	1 g/u, hver 2.uke	4
PHT-leder og sykepleiere	1 g/ uke, hver 2. uke, hver 6. uke	5
Enkeltleger og sykepleier	En gang per uke, eller Ad hoc	2-5
Sykepleiermøte (alle PHT-sykepleierne)	1 g/u	5
		1

Kilde: Intervjuer med ansatte på legekantor i forsøket, våren 2019.

Åtte av 13 legekantor beskriver at de har faste møter for hele personalgruppen, og et niende kontor var i ferd med å starte med slike møter da intervjuene ble gjennomført. Slike møter beskrives som enten personalmøte, felles fagmøte, kvalitetsmøte eller internundervisning. De foregår ved noen kontor hver uke, og ved andre kontor annenhver uke eller hver måned. Disse møtene handler for to kontorer om PHT-forsøket eller om hvordan man skal jobbe sammen i PHT, og ellers ikke om PHT. Andre felles møtepunkter som nevnes ved noen legekantor er at man bruker lunsjen aktivt til informasjonsutveksling (et kontor har obligatorisk oppmøte i lunsjen for alle), og enkelte har felles morgenkaffe/morgenmøte.

Seks av 13 legekantor beskriver at de har faste legemøter en gang i uka, i tillegg nevnes det ved ett kontor at de har styremøte med alle legene en gang per måned. Ved ett kontor har sykepleierne PHT-sykepleiermøte hver uke, hvor de planlegger ukas møte med PHT-leder. Fire av 13 legekantor beskriver at de har møte for leger og PHT-sykepleier(e) enten to ganger i uka, annenhver uke eller hver måned. Dette kan være fast legemøte hvor nå også PHT-sykepleier deltar, eller et nytt møte hvor man for eksempel fokuserer på kasuistikker, planer og oppfølging, eller det er åpent for hvilke tema sykepleier(e) ønsker å ta opp. Ved fire legekantor er det fast internundervisning for alle ansatte enten hver uke eller annenhver uke. Her er det åpent for ulike tema, og ett kontor har PHT som tema regelmessig. Ved fem legekantor er det faste møter mellom PHT-leder og sykepleiere enten hver uke, annenhver uke, eller hver sjette uke.

Ved de aller fleste legekantorene er det enten ad hoc-møter eller faste møter mellom sykepleier og enkeltleger. Dagsorden er som regel oppfølging av enkeltpasienter, eventuelt gjennomgang av legens liste, eller at legen stiller seg tilgjengelig for faglige spørsmål fra sykepleierne. Ved fem legekantor er ordningen slik at det skal eller kan være slike møter en gang i uka, ved fem andre kontor er ordningen at det kan være ad hoc møter ved behov. Ved to legekantor gjennomførte alle legene slike møter en gang i uka, ved de øvrige er inntrykket at forekomsten av slike møter er veldig varierende eller at få leger hadde slike møter. Ett legekantor har som mål å ikke bruke tid på denne typen møter, og ønsker heller å dele informasjonen raskt i konsultasjonsvirksomhet eller med lynmeldinger.

I samsvar med resultater fra spørreundersøkelsen bekrefter helsesekretærer ved flere legekantor i intervjuer at de i liten grad er med på møter som gjelder PHT, foruten internundervisning.

3.5.3. Endring i strukturer og møteaktivitet ved innføring av PHT

Ved flere kontor beskriver de at de nå er i en fase hvor de ser behov for faste og tettere møtepunkt. Ved legekantorene har man prøvd seg frem på ulike måter for å etablere nye møtestrukturer og utvikle kommunikasjonen mellom fastleger og PHT-sykepleier. For eksempel er det ved ett kontor muligheter for å «takste» (på prosjektmidler fra Helsedirektoratet) de ukentlige møtene mellom fastlege og PHT-sykepleier. Ved et par kontorer har PHT-leder gått foran og satt av ikke bare ukentlig møtetid med PHT-sykepleier, men også inkludert en bufferkapasitet for å være sikker på å ha tid nok. Ved ett kontor startet man ut med daglige morgenmøter, men erfarte at to ganger i uken var nok.

Det er ulike signaler på hvordan informantene vurderer behovet for at helsesekretærene skal være møtedeltakere. En sykepleier begrunnet hvorfor helsesekretærene burde delta i mer strukturerte og jevnlige møter om PHT:

«Jeg tror det gjør at de føler seg mindre involvert i prosjektet, at ikke de er med på noe sånn strukturert rundt det. De sitter jo med mye informasjon om pasientene fordi at de møter de i luka, så jeg tror de føler at de har mer å bidra med enn det som de får muligheten til å bidra med når de ikke er med i møtene.»

Endringene i kommunikasjons- og samarbeidsstrukturer ved innføring av PHT kan i noen grad ses på som del av mer dyptgripende endringer. Ved et privat kontor har man parallelt med innføringen av PHT også begynt å sette ferieavvikling og sykefravær på dagsorden, og det beskrives som «liksom bølgeskulpene av at vi har begynt å tenke litt annerledes da at vi også har fått på plass litt mer sånn struktur i driften for øvrig». Hvis man ser noen flere år tilbake i tid, har det for enkeltkontor skjedd andre store endringer som gjelder struktur og ledelse, som ikke er direkte knyttet til PHT-forsøket. Ved ett kommunalt kontor har man på få år gått fra en situasjon hvor det kanskje ikke engang var eget budsjett, planer eller leder for legekantoret, til innføring av PHT, noe som krever et utviklet samarbeid og kommunikasjon på legekantoret.

3.5.4. Lege-sykepleierkommunikasjon utenom møtene

I litteraturen om teamarbeid pekes det ikke bare på viktigheten av å sette av tid til møter. Den beskriver hvordan man gjennom den jevnlige kommunikasjonen og deling av ressurser lærer å forstå og respektere andres bidrag (f eks. Mickan et al. 2010). Lege-sykepleierkommunikasjonen utenom møtene

varierer mellom legekantorene og innad på hvert legekantor. Informantene gir uttrykk for at de foretrekker å kommunisere på ulike måter:

Kommuniserer muntlig fortløpende

Svært mange av spørsmålene som oppstår håndteres fortløpende og «(i forbifarta)», både tidlig på morgenen, i lunsjen, på slutten av dagen, etter hjemmebesøk, når legene sitter med papirarbeid, og det er koordinering innimellom i gangene. I tillegg er det mange småmøter, hvor sykepleierne hanker inn legen innimellom fordi det er og ting som bør avklares der og da, som ikke kan vente en måned.

Mange av de ansatte ved legekantorene peker på at kommunikasjon mellom lege og sykepleier foregår gjennom journalsystemet. For eksempel, hvis sykepleierne har hatt en pasientkonsultasjon, vil det gå melding gjennom journalsystemet til lege om å se på notat osv. Legene gir beskjeder om pasienter osv. direkte i sykepleiers timebok. Både leger og sykepleiere nevner «huskekartotekmeldinger» eller «lynmeldinger» som dukker opp i journalen og kan kvitteres ut, i tillegg til kommunikasjon gjennom journalnotater. En sykepleier kommenterer at et par leger ikke svarer på «gule lapper» (i journalsystemet), og du må gå inn på kontoret og stå der og vente til du får svar, noe som tar ekstra tid.

Felleskonsultasjoner

I de mikroteamene som praktiserer felleskonsultasjoner med både lege og sykepleier eller at lege kommer inn på slutten av sykepleiers konsultasjon, utveksles nødvendig informasjon med pasienten tilstede.

Betydning av lokalisering av sykepleier

For å kunne få til småmøter i løpet av arbeidsuka ved at sykepleier eller lege «hanker hverandre inn», pekes lokalisering på som et mulig hinder for denne typen kommunikasjon. En av legene sa om dette:

«Jeg tror at det kanskje hindrer litt den der fortløpende kontakten som for eksempel at man bare kunne vært med inn og tatt en kort prat med noen sammen for eksempel da. Det hadde jo vært mere mulig hvis hun var på nabokantoret.»

Også muligheten for felleskonsultasjoner og sykepleieres muligheter til å få svar fra leger som ikke svarer gjennom journalsystemet, avhenger av samlokalisering. Dette poenget bekreftes i litteraturen om teamarbeid, som peker på hvordan fysisk tilrettelegging av legekantoret spiller inn; om det er muligheter for at man ser hverandre og møtes og kan utveksle kunnskap (Doekhie, et al., 2017).

3.6. Sammendrag og diskusjon

Ledelsesmuligheter på legekantor: basis for å kunne implementere teamarbeid

Intervjuundersøkelsen avdekket at legekantorene da forsøket startet opp ble ledet i ulik grad og på ulike måter, og i få tilfeller fant vi noen klar lederrolle. Det samme bildet er tidligere tegnet i en spørreundersøkelse til helsesekretærer i hele landet, hvor 80 prosent svarte at ledelsen av legekantoret er delt (Reichborn-Kjennerud, 2010). Legekantor kan ses på som ekspertorganisasjoner (Strand, 2001) som er preget av å være en arena for fagutøvelse hvor «selvgående» leger har stor autonomi og ansvar, og hvor legekantoret blir et serviceapparat og en ramme som legene i større eller mindre grad anerkjenner. Vår undersøkelse bekreftet at det er vanlig å fordele lederoppgavene mellom fastlegene som er eiere av legekantoret. Slik sett fungerer legekantorene som konsensusorganisasjoner hvor lederoppgaver nøytraliseres ved at legene tar avgjørelser i fellesskap, og hvor legene som gruppe opprettholder sin autonomi. Innenfor slike rammer kan det bli utfordrende å få inn en ny profesjon og endre arbeidsmåten i retning mer teamarbeid. Når den som skal være PHT-leder i utgangspunktet ikke har noen klart definert lederrolle og kanskje ikke opplever utbredt legitimitet blant kollegaene for å innta en mer tydelig lederposisjon, vil den reelle muligheten til å lede implementeringen av PHT være noe begrenset. Vi avdekket at PHT-lederne har brukt ulike strategier for å fremme implementeringen av PHT. Dette kan ses på som tilpasninger til det handlingsrommet som PHT-lederne opplever at de

har, enten de velger å implementere gjennom å inspirere, tilby kompetanseheving, eller forsøke å bygge opp strukturer som faste møter eller prosedyrer for samhandling om pasientoppfølging.

PHT-lederens handlingsrom når fastlegene er kommunalt ansatt, er i teorien større enn ved et privat legekontor uten tradisjoner med klar lederrolle, siden leder og fastleger er ansatt i samme organisasjon - såfremt PHT-lederen er leder for legekantoret og ikke bare en kommuneoverlege som formelt sett ikke er en lederstilling, men en medisinsk-faglig rådgiver. I praksis er ledelse på norske legekantore et lite utforsket område.

Variasjon i hvordan de enkelte teamene følger opp pasienter

PHT inkluderer og følger opp fastlegenes pasienter på hovedsakelig tre ulike måter. For det første ved at den enkelte lege trekker sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, for det andre basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med et spesifikt kjennetegn (diagnose eller aldersgruppe), og for det tredje sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser som kommer fra andre enn medarbeidere ved legekantoret.

Fastlegene som ledere av sine mikroteam, har ulike holdninger til oppgavefordeling i teamet, de har i ulik grad trukket sykepleieren inn i beslutningsprosessen, og de har ulike tanker om det å ta ansvar for at annet personell utøver oppgaven på en forsvarlig måte. Fastlegene opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse til å lede et team, men mente at de mangler tid til teamledelse. Blant legene var det særlig ulikheter mellom de som opplevde å ha en tydelig teamlederrolle og de som opplevde at PHT gjorde deres rolle uklar. Intervjustudien avdekket at leger og sykepleiere er samstemte om at legen har det medisinske ansvaret for pasientene som følges opp av PHT og står ansvarlig for de medisinske beslutningene som tas. Både leger og sykepleiere trakk særlig fram at beslutninger om medisinerer er legens anliggende.

Det er et stort spenn i forventningene til sykepleierne i PHT, noe som kan gjøre rollen utfordrende både å forme og fylle. Intervjuene avdekket at tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT. Helsesekretærene er tiltenkt en rolle i PHT. Ved flere av legekantorene opplevde de at de ikke har noen rolle i PHT, mens det ved andre legekantore var stor variasjon i hvordan helsesekretærens rolle var i ferd med å endre seg.

Proessen for å utvikle samarbeid

Tuckman (1965) beskriver fire sekvensielle utviklingsstadier for grupper som skal løse oppgaver sammen – forming, storming, norming, performing. Modellen kan brukes som bakteppe for å forstå utviklingen av PHT ved legekantorene i forsøket. I forming-fasen testes grenser for arbeidsoppgaver og relasjoner samtidig som den enkelte gjør tilpasninger til ledelse, øvrige gruppelemmer og eksisterende system. Storming-fasen kjennetegnes ved motstand og gjerne konflikt knyttet til gruppeinnflytelse og forventet involvering. I norming-fasen overvinnes motstand og innholdet i samarbeidet og samhörighet utvikler seg, nye standarder utvikles, nye roller blir adoptert og tillit etableres. I performing-fasen er strukturelle problemer løst, og strukturen kan nå støtte oppgavene som skal utføres. Rollene blir fleksible og funksjonelle, og energien kanaliseres til å løse arbeidsoppgaver.

Vi har ikke hatt Tuckmanns modell som utgangspunkt for den datainnsamlingen som er gjort og vi har følgelig ikke hatt som ambisjon å finne ut i hvilken fase de ulike legekantorene befinner seg. Men de data vi har, gir holdepunkt for at legekantorene våren 2019 befant seg i ulike faser. De fleste i forming- eller storming-fasen. Vår vurdering er at ingen av dem enda hadde nådd performing-fasen.

Den relativt åpne utformingen av forsøket hvor det fra Helsedirektoratets side er lagt få føringer og er gitt få innspill (for eksempel i form av opplæring) til hvordan PHT-forsøket skal implementeres og gjennomføres, kombinert med at mange legekantore i forsøket har manglet tydelige ledelsesstrukturer, gjør nok sitt til at oppholdet i forming-fasen kan bli langvarig. Det at en del leger synes å mangle interesse for å delta i PHT eller er skeptisk til arbeidsformen, bidrar trolig også til dette. En etablert og tydelig ledelse, tidligere erfaring med utviklingsarbeid samt erfaring med sykepleiere på legekantore fra før, synes å bidra til å korte ned forming-fasen.

To utfordringer med PHT som løftes fram i intervjuene, handler dels om manglende deltakelse og interesse for PHT blant enkeltleger og dels om helsesekretærens manglende rolle i PHT. Det er ellers gitt noen spredte eksempler på uenighet om ulike forhold ved ulike legekantore. Det at vi i intervju og spørreundersøkelsen ikke har fanget opp flere tydelige tegn på storming-fasen, kan bety at man ikke

har kommet til denne fasen enda. Det kan også bety at denne fasen ikke oppleves som noen stor bøyg å komme gjennom, eller det kan bety at informantene vurderer at det ikke er nødvendig eller legitimt å snakke åpent om eventuell uenighet. Liten grad av synlig konflikt i storming-fasen kan også forklares av at de 13 legekantorene som deltar, selv har søkt om å være deltakere, og dermed kan man anta at motivasjonen for å utvikle teamarbeid er høy.

Går for mye av fastlegens tid og ressurser til møter?

PHT-forsøket er satt i gang på et tidspunkt når fastlegene mener at de har for mye å gjøre, og deres lange arbeidsdager bekreftes av tidsbruksundersøkelsen (Rebnord, et al., 2018). Et sentralt spørsmål i evalueringen er hvorvidt sykepleier avlaster fastlegene, eller hvorvidt nye arbeidsoppgaver medfører at det samlet sett blir mer arbeid for fastlegen. Sentralt i nye arbeidsoppgaver er tidsbruken som fastlegen investerer i møter med PHT-sykepleier og tidsbruken i møter som handler om å utvikle PHT på legekantoret. I intervjuundersøkelsen våren 2019 registrerte vi at det å bruke mer tid til møter er noe mange fastleger vil unngå. Samtidig har vi avdekket at så langt, har møteaktiviteten økt ved alle legekantor så nær som ved ett. Ved legekantorene har man prøvd seg frem, enkelte startet ut med å sette av for mye møtetid, som det senere viste seg at man ikke klarte å fylle, mens det ved andre legekantor per våren 2019 ikke var avsatt tid til jevnlig teammøter. Som beskrevet i forrige avsnitt vil det ventelig ta tid å etablere teamarbeidet, og senere i PHT-forsøket vil vi kunne lage beskrivelser av hvordan nye møtestrukturer på de enkelte legekantorene har satt seg.

Det er interessant resultat at vi foreløpig ikke observerer noen forskjeller i omfanget av økt møtevirksomhet mellom legekantorene som har henholdsvis driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Dette vil ventelig bli tydeligere etter hvert i forsøket, og vil utforskes på et senere tidspunkt.

4. Sykepleierens oppgaver – istedenfor eller i tillegg til fastlegens oppgaver?

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av sykepleierne og helsesekretærene er enige i at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Et mindretall av fastlegene er enige i samme påstand. Intervjudata beskriver eksempler på hvordan sykepleiernes innsats mest kommer i tillegg til, og i noen grad kommer i stedet for innsats fra fastlegen. Registerdata viser at for noen av legekantorene er det en reduksjon i det samlede antall konsultasjoner fra fastleger og sykepleiere, mens det for andre legekantorer er en økning. Vi skisserer et rammeverk for å forstå fastlegenes arbeidstidsbeslutninger etter innføring av PHT.

Om sykepleier i PHT avlaster fastlegen for arbeidsoppgaver eller om nye arbeidsoppgaver medfører at det samlet sett ikke blir noen avlastning, er et sentralt spørsmål i evalueringen. I dette kapitlet belyser vi problemstillingen med data vi har tilgjengelig så langt. Forsøket er fortsatt i en tidlig fase. Det innebærer at det brukes ressurser på å etablere ny organisasjon. Det vil trolig skje i mindre grad når PHT er mer etablert. Registerdata på pasientnivå som skal brukes i evalueringen, er heller ikke tilgjengelig ennå. Dette innebærer at beskrivelsene som følger, er foreløpige.

Kapitlet starter med en beskrivelse fra spørreundersøkelsen om oppfatninger av om PHT bidrar til å frigjøre tid for legen. Deretter følger resultater fra intervjuundersøkelsen om sykepleierens innsats kommer i stedet for eller i tillegg til fastlegens innsats. Med registerdata på legekantornivå beskriver vi hvordan legekonsultasjoner og det samlede antall konsultasjoner har utviklet seg etter etablering av PHT. Til slutt i dette kapitlet skisserer vi et rammeverk som utgangspunkt for å forstå hvordan teamarbeid kan påvirke fastlegens beslutninger. Dette rammeverket vil utvikles videre under arbeidet med evalueringen.

4.1. Data fra spørreundersøkelsen om sykepleiernes innsats

4.1.1. Oppfatninger om PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen

I spørreundersøkelsen spurte vi de ansatte ved legekantorene om i hvilken grad de opplever at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastleger. Grad av enighet varierte mellom yrkesgruppene, og en lavere andel av fastlegene var enig/svært enig, sammenlignet med sykepleierne og helsesekretærene (Tabell 4-1). På tvers av yrkesgruppene var likevel flesteparten (simpelt flertall) enig/svært enig i at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastleger; andelen var hhv. 41, 58 og 68 prosent blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Derimot var om lag 1 av 3 fastleger uenig/svært uenig i påstanden, mens andelen som i noen grad var uenig bare var 8 prosent blant sykepleierne og 3 prosent blant helsesekretærene.

Tabell 4-1: Enighet blant ansatte i påstanden om at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Prosentvis svarfordeling.

	Fastleger	Sykepleiere	Helsesekretærer
Uenig/svært uenig	32,3	8,3	2,9
Verken uenig eller enig	25,0	33,3	20,6
Enig/svært enig	41,2	58,3	67,6
Vet ikke	1,5	0	8,8

Note: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Ta stilling til følgende påstander om pasienter som følges opp av PHT. PHT vil bidra til å frigjøre tid for fastlegen». N = 68 fastleger, 36 sykepleiere og 34 helsesekretærer.

4.1.2. Hvordan fastlege og sykepleier utfyller hverandre

Som beskrevet i 3.2.2, opplever de fleste fastleger og sykepleiere (henholdsvis 72 og 83 prosent) at sykepleier i de fleste tilfeller utfører både oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver. De oppgavene som fastlegene i størst grad har delegert fra seg til sykepleiere er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk)/e-konsultasjon, direkte

pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (se Appendiks B spørsmål 5). Når vi ser disse andelene i sammenheng med andelene som svarer at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen, ser vi at mange ikke opplever at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen selv om mange sykepleiere til dels utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv. Flere av fastlegene har i fritekstsvar kommentert at PHT krever at de bruker mer tid på ledelse og møter enn tidligere, og noen har kommentert at riggingen av forsøket og å finne en god struktur og organisering krever mer tid enn forventet. Noen leger har også kommentert at de bruker tid på å sette seg inn i de pasientene som følges opp av sykepleier. Dette kan være noe av grunnen til at de ansatte på fastlegekontoret ikke opplever at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Flere fastleger har imidlertid understreket at de forventer at PHT kan frigjøre tid på sikt, men at det i første omgang handler om å heve kvaliteten på tjenesten.

4.2. Intervjudata om innholdet i sykepleiernes innsats

4.2.1. Innsats som kommer i tillegg til fastlegens

PHT-sykepleiers inntreden betyr først og fremst at legekantoret har mer ressurser å spille på i den kliniske oppfølgingen – i tillegg til legen. Sykepleiernes inntreden innebærer ifølge informanter mer struktur og systematikk i oppfølgingen, spesielt oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Dette inkluderer gjerne økt fokus på veiledning og mestring.

Mange leger trakk fram at sykepleierne bidrar til økt kvalitet i oppfølgingen av pasienter med diabetes hvor nasjonale retningslinjer for behandling blir fulgt og anbefalt årskontroll gjennomført. En del av PHT-sykepleierne har spesialkompetanse på diabetes og bidrar til å avdekke og justere utdaterte behandlingsmetoder, manglende opplæring og feil bruk av insulin. Flere pekte også på KOLS og astma som underbehandlete sykdommer. Dette har legene vært klar over, men ikke hatt kapasitet til å ta tak i tidligere. En god del pasientene har eksempelvis ikke tatt spirometri på mange år. Sykepleierne avdekker feilmedisinering, feil bruk av medisiner og i noen tilfeller også at pasienter er feildiagnostisert med KOLS. Sykepleierne gir også pasientene tilgang til mer tid til motivasjonsarbeid, kompetanse, og oppfølging underveis når det avdekkes behov for livsstilsendring, enn det legene gir.

Videre mener informantene at sykepleierressursen innebærer mer tid til pasienter og pårørende, bedre kommunikasjon og koordinering med andre tjenester, og mer hjemmebesøk. For legene betyr sykepleier en støtte som kan gi dem bedre klinisk oversikt over pasientene, hvor sykepleiernes grundige undersøkelser gir et godt beslutningsgrunnlag for å bestemme behandling eller videre kontroller og oppfølging. Sykepleierne har mer tid til å snakke med pasientene og fanger gjerne opp andre ting enn det legen gjør.

Leger nevnte også at tilgangen til sykepleier gjør at det raskere kan settes i verk nødvendige tiltak enn det de ville vært med bare sin egen legeressurs. Et eksempel var en kreftpasient som fikk konstatert insulinsvikt på en fredag, hvor sykepleieren allerede mandag var klar til å gi pasienten opplæring i bruk av insulin.

Leger pekte også på at samarbeidet med sykepleier gjør at de ikke er alene om pasientene. En legene sa det slik:

«Det er noe av det som jeg syns har vært mest verdifullt. Det er enkelte pasienter hvor alt er sånn kaotisk og komplisert og som ingen andre vil ha noe med å gjøre. Specialisthelsetjenesten har sagt nei vi får ikke til noe her og psykisk helse i bydelen har sagt sånn og, nei han virker så skummel. Altså det er jo, man sitter jo igjen med noen av de der. Ikke sant, altså blodsukkeret er på 20 og alt går egentlig skikkelig skeis. Og da er det utrolig deilig å ha en samarbeidspartner.»

4.2.2. Innsats som kommer i stedet for fastlegens innsats

Leger som mener at sykepleier gir dem avlastning i hverdagen, viste til for eksempel oppfølgingen av diabetespasienter, som enkelt kan standardiseres og sykepleier kan lære prosedyrene og gjøre

oppfølgingen. Oppstart med insulinbehandling ble konkret trukket fram som noe sykepleier gjør i stedet for legen. Riktig opptrapping krever hyppige kontroller i starten og tid til trygging av pasienten. Dette har ofte ikke blitt gjort godt nok tidligere fordi det er tidkrevende.

Leger fortalte at de lot sykepleier sende PLO-meldinger til for eksempel hjemmesykepleien om ulike vurderinger. Sykepleiernes journalnotater ble ofte brukt når leger selv sender PLO-meldinger fordi de gjennomgående er gode og ofte mer omfattende enn de legene har tid til å skrive ned. En lege sa om dette: «Det er et poeng i seg selv at jeg føler at da får vi gitt et bedre produkt til bydelen.» Et annet eksempel var at sykepleiere laget utkast til henvisninger eller at tekst fra deres journalnotat ble brukt av leger til å skrive mer grundige henvisninger enn tidligere. Sykepleier sjekket også legenes innkomne PLO-meldinger for å sikre at det som trengte rask avklaring ble besvart.

Et annet eksempel som ble trukket fram, var pasienter som skulle til spesialisert behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Her har sykepleier tatt ansvar for mesteparten av det tidkrevende rapporteringsarbeidet som kreves av fastlegen, i forkant av slik behandling. Det ble også trukket fram som en stor verdi, at sykepleier kan gi støttesamtaler på kort varsel for pasienter som er i ulike kriser.

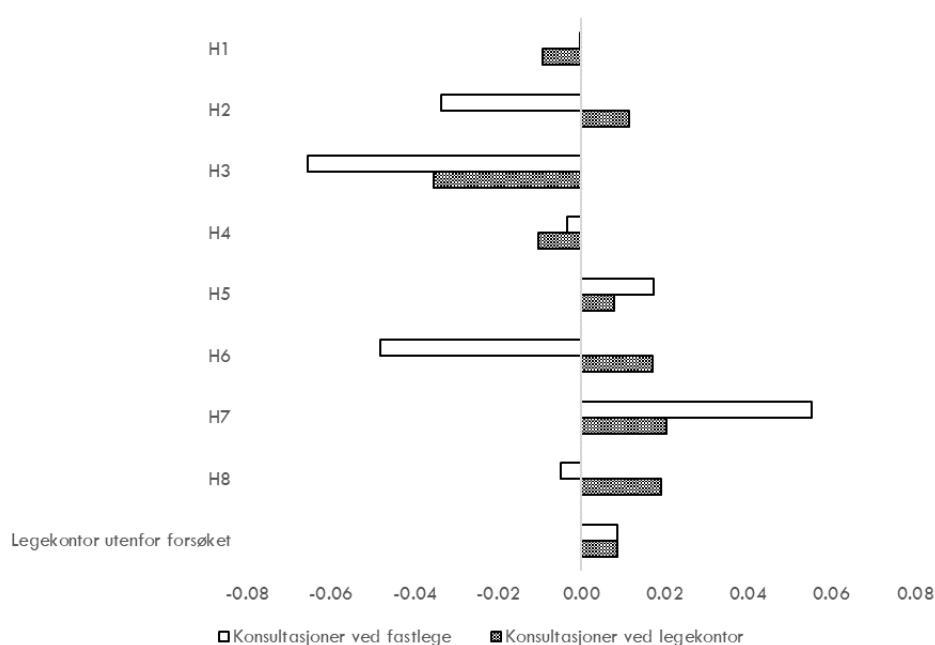
I tilfeller hvor legekantoret er preget av ustabilitet på grunn av fastlegevikarer, ble det pekt på at sykepleier blir legekantorets faste kontaktpunkt for pasienten – i stedet for en fast lege.

4.3. Utvikling i samlede antall konsultasjoner

For å si noe presist om utviklingen i antall konsultasjoner trenger vi data på pasientnivå. Slike data vil bli tilgjengelig seinere, men er ikke tilgjengelige i arbeidet med denne statusrapporten. Vi vil derfor nå begrense oss til å presentere utviklingen i konsultasjonstakster for fastlegene før og etter forsøket med PHT startet samt antallet konsultasjonstakster utløst av sykepleierne i de aktuelle legekantorene. Det kan være svakheter ved KUHR-data på legenenivå når det gjelder å fange opp bruk av fastlegevikarer og leger uten pasientlister ved legekantorene⁸. I figurene som følger, er vikarleger inkludert så langt det har latt seg gjøre med informasjon fra KUHR og fra Helsedirektoratet.

⁸ Med fastlege mener vi lege som er innehaver av fastlegehjemmel og mottar basistilskudd. Vikar er lege som betjener fastlegeliste etter avtale med fastlegen.

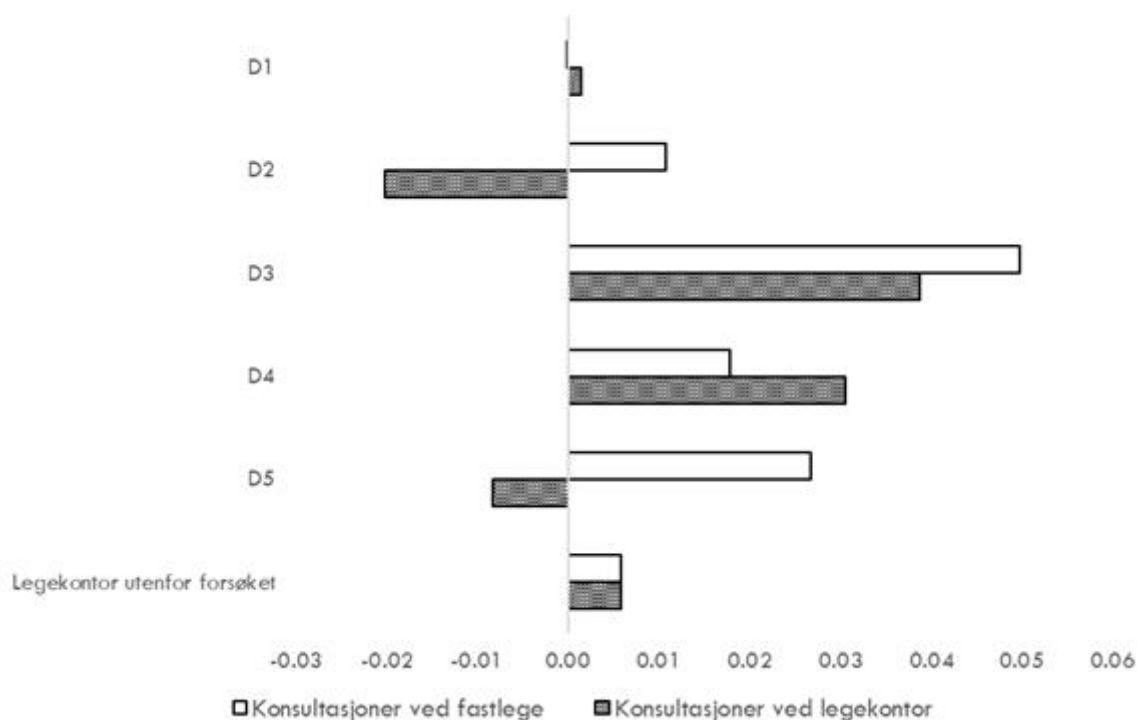
Figur 4-1: Endring i gjennomsnittlig antall konsultasjonstakster per måned per listeinnbygger for legekontorer som praktiserer honorarmodellen



Kilde: KUHR. Konsultasjonstakster de tre første månedene etter oppstart med PHT minus tilsvarende periode året før. Konsultasjoner ved fastlege er endring for fastlegene som mottar basistilskuddet (listeinnehaver). Konsultasjoner ved legekontor er samlet endring i konsultasjonstakst for fastlege, vikar og sykepleier. For legekontorer utenfor forsøket er gjennomsnittet 0.0078 og standardavviket 0.0411. Det er ikke vært mulig å skille mellom

Figur 4-1 viser endring i gjennomsnittlig antall konsultasjonstakster per måned per listeinnbygger for legekontorer som praktiserer honorarmodellen. Nederste del av figuren viser en økning i antallet konsultasjoner per måned per listeinnbygger blant landets øvrige fastleger (Legekontor utenfor forsøket). Også her har vi så langt som mulig tatt hensyn til vikarbruk. Flertallet av legekontorene viser en reduksjon i antallet fastlegekonsultasjoner. Det kan skyldes PHT, endringer i vikarbruk eller andre endringer i perioden. Alle endringene er innenfor gjennomsnitt pluss/minus to standardavvik av endring ved landets øvrige legekontorer. For noen av legekontorene er det også en reduksjon i det samlede antall konsultasjoner fra fastleger, vikarer og sykepleiere, mens det for andre legekontorer er en økning. H3 viser en reduksjon i samlet antall konsultasjoner på 24%, mens H7 viser en samlet økning på 10%.

Figur 4-2: Endring i gjennomsnittlig antall konsultasjonstakster per måned per listeinnbygger for legekontorer som praktiserer driftstilskuddsmodellen



Kilde: KUHR. Konsultasjonstakster de fire første månedene etter oppstart med PHT minus tilsvarende periode året før. Konsultasjoner ved fastlege er endring for fastlegene som mottar basistilskuddet (listeinnehaver). Konsultasjoner ved legekontor er samlet endring i konsultasjonstakst for fastlege, vikar og sykepleier. For legekontorer utenfor forsøket er gjennomsnittet 0.0078 og standardavviket 0.0411.

Figur 4-2 beskriver utviklingen i konsultasjonstakster i driftstilskuddsmodellen. Fire av legekontorene viser en økning i antall fastlegekonsultasjoner. Alle endringene er innenfor gjennomsnitt pluss/minus to standardavvik av endring ved landets øvrige legekontorer. Tre av legekontorene viser en økning i det samlede antall konsultasjonstakster fra leger og sykepleiere.

4.4. Rammeverk for fastlegens arbeidstidsbeslutninger med PHT

At legekantoret får mer sykepleierressurser, kan også få betydning for sammensetning og lengde av fastlegens arbeidstid. For en gitt listelengde, vil fastlegens arbeidstid være en avveining mellom ønsket om å levere tjenester av god kvalitet til pasientene, ønsket om inntekt og ønsket om fritid. Sykepleier på legekantoret kan muliggjøre en forbedring langs alle tre dimensjoner. Hvilken kombinasjon som blir valgt, vil blant annet avhenge av om sykepleierens innsats bidrar til å øke effekten av legens innsats for pasientene og om sykepleierens innsats bidrar til å øke inntekten forbundet med en ekstra innsats fra legen. Den forventes også avhenge av om fastlegen er næringsdrivende eller ansatt og av hvilken finansieringsmodell legekantoret bruker. Et eksempel er næringsdrivende fastlege med honorarmodell som ikke gjorde årskontroll av pasienter med diabetes type 2 før forsøket med PHT startet. En grunn kan være at det var vanskelig å sette av tilstrekkelig tid. Sykepleieren kan nå gjøre noen av de tidkrevende delene av årskontrollen og fastlegen kan oppsummere pasientens tilstand og gjøre en vurdering av eventuelle tiltak basert på årskontrollen. Dette vil trolig medføre en økning i inntekt per tidsenhet fra årskontrollen sammenlignet med tidligere, da fastlegen i honorarmodellen kan skrive samme takst for årskontroll med mindre tidsbruk enn før (selv om fastlegen tidligere kunne bruke tidstakst i tillegg). I dette tilfellet vil sykepleierens innsats medføre større effekt av fastlegens ekstra arbeidsinnsats og trolig også en inntektsøkning fra ekstrainsatsen sammenlignet med før sykepleieren ble en del av legekantoret. Dersom introduksjonen av PHT medfører at fastlegen starter opp med årskontroller, vil det enten måtte medføre lengre arbeidstid enn før, at andre pasienter får mindre av fastlegens tid eller en kombinasjon. Hvilken kombinasjon som blir valgt, vil avhenge av legens verdsetting av fritid, verdsetting av egen inntekt og

verdsetting av pasientenes helseutbytte på marginen. Et annet eksempel er en fastlege som gjennomførte årskontroller også uten PHT. Denne fastlegen vil få frigjort arbeidstid på grunn av PHT. Frigjort arbeidstid vil komme andre pasienter til gode samtidig som det øker fastlegens inntekter fra takster. Siden inntekten øker, kan det hende at noe av inntektsøkningen blir tatt ut i form av mer fritid.

Med driftstilskuddsmodellen vil det være en indirekte sammenheng mellom sykepleierens innsats og fastlegens inntekt. Inntektsøkningen fra årskontroller kan komme i form av inntekt fra behandlingsplan. Fastlegens valg kan derfor bli å øke arbeidsinnsatsen fordi avkastningen på marginen i form av behandlingskvalitet og penger er større enn før sykepleieren ble en del av legekantoret.

For en ansatt fastlege med fast lønn og fast arbeidstid, vil det ikke være noen effekt av sykepleierens innsats på egen inntekt. Sykepleierens innsats kan likevel medføre større helseeffekt av fastlegens marginale arbeidsinnsats enn før.

I eksemplene over bidro økt sykepleierinnsats til at utbyttet av fastlegens innsats på marginen i form av penger og helseforbedringer økte. Fastlegens innsats og sykepleierens innsats er dermed komplementære. Det kan også være at sykepleierens innsats bidrar til at utbyttet av fastlegens innsats på marginen blir mindre (alternativitet). Teorien predikerer da at fastlegen velger mindre arbeidstid med PHT. Så langt har vi ikke funnet eksempler på alternativitet.

Noen fastleger kan tidligere ha arbeidet mer enn de ønsket på grunn av krav de oppfattet det som vanskelig å komme utenom. Disse fastlegene vil nå trolig benytte anledning til å ta ut mer fritid for å komme nærmere ønsket arbeidstid og dermed ønsket fritid.

Arbeidstida består også av andre aktiviteter enn konsultasjoner. PHT vil ha møter både for å diskutere oppfølging av enkeltpasienter og teamarbeidet mer generelt. Denne tida vil ikke representere noe avlastning for fastlegen og går på bekostning av pasientrettet arbeid. Hvis møtetiden til planlegging og koordinering blir for lang, vil fordelene med PHT for pasientbehandlingen kunne bli spist opp.

4.5. Oppsummering og diskusjon

Et flertall av fastleger og sykepleiere uttrykker både i spørreundersøkelser og intervjuer at sykepleieren i PHT utfører både oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver. Legene og sykepleierne er ikke like samstemte i oppfatningene av om PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Mens flertallet av sykepleierne og helsesekretærene mener at det frigjøres tid, er det et mindretall av fastlegene som har tilsvarende oppfatning.

Beskrivelse ved hjelp av registerdata fra KUHR viser variasjon i endring av konsultasjonshyppighet etter innføring av PHT. Et flertall av legekantorene med honorarmodellen viser en reduksjon i antallet legekonsultasjoner mens fire av legekantorene med driftstilskuddsmodellen viser en økning i samlet antall fastlegekonsultasjoner. Alle endringene er innenfor gjennomsnitt pluss/minus to standardavvik av endring ved landets øvrige legekantorer. For noen av legekantorene er det en reduksjon i det samlede antall konsultasjoner fra fastleger, vikarer og sykepleiere, mens det for andre legekantorer er en økning.

Det kan være svakheter ved KUHR-data når det gjelder å fange opp bruk av fastlegevikarer ved legekantorene. Med data på pasientnivå vil vi kunne få større kontroll over denne feilkilden.

På grunn av datatilgjengelighet måtte vi begrense beskrivelsen av utvikling i konsultasjonsrater til en kort periode før og etter oppstart av PHT. Endringene vi finner er derfor kortsiktige og kan endre seg ettersom det blir mer erfaring med PHT. Vi vil derfor kunne gi en fyldigere beskrivelse i neste års statusrapport. Beskrivelsene alene kan heller ikke gi informasjon om det er PHT som er årsak til endringene i konsultasjonsrater som vi observerer eller om de skyldes andre organisatoriske endringer som har funnet sted på samme tid som PHT startet opp.

Vi introduserte også et rammeverk for å forstå endring i fastlegens arbeidstidsbeslutninger etter innføring av PHT. Disse betraktningene (som vi også har formalisert i en enkel modell) indikerte at vi på generelt grunnlag ikke kan predikere om fastlegens arbeidstid kan forventes å bli kortere eller lengre etter at PHT blir introdusert med sykepleierressurs. Dette vil avhenge både av egenskaper ved fastleger og pasientgrupper. For mer presise beskrivelser trenger vi data på pasientnivå, som vil bli tilgjengelig, men som ikke er tilgjengelig i arbeidet med denne statusrapporten.

5. Finansieringsmodellene for PHT

Ingen av de åtte legekantorene som prøver ut honorarmodellen, nådde opp i forventet 50 prosent taksinntjening fra sykepleiertakster 1. halvår 2019. Det var stor variasjon i sykepleiernes takstinntjening. Våre beregninger tyder på at honorarmodellen i startfasen hadde varierende innvirkning på legekantorenes inntjening per listeinnbygger.

Ved alle de fem legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, tyder våre beregninger på at inntjening per listeinnbygger økte i startfasen av forsøket. Egenandeler utgjorde mellom 14 og 17 prosent av inntjeningen ved de fem legekantorene i løpet av de første månedene av forsøket. Dette indikerer at legekantorene i startfasen var nær forventet inntjeningsfordeling på 80/20 mellom driftstilskudd og egenandeler.

Begge finansieringsmodeller ble justert med nye takster fra 1. juli 2019.

Forsøket prøver ut to finansieringsmodeller – honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Analysene av de to finansieringsmodellene er basert på registerdata, spørreundersøkelsen og intervjudata og dreier seg om oppstartsfasen av forsøket. De to finansieringsmodellene analyseres i dette kapitlet hver for seg i egne delkapitler. Det betyr at vi ikke sammenlikner dem, men gjør sammenlikninger innenfor de respektive modellene. Her er endringene fra vanlig fastlegepraksis til PHT-praksis det sentrale vi ønsker å få fram.

Intervjuene og spørreundersøkelsen er gjort før det ble gjort justeringer i finansieringsmodellene 1. juli 2019. Disse endringene omtales i kapittel 5.3. Analysen av finansieringsmodellene handler derfor om perioden fra forsøket startet (som er litt ulik legekantorene imellom jfr. Tabell 1-1) og ut juni 2019.

5.1. Honorarmodellen

Blant de 13 legekantorene i PHT-forsøket, er det åtte som har valgt å prøve ut honorarmodellen. Seks av disse er privat eid og to er eid av kommunen.

Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastleger finansieres som før, dels med et kommunalt basistilskudd per listeinnbygger per år⁹ og dels av aktivitetsavhengige takster finansiert av staten i form av refusjon eller listeinnbyggere i form av egenandeler. Forholdet mellom basistilskudd og aktivitetsavhengige takster er ment å være 30/70. Prinsippene i modellen overføres til sykepleier, som dels skal finansieres med et kommunalt tilskudd og dels med egne aktivitetsavhengige sykepleiertakster finansiert av staten i form av refusjon og listeinnbyggere i form av egenandeler. Forholdet mellom tilskudd og den aktivitetsavhengige finansieringen av sykepleier, er ment å være 50/50¹⁰. De to komponentene antas å kunne finansiere sykepleierens faste lønn og sosiale utgifter¹¹. Egenandeler betalt av listeinnbyggere for sykepleierens aktivitet, teller med i grunnlaget for egenandelstak 1 på samme måte som egenandeler betalt for fastlegenes aktivitet.

Takstene som sykepleiere kunne utløse er beskrevet i *Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam*¹². I Tabell 5-1 gjengis takstene som kunne utløses i perioden 01.07.2018 – 30.06.2019, i kortform med tilhørende refusjonsbeløp og egenandel. Takstene er knyttet til pasienters kontakt og konsultasjon med sykepleier på legekantoret, sykepleiers kontakt utenfor legekantoret som gjelder enkeltpasienter, sykepleiers hjemmebesøk og sykepleieres oppfølging av pasienter i gruppe.

⁹ Listeinnbygger: en person som er tilknyttet en fastlegeliste. Basistilskuddet var i 486 kroner per listeinnbygger per år 1. juli 2018.

¹⁰ Legekantorene som prøver ut honorarmodellen fikk forhøyet tilskudd for sykepleier de seks første månedene av forsøket: 1. måned: full finansiering (100 % tilskudd), 2. tom. 6. måned: forhøyet tilskudd (75 % tilskudd). Fra og med 7. måned: vanlig tilskudd (50 % tilskudd).

¹¹ Et sykepleierårsverk er beregnet til å koste 850 000 (2018-kroner). Dette inkluderer ca. 100 000 kroner til drift.

¹² FOR-2018-07-04-1150

Noen av takstene kan kombineres med en tidstakst. Alle sykepleiertakster tilsvarer i innhold eksisterende fastlegetakster.

HelseDirektoratet (2017) la ved starten av forsøket til grunn et estimat for bruksfrekvensen av de ulike sykepleiertakstene som synliggjorde hvor mange av den enkelte takst som måtte utløses for å komme opp i et beløp som tilsvarer 50 prosent takstfinansiering av sykepleierressursen. De takstene som HelseDirektoratet, før forsøket startet, antok ville bli hyppigst brukt (S1a, S1b og S2a¹³) tilsvarer (nesten) takstbeløpene for fastleger, mens de øvrige takstbeløpene var satt lavere enn fastlegenes tilsvarende takstbeløp. HelseDirektoratet (2017) var før forsøket startet, tydelig på at det var stor usikkerhet knyttet til forventet takstbruk blant sykepleierne.

Tabell 5-1: Takster for sykepleiere i honorarmodellen i perioden 01.07.2018-30.06.2019

Takst	Beskrivelse	Refusjon kr	Egenandel kr
S1a	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte og ved bud	17	56
S1b	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	100	0
S2a	Oppfølging hos sykepleier, minst 20 min. varighet	0	155
S2ae	E-oppfølgning hos sykepleier	0	155
S2b	Oppfølging hos sykepleier før/etter legekonsultasjon samme dag, minst 20 min. varighet	100	0
S2c ¹	Tidstakst. Tillegg for oppfølging som varer utover 30 min. per påbegynt 15 min.	70	0
S3	Hjemmebesøk ved sykepleier	0	155
S4	Sykepleieroppfølging i gruppe (per pasient)	0	155
S5	Møtegodtgjørelse med reisetid når sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter	152	0
S6 ²	Reisetillegg per påbegynt halve time	152	0

¹ Kan kombineres med S2a, S2b, S3 og S6

² Kan kombineres med S2c og S3

5.1.1. Inntjening med honorarmodellen

I denne delen undersøker vi sykepleiernes inntjening og endring i inntjening på legekontor som prøver ut honorarmodellen. Beregningene bygger på informasjon om takstbruk ved de åtte legekantorene som er registrert i KUHR-databasen. Denne informasjon er koblet med informasjon om basistilskudd beregnet av HELFO.

Sykepleiernes inntjening beskrevet ved registerdata

Sykepleiernes inntjening kommer fra sykepleiertakstfinansierte aktiviteter. Tabell 5-2 viser inntjening for sykepleiere per legekantor 1. halvår 2019. Ved inngangen til 2019 var alle sykepleierne som deltar i forsøket tilsatt, slik at observasjonsperioden er den samme for alle sykepleierne. Samlet inntjening for sykepleierne ved eksempelvis legekantor H1 var 206 475 kroner 1. halvår 2019. Per sykepleierårsverk var inntjeningen 82 696 kroner, eller rundt 6 kroner per listeinnbygger. Det var forholdsvis stor variasjon i omfanget av sykepleiernes takstinntjening mellom legekantorene, også korrigert for antall innbyggere på legekantorets liste og sykepleierårsverk.

¹³ S1a (4 ganger per dag), S1b (2 per dag) og S2a (6 ganger per dag).

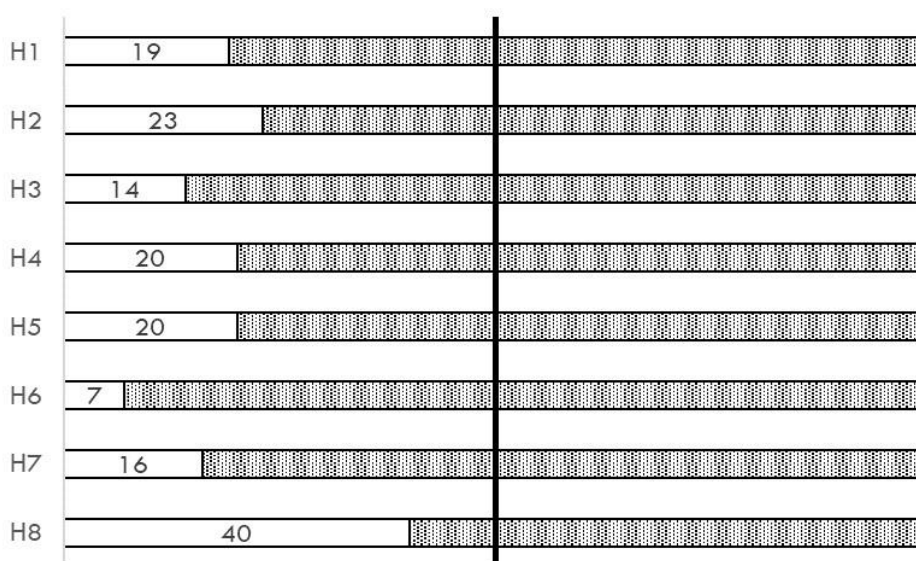
Tabell 5-2: Sykepleierinntjening (kroner) 1. halvår 2019 ved legekantor med honorarmodellen.

Legekantor	Samlet inntjening	Inntjening per sykepleierårsverk	Inntjening per sykepleierårsverk per listeinnbygger [min-maks]
H1	206 741	83 696	6 [2-9]
H2	247 556	99 022	13 [12-14]
H3	108 009	60 005	9 [9-10]
H4	84 079	84 079	23
H5	83 152	83 152	28
H6	79 380	31 752	5 [5-5]
H7	230 813	65 947	6 [3-9]
H8	305 624	169 791	27 [18-26]

Note: N = 20 sykepleiere som jobbet på legekantor med honorarmodellen og utførte takstfinansierte aktiviteter 1. halvår 2019. Min (maks) referer til sykepleieren med lavest (høyest) inntjening ved legekantor med minst to sykepleiere.

Forskjellene i inntjening legekantorene imellom tydeliggjøres i Figur 5-1, som sammenligner sykepleiernes takstinntjening og estimert kostnad for sykepleierressursen. Figuren viser at ingen av legekantorene nådde opp i målsatt sykepleierinntjening (dvs. 50 prosent av estimert kostnad). Noe av forskjellen mellom legekantorene kan tilskrives ulik oppstartdato, men de fleste (14 av 20) sykepleiere hadde jobbet i PHT i mer enn seks måneder ved inngangen til 2019. Inntjeningen varierte også mellom sykepleiere ved samme legekantor. For eksempel viser kolonne 4 i **Feil! Fant ikke referansebildet.** at inntjeningen til sykepleierne ved legekantor H8 varierte fra fire til 14 kroner per listeinnbygger. Dette kan indikere at sykepleierne inntar ulike roller på legekantoret.

Figur 5-1: Sykepleierinntjening som andel av målsatt inntjening (50 prosent) 1. halvår 2019. Legekantor med honorarmodellen.



Note: Honorarmodellen forutsatte at rundt 50 prosent av kostnaden av sykepleierressursen skulle finansieres av sykepleiernes inntjening. Figuren viser sykepleierens inntjening som andel av estimert kostnad for et sykepleierårsverk. En sykepleier som fungerer som tilkallingsvikar og en sykepleier som sluttet etter kort tid er ikke inkludert i figuren.

Legekantorenes inntjening beskrevet ved registerdata

Tabell 5-3 -viser legekantorenes inntjening per listeinnbygger per måned før og etter oppstart av forsøk med PHT. "Etter" refererer til hele perioden som legekantorene deltok i forsøket i 2018, "før"

refererer til en tilsvarende periode foregående år¹⁴. Sammenligningsperiodene er lengre enn seks måneder for 6 av 8 legekantor. Inntjening består av inntjening fra takstfinansierte aktiviteter og et basistilskudd. Tabellen viser inntjeningen til sykepleiere, fastleger og vikarleger¹⁵, samt kostnaden av sykepleierressursen. Sykepleierkostnaden per listeinnbygger er relativt lav på grunn av forhøyet tilskudd i begynnelsen av forsøket. Gjennomsnittlig inntjening ved legekantor utenfor forsøket er inkludert for å vise forventet endring i inntjening fra “før” til “etter”. Vi fanger ikke opp inntjeningen til vikarleger ved legekantor utenfor forsøket, hvilket kan forklare hvorfor inntjeningsnivået er noe lavere for disse. Tallene er ikke prisjustert.

Tabell 5-3 viser inntjening per listeinnbygger per måned ved de ulike legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Ved eksempelvis legekantor H1 var inntjeningen 158 kroner før forsøket startet, som var marginalt høyere enn inntjeningen etter oppstart (156 kroner) og skyldes en nedgang i inntjeningen til vikarleger.

Tabell 5-3: Inntjening (kroner) per listeinnbygger per måned før og etter oppstart av forsøk med PHT. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppe.

Legekantor		Inntjening	Fastlege Basistilskudd	Fastlege Aktivitetsbasert inntjening	Vikarlege Aktivitetsbasert inntjening	Sykepleier Aktivitetsbasert inntjening	Sykepleier Kostnad
H1	Før	158	38	105	15	0	0
	Etter	156	41	106	9	1	1
H2	Før	164	38	98	28	0	0
	Etter	184	40	121	26	3	6
H3	Før	131	38	80	13	0	0
	Etter	156	40	74	44	1	3
H4	Før	180	38	130	12	0	0
	Etter	174	40	109	25	3	3
H5	Før	159	37	84	38	0	0
	Etter	164	40	90	34	4	4
H6	Før	178	38	61	79	0	0
	Etter	204	41	56	108	1	2
H7	Før	140	38	68	34	0	0
	Etter	162	40	104	21	2	5
H8	Før	136	38	75	23	0	0
	Etter	163	40	108	12	7	4
Legekantor utenfor forsøket							
	Før	129	38	91			
	Etter	139	41	98			

Note: Legekantorets inntjening var beregnet som summen av legenes og sykepleierens inntjening per listeinnbygger per måned, kun fratrukket sykepleierkostnaden. For legekantor som deltar i forsøket refererer etter til hele perioden i 2018 som legekantorene deltok i forsøket, før referer til en tilsvarende periode foregående år. For legekantor utenfor forsøket referer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017). I gjennomsnitt besto et legekantor utenfor forsøket av rundt 3.2 leger og 3 570 listeinnbyggere i hver av periodene til sammenligning.

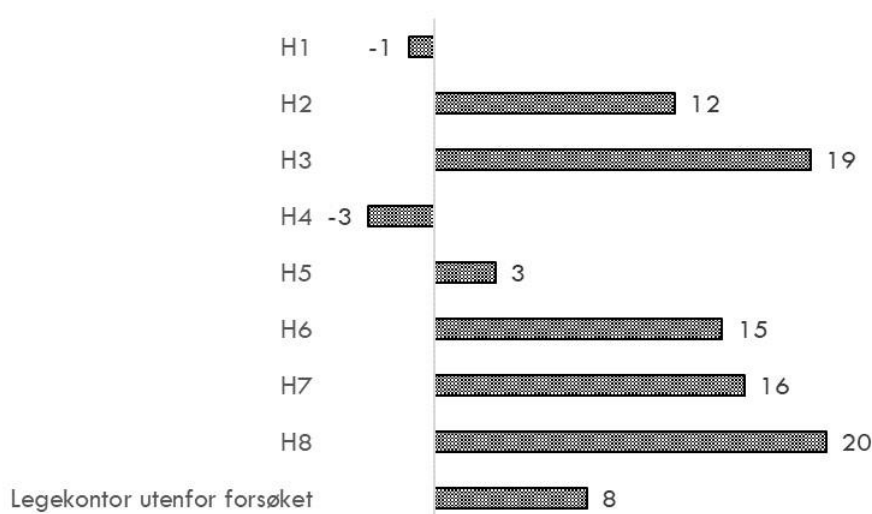
Figur 5-2 viser prosentvis endring i inntjeningen per listeinnbygger per måned fra “før” til “etter” oppstart av PHT-forsøket for legekantor i og utenfor forsøket. Fem av åtte legekantor i forsøket hadde

¹⁴ For legekantor som deltok fra april 2018 sammenligner vi gjennomsnittlig månedlig inntjening per listeinnbygger i perioden april-desember 2018 (etter) med perioden april-desember 2017 (før).

¹⁵ Med fastlege mener vi lege som er innehaver av fastlegehjemmel og mottar basistilskudd. Vikarlege er lege som betjener fastlegeliste etter avtale med fastlegen

høyere prosentvis inntjening per listeinnbygger enn legekantor utenfor forsøket. To av åtte legekantor i forsøket hadde lavere inntjening "etter" sammenliknet med "før".

Figur 5-2: Prosentendring i inntjening (kroner) per listeinnbygger per måned fra før til etter oppstart av forsøk med PHT. Legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket.



Note: For legekantor som deltar i forsøket refererer etter til hele perioden i 2018 som legekantorene deltok i forsøket, før referer til en tilsvarende periode foregående år. For legekantor utenfor forsøket refererer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017).

Det ventes at inntjeningen på legekantorene som prøver ut honorarmodellen øker omtrent som for legekantor i kontrollgruppen (pga. høyere basistilskudd og/eller takster). Tabell 5-3 inkluderer imidlertid ikke kostnader knyttet til sykepleierressursen utover differansen mellom faktisk og målsatt sykepleierinntjening. Det kan dreie seg om økte kostnader i form av utvidelse av kontorlokaler, innkjøp av nytt utstyr mm.

Tabellene nedenfor supplerer Tabell 5-3. Oppsummert viser Tabell 5-4 og Tabell 5-5:

- (i) noe høyere andel aktivitetsbasert inntjening etter oppstart og begrenset variasjon mellom legekantorene
- (ii) betydelig variasjon i aktivitetsnivået til vikarleger før og etter oppstart og mellom legekantorene.

Ved eksempelvis legekantor H3 tilskrives vikarleger 14 prosent av den aktivitetsbasert inntjeningen før oppstart og 37 prosent etter oppstart. Observasjonsperioden er kort, derfor tolkes ikke dette dithen at det har skjedd strukturelle endringer ved legekantor H3, men heller at det er viktig å synliggjøre vikarlegenes innsats.

Tabell 5-4: Prosentandel av inntjening som var aktivitetsbasert før og etter oppstart av forsøk med PHT. Legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket.

Legekantor	Før	Etter
H1	76	74
H2	77	79
H3	71	75
H4	79	77
H5	77	76
H6	79	80
H7	73	76
H8	72	76
Legekantor utenfor forsøket	71	71

Note: For legekantor som deltar i forsøket referer etter til hele perioden i 2018 som legekantorene deltok i forsøket, før referer til en tilsvarende periode foregående år. For legekantor utenfor forsøket referer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017).

Tabell 5-5: Prosentandel av aktivitetsbasert inntjening inntjent av vikarleger før og etter oppstart av forsøk med PHT. Legekontor med honorarmodellen.

Legekontor	Før	Etter
H1	13	8
H2	22	17
H3	14	37
H4	8	18
H5	31	27
H6	56	65
H7	33	17
H8	23	9

Note: For legekontor som deltar i forsøket referer etter til hele perioden i 2018 som legekontorene deltok i forsøket, før referer til en tilsvarende periode foregående år. For legekontor utenfor forsøket referer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017).

Tabell 5-6 viser at den gjennomsnittlige aktivitetsbaserte inntjeningen økte for fastleger og vikarleger i forsøk med PHT, samt for fastleger utenfor forsøket. I gjennomsnitt økte den aktivitetsbaserte inntjeningen mer for fastleger i forsøk med PHT (rundt åtte kroner per listeinnbygger per måned), sammenlignet med vikarleger i forsøk med PHT (rundt fem kroner) og sammenlignet med fastleger utenfor forsøket (rundt syv kroner).

Tabell 5-6: Gjennomsnittlig [min-maks] aktivitetsbasert inntjening (kroner) per listeinnbygger per måned før og etter oppstart av forsøk med PHT. Legekontor med honorarmodellen og legekontor utenfor forsøket.

	Fastleger og vikarleger [min-maks]	Fastleger [min-maks]	Vikarleger [min-maks]	Legekontor utenfor forsøket [5.-95. prosentil]
Før	118 [93-140]	88 [61-130]	30 [12-79]	91 [47-134]
Etter	131 [115-164]	96 [56-121]	35 [9-108]	98 [50-160]

Note: Min (maks) referer til legekontoret med lavest (høyest) aktivitetsbasert inntjening. For legekontor utenfor forsøket rapporteres prosentiler som indikator på høy/lav aktivitetsbasert inntjening, tolkning: 95 prosent av legekontorene utenfor forsøket tjente mer enn 47 (50) kroner i honorar per pasient per måned 2. halvår 2017 (2018). 5 prosent av legekontorene tjente mer enn 134 (160) kroner i honorar per pasient per måned 2. halvår 2017 (2018).

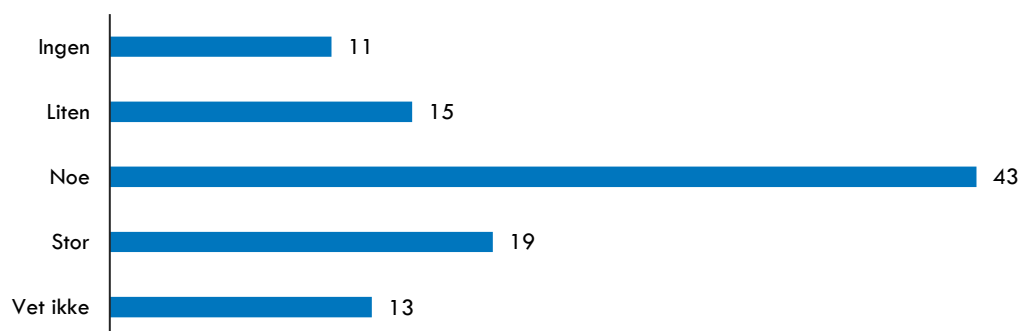
Legers opplevelse av usikkerhet om inntjening med honorarmodellen

Data fra spørreundersøkelsen viser at blant alle fastleger med honorarmodellen, oppga 62 prosent at de opplever noe eller stor usikkerhet om legekontorets inntjening (Figur 5-3). En mindre andel opplevde liten (15 prosent) eller ingen (11 prosent) usikkerhet, mens de resterende 13 prosent svarte «vet ikke».

En større andel menn enn kvinner svarte at de opplevde stor usikkerhet (28 prosent versus seks prosent), men kjønnsforskjellene var ikke statistisk signifikante (Appendiks B, spørsmål 23). Det var heller ingen statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen etter legenes alder, selv om en større andel eldre fastleger (60 år eller eldre) opplevde stor usikkerhet sammenlignet med yngre fastleger (yngre enn 40 år). Oppfatninger om usikkerhet varierte signifikant med fastlegens listelengde. En større andel av legene med 1250 eller flere listeinnbyggere svarte at de opplevde stor usikkerhet om legekontorets inntektsopptjening (36 prosent), sammenlignet med legene med mellom 750 og 1249 listeinnbyggere (17 prosent) og legene med færre enn 750 listeinnbyggere (ingen av disse opplevde stor usikkerhet). Samtidig var også andelen som oppga at de opplevde «ingen usikkerhet» størst blant fastlegene med 1250 eller flere listeinnbyggere (21,4 prosent), sammenlignet med 4,2 prosent av fastlegene med mellom 750 og 1249 listeinnbyggere og 11,1 prosent av fastlegene med færre enn 750 listeinnbyggere.

I utdypende fritekstsvar svarte fastlegene at de opplever honorarmodellen som usikker fordi de mener det er lite sannsynlig at sykepleier vil tjene inn 50 prosent av egen lønn. Det ble påpekt at det er stor variasjon blant legene i hvilken grad de benytter seg av PHT-sykepleier, og at dette fører til at sykepleierne har mye ledig tid. Fastlegene svarte videre at de opplever at PHT krever at man bruker mye ulønnet tid på ledelsesarbeid.

Figur 5-3: I hvilken grad fastleger som prøver ut honorarmodellen opplever usikkerhet om legekontorets inntektsopptjening. Prosentvis svarfordeling etter grad av usikkerhet. n=47



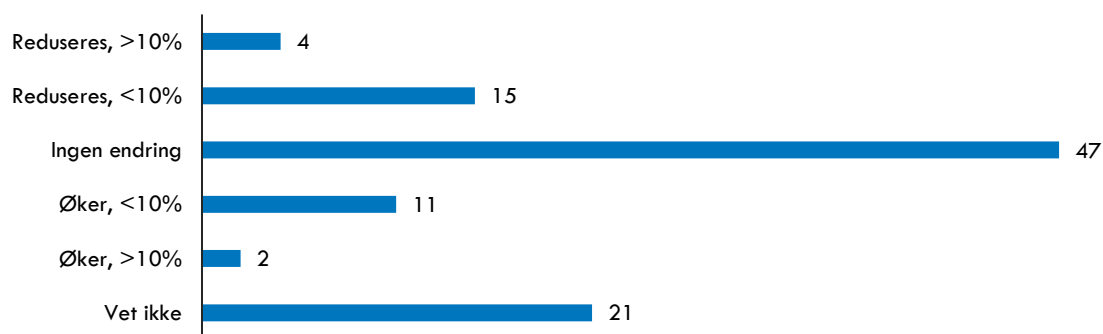
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekontor i forsøket, våren 2019. Note: Spørsmålet i undersøkelsen var «I hvilken grad opplever du usikkerhet om legekontorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekontor?».

Legers oppfatninger om endringer i inntjening med honorarmodellen

Data fra spørreundersøkelsen viser at blant fastleger med honorarmodellen, opplevde nær halvparten (47 prosent) ingen endring i egen inntekt som følge av deltakelse i forsøket (Figur 5-4). Blant de som svarte at de opplevde en endring i egen inntekt, opplevde de fleste en mindre endring (+/-10% endring); 25 prosent av fastlegene opplevde en endring mindre enn ti prosent (enten reduksjon eller økning), mens seks prosent opplevde en endring større enn ti prosent (enten reduksjon eller økning).

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen etter legens kjønn, alder eller listelengde (Appendiks B, spørsmål 25). Likevel observerte vi enkelte forskjeller som muligens ikke slår ut som statistisk signifikant fordi datamaterialet er lite.

Figur 5-4: Oppfatninger om hvordan egen inntekt påvirkes av deltakelse i forsøket med PHT blant fastleger med honorarmodellen. Prosentvis svarfordeling etter opplevd endring. n=47



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekontor i forsøket, våren 2019. Note: Spørsmålet i undersøkelsen var «Hvordan opplever du at din inntekt påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam?».

Om inntjeningen med honorarmodellen

Basert på utsagn i intervjustudien, kan det synes som om det finnes to hovedtilnærminger til honorarmodellen ved legekontorene i forsøket. PHT-leder ved ett av legekontorene, fortalte at de har strukturert sitt arbeid med PHT ut fra hvordan honorarmodellen er lagt opp økonomisk. Det viktigste da er å få opp volumet på sykepleierkonsultasjoner fordi sykepleiertakstene i honorarmodellen er begrenset og lave. De har for eksempel brukt S1a lite, fordi det er korte konsultasjoner der er det nesten umulig å få volum. PHT-lederen forteller at andre legekontor i forsøket har tenkt motsatt, altså de har tenkt fag først. Da får man fort en annen økonomi i det. Han sa:

«Vi skal ikke komme ut i andre enden med et økonomisk tap av et frivillig forsøk, det har vært pri en fra vår side, og så får det faglige komme som nummer to, så

får vi ser om vi får ut noe fag av det. [...] Ved å tenke på den måten så har vi likevel landet nokså spot on på hva Helsedirektoratet har bestilt da.»

PHT-lederen fortalte videre at det ikke er noe latmannsliv for sykepleierne å nå opp i 50 prosent takstfinansiering. Det blir travle dager og en god del overtid. En av sykepleierne ved dette legekantoret mente at honorarmodellen ikke ga god nok inntjening og at den bidrar til en sykepleierjobb med for lite variasjon og spillerom som sykepleiere ikke vil ønske å ha over tid. Honorarmodellen må gi rom for mer teamarbeid og mer utviklingsarbeid for å utvikle arbeidsmåter og roller.

Flere av de andre PHT-lederne ga uttrykk for at inntjeningen med honorarmodellen i forsøksperioden er underordnet utvikling av gode tilbud eller utvikling av en god arbeidsfordeling mellom lege og sykepleier. De har prøvd å ikke la seg stresse av at de ligger under forventet produksjon og inntjening og tenkt at takstsystemet ikke skal definer hvordan de skal jobbe som PHT. En av PHT-lederne sa det slik:

«Vi må finne ut hva vi skal gjøre og hva som er lurt å gjøre og så får en prøve å mekke en finansieringsmodell, noe rundt det som gir mening i forhold til det vi bør drive med, og ikke på en måte lage en finansieringsmodell og så tilpasse aktiviteten vår til den.»

I tillegg til vurderinger av inntjeningen gitt av PHT-lederne, omfatter **intervjustudien** også uttalelser fra leger om hvordan honorarmodellen har påvirket deres egne takstinntekter. Disse gikk i litt ulike retninger. Det var ingen leger som snakket om at de hadde redusert egen inntekt. Inntjeningen hadde for noen (kanskje) gått litt opp. I hovedsak snakket de om marginale endringer, men det var også en lege som mente at hun «tjener jo mye mer nå». Hun ser det som en stor fordel at sykepleieren kunne gjøre grundige undersøkelser. Mye av dette takstes på henne som lege. Andre leger svarte at de ikke vet om egen inntjening har endret seg.

5.1.2. Sykepleiernes takstbruk

Tabell 5-7 viser sykepleiernes bruk av de ulike sykepleiertakstene i honorarmodellen 1. halvår 2019. Enkel pasientkontakt hos sykepleier (takst S1a) var utløst 374 ganger 1. halvår 2019 (47 ganger per legekantor og 18 ganger per sykepleier). Legekantorene med lavest og høyest S1a-takstfrekvens utløste taksten henholdsvis én og 191 ganger. Det var tilsvarende store forskjeller i bruk av de øvrige sykepleiertakstene mellom legekantorene, bortsett fra for E-oppfølging (2ae) og gruppetilbud (S4) som bare var utløst ved ett av legekantorene i forsøket.

Oppfølging/kontroll ved sykepleier i kombinasjon med tillegg for tidsbruk utgjør hovedvekten av den takstfinansierte aktiviteten (i snitt >1 tidstakst per gyldig takstkombinasjon).

Tabell 5-7: Takstfrekvens sykepleiertakster 1. halvår 2019. Legekantor med honorarmodellen.

Takst	Antall	Per legekantor [min-maks]	Per sykepleier [min-maks]
S1a	374	47 [1-191]	18 [1-79]
S1b	794	99 [11-210]	42 [2-132]
S2a	2315	289 [93-524]	122 [5-511]
S2ae	19	19 [19-19]	10 [1-18]
S2b	2216	227 [35-736]	111 [1-397]
S2c	5868	734 [133-1654]	309 [18-1046]
S3	613	77 [32-110]	34 [4-96]
S4	17	17 [17-17]	9 [8-9]
S5	219	31 [4-102]	16 [2-49]
S6	575	72 [23-126]	32 [8-102]

Note: Min (maks) referer til legekantoret og sykepleieren med lavest (høyest) antall utløste takster 1. halvår 2019 (min=maks hvis taksten kun var utløst ved ett legekantor).

Regninger lagret i KUHR-databasen inkluderer informasjon om pasientens diagnose. Tabell 5-8 viser hvilke diagnosegrupper (ICPC2) takstingen 1. halvår 2019 var knyttet til for sykepleiere som jobbet på legekantor som prøvde ut honorarmodellen. Gruppert etter organsystem inkluderer fem grupper 80 prosent av pasientene knyttet til sykepleiernes takstbruk 1. halvår 2019.

I alt ble 757 personer med luftveisproblemer behandlet av sykepleiere 1. halvår 2019 (95 personer per legekantor og 45 per sykepleier). Antall pasienter med luftveisproblemer behandlet av sykepleiere varierte fra en til 409 mellom legekantorene og fra en til 147 mellom sykepleierne. De fleste av pasienter med luftveisproblemer hadde diagnosen astma eller kols (henholdsvis 40 og 30 prosent). Nesten 80 prosent av pasienter behandlet for endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer var diagnostisert med diabetes type 2. Behandling av psykiske lidelser inkluderer pasienter med hukommelsestap, demens og depressiv lidelse. Innen diagnosegruppen hud registreres blant annet sårbehandling utført av sykepleier.

Oversikten i Tabell 5-8 tyder på at sykepleierne har konsentrert sin innsats om pasientgrupper med ønsket prioritet i PHT-forsøket.

Tabell 5-8: Antall pasienter innen de fem største diagnosegrupper knyttet til sykepleiernes takstbruk 1. halvår 2019. Legekantor med honorarmodellen.

Diagnosegruppe (ICPC2)	Antall	Per legekantor [min-maks]	Per sykepleier [min-maks]
Allment og uspesifisert	772	97 [13-446]	41 [5-243]
Psykisk	432	54 [9-156]	23 [3-78]
Luftveier	757	95 [1-409]	45 [1-147]
Hud	257	32 [3-163]	15 [1-46]
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	878	110 [9-212]	49 [1-112]
Annet	768	96 [65-165]	40 [6-78]

Note: Min (maks) refererer til legekantoret og sykepleieren med lavest (høyest) antall pasienter 1. halvår 2019.

5.1.3. Takstvurderinger og tilpasning

I **intervjustudien** var det flere leger som nevnte at det ikke finnes noen legetakst for de møtene de har med sykepleier på legekantoret om oppfølging av enkeltpasienter eller grupper av pasienter i PHT. Et annet arbeid relatert til PHT som heller ikke har noen spesifikk legetakst, er utformingen av opplegg og maler for systematisk oppfølging av spesifikke pasientgrupper i PHT.

Helsedirektoratet yter et tilskudd på 128 000 kroner per lege per år for legekantorets deltakelse i PHT-forsøket. Dette tilskuddet brukes ulikt legekantorene imellom. Ved noen legekantor er deler av tilskuddet brukt til å kompensere legene økonomisk for manglende takster for det ovenfor nevnte arbeidet og/eller kompensere PHT-leder for arbeidet med ledelse av PHT-forsøket. Tilskuddet har ellers blant annet blitt brukt til å dekke utgifter til ombygging av lokaler for å få plass til sykepleier(e) og til å dekke opp for manglende sykepleierinntjening.

Legekantorene har ulik praksis for konsultasjoner med pasienter i PHT. Flere legekantor praktiserer legeetterfulgte sykepleierkonsultasjoner samme dag når pasienten kalles inn til årskontroll (for eksempel diabetespasienter). Da kommer pasienten gjerne til sykepleier først, før kontrollen avsluttes med en kort konsultasjon (gjerne ikke mer enn fem minutter) med pasientens lege. En sykepleier beskrev et typisk forløp slik:

«Mange av de konsultasjonene vi har er årskontroller. Det innebærer at vi har satt av ca. 40 minutter i vår timebok og utfører det som er definert i forhold til den årskontrollen. På slutten av konsultasjonen kaller vi på legen som kommer innom for å se over det vi har gjort. Sykepleier bruker da takst S2b og eventuelt tidstakst. Legene bruker sin konsultasjonstakst og takster for de undersøkelsene sykepleier har gjort, for eksempel spirometri, HbA1c, Noklus, tonometri,

røykeslutt, henvisningstakst, utfylling av skjema og alle eventuelle materielltakster.»

Et slikt forløp innebærer effektiv tidsbruk med relativt sett god inntjening for legen¹⁶. Flere leger beskrev det imidlertid som en logistisk utfordring å tilpasse disse korte «innhoppene» i sykepleiernes konsultasjoner i en ellers travel hverdag. Det innebærer mer oppstyking av eget arbeid og gjerne en del venting for pasientene, noe som innebar at de hadde valgt bort legeetterfulgte konsultasjoner og heller kaller pasienten inn til en egen legekonsultasjon senere for å fullføre årskontrollen. Ved noen få legekontor var hovedregelen at pasienten ikke skal til sykepleier og lege samme dag, med mindre det er noe som haster. For pasienten betyr to konsultasjoner for en årskontroll – en hos sykepleier og en hos lege – at de må betale to egenandeler i stedet for én med en legeetterfulgt sykepleierkonsultasjon.¹⁷

Intervjustudien avdekket videre at honorarmodellen manglet telefontakst for sykepleiere. Flere sykepleiere fortalte at de bruker mye tid i telefonen med pasienter, pårørende og hjemmetjenesten. En sykepleier sa at hun kan takste slike telefonsamtaler på legene så pengene kommer inn, men hennes arbeid synliggjøres ikke da. Sykepleiere pekte også på at taksten for hjemmebesøk var lav hvis besøkene varte lenge. Noen sykepleiere trakk også frem at det tar lang tid å gjennomføre en årskontroll og at takstene for dette er lave. Det ble også vist til at hvis lege og sykepleier drar sammen på hjemmebesøk, kan ikke sykepleier takste. En sykepleier fortalte at hun ofte er med legen ut på hjemmebesøk til pasienter på ettermiddagen – på sin egen fritid. Da kan hun ikke skrive takst på seg selv; alt takstes på legen. Sykepleieren skrev gjerne journalnotatene fra disse besøkene. Et annet eksempel som ble nevnt, var hvis sykepleier tar blodprøve hjemme og pasienten ikke har frikort, da vil takst for både blodprøve og hjemmebesøk føre til at pasienten får to regninger og dobbelt gebyr. I slike tilfeller droppes gjerne en av taksten. Et liknende eksempel er hvis pasienten er til konsultasjon hos sykepleier og det tas spirometri av pasienten, da kan ikke sykepleier ta konsultasjonstakst fordi det da blir to regningskort på samme pasient samme dag. Et litt annet eksempel som ble trukket fram av PHT-sykepleiere på legekontor som også hadde andre sykepleiere, var sårbehandling. Det å ta sykepleiertakst for sårbehandlingen var en barriere fordi det innebar høyere kostnader for pasienten. En av PHT-sykepleierne sa:

«Det er litt nytt det der med at en skal ta, ta betalt eller, ja at en skal føle at det skal være verdt for pasientene å betale en konsultasjonstakst til oss, som de gjerne ikke har gjort tidligere. [...] Hvis de gjør det samme arbeidet på skiftestuen så blir det litt sånn vanskelig at en skal ta mer, at de skal betale en annen takst hos oss på en måte.»

En PHT-leder ved et annet legekontor, mente sårstell er en oppgave som hører hjemme i PHT, og at sykepleierkompetansen kommer til stor nytte. Men så lenge de gamle sykepleierne har gjort sårstell og takstet dette på delegasjon fra legene, så ønsker de ikke å flytte oppgaven, men etablere en praksis hvor alle de fire sykepleierne på legekontoret kan gjøre sårstell. Egenandelen som pasienten betaler for en sykepleierkonsultasjon (S2a), er 2,7 ganger høyere enn egenandelen for et legetakstet sårstell (1 ad). For legekontoret er det imidlertid bedre økonomi å la både de gamle sykepleierne og PHT-sykepleiere bruke sykepleiertaksten. Dette har de avklart at er greit å gjøre med Helsedirektoratet. Men det er tungvint med et journalsystem hvor sykepleier må logge seg ut og inn avhengig av hvilken sykepleierrolle de har. PHT-lederen utdypet dette slik:

«Det går på det tekniske med journalsystemet for du må bytte rolle, altså hvis du har bare en sånn hjelpefunksjonsrolle så må du være på en plass i systemet, og

¹⁶ Regneeksempel for diabetes årskontroll med legeetterfulgt sykepleierkonsultasjon: Sykepleiertakster + Legetakster = (S2b + S2c) + (2ad + 709 + 10b + 109a + 402 + 102) = 170 kroner + 856 kroner = 1 026 kroner

¹⁷ Egenandel for sykepleierkonsultasjon + Egenandel for legekonsultasjon (konsultasjon + henvisning) = S2a + 2ad (egenandel) + 1 ad (egenandel) = 152 + 155 + 56 = 363. Egenandel for legeetterfulgt sykepleierkonsultasjon = 2ad (egenandel) + 1 ad (egenandel) = 211

så hvis du er selvstendig sykepleier så må du logge deg inn på en ny måte. [...] Det er så dillete rett og slett med disse her rolleskiftene.»

5.1.4. Vurderinger av honorarmodellen

De fleste vurderingene om honorarmodellen som ble gitt i **intervjustudien**, handlet om at den økonomisk ikke er liv laga fordi takstene er for lave og for få, men at den strukturelt er helt grei fordi den er lik den finansieringsmodellen legene er vant til. Flere viste til at sykepleierne ikke har vært i nærheten av å få inn takstinntekter fra egne sykepleiertakster på det nivået som er forventet i forsøket. En PHT-leder fortalte at han «ikke skjønner så mye av disse pengegreiene», men at han hadde skjønnet at honorarmodellen ikke fungerer særlig godt med tanke på forventet inntjening. En annen PHT-leder fortalte at de hadde vært i likviditetskrise og fått støtte fra Helsedirektoratet for å kunne betale lønn til sykepleier. Blant sykepleiere var oppfatningen at forutsetningen i honorarmodellen om 50 prosent inntjening er lite realistisk. Noen av dem hadde regnet ut at de må opp i åtte konsultasjoner per dag for å nå inntjeningskravet. Da kan de ikke jobbe sånn som de har jobbet til nå, med rom for både møter og ubetalt telefonarbeid. Hvis de skal møte kravene til inntjening, så må tiden til den enkelte pasient reduseres noe som de mente vil redusere kvaliteten på oppfølgingen. En PHT-leder var inne på at det ville hjelpe om alle legene ved kontoret brukte sykepleierne, men at det ikke ville gi nok inntjening selv om sykepleierne fylte opp uka med arbeid som kan takstes.

Samtidig var det noen informanter som ga uttrykk for at honorarmodellen kan bli bra. Men det krever at det blir gjort noe med sykepleierens takster. Det ble gitt uttrykk for at det er behov for nye takster og for å justere opp takstbeløpene. En sykepleier mente det var mulig å tjene inn 50 prosent av lønna. Hun oppnådde det selv ved sitt kontor, men de øvrige sykepleierne ved kontoret gjorde det foreløpig ikke. Når intervjuene ble gjort, var det et arbeid på gang i Helsedirektoratet med å se på sykepleiertakstene i honorarmodellen med tanke på justeringer. Det arbeidet resulterte i at det ble gjort endringer 1. juli 2019 (les mer om dette i Kapittel 5.3).

5.2. Driftstilskuddsmodellen

Blant de 13 legekantorene i forsøket, er det fem som har valgt å prøve ut driftstilskuddsmodellen. Fire av disse er eid av kommunen, mens ett er privat eid.

Driftstilskuddsmodellen erstatter finansieringsmodellen for fastlegeordningen med en modell som i mindre grad avhenger direkte av aktiviteten ved fastlegekontoret. Inntektene fra driftstilskuddsmodellen er ment å dekke alle utgifter ved legekantoret, inkludert alt personell. Modellen består av et driftstilskudd per liste og betalinger fra listeinnbyggere (egenandeler og egenbetaling). Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent). Listeinnbyggertilskuddets størrelse avhenger av listeinnbyggernes alder og kjønn¹⁸, levekår og reiseavstand til legekantoret. Tilskuddet basert på resultat og kvalitet avhenger av dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste, andel fastleger og sykepleiere med spesialisering, andel (pasientgruppe KOLS og diabetes) som det lages behandlingsplan for, andel med gjennomført legemiddelgjennomgang og dekningsgrad for timebestilling digitalt. Resultat- og kvalitetskomponentene er beregnet å utgjøre ca. tre prosent av driftstilskuddet ved forsøkets oppstart. Driftstilskuddsmodellen legger opp til at legekantoret også skal ha inntekter fra listeinnbyggers egenandeler og egenbetaling (Helsedirektoratet, 2018). Forholdet mellom driftstilskudd og egenandeler/egenbetaling fra listeinnbyggere er ikke helt klart beskrevet. I Helsedirektoratets høringsnotat om gjennomføring av forsøket med primærhelseteam (Helsedirektoratet, 2018) står det at det legges opp til et 80/20-forhold. I et grunnlagsdokument om finansieringsmodellene utarbeidet av Helsedirektoratet, står det at legges opp til at betalinger fra listeinnbyggere skal stå for 15-20 prosent av vederlaget.¹⁹ Egenandeler betalt av listeinnbyggere teller med i grunnlaget for egenandelstak 1.

¹⁸ Tilskuddet øker gjennomgående med alder og varierer i størrelse mellom kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

¹⁹ Inkludert egenandeler finansiert av folketrygden via frikortordningen og andre fritaksgrunner.

Det er få takster i driftstilskuddsmodellen. Takstene er beskrevet i *Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam*²⁰. I Tabell 5-9 gjengis takstene som kunne utløses i perioden 01.07.2018-30.06.2019 i kortform med tilhørende egenandels- og egenbetalingsbeløp. Takstene er knyttet til listeinnbyggers kontakt og konsultasjon med personell på legekantoret. De fleste takstene er legetakster som har en tilsvarende takst i normaltariffen. Kun to takster er sykepleiertakster (088a og 088b). Disse har tilsvarende sykepleiertakster i honorarmodellen. 088a tilsvarende takst S1a i honorarmodellen for kortvarig konsultasjon med pasient og 088b tilsvarende takstene S2a, S2ae og S3 i honorarmodellen for konsultasjon av lengre varighet.

Helsedirektoratet viser et eksempel på beregning av driftstilskuddet som tar utgangspunkt i et årlig listeinnbyggertilskudd på 1470 kroner (Helsedirektoratet, 2017). Eksempelet viser hvordan dette beløpet justeres med listeinnbyggers alder og kjønn, levekår og reiseavstand, og hvordan det suppleres med tilskudd basert på resultat og kvalitet. Hverken i Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket med PHT (2017) eller i høringsnotatet for forslag til *Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam* (Helsedirektoratet, 2018) er det gjort noen beregninger som har vist sammenhengen mellom driftstilskuddet og forventet bruksfrekvens av de ulike takstene i driftstilskuddsmodellen.

Hvis legekantoret med driftstilskuddsmodellen behandler andre enn egne listeinnbyggere, skal takstene i normaltariffen benyttes.

Tabell 5-9: Takster i driftstilskuddsmodellen i perioden 01.07.2018-30.06.2019

Takst	Beskrivelse	Egenandel/ Egenbetaling kr	Tilsvarende takst i honorar- modellen
070	Enkel pasientkontakt hos lege ved personlig frammøte og ved bud	56	1 ad, 1 ak
070a	Prøvetaking for ekstern rekvirent uten samtidig råd/veiledning	56	1 ad2
071a	Taking og undersøkelse hos lege av hemoglobin, blodsenkning og telling av hvite blodlegemer og mikroskopering av urinsediment	55	1 e
072	Utfylling av sykemeldingsblankett	66	1 h
074a	Konsultasjon ved oppmøte eller e-konsultasjon hos allmennpraktiserende lege (dag)	155	2 ad
074b	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege (kveld, natt, helg)	262	2 ak
074c	Tillegg til takst 074a og 074b for spesialist i allmenmedisin	49	2 dd, 2 dk
074d	Gruppebehandling per pasient	155	2 ed, S4
078a	Utskrift/kopiering av pasientjournal	85	5
078b	Ekspedisjonsgebyr	59	8
085a	Materiellgruppe 1	62	10a
085b	Materiellgruppe 2 (bl.a. utstyr til spirometri, EKG, sårskift)	93	10b
085c	Materiellgruppe 3	131	10c
085d	Materiellgruppe 4 (større kirurgiske inngrep og større sår og skader)	177	10d
086a	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege (dag)	209	11 ad
086b	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege (kveld, natt, helg)	334	11 ak
086c	Tillegg til takst 086a og 086b for spesialist i allmenmedisin	36	11 dd, 11 dk
087a	Taking av prøver hos lege til laboratorieundersøkelse	55	701a
088a	Enkel pasientkontakt hos sykepleier ved personlig frammøte og ved bud	56	S1a
088b	Oppfølging/kontroll hos sykepleier med minst 20 minutters varighet	155	S2a, S2ae, S3
089a	Utarbeidelse av behandlingsplan	0	
089b	Systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege og sykepleier	0	

Note: Takst 089b var i utgangspunktet ment å innholdsmessig tilsvare takst 2ld i normaltariffen. Beskrivelsen av disse takstene er imidlertid ulik. Mens 2ld er en takst som utløses av fastlegen, indikerer beskrivelsen av 089b at legemiddelgjennomgangen forutsettes gjennomført av fastlege og sykepleier i fellesskap.

²⁰ FOR-2018-03-02-313

5.2.1. Inntjening med driftstilskuddsmodellen

Legekontorenes inntjening beskrevet ved registerdata

Tabell 5-10 og figur 5-5 viser legekontorenes inntjening per listeinnbygger per måned før og etter oppstart av forsøk med PHT. "Etter" referer til hele perioden som legekontorene deltok i forsøket i 2018 og "før" referer til en tilsvarende periode foregående år, slik at sammenligningsperiodene er mellom fire og ni måneder avhengig av oppstart²¹. Inntjening før oppstart besto av inntjening fra takstfinansierte aktiviteter og et basistilskudd. Etter oppstart reduseres inntjeningen fra takstfinansierte aktiviteter mot at legekontorene mottar et driftstilskudd²². Tallene er ikke prisjustert.

Tabell 5-10 viser at inntjeningen per listeinnbygger per måned har økt ved alle legekontorene i forsøket. Ved eksempelvis legekontor D1 var økningen rundt 42 prosent, fra 104 til 148 kroner. For øvrige legekontor økte månedlig inntjening per listeinnbygger rundt to til tre ganger så mye som den gjennomsnittlige økningen ved legekontor utenfor forsøket.

Tabell 5-10: Inntjening (i kroner) per listeinnbygger per måned før og etter oppstart av forsøk med PHT. Legekontor med driftstilskuddsmodellen og legekontor utenfor forsøket.

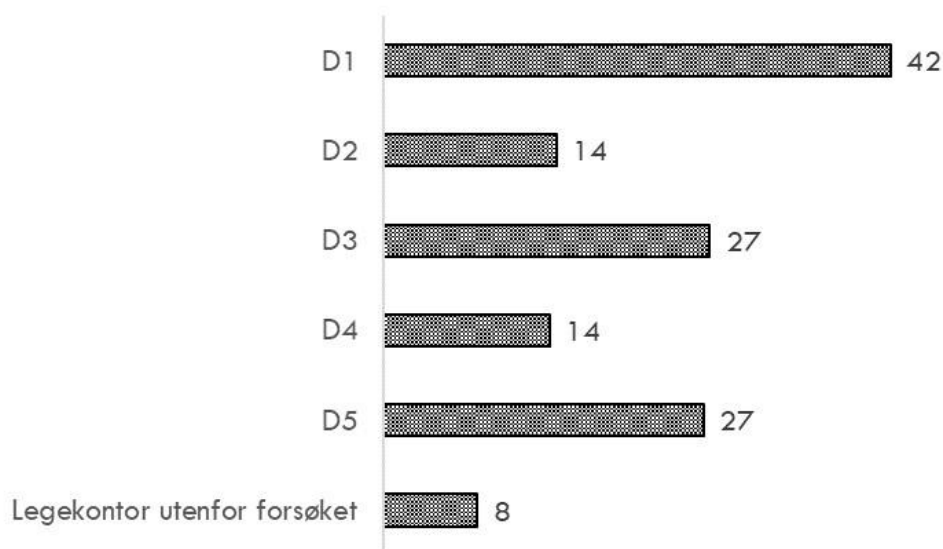
Legekontor		Inntjening	Driftstilskudd	Basistilskudd	Refusjon	Egenandel (Prosentandel)	Sykepleier Kostnad
D1	Før	104	0	38	50	16 (15)	0
	Etter	148	125	0	24	20 (14)	21
D2	Før	139	0	38	79	22 (16)	0
	Etter	159	123	0	29	24 (15)	17
D3	Før	136	0	38	75	23 (17)	0
	Etter	173	127	0	37	30 (17)	21
D4	Før	123	0	38	71	14 (11)	0
	Etter	140	113	0	24	21 (15)	18
D5	Før	131	0	38	74	19 (15)	0
	Etter	166	137	0	33	25 (15)	29
Legekontor utenfor forsøket	Før	129	0	38	46	45 (35)	0
	Etter	139	0	41	51	47 (34)	0

Note: Legekontorets inntjening var beregnet som summen av legenes og sykepleiernes inntjening per listeinnbygger per måned, kun fratrukket sykepleierkostnaden. For legekontor som deltar i forsøket refererer etter til hele perioden i 2018 som legekontorene deltok i forsøket, før referer til en tilsvarende periode foregående år. Refusjon i rader merket "Etter" inneholder egenandelsrefusjoner fra HELFO for listeinnbyggere som har nådd egenandelstak 1 og refusjon for innbyggere som ikke er på legekontorets liste. For legekontor utenfor forsøket referer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017). I gjennomsnitt besto et legekontor utenfor forsøket av rundt 3,2 leger og 3 570 listeinnbyggere i hver av periodene til sammenligning.

²¹ For legekontor som deltok fra april 2018 sammenligner vi gjennomsnittlig månedlig inntjening per listeinnbygger i perioden april-desember 2018 (etter) med perioden april-desember 2017 (før).

²² L-takster og egenbetalinger fra takster for forbruksmateriell er ikke med i beregningene vist i tabell 5-10. Refusjon i rader merket "Etter" inneholder egenandelsrefusjoner fra HELFO for listeinnbyggere som har nådd egenandelstak 1 og refusjon for innbyggere som ikke er på legekontorets liste.

Figur 5-5: Prosentendring i inntjening per listeinnbygger per måned fra før til etter oppstart av forsøk med PHT. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og legekantor utenfor forsøket.



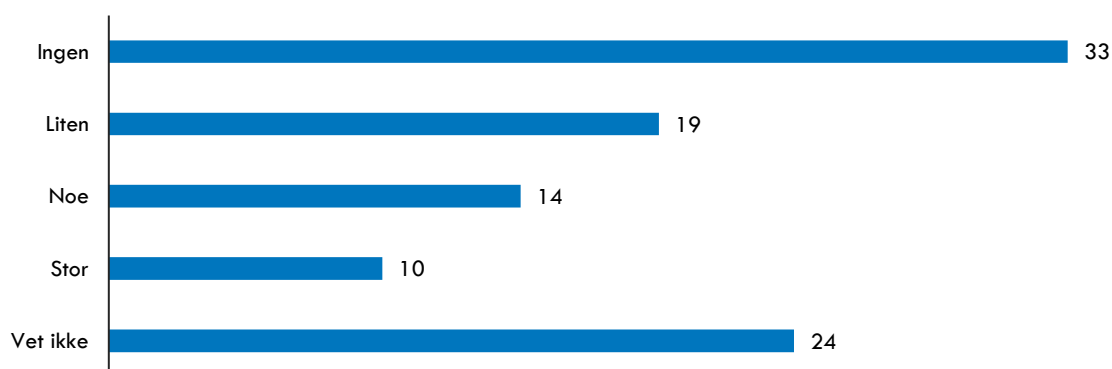
Note: For leger som jobber på legekantor med driftstilskuddsmodellen refererer etter til de fire første månedene av forsøk med PHT, før referer til en tilsvarende periode foregående år. For legekantor i kontrollgruppen referer etter (før) til 2. halvår 2018 (2017).

Legenes opplevelse av usikkerhet om inntjening med driftstilskuddsmodellen

Figur 5-6 **Feil! Fant ikke referanseilden.** viser at fastlegene med driftstilskuddsmodellen som svarte på spørreundersøkelsen, opplevde liten (19 prosent) eller ingen (33 prosent) usikkerhet om legekantorets inntektsopptjening, mens de resterende 24 prosentene har svart «vet ikke». Ettersom antallet fastleger med driftstilskuddsmodellen som besvarte spørreundersøkelsen er lite (21 fastleger), er det vanskelig å tolke forskjeller i svarfordeling etter kjønn, alder og listelengde, og disse forskjellene var heller ikke statistisk signifikante (Appendiks B, spørsmål 23).

Fastlegene med driftstilskuddsmodellen utdypet i fritekstsvar at de ikke synes utregningen av driftstilskuddet tar høyde for belastningen og tidsbruken som er nødvendig med en krevende pasientpopulasjon. Det ble særlig påpekt at utregningen i liten grad hensyntar en pasientpopulasjon med høy andel personer med rusproblemer og psykiske helseproblemer.

Figur 5-6: I hvilken grad fastleger med driftstilskuddsmodellen opplever usikkerhet om legekantorets inntektsopptjening. Prosentvis svarfordeling etter grad av usikkerhet. n=21



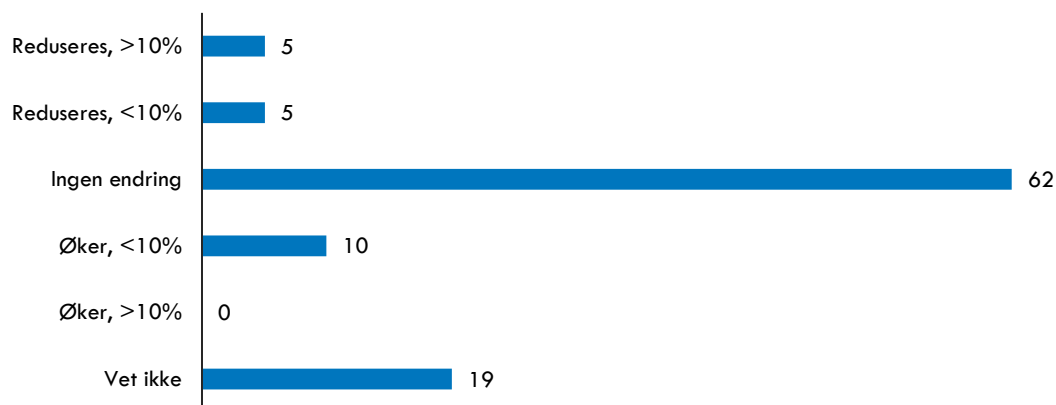
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekantor i forsøket, våren 2019. Note: Spørsmålet i undersøkelsen var «I hvilken grad opplever du usikkerhet om legekantorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekantor?».

Legenes oppfatninger om endringer i inntjening med driftstilskuddsmodellen

Blant fastleger med driftstilskuddsmodellen som svarte på spørreundersøkelsen, opplevde de fleste (62 prosent) ingen endring i egen inntekt som følge av deltakelse i forsøket (Figur 5-7). Blant de som

opplevde en endring, opplevde de fleste en mindre endring (+/-10% endring); 14 prosent av fastlegene opplevde en endring mindre enn ti prosent (enten reduksjon eller økning), mens fem prosent opplevde en reduksjon større enn ti prosent (ingen opplevde en økning større enn ti prosent). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen etter legens kjønn, alder eller listelengde (Appendiks B, spørsmål 25).

Figur 5-7: Oppfatninger om hvordan inntekten påvirkes av deltakelse i forsøket med PHT blant fastlegene med driftstilskuddsmodellen. Prosentvis svarfordeling etter opplevd endring. n=21



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekantor i forsøket, våren 2019. Note: Spørsmålet i undersøkelsen var «Hvordan opplever du at din inntekt påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam?».

5.2.2. Takstbruk

Tabell 5-11 beskriver sykepleiernes takstbruk for utvalgte takster ved legekantor med driftstilskuddsmodellen 1. halvår 2019. Takst 088a og 088b er sykepleierkonsultasjonstakster, mens de øvrige er takster som innenfor rammen av PHT-forsøket, kan relateres til teamarbeid mellom lege og sykepleier (074d er for gruppebehandling, 089a er for behandlingsplan mens 089b er for legemiddelgjennomgang gjort av lege og sykepleier).

Tabell 5-11 viser at oppfølging/kontroll hos sykepleier (takst 088b) var utløst 1 169 ganger 1. halvår 2019 (234 ganger per legekantor og 106 ganger per sykepleier). Legekantoret med lavest og høyest antall takst 088b utløste henholdsvis 93 og 382 takster. Nesten 90 prosent av sykepleiernes takstfinansierte aktiviteter var oppfølging/kontroll. Takst 89a og 89b utføres av fastlege og sykepleier i fellesskap og var ofte utløst av fastlegen. Ingen sykepleier utløste takst for gruppetilbud.

Tabell 5-11: Takstfrekvens sykepleiertakster 1. halvår 2019.

Takst	Antall	Per legekantor [min-maks]	Per sykepleier [min-maks]
074d	0	0 [0-0]	0 [0-0]
088a	131	26 [2-61]	15 [2-37]
088b	1 169	234 [93-382]	106 [2-382]
089a	45	23 [19-26]	23 [19-26]
089b	6	6 [6-6]	3 [1-5]

Note: Min (maks) refererer til legekantoret og sykepleieren med lavest (høyest) antall utløste takster 1. halvår 2019 (min=maks hvis taksten kun var utløst ved ett legekantor).

Tabell 5-12 beskriver sykepleiernes takstbruk og hvilke diagnosegrupper (ICPC2) takstingen var knyttet til for sykepleiere som jobbet på legekantor driftet med driftstilskuddsmodellen 1. halvår 2019. Regninger lagret i KUHR-databasen inkluderer informasjon om pasientens diagnose. Gruppert etter organsystem, vil fem grupper inkludere 80 prosent av pasientene knyttet til sykepleiernes takstbruk 1. halvår 2019.

Oversikten i Tabell 5-2 tyder på at sykepleierne har konsentrert sin innsats om pasientgrupper med ønsket prioritet i PHT-forsøket.

Over 80 prosent av pasienter behandlet for endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer var diagnostisert med diabetes type 2. Nesten 80 prosent av pasienter behandlet for lidelser knyttet til hjerte-karsystemet hadde hypertensjon. De fleste av pasienter med luftveisproblemer hadde diagnosen astma eller kols (henholdsvis 40 og 25 prosent). Rundt 40 prosent av pasienter med psykiske lidelser hadde diagnose schizofreni.

Tabell 5-12 viser at i alt 103 personer med luftveisproblemer ble behandlet av sykepleiere 1. halvår 2019 (21 personer per legekantor og 13 per sykepleier). Antall pasienter med luftveisproblemer behandlet av sykepleiere varierte fra fire til 44 mellom legekantorene og fra en til 43 mellom sykepleierne. Personer med psykiske lidelser eller problemer relatert til hjerte-karsystemet var behandlet av sykepleiere ved ett legekantor.

Tabell 5-12: Antall pasienter innen fem største diagnosegrupper knyttet til sykepleiernes takstbruk 1. halvår 2019. Legekantor med driftstilskuddsmodellen.

Diagnosegruppe (ICPC2)	Antall	Per legekantor [min-maks]	Per sykepleier [min-maks]
Allment og uspesifisert	277	55 [7-93]	31 [4-82]
Hjerte-karsystemet	67	13 [3-33]	8 [1-33]
Psykisk	40	10 [1-23]	8 [1-23]
Luftveier	103	21 [4-44]	13 [1-43]
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	273	55 [31-74]	34 [1-74]
Annet	119	24 [4-49]	20 [4-49]

Note: Min (maks) refererer til legekantoret og sykepleieren med lavest (høyest) antall pasienter 1. halvår 2019.

5.2.3. Takstvurderinger og tilpasning

I **intervjustudien** fortalte PHT-leder ved det privat eide legekantoret, at driftstilskuddsmodellen gjør at de ikke er så avhengige av konsultasjonsvolumet som de var før forsøket. Den har gitt rom for å bruke tid til å samarbeide med sykepleier og bruke tid til annen møtevirksomhet uten at det rammer økonomien så hardt. Legene kan sette av en halv dag hver i uka hvor de jobber sammen med sykepleier. Som følge av PHT-forsøket, har legene gått fra å jobbe fire dager kurativt arbeid med innleid vikar for den femte dagen, til å jobbe fem dager kurativt arbeid. PHT-lederen opplevde arbeidet litt mindre stressende nå enn det var tidligere, men «det er kanskje mer en subjektiv følelse». Legekantoret har også etablert en ny fastlegehjemmel etter at forsøket startet. Den nye legen synes det er attraktivt og spennende å arbeide der, når man prøver ut en ny modell og medga at det definitivt var en fordel å starte med null-liste med driftstilskuddsmodellen, sammenliknet med de vanlige betingelsene for dette i fastlegeordningen.

For ansatte på de kommunalt eide legekantorene opplevdes ikke overgangen til driftstilskuddsmodellen like tydelig. De gjør det samme som før. Siden de generelt sett selv ikke opplever at de har vært like ivrige takstbrukere som næringsdrivende fastleger, oppleves forskjellen i hovedsak å være at de nå får betalt for det de gjør. Men både leger og sykepleiere var opptatt av at de få takstene i driftstilskuddsmodellen gjør det vanskelig å synliggjøre utad hva de faktisk gjør på legekantoret og pekte på at det er viktig at særlig evaluator er klar over dette. En PHT-leder fortalte eksempelvis at både legekantoret og den øvrige helsetjenesten i kommunen alltid har vært flinke til å ha tverrfaglige møter. Det har de fortsatt med, men dette er ikke mulig å synliggjøre med driftstilskuddsmodellen. Det er heller ikke mulig med tilgjengelige takster å synliggjøre at en pasientkonsultasjon kan ta veldig lang tid, eller at det tverrfaglige møtet man var på, var 40 minutter unna legekantoret.

PHT-ledere og leger var samstemte om at det er fint å slippe å skrive takster, men er klar på at det ikke er noen sovepute. Mange mente at finansieringsmodellen ikke styrer hva de gjør og ikke gjør. En lege syntes det var veldig greit med driftstilskuddsmodellen og at de ikke lenger trenger å tenke så mye på å få med alle mulige takster. Hun fortalte at det er tidsbesparende å for eksempel ikke måtte opprette en ny kontakt for hver henvendelse hun tar til ulike instanser om en pasient. I driftstilskuddsmodellen kan slikt kontaktarbeid dokumenteres i et og samme journalnotat. Legen sa:

«Hvis man sitter for eksempel og ringer rundt til forskjellige folk og ordner forskjellige ting med apotek og NAV og hjemmetjeneste og forskjellige ting, så ville jeg jo lagd en kontakt for hver enkelt av de liksom operasjonene tidligere, fordi at det følger med en takst. Mens nå så kanskje jeg bare lager en kontakt og så beskriver jeg der hvilke ulike instanser jeg har vært i kontakt med. Og på den måten kan det også se ut som at jeg har mindre kontakter, altså gjør mindre arbeid. [...] Jeg gjør jo bare akkurat det samme, og så syns jeg det er litt deilig at jeg slipper å drive og lage liksom nye kontakter når jeg egentlig bare kan skrive alt i samme notat.»

Sykepleiere som hadde jobbet ved legekantor før forsøket, syntes det var uvant å ikke takste. De mente at sykepleiertakstene i driftstilskuddsmodellen ikke bidrar til å synliggjøre det arbeidet de gjør eksempelvis telefonisk kontakt med pasienter og pårørende, eller ulike former for koordinering. Det ble påpekt at det heller ikke er noen egen takst for sykepleierens hjemmebesøk. En sykepleier sa:

«Vi er jo vant til det fra før av, skrive takster på alt mulig. Så jeg må si at det er veldig rart å ikke gjøre. Føler lissom at det blir ikke synliggjort de tingene vi gjør som ikke er direkte pasientbetaling da.»

Hovedintrykket fra intervjuene var imidlertid at sykepleierne synes å være fornøyd med at det er få takster å forholde seg til. En PHT-leder framhevet at det var en fordel med få takster siden de har så mange vikarer som kommer og går og trenger opplæring i bruk av takstsystemet.

Ved legekantorene synes det i liten grad å være slik at lege og sykepleier ser pasientene sammen eller overlapper hverandres konsultasjoner. Informantene ved legekantorene gjorde ulike og til dels motsatte vurderinger av hvorvidt det er ønskelig å få til. Ved ett legekantor ble det fortalt at en av legene har en praksis ved diabetesårskontroller for sine pasienter, hvor han gjør en legekonsultasjon rett etter at pasienten har vært til sykepleierkonsultasjon. Ved et annet legekantor hadde de en praksis ved konsultasjoner med demente pasienter hvor pårørende konsulterte sykepleier, mens pasienten var til legekonsultasjon. Ved de øvrige legekantorene ble det forklart at det var vanskelig å få det til å klaffe med time hos lege og sykepleier samme dag, ved et annet at det praktisk vanskelig å organisere fordi sykepleier og lege ikke hadde kontor i samme lokale eller at det ikke ble gjort fordi man ikke kan ta egenandelstakst for lege og sykepleier samme dag. Legene ved kontoret medga at det kanskje kunne vært mer praktisk om de kunne fullført diabetesårskontroller samme dag som pasienten var hos sykepleier, fordi det ofte ble sånn at de spør om og kartlegger en del av de samme tingene som sykepleieren sånn at det blir litt overlapp. Men det har de ikke fått til på grunn av finansieringsmodellen som ikke åpner for sykepleier- og legetakst på samme pasient samme dag. Ved ett av legekantorene fortalte sykepleier at hun hadde hatt noen felleskonsultasjoner og hjemmebesøk sammen med legen, spesielt hvis det var lenge siden legen har sett pasienten, for å planlegge videre oppfølging.

5.2.4. Vurderinger av driftstilskuddsmodellen

Intervjustudien avdekket av PHT-lederne og leger ved de kommunalt eide legekantorene, var samstemte om at driftstilskuddsmodellen er en god modell som passer med måten de alltid har jobbet. Den har så langt gitt mye bedre inntjening til kommunen sammenliknet med den vanlige finansieringsmodellen for fastlegeordningen, ved tre av disse legekantorene. Ved det fjerde legekantoret, var ikke PHT-lederen orientert om de økonomiske virkningene. Flere PHT-ledere og leger ved de kommunale legekantorene fortalte at de alltid har jobbet mye i team og gått glipp av inntekter fordi sykepleiere har gjort ting for legene som de ikke har kunnet takste. Nå er det både legitimt og lønnsomt å bruke sykepleiere, de kan ta konsultasjonstakster og legekantoret får betalt for det de gjør. Modellen gir større fokus på fag mindre fokus på takster og inntjening. Det oppleves positivt.

PHT-lederen ved det private legekantoret vurderer at de har kommet ganske bra ut økonomisk alt sett under ett og at de har økt kvaliteten på det arbeidet de gjør. Legene kan konsentrere seg mer om det medisinske, noe som oppleves befriende. Legene har fått en bedre hverdag, og opplever at de kan gi pasienter bedre oppfølging og mer tid. PHT-lederen mener at pasienter som trenger lenger tid, ikke vil generere så mye inntekter i honorarmodellen. Legene ved det privateide kantoret har kommet fram til enighet om arbeidsbetingelser, arbeidstid og hvordan de skal fordele inntekter seg imellom. Det oppleves som et pluss å ha inntekt når de har ferie og ha mulighet til å ta kurs i større grad enn før. Det gir en annen økonomisk trygghet.

En PHT-leder pekte på at det ikke ligger noe særlig insentiv for aktivitet i driftstilskuddsmodellen og fortalte at det opplevdes demotiverende for å jobbe effektivt, at 50 prosent av egenandeler trekkes inn. Han sa:

«Det betyr at hvis du står på og jobber på ekstra og tar ekstra pasienter så får du ikke noe ekstra igjen for det. Det blir veldig lite - en hundrelapp per konsultasjon. Jeg tenker at hvis man har den modellen her, så er det bedre å ha kanskje at 20 prosent trekkes, og så har du heller litt mindre tilskudd. [...] Det kan være en risiko med den modellen som er nå, hvis den skal bli kjørt ut i større skala. Samfunnsøkonomisk så tror jeg ikke det er helt gjennomtenkt.»

5.3. Endringer fra 1. juli 2019

I et brev datert 7. juni 2019 fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)²³, går det fram at det har vist seg vanskelig for legekantorene som prøver ut honorarmodellen i PHT-forsøket, å få dekket 50 prosent av utgiftene til sykepleier gjennom sykepleiers takstinntekter. Det vises til at takstinntekter har økt relativt svakt gjennom forsøksperioden, og at de 1. tertial 2019, utgjorde i underkant av 20 prosent av sykepleierkostnadene totalt sett.

Brevet argumenterer fram et behov for å justere sykepleiertakstene i honorarmodellen. Beregningsmåten som legges til grunn for det justerte takstforslaget, bygger på en annen tilnærming enn den som lå til grunn for de opprinnelige sykepleiertakstene i honorarmodellen. De opprinnelige takstsatsene la til grunn et estimat for bruksfrekvensen av de ulike sykepleiertakstene som synliggjorde hvor mange av den enkelte takst som måtte utløses for å komme opp i et beløp som tilsvarer 50 prosent takstfinansiering av sykepleierressursen. Forslaget til takstjusteringer legger til grunn at drøyt halvparten av sykepleiers arbeidsår må benyttes til takstgenererende arbeid. Denne forutsetningen gjør at sykepleier må utløse takster for 545 kroner per effektiv arbeidstime for å oppnå 50 prosent takstfinansiering.

Timeprisen på 545 kroner danner grunnlag for de foreslåtte justeringer i takstbeskrivelse og takstbeløp. Enkelte av de foreslåtte takstjusteringer tar utgangspunkt i antall minutter som benyttes for å utløse takst (f.eks. 15 minutter for en tidstakst), og en beregning av hva honoraret for taksten må være for å komme opp i 545 kroner dersom man utløser den aktuelle taksten i en time. Denne metoden er benyttet for takstene S2c, S3-takstene, S4 og S5. De øvrige takstene er i hovedsak satt lik sammenliknbare takster for legene. Sammenliknet med de opprinnelige takstene i honorarmodellen, foreslås inkludert takster for enkel pasientkontakt per brev, telefon eller elektronisk kommunikasjon. Det foreslås tidstakster for hjemmebesøk og sykepleieroppfølging i gruppe. I tillegg foreslås det at sykepleier skal kunne ta takst for hjemmebesøk sammen med behandlende lege. Refusjon til både lege og sykepleier samtidig rokker ved et etablert prinsipp på helserefusjonsområdet om at det ikke ytes refusjon ved parallellbehandling. Helsedirektoratet argumenterer at det kan det være grunner for å gjøre unntak fra prinsippet i tilfeller med hjemmebesøk hos pasienter med komplekse problemstillinger som har vist seg å være en tilfelle i PHT-forsøket.

Forslagene om takstjusteringer ble tatt til følge. Takstene som kan utløses av sykepleiere i honorarmodellen etter 01.07.2019, er beskrevet i *Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning*

²³ Helsedirektoratets referanse: 19/14313-2

med primærhelseteam²⁴. I Tabell 5-13 gjengis takstene i kortform med tilhørende refusjon og egenandel. Takster merket med blått, er nye takster. Flere av takstbeløpene er økt betydelig. Enkelte takstbeløp er lik tilsvarende takst for leger. Økningen i takstbeløp og nye takster er lagt inn som refusjoner ikke egenandeler for pasientene.

Tabell 5-13: Takster for sykepleiere i honorarmodellen fra 01.07.2019

Takst	Beskrivelse	Refusjon kr	Egenandel kr
S1a	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte og ved bud	17	56
S1b	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	100	0
S1c	Enkel pasientkontakt ved papirbrev eller telefonsamtale	64	0
S1d	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved elektronisk kommunikasjon	65	0
S2a	Oppfølging hos sykepleier, minst 15 min. varighet	5	155
S2ae	E-oppfølging hos sykepleier	5	155
S2b	Oppfølging hos sykepleier før/etter legekonsultasjon samme dag, minst 15 min. varighet	160	0
S2c ¹	Tidstakst. Tillegg for oppfølging som varer utover 20 min. per påbegynt 15 min., kan repeteres tre ganger	136	0
S3a	Hjemmebesøk ved sykepleier	117	155
S3b	Hjemmebesøk ved sykepleier sammen med behandlende lege	272	0
S3c	Tillegg for tidsbruk ved hjemmebesøksvarighet utover 30 min. per påbegynt 15 min.	136	0
S4	Sykepleieroppfølging i gruppe (per pasient)	27	155
S4a ²	Tillegg for tidsbruk per påbegynt 15 min. utover 60 min. ved sykepleieroppfølging i gruppe (per pasient), kan repeteres tre ganger	45	0
S5	Møtegodtgjørelse med reisetid når sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter	272	0
S6 ³	Reisetillegg per påbegynt halve time	228	0

¹ Kan kombineres med S2a, S2ae og S2b

² Kan kombineres med S4

³ Kan kombineres med S3a, S3b og S3c

Takster merket med blått er nye takster per 01.07.2019

I det nevnte brevet fra Helsedirektoratet til HOD ble det også foreslått å dele gjeldende takst for sykepleieroppfølging i driftstilskuddsmodellen (takst 088b) i tre takster, slik at takstene kan skille mellom oppfølging på legekontor, elektronisk og i pasientens hjem. Dette forslaget ble tatt til følge. Helsedirektoratet fremmet også forslag om sykepleiertakstene skal kunne kombineres med 085-takstene (a-d for prøvetaking). Dette er fortsatt til vurdering i HOD. De fremmet ikke forslag om en dummy-takst for tverrfaglige møter som både sykepleier og lege kan bruke som var spilt inn i til Helsedirektoratet.

Takstene som kan utløses i driftstilskuddsmodellen etter 01.07.2019, er beskrevet i *Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam*²⁵. I Tabell 5-14 gjengis takstene i kortform med tilhørende egenandels- eller egenbetalingsbeløp. Takstene merket med blått er nye.

²⁴ FOR-2019-06-27-922

²⁵ FOR-2019-06-27-922

Tabell 5-14: Takster i driftstilskuddsmodellen fra 01.07.2019

Takst	Beskrivelse	Egenandel/ Egenbetaling kr
070	Enkel pasientkontakt hos lege ved personlig frammøte og ved bud	56
071a	Taking og undersøkelse hos lege av hemoglobin, blodsenkning og telling av hvite blodlegemer og mikroskopering av urinsediment	56
072	Utfylling av sykemeldingsblankett	66
074a	Konsultasjon ved oppmøte eller e-konsultasjon hos allmennpraktiserende lege (dag)	155
074b	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege (kveld, natt, helg)	262
074c	Tillegg til takst 074a og 074b for spesialist i allmenntilleggsmedisin	49
074d	Gruppebehandling per pasient	155
078a	Utskrift/kopiering av pasientjournal	85
078b	Ekspedisjonsgebyr	59
085a	Materiellgruppe 1	63
085b	Materiellgruppe 2 (bl.a. utstyr til spirometri, EKG, sårskift)	95
085c	Materiellgruppe 3	134
085d	Materiellgruppe 4 (større kirurgiske inngrep og større sår og skader)	181
086a	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege (dag)	209
086b	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege (kveld, natt, helg)	334
086c	Tillegg til takst 086a og 086b for spesialist i allmenntilleggsmedisin	36
087a	Taking av prøver hos lege til laboratorieundersøkelse	55
088a	Enkel pasientkontakt hos sykepleier ved personlig frammøte og ved bud	56
088b	Oppfølging/kontroll hos sykepleier med minst 15 minutters varighet	155
088c	Oppfølging/kontroll hos sykepleier som e-oppfølging	155
088d	Oppfølging/kontroll hos sykepleier i pasientens hjem	155
089a	Utarbeidelse av behandlingsplan	0
089b	Systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege og sykepleier	0

5.4. Oppsummering og diskusjon

Den registrerte takstbruken som kan knyttes til sykepleierne i PHT-forsøket som vises i dette kapittelet, tyder på at sykepleierens innsats, uavhengig av finansieringsmodell, er konsentrert om pasientgrupper med ønsket prioritet i PHT-forsøket.

Honorarmodellen

Beregninger basert på utløste sykepleiertakster i honorarmodellen 1. halvår 2019, viser at ingen av de åtte legekantorene nådde opp i 50 prosent taksinntjening fra sykepleiertakster som forutsatt. Det legekantoret som var nærmest, nådde 40 prosent sykepleiertakstinntekt. Legekantoret med lavest sykepleiertakstinntjening, nådde bare 7 prosent.

Sykepleierens faktiske takstinntjening fordelt på de ulike takstene 1. halvår 2019, er annerledes enn slik Helsedirektoratet forventet at de ville være før forsøket startet opp (Høringsnotat).

Helsedirektoratet forventet mer bruk av takstene S1a (enkel pasientkontakt), S1b (telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon) og S2a (oppfølging hos sykepleier) og mindre bruk av takstene S2b (oppfølging hos sykepleier før/etter legekonsultasjon samme dag) og S2c (tidstakst). Særlig er bruken av tidstaksten høyere og takstene for kortvarig pasientkontakt (S1a og S1b) lavere enn forventet.

Dette kan tyde på at pasientene som får tjenester fra PHT, krever mer tid enn antatt. S2b-taksten som er brukt mer enn antatt, er lavere enn S2a-taksten som er brukt noe mindre enn antatt. Mens S2b-taksten betales av HELFO, er det pasienten som betaler S2a-taksten. Et tredje skille ligger i at S2a-taksten utløses for en selvstendig sykepleierkonsultasjon, mens S2b utløses ved direkte samkjøring av sykepleier- og legekonsultasjon. Den faktiske takstbruken kan tyde på at leger og sykepleiere samarbeider tettere fordi det øker kvaliteten på pasientbehandlingen, i den forstand at de i større grad ser pasienten samme dag, enn det Helsedirektoratet hadde forventet. En annen forklaring kan være en tilpasning til innretningen i honorarmodellen, hvor de taks-kombinasjonene som slår mest økonomisk fordelaktig ut for den samlede inntjeningen er de som blir brukt.

Variasjonen i sykepleiernes takstinntjening kan trolig i noen grad forklares med at legekantorene har ulik tilnærming til honorarmodellen. Intervjustudien avdekker at noen legekantor naturlig nok tilpasser arbeidet i PHT til hvordan honorarmodellen er utformet rent økonomisk hvor det er viktig å få opp volumet på sykepleierkonsultasjoner for å nå forventet økonomisk uttelling. En annen tilnærming avdekket i intervjustudien, er å legge økonomien litt til side og konsentrere arbeidet i PHT rundt utvikling av egnede, nye arbeidsmåter. Den siste tilnærmingen forutsetter at legekantoret har god økonomi og ikke er så avhengig av at sykepleierne når opp i forventet takstinntjening i startfasen av forsøket. Begge tilnærminger har trolig bidratt til å avdekke mangler i sykepleiertakstene og til at sykepleiertakstene ble justert fra 1. juli 2019. Lav taksinntjening kan i noen tilfeller trolig også skyldes at sykepleierne fortsatt hadde ledig kapasitet våren 2019 fordi ikke alle leger ved legekantorene like ivrig trekker dem inn i sin pasientbehandling.

I spørreundersøkelsen svarte nær en av fem leger at de opplevde stor usikkerhet om legekantorets inntjening med honorarmodellen. I tillegg svarte en av fem leger at de opplevde at egen inntekt reduseres med honorarmodellen. Våre beregninger basert på registerdata tyder på at det var endringer i legekantorenes inntjening per listepasient, enten økning eller reduksjon. Sykepleiernes takstinntjening og den kostnaden de representerte per listeinnbygger hadde marginal betydning for disse endringene. Variasjonen i inntjening blant listeinnhavere og vikarleger hadde større innvirkning. Den utstrakte vikarbruken i fastlegetjenesten vanskeliggjør sammenlikninger i inntjening mellom legekantor i og utenfor forsøket.

De data som vi har tilgjengelig, gir ikke grunnlag for å gjøre beregninger som viser hvordan legekantorene totalt sett kommer ut økonomisk med den tilførte sykepleierressursen og honorarmodellen. Men så lenge ingen legekantor så langt har kommet opp i forventet sykepleierinntjening, er det grunn til å anta at legekantorene i forsøket per utgangen av juni 2019, gjennom honorarmodellen ikke fikk dekket kostnadene ved PHT som antatt²⁶. Justeringene som ble gjort av sykepleiertakstene i honorarmodellen med virkning fra 1. juli 2019, vil gi større muligheter for at sykepleierne etterhvert når opp i 50 prosent takstinntjening.

Driftstilskuddsmodellen

Våre beregninger av legekantorenes inntjening per listeinnbygger med driftstilskuddsmodellen i hele perioden i 2018 som de deltok i forsøket, sammenliknet med en tilsvarende periode året før, viser at alle fem legekantorene økte inntjeningen per listeinnbygger. Ved ett legekantor var økningen i inntjening betydelig (42 prosent). For andre legekantor var økningen to til tre ganger så stor som den gjennomsnittlige økningen til legekantor utenfor forsøket. Egenandeler utgjorde mellom 14 og 17 prosent av inntjeningen ved de fem legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen i løpet av forsøksperioden i 2018. Legekantorene var med andre ord nær forventet fordeling på 80/20 i sammensetningen av inntjeningen mellom driftstilskudd og egenandeler.

Fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen hadde sykepleiere før forsøket startet. Ved to av legekantorene var det eksisterende sykepleiere som gikk over i rollen som PHT-sykepleier. Det er grunn til å tro at det derfor allerede var etablert samarbeid mellom leger og sykepleiere som man kunne bygge videre på innenfor rammen av PHT-forsøket. Funn fra intervjustudien typer på at det ved legekantorene i liten grad synes å være slik at lege og sykepleier ser pasientene sammen eller overlapper hverandres konsultasjoner. Det ble dels forklart at det var vanskelig å få det til rent praktisk, men også med at finansieringsmodellen ikke åpner for å ta sykepleier- og legetakst på samme pasient samme dag. Dette kan tyde på en viss tilpasning til den økonomiske innretningen i driftstilskuddsmodellen.

Spørreundersøkelsen avdekket liten bekymring blant legene knyttet til legekantorets inntjening med driftstilskuddsmodellen. Intervjustudien avdekket at både leger og sykepleiere var opptatt av at de få takstene i driftstilskuddsmodellen gjør det vanskelig å synliggjøre utad hva de faktisk gjør på legekantoret. Det er en viss bekymring knyttet til hvordan dette vil oppfattes og tolkes i evalueringen av forsøket. Samtidig er legene ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen fornøyd med reduksjonen i takstingen av det daglige arbeidet. Særlig oppleves dette som en positiv overgang på det privat eide legekantoret hvor omleggingen oppfattes å ha gitt rom for nødvendig og regelmessig

²⁶ Legekantorene som prøver ut honorarmodellen fikk forhøyet tilskudd for sykepleier de seks første månedene av forsøket: 1. måned: full finansiering (100 % tilskudd), 2. tom. 6. måned: forhøyet tilskudd (75 % tilskudd). Fra og med 7. måned: vanlig tilskudd (50 % tilskudd).

møtevirksomhet med sykepleier. Inndragningen av halvparten av egenandeler/egenbetaling fra pasientene i driftstilskuddsmodellen ble av en PHT-leder vurdert å ikke gi nok insentiv for aktivitet.

De data som vi har tilgjengelig, gir ikke grunnlag for å gjøre beregninger som viser hvordan legekantorene totalt sett kommer ut økonomisk med den tilførte sykepleierressursen og driftstilskuddsmodellen. Intervjustudien viser at ved fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen var vurderingen at modellen så langt har gitt bedre inntjening enn den vanlige finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Justeringene som ble gjort av taksten i driftstilskuddsmodellen med virkning fra 1. juli 2019, ga to ekstra sykepleiertakster som vil øke muligheten for legekantorene å nå opp i 20 prosent egenandelsfinansiering.

6. Tiltak for å nå kvalitetsmålene med PHT

Ved hjelp av registerdata beskriver vi en betydelig økning i antall årskontroller og hjemmebesøk i honorarmodellen. Antallet behandlingsplaner i driftstilskuddsmodellen er moderat. Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne opplever at deres yrkesgruppe i noen grad arbeider proaktivt. Intervjuundersøkelsen viser at et stort flertall av informantene på legekantorene pekte på at PHT fører til økt kvalitet i legekantorets oppfølging av pasienter.

6.1. Kvalitetsmål, virkemidler og arbeidsformer i PHT

Helsedirektoratet (2017) beskriver kvalitetsmålene i PHT. Ifølge dokumentet skal PHT i større grad kunne ivareta de innbyggerne på fastlegenes lister som ut fra medisinske behov har de største behovene for kontinuitet/regelmessig og tett oppfølging og for koordinerte tjenester fra flere faggrupper. Teamet skal tilby gode og trygge tjenester og arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet vektlegger at det må sikres tidlig identifisering og utredning av behov, diagnostisering og strukturert oppfølging, gjennom nødvendig behandling, rehabilitering, opplæring og forebygging. Teamet må samarbeide med andre tjenester og personer med nødvendig kompetanse, som teamet ikke selv har. Dette skal skje i både utredning og oppfølging slik at det utvikles gode og helhetlige pasientforløp. Gjeldende prioriteringsanbefalinger skal følges, og tjenestene skal bidra til å hindre sykdomsutvikling og unødvendig sykehusinnleggelse. Tjenesten skal også være samordnet og preget av kontinuitet. Ressursene skal utnyttes på en god måte, slik at tjenestene er tilgjengelige og likeverdige for alle.

Avsnitt 1.2.5 i statusrapporten for 2018 (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018) gir en nærmere beskrivelse av hvilken endringslogikk PHT-forsøket bygger på, inkludert virkemidler og forventede effekter. Dette kapitlet gir en foreløpig og ikke fullstendig gjennomgang av virkemidlene for å oppnå kvalitetsmålene med PHT; innslag av proaktivitet, brukermedvirkning, opplæring og IKT-verktøy (teamorganisering som virkemiddel er omtalt i kapittel 3, sykepleierressursen i kapittel 4 og de to finansieringsmodellene i kapittel 5).

Helsedirektoratet (2017) beskriver også mer utfyllende hvilke arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste med PHT. Det legges vekt på oversikt over listeinnbyggere, kommunikasjon, tilgjengelighet, øyeblikkelig hjelp, tidlig innsats – forebygging, oppfølgingstilbud, medisinsk koordinering og samarbeid, individuell plan og behandlingsplaner, systematiske helsekontroller (årskontroll), velferdsteknologi, hjemmebesøk, gruppetilbud, legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. I denne rapporten har vi sett nærmere på tre av de 13 arbeidsformene i PHT beskrevet over: årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplaner og deres effekter så langt vi kjenner dem.

På et senere tidspunkt i evalueringen av PHT-forsøket skal det gjøres en pasientundersøkelse om hva PHT betyr for pasienten, og det skal gjøres studier av kvaliteten i legekantorets oppfølging gjennom PHT. Som et ledd i forberedelsen til disse studiene, har vi i årets rapport intervjuet ansatte på legekantorene om deres oppfatninger av dette.

Kvalitet som omfatter samhandling med spesialisthelsetjenesten og den øvrige kommunale helsetjenesten vil også bli beskrevet mer grundig i kommende statusrapporter. Som et ledd i forberedelsen til en slik studie, er foreløpige endringer omtalt mot slutten av dette kapitlet.

6.2. Årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplan

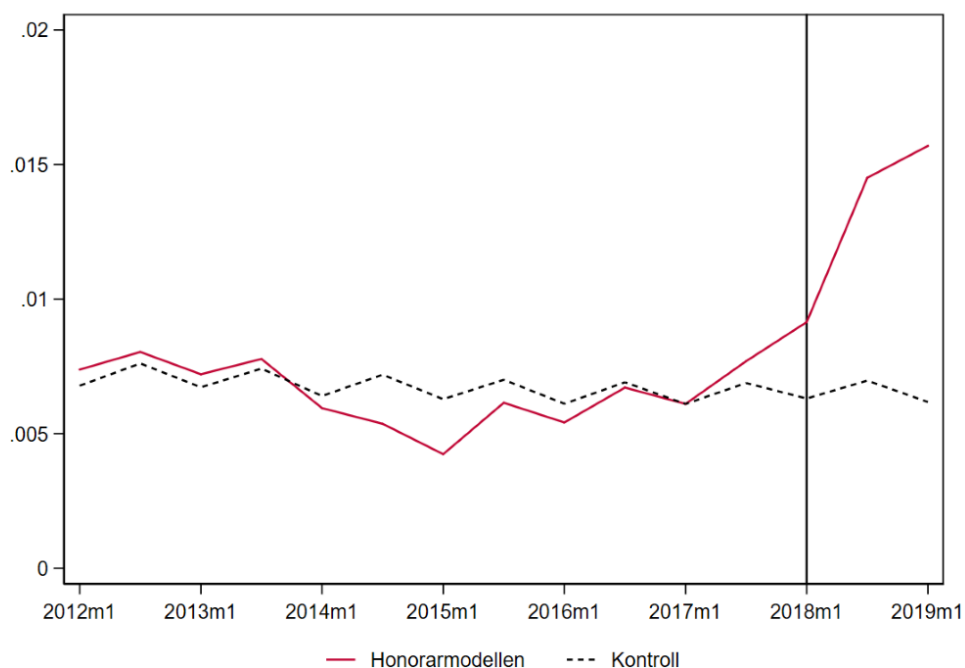
Hjemmebesøk, årskontroll av diabetes og behandlingsplan er eksempler på metoder som kan bidra til å sikre bedre tjenester til viktige målgrupper for PHT. For å undersøke utviklingen i omfanget av metodene benyttes informasjon om takstbruk fra KUHR. Siden vi beskriver takstbruken over en lang periode, kjenner vi ikke legevikarenes takstbruk. Derfor er beskrivelsene begrenset til fastleger (og

sykepleiere). Av hensyn til eventuelle endringer i vikarbruk, undersøker vi utviklingen i omfanget av tiltakene som andel av konsultasjoner utført av fastlege.

Hjemmebesøk

Prinsippet om å tilby hjemmebesøk til personer på lista med behov skal ivaretas av PHT og tjenesten er gitt egen sykepleiertakst. For PHT med honorarmodellen var det en betydelig økning i antall hjemmebesøk etter oppstart av forsøket, drevet av sykepleiere. I kontrollgruppen var utviklingen nær konstant. Fastleger og sykepleiere i PHT med honorarmodellen utførte henholdsvis 442 og 603 hjemmebesøk 1. halvår 2019 (sykepleiere utførte flere hjemmebesøk enn fastleger ved 6 av 8 legekantor).

Figur 6-1: Antall hjemmebesøk per fastlegekonsultasjon.



Note: N = 61 fastleger og N = 19 sykepleiere i PHT med honorarmodellen, N = 6 355 fastleger som ikke deltar i forsøket. Rød linje viser hjemmebesøk som andel av fastlegekonsultasjoner for fastleger og sykepleiere i PHT med honorarmodellen. Sort stiplet linje viser hjemmebesøk som andel av fastlegekonsultasjoner for fastleger som ikke deltar i forsøket.

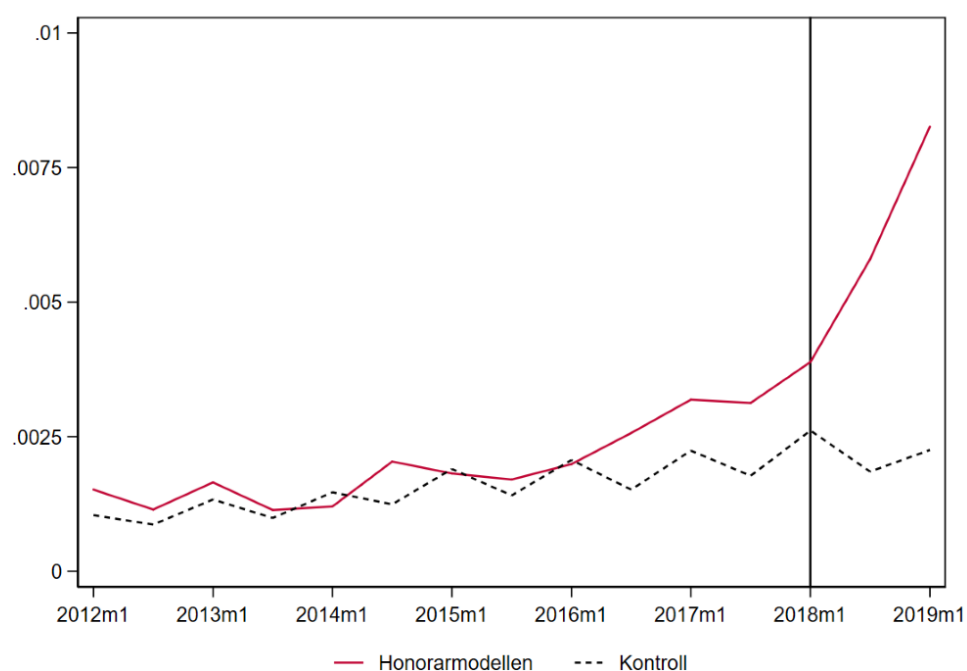
For PHT med driftstilskuddsmodellen er det ikke mulig å telle utløste takster for sykepleiernes hjemmebesøk før etter omleggingen av takster fra 1. juli 2019. For fastleger var utviklingen i hjemmebesøk som andel av fastlegekonsultasjoner nær konstant (og sammenlignbar med utviklingen for fastleger i PHT med honorarmodellen og fastleger som ikke deltar i forsøket).

Årskontroll av diabetes

Noklus-diabetesskjema er et hjelpemiddel for systematisk oppfølging av pasienter med diabetes. Fra 2016 brukte fastleger i PHT med honorarmodellen diabetesskjema i større grad enn fastleger utenfor forsøket og forskjellen økte betraktelig etter oppsplittelse fra takst 109 til takst 109a og 109b den 1. juli 2018²⁷. Fra 1. juli 2018 til 1. juli 2019 varierte antall utfylte Noklus-diabetesskjema fra 3 til 362 mellom legekantor med honorarmodellen. Bruk av Noklus-diabetesskjema blant fastleger i PHT med driftstilskuddsmodellen er ikke identifiserbart etter oppstart av forsøket.

²⁷ Før 1. juli 2018 benyttes takst 109 ved utfylling av Noklus-diabetesskjema. Fra 1. juli 2018 benyttes takst 109a ved første gangs utfylling av Noklus-diabetesskjema og takst 109b ved andre og senere gangs utfylling av Noklus-diabetesskjema.

Figur 6-2: Antall årskontroll av diabetes per fastlegekonsultasjon.



Note: N = 61 fastleger med honorarmodellen og N = 6 355 fastleger som ikke deltar i forsøket. Rød linje viser årskontroll av diabetes som andel av fastlegekonsultasjoner for fastleger i PHT. Sort stiplet linje viser årskontroll av diabetes som andel av fastlegekonsultasjoner for fastleger som ikke deltar i forsøket.

Vi har informasjon om antall personer på lista med diabetes 1 og 2 for 52 fastleger i PHT med honorarmodellen og for 4 569 fastleger i kontrollgruppen²⁸. Omfanget av takst 109a og 109b fra 1. juli 2018 til 1. juli 2019 indikerer at 43 og 13 prosent av diabetespasienter på lista til henholdsvis fastleger i PHT og fastleger i kontrollgruppen fikk årskontroll av diabetes i dette tidsrommet.

Behandlingsplan

Planene for PHT-forsøket innebar at behandlingsplan skulle være en av arbeidsformene (Rapport IS-2656). Kriteriet behandlingsplan var planlagt knyttet opp mot de kronikergruppene hvor nasjonale veiledere gir sterke anbefalinger om opprettelse av (egen)behandlingsplan. Dette gjelder pasienter med diabetes og KOLS. Relativ vekt for behandlingsplan var satt til 1 prosent av driftstilskuddet. Det pågår et arbeid med å utvikle digital behandlingsplan, men per november 2019 finnes det ikke noen mal for behandlingsplan som legekantorene i driftstilskuddsmodellen kan ta i bruk.

For PHT med driftstilskuddsmodellen er det opprettet egen takst for utarbeidet behandlingsplan med behandlingsmål, og strukturert oppfølging. Fra forsøket startet i april 2018 og frem til siste dato for uttrekk av data 30. juni 2019 var det i alt utarbeidet 159 slike planer, antallet varierte fra ingen til 62 mellom legekantorene.

Bruk av takster for behandlingsplan var et tema som ble diskutert med PHT-lederne i oktober 2019. Diskusjonen viste at det har vært stor usikkerhet med hensyn til hva som kreves for at noe skal kunne takstes som behandlingsplan, og at taksten derfor i liten grad har vært benyttet.

I intervjuene våren 2019 omtalte informantene bruk av behandlingsplaner ved to legekantor, og ved to andre legekantor ble det kommentert at de ikke hadde kommet så langt enda (alle med driftstilskuddsmodell). Det ene legekantoret som har tatt i bruk behandlingsplaner, planla opprinnelig at pasientene først skulle til grundig konsultasjon hos sykepleier, så til lege for behandlingsplan, så til sykepleier for oppfølging. Etter hvert har de erfart at dette kan gjøres på ulike måter; noen ganger legen først, så behandlingsplan, og så til sykepleier for oppfølging. De hadde en tanke om at

²⁸ Fastleger med honorarmodellen hadde 2 099 diabetespasienter og utløste takst 109a og 109b 900 ganger. Fastleger i kontrollgruppen hadde 177 655 diabetespasienter og utløste takst 109a og 109b 23 402 ganger.

sykepleiere kunne være med når pasienten kom for å få en behandlingsplan, men det var vanskelig å få dette til å passe med timebøkene. Sykepleier sier at hun tar pasienten inn på årskontroll først, så setter hun pasienten opp hos legen et par uker etterpå. Så lager pasient og lege selve planen ut fra pasientens situasjon, etter at lege har snakket med sykepleier om hva de ser for seg. Legene lagde malen for behandlingsplan ved oppstart av PHT-forsøket, og hadde da en ambisjon om at alle som er i PHT skal ha en behandlingsplan. De håpet å få den inkludert på en bedre måte i journalsystemet; på intervjuetidspunktet kunne planen legges inn som et notat som ikke nødvendigvis er synlig når man går inn i journalsystemet på den enkelte pasient.

Ved det andre kontoret er det laget et system for årskontroll og behandlingsplan for KOLS (gjelder forverringer mm), inspirert av det regionale sykehusets behandlingsplan for KOLS. Selve behandlingsplanen var i bruk før PHT-forsøket startet. Vi tolker intervjuene slik at opplegget rundt behandlingsplanen med hvilke grupper som skal ha det forskjellige tilbudet og en årskontroll som sykepleier kaller inn til, ble endret med innføringen av PHT. De kompliserte tilfellene settes opp til time hos lege i etterkant av årskontrollen, de enklere tilfellene vurderer sykepleier behovet for legetime i etterkant, men informerer alltid legen om kontroller som er gjennomført.

Ved et tredje legekantor kommenterte PHT-leder at de ikke har laget ferdig behandlingsplaner. De har ikke kommet så langt at alle legene automatisk tenker at når de avdekker KOLS eller diabetes, så skal pasienten settes opp hos PHT. Leder sier at fastlegen har ansvar, men at det er uklart hvor godt man trives med å overlate arbeidet til andre når man sitter med ansvaret. Ved et fjerde kontor sa en lege at de tenker å få til en behandlingsplan, men så langt har de ikke kommet enda. Leder sa at de begynner å nærme seg en slags struktur på hvordan kontrollrutinene skal se ut når det gjelder astma- og KOLS-pasienter. Registerdata viser imidlertid at det ved begge disse legekantorene er utløst takster for behandlingsplan. Ved det femte kontoret med driftstilskuddsmodell ble ikke behandlingsplan nevnt i intervjuene i 2019, og det er ikke utløst takst for dette.

6.3. Innslag av proaktivitet og brukermedvirkning

6.3.1. Proaktivitet

Proaktivitet er ett av virkemidlene i PHT-forsøket. Større innslag av proaktivitet skal gi en legetjeneste som er mer på tilbudssiden, og som arbeider mer forebyggende og oppsøkende der oppfølging trengs mest. Fjorårets evalueringsrapport tok for seg hvordan fastlegene ved oppstarten av forsøket med PHT beskrev proaktivitet som brudd på en allmenmedisinsk tradisjon, og at proaktivitet er et kapasitetsspørsmål (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018). De viste til at det trengs systemer for å sikre bedre oppfølging og kontroll, og at det vil være utfordringer med seleksjon. Forventninger om proaktivitet i forsøket med PHT ble i stor grad knyttet til sykepleiers rolle og til hjemmebesøk, og lite til legens rolle. Videre i dette avsnittet beskrives først resultater fra spørreundersøkelser om i hvilken grad ulike grupper ansatte ved legekantorene har opplevd å arbeide proaktivt. Basert på intervjudata beskrives så måter som legekantorene har prøvd å arbeide på som kan betegnes som proaktive, og hva informantene på legekantor har erfart; hva har vært vellykket og mislykket.

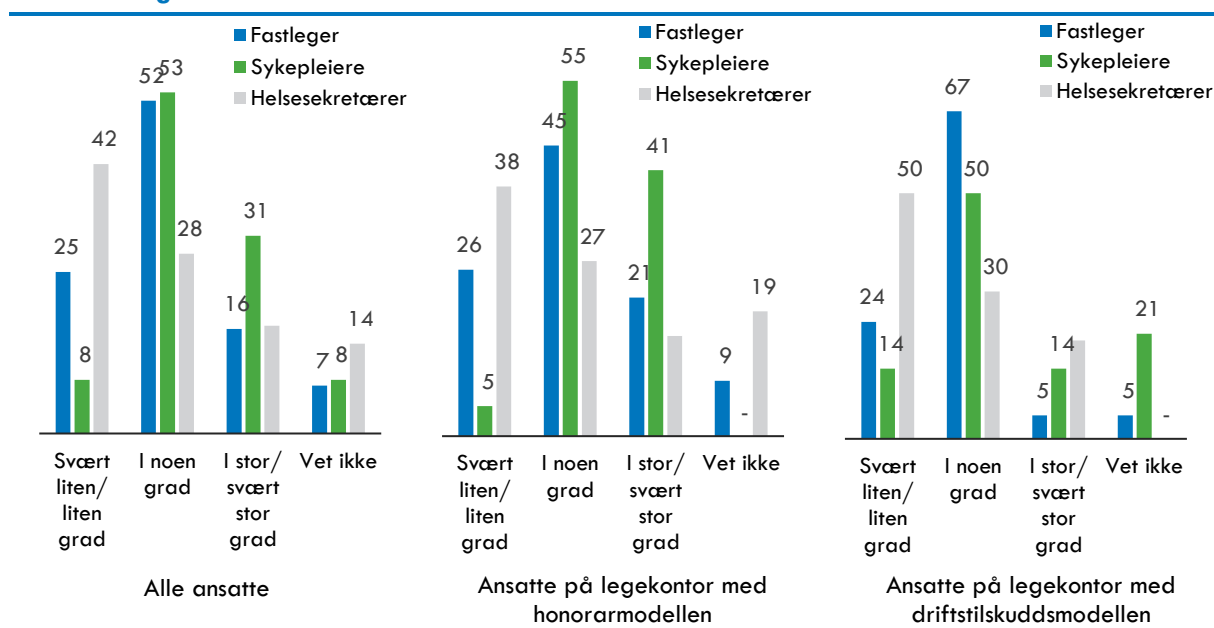
Oppfatninger fra ansatte ved legekantor

I spørreundersøkelsene undersøkte vi i hvilken grad ansatte ved legekantorene opplevde å arbeide proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov. Om lag halvparten av fastlegene (52 prosent; 45 prosent med honorarmodellen og 67 med driftstilskuddsmodellen) og sykepleiere (53 prosent; 55 prosent med honorarmodellen og 50 med driftstilskuddsmodellen) opplever at deres yrkesgruppe i noen grad arbeider proaktivt (**Feil! Fant ikke referanse-kilden.**). Til sammenligning opplever de fleste helsesekretærene (42 prosent; 38 prosent med honorarmodellen og 50 med driftstilskuddsmodellen) at deres yrkesgruppe i svært liten eller liten grad arbeider proaktivt. Andelen som svarte at deres yrkesgruppe i stor eller svært stor grad arbeider proaktivt i de tre yrkesgruppene var henholdsvis 16 prosent, 31 prosent og 17 prosent blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Den forholdsvis lave andelen fastleger som svarer at de i stor eller svært stor grad arbeider proaktivt gjenspeiles i andelen fastleger (18 prosent) som oppgir å ha brukt journalsystemet til å identifisere egnede pasienter på sin liste for PHT.

I utdypende fritekstsvar påpekte en fastlege at PHT gir økt kapasitet til mer proaktiv oppfølging av flere ulike pasientgrupper, særlig kronisk syke, skrøpelige eldre og psykiatripasienter. Dette gir gevinst

i form av meraktivitet, ikke arbeidssparende tiltak. Når det gjelder å nå svake etterspørrere påpekte dessuten en helsesekretær at disse brukerne er vanskelige å nå med informasjon og tjenester, og noen føler de ikke har mulighet til å betale egenandel.

Figur 6-3: I hvilken grad ansatte på legekantorene opplever å arbeide proaktivt. Prosentvis svarfordeling.



Note: Fastleger og helsesekretærer fikk spørsmålet «I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam arbeider mer proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp?», mens sykepleierne fikk spørsmålet «I hvilken grad opplever du å arbeide proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov?».

Eksempler på proaktive arbeidsmåter

Hva vil det si å arbeide proaktivt på et legekantor? Hva har legekantorene prøvd – i forhold til hvilke grupper? Den systematiske oppfølgingen av diabetes- eller KOLS-pasienter med listegjennomgang og informasjonsbrev med innkalling er eksempel på en proaktiv tilnærming som foregår ved mange av legekantorene i forsøket. Selv om ikke alle kontor på intervju tidspunktet våren 2019 hadde kommet så langt som å gå gjennom listene og plukke ut en eller flere grupper kronisk syke pasienter, var det i stor grad etablert prosedyrer for systematisk oppfølging av (noen av) disse, noe som gjerne innebærer grundige og hyppige undersøkelser som i noen tilfeller kan forebygge sykdom eller forverring.

I tillegg til fokus på kronisk syke pasientgrupper, har noen kontorer prøvd å få til et opplegg hvor de kaller inn eldre til årskonroller. Her er det altså legekantoret som aktivt henvender seg og prøver å få kontakt med eldre som ikke selv oppsøker lege og kanskje ikke har vært hos lege på flere år. En sykepleier uttalte at det har vært utfordrende å gjøre systematiske søk på eldre pasienter som ikke har vært på legekantoret på lenge, fordi legekantoret ikke nødvendigvis vet om pasienten fortsatt er i live.

En lege ved et enkelt legekantor hadde allerede før PHT-forsøket etablert et opplegg hvor legen drev oppsøkende virksomhet overfor PU som bor i ulike boliger. Dette er et opplegg som PHT-sykepleier ikke er en del av, det vil si et eksempel på en proaktiv legerolle. Ved et annet legekantor har man valgt en litt mer passiv tilnærming til denne målgruppen.

Andre pasientgrupper som informantene har nevnt som eksempler på at de har tilnærmet seg proaktivt, er rus/psykiatripasienter som legekantoret forsøker å gi et bedre somatikkopplegg. Ved et legekantor er man påpasselige med å sette opp pasienter som kommer til psykiatrisk sykepleier på oppfølgingstimer sånn at det blir et behandlingsløp, gjerne fem til seks timer med fjorten dagers mellomrom. Pasientene får beskjed om at de kan avbestille disse timene hvis de føler at de ikke har behov.

Ved et annet legekantor ble pasienter som har hatt fall oppsøkt av PHT-sykepleier, og ved et tredje kontor ble det nevnt pasienter der de har fått bekymringsmeldinger fra andre aktører. En annen

tilnærming som er nevnt er at legen ber PHT-sykepleier om å ringe pasienter som ikke har dukket opp til time. En siste variant er at PHT-sykepleier er med på inntaksteam til sykehjem og team for hjemmeboende eldre for å følge med og foreslå hvor legekantoret kan bidra.

Erfaringer med proaktive arbeidsmåter

En erfaring hos en sykepleier er at det krever veldig mye ressurser å hanke inn listeinnbyggere som ikke vil. Sykepleieren sa at mange ikke svarte verken på melding eller telefon, og at det ikke var så lett med oppsøkende virksomhet. Sykepleier prøvde en periode å ringe til pasienter, det vil si fra et nummer som for pasienten var ukjent, og fikk sannsynligvis av den grunn ikke svar. Sykepleieren forsøkte også å sende ut melding via pasientsky, men mange er ikke så aktive brukere av apper og selv om de får en melding på telefonen om at de har fått en beskjed i pasientsky, så er det ikke sikkert at de vet hva det er. Blant de sykepleieren fikk tak i var noen veldig glade og synt det var flott, mens andre sa de skulle tenke på det uten at de ringte tilbake.

En sykepleier erfarte at særlig psykisk syke pasienter velger å takke nei til tilbud om mer oppfølging. En lege ved samme kontor bekreftet at dette er et svakt punkt, og foreslo at de kunne sjekket med andre i forsøket hva de har gjort og hvilke rutiner de har.

En sykepleier sa at noen ganger vet ikke sykepleier hva det er slags oppfølging en pasient trenger, når legen har bedt om at sykepleier kaller inn til kartlegging. Da blir det ingen fokus i kartleggingen og diffust både for sykepleier og pasient.

En erfaring med å kalle inn alle pasienter som for eksempel er 80 år eller eldre, er at gruppen man da får inn består av både veldig friske og oppegående mennesker, og mennesker som har behov for mer oppfølging enn de tar initiativ til selv. Ved et legekantore forteller informantene at de noterer i journalen hvis det ikke er ønske om å komme på legekantoret. En PHT-sykepleier forteller at man har planer om en mer proaktiv tilnærming overfor flere pasientgrupper, men at det er vanskelig og de har ikke helt klart å komme i gang og finne en form.

Erfaringer med hjemmebesøk som proaktiv arbeidsmåte er beskrevet andre steder i rapporten.

6.3.2. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal bidra til å styrke legitimiteten til tjenesten og sikre kvaliteten. I statusrapporten i 2018 beskrev vi hvordan det var ulike forståelser av hva brukermedvirkning er eller bør være, enten brukermedvirkning forstås med utgangspunkt i individnivået eller på et kollektivt nivå gjennom interesseorganisasjoner. Fokuset på brukermedvirkning er så langt ikke fremtredende ved legekantorene i forsøket og i liten grad konkretisert. Dette er et tema vi vil komme tilbake til senere i PHT-forsøket.

6.4. Opplæring

Planene for PHT-forsøket viste til et opplæringsprogram for de utvalgte kommunene og legekantorene, hvor teamarbeid, ledelse av tverrfaglige team og brukermedvirkning skulle være viktige elementer (Rapport IS-2656). Planen var at Helsedirektoratet skulle utarbeide og gjennomføre dette opplæringsprogrammet i forkant av PHT-forsøket, samt gjennomføre veiledning av teamene i forsøksperioden. I praksis ser det ut til at opplæringen i stor grad har kommet i gang etter at forsøket har startet.

Deltakelse i PHT-forsøket innebar innkjøp av videokonferanseutstyr, og dette har vært benyttet til blant annet å følge opplæring om ulike kliniske tema tilrettelagt for forsøket av Helsedirektoratet i noen grad i samarbeid med legekantore i forsøket som har relevant kompetanse. Denne delen av opplæringen har ikke vært et tema for evalueringen.

Opplæring av sju av 13 PHT-ledere samt en lege fra et åttende kontor har foregått gjennom et høgskolestudium i helseledelse som ble avsluttet i juni 2019. De PHT-lederne som valgte å ikke følge studiet, forklarte dette for eksempel med at de hadde mye lederopplæring fra før, manglende kapasitet, eller holdt på med andre utdanninger. Intervjurunden våren 2019 avdekket at PHT-lederne så på lederutdanningen som veldig nyttig. Flere beskrev lederutdanningen som en fin arena, for eksempel som et utgangspunkt for å skape kollektiv endring, eller som et utgangspunkt for å få i gang workshop om PHT ved eget legekantore. Andre kommenterte at lederutdanningen gir et språk og et

ordforråd som gjør at de kan formidle hva de holder på med, eller at utdanningen tydeliggjør hva slags teamarbeid PHT innebærer. Flere PHT-ledere kommenterte at lederutdanningen gjør noe med egen lederrolle eller profesjonaliseringen av egen ledelse på legekantoret.

Andre opplærings tiltak har vært opplæring i teamarbeid, som var tema på Helsedirektoratets to halvårslige konferanser i 2019 og hvor PHT-leder samt representanter for leger, sykepleiere og helsesekretærer har vært invitert. I etterkant har noe av denne opplæringen også foregått ved den enkelte legekantoret. Opplæring som har foregått ved de enkelte legekantorene på ulike måter og i ulik grad beskrives ikke i denne rapporten.

6.5. IKT-verktøy

PHT skal ha digitale verktøy som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte (Rapport IS-2556). Evalueringen har så langt ikke gjort systematiske undersøkelser om bruk av IKT-verktøy som kan understøtte arbeidet i PHT. Dette kan gjelde verktøy som bedrer arbeidsprosesser (som merking i journal, systematisk innkalling eller direkte oversendelse av PLO-melding fra sykehus), eller det kan gjelde verktøy for selvbetjeningsløsninger eller tilrettelegging av funksjonalitet i journal. Intervjuundersøkelsen avdekket i 2018 at kun ett legekantoret var i gang med å bruke journalsystem eller annen uttrekksprogramvare til systematisk uttrekk av aktuelle pasientgrupper fra fastlegenes lister (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018). Intervjuundersøkelsen i 2019 indikerte at to legekantorer har brukt søkmodulen Medrave²⁹ til systematiske uttrekk, mens tre legekantorer har gjort slike søk direkte i journalsystemet. Et spørsmål i spørreundersøkelsen til fastlegene i forsøket, bekrefter at IKT-verktøy i relativt liten grad var brukt av den enkelte lege til systematiske søk i startfasen av forsøket (Tabell 6-1).

Tabell 6-1: I hvilken grad fastleger har brukt journalsystemet (f.eks. ved hjelp av tilleggsprogrammer som Medrave) til å identifisere egnede pasienter på din liste for PHT. Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen
I liten eller svært liten grad	38,8	40,4	35,0
I noen grad	35,8	31,9	45,0
I stor eller svært stor grad	18,0	21,2	10,0
Vet ikke	7,5	6,4	10,0
N	67	47	20

Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger ved legekantorer i forsøket, våren 2019.

6.6. Hva kan PHT bety for pasienten og for kvaliteten i legekantorets oppfølging?

På et senere tidspunkt i evalueringen av PHT-forsøket skal det gjøres en pasientundersøkelse om hva PHT betyr for pasienten, og det skal gjøres studier av kvaliteten i legekantorets oppfølging gjennom PHT. Som et ledd i forberedelsen til disse studiene, har vi i årets rapport intervjuet ansatte på legekantorene om deres oppfatninger om hvilken forskjell de opplever at PHT gjør for pasienter, og spurt om hvilken merverdi det gir at det er PHT-sykepleier på legekantoret. For det første pekte informantene på det de oppfatter som økt kvalitet i legekantorets oppfølging, og beskrev eksempler på dette. For det andre beskrev informantene hvordan de oppfatter at pasientene blir tryggere og/eller friskere av å følges opp av PHT.

Utover kommentarer om at pasienter blir tryggere og/eller friskere, tok informanter opp at noen eldre virker fornøyde når de kalles inn til PHT, mens andre ikke skjønner hensikten, og at noen reagerer på

²⁹ Medrave er et program som kan kobles til journalsystemet for å gjøre systematiske uttrekk basert på ulike parametre/kjennetegn ved pasienter.

at de må betale egenandel. Det er altså ikke alle som er like begeistret blant pasientene ifølge en av PHT-sykepleierne:

«Vi har fått ganske mye ulikt, mange ulike tilbakemeldinger, alt fra de som ikke synes det er noe i det hele tatt, og de vil bare gå til legen og ikke vil komme på time. Fra de som synes det her er helt topp.»

6.6.1. Økt kvalitet i legekantorets oppfølging?

Et stort flertall av informantene på legekantorene pekte på at PHT fører til økt kvalitet i legekantorets oppfølging av pasienter, eller alternativt at man har redusert den dårlige kvaliteten i oppfølgingen. Pasientgrupper som ble trukket frem av mange var diabetes-, KOLS-, og astmapasienter. Øvrige pasientgrupper som ble trukket frem gjenspeiler sannsynligvis hvilke pasientgrupper de enkelte legekantorene har valgt å fokusere på, for eksempel PU og deres pårørende, eller pasienter som skrives ut fra sykehus.

Informantene begrunnet den økte kvaliteten på ulike måter; pasientene får nå en mer planlagt og regelmessig oppfølging, tilbudet kan oppfattes som mer koordinert og helhetlig, pasienten følger anvisningen mye bedre, eller at PHT-oppfølging fører til bedre kontroll over kroniske sykdommer.

Flere pekte på at PHT gir raskere hjelp. En lege beskrev hvordan sykepleieren gjør at de er raskere til å sette i verk nødvendige tiltak enn det de ville vært med bare sin egen legeressurs. Det har for eksempel stor verdi at sykepleieren kan gi støttesamtaler på kort varsel for pasienter som er i ulike kriser i stedet for at de må vente i månedsvis på psykologsamtale som på ingen måte vil avhjelpe den akutte krisen de er i.

Sykepleier fortalte at de har fått mye positive tilbakemeldinger på at det blir en bredere oppfølging og mer nærhet til tjenesten. Det er flere som ser pasienten og de får litt mer tid. Pasienten får tatt opp flere problemstillinger og gjort flere undersøkelser enn før.

Mange leger, sykepleiere og helsesekretærer mente at pasienter og pårørende er svært fornøyde med PHT. Blant alle informantene var det en lege som mente at det er for tidlig å si hva PHT gjør for pasientene, og en annen som pekte på at pasientene ikke er opptatt av kvalitet på tjenesten; de vet ikke noe bedre og er på et vis fornøyde med det de får. Det ble bemerket at det fortsatt er uklarerheter med hensyn til behandlingsplaner og at det i liten grad settes klare mål for behandlingen.

6.6.2. PHT kan gjøre pasienten tryggere

Beskrivelsene av hvorfor ansatte mener at pasienten blir tryggere når de følges opp av PHT handler for det første om *tilgjengelighet eller lettere tilgang* til legekantoret. Informanter mente at pasientene har en trygghet i at de kan ringe sykepleier og ikke vente i telefonen i timevis. Spesielt ble det pekt på at dette har betydning for eldre pasienter. Videre at sykepleier kan hjelpe med ting som legen ikke trenger gå inn i, og bidra med et lavterskeltilbud som er lett å etablere hvor pasienten beholder tryggheten for at de fortsatt er tilknyttet legekantoret. Andre viste til at for noen kronisk syke er til hjelp å få snakke, luftet tankene og få litt råd eller støtte.

For det andre kan hyppigere og flere kontroller gi en følelse av å *bli ivaretatt*, man blir tatt på alvor og føler seg dermed tryggere. Spesielt diabetes- og KOLS-pasienter får god og regelmessig oppfølging, og det er noe mange har savnet. Noen blir mer bevisst og tar seg selv i nakken fordi de vet at de skal tilbake om en stund på kontroll.

For det tredje ble det pekt på at trygghet handler om *mestring*. Pasientene kan få bedre kontroll over sykdommen sin, eller kan få bedre livskvalitet med hjelp fra PHT. Noen får bedre blodsukker og klarer å gå ned i vekt. Om ikke sykdommen forsvinner, så kan de mestre den bedre. En del diabetikere har tatt mer tak i ernæring og prøver å få til vekttap og har fått et litt annet fokus, sa en PHT-leder.

En lege forklarte at når pasientene følger anvisningene bedre, vil de føle seg tryggere og at en bedre oppfølging kan gjøre dem friskere. De kronisk syke blir jo ikke friskere, men vi prøver å optimalisere,

sa en annen lege. En annen lege forklarte hvordan det å bli tryggere og friskere kan henge sammen, og påpekte at det heller ikke skal være for mye oppfølging fra legekantoret:

«Opp til et visst nivå så tror jeg de blir tryggere og ved å bli tryggere så blir de friskere. Men hvis det blir for mye, så kan de bli avhengige og da er de over i noe som ikke gjør de friskere».

6.6.3. PHT kan gjøre pasienten friskere

Meningene var delte om hvorvidt pasientene blir friskere av å følges opp av PHT, og noen var usikre på dette. På den ene siden ble dette knyttet til eksempler på pasienter som har blitt *fanget opp* av *systematiske kontroller* hos sykepleier, eller lidelser som har blitt oversett på grunn av stadige bytter av leger og legevikarer. En lege mente at PHT forhindrer langtidskomplikasjoner. En PHT-sykepleier nevnte et eksempel:

«Hun fikk jo just en svær blomsterbukett av en mann som sa du reddet livet mitt for hun tok sånn hjerteundersøkelse og hun lagde en henvisning til hjertelegen og, så han hadde jo helt tett åre og de sa at det var bare like før han kunne fått det infarkt, sånn og, og stryke med for det var ei sånn svær hovedåre som var helt tett.»

En lege mente at noen eldre har unngått sykehusinnleggelse etter at de ble fanget opp av systematisk oppfølging gjennom PHT, og trakk spesielt frem at medisinlista er gjennomgått og medisiner er fjernet.

Andre eksempler på at PHT gjør folk friskere ble knyttet til *bedre opplæring* i medisinbruk, for eksempel pasienter som har brukt insulin eller astmamedisin på feil måte før. En PHT-leder mente at noen få KOLS-pasienter har fått en bedre lungefunksjon fordi de har terpet og terpet på riktig inhalasjonsteknikk. En gruppe helsesekretærer pekte på at pasienter som går i gang med *livsstilsendringer* oppnår gode resultater. En gruppe leger pekte på hvordan PHT-sykepleierne får til positiv endring med lett psykiatri-pasienter gjennom støttesamtaler hvor de snakker seg gjennom og nøster opp i ulike problematikker.

Konsekvenser av samarbeidet i PHT

I spørreundersøkelsen ba vi leger og sykepleiere om å ta stilling til påstander om samarbeidet mellom de to yrkesgruppene. Leger og sykepleiere opplever i stor grad at samarbeidet gir bedre helsehjelp, og mer enn 50 prosent av både legene og sykepleierne var svært enig i at samarbeidet mellom leger og sykepleiere i PHT bidrar til bedre behandling av enkeltpasienter. Videre var mer enn 45 prosent av både legene og sykepleierne svært enig i at samarbeidet mellom leger og sykepleiere i PHT bidrar til mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Når det kommer til arbeidsforhold, var 16 prosent av fastlegene og 25 prosent av sykepleierne svært enige i at samarbeidet mellom dem gir bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret. At denne andelen ikke er høyere, kan skyldes at mange allerede opplever at de har gode relasjoner på legekantoret, eller at sykepleieren er nyansatt og at det derfor er for tidlig å si noe om endringer i relasjoner. Sykepleierne og legene var også i begrenset grad enige i at samarbeidet gir økt effektivitet; henholdsvis 22 prosent av fastlegene og 36 prosent av sykepleierne var svært enig i dette.

Oppfatninger om effekter

I spørreundersøkelsene spurte vi ansatte ved legekantoret om i hvilken grad de var enige i påstander om PHT. Blant fastlegene var det flest som var enig i at PHT gir bedre oppfølging og bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov (81 prosent var enige i begge påstander). For disse påstandene var det hhv. 92 og 86 prosent av sykepleierne og 81 og 73 prosent av helsesekretærene som var enig. Blant sykepleierne var flest enig i at PHT bidrar til større tilfredshet blant enkeltpasienter (97 prosent var enige), mens det blant helsesekretærene var flest som var enig i at PHT bidrar til bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov, samt en riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp (81 prosent var enige i begge påstander).

Tabell 6-2: Oppfatninger om konsekvenser av PHT blant ansatte på fastlegekontor. Andelen som svarte at de var enig/svært enig i de ulike påstandene.

	Fastleger	Syke-pleiere	Helsesekretærer
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	80,9	91,7	81,1
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	80,8	85,7	73
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	79,2	97,3	75,7
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	75,0	86,1	66,7
Bedre helse blant enkeltpasienter	67,7	86,1	78,4
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	67,6	91,7	81,1
Større tilfredshet blant pårørende	63,2	77,1	63,9
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	61,7	80,5	52,8
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	58,2	69,4	67,6
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørre")	58,2	83,3	67,5
Å frigjøre tid for fastleger	41,2	58,3	67,6
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	28,4	50,0	41,7
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	19,1	25,0	27,0

Note: Påstandene er sortert fra høyest til lavest andel blant fastlegene. Spørsmålet i spørreundersøkelsen var; «Ta stilling til følgende påstander om pasienter som følges opp av PHT. PHT vil bidra til...». N = 68 (67 for enkelte av spørsmålene) fastleger, 36 (35 for enkelte av spørsmålene), 37 helsesekretærer (34-36 for enkelte av spørsmålene).

6.7. Samhandling med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester

Samhandling med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten har ikke vært noe hovedtema i datainnsamlingen som er gjort i forbindelse med denne statusrapporten. I intervjustudien spurte vi informantene om hva som har endret seg i samhandlingen sammenlignet med før forsøket, men det er ikke spurt inngående om dette. Dette er et tema som vil bli grundig og mer systematisk belyst når forsøket har vart litt lengre og strukturer for PHT har satt seg slik at fokus kan flyttes fra interne forhold på legekontoret til eksterne samarbeidspartner.

Den første statusrapporten om PHT-forsøket (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018) viste at integrasjonen mellom legekontor og andre kommunale helsetjenester i forsøkskommunene var ulik ved oppstarten av forsøket og at det er grunn til å anta at dette vil påvirke hvordan relasjonene utvikles og hva som blir resultater av forsøket.

6.7.1. PHT og andre kommunale tjenester

Flere informanter i intervjustudien fremhevet det vi også fant i den første statusrapporten (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018) om at det før forsøket var et godt etablert samarbeid mellom legekontoret og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig gjaldt det i kommunene med bare ett legekontor. Her var det eksempelvis etablert et tett samarbeid og regelmessige møter mellom fastlegene og hjemmetjenesten om felles pasienter.

PHT skal ikke overta kommunale oppgaver

Forsøksperioden har så langt innbefattet grensdraging mellom legekontorets virksomhet og andre kommunale tjenester. En PHT-leder fortalte at de har vært tydelig overfor kommunen om at PHT sykepleierne ikke skal overta oppgaver fra hjemmesykepleien eller psykiatritjenesten i kommunen, fordi det potensielt vil kunne skape problemer når forsøket er over. Begrunnelsen handlet om at forsøket er midlertidig og at det er usikkert hvilke ressurser legekontoret vil ha etter at det er avsluttet:

“For da står vi og med et problem når prosjektet en gang ikke er der lenger og man kanskje ikke har de samme ressursene. Hvem skal da ta seg av de

oppgavene? Da nytter det ikke at vi plutselig har ført inn en masse oppgaver på legekantoret som egentlig hører til i andre instanser.”

Synergier

Ved flere legekantor har diskusjonen handlet om hvor mye PHT-sykepleier skal involvere seg i pasienter der hjemmesykepleien også er involvert. Ved ett legekantor hadde man i utgangspunktet en holdning om at PHT-sykepleier ikke skulle befatte seg mye med disse pasientene for å unngå dobbeltarbeid. Men man har etter hvert sett at et tett samarbeid med hjemmesykepleien om felles pasienter er nyttig. De som tildeler omsorgstjenester, kjenner til PHT og tar gjerne kontakt med legekantoret om enkeltpasienter. Gjennom dialog med PHT-sykepleier kan de effektivisere kartlegging, funksjonsnivåbeskrivelser og søknadsprosess for enkeltpasientene slik at de tildeles omsorgstjenester raskere. Sånn jobbet de ikke sammen før.

En PHT-leder ved et annet legekantor fortalte også om et godt samarbeid med hjemmesykepleien. De vil gjerne samarbeide fordi de ser at PHT-sykepleier fyller et tomrom. Når PHT-sykepleier drar sammen med hjemmesykepleien hjem til pasienter, så gjør de forskjellige ting. PHT-sykepleier har med seg utstyr som gjør at det kan tas flere prøver enn det hjemmesykepleieren har anledning til. PHT-sykepleier kan hjelpe til med sår og sårskift, og kan koble opp videokonsultasjon med sårpoliklinikk på sykehuset. Ved et annet legekantor så man ikke samme synergi av samspillet mellom hjemmesykepleien og PHT-sykepleier. Her snakket en PHT-sykepleier med spesialkompetanse på sårbehandling om at hun kunne vært brukt mer av hjemmesykepleien i sårbehandlingen. Men at det ligger en barriere i finansieringssystemet som gjør at hvis hun drar på hjemmebesøk for å behandle sår, så må pasienten betale egenandel. Hvis hjemmesykepleien gjør det, så er det gratis for pasienten.

Det ble videre fortalt om nyetablert samarbeid som følge av PHT-forsøket mellom PHT-sykepleier og frisklivsentral, fysioterapeut og ergoterapeut.

PHT-leder ved et legekantor i en kommune med bare ett legekantor, var opptatt av at hele den kommunale helsetjenesten skal fungere som et team. Hun fortalte at det som del av PHT-forsøket hadde vært arrangert en felles fagdag hvor legekantoret og store deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten deltok. De delte seg inn i arbeidsgrupper som ble ledet av en lege med medlemmer fra legekantoret og den øvrige helsetjenesten. Poenget med å sette sammen slike bredt favnende grupper var å forankre PHT og komme fram til oppgaver som kan gjøres i PHT, og som ikke overlappet med allerede eksisterende tilbud i kommunen. PHT-lederen beskrev tanken bak slik:

*Vi kan bruke hverandres ressurser og kompetanse, og ikke drive dobbeltarbeid.
Det tror jeg tjener både oss og pasientene veldig.*

Gruppearbeidet resulterte konkret i at en sykepleier fra hjemmetjenesten ble tilsatt i en 40 prosent stilling i PHT for å drive rehabilitering/forebygging for å ivareta skrøpelige eldre på en bedre måte. Det resulterte også i et nytt opplegg for pasienter med funksjonsnedsettelse hvor en av legene skal dra ut i boliger å gjøre undersøkelser.

Sykepleier som bindeledd

Ved legekantor som ikke hadde sykepleier før PHT-forsøket, ble det fortalt at sykepleiers inntreden hadde ført til bedre samhandling og samarbeid med kommunale tjenester og bydelstjenester. Sykepleier blir et bindeledd som gjør fastlegene mer tilgjengelig. Særlig kommer dette pasienter som trenger kommunale omsorgstjenester til gode. Her bidrar også sykepleier ved å orientere seg om tilgjengelige tilbud, følge opp og tale pasientenes sak.

Barrierer i informasjonsutvekslingen

Flere informanter fortalte at det var ønskelig at PHT-sykepleier kunne kommunisere direkte (som seg selv) via PLO-meldinger. Dette er foreløpig ikke mulig. Det ble også fortalt om vansker med å skaffe oversikt over pasienter som ble skrevet ut fra sykehus og kommunale korttidsplasser med et hjelpebehov som PHT bør vite om. En PHT-leder fortalte at de har ønsket å få utskrivningsmeldinger fra kommunes tildelingskontor, men at de ikke har lyktes med det. Ved noen legekantor er det etablert

rutine at sykepleier leser epikriser. Ved andre legekantor fortalte sykepleiere at de kunne hatt bedre oversikt over behov blant legekantorets utskrevne pasienter dersom legene på kontoret hadde gitt dem tilgang til å lese epikriser. Ved et forsøkskontor hvor to av legene er tilsynsleger ved sykehjemmet, planla man å sette pasienter som skrives ut av rehabiliteringsavdelingen på sykehjemmet direkte opp i timeboken til PHT-sykepleierne slik at de kan dra på hjemmebesøk innen en uke for å avdekke behov. Opplegget er tenkt utvidet til alle som bor i kommunen, ikke bare til dem som sogner til det aktuelle legekantoret.

Brudd med kommunal tankegang

Intervjuene på legekantorene har også avdekket at det er ulike oppfatninger i kommunene angående mangelen på byråkrati og vedtak rundt tildeling av tjenester fra PHT og at PHT sånn sett representerer et brudd med den kommunale tankegangen og praksis rundt tildeling av tjenester. Dette er et aspekt som vi foreløpig har lite data om, men som vi vil undersøke nærmere videre i evalueringen.

6.7.2. PHT og spesialisthelsetjenesten

Hovedinntrykket fra intervjustudien er at det så langt i PHT-forsøket ikke har skjedd store endringer i legenes og legekantorenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Flere PHT-sykepleiere fortalte at de har minimalt å gjøre med spesialisthelsetjenesten.

Det ble imidlertid gitt noen spredte eksempler på bedre samhandling. En PHT-leder fortalte at KOLS-pasienter egentlig ikke har hatt noen tilbud ved lungepoliklinikken ved sykehuset fordi det har vært veldig lav kapasitet der. Lungepoliklinikken er veldig positiv til at KOLS er prioritert av PHT. PHT-lederen tror det er for tidlig å si om PHT har ført til færre sykehusinnleggelses for KOLS-pasientene. En lege ved et annet legekantor tror de på den ene siden henviser flere pasienter til spesialisthelsetjenesten, fordi de i større grad oppdager udekte behov hos pasienter med KOLS, og på den andre siden færre fordi sykepleier kan gi kostholdsveiledning. Når det gjelder diabetespasienter, var inntrykket ved flere legekantor at de heller vil gå til kontroll ved legekantoret framfor diabetespoliklinikken på sykehuset. Dette må selvfølgelig ses i lys av at det er informanter ved legekantoret og ikke sykehuset som uttaler seg. Ved et legekantor ble det fortalt at PHT-sykepleierne har veldig god kontakt med sykehuset, og ringer og rådfører seg i enkeltsituasjoner som særlig gjelder pasienter med diabetes type-1. Det gir også legekantoret tettere kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det ble ellers gitt eksempler på at PHT-sykepleier har deltatt i et tverrfaglig møte på sykehus som leger ikke har hatt mulighet til å gå på og at de har tatt en koordinatorrolle for ansvarsgrupper. Flere leger fortalte at sykepleierne bidro til at det kunne lages bedre henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

En PHT-sykepleier ga et eksempel på samhandling hvor vedkommende fulgte en pasient til en spesialist på DPS fordi NAV trenger en spesialisterklæring for å kunne gå inn for en uføresøknad. Sykepleieren ble med inn i spesialistkonsultasjonen for å hjelpe pasienten i gang sånn at hun «ble trygg og kom på banen», så kan sykepleieren trekke seg tilbake. Her ser vi altså at PHT-sykepleieren opptrer i en rolle som ledsager. Sykepleieren tror ikke pasienten hadde møtt uten denne støtten og tror problemene med NAV ville økt. Sykepleierne oppfattet at det var helt nødvendig å følge med pasienten inn i møtet. Sykepleier mente for øvrig at legekantoret burde hatt et tettere samarbeid med DPS. Men det er ressurskrevende og er foreløpig ikke blitt prioritert. Det handler blant annet om at sykepleierens tid prioriteres til å få opp antall konsultasjoner på legekantoret for å skape nødvendig økonomi i forsøket.

6.8. Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi kort beskrevet kvalitetsmålene med PHT og virkemidlene for å oppnå kvalitetsmålene slik de er beskrevet av Helsedirektoratet. Størstedelen av kapitlet handlet om i hvilken grad de ulike virkemidlene er tatt i bruk med utgangspunkt i informasjon fra registerdata, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser.

Evalueringen har foreløpig sett nærmere på kun et utvalg av de beskrevne arbeidsformene og metodene. Vi fant at både årskontroller for diabetes type 2 og hjemmebesøk i honorarmodellen har hatt betydelig vekst etter at forsøket med PHT startet opp. Det var særlig hjemmebesøk utført av sykepleiere som økte. Siden det ikke var noen takst for hjemmebesøk av sykepleier i driftstilskuddsmodellen i perioden vi innhentet data fra, kunne vi ikke gjøre tilsvarende undersøkelse av hjemmebesøk i driftstilskuddsmodellen. For PHT med driftstilskuddsmodellen er det egen takst for

utarbeidet behandlingsplan med behandlingsmål, og strukturert oppfølging. Om det er utarbeidet behandlingsplan, inngår som en kvalitetskomponent i innteksberegningen i driftstilskuddsmodellen. Det er stor variasjon mellom legekantorene med hensyn til om behandlingsplaner er opprettet.

Det forventes fra Helsedirektoratet at PHT skal ha en proaktiv rolle. Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne oppgir at deres yrkesgruppe arbeider proaktivt. De fleste helsesekretærer oppgir at deres yrkesgruppe ikke arbeider proaktivt. Vi fant stor variasjon mellom legekantorene både med hensyn til hvordan de arbeider proaktivt og mellom pasientgrupper med hensyn til om de er interessert i tettere oppfølging fra legekantoret. Det er også stor variasjon med hensyn til om legekantorene bruker IKT-verktøy og journalsystemer for å identifisere pasienter som kan være velegnet til oppfølging av PHT.

I intervjuene pekte et stort flertall av informantene på legekantorene på at PHT fører til økt kvalitet i legekantorets oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Det ble også gitt eksempler på at PHT kan gjøre pasientene både tryggere og friskere. Bedre samhandling mellom legekantoret, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er en viktig målsetting med PHT. I intervjuene ble det rapportert om bedre samhandling med sykepleieren som viktig bindeledd. En detaljert undersøkelse av samhandling vil bli tema for en kommende statusrapport.

Denne første undersøkelsen av utbredelse av tiltak for å nå kvalitetsmål, viser stor variasjon mellom legekantorene. Dette kan skyldes at forsøket fortsatt er i en tidlig fase og at det varierer hvor mye tilrettelegging det har vært sentralt og lokalt. For eksempel er flere legekantorer med driftstilskuddsmodellen usikre på hvilke elementer som skal inngå i en behandlingsplan for at man skal kunne registrere takst for dette. Flere er også usikre på hvordan elektroniske journalverktøy skal brukes i identifisering og oppfølging av pasienter som kan være velegnet for PHT. Ettersom kunnskap om verktøy, prosedyrer og samhandlingsprosesser spres, vil trolig kvalitetstiltakene bli flere og kanskje variasjonen mellom legekantorene mindre.

7. Oppsummering og diskusjon

7.1. Oppsummering av sentrale resultater

Datagrunnlaget for statusrapporten

Denne rapporten bygger på registerdata, samt spørreundersøkelser til og intervjuer med ansatte på legekantorene i forsøket. Datagrunnlaget er således både på legekantor- og fastlegenivå. Ved bruk av ulike kilder har vi innhentet informasjon om en rekke temaer som belyser arbeidet med PHT i kommunal fastlegetjeneste per 1. juli 2019. Ved å fokusere på kommunal fastlegetjeneste i denne statusrapporten har vi fått inngående kjennskap til status for arbeidet på de ulike legekantorene, herunder hvor langt de ulike legekantorene har kommet med PHT-arbeidet, samt hvilke utfordringer de har stått eller står ovenfor i dette arbeidet.

Utbredelse av PHT er foreløpig varierende og økende

Alle de på forhånd utpekte pasientgruppene er inkludert i PHT så langt, i større eller mindre grad. De fleste pasientene som har mottatt helsehjelp fra PHT, har bare mottatt helsehjelpen én gang. I gjennomsnitt hadde om lag halvparten av fastlegene færre enn 50 listeinnbyggere som mottok helsehjelp fra PHT minst én gang. Funnene fra registeranalyser og spørreundersøkelser støttes av intervjuundersøkelsene. Den gjennomgående beskrivelsen fra informantene ved legekantorene er at PHT har varierende utbredelse innenfor hvert enkelt legekantor i forsøket. I mange tilfeller er det først og fremst leder av PHT som er en (av flere) leger som kanaliserte pasienter til PHT-sykepleier. Utbredelsen, målt ved bruk av sykepleiertakster, økte fra andre halvår 2018 til første halvår 2019. De ansatte på legekantorene oppgir mange ulike forklaringer for dette, blant annet at det tar tid å endre legers arbeidsmåte, samt at det avhenger av legens oppfatning av PHT og deres tillit til sykepleiere. Det avhenger også av vikarbruk på legekantoret og legers listesammensetning i forhold til utpekte målgrupper for forsøket.

Teamarbeidet er under utvikling

Det er i hovedsak tre måter å inkludere og følge opp pasienter i PHT; for det første at legen kanaliserte enkeltpasienter til sykepleier for oppfølging, for det andre at det gjøres systematiske søk på pasientgrupper for å kanalisere de til systematisk oppfølging, og for det tredje at sykepleier har den første kontakten etter å ha initiert oppfølgingen selv eller etter henvendelse utenfra. Evalueringen har vist at det tar tid for de involverte legene og sykepleierne og i noen grad helsesekretærene å finne sine arbeidsoppgaver og sine roller i PHT. Tillit skal bygges mellom sykepleiere som er nye på legekantoret, og fastlegene som har vært vant til å ha hånd om det meste av pasientoppfølgingen selv. Leger og sykepleiere må lære å kjenne hverandres kompetanse. PHT-lederne har i mange tilfelle ikke noen klar lederrolle på legekantoret, og har ikke verktøy eller er ikke i en posisjon til raskt og enkelt å innføre nye måter å arbeide på ved et legekantor som tradisjonelt ikke har vært ledet, men i større grad har vært et kontorfellesskap. Møtestrukturen er blitt noe endret ved nesten alle legekantorene, ved at det har blitt noe flere møter og nye typer regelmessige møter. De nye typene møter gjelder i første rekke møter mellom enkeltleger og sykepleier om pasientoppfølging. Dette inkluderer ikke helsesekretær. I tillegg utvikles andre måter å kommunisere på mellom leger og sykepleier.

Avlaster sykepleieren fastlegen?

Spørreundersøkelsen viste at flertallet av sykepleiere og helsesekretærer var enig/svært enig i at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen. Et mindretall av fastlegene var enig i samme påstand. PHT-sykepleieren betyr først og fremst at legekantoret har mer ressurser å spille på i den kliniske oppfølgingen. Sykepleierens inntreden innebærer ifølge samstemte informanter mer struktur og systematikk i oppfølgingen, spesielt oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. De fleste fastleger og sykepleiere opplever at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til legens oppgaver. Ved hjelp av KUHR data har vi undersøkt endring i antallet konsultasjoner etter at PHT ble innført. Vi finner stor variasjon i endring i konsultasjonsrater blant legekantorene.

Finansieringsmodeller og inntjening

Ingen av de åtte legekantorene som prøver ut honorarmodellen, har så langt i forsøket nådd opp i 50 prosent taksinntjening fra sykepleiertakster som forutsatt. Lav inntjening forklares i hovedsak med at sykepleiertakstene er for få og for lave. Honorarmodellen er fra 1. juli 2019 justert med flere og høyere sykepleiertakster. Den videre utprøvingen vil vise om dette gjør at sykepleierne når opp i takstinntjening som forutsatt.

Våre beregninger av legekantorets inntjening med driftstilskuddsmodellen i en tidlig fase av forsøket, viser at alle de fem legekantorene økte inntjeningen per listeinnbygger. Både leger og sykepleiere var opptatt av at de få takstene i driftstilskuddsmodellen gjør det vanskelig å synliggjøre utad hva de faktisk gjør på legekantoret. Legene ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er fornøyd med reduksjonen i takstingen av det daglige arbeidet. Samtidig har enkelte av dem stilt spørsmålet om driftstilskuddsmodellen gir nok økonomisk insentiv for aktivitet.

Medfører PHT bedre kvalitet?

For PHT med honorarmodellen var det en betydelig økning i antall hjemmebesøk drevet av sykepleiere etter oppstart av forsøket. Årskontroll med Noklus-diabetesskjema er et hjelpemiddel for systematisk oppfølging av pasienter med diabetes. Vi finner en betydelig økning i årskontroll etter revisjon av takst og oppstart av PHT. I driftstilskuddsmodellen er det stor variasjon blant legekantorene i registrering av behandlingsplan.

Om lag halvparten av fastlegene og sykepleierne opplever at deres yrkesgruppe i noen grad arbeider proaktivt. Om lag halvparten av helsesekretærene opplever at deres yrkesgruppe i svært liten eller liten grad arbeider proaktivt. Vi har intervjuet ansatte på legekantorene om hvilken forskjell de opplever at PHT gjør for pasienter, og spurt om hvilken betydning det har at det er PHT-sykepleier på legekantoret. Informantene pekte på økt kvalitet i legekantorets oppfølging samtidig som de oppfatter at pasientene blir tryggere og/eller friskere av å følges opp av PHT.

7.2. Diskusjon av sentrale utfordringer

7.2.1. PHT er fortsatt under oppbygning

Våre undersøkelser tyder på at PHT på mange måter fortsatt er under oppbygning. Det var knyttet stor usikkerhet til Helsedirektoratet sitt anslag på at 7-10 prosent av listeinnbyggerne skulle motta helsehjelp fra PHT. Denne andelen er ikke gitt på forhånd, og det finnes ingen fasit. Andelen listeinnbyggere som har mottatt helsehjelp fra PHT en eller flere ganger ved legekantor som prøver ut honorarmodellen i perioden fra forsøket startet og ut juni 2019 var 7,6 prosent, og varierte mellom 1,9 og 7,7 prosent ved de åtte legekantorene. Andelen listeinnbyggere som har mottatt helsehjelp fra PHT en eller flere ganger ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen i perioden fra forsøket startet og ut juni 2019 var 6,4 prosent, og varierte mellom 2,7 og 11 prosent ved de fem legekantorene. Erfaring gjennom å jobbe i PHT vil vise hva som er en formålstjenlig andel. Bruk av sykepleiertakster har imidlertid økt over tid, noe som tyder på en fortsatt økende utbredelse. Evalueringen har avdekket at sykepleiers innsats i all hovedsak er konsentrert om pasientgrupper med ønsket prioritet i PHT-forsøket.

Resultatene så langt i evalueringen har vist at det tar tid for de involverte legene og sykepleierne og i noen grad helsesekretærene å finne sine arbeidsoppgaver og sine roller i PHT. Utbredelsen og oppbyggingen av PHT er noe som stadig er under utvikling. Dette er ikke overraskende, og vi har pekt på forklaringer som at det tar tid å bygge tillit, endre tradisjoner og inngrodde arbeidsmåter, og at en rask implementering krever en organisasjonsstruktur og en klarere ledelse enn det som tradisjonelt finnes på norske legekantor. Implementering av PHT som en reform kan ses på som noe som foregår sakte, og som vil foregå sakte. Det tar tid å adoptere nye ideer og ny praksis, og det vil ta tid før de nye arbeidsmåtene sprer seg eller alternativt at man ser at de ikke sprer seg.

Det at arbeidet med PHT fortsatt bærer preg av å være under oppbygning, kan i noen grad skyldes at for lite var på plass ved forsøkets oppstart. Utbredelsen av arbeidsformer og metoder ved det enkelte legekantor kan på mange måter ses på som et spill av hvilke verktøy og takster som var utviklet. Evalueringen har foreløpig sett nærmere på kun et utvalg av de beskrevne arbeidsformene og metodene. For eksempel var takster for at sykepleier kunne foreta hjemmebesøk og takster for årskontroll diabetes (i honorarmodellen) på plass ved oppstarten av forsøket. Registerdata viser en

markert økning i disse to arbeidsmetodene ved legekantorene, hvor sykepleierne spiller en viktig rolle. På den andre siden har det manglet en mal for behandlingsplan, noe som har skapt stor usikkerhet rundt hva som kreves for at noe skal kunne takstes som behandlingsplan. Registerdata viser at bruken (i hvert fall takstingen) av behandlingsplan foreløpig er begrenset.

Opplæring er ett av virkemidlene i PHT-forsøket. Resultatene av evalueringen viser at opplæringen har kommet sent i gang, noe som kan bidra til å forklare at utbredelsen av PHT tar tid. For eksempel ville trolig opplæring i bruk av behandlingsplan ha styrt legekantorene i retning av å ta denne arbeidsformen i bruk på et tidlig tidspunkt i forsøket. Et annet virkemiddel i PHT-forsøket som ikke var helt på plass ved oppstarten, er IKT-verktøy som understøtter PHT-arbeidet, for eksempel tilpasninger av journalsystemet. Dette har vanskeliggjort både identifisering og registrering av pasienter i PHT, og slik sett hemmet utbredelsen.

7.2.2. Lokal variasjon – en viktig rammebetingelse for PHT-forsøket

Som vi har pekt på flere steder i rapporten, var rammene for forsøket, slik det er beskrevet av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017), svært fleksible. Alle legekantorene har derfor måttet «designe» hva PHT skal være og hvordan det skal foregå, ut ifra det enkelte legekantorets utgangspunkt. Den første statusrapporten om PHT-forsøket viste at det ved oppstart var vesentlige ulikheter mellom legekantorene i forsøket, for eksempel i eierskap, driftsform og organisering, i arbeidsmåter, samarbeidsrutiner og -former mellom legekantor og andre helsetjenester, og i integrasjon med annen kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den viste også at sykepleiere ikke nødvendigvis er en ny yrkesgruppe på legekantorene i forsøket. Hele ni av 13 legekantor hadde sykepleiere fra før, med høyst varierende oppgaver. Spennvidden i helsesekretærenes oppgaver før forsøket var også stor. I denne rapporten har vi i tillegg pekt på variasjoner i ledelsesmuligheter ved legekantorene, tilpasning til finansieringsmodellene og behov for tillitsbygging.

PHT-lederne og legene vi har intervjuet, har i stor grad vurdert de store frihetsgradene som et positivt trekk ved forsøket. De ser det som en fordel at de ikke er blitt presentert en strømlinjeformet PHT-oppskrift fra Helsedirektoratet som de bare skal implementere på sitt legekantor. Frihetsgradene gir motivasjon og gjør at man kan ta utgangspunkt i de lokale ressursene man har tilgjengelig å bygge PHT ut fra det. Dette gir naturlig nok ulike lokale prosesser og ulike lokale resultat på legekantornivået. Hvorvidt denne variasjonen også vil vise seg som variasjon i effekter blant pasienter er det foreløpig for tidlig å si noe om. Som vi har pekt på i kapittel 6.8, er det grunn til å vente at ettersom verktøy kommer på plass, kunnskap om disse verktøyene, prosedyrer og samhandlingsprosesser spres, vil trolig kvalitetstiltakene bli flere og kanskje variasjonen mellom legekantorene noe mindre.

7.2.3. Registrerer vi virksomheten på en tilfredsstillende måte?

Vi har i denne rapporten brukt registerdata fra KUHR på legenivå, sykepleiernivå og legekantornivå i mange av de tallmessige beskrivelsene. Som vi redegjør for i 9.1.2 i Appendiks A, vil vi i kommende statusrapporter ta utgangspunkt i registerdata på individnivå (pasientnivå). Siden det tar lang tid å få tilgang til slike data, har de ikke vært tilgjengelige i arbeidet med denne rapporten. Dette har gitt oss noen utfordringer blant annet når det gjelder å ta hensyn til bruk av fastlegevikarer på legekantorene. Vikarbruken er betydelig ved flere av legekantorene. Den er også ganske ustabil over tid. Det innebærer at virksomhetsbeskrivelsen, for eksempel i form av legekonsultasjoner, kan undervurdere faktiske konsultasjoner hvis vikarbruk ikke registreres på en tilfredsstillende måte. Vi har tilpasset periodene vi beskriver til informasjon om vikarbruk, men kan likevel ikke utelukke at enkelte utfullstendigheter fortsatt er til stede.

Det er færre takster i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen. Takstdata fra KUHR er derfor mindre velegnet til å beskrive legekantorenes virksomhet i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen. For eksempel kunne vi ikke beskrive hjemmebesøk fra PHT-sykepleier i driftstilskuddsmodellen i denne rapporten, siden det ikke er noen egen takst for dette. Dette er endret fra 1.7.2019. I driftstilskuddsmodellen er det heller ingen takst for oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag.

8. Referanser

Difi, 2017. *Innbyggerundersøkelsen*. [Internett]

Available at: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne/fastlege>
[Funnet 26 10 2018].

Direktoratet for økonomistyring, 2014. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*, Oslo: Direktoratet for økonomistyring.

Doekhie, K. D., Buljac-Samardzic, M., Strating, M. M. H. & Paauwe, J., 2017. Who is on the primary care team? Professionals' perceptions of the conceptualization of teams and the underlying factors: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*.

Grumbach, K. & Bodenheimer, T., 2004. Can health care teams improve primary care practice?. *Jama*, pp. 1246-1251.

Hana, J., 2014. The clinician in leadership. Perceptions of style.. *ISM skriftserie nr. 152. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø*.

Hannan, M. M. et al., 2015. The Combined Impact of Surgical Team Education and Chlorhexidine 2% Alcohol on the Reduction of Surgical Site Infection following Cardiac Surgery. *Surgical infections*, pp. 799-805.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. *Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet, 2012. *Økonomisk evaluering av helsetiltak. Veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2017. *Primærhelseteam. Kvalitet, Ledelse og Finansiering. Rapport IS-2656.*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2018. *Høringsnotat. Gjennomføring av forsøk med primærhelseteam i utvalgte kommuner. Forslag til forsøksforskrift med hjemmel i folketrygdløven § 25-13 og andre forskriftsendringer for å legge til rette for pilot primærhelseteam.* Oslo: Helsedirektoratet.

Leach, B. et al., 2017. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC family practice*.

McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E., 2015. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1973-1985.

Mickan, S., Hoffman, S. J. & Nasmith, L., 2010. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of Interprofessional Care*, pp. 492-502.

Mickan, S. & Rodger, S., 2000. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review*, pp. 179-192.

Molyneux, J., 2001. Interprofessional teamworking: what makes teams work well?. *Journal of interprofessional care*, pp. 29-35.

O'Reilly, P. et al., 2017. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS one*.

Pullon, S., McKinlay, E. & Dew, K., 2009. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*, pp. 191-197.

Rebnord, K. I., Eikelan, O. J., Hunskår, S. & Morken, T., 2018. *Fastlegers tidsbruk*, Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse.

- Reichborn-Kjennerud, K., 2010. *Faste grep om helse i hektiske kontor*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Spehar, I. et al., 2017. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
- Strand, T., 2001. *Ledelse, organisasjon og kultur*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Tuckman, B. W., 1965. Developmental sequence in small groups. *Psychological bulletin*.
- Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018. *Evaluering av forsøket med primærhelseteam: Statusrapport I*, Oslo: Helsedirektoratet.

9. Appendiks A: Beskrivelse av rapportens datagrunnlag

9.1. Registerdata

9.1.1. Innhold

Rapporten benytter registerdata fra KUHR-databasen og beregninger utført av HELFO og Helsedirektoratet, på helsepersonellnivå. Informasjon om takster kommer fra forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling (normaltariffen) og fra forskrift om forsøksordning med PHT. Helsedirektoratet har samlet informasjon om utbetalinger til leger og sykepleiere ved legekantor som deltar i forsøksordning med PHT fra KUHR og HELFO. For leger utenfor forsøksordningen er informasjon fra KUHR koblet med informasjon om basistilskudd beregnet av HELFO. I september 2019 ble det gjort separate uttrekk av data fra KUHR, disse og data fra andre kilder er beskrevet i Tabell 9-1.

Tabell 9-1: Rapportens registerdatagrunnlag.

Kilde	Innhold	Frekvens	Periode
	Takstbruk per lege	Per halvår	1.1.2012-30.6.2019
	Takstbruk per sykepleier	Per halvår	1.1.2018-30.6.2019
	Pasienter per diagnose per sykepleier	Forsøksperiode	1.4.2018-30.6.2019
Kontroll og utbetaling av helsefusjoner (KUHR)	Pasienter som mottok helsehjelp fra PHT per sykepleier ³⁰	Forsøksperiode	1.4.2018-30.6.2019
	Takstbruk utvalgte takster per lege (2ad, 2cd, 074a)	Per måned	1.1.2017-30.6.2019
	Takstbruk utvalgte takster per sykepleier (S2a, S2c, 088b)	Per måned	1.1.2018-30.6.2019
HELFO	Basistilskudd per lege	Per måned	1.1.2017-30.6.2019
Helsedirektoratet (KUHR, HELFO)	Utbetalinger per lege og sykepleier i PHT	Per måned	1.1.2017-31.12.2018

I flere av beskrivelsene med registerdata er tidsrommet relativt kort. Det skyldes at beskrivelser av aktivitet ved legekantor som deltar i forsøket krever informasjon om aktivitetsnivået til legevikarer og at legekantorene følges over en sammenlignbar periode. Informasjon om aktivitetsnivået til legevikarer er begrenset til 2017-2018. Legekantoret med driftstilskuddsmodellen med senest oppstart deltok fra september 2018, derfor er det aktuelle tidsrommet for legekantorene med driftstilskuddsmodellen begrenset til de fire første månedene etter forsøket startet. Tilsvarende deltok alle legekantorene med honorarmodellen i forsøket fra oktober 2018, slik at det aktuelle tidsrommet for disse legekantorene er de tre første månedene etter oppstart. Der hvor registerdata brukes til å beskrive aktivitet over andre tidsrom er dette gjort rede for.

9.1.2. Individdata

For å gjøre beskrivelser og analyser på individnivå er det søkt om 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 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 (sosio-økonomiske variabler), Helsedirektoratet (Fastlegeregisteret, KUHR, Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt Pasientregister (KPR) og IPLOS) og Folkehelseinstituttet

³⁰ Helsehjelpen utløste en eller flere av takstene S1a, S1b, S2a, S2ae, S2b, S3, 088a og 088b.

(Dødsårsaksregisteret). Med unntak av data fra Dødsårsaksregisteret og SSB, venter vi på data fra registrene.

Tabell 9-2: 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
KUHR	Tjenester levert fra fastlege registrert ved takster	Fra 2012
Norsk Pasientregister (NPR)	Kontaktdata fra NPR – somatikk, NPR - psykisk helsevern for voksne, NPR - psykisk helsevern for barn og unge, NPR – rehabiliteringsinstitusjoner, NPR - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Fra 2012
Kommunalt Pasientregister (KPR)	KPR vil inneholde data om omsorgstjenester fra og med 2017 Vi vil bruke variabler som beskriver botype, omfang og sammensetning av hjemmetjenester samt funksjonsnivå.	Fra 2017
Dødsårsaksregisteret	Dødstidspunkt, dødsårsak (gruppert etter EU Shortlist)	Fra 2012
SSB	Utdanning, inntekt og formue på individ og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus	Fra 2012

9.2. Metode og materiale for spørreundersøkelsen

9.2.1. Utforming og analyse

Vi utarbeidet tre spørreundersøkelser, en for hver av yrkesgruppene i PHT. Utvalget omfattet således fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekontor som deltar i forsøket med PHT.

Undersøkelsene ble pilotert ved to av legekontorene. Temaer i undersøkelsene var

- Teamarbeid, herunder roller, oppgavefordeling, samarbeid og synergier
- Teamledelse, herunder tid brukt til ledelse/møtevirksomhet og kompetanse
- Finansiering, herunder usikkerhet knyttet til inntekt og i hvilken grad inntekt påvirkes av deltakelse i forsøk med PHT
- Effekter av PHT

For å kartlegge ansattes oppfatninger av og erfaringer med teamarbeid, teamledelse, finansiering og effekter, har vi hovedsakelig benyttet to typer spørsmålsformuleringer:

- Spørsmål med formatet «(i hvilken grad opplever du at)» med forhåndsdefinerte svaralternativer «(i svært liten grad)», «(i liten grad)», «(i noen grad)», «(i stor grad)» og «(i svært stor grad)»
- Påstander med svaralternativer helt uenig, delvis uenig, verken enig eller uenig, delvis enig, og helt enig

Vi åpnet også opp for at man kunne svare «vet ikke» på de ulike spørsmålene. I flere av spørsmålene der svaralternativene var en skala, åpnet vi for at respondenten kunne utdype svarene sine i et fritekstsvar. Fritekstsvarene ble lest og sammenfattet av forskerne.

Vi har beregnet andelene av respondentene som svarte de ulike alternativene ved hvert spørsmål/påstand. I presentasjonen av disse resultatene har vi slått sammen kategoriene i svært liten og liten grad, i stor og svært stor grad, samt helt og delvis enig/uenig.

Undersøkelsen blant ansatte på fastlegekontor har hovedsakelig til hensikt å kvalitativt informere statusmålingen i evalueringen av PHT. Vi beskriver derfor resultatene hovedsakelig deskriptivt. Likevel ønsker vi å kvantitativt beskrive forskjeller i oppfatninger og erfaringer blant ulike yrkesgrupper og mellom ansatte på legekontor med de to finansieringsmodellene. For enkelte spørsmål har vi derfor gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper (f.eks. fastleger med ulik finansieringsmodell, ulike yrkesgrupper). 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.

9.2.2. 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 fastlegekontoret.

Undersøkelsen ble sendt ut første gang 6. mai 2019. Det ble sendt to påminnelser fra evaluator og en fra Helsedirektoratet før undersøkelsen ble avsluttet 1. juli 2019.

9.2.3. Studiepopulasjon

Totalt samtykket 141 personer til å delta i spørreundersøkelsen. Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene var 86, 95 og 74 prosent for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer (Tabell 9-3). Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ble beregnet basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekantorene, supplert med løpende informasjon fra de ulike legekantorene om eventuelle permisjoner og langtidssykemeldinger. Ettersom det kan være avvik mellom antall registrerte og faktiske ansatte på de ulike legekantorene, er svarprosenten omtrentlig.

Tabell 9-3: Antall og andel respondenter i spørreundersøkelsene etter yrkesgruppe og finansieringsmodell.

	Antall respondenter (svarprosent)	Honorar- modellen (svarprosent)	Driftstilskuddsmodellen (svarprosent)
Fastleger	68 (86%)	47 (89%)	21 (81%)
Sykepleiere	36 (95%)	22 (100%)	14 (88%)
Helsesekretærer	37 (74%)	27 (82%)	10 (59%)

Andelen respondenter i aldersgruppen 40 til 59 år var 52 prosent for fastlegene, 46 prosent for sykepleierne og 60 prosent for helsesekretærene. Andel kvinner utgjorde henholdsvis 42, 90 og 100 prosent for de tre yrkesgruppene. De fleste fastlegene og helsesekretærene hadde arbeidet ved fastlegekontoret i 5 år eller mer (hvh. 64 og 71 prosent), mens det fleste sykepleierne (58 prosent) hadde arbeidet ved legekantoret i mindre enn 3 år. Om lag halvparten av fastlegene (47 prosent) hadde en listelengde på mellom 750 og 1249 listeinnbyggere, og 77 prosent hadde en eller flere bistillinger.

Tabell 9-4: Kjennetegn ved deltakere i spørreundersøkelsen 2019, alle

	Fastleger	Sykepleiere	Helsesekretærer
Aldersfordeling (andel)			
Yngre enn 40 år	35,3	48,5	14,3
40-59 år	51,5	45,7	60,0
60 år eller eldre	13,2	5,7	25,7
Andel kvinner	41,8	89,9	100,0
Antall år ved fastlegekontoret			
0-2 år	25,8	58,4	5,7
3-4 år	10,6	8,3	22,9
5 år eller mer	63,6	33,3	71,4
Listelengde			
Færre enn 750	29,4	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
750-1249	47,1	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
1250 eller flere	23,5	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Andel med en eller flere bistillinger	76,5	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt

9.3. Intervjustudien

En kvalitativ tilnærming gjør at vi kan beskrive utviklingsprosesser og erfaringer som ikke lar seg beskrive ved hjelp av registerdata og data fra kvantitative spørreundersøkelser. Formålet med å gjøre intervju, er å komme tett på og søke å forstå den lokale konteksten som PHT-forsøket implementeres i ved det enkelte legekontor. Vi antar at både trekk ved legekontorene, de enkelte fastleger, sykepleiere, helsesekretærer og eventuelt annet personell ved legekontoret og samspillet mellom dem, vil påvirke utfall av PHT-forsøket. Vi har ønsket å få fram hvordan PHT materialiseres på det enkelte legekontor, hvordan medarbeidere velger å jobbe, i hvilken grad og på hvilken måte de jobber sammen, de endringene som skjer og de effektene som oppleves.

9.3.1. Datainnsamling

Det ble våren 2019 gjennomført kvalitative intervju med personell på de 13 legekontorene i PHT-forsøket. Legekontorene hadde ved intervjutidspunktet vært i PHT-forsøket mellom åtte og 12 måneder. Det ble på hvert legekontor gjennomført adskilte intervju med:

- PHT-leder
- Fastleger
- Sykepleiere
- Helsesekretærer

Intervjuene kom i stand ved at forskerne tok kontakt med PHT-leder med ønske om å avtale intervju med de fire aktørgruppene som spesifisert punktvis over. PHT-leder var behjelpelig med å få på plass intervjuavtaler. Vi lot det være opp til PHT-leder å avgjøre hvilke personer som ble inkludert i intervjuene.

Det ble gjort semi-strukturerte intervju med enkeltinformanter eller grupper av informanter.

De fleste intervju ble av praktiske og ressursmessige grunner gjort via Skype. Noen ble gjort ansikt til ansikt. Den store majoriteten av informanter ble intervjuet av de samme forskerne ved oppstart av PHT-forsøket, slik at det var etablert relasjoner som gjorde Skype velegnet som intervjuplattform.

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt intervjuguider slik at de kunne være forberedt på hva intervjuene ville dreie seg om. De fleste intervju ble gjennomført med to forskere til stede. Den ene stilte spørsmål og den andre noterte underveis.

Det ble gjennomført 59 intervju med til sammen 109 personer ved de 13 legekantorene. Intervjuene inkluderte 13 PHT-ledere, 40 fastleger, 25 sykepleiere og 31 helsesekretærer. Intervjuene med ansatte på legekantorene ble transkribert og brukt som grunnlag for analyse.

Utviklingen av intervjuguidene som ble brukt, har i stor grad vært styrt av den forforståelsen vi har skaffet oss gjennom en omfattende litteraturstudie om hvilke ulike dimensjoner og aspekter som er viktig for å få samarbeid mellom ulike profesjoner i primærhelsetjenesten til å fungere.

9.3.2. Analyse av intervjudata

Vi har tatt utgangspunkt i Ritchie & Spencers (1994) Framework Method når vi har analysert intervjumaterialet. Metoden hevdes å passe godt i tilfeller der det på forhånd er definert spesifikke problemstillinger, tidsperioden er avgrenset, og utvalget er stort og predefinert (Srivastava & Thompson 2009), noe som er tilfelle for denne evalueringen. Metoden innebærer et pragmatisk og temabasert inntak til analysen (Guba et al. 2013, Srivastava & Thompson 2009). Framework Method er ikke knyttet til spesifikke epistemologiske, filosofiske eller teoretiske tilnærminger. Den er et fleksibelt verktøy som kan tilpasses mange kvalitative tilnærminger hvor hensikten er å generere tema. Matriser benyttes for å redusere data (tekst) gjennom oppsummering og syntetisering.

I denne studien er det på forhånd avtalt med oppdragsgiver hvilke spørsmål evalueringen skulle gi svar på. Dette har sammen med resultatene fra litteraturstudien lagt rammene for analysen (se Tabell 9-5). Det ble lagt mindre vekt på prosessen med å identifisere tema fra intervjumaterialet, noe er mer vanlig i analyser av kvalitative data hvor man har en induktiv tilnærming.

Analysene av data fra intervjustudien som inngår i denne rapporten, er gjort i to steg. Det er først gjennomført en casestudie for hvert av de 13 legekantorene. Utgangspunktet for disse er intervjuene som er gjennomført på det enkelte legekantoret. Det analytiske rammeverket for casestudiene er beskrevet i Tabell 9-5. Hvert enkelt intervju er gjennomgått for å finne meningsbærende utsagn om de spesifiserte teamene under. Disse utsagnene er videre oppsummert, syntetisert og fortolket. I casestudiene har vi vektlagt å få fram likhetstrekk og variasjon på tvers av legekantorene i forsøket, på tvers av de tre profesjonene og i noen grad innad og på tvers av valgt finansieringsmodell (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen).

Tabell 9-5: Det analytiske rammeverket for casestudiene – hovedtema og undertema

- Pasientgrupper som får tjenester fra PHT
- Samarbeidet
 - Kontekst: lokalene og plassering av sykepleier(e)
 - Hvordan velges pasienter ut til PHT?
 - Utbredelse av PHT på legekantoret
 - Kommunikasjon – faste møter/strukturer
 - Eksempler på samarbeid
 - Organisering av konsultasjoner
 - Roller
 - Beslutninger
 - Relasjoner, tillit og respekt
 - Proaktivitet
 - Teamutvikling og utvikling av samarbeidet
 - Utvikling av samhandling med kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste
 - Motivasjon for videre PHT-arbeid
- Merverdi av PHT
 - Merverdien av sykepleier
 - Antatte virkninger av PHT for pasienter
- Virkninger og vurderinger av valgt finansieringsmodell
- Vurderinger av PHT-forsøket

I denne rapporten inngår data fra intervjustudien i integrerte analyser som bygger på data fra spørreundersøkelsen blant ansatte på legekantorene og registerdata som beskriver aktiviteten ved legekantorene i PHT-forsøket før og etter at forsøket er kommet i gang. Tema som er beskrevet i casestudiene, er også i stor grad tema i de integrerte analysene. I gjennomføringen av den integrerte analysen har vi i hovedsak brukt casestudiene, men vi har også gått tilbake til enkeltstående intervju for utdyping (utdype i eget delkapittel).

10. Appendiks B: Resultater fra spørreundersøkelsen til fastleger

10.1. Spørsmål om PHT

I enkelte av spørsmålene spør vi om «primærhelseteam ved ditt legekontor», der vi undersøker primærhelseteam som organisasjonsform. I andre spørsmål spør vi om «ditt primærhelseteam» eller «det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)», der vi undersøker hvordan hvert enkelt primærhelseteam fungerer – det vil si hvordan fastlege, sykepleier og helsesekretær samarbeider om oppfølging av den enkelte pasient. Dersom du inngår i flere primærhelseteam (f.eks. med ulike sykepleiere) kan du svare på tvers av de enkelte primærhelseteamene som du inngår i.

Teamarbeid

I denne delen av undersøkelsen spør vi om hvordan dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor.

Et team kan generelt defineres som en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå.

1. I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	3,0	0,0	9,5
I noen grad	19,4	19,6	19,0
I stor grad	49,3	50,0	47,6
I svært stor grad	28,4	30,4	23,8
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	67	46	21

2. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	86,8	85,1	90,5
En eller flere av de øvrige fastlegene	17,6	23,4	4,8
Alle de øvrige fastlegene	76,5	68,1	95,2
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	77,9	78,7	76,2
En eller flere av øvrige sykepleiere	13,2	12,8	14,3
Alle sykepleiere	29,4	25,5	38,1
En eller flere av helsesekretærene	23,5	21,3	28,6
Alle helsesekretærene	45,6	44,7	47,6
En eller flere av annet personell	16,2	19,1	9,5
Pasienten	55,9	53,2	61,9
N	68	47	21

3. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	86,8	85,1	90,5
En eller flere av de øvrige fastlegene	16,2	21,3	4,8
Alle de øvrige fastlegene	76,5	68,1	95,2
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	67,6	70,2	61,9
En eller flere av øvrige sykepleiere	10,3	8,5	14,3
Alle sykepleiere	29,4	25,5	38,1
En eller flere av helsesekretærene	23,5	21,3	28,6
Alle helsesekretærene	45,6	44,7	47,6
En eller flere av annet personell	16,2	19,1	9,5
Pasienten	55,9	53,2	61,9
N	68	47	21

*I denne tabellen har vi kodet om svarene slik at overlappende svar er tatt ut. Dersom noen har svart både «En eller flere av de øvrige fastlegene» og «Alle de øvrige fastlegene», har vi derfor tatt ut svaret «En eller flere av de øvrige fastlegene».

**4. I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet med primærhelseteam ved ditt legekantor?
Prosentvis svarfordeling.**

Spørsmål 4, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	29,9	50,7	19,4	0,0	67,0
Enighet om arbeidsdeling	0,0	1,5	33,3	47,0	18,2	0,0	66,0
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	1,5	0,0	21,2	51,5	25,8	0,0	66,0

Spørsmål 4, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	25,5	48,9	25,5	0,0	47
Enighet om arbeidsdeling	0,0	2,1	25,5	51,1	21,3	0,0	47
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	2,1	0,0	19,2	46,8	31,9	0,0	47

Spørsmål 4, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	40,0	55,0	5,0	0,0	20
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	52,6	36,8	10,5	0,0	19
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	0,0	0,0	26,3	63,2	10,5	0,0	19

5. I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. **Prosentvis svarfordeling.**

Spørsmål 5, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	7,4	10,3	52,9	20,6	8,8	0,0	68,0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	4,4	10,3	52,9	20,6	10,3	1,5	68,0
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	16,2	17,6	45,6	10,3	7,4	2,9	68,0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	4,4	14,7	54,4	14,7	10,3	1,5	68,0
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	39,7	23,5	26,5	4,4	2,9	2,9	68,0
Andre administrative oppgaver	11,8	30,9	39,7	5,9	5,9	5,9	68,0

Spørsmål 5, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	4,3	8,5	51,1	25,5	10,6	0,0	47
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	6,4	12,8	46,8	19,1	12,8	2,1	47
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	19,1	12,8	44,7	12,8	6,4	4,3	47
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	6,4	12,8	51,1	19,1	8,5	2,1	47
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	36,2	19,1	31,9	6,4	2,1	4,3	47
Andre administrative oppgaver	14,9	29,8	34,0	8,5	4,3	8,5	47

Spørsmål 5, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	14,3	14,3	57,1	9,5	4,8	0,0	21
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	0,0	4,8	66,7	23,8	4,8	0,0	21
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	9,5	28,6	47,6	4,8	9,5	0,0	21
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	0,0	19,0	61,9	4,8	14,3	0,0	21
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	47,6	33,3	14,3	0,0	4,8	0,0	21
Andre administrative oppgaver	4,8	33,3	52,4	0,0	9,5	0,0	21

6. I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekantore utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	1,5	0,0	4,8
I liten grad	1,5	0,0	4,8
I noen grad	23,5	21,3	28,6
I stor grad	39,7	42,6	33,3
I svært stor grad	32,4	34,0	28,6
Vet ikke	1,5	2,1	0,0
N	68	47	21

7. Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom deg og sykepleier i det enkelte primærhelseteam. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 7, alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	1,5	7,4	30,9	60,3	0,0	68
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	7,4	23,5	69,1	0,0	68
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	16,2	36,8	27,9	16,2	2,9	68
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	4,4	11,8	32,4	51,5	0,0	68
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	10,3	27,9	36,8	22,1	2,9	68
Økt effektivitet	3,0	10,4	22,4	40,3	22,4	1,5	67

Spørsmål 7, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	2,1	6,4	29,8	61,7	0,0	47
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	6,4	23,4	70,2	0,0	47
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	19,1	31,9	27,7	17,0	4,3	47
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	4,3	10,6	36,2	48,9	0,0	47
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	8,5	27,7	34,0	25,5	4,3	47
Økt effektivitet	2,2	8,7	19,6	41,3	26,1	2,2	46

Spørsmål 7, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	0,0	9,5	33,3	57,1	0,0	21
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	9,5	23,8	66,7	0,0	21
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	9,5	47,6	28,6	14,3	0,0	21
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	4,8	14,3	23,8	57,1	0,0	21
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	14,3	28,6	42,9	14,3	0,0	21
Økt effektivitet	4,8	14,3	28,6	38,1	14,3	0,0	21

8. Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodelle n	Driftstilskudds- modellen
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv	10,3	12,8	4,8
Sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver	72,1	70,2	76,2
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	14,7	14,9	14,3
Vet ikke	2,9	2,1	4,8
N	68	47	21

9. I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	1,5	0	5,3
I liten grad	12,1	6,4	26,3
I noen grad	40,9	40,4	42,1
I stor grad	31,8	38,3	15,8
I svært stor grad	9,1	10,6	5,3
Vet ikke	4,5	4,3	5,3
N	66	47	19

10. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor fungerer? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	1,5	2,1	0,0
Dårlig	4,4	0,0	14,3
Verken dårlig eller godt	23,5	21,3	28,6
Godt	44,1	44,7	42,9
Svært godt	22,1	27,7	9,5
Vet ikke	4,4	4,3	4,8
N	68	47	21

**11. På hvilken måte har helsesekretær en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor?
Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodelle n	Driftstilskudds- modellen
Helsesekretæren arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen	50,0	48,9	52,4
Helsesekretæren har stort sett mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen	2,9	2,1	4,8
Helsesekretæren arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver	32,4	29,8	38,1
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver	5,9	8,5	0,0
Helsesekretæren 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	4,4	6,4	0,0
Vet ikke	4,4	4,3	4,8
N	68	47	21

12. Har du øvrige kommentarer til teamarbeid i primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvar er fjernet av hensyn til personvern.

Teamedelse

I denne delen av undersøkelsen spør vi om hvordan du som fastlege jobber med teamedelse i ditt primærhelseteam.

13. Hvor mange møter har du i gjennomsnitt per uke med sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Dette kan f.eks. være møter hvor dere diskutere pasientcase, arbeidsmetoder, felles mål og tilnærming til pasienter, samt møter for å bli kjent med hverandres styrker og svakheter. Se bort fra eventuelle korte samtaler som skjer i forbindelse med pasientkonsultasjoner. Svaralternativer: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 eller flere. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen møter	4,4	4,3	4,8
Mindre enn 1 møte i gjennomsnitt per uke (dvs. 1-3 møter per mnd.)	51,5	48,9	57,1
1 møte	26,5	25,5	28,6
2 møter	11,8	14,9	4,8
3 møter	2,9	2,1	4,8
4 møter	1,5	2,1	4,8
5 møter	1,5	2,1	0
N	68	47	21

14. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Dette kan f.eks. være møter hvor dere diskutere pasientcase, arbeidsmetoder, felles mål og tilnærming til pasienter, samt møter for å bli kjent med hverandres styrker og svakheter. Se bort fra eventuelle korte samtaler som skjer i forbindelse med pasientkonsultasjoner. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen tid	1,5	0,0	4,8
1 – 29 minutter	48,5	55,3	33,3
30 – 59 minutter	27,9	21,3	42,9
60 – 89 minutter	11,8	12,8	9,5
90 – 119 minutter	1,5	2,1	0,0
2 timer eller mer	5,9	4,3	9,5
Vet ikke	2,9	4,3	0,0
N	68	47	21

15. Hvor mange samarbeidsmøter har du i gjennomsnitt per uke med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester? Du kan inkludere alle former for samarbeidsmøter med andre tjenester (f.eks. hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste, NAV), og både fysiske møter så vel som telefon/video-møter. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen møter	2,9	4,3	0,0
Mindre enn 1 møte i gjennomsnitt per uke (dvs. 1-3 møter per mnd.)	38,2	38,3	38,1
1 møte	16,2	12,8	23,8
2 møter	14,7	14,9	14,3
3 møter	11,8	10,6	14,3
4 møter	2,9	2,1	4,8
5 møter	10,3	14,9	0,0
6 eller flere møter	1,5	2,1	0,0
Vet ikke	1,5	0,0	4,8
N	68	47	21

16. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på samarbeidsmøter med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester? Du kan inkludere alle former for samarbeidsmøter med andre tjenester (f.eks. hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste, NAV), og både fysiske møter så vel som telefon/video-møter. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen tid	4,4	6,4	0,0
1 – 29 minutter	20,6	23,4	14,3
30 – 59 minutter	30,9	21,3	52,4
60 – 89 minutter	23,5	25,5	19,1
90 – 119 minutter	10,3	12,8	4,8
2 timer eller mer	8,8	10,6	4,8
Vet ikke	1,5	0,0	4,8
N	68	47	21

Tenk på følgende definisjon om teamarbeid: *Et team kan generelt defineres som en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå.*

17. I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig tid til å lede et team som fungerer i tråd med ovennevnte definisjon? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	16,2	21,3	4,8
I liten grad	25,0	25,5	23,8
I noen grad	41,2	36,2	52,4
I stor grad	8,8	8,5	9,5
I svært stor grad	7,4	8,5	4,8
Vet ikke	1,5	0,0	4,8
N	68	47	21

18. I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å lede et team som fungerer i tråd med ovennevnte definisjon? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	6	8,5	0,0
I liten grad	17,9	19,1	15,0
I noen grad	32,8	31,9	35,0
I stor grad	31,3	27,7	40,0
I svært stor grad	10,4	12,8	5,0
Vet ikke	1,5	0,0	5,0
N	67	47	20

19. Hvordan opplever du at ledelsen av ditt primærhelseteam fungerer? Svaralternativer: Svært dårlig, dårlig, verken dårlig eller godt, godt, svært godt, vet ikke. Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	1,5	0,0	5,0
Verken dårlig eller godt	31,3	27,7	40,0
Godt	53,7	57,5	45,0
Svært godt	10,5	12,8	5,0
Vet ikke	3,0	2,1	5,0
N	67	47	20

20. Opplever du at det er noen form for kompetanse som mangler i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	28,8	26,1	35,0
Nei	40,1	45,7	30,0
Vet ikke	30,3	28,3	35,0
N	66	46	20

21. Hva slags kompetanse mangler? Fritekstsvar.

- Kompetanse innen psykologi/kognitiv terapi (8 personer svarte dette)
- Farmakologi
- Ernæringsfysiologi
- Kompetanse innen rus
- Kompetanse om KOLS
- Sosionomkompetanse
- Kompetanse innen samarbeid/teamledelse (3 personer svarte dette)

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personer som svarte «Ja» på spørsmål 19.

22. Har du øvrige kommentarer til teamledelse i primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvar er fjernet av hensyn til personvern.

Finansiering av primærhelseteam

23. I hvilken grad opplever du usikkerhet om legekontorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen usikkerhet	17,7	10,6	33,3
Liten usikkerhet	16,2	14,9	19,1
Noe usikkerhet	33,8	42,6	14,3
Stor usikkerhet	16,2	19,2	9,5
Vet ikke	16,2	12,8	23,8
N	68,0	47	21

Spørsmål 23, honorarmodellen:

Kjennetegn	Grad av usikkerhet					N	P-verdi*
	Ingen	Liten	Noe	Stor	Vet ikke		
Alle fastleger (m/honorarmodell)	10,6	14,9	42,6	19,1	12,8	47	
Kjønn							0,199
Kvinne	11,1	27,8	44,4	5,6	11,1	18	
Mann	10,3	6,9	41,4	27,6	13,8	29	
Alder							0,662
< 40 år	11,8	23,5	41,2	5,9	17,6	17	
40-59 år	12,5	12,5	41,7	25,0	8,3	24	
60 år eller eldre	0,0	0,0	50,0	33,3	16,7	6	
Listelengde							0,026
< 750	11,1	0,0	55,6	0,0	33,3	9	
750 – 1249	4,2	29,2	41,7	16,7	8,3	24	
1250 eller flere	21,4	0,0	35,7	35,7	7,1	14	

Note: Analyse av data fra spørreundersøkelsen til fastleger ved legekantor med honorarmodellen. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad opplever du usikkerhet om legekantorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekantor?». * Angir p-verdi ved bruk av Fishers eksakte test.

Spørsmål 23, driftstilskuddsmodellen:

Kjennetegn	Grad av usikkerhet					N	P-verdi*
	Ingen	Liten	Noe	Stor	Vet ikke		
Driftstilskuddsmodellen	33,3	19,1	14,3	9,5	23,8	21	
Kjønn**							0,795
Kvinne	40,0	30,0	10,0	0,0	20,0	10	
Mann	30,0	10,0	20,0	10,0	30,0	10	
Alder***							0,294
< 40 år	57,1	14,3	0	0	28,6	7	
40 år +	21,4	21,4	21,4	14,3	21,4	14	
Listelengde****							0,705
< 750	27,3	18,2	9,1	18,2	27,3	11	
750 +	40,0	20,0	20,0	0,0	20,0	10	

Note: Analyse av data fra spørreundersøkelsen til fastleger ved legekantor med driftstilskuddsmodellen. Spørsmålet i undersøkelsen var: «I hvilken grad opplever du usikkerhet om legekantorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekantor?». * Angir p-verdi ved bruk av Fishers eksakte test. ** En fastlege har ikke oppgitt kjønn. *** På grunn av få observasjoner i gruppen «60 år +» har vi av personvern hensyn valgt å slå denne gruppen sammen med gruppen «40 – 59 år» i denne tabellen. **** På grunn av få observasjoner i gruppen «1250 +» har vi av personvern hensyn valgt å slå denne gruppen sammen med gruppen «750 – 1249» i denne tabellen.

24. [Hvis spørsmål 17 = Stor usikkerhet] Du har svart at du opplever stor usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt fastlegekontor. Kan du utdype ditt svar? [fritekst]

Fritekstsvar er fjernet av hensyn til personvern.

25. Hvordan opplever du at din inntekt påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Jeg opplever at inntekten reduseres med mer enn 10%	4,4	4,3	4,8
Jeg opplever at inntekten reduseres noe, men med mindre enn 10%	11,8	14,9	4,8
Jeg opplever ingen endring i inntekt	51,5	46,8	61,9
Jeg opplever at inntekten øker noe, men med mindre enn 10%	10,3	10,6	9,5
Jeg opplever at inntekten øker med mer enn 10%	1,5	2,1	0,0
Vet ikke	20,6	21,3	19,1
N	68	47	21

Spørsmål 25, honorarmodellen:

Kjennetegn	Omfang av endring i inntekt						N	P-verdi*
	Reduseres, >10%	Reduseres, <10%	Ingen endring	Øker, <10%	Øker, >10%	Vet ikke		
Alle fastleger (m/honorarmodell)	4,3	14,9	46,8	10,6	2,1	21,3	47	
Kjønn								0,196
Kvinne	11,1	22,2	33,3	11,1	5,6	16,7	18	
Mann	0,0	10,3	55,2	10,3	0,0	24,1	29	
Alder								0,902
< 40 år	11,8	17,7	41,2	5,9	0,0	23,5	17	
40-59 år	0,0	12,5	50,0	12,5	4,1	20,8	24	
60 år eller eldre	0,0	16,7	50,0	16,7	0,0	16,7	6	
Listelengde								0,837
< 750	0,0	11,1	33,3	11,1	0,0	44,4	9	
750 – 1249	8,3	12,5	45,8	12,5	4,2	16,7	24	
1250 eller flere	0,0	21,4	57,1	7,1	0,0	14,3	14	

Note: Analyse av data fra spørreundersøkelsen til fastleger ved legekontor med honorarmodellen. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvordan opplever du at din inntekt påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam?». * Angir p-verdi ved bruk av Fishers eksakte test.

Spørsmål 25, driftstilskuddsmodellen:

Kjennetegn	Omfang av endring i inntekt						N	P-verdi*
	Reduseres, >10%	Reduseres, <10%	Ingen endring	Øker, <10%	Øker, >10%	Vet ikke		
Driftstilskuddsmodellen	4,8	4,8	71,4	9,5	0,0	19,1	21	
Kjønn**								0,274
Kvinne	0,0	0,0	50,0	20,0	0,0	30,0	10	
Mann	10,0	10,0	70,0	0,0	0,0	10,0	10	
Alder***								0,882
< 40 år	0,0	0,0	71,4	0,0	0,0	28,6	7	
40-59 år	7,1	7,1	57,1	14,3	0,0	14,3	14	
Listelengde****								0,071
< 750	0,0	0,0	63,6	9,1	0,0	27,3	11	
750 +	10,0	10,0	60,0	10,0	0,0	10,0	10	

Note: Analyse av data fra spørreundersøkelsen til fastleger ved legekantor med driftstilskuddsmodellen. Spørsmålet i undersøkelsen var: «Hvordan opplever du at din inntekt påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam?». * Angir p-verdi ved bruk av Fishers eksakte test. ** En fastlege har ikke oppgitt kjønn. *** På grunn av få observasjoner i gruppen «60 år +» har vi av personvern hensyn valgt å slå denne gruppen sammen med gruppen «40 – 59 år» i denne tabellen. **** På grunn av få observasjoner i gruppen «1250 +» har vi av personvern hensyn valgt å slå denne gruppen sammen med gruppen «750 – 1249» i denne tabellen.

Øvrige spørsmål om primærhelseteam

26. I hvilken grad har du brukt journalsystemet (f.eks. ved hjelp av tilleggsprogrammer som Medrave) til å identifisere egnede pasienter på din liste for primærhelseteam? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	22,4	23,4	20,0
I liten grad	16,4	17,0	15,0
I noen grad	35,8	31,9	45,0
I stor grad	10,5	10,6	10,0
I svært stor grad	7,5	10,6	0,0
Vet ikke	7,5	6,4	10,0
N	67	47	20

27. Hvor mange av dine listeinnbyggere har fått helsehjelp som har involvert sykepleier(e) i primærhelseteam siden forsøket startet ved ditt kontor? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
1 - 9 listeinnbyggere	7,4	10,6	0,0
10 - 24 listeinnbyggere	26,5	25,5	28,6
25 - 49 listeinnbyggere	25,0	19,2	38,1
50 - 74 listeinnbyggere	10,3	14,9	0,0
75 - 99 listeinnbyggere	5,9	6,4	4,8
100 - 124 listeinnbyggere	2,9	2,1	4,8
150 - 174 listeinnbyggere	5,9	8,5	0,0
175 - 199 listeinnbyggere	1,5	2,1	0,0
Flere enn 200 listeinnbyggere	5,9	6,4	4,8
Vet ikke	8,8	4,3	19,1
N	68	47	21

**28. Ta stilling til følgende påstander om pasienter som følges opp av primærhelseteam.
Primærhelseteam vil bidra til... Prosentvis svarfordeling.
Spørsmål 28, alle**

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	1,5	2,9	25,0	48,5	19,1	2,9	68
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	2,9	26,5	47,1	20,6	2,9	68
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	3,0	34,3	44,8	13,4	4,5	67
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	1,5	11,9	49,3	29,9	7,5	67
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	1,5	22,1	39,7	23,5	13,2	68
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørre")	1,5	16,4	20,9	37,3	20,9	3,0	67
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	4,4	19,1	57,4	17,6	1,5	68
Å frigjøre tid for fastleger	13,2	19,1	25,0	30,9	10,3	1,5	68
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	4,4	5,9	22,1	42,6	19,1	5,9	68
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	6,0	14,9	43,3	25,4	3,0	7,5	67
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	11,8	26,5	33,8	16,2	2,9	8,8	68
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	1,5	13,2	52,9	27,9	4,4	68
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	2,9	11,8	47,1	33,8	4,4	68

Spørsmål 28, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	2,1	4,3	21,3	48,9	21,3	2,1	47
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	4,3	25,5	44,7	23,4	2,1	47
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	2,2	34,8	47,8	13,0	2,2	46
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	8,7	54,3	30,4	6,5	46
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	23,4	38,3	27,7	10,6	47
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere")	2,2	19,6	23,9	28,3	21,7	4,3	46
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	6,4	21,3	48,9	21,3	2,1	47
Å frigjøre tid for fastleger	14,9	19,1	23,4	27,7	12,8	2,1	47
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	6,4	4,3	21,3	40,4	23,4	4,3	47
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	6,5	15,2	45,7	23,9	4,3	4,3	46
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	14,9	23,4	34,0	14,9	4,3	8,5	47
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	2,1	12,8	44,7	38,3	2,1	47
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	4,3	12,8	38,3	42,6	2,1	47

Spørsmål 28, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	33,3	47,6	14,3	4,8	21
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	28,6	52,4	14,3	4,8	21
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	4,8	33,3	38,1	14,3	9,5	21
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	4,8	19,0	38,1	28,6	9,5	21
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	4,8	19,0	42,9	14,3	19,0	21
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørre")	0,0	9,5	14,3	57,1	19,0	0,0	21
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	0,0	14,3	76,2	9,5	0,0	21
Å frigjøre tid for fastleger	9,5	19,0	28,6	38,1	4,8	0,0	21
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	9,5	23,8	47,6	9,5	9,5	21
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	4,8	14,3	38,1	28,6	0,0	14,3	21
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	4,8	33,3	33,3	19,0	0,0	9,5	21
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	14,3	71,4	4,8	9,5	21
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	9,5	66,7	14,3	9,5	21

29. Primærhelseteam forventes å vektlegge proaktivitet gjennom f.eks. et oppsøkende tjenestetilbud, ved aktiv oppfølging av pasienter med telefon eller digitale løsninger. I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam arbeider mer proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp? Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 29, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	4,4	20,6	51,5	10,3	5,9	7,4	68,0
Sykepleierne	0,0	0,0	38,2	38,2	19,1	4,4	68,0
Helsesekretærene	17,6	30,9	25,0	10,3	1,5	14,7	68,0

Spørsmål 29, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	4,3	21,3	44,7	12,8	8,5	8,5	47
Sykepleierne	0,0	0,0	40,4	29,8	25,5	4,3	47
Helsesekretærene	21,3	23,4	29,8	6,4	2,1	17,0	47

Spørsmål 29, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	4,8	19,0	66,7	4,8	0,0	4,8	21
Sykepleierne	0,0	0,0	33,3	57,1	4,8	4,8	21
Helsesekretærene	9,5	47,6	14,3	19,0	0,0	9,5	21

30. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvar er fjernet av hensyn til personvern.

10.2. Din bakgrunn og erfaring

I denne delen spør vi om din bakgrunn og erfaring. Merk at det kun er evaluator som vil ha tilgang til de indirekte personidentifiserbare opplysningene. Alle opplysninger blir anonymisert i de offentlige rapportene og i øvrig kommunikasjon med Helsedirektoratet og andre aktører.

31. Ved hvilket fastlegekontor jobber du?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

32. Hva er ditt kjønn? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Kvinne	41,8	38,3	50,0
Mann	58,2	61,7	50,0
N	67	47	20

33. Hva er din alder? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Yngre enn 30 år	7,4	8,5	4,8
30-39 år	27,9	27,7	28,6
40-49 år	35,3	27,7	52,4
50-59 år	16,2	23,4	0,0
60 år eller eldre	13,2	12,8	14,3
N	68	47	21

34. Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mindre enn 1 år	16,7	12,8	26,3
1 - 2 år	9,1	10,6	5,3
3 - 4 år	10,6	8,5	15,8
5 år eller mer	63,6	68,1	52,6
N	66,0	47	19

35. Hvor mange år har du jobbet som fastlege? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mindre enn 1 år	7,4	8,5	4,8
1-2 år	16,2	14,9	19,1
3-4 år	5,9	4,3	9,5
5-9 år	23,5	19,2	33,3
10 år eller mer	47,1	53,2	33,3
N	68	47	21

36. Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste per i dag? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds- modellen
Mindre enn 500	8,8	8,5	9,5
500 - 749	20,6	10,6	42,9
750 - 999	16,2	17,0	14,3
1000 - 1249	30,9	34,0	23,8
1250 - 1499	19,1	23,4	9,5
Flere enn 1500	4,4	6,4	0,0
N	68	47	21

37. Har du et bierverv av følgende typer? Flere svar mulig. Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds- modellen
Andre allmennlegeoppgaver i kommunen	55,9	53,2	61,9
Privatpraktiserende spesialist	2,9	2,1	4,8
Sykehuslege	1,5	2,1	0,0
Annet	25,0	27,7	19,1
Ingen biverv	23,5	21,3	28,6
N	68	47	21

38. Hva er din samlede stillingsprosent i ovennevnte bierverv? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds- modellen
0 - 4 %	2,0	2,8	0,0
5 - 9 %	6,0	8,3	0,0
10 - 14 %	20,0	25,0	7,1
15 - 19 %	6,0	5,6	7,1
20 - 24 %	38,0	38,9	35,7
25 - 29 %	0,0	0,0	0,0
30 - 34 %	2,0	0,0	7,1
35 - 39 %	0,0	0,0	0,0
40 - 44 %	2,0	0,0	7,1
45 - 49 %	4,0	5,6	0,0
50 - 54 %	8,0	2,8	21,4
55 - 59 %	2,0	2,8	0,0
60 - 64 %	4,0	2,8	7,1
65 - 69 %	0,0	0,0	0,0
70 - 74 %	2,0	2,8	0,0
75 - 79 %	2,0	0,0	7,1
80 - 84 %	2,0	2,8	0,0
N	50	36	14

Merknad: Dette spørsmålet ble kun stilt til personer som oppga at de hadde et biverv i spørsmål 36.

39. Omtrent hvor mange timer per uke arbeider du med kommunale allmennlege-oppgaver (ikke regn med legevakt)? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
1 time	5,3	4,0	7,7
3 timer	7,9	8,0	7,7
4 timer	18,4	24,0	7,7
5 timer	5,3	4,0	7,7
6 timer	2,6	4,0	7,7
7 timer	13,2	16,0	7,7
8 timer	7,9	8,0	0,0
13 timer	2,6	0,0	7,7
15 timer	5,3	4,0	7,7
18 timer	7,9	8,0	7,7
20 timer	5,3	4,0	7,7
25 timer	2,6	0,0	7,7
32 timer	5,3	0,0	15,4
40 timer	5,3	8,0	0,0
Mer enn 40 timer	5,3	8,0	0,0
N	38	25	13

Merknad: Dette spørsmålet ble kun stilt til personer som oppga at de hadde et biverv i spørsmål 36.

40. Hva er din samlede stillingsprosent ved legekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
25 - 29 %	1,7	2,4	0,0
30 - 34 %	0,0	0,0	0,0
35 - 39 %	0,0	0,0	0,0
40 - 44 %	1,7	2,4	0,0
45 - 49 %	0,0	0,0	0,0
50 - 54 %	6,7	7,3	5,3
55 - 59 %	0,0	0,0	0,0
60 - 64 %	5,0	4,9	5,3
65 - 69 %	0,0	0,0	0,0
70 - 74 %	0,0	0,0	0,0
75 - 79 %	3,3	2,4	5,3
80 - 84 %	13,3	9,8	21,1
85 - 89 %	0,0	0,0	0,0
90 - 94 %	3,3	4,9	0,0
95 - 100 %	65,0	65,9	63,2
N	60	41	19

41. Har du en vikar for å hjelpe deg med å betjene listen? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	11,8	14,9	4,8
Nei	88,2	85,1	95,2
N	68	47	21

42. Omtrent hvor mange timer per uke arbeider vikaren med å hjelpe deg? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
1 time	25,0	28,6	0,0
5 timer	12,5	14,3	0,0
8 timer	25,0	28,6	0,0
15 timer	12,5	0,0	100,0
16 timer	12,5	14,3	0,0
29 timer	12,5	14,3	0,0
N	8	7	1

Merknad: Dette spørsmålet ble kun stilt til personer som svarte «Ja» på spørsmål 40.

43. Er du leder for forsøket med primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	22,1	21,3	23,8
Nei	77,9	78,7	76,2
N	68	47	21

44. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvaret er fjernet av hensyn til personvern.

11. Appendiks C: Resultater fra spørreundersøkelsen til sykepleiere i PHT

11.1. Spørsmål om primærhelseteam

1. Er du ansatt som sykepleier i primærhelseteam?

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	83,3	86,4	78,6
Nei	16,7	13,4	21,4
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

Teamarbeid

I denne delen av undersøkelsen spør vi om hvordan dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekantor. I enkelte av spørsmålene spør vi om «primærhelseteam ved ditt legekantor», der vi undersøker primærhelseteam som organisasjonsform. I andre spørsmål spør vi om «ditt primærhelseteam» eller «det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)», der vi undersøker hvordan hvert enkelt primærhelseteam fungerer – det vil si hvordan fastlege, sykepleier og helsesekretær samarbeider om oppfølging av den enkelte pasient. Dersom du inngår i flere primærhelseteam (f.eks. med ulike fastleger) kan du svare på tvers av de enkelte primærhelseteamene som du inngår i.

Et team kan generelt defineres som en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå.

2. I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekantor? Svaralternativer: I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, vet ikke. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	5,6	9,1	0,0
I noen grad	38,9	31,8	50,0
I stor grad	38,9	45,5	28,6
I svært stor grad	16,7	13,6	21,4
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

3. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Hak av for alle relevante svaralternativer. Prosentvis svarfordeling.

		Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	72,2	72,7	71,4	
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	75,0	68,2	85,7	
En eller flere av øvrige sykepleiere	11,1	9,1	14,3	
Alle øvrige sykepleiere	25,0	27,3	21,4	
En eller flere av fastlegene	38,9	45,5	28,6	
Alle fastlegene	61,1	54,5	71,4	
En eller flere av helsesekretærene	30,6	36,4	21,4	
Alle helsesekretærene	41,7	45,5	35,7	
En eller flere av annet personell	5,6	0	14,3	
Pasienten	63,9	50	85,7	
Vet ikke	0,0	0,0	0,0	
N	36	22	14	

4. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Hak av for alle relevante svaralternativer.* Prosentvis svarfordeling.

		Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	72,2	72,7	71,4	
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	75,0	68,2	85,7	
En eller flere av øvrige sykepleiere	11,1	9,1	14,3	
Alle øvrige sykepleiere	25,0	27,3	21,4	
En eller flere av fastlegene	38,9	45,5	28,6	
Alle fastlegene	61,1	54,5	71,4	
En eller flere av helsesekretærene	30,6	36,4	21,4	
Alle helsesekretærene	41,7	45,5	35,7	
En eller flere av annet personell	5,6	0,0	14,3	
Pasienten	63,9	50,0	85,7	
Vet ikke	0,0	0,0	0,0	
N	36	22	14	

*I denne tabellen har vi kodet om svarene slik at overlappende svar er tatt ut. Dersom noen har svart både «En eller flere av fastlegene» og «Alle fastlegene», har vi derfor tatt ut svaret «En eller flere av fastlegene».

5. I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

Svaralternativer: I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, vet ikke.

- Enighet om oppgaver
- Enighet om arbeidsdeling
- Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet

Spørsmål 5, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	33,3	55,6	11,1	0,0	36
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	34,3	54,3	11,4	0,0	35
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	0,0	0,0	30,6	44,4	19,4	5,6	36

Spørsmål 5, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	27,3	54,5	18,2	0,0	22
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	27,3	54,5	18,2	0,0	22
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	0,0	0,0	22,7	50,0	22,7	4,5	22

Spørsmål 5, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	42,9	57,1	0,0	0,0	14
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	46,2	53,8	0,0	0,0	13
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	0,0	0,0	42,9	35,7	14,3	7,1	14

6. I hvilken grad opplever du at sykepleier og fastlege i primærhelseteam ved ditt legekantor oppfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	2,8	4,5	0,0
I noen grad	22,2	13,6	35,7
I stor grad	47,2	50,0	42,9
I svært stor grad	27,8	31,8	21,4
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

7. Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom deg og fastlege i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i). 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. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 7, alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	0,0	2,8	38,9	58,3	0,0	36
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	2,8	13,9	83,3	0,0	36
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	5,6	30,6	38,9	25,0	0,0	36
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	2,9	2,9	48,6	45,7	0,0	35
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	5,6	38,9	22,2	33,3	0,0	36
Økt effektivitet	0,0	2,8	22,2	38,9	36,1	0,0	36

Spørsmål 7, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	36,4	63,6	0,0	22
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	13,6	86,4	0,0	22
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	0,0	27,3	50,0	22,7	0,0	22
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	4,5	0,0	45,5	50,0	0,0	22
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	4,5	31,8	31,8	31,8	0,0	22
Økt effektivitet	0,0	0,0	13,6	50,0	36,4	0,0	22

Spørsmål 7, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	0,0	7,1	42,9	50,0	0,0	14
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	7,1	14,3	78,6	0,0	14
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	14,3	35,7	21,4	28,6	0,0	14
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	7,7	53,8	38,5	0,0	13
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	7,1	50,0	7,1	35,7	0,0	14
Økt effektivitet	0,0	7,1	35,7	21,4	35,7	0,0	14

8. 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. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv	5,7	0,0	15,4
Jeg utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver	82,9	86,4	76,9
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	11,4	13,6	7,7
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

9. I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Svaralternativer: I svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, vet ikke. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	13,9	9,1	21,4
I noen grad	33,3	36,4	28,6
I stor grad	30,6	31,8	28,6
I svært stor grad	22,2	22,7	21,4
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

10. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor fungerer? Svaralternativer: Svært dårlig, dårlig, verken dårlig eller godt, godt, svært godt, vet ikke. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	2,8	4,55	0,0
Verken dårlig eller godt	19,4	13,6	28,6
Godt	41,7	40,91	42,9
Svært godt	36,1	40,9	28,6
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

11. Hvor mange møter har du i gjennomsnitt per uke med fastlege/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Dette kan f.eks. være møter hvor dere diskutere pasientcase, arbeidsmetoder, felles mål og tilnærming til pasienter, samt møter for å bli kjent med hverandres styrker og svakheter. Se bort fra eventuelle korte samtaler som skjer i forbindelse med pasientkonsultasjoner. Svaralternativer: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 eller flere. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen møter	5,7	4,6	7,7
Mindre enn 1 møte i gjennomsnitt per uke (dvs. 1-3 møter per mnd.)	51,4	59,1	38,5
1 møte	22,9	18,2	30,8
2 møter	2,9	4,6	0,0
3 møter	5,7	4,6	7,7
4 møter	5,7	4,6	7,7
5 møter	2,9	4,6	7,7
6 eller flere møter	2,9	4,6	0,0
N	36	22	14

12. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter med fastlege/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Dette kan f.eks. være møter hvor dere diskutere pasientcase, arbeidsmetoder, felles mål og tilnærming til pasienter, samt møter for å bli kjent med hverandres styrker og svakheter. Se bort fra eventuelle korte samtaler som skjer i løpet av pasientkonsultasjoner. Svaralternativer: 0-29 minutter, 30-59 minutter, 60-89 minutter, 90-119 minutter, 2 timer eller mer. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen tid	11,4	4,55	23,1
1 – 29 minutter	40,0	45,45	30,8
30 – 59 minutter	31,4	31,82	30,8
60 – 89 minutter	8,6	13,64	0,0
90 – 119 minutter	2,9	4,55	0,0
2 timer eller mer	5,7	0,0	15,4
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	35	22	13

13. Hvor mange samarbeidsmøter har du i gjennomsnitt per uke med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester? Du kan inkludere alle former for samarbeidsmøter med andre tjenester (f.eks. hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste, NAV), og både fysiske møter så vel som telefon/video-møter. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen møter	17,1	9,1	30,8
Mindre enn 1 møte i gjennomsnitt per uke (dvs. 1-3 møter per mnd.)	57,1	63,6	46,2
1 møte	11,4	9,1	15,4
2 møter	2,9	4,6	0,0
3 møter	5,7	9,1	0,0
4 møter	5,7	4,6	7,7
5 møter	0,0	0,0	0,0
6 eller flere møter	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	35	22	13

14. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på samarbeidsmøter med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester? Du kan inkludere alle former for samarbeidsmøter med andre tjenester (f.eks. hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste, NAV), og både fysiske møter så vel som telefon/video-møter. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen tid	17,1	4,6	38,5
1 – 29 minutter	60,0	68,2	46,2
30 – 59 minutter	14,3	18,2	7,7
60 – 89 minutter	5,7	9,1	0,0
90 – 119 minutter	2,9	0,0	7,7
2 timer eller mer	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	35	22	13

15. Opplever du at det er noen form for kompetanse som mangler i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)? *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	38,9	40,9	35,7
Nei	61,1	59,1	64,3
N	36	22	14

16. Hva slags kompetanse mangler? [fritekst]

Noen av tilbakemeldingene vi fikk var:

- Psykiatrisk sykepleier (4 svarte dette)
- Psykolog
- Sykepleier med videreutdanning relatert til de ulike pasientgruppene (diabetes, lunge/KOLS, geriatri)
- Kompetanse innen teknikker for hjelp til selvhjelp
- Ledelseskompetanse

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personer som svarte «Ja» på spørsmål 19.

**17. Hvordan opplever du at ledelsen av det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) fungerer?
Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds- modellen
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	2,8	4,6	0,0
Verken dårlig eller godt	11,1	0,0	28,6
Godt	69,4	77,3	57,1
Svært godt	16,7	18,2	14,3
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	36	22	14

18. Har du øvrige kommentarer til teamarbeid i primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvaret er fjernet av personvern hensyn.

Øvrige spørsmål om primærhelseteam

19. Ta stilling til følgende påstander om pasienter som følges opp av primærhelseteam. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 18, alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	8,3	61,1	30,6	0,0	36
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	13,9	50,0	36,1	0,0	36
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	30,6	44,4	25,0	0,0	36
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	2,8	55,6	41,7	0,0	36
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	22,9	45,7	31,4	0,0	35
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørreere")	0,0	2,8	13,9	47,2	36,1	0,0	36
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	0,0	13,9	66,7	19,4	0,0	36
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	8,3	33,3	47,2	11,1	0,0	36
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	0,0	19,4	61,1	19,4	0,0	36
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	5,6	44,4	44,4	5,6	0,0	36
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	2,8	8,3	63,9	19,4	5,6	0,0	36
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	2,9	11,4	57,1	28,6	0,0	35
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	2,8	5,6	61,1	30,6	0,0	36

Spørsmål 18, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	9,1	54,5	36,4	0,0	22
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	9,1	50,0	40,9	0,0	22
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	36,4	40,9	22,7	0,0	22
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	59,1	40,9	0,0	22
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	18,2	40,9	40,9	0,0	22
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere")	0,0	4,5	13,6	40,9	40,9	0,0	22
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	0,0	18,2	59,1	22,7	0,0	22
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	9,1	22,7	54,5	13,6	0,0	22
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	0,0	9,1	72,7	18,2	0,0	22
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	4,5	36,4	50,0	9,1	0,0	22
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	4,5	4,5	63,6	18,2	9,1	0,0	22
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	9,1	63,6	27,3	0,0	22
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	0,0	63,6	36,4	0,0	22

Spørsmål 18, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	7,1	71,4	21,4	0,0	14
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	21,4	50,0	28,6	0,0	14
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	21,4	50,0	28,6	0,0	14
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	7,1	50,0	42,9	0,0	14
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	30,8	53,8	15,4	0,0	13
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørre")	0,0	0,0	14,3	57,1	28,6	0,0	14
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	0,0	7,1	78,6	14,3	0,0	14
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	7,1	50,0	35,7	7,1	0,0	14
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	0,0	35,7	42,9	21,4	0,0	14
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	7,1	57,1	35,7	0,0	0,0	14
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	0,0	14,3	64,3	21,4	0,0	0,0	14
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	7,7	15,4	46,2	30,8	0,0	13
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	7,1	14,3	57,1	21,4	0,0	14

20. Primærhelseteam forventes å vektlegge proaktivitet f.eks. gjennom et oppsøkende tjenestetilbud, f.eks. ved aktiv oppfølging av pasienter med telefon eller digitale løsninger. I hvilken grad opplever du at du jobber proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	0,0	0,0	0,0
I liten grad	8,3	4,6	14,3
I noen grad	52,8	54,6	50,0
I stor grad	25,0	31,8	14,3
I svært stor grad	5,6	9,1	0,0
Vet ikke	8,3	0,0	21,4
N	36	22	14

21. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvar er fjernet av personvernansyn.

11.2. Bakgrunn og erfaring

I denne delen spør vi om din bakgrunn og erfaring. Merk at det kun er evaluator som vil ha tilgang til de indirekte personidentifiserbare opplysningene. Alle opplysninger blir anonymisert i de offentlige rapportene og i øvrig kommunikasjon med Helsedirektoratet og andre aktører.

22. Ved hvilket fastlegekontor er du ansatt?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernansyn.

23. Hva er ditt kjønn? Prosentvis svarfordeling.

	Alle
Mann	11,1
Kvinne	89,9
N	36

24. Hva er din alder? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Yngre enn 30 år	11,4	4,6	23,1
30-39 år	37,1	45,5	23,1
40-49 år	34,3	27,3	46,2
50-59 år	11,4	18,2	0,0
60 år eller eldre	5,7	4,6	7,7
N	35	22	13

25. Hva er din høyeste fullførte utdanning? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds- modellen
Bachelor i sykepleie	58,3	59,1	57,1
Mastergrad	8,3	9,1	7,1
Videreutdanning/spesialisering	33,3	31,8	35,7
N	36	22	14

26. Hva er din spesialisering/fordypning? Flere kryss er mulig. Prosentvis svarfordeling.

	Alle
Geriatrisk sykepleie	5,3
Avansert geriatrisk sykepleie	5,3
Diabetessykepleie	10,5
Intensivsykepleie	5,3
Kreftsykepleie	5,3
Operasjonssykepleie	5,3
Palliativ sykepleie	5,3
Psykiatrisk sykepleie	15,8
Annen spesialisering/fordypning	42,1
N	19

27. Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mindre enn 1 år	30,6	31,8	28,6
1-2 år	27,8	40,9	7,1
3-4 år	8,3	9,1	7,1
5 år eller mer	33,3	18,2	57,1
N	36	22	14

28. Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
0 – 9 %	0,0	0,0	0,0
10 – 19 %	0,0	0,0	0,0
20 – 29 %	0,0	0,0	0,0
30 – 39 %	0,0	0,0	0,0
40 – 49 %	9,4	0,0	23,1
50 – 59 %	3,1	0,0	7,7
60 – 69 %	3,1	0,0	7,7
70 – 79 %	3,1	0,0	7,7
80 – 89 %	21,9	26,3	15,4
90 – 100 %	59,4	73,7	38,5
N	32	19	13

29. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

12. Appendiks D: Resultater fra spørreundersøkelsen til helsesekretærer i PHT

12.1. Spørsmål om primærhelseteam

Teamarbeid

I denne delen av undersøkelsen spør vi om hvordan dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor. I enkelte av spørsmålene spør vi om «primærhelseteam ved ditt legekontor», der vi undersøker primærhelseteam som organisasjonsform. I andre spørsmål spør vi om «ditt primærhelseteam» eller «det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)», der vi undersøker hvordan hvert enkelt primærhelseteam fungerer – det vil si hvordan fastlege, sykepleier og helsesekretær samarbeider om oppfølging av den enkelte pasient. Dersom du inngår i flere primærhelseteam (f.eks. med ulike fastleger) kan du svare på tvers av de enkelte primærhelseteamene som du inngår i.

Et team kan generelt defineres som en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå.

1. I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	2,7	0,0	10,0
I liten grad	5,4	3,7	10,0
I noen grad	40,5	44,4	30,0
I stor grad	37,8	40,7	30,0
I svært stor grad	13,5	11,1	20,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	37	27	10

2. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Hak av for alle relevante svaralternativer. Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	13,5	14,8	10,0
En eller flere av de øvrige helsesekretærene	32,4	37,0	20,0
Alle helsesekretærene	29,7	29,6	30,0
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	75,7	70,4	90,0
En eller flere av øvrige sykepleiere	21,6	22,2	20,0
Alle sykepleiere	16,2	18,5	10,0
En eller flere av fastlegene	27,0	18,5	50,0
Alle fastlegene	48,6	55,6	30,0
En eller flere av annet personell	10,8	7,4	20,0
Pasienten	37,8	40,7	30,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	37	27	10

3. Hvem oppfatter du har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Hak av for alle relevante svaralternativer.* Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Meg selv	13,5	14,8	10,0
En eller flere av de øvrige helsesekretærene	27,0	29,6	20,0
Alle helsesekretærene	29,7	29,6	30,0
Sykepleiere som spesifikt er ansatt i primærhelseteam	70,3	66,7	80,0
En eller flere av øvrige sykepleierne	18,9	18,5	20,0
Alle sykepleiere	16,2	18,5	10,0
En eller flere av fastlegene	27,0	18,5	50,0
Alle fastlegene	48,6	55,6	30,0
En eller flere av annet personell	10,8	7,4	20,0
Pasienten	37,8	40,7	30,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	37	27	10

*I denne tabellen har vi kodet om svarene slik at overlappende svar er tatt ut. Dersom noen har svart både «En eller flere av fastlegene» og «Alle fastlegene», har vi derfor tatt ut svaret «En eller flere av fastlegene».

4. I hvilken grad opplever du følgende i arbeidet som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 4, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0	2,9	42,9	40	14,3	0	35
Enighet om arbeidsdeling	0	0	40,5	43,2	13,5	2,7	36
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	5,7	5,7	31,4	45,7	5,7	5,7	35

Spørsmål 4, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	0,0	46,2	50,0	3,8	0,0	26
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	37,0	51,9	7,4	3,7	27
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	3,9	7,7	30,8	50,0	0,0	7,7	2

Spørsmål 4, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Enighet om oppgaver	0,0	11,1	33,3	11,1	44,4	0,0	9
Enighet om arbeidsdeling	0,0	0,0	50,0	20,0	30,0	0,0	10
Enighet om fordeling av beslutningsmyndighet	11,1	0,0	33,3	33,3	22,2	0,0	9

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

	Alle	Honorar-modellen	Driftstilskuddsmodellen
Jeg arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen	48,7	51,9	40,0
Jeg har mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen	5,4	7,4	0,0
Jeg arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver	32,4	29,6	40,0
Jeg arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver	10,8	11,1	10,0
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	2,7	0,0	10,0
N	37	27	10

6. Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom deg og sykepleier i det enkelte primærhelseteam. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 6, alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	2,9	14,3	17,1	65,7	0,0	35
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	11,1	25,0	63,9	0,0	36
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	9,1	48,5	21,2	18,2	3,0	33
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	2,9	8,8	41,2	47,1	0,0	34
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	14,3	42,9	11,4	28,6	2,9	35
Økt effektivitet	0,0	11,4	20,0	40,0	28,6	0,0	35

Spørsmål 6, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	3,8	19,2	11,5	65,4	0,0	26
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	11,5	26,9	61,5	0,0	26
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	12,5	50,0	16,7	16,7	4,2	24
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	8,0	44,0	48,0	0,0	25
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	16,0	40,0	16,0	24,0	4,0	25
Økt effektivitet	0,0	12,0	16,0	44,0	28,0	0,0	25

Spørsmål 5, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Bedre behandling av enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	0,0	9
Bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	0,0	10,0	20,0	70,0	0,0	10
Bedre relasjoner mellom de ansatte på legekantoret	0,0	0,0	44,4	33,3	22,2	0,0	9
Mer kompetanse som brukes til bedre oppfølging av enkeltpasienter	0,0	11,1	11,1	33,3	44,4	0,0	9
Økt trivsel blant de ansatte på legekantoret	0,0	10,0	50,0	0,0	40,0	0,0	10
Økt effektivitet	0,0	10,0	30,0	30,0	30,0	0,0	10

7. I hvilken grad opplever du at helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekantore utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorar-modellen	Driftstilskuddsmodellen
I svært liten grad	2,7	3,7	0,0
I liten grad	10,8	7,4	20,0
I noen grad	37,8	44,4	20,0
I stor grad	35,1	33,3	40,0
I svært stor grad	13,5	11,1	20,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	37	27	10

8. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekantor fungerer? Svaralternativer: Svært dårlig, dårlig, verken dårlig eller godt, godt, svært godt, vet ikke. *Prosentvis svarfordeling.*

	Alle	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	0,0	0,0	0,0
Verken dårlig eller godt	16,22	18,5	10,0
Godt	48,7	48,2	50,0
Svært godt	35,1	33,3	40,0
Vet ikke	0,0	0,0	0,0
N	37	27	10

9. Hvor mange møter har du i gjennomsnitt per uke med sykepleier/fastlege hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskudds-modellen
Ingen møter	48,7	51,9	40,0
Mindre enn 1 møte i gjennomsnitt per uke (dvs. 1-3 møter per mnd.)	40,5	37,0	50,0
1 møte	0,0	0,0	0,0
2 møter	5,4	3,7	10,0
3 møter	2,7	3,7	0,0
4 møter	0,0	0,0	0,0
5 møter	0,0	0,0	0,0
6 eller flere møter	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	2,7	3,7	0,0
N	37	27	10

10. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter med sykepleier/fastlege hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Dette kan f.eks. være møter hvor dere diskutere pasientcase, arbeidsmetoder, felles mål og tilnærming til pasienter, samt møter for å bli kjent med hverandres styrker og svakheter. Se bort fra eventuelle korte samtaler som skjer i løpet av pasientkonsultasjoner. **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ingen tid	52,8	53,9	50,0
1 – 29 minutter	33,3	34,6	30,0
30 – 59 minutter	5,6	3,9	10,0
60 – 89 minutter	5,6	7,7	0,0
90 – 119 minutter	0,0	0,0	0,0
2 timer eller mer	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	2,8	0,0	10,0
N	36	26	10

11. Opplever du at det er noen form for kompetanse som mangler i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i)? **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Ja	16,2	14,8	20,0
Nei	32,4	40,7	10,0
Vet ikke	51,4	44,4	70,0
N	37	27	10

12. Hva slags kompetanse mangler? [fritekst]

Fritekstsvarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personer som svarte «Ja» på spørsmål 10.

13. Hvordan opplever du at ledelse av det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) fungerer? **Prosentvis svarfordeling.**

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Svært dårlig	0,0	0,0	0,0
Dårlig	5,4	3,7	10,0
Verken dårlig eller godt	21,6	25,9	10,0
Godt	40,5	40,7	40,0
Svært godt	27,0	22,2	40,0
Vet ikke	5,4	7,4	0,0
N	37	27	10

14. Har du øvrige kommentarer til samarbeid i primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

Øvrige spørsmål om primærhelseteam

15. Ta stilling til følgende påstander om pasienter som følges opp av primærhelseteam ved ditt legekantor. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 14, alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	13,5	62,2	18,9	5,4	37
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	13,5	59,5	18,9	8,1	37
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	21,6	54,1	13,5	10,8	37
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	21,6	51,4	24,3	2,7	37
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	2,8	25,0	47,2	16,7	8,3	36
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere")	0,0	2,7	24,3	40,5	27,0	5,4	37
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	2,8	25,0	50,0	16,7	5,6	36
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	2,9	20,6	38,2	29,4	8,8	34
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	2,8	5,6	30,6	36,1	16,7	8,3	36
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	2,8	11,1	30,6	30,6	11,1	13,9	36
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	5,4	29,7	35,1	21,6	5,4	2,7	37
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	5,4	18,9	54,1	18,9	2,7	37
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	2,7	13,5	54,1	27,0	2,7	37

Spørsmål 14, honorarmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	18,5	63,0	11,1	7,4	27
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	18,5	59,3	14,8	7,4	27
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	29,6	48,1	11,1	11,1	27
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	25,9	48,1	22,2	3,7	27
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	30,8	46,2	19,2	3,8	26
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere")	0,0	3,7	25,9	44,4	22,2	3,7	27
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	3,7	25,9	51,9	11,1	7,4	27
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	3,8	15,4	38,5	30,8	11,5	26
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	3,7	33,3	40,7	11,1	11,1	27
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	11,1	33,3	29,6	7,4	18,5	27
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	3,7	33,3	37,0	22,2	0,0	3,7	27
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	3,7	18,5	63,0	11,1	3,7	27
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	3,7	11,1	66,7	14,8	3,7	27

Spørsmål 14, driftstilskuddsmodellen

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Svært enig	Vet ikke	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	0,0	60,0	40,0	0,0	10
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	60,0	30,0	10,0	10
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	70,0	20,0	10,0	10
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	10,0	60,0	30,0	0,0	10
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	10,0	10,0	50,0	10,0	20,0	10
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørre")	0,0	0,0	20,0	30,0	40,0	10,0	10
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret	0,0	0,0	22,2	44,4	33,3	0,0	9
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	0,0	37,5	37,5	25,0	0,0	8
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	11,1	11,1	22,2	22,2	33,3	0,0	9
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	11,1	11,1	22,2	33,3	22,2	0,0	9
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	10,0	20,0	30,0	20,0	20,0	0,0	10
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	10,0	20,0	30,0	40,0	0,0	10
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	20,0	20,0	60,0	0,0	10

16. Primærhelseteam forventes å vektlegge proaktivitet gjennom f.eks. et oppsøkende tjenestetilbud, ved aktiv oppfølging av pasienter med telefon eller digitale løsninger. I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam arbeider mer proaktivt med pasienter/brukere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp? Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål 15, alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	13,9	38,9	22,2	5,6	19,4	36
Sykepleierne	0,0	2,7	24,3	27,0	27,0	18,9	37
Helsesekretærene	13,9	27,8	27,8	11,1	5,6	13,9	36

Spørsmål 15, honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	7,7	42,3	23,1	3,8	23,1	26
Sykepleierne	0,0	0,0	25,9	33,3	18,5	22,2	27
Helsesekretærene	11,5	26,9	26,9	7,7	7,7	19,2	26

Spørsmål 15, driftstilskuddsmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	30,0	30,0	20,0	10,0	10,0	10
Sykepleierne	0,0	10,0	20,0	10,0	50,0	10,0	10
Helsesekretærene	20,0	30,0	30,0	20,0	0,0	0,0	10

17. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam? [fritekst]

Fritekstsvarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

12.2. Bakgrunn og erfaring

I denne delen spør vi om din bakgrunn og erfaring. Merk at det kun er evaluatør som vil ha tilgang til de indirekte personidentifiserbare opplysningene. Alle opplysninger blir anonymisert i de offentlige rapportene og i øvrig kommunikasjon med Helsedirektoratet og andre aktører.

18. Ved hvilket fastlegekontor er du ansatt?

Svarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

19. Hva er ditt kjønn? Prosentvis svarfordeling.

	Alle
Mann	0,0
Kvinne	100,0
N	35

20. Hva er din alder? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Yngre enn 30 år	5,7	4,0	10,0
30-39 år	8,6	4,0	20,0
40-49 år	34,3	36,0	30,0
50-59 år	25,7	32,0	10,0
60 år eller eldre	25,7	24,0	30,0
N	35	25	10

21. Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Mindre enn 1 år	0,0	0,0	0,0
1-2 år	5,7	0,0	22,2
3-4 år	22,9	11,5	55,6
5 år eller mer	71,4	88,5	22,2
N	35	26	9

22. Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? Prosentvis svarfordeling.

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
0 – 9 %	0,0	0,0	0,0
10 – 19 %	0,0	0,0	0,0
20 – 29 %	0,0	0,0	0,0
30 – 39 %	0,0	0,0	0,0
40 – 49 %	2,8	0,0	10,0
50 – 59 %	5,6	3,9	10,0
60 – 69 %	5,6	3,9	10,0
70 – 79 %	13,9	11,5	20,0
80 – 89 %	16,7	11,5	30,0
90 – 100 %	55,6	69,2	20,0
N	36	26	10

23. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvarene er ikke oppgitt av personvern hensyn.

13. Appendiks E: Legekantor i forsøket

Tabell 13-1: Oversikt over legekantorene i forsøket.

Kommune	Praksis	Oppstart PHT	Finansieringsmodell	Eieform
Austevoll	Austevoll Legesenter	01.09.18	Driftstilskudd	Kommunal
Eid kommune	Eid Legekantor	01.06.18	Honorar	Privat
Flora kommune	Legegruppa SMS	01.04.18	Honorar	Privat
Hå kommune	Nærbø helsesenter	01.09.18	Honorar	Kommunal
Kristiansand kommune	Sørlandsparken legesenter	01.04.18	Honorar	Privat
Oslo/ bydel Alna	Brynklinikken Fastlegesenter	07.08.18	Driftstilskudd	Privat
Oslo/ bydel Alna	Gransdalen legesenter	01.05.18	Honorar	Privat
Oslo/bydel Nordstrand	Best Helse	01.10.18	Honorar	Privat
Oslo/bydel Sagene	Sagene Lokalmedisinske Senter	01.04.18	Driftstilskudd	Kommunal
Rana kommune	Rana lokalmedisinske senter	01.04.18	Driftstilskudd	Kommunal
Ringsaker kommune	Brumunddal legesenter	01.04.18	Honorar	Privat
Ringsaker kommune	Herredshuset legesenter	01.04.18	Honorar	Privat
Seljord kommune	Seljord Helsesenter	01.04.18	Driftstilskudd	Kommunal

oslo**economics**

UiO  **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet

 NASJONALT
SENTER FOR
DISTRIKTS
MEDISIN