



# Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

*Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*

*Institutt for helse og samfunn, UiO*

*Oslo Economics*

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet*

## Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

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

## Oslo Economics

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

## Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

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

*Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger*

*Prosjektleder: Tor Iversen, UiO:*

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

*Foto/illustrasjon: Essentials collection (iStockphoto.com)*

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>6</b>
<b>Kort oppsummert</b>	<b>7</b>
<b>Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>8</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>17</b>
1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT)	17
1.2 Evalueringsoppdraget	18
1.3 Funn fra statusrapport I	18
1.4 Funn fra statusrapport II	19
1.5 Funn fra statusrapport III	20
1.6 Om sluttrapporten for 2018-2021 (statusrapport IV)	21
<b>2. Data og metode</b>	<b>22</b>
2.1 Studier med registerdata	22
2.2 Studier med data fra Medrave	24
2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved fastlegekontor	25
2.4 Intervjustudier	26
2.5 Samfunnsøkonomisk analyse	28
2.6 Dokumentstudier	30
2.7 Oppsummering og konklusjon	30
<b>3. Betydningen av koronapandemien</b>	<b>31</b>
3.1 Intervjuundersøkelsen: Mye pandemihåndtering – lite PHT-utvikling	31
3.2 Koronapandemien og spørreundersøkelsen	32
3.3 Spor av koronapandemien i registerdata	33
3.4 Andre innspill om pandemivirkninger	36
3.5 Oppsummering og konklusjon	36
<b>4. Kjennetegn ved legekantorene i forsøket</b>	<b>37</b>
4.1 Inklusjonen i forsøket	37
4.2 Eierskap og valg av finansieringsmodell	38
4.3 Legekontorstørrelse og helsepersonell	39
4.4 Er sykepleier på legekantoret noe nytt?	39
4.5 Viktige evalueringsutfordringer knyttet til seleksjonen av legekantor	40
4.6 Listeinnbyggerne i forsøket	41
4.7 Utvikling i listeinnbyggerpopulasjonen	42
4.8 Oppsummering og konklusjon	44
<b>5. Erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekantor i forsøket</b>	<b>45</b>
5.1 Teamarbeid på legekantoret	45
5.2 Teamledelse	49

5.3 Proaktivitet – forebygging og oppsøkende virksomhet	51
5.4 Arbeidstilfredshet	54
5.5 Turnover	58
5.6 Samhandling med andre tjenester	62
5.7 PHT og samarbeid med andre kommunale helsetjenester	63
5.8 PHT og samarbeid med spesialisthelsetjenesten	67
5.9 PHT og forsøket med tverrfaglig oppfølgingsteam	68
5.10 Vurdering av gevinster av PHT for pasientene	69
5.11 Oppsummering og konklusjon	71
<b>6. Erfaringer med PHT i øvrig helse- og omsorgstjeneste</b>	<b>73</b>
6.1 Hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus	74
6.2 Spesialisthelsetjenesten	82
6.3 PHT og digital hjemmeoppfølging	83
6.4 Oppsummering og konklusjon	84
<b>7. Kjennetegn ved pasienter som får oppfølging fra PHT</b>	<b>85</b>
7.1 Målgruppene for PHT	85
7.2 Pasienter som får oppfølging fra PHT	85
7.3 Oppsummering og konklusjon	90
<b>8. Variasjon i sammensetning av lege- og sykepleiertakster i honorarmodellen</b>	<b>91</b>
8.1 Variasjonen i takster	91
8.2 Oppsummering og konklusjon	96
<b>9. Konsekvenser for pasienter i PHT</b>	<b>97</b>
9.1 Konsekvenser belyst med registerdata	97
9.2 Konsekvenser belyst med data fra Medrave	116
9.3 Oppsummering og konklusjon	118
<b>10. Samfunnsøkonomisk analyse</b>	<b>120</b>
10.1 Utdfordringer og behov	120
10.2 Beskrivelse av tiltaket med PHT	123
10.3 Verdikjede – hvordan oppstår virkningene?	124
10.4 Særlige problemstillinger knyttet til å belyse samfunnsverdien av PHT	133
10.5 Hvordan kan landets legekantor ta i bruk PHT?	134
10.6 Sykepleierressursen i PHT	136
10.7 Helsesekretærressursen i PHT	139
10.8 Finansiering av PHT	139
10.9 Effekter	145
10.10 Oppsummering av samfunnsverdien av PHT	153
10.11 Fordelingsvirkninger	159
10.12 Samlet vurdering	161

<b>11. Diskusjon og avslutning</b>	<b>164</b>
11.1 Foreløpig vurdering av effektmåloppnåelse	164
<b>12. Referanser</b>	<b>169</b>

## Forord

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

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

En gruppe fagekspertter ved UiO (Jan Frich, Morten Magelssen, Nina Vøllestad og Erik Lønnmark Werner) og UiT (Peder A. Halvorsen) har stått til disposisjon for å yte bidrag i form av innspill og forslag samt korrigeringer underveis i arbeidet.

Vi vil takke Medrave og spesielt Svein Gjelstad for velvillighet og arbeid med å tilrettelegge data i den delen av evalueringen som bruker anonymiserte data fra fastlegenes elektroniske journaler.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju. En særlig takk går til de som med stor velvilje, har hjulpet oss med å gjøre intervjuavtaler. Vi vil også takke alle ved legekantorene i forsøket 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. (2022) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV).

Oslo og Tromsø, januar 2022

## Kort oppsummert

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

For å finne ut om PHT, med mer systematisk oppfølging av målgruppen, gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen, ble forsøk med PHT startet 1. april 2018 på 13 legekantor, mens fire nye legekantor kom til fra 2020. Forsøket prøver ut to ulike finansieringsmodeller; 12 av legekantorene har valgt honorarmodellen og fem har valgt driftstilskuddsmodellen. Evalueringen bygger på analyser av data fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuundersøkelser og dokumenter. Denne rapporten beskriver resultater for perioden 2018 – 2021. Effektmålene for forsøket er:

- bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere med oppfølging av PHT
- økt pasient- og brukertilfredshet
- bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen
- 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

PHT har påvirket arbeidsformen på legekantorene med større vektlegging av ledelse, tverrfaglighet og proaktivitet, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene. PHT har også påvirket arbeidsformen i møte med pasienter ved blant annet å tilby sykepleierkonsultasjoner, flere årskontroller og hjemmebesøk.

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

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

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

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

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

## Sammendrag og konklusjoner

*Primærhelseteam (PHT) i fastlegekontor består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest, blant annet i form av en mer systematisk oppfølging. Forsøket med PHT omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Det er 17 legekontor som inngår i PHT-forsøket. Sluttrapport 2018 – 2021 oppsummerer evalueringens funn fram til utgangen av 2021.*

### Forsøk med primærhelseteam (PHT)

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

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

### Evalueringen av forsøket med PHT

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

Sluttrapport 2018 – 2021 beskriver hvordan PHT-forsøket har påvirket arbeidsmåtene på legekantoret, listeinnbyggerne generelt og brukerne i målgruppen spesielt og samhandlingen med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi gjør også en samfunnsøkonomisk analyse av PHT. Siden det er besluttet at PHT skal kunne fortsette fram til ny finansieringsmodell er på plass, er denne rapporten samtidig Statusrapport IV i evalueringen.

I innledningen til denne rapporten har vi oppsummert viktige funn fra de tre tidligere statusrapportene om PHT-forsøket. Funnene viser blant annet at personell ved legekantorene gikk inn i forsøket med hovedmål om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Rammene for forsøket er svært fleksible noe som har gitt ulike lokale prosesser og grobunn for ulike resultat på legekantornivået. Flexibiliteten er fremhevet som en vesentlig forutsetning for at legekantorene deltar i forsøket. Endring av praksis og implementering av teamarbeid tar tid og er vanskelig å få til uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle på legekantoret. Lederopplæring og utvikling av ledelsesstruktur og lederrollen har skjedd parallelt med de øvrige endringene ved legekantorene i forsøket. Den tredje statusrapporten hadde særlig oppmerksomhet rettet mot hvordan tilnærmingen til pasienten endres med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket har opplevd å få tjenester fra PHT.

Denne rapporten inneholder nye analyser av hvordan PHT har påvirket arbeidsmåtene på legekantoret og brukerne i målgruppene. Samarbeidet mellom PHT og kommunehelsetjenesten, samt PHT og spesialisthelsetjenesten er viet særlig oppmerksomhet. Rapporten inneholder også en samfunnsøkonomisk analyse som bygger på det samlede informasjonsgrunnlaget om PHT så langt.



## Kapittel 2: Datakilder og metoder

Evalueringen av PHT-forsøket bygger på flere ulike datakilder. Vi bruker data fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuundersøkelser og dokumenter. I kapittel 2 beskriver vi hvilke datakilder som er brukt i denne rapporten og hvordan data er analysert. Vi bruker registerdata og journaldata for å gi innsikt i hvordan PHT bidrar til endring i helsetjenestebruk og helseutfall for fastlegenes listeinnbyggere, med særlig oppmerksomhet mot målgruppene som er definert for forsøket. Spørreundersøkelsene, intervjuundersøkelsene og dokumentstudiene som er gjort i forbindelse med denne rapporten, er rettet mot å undersøke hvilke virkninger PHT har på tjenesteutøvelsen både på legekantorene i forsøket og for øvrige tjenester som ansatte ved legekantorene samhandler med. Øvrige tjenester omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Der det er hensiktsmessig, gjør vi integrerte analyser, hvor vi vever sammen resultater og funn basert på ulike datakilder. Den samfunnsøkonomiske analysen bygger på analysene i denne rapporten og på analyser fra de tre tidligere statusrapportene. Analysene fra de tidligere statusrapportene inkluderer intervjuundersøkelser med pasienter som har erfart å få tjenester fra PHT og spørreundersøkelser blant listeinnbyggere ved legekantor i og utenfor PHT-forsøket.

I analyser av registerdata veksler vi mellom å bruke alle legekantor i Norge, unntatt PHT-kantorene, som kontrollgruppe, og en kontrollgruppe med legekantor som ligner mest mulig på PHT-kantorene. I spørreundersøkelsen blant ansatte på legekantorene i PHT-forsøket, er det ingen kontrollgruppe, siden svarprosenten i den utvalgte kontrollgruppen i tidligere undersøkelser har vært liten. Som et supplement til registerdata, bruker vi anonymiserte data som er hentet fra legekantorenes elektroniske pasientjournaler ved hjelp av programvaren Medrave ([www.medrave.no](http://www.medrave.no)).

## Kapittel 3: Betydningen av koronapandemien

Forsøket med PHT har siden mars 2020 pågått parallelt med koronapandemien. I denne rapporten beskriver vi innledningsvis virkningene som koronapandemien har hatt på PHT-forsøket, slik de er beskrevet i intervju og spørreundersøkelser blant ansatte ved legekantorene i PHT-forsøket, og slik de kan leses ut av registerdataanalyser om listeinnbyggere. Funnene tyder på at pandemien har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT. Mye av arbeidskapasiteten ved legekantorene har gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Flere har i den sammenheng opplevd det som nyttig å være PHT. Det har under pandemien vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. Aktivitet ved legekantoret har i tillegg blitt redusert av pasientene selv - enten fordi de av frykt for smitte sluttet å komme til legekantoret eller fordi de av samme grunn ikke ønsket besøk fra legekantoret hjem. Koronapandemien har således vært en vesentlig begrensning for utprøvingen av PHT.

## Kapittel 4: Seleksjonskilder og evalueringsutfordringer knyttet til PHT-forsøket

PHT er en kompleks intervensjon som i seg selv er utfordrende å evaluere. Når PHT samtidig prøves ut i et ikke-randomisert forsøk med mange seleksjonskilder, blir det ekstra krevende å trekke generelle slutninger om PHT som er gjeldende for norske fastlegekantor og for tilhørende listeinnbyggere. I sluttrapport 2018-2021 beskriver vi vesentlige seleksjonskilder knyttet til legekantorene i PHT-forsøket.

PHT-forsøket inkluderer drøyt 100 000 listeinnbyggere, 114 fastleger, 44 sykepleiere og 80 helsesekretærer. Det er bare én kommune i forsøket med under 5 000 innbyggere, noe som gir en underrepresentasjon av mindre folkerike kommuner. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det i PHT-forsøket en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor, legekantor som hadde sykepleier(e) fra før og trolig også legekantor med en særlig positiv innstilling til PHT.

Seleksjonen av legekantor inn i forsøket gir utfordring for sammenligning av de to finansieringsmodellene. Elleve av de tolv legekantorene som prøver ut honorarmodellen, er privat eide legekantor, mens fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunalt eide legekantor. Dette gjør det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform.

PHT-forsøket gjennomføres som nevnt under en pandemi. Samtidig har uroen rundt fastlegeordningen blant annet ført til at det parallelt med PHT-forsøket også gjennomføres en handlingsplan for allmennelegetjenesten. De nevnte forholdene påvirker utvilsomt resultatene av PHT-forsøket, men det er vanskelig å være tydelig om hvordan. Det er også vanskelig å skille virkningene av tiltakene fra hverandre.

## Kapittel 5: Erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekantor i forsøket

Årets spørreundersøkelse blant ansatte ved legekantor i forsøket, tyder på at teamarbeidet i PHT stort sett fungerer godt. De fleste ansatte opplevde å jobbe som et team. De fleste fastleger og sykepleiere i PHT opplevde at samarbeidet mellom dem fungerer godt. Ledelse av teamene synes å fungere godt og fastlegene trives stort sett med lederrollen. De fleste fastlegene oppga at de i noen eller stor grad har tilstrekkelig tid til å lede et team og over halvparten oppga at de i stor eller svært stor grad opplevde denne oppgaven som meningsfull. De fleste sykepleiere og helsesekretærer opplevde at de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte i PHT. Over halvparten av helsesekretærene oppga at deres rolle ved legekantoret har endret seg med PHT. Mange oppga samtidig at de opplevde å ha en liten rolle i PHT-arbeidet og ønsket å bidra i større grad.

De ansatte på legekantorene opplevde at PHT både påvirker arbeidsmiljøet positivt og gir gevinster for pasientene. Majoriteten opplevde at PHT har bidratt til å styrke det sosiale og faglige fellesskapet på legekantoret. Selv om fastlegene ikke opplevde redusert arbeidsmengde som følge av PHT, opplevde de å ha mer tid til kvalitetsarbeid. Videre oppga både fastleger og sykepleiere at samarbeidet mellom dem i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Over halvparten av de ansatte mente at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til en rekke positive effekter, blant annet bedre opplæring og oppfølging av enkeltpasienter, bedre helse og mestring blant enkeltpasienter og økt tilgjengelighet til tjenesten.

Våre funn tyder på at legekantorene i PHT-forsøket har en mer proaktiv arbeidsform enn før. I dette ligger en større vektlegging av forebygging og oppsøkende virksomhet. Funn fra intervjuundersøkelsen avdekket at systematiske gjennomganger og søk blant listeinnbyggere basert på bestemte kriterier, er en viktig konkret endring til en mer proaktiv arbeidsform. Intervjumaterialet ga holdepunkt for å si at fastlegene opplever sekundærforebygging overfor listeinnbyggere med etablert sykdom som uproblematisk og viktig, mens de var noe mer skeptisk innstilt til primærforebygging. Dette handlet dels om manglende finansiering for dette arbeidet og dels om at det må foregå, og trolig kan drives mer effektivt, andre steder enn på legekantoret. To problematiske sider ved oppsøkende virksomhet ble trukket fram av fastlegene som ble intervjuet; inntrengingen i andres liv og det å skulle ta betalt for tjenester som folk i utgangspunktet ikke har bedt om.

Vi har så langt ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger utenfor forsøket. Funn fra intervjuundersøkelsen blant ansatte ved legekantorene i PHT-forsøket, tyder på at turnover blant personell kan bidra positivt til teamarbeidet. Dette fordi nye medarbeidere har vært mer interessert og motivert for teamarbeid enn dem de erstatter. Men det er også flere eksempler på at turnover har satt teamarbeidet tilbake. Særlig synes det utfordrende å få vikarleger, som det er en del av ved legekantorene, til å delta i teamarbeidet.

Informantene i intervjuundersøkelsen var samstemte om at PHT gjør legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig tyder relativt lite på endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som følge av PHT-forsøket; kontakten med spesialisthelsetjenesten synes i hovedsak å foregå som før.

## Kapittel 6: Erfaringer med PHT i øvrige helse- og omsorgstjeneste

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

Undersøkelsen avdekket også to ulike hovedfortellinger om PHT. Den ene fortellingen er mest fremtredende i kommunene som gjerne bare har ett legekantor og godt sammenvevde tjenester fra før. Her innlemmes PHT i allerede etablerte samarbeidsarenaer og har ifølge informantene bidratt til å forbedre allerede gode tjenester. Det ble ikke samarbeidet på systemnivå om utviklingen av PHT på samme måte i de mer folkerike kommunene, selv om informanter også i disse kommunene ga uttrykk for mange positive erfaringer med PHT i det daglige arbeidet. Den andre hovedfortellingen handler om

PHT som mindre synlig både for hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Det er typisk ett, eller noen få, av mange legekontor i bydel eller kommune som er med i PHT-forsøket. Det at PHT er knyttet til noen få legekontor, gjør det mindre strukturerende for samarbeidet med både hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus fordi flertallet av deres brukere er knyttet til legekontor uten PHT. Informanter pekte også på at noen fastlegkontor i forsøket har mange brukere som ikke bor i den bydelen hvor legekantoret og forsøket er forankret. Det gjør samarbeidet med andre tjenester i bydeler og kommune mer utfordrende. Flere informanter fortalte at samarbeid med PHT oppleves positivt i enkeltsaker, men kontakten skjer sporadisk. Ansatte oppdager gjerne tilfeldig at brukere har kontakt med PHT.

Informantene beskrev hvordan PHT-sykepleiere fyller ulike funksjoner. De fungerer som et bindeledd, som gir raskere tilgang til fastlegen enn før og som en faglig autoritet. Informanter fra hjemmetjenesten opplevde at PHT-sykepleieren fungerer som en tilgjengelig og nyttig sykepleierfaglig kompetent sparringpartner og støttespiller. PHT-sykepleieren fungerer videre som fastlegens og fastlegkontorets utstrakte arm når de drar på hjemmebesøk til pasienter, og gjør prosedyrer og vurderinger hjemme som pasienten normalt må komme til legekantoret for. Det at pasientene kan få denne typen oppfølging hjemme, oppleves avlastende både for hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Noen informanter hadde imidlertid opplevd at PHT-sykepleieren har blitt et ekstra ledd som må forseres for å nå legen.

Informantene snakket på ulikt vis om at PHT gjør fastlegetjenesten bedre. PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i tilgangen til fastleger. Informantene fortalte at det er tradisjon for at andre tjenester må tilpasse seg den enkelte fastleges individuelle tilgjengelighet, arbeidsmåte og ønsker. Flere informanter mente at man med PHT kommer nærmere en mer ensartet praksis. Videre fortalte informantene at PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten utover det som er direkte sykdom. Det at PHT-sykepleier er tilgjengelig hele uka i legekantorets åpningstid, ble også trukket fram som en stor fordel. Informanter i hjemmetjenesten fortalte at de bruker mindre tid på å vente på svar og purrer mindre på svar fra fastlegene.

Informantene i de kommunale tjenestene hadde i hovedsak en oppfatning om at de og PHT-sykepleier i liten grad gjør overlappende arbeid. De hadde i liten grad opplevd grensedragningsproblematikk. Informanter fra hjemmetjenesten mente at de lett finner ut av hvem som gjør hva i den praktiske hverdagen, og at de i større grad enn før gjør hverandre gode. Arbeid i grenselandet mellom de ulike tjenestene synes i det daglige i all hovedsak å være samarbeidsorientert hvor man raskt finner fram til fungerende praktiske løsninger. Grenseoppgangen mellom PHT og øvrige helsetjenester var et tema som dukket opp i mange av intervjuene med ansatte på legekantorene da forsøket startet i 2018. Flere informanter understreket at det var viktig å ikke lage et tilbud med PHT som allerede finnes. Det synes det som man har lyktes med.

Det har vært utfordrende å kartlegge erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten siden det ikke har vært enkelt å finne informanter som har god kjennskap til PHT. Det at det har vært vanskelig å komme i kontakt med personer i spesialisthelsetjenesten som kan si noe om PHT, kan indikere at PHT i begrenset grad samarbeider med spesialisthelsetjenesten om felles pasienter. Fem informanter fra spesialisthelsetjenesten har i intervju gitt noen eksempler på samarbeid med PHT. Erfaringene spenner fra at samarbeid med PHT-legekantoret ikke skiller seg fra samarbeid med andre legekantor, til at PHT-legekantor bidrar til bedre oppfølging enn tidligere til utviklingshemmede pasienter. Funnene bør imidlertid tolkes med varsomhet siden informasjonsgrunnlaget er begrenset.

Informanter på legekantorene i forsøket som er omtalt i kapittel 5, og informanter i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus som er omtalt i kapittel 6, hadde mange sammenfallende oppfatninger om samarbeidet dem imellom. De var enige i at fastlegetjenesten blir mer tilgjengelig med PHT og at kontakten foreløpig har vært tettest mellom PHT og hjemmetjenesten. De var også relativt samstemte om at PHT og andre kommunale tjenester i liten grad overlapper, men utfyller hverandre og samlet sett gir en kvalitativt bedre tjeneste til brukere med store behov.

## **Kapittel 7: Kjennetegn ved pasienter som får oppfølging fra PHT**

Før forsøket med PHT startet, var det uklart hvor mange listeinnbyggere som skulle omfattes av helsehjelp fra PHT. Helsedirektoratet anslo ved oppstart at pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov utgjør 7-10 prosent av listepopulasjonen, men at det er usikkerhet

knyttet til denne prosentsetsatsen. Vi bruker utløst sykepleiertakst som en indikator på at en pasient har fått helsehjelp fra PHT. Ettersom alle på legekantoret samlet utgjør PHT og PHT kan samarbeide om å gi helsehjelp uten at det utløses en sykepleiertakst, bør indikatoren tolkes som en nedre grense på omfanget av helsehjelp fra PHT. Ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, har 14 prosent av listeinnbyggerne hatt kontakt med PHT-sykepleier som har utløst takst, minst en gang. Tilsvarende tall for legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er 11 prosent. Det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Når vi justerer ned antallet takster i honorarmodellen til å bli tilsvarende som i driftstilskuddsmodellen, er det en tilsvarende andel av listeinnbyggere ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, som har hatt kontakt med PHT-sykepleier som det er ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Det er betydelig variasjon i prosentandelen mellom legekantorene i forsøket. Blant de nye legekantorene som kom med i PHT-forsøket i 2020, har i gjennomsnitt 8 prosent av listeinnbyggerne hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. Dette er tilsvarende prosent som legekantorene med honorarmodellen som har vært med fra starten, kunne vise til etter ett år i forsøket. Pasientgruppene som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene i forsøket. Av pasienter som ble diagnostisert med diabetes type 2 før 2015, har 60 – 61 prosent hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. For pasienter med kols var andelen 61 prosent for legekantor med honorarmodellen og 44 prosent for legekantor med driftstilskuddsmodellen. Andelen var mindre for listeinnbyggere med ruslidelse og/eller psykisk sykdom, psykisk utviklingshemmede samt for skrøpelige eldre. Nesten halvparten av pasientene som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, har bare hatt denne kontakten én gang. Rundt 30 prosent har hatt fire eller flere slike kontakter.

### **Kapittel 8: Variasjon i takstfinansiering av PHT-sykepleier i honorarmodellen**

I honorarmodellen er det et mål at sykepleiers takstinntjening skal finansiere 50 prosent av kostnaden ved å ha PHT-sykepleier ansatt. De resterende kostnadene skal finansieres ved hjelp av tilskudd fra staten per PHT-sykepleier. I driftstilskuddsmodellen er det ikke satt noen spesifikke forventninger til PHT-sykepleierens takstinntjening. I første halvår 2021 ble i gjennomsnitt 33 prosent av PHT-sykepleierkostnadene takstfinansiert ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Takstinntjeningsandelen varierte fra 9 til 68 prosent mellom legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Det er en stigende utvikling i takstinntjeningen gjennom året, som trolig har med utviklingen i pandemien å gjøre. Tall fra Helsedirektoratet viser at gjennomsnittlig takstinntjening som prosent av sykepleierkostnad var 48 prosent i november 2021 med variasjon fra 17 til 80 prosent. Variasjonen gjenspeiles for eksempel i variasjonen vi finner i andel pasienter med diabetes type 2 som har minimum 15 minutter konsultasjon med sykepleier samme dag som fastlegen skriver takst for årskontroll. En sentral problemstilling å forfølge, er om variasjonen i organiseringen av PHT slik den gjenspeiles i variasjon i takstbruk, har konsekvenser for kvaliteten på helsetjenestene til listeinnbyggerne.

### **Kapittel 9: Konsekvenser for pasienter i PHT**

Undersøkelser fra andre land har vist varierende resultater av hvordan tilsvarende organisering som PHT påvirker pasientene. Det er derfor av stor interesse å undersøke problemstillingen med norske data. I dette kapitlet beskriver vi konsekvenser av PHT for målgruppene delvis med registerdata og delvis med data fra Medrave. Vi har i hovedsak brukt registrerte tjenester som indikatorer på mulige helseforbedringer. Dette kan generelt være kontroversielt siden flere helsetjenester ikke nødvendigvis bidrar til helseforbedring. I dette tilfellet kan det likevel forsvares siden et sentralt formål med PHT er at pasientene i målgruppene skal få mer oppmerksomhet og bedre oppfølging. Bedre behandling vil også kunne medføre flere konsultasjoner og hjemmebesøk. For de sentrale målgruppene i forsøket fant vi indikatorer på bedre oppfølging etter at PHT ble introdusert. Pasienter med diabetes type 2 hadde 10 prosent flere konsultasjoner med lege og PHT-sykepleier ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen og 13 prosent flere ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Vi fant også en tilnærmet dobling i antall årskontroller per pasient med diabetes type 2 ved legekantorene som prøver ut honorarmodell, sammenlignet med kontrollkantor. I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst for årskontroll. Med Medrave-data fant vi ingen statistisk signifikant økning i andelen pasienter som har fått årskontroll. Vi fant derimot en reduksjon i andelen pasienter med de høyeste nivåene på blodtrykk. For pasienter med kols fant vi en statistisk signifikant økning i det samlede antallet konsultasjoner i legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. At vi ikke fant en lignende økning for PHT med driftstilskuddsmodellen, kan skyldes at ikke alle konsultasjoner har takster i denne finansieringsmodellen. Vi fant også en statistisk signifikant økning i antallet spirometrier ved

legekantorene med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. For brukere med psykisk utviklingshemming fant vi at PHT-legekantor med antall sykepleierkontakter over medianen, også tilbyr flere årskontroller, men samtidig færre sykebesøk og samtaler om enkeltpasient og nødvendig samtale med foresatte. Det samlede antallet konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier har økt ved legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen for brukere med psykisk sykdom. Det er også flere sykebesøk og tverrfaglige samarbeidsmøter. Det har vært en økning i det samlede antall konsultasjoner med fastlege og med PHT-sykepleier på legekantor med driftstilskuddsmodellen. For pasienter med ruslidelse i legekantor med honorarmodellen har det vært en økning i sykebesøk. Det har vært en reduksjon i samtalerapi med fastlegen i honorarmodellen. Dette kan ha sammenheng med at sykepleier har overtatt noen av samtalene som fastlegen hadde tidligere. For skrøpelige eldre og multisyke har det vært en økning i antallet sykebesøk ved legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollkontorene. Økningen er betydelig. Det er også en betydelig økning blant enkelte legekantor med driftstilskuddsmodellen, men stor variasjon mellom legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, gjør at økningen ikke blir statistisk signifikant for denne gruppen av legekantor.

Vi har også undersøkt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og legekantorene ved å undersøke hvor stor andel av pasientene som har kontakt med legekantoret innen et visst antall dager etter utskriving. For pasienter med diabetes type 2 samt for skrøpelige eldre og multisyke, fant vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon med fastlege eller PHT-sykepleier innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving.

Effekt av PHT på bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester varierer mellom finansieringsmodellene og målgruppene uten noe klart mønster. På lengre sikt kan bedre oppfølging fra legekantoret potensielt forsinke og/eller redusere behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at dette potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.

## Kapittel 10: Samfunnsøkonomisk analyse

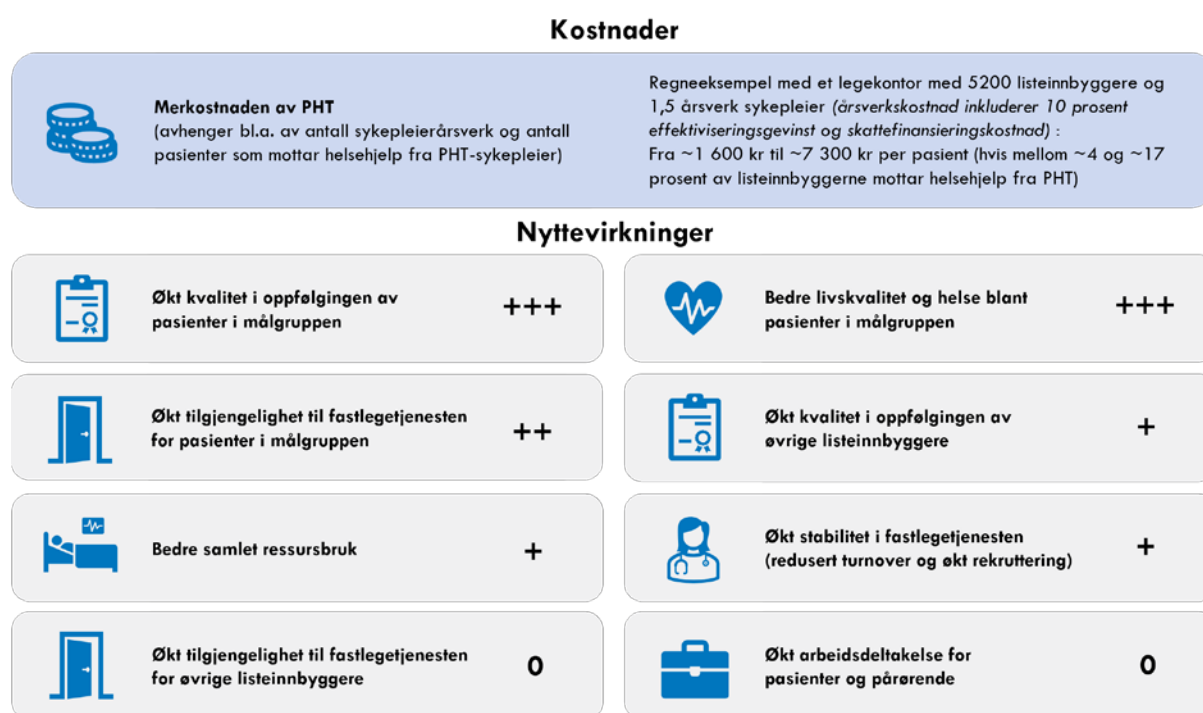
PHT innebærer endret organisering av fastlegekantoret, med en tverrfaglig, teambasert tilnærming til oppfølgingen av pasienter med store og sammensatte behov, understøttet av tilpassede finansieringssystemer, lederopplæring og en mer systematisk arbeidsmetode. På landsbasis er det i dag til sammen nærmere 680 000 listeinnbyggere (13,5 prosent av befolkningen) som har en av diagnosene tilknyttet de prioriterte målgruppene for PHT.

PHT har påvirket arbeidsformen på legekantorene. Den er i større grad enn før forsøket startet, dreid mot: systematisk arbeid med ledelse av legekantor, arbeid med kommunikasjon og samarbeidsstrukturer, utarbeidelse av prosedyrer, systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, samarbeid med andre tjenester, arbeid med brukermedvirkning og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene, proaktivt arbeid, og tverrfaglig samarbeid. I tillegg til endret arbeidsform på legekantoret, påvirker PHT arbeidsformen i møte med pasientene gjennom å i større grad enn før forsøket startet: tilby sykepleierkonsultasjoner, gjennomføre årskontroll, utarbeide behandlingsplaner, gjennomføre legemiddelgjennomgang og tilby hjemmebesøk.

Vi har gjennom ulike regneeksempler illustrert merkostnaden per år per pasient som får helsehjelp av PHT. Kostnaden vil avhenge av hvor mange av listeinnbyggerne som får helsehjelp fra PHT-sykepleier, og hvordan sykepleierressursen dimensjoneres ved legekantorene. Med utgangspunkt i kostnaden per pasient som får helsehjelp fra PHT-sykepleier, har vi beregnet hvor stor helsegevinst (målt i antall kvalitetsjusterte leveår (QALYs)) som minst må til for å veie opp for kostnaden, gitt et høyt og lavt anslag for verdien av en QALY. Regneeksemplet viser at PHT må bidra til en QALY-gevinst i et spenn fra 0,0012 til 0,0182 i gjennomsnitt per pasient som mottar helsehjelp fra PHT-sykepleier, for å være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Intervallet på QALY-gevinsten som minst må til for å veie opp for kostnadene ved PHT, ligger innenfor de intervallene vi finner i litteraturen for tilsvarende helsetiltak. Samfunnsverdien av PHT vil avhenge av merkostnaden ved sykepleierressursen. For eksempel kan tjenesten bli svært kostbar dersom solopraksiser skal ansette PHT-sykepleier i minimum 50 prosentstilling. Dersom en forutsetning for PHT er at det skal være et visst antall listeinnbyggere ved legekantoret, innebærer det trolig at en betydelig andel av legekantorene vi har i dag, ville blitt ekskludert fra ordningen.

Basert på det samlede informasjonsgrunnlaget fra evalueringen av forsøket, finner vi at PHT bidrar til en rekke gevinster for samfunnet (Figur 1-1). Vi finner at PHT har særlig positiv virkning på kvaliteten i oppfølgingen av pasienter i målgruppene, som gir utslag i bedre livskvalitet og helse blant disse pasientene. Gitt merkostnaden av PHT og anslag for verdien av gode leveår, ligger helsegevinsten som PHT minst må bidra til for å veie opp for merkostnadene, innenfor hva man med rimelighet kan forvente dersom man sammenligner med lignende tiltak som er beskrevet i litteraturen. På bakgrunn av dette er vår vurdering at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantor. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.

**Figur 1-1: Oppsummering av samfunnseffekter av PHT**



Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM. Merknad: Beskrivelse av analyse og pluss-minus-metoden inngår i delkapittel 10.10. Jo flere plusser, jo større positiv konsekvens har PHT for effekten.

## Kapittel 11: Diskusjon og avslutning

I kapittel 11 oppsummerer vi resultatene fra evalueringen, så langt, sett i forhold til effektmålene som er definert for forsøket med PHT. Det er vanskelig å konkludere med hensyn til flere av effektmålene. Dette har både å gjøre med utvelgelse av legekantor i forsøket, at forsøket har vart for kort til å observere langsiktige effekter og at koronapandemien har forsinket utviklingen av team-organisering og forhindret pasientkontakt som team-organiseringen forutsetter.

**Effektmål: Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av PHT** Selv om vi har lite data som viser direkte helse- og mestringsevnegevinster, tyder våre analyser av både registerdata og intervjudata på at legekantorene i PHT-forsøket arbeider på en ny måte som gir potensiale for helsegevinst hos målgruppene. Med PHT er tilnærmingen mer proaktivt. Det legges særlig vekt på sekundærforebyggende tiltak hvor blant annet systematiske årskontroller for ulike diagnoser og et økt omfang av hjemmebesøk står sentralt.

### Effektmål: Økt pasient- og brukertilfredshet

Funn fra intervjuer med pasienter tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet. Analyser av spørreundersøkelsene til listeinnbyggere viser samtidig få signifikante endringer i fornøydhet med oppfølgingen på fastlegekantoret over tid. Spørreundersøkelsene har ikke direkte identifisert listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT. I tillegg har koronapandemien gjort det vanskelig

å tolke resultatene. Likevel finner vi at særlig diabetespasienter opplever økt fornøydhet ved fastlegen sin sammenlignet med diabetespasienter i kontrollgruppen. Analyser av registerdata gir også indikasjon på økt tilfredshet ved legekontorer i PHT blant annet ved det var færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen enn fra legekantor utenfor forsøket.

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

Intervju både med pasienter og med helsepersonell ved legekantorene i PHT-forsøket, gir ulike eksempler på hvordan PHT kan gi bedre koordinering og mer sammenhengende oppfølging. Registerdataanalyser og spørreundersøkelser gir støtte for at enkelte målgrupper av listeinnbyggere knyttet til legekantor med PHT opplever bedre koordinerte og sammenhengende tjenester enn listeinnbyggere knyttet til legekantor utenfor forsøket.

**Effekt mål: Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester** Dette effekt målet kan forstås som at bedre oppfølging med PHT, bidrar til å forhindre eller utsette komplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer. På grunnlag av våre undersøkelser er vår vurdering at vi på grunn av tidsperspektivet i evalueringen ikke kan si noe sikkert om hvorvidt PHT bidrar til å redusere forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Siden kvaliteten på oppfølgingen har økt og at legekantorene arbeider mer proaktivt og dermed mer forebyggende, kan PHT på noe lengre sikt bidra til å forsinke og/eller redusere behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester.

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

Intervjuer viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. I en del av de folkerike kommunene og bydelene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Evalueringen har tidligere satt søkelyset på målgruppen utviklingshemmede og vist til noen konkrete eksempler på en mer helhetlig allmennt medisinsk oppfølging av beboere i PU-boliger ved noen av legekantorene i PHT-forsøket. Samarbeidet mellom fastlegekontor og spesialisthelsetjenesten ser i hovedsak ut til å foregå som før, dvs. mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten uten involvering av PHT.

**Effekt mål: Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten**

Samlet sett finner vi tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekontoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at hele potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.

Vi avslutter dette kapitlet med å reflektere rundt overførbarhet av resultatene fra evalueringen til resultater av PHT i større målestokk. PHT-legekantorene forteller om gode resultater for pasienter i målgruppene. Stor variasjon mellom legekantorene gjør det samtidig vanskelig å oppnå statistisk signifikante effekter i registerdata-analyser. Denne tilsynelatende motsetningen har sammenheng med at legekantorene har hatt ulike satsingsområder. For eksempel har noen satset på psykisk utviklingshemmede, mens andre har lagt større vekt på pasienter med diabetes type 2. Den gjennomsnittlige effekten av PHT som inkluderer all variasjon mellom legekantorene, blir ikke stor nok til at det blir statistisk signifikante forskjeller fra legekantor utenfor forsøket.

Koronapandemien har virket negativt inn på PHT-arbeidet internt på det enkelte legekantor, og har trolig særlig gått ut over legekantorene som kom med i forsøket i løpet av 2020. Begrensningene i kontakten mellom legekantorene og øvrige aktører som er involvert i PHT-forsøket, har også gjort at det er blitt mindre erfaringsdeling på tvers mellom legekantorene, mellom ulike profesjoner og mellom forsøket og offentligheten. Pandemien har også satt begrensninger for utprøvingen av finansieringsmodellene hvor potensialet for sykepleierinntjening trolig er større på en del av legekantorene enn det som så langt er realisert.

Som del av forsøket, har man prøvd ut to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Funnene fra forsøket tyder på at dersom legekantorene selv får velge mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, vil trolig privat eide legekantor i større grad velge honorarmodellen, mens kommunale legekantor i større grad vil velge driftstilskuddsmodellen. Et annet

uttrykk for at honorarmodellen er foretrukket, er at ingen av de nye legekantorene i forsøket valgte driftstilskuddsmodellen selv om det synes å ha vært et mål med utvidelse å få prøvd den ut ved flere privateide legekantor. Funnene fra evalueringen tyder samtidig på at blant deltakerne i forsøket, er det en større andel som er fornøyd med finansieringsmodellen ved legekantor med driftstilskuddsmodellen, enn ved legekantor med honorarmodellen. Det er krevende å identifisere hvilken betydning finansieringsmodellene har hatt for effekter av PHT. Dette har sammenheng med at valget av finansieringsmodell henger tett sammen med legekantorenes eierskap, legenes tilknytningsform og en allerede utviklet arbeidsform og -kultur som i mange tilfeller har inkludert sykepleiere over lang tid. Funn fra evalueringen peker i retning av at driftstilskuddsmodellen i større grad enn honorarmodellen legger til rette for utvikling av teamarbeid; intervjuene tyder på at legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, har brukt mer ressurser på kollektive prosesser som handler om å få alle med på utviklingsarbeidet knyttet til PHT. Flere informanter har pekt på at driftstilskuddsmodellens store grad av frikobling fra takster har gitt frihet og rom for denne måten å jobbe på. Ved flere av legekantorene som prøver ut honorarmodellen, tyder funn fra intervjuene på at utviklingsarbeidet knyttet til PHT ikke nødvendigvis har samme grad av kollektiv orientering som handler om å involvere alle. Dette kan ha sammenheng med manglende takster for denne typen arbeid som mer eller mindre ubevisst er styrende for arbeidet. At inntektene i driftstilskuddsmodellen er mindre aktivitetsavhengige enn inntektene i honorarmodellen har blitt trukket fram som en fordel med driftstilskuddsmodellen i forbindelse med koronapandemien. Samtidig kan det være en ulempe med driftstilskuddsmodellen at den gir mindre økonomisk oppmuntring til aktivitet enn det som er tilfellet i honorarmodellen. Den medfører også mindre kunnskap om virksomheten kan hentes ut via takstsystemet. Arbeidet med evaluering av finansieringsmodellene vil bli fulgt opp i kommende statusrapporter.

Til slutt er det viktig å minne om at forsøket med PHT er en kombinasjon av en ny organisasjonsmåte og tilførsel av ressurser fra staten til kommuner og legekantor. I evalueringen er det ikke mulig å skille effektene av flere ressurser fra effektene av PHT. Evalueringen kan dermed ikke gi svar på om effektene av flere ressurser ville blitt større med en annen organisering enn PHT.

Følgeevalueringen har vist at det i praksis prøves ut ulike varianter av PHT på de ulike legekantorene i PHT-forsøket, og at tiltaket er å regne som et komplekst og sammensatt tiltak. PHT varierer etter hvem som tilbyr tjenesten, både det enkelte legekantor så vel som hver enkelt ansatt på legekantoret. Videre varierer PHT etter hvem som mottar tjenesten – målgruppen for tiltaket består av svært ulike pasienter med ulike behov og helseutfordringer. Lokale variasjoner kan forventes å vedvare når PHT eventuelt rulles ut nasjonalt og følgeevalueringen har vist at PHT kan tilpasses lokale forhold, og gi gevinster på ulike måter.

Allmennlegetjenesten er i utvikling, og handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har som hovedmål å sikre en attraktiv fastlegetjeneste med god stabilitet, tjenester av god kvalitet, samt å legge til rette for en mer teambasert fastlegeordning.

En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er et av mange alternativer. Erfaringene fra forsøket er at det styrker tjenestetilbudet, men at det har tatt tid å utvikle teamarbeidet på det enkelte legekantoret. For å lykkes i en eventuell videre implementering av PHT må det både være en klar interesse blant fastlegene for teamarbeid med den mer systematiske arbeidsformen mot målgruppen, det må være tid til å kontinuerlig arbeide med utvikling av lederrollen og teamarbeidet ved legekantoret og finansieringsordningene må understøtte ønsket praksisendring. Ved en vellykket implementering, kan PHT trolig ha en viktig rolle i utviklingen av fastlegetjenesten fremover og styrke rekrutteringen til fastlegetjenesten og utvikle tjenestetilbudet.



# 1. Innledning

*Dette er sluttrapport for perioden 2018-2021 for forsøket med primærhelseteam (PHT). Det er samtidig statusrapport IV siden det er besluttet at legekantorene som deltar i forsøket, skal kunne fortsette fram til ny finansieringsmodell er på plass. I dette kapitlet beskriver vi rammene for forsøket og evalueringen. Vi gir også en kortfattet oppsummering av sentrale funn og konklusjoner fra de tre forutgående statusrapportene. Denne sluttrapporten beskriver i de videre kapitlene hvordan koronapandemien har påvirket forsøket med PHT, og hvordan forsøket med PHT har påvirket arbeidsmåtene på legekantoret og brukerne i målgruppen. Samarbeidet mellom PHT og kommunehelsetjenesten, samt PHT og spesialisthelsetjenesten er viet særlig oppmerksomhet. Sluttrapporten for perioden 2018-2021 inneholder også en samfunnsøkonomisk analyse av PHT som synliggjør kostnader, nyttevirkninger og den samlede verdien av disse for de som berøres av PHT og for samfunnet som helhet.*

## 1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT)

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

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

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

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

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

**Det er 17 legekantor som inngår i PHT-forsøket.** I kapittel 4 gir vi en mer utdypende beskrivelse av dem. Legekantorene har søkt om å delta og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de prøver ut. De to finansieringsmodellene er regulert av en egen forskrift.<sup>2</sup> **Honorarmodellen** er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I **driftstilskuddsmodellen** er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste

<sup>1</sup> Det er antall listeinnbyggere på fastlegenes lister som avgjør størrelsen på sykepleierressursen ved legekantoret. Helsedirektoratet har i sine beregninger tatt utgangspunkt i at en fastlege i 100 % stilling i gjennomsnitt har 1300 listeinnbyggere. Legekantor i forsøket bemannes med 100 % sykepleierårsverk for 3600-3900 listeinnbyggere, 80 % sykepleierårsverk for mellom 2400-3599 listeinnbyggere og 50 % sykepleierårsverk for under 2400 listeinnbyggere. Dette betyr at praksisene kommer ut med litt ulik sykepleierressurs. Et legekantor i forsøket med 3 leger kommer ut med ett sykepleierårsverk fordi legene har gjennomsnittslange lister, mens et annet legekantor med 9 leger også kommer ut med bare ett sykepleierårsverk fordi legene har korte lister.

<sup>2</sup> FOR-2020-10-28-2177 Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet). **Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og fem som prøver ut driftstilskuddsmodellen.**

## 1.2 Evalueringsoppdraget

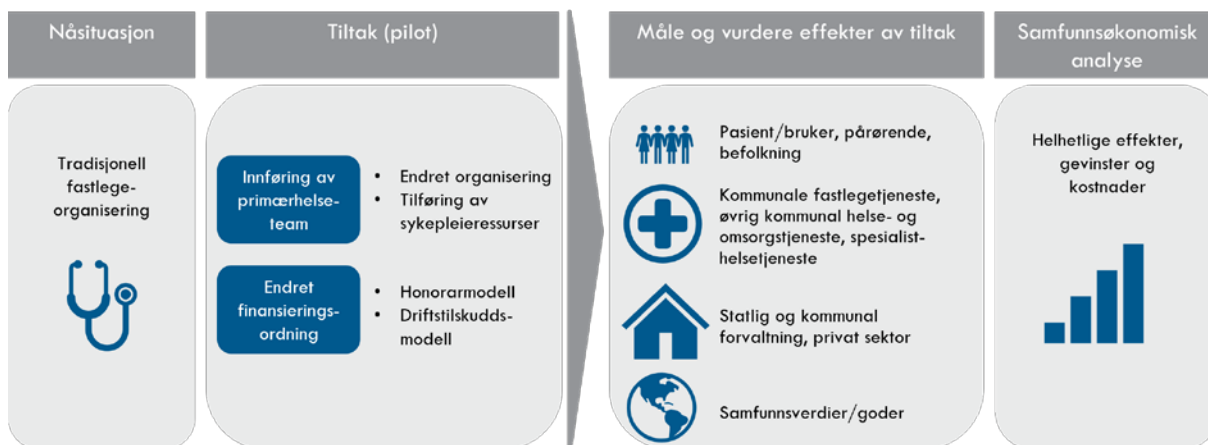
Oppdragsgiver (Helsedirektoratet) har laget en kravspesifikasjon for evalueringen som tilsier at effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesielt vekt på å måle effektene for pasienter/brukere i målgruppene spesifisert i kapittel 1.1.

Effektmålene for forsøket er:

- Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere med oppfølging fra 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. Figur 1-1 gir en oversikt over evalueringsoppdraget.

**Figur 1-1 Oversikt over evalueringsoppdraget**



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

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

## 1.3 Funns fra statusrapport I

Den første statusrapporten bygget på datainnsamling i 2018 og ga en beskrivelse av ulike forhold ved starten av forsøket (Abelsen, et al., 2019a). Seleksjonsproblematikken ved forsøket ble viet en del

oppmerksomhet, og dette er også utførlig beskrevet i kapittel 4 i denne sluttrapporten. **Det ble understreket at mangel på randomisering av kommuner og legekantor til forsøket og hvilken finansieringsmodell som prøves ut, vil gjøre det vanskelig å identifisere effekter av PHT.**

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

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

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

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

## 1.4 Funn fra statusrapport II

Den andre statusrapporten bygget på datainnsamling i 2019 og viste at PHT fortsatt var i en oppbygningsfase (Abelsen, et al., 2019b). Ved utgangen av juni 2019 hadde **8 prosent** av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut honorarmodellen og **6 prosent** av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp som hadde utløst en sykepleiertakst en eller flere ganger. Utløst sykepleiertakst ble brukt som et nedre anslag på omfanget av helsehjelp fra PHT.

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

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

Intervjustudien avdekket at **tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT.** Gode relasjoner og tillit er en forutsetning for å få teamarbeid til å fungere godt. Ved legekantor i PHT-forsøket hvor sykepleier var en ny profesjon, kunne PHT-sykepleiere oppleve prosessen med å bygge

tillit til mange ulike leger som krevende og slitsom. Det var imidlertid spredte eksempler ved legekantor som hadde sykepleiere også før forsøket startet, på at nye sykepleiere kunne bygge videre på tillit som andre sykepleiere allerede hadde skapt. PHT-sykepleiere opplevde at det var vanskelig å bygge tillit til leger som manglet interesse for PHT og til vikarleger.

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

## 1.5 Funn fra statusrapport III

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

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

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

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

Listeinnbyggerundersøkelsen i 2020 tydet på at få pasienter hadde opplever proaktiv oppfølging fra sitt fastlegekantor. De fleste som hadde opplevd dette, hadde blitt kontaktet fordi de har en spesifikk

diagnose. Det var signifikant flere menn, flere eldre og flere med langvarig sykdom i denne gruppen. **De som hadde opplevd å bli kontaktet uten selv å ha tatt kontakt først, var positive til denne oppfølgingen.** Blant pasientene som ble intervjuet, var det et fåtall som hadde opplevd å bli oppsøkt av PHT. Men de som hadde opplevd det, satte stor pris på oppfølgingen.

Ved utgangen av juni 2020 hadde **11 prosent** av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut honorarmodellen og **9 prosent** av listeinnbyggerne tilknyttet legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp som hadde utløst en sykepleiertakst en eller flere ganger. Utløst sykepleiertakst ble også denne gang brukt som et nedre anslag på omfanget av helsehjelp fra PHT. **Årskontroll til pasienter med diabetes type 2 pekte seg ut som den helsetjenesten med størst økning etter at forsøket startet.** Registerdata viste også **økning i antallet hjemmebesøk** – i hovedsak fordi sykepleiere drar på hjemmebesøk. Ved legekantorene med honorarmodellen var antallet hjemmebesøk per listeinnbygger nær doblet etter at PHT-forsøket startet.

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

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

## 1.6 Om sluttrapporten for 2018-2021 (statusrapport IV)

Den videre oppbygningen av denne sluttrapporten er som følger: I **kapittel 2** beskriver vi hvordan våre ulike datagrunnlag er etablert og de metodene vi har benyttet i analysene. Koronapandemien har virket inn på PHT-forsøket og i **kapittel 3** gir vi en beskrivelse av dette. I **kapittel 4** beskriver vi legekantorene som er med i forsøket og evalueringsutfordringer knyttet til seleksjonen av disse. **Kapittel 5** er et omfattende kapittel som handler om endringer som PHT har skapt for legekantorene som er med i forsøket. Aspekter ved teamarbeidet, endring i arbeidsmåter, arbeidstillfredshet og samarbeid internt på legekantoret og ut mot andre tjenester er blant temaene som blir beskrevet. **Kapittel 6** handler om de endringene PHT har skapt for øvrig helse og omsorgstjeneste. Hovedanalysen i dette kapitlet er en kvalitativ intervjuanalyse blant ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus i kommuner og bydeler som er med i PHT-forsøket. I **kapittel 7** beskriver vi ved hjelp av registerdata kjennetegn ved listeinnbyggere som har fått oppfølging fra PHT. **Kapittel 8** inneholder en analyse av variasjonen i sammensetning av lege- og sykepleiertakster ved legekantorene i PHT-forsøket og avsluttes med en diskusjon om mulige årsaker til denne variasjonen. I **kapittel 9** belyser vi ved hjelp av registerdata hvilke konsekvenser oppfølgingen fra PHT har hatt for pasienter. Konsekvensene er operasjonalisert som endringer i oppfølgingen de får fra legekantoret og spesialisthelsetjenesten, samt endringer i bruk av legevakt. Endringene beskrives for de sentrale målgruppene i forsøket. **Kapittel 10** presenterer en samfunnsøkonomisk analyse av PHT. I **kapittel 11** samler vi trådene og gir en status for effektmålene for PHT-forsøket så langt.

## 2. Data og metode

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

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

### 2.1 Studier med registerdata

Registerdata omfatter hele befolkningen. De er innsamlet for administrative formål med mulighet for bruk også i forskning. Fordeler med bruk av registerdata er kompletthet, uavhengighet av hukommelse, samt mulighet til å koble ulike registre på individnivå ved hjelp av personnummer og tilgjengelighet (i alle fall teknisk sett). Samtidig vil registerdata som regel gi mindre detaljert informasjon enn hva man kan oppnå med for eksempel intervjuer og det er usikkerhet knyttet til kvaliteten på registreringene. I vedlegg A.1 presenterer vi registrene som blir brukt i evalueringen. REK sør-øst har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten (saksnummer 2018/1928/REK sør-øst A) og utøver av behandleransvaret ved Universitetet i Oslo godkjente personvernkonsekvensvurdering (DPIA) (NSD prosjektnummer 496426).

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

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

hvor  $y$  er utfallet for listeinnbygger  $i$  på legekantor  $j$  i kvartal  $t$ ,  $a$  er enhetsfaste effekter,  $\lambda$  er tidsfaste effekter og  $\varepsilon$  er restleddet. Variabelen  $D$  er en indikator som er lik 1 for listeinnbyggere ved PHT-kontor etter forsøket startet. Vi kan tolke koeffisienten på  $D$  som effekten av PHT ved å anta parallelle utfallstrender, som betyr at utfallet ville utviklet seg likt på PHT-kontor og legekantor utenfor forsøket dersom forsøket ikke fant sted. Parallelle utfallstrender lar seg ikke teste, men det er naturlig å tro at antagelsen vil holde dersom utfallstrendene var parallelle før forsøket startet, hvilket vi kan anslå basert på grafisk analyse og statistisk testing av interaksjoner mellom  $D$  og  $\lambda$ . For utfall hvor antagelsen trolig ikke vil holde kombinerer vi fif med metoder for å velge ut legekantor som ikke deltar i forsøket, men som hadde lik utfallstrend som PHT-kontor før forsøket startet. I valget av legekantor som kontroll, tar vi hensyn til kjennetegn som vi har tilgang til og som vi tror påvirker praksis. Dette kan være legekantorets eieform, kjennetegn ved fastlegene på legekantoret og kjennetegn ved pasientene, som kjønn, alder og forekomst av kroniske sykdommer. Vi ønsker at samlingen av de valgte kjennetegnene skal bli mest mulig like mellom PHT-kontor og kontrollkontor. Vi prøver dermed å korrigere for den utvelgelsen av PHT-legekantor som fant sted ved å gjøre kontroll-legekantorene mest mulig like PHT-legekantorene når det gjelder observerbare kjennetegn. Vi bruker to teknikker for å få det til: Coarsened exact matching (CEM) (Iacus, et al., 2012) og Propensity score matching (PSM) (Rosenbaum & Rubin, 1983)<sup>3</sup>. CEM tar utgangspunkt i et lite antall kjennetegn og sammenligner PHT- og kontrollkontor langs disse kjennetegnene. Vi kan for eksempel skille mellom legekantor som har færre eller flere enn fem fastleger. Hvis det er flere av PHT-kantorene enn av kontrollkantorene som har flere enn fem leger, vil kontrollkantorene som har flere enn fem leger, bli vektet opp i sammenligningene. Med PSM tar vi utgangspunkt i et (stort) antall kjennetegn som vi tror påvirker praksis og beregner sannsynligheten for at legekantor med et sett av kjennetegn blir deltaker i forsøket. Deretter tilordnes som kontroll, det legekantoret som har en sannsynlighet som er mest mulig

<sup>3</sup> I tillegg ble Generalized boosted models (GBM) (Griffin, et al., 2017) vurdert, men ikke brukt.

lik sannsynligheten til PHT-legekontoret. Tabell 2-1 illustrerer tankegangen. Ved hjelp av PSM er det estimert at PHT-legekontoret ABC har 80 prosent sjanse for å bli PHT-legekontor. Siden L3 er det legekontoret som har en sannsynlighet for å bli PHT-legekontor som er nærmest 80 prosent, blir L3 valgt som kontroll for Legekontoret ABC.

**Tabell 2-1 Illustrasjon av valg av kontrollkontor ved propensity score matching (PSM)**

Legekontor	L1	L2	Legekontoret ABC	L3
Estimert sannsynlighet for å delta i forsøket	75%	77%	80%	81%

Hvilken av de to teknikkene som ligger til grunn for valg av kontrollgruppe, kan variere avhengig av problemstillingen vi undersøker. For eksempel kan teknikk for valg av kontrollgruppe, og følgelig kontrollgruppen selv, være ulik når vi undersøker årskontroll for diabetes versus legevaktbesøk. Valget er basert på den av teknikkene som gjør kjennetegnene ved forsøks- og kontrollkontorene mest mulig like ved forsøksstart (balanse mellom kovariatene). Tabell 2-2 sammenligner kontrollgruppene foreslått av CEM og PSM basert på kjennetegn vi tror er viktige uavhengig av problemstilling. Sammenlignet med gruppen som består av alle legekontor i Norge utenfor forsøket, foreslår begge teknikkene kontrollgrupper som ligner mye mer på forsøksgruppa. Kontrollgruppene foreslått av CEM og PSM ligner mest på forsøksgruppa på syv kjennetegn hver. For å velge mellom kontrollgruppene beregner vi summen av standardiserte forskjeller. Summen av standardiserte forskjeller tar høyde for at noen kjennetegn måles med større sikkerhet og derfor bør veie tyngre når man skal avgjøre hva som tilsier at forsøks- og kontrollkontor er like. I dette eksempelet ville vi valgt kontrollgruppa foreslått av PSM fordi den hadde lavere sum av standardiserte forskjeller (1,1), sammenlignet med kontrollgruppa foreslått av CEM (2,1).

**Tabell 2-2 Illustrasjon av valg av kontrollgruppe**

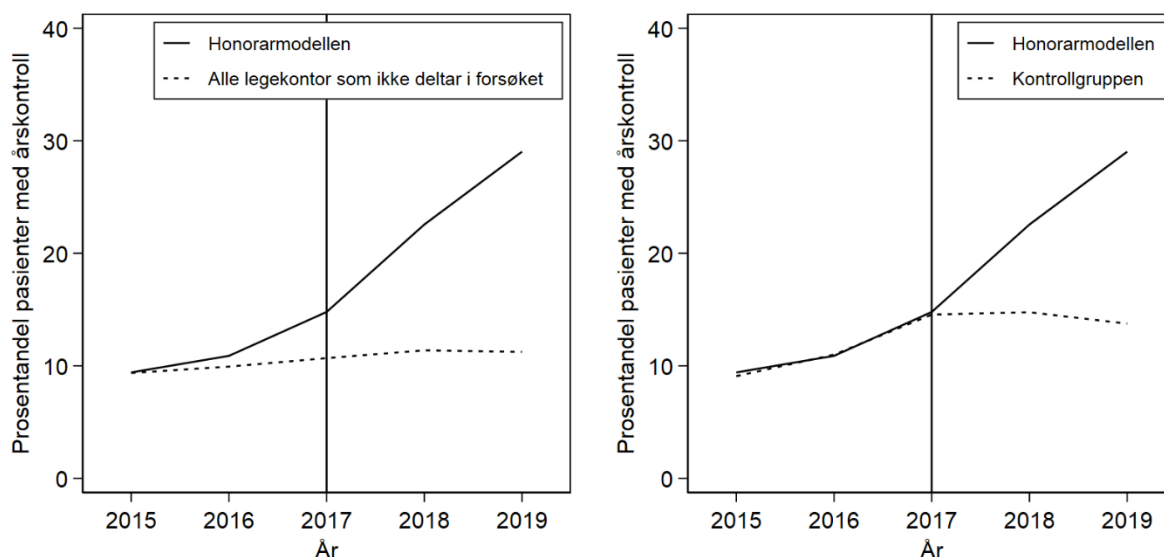
	Driftstilskuddsmodellen	Legekontor utenfor forsøket	Kontrollgruppe foreslått av PSM	Kontrollgruppe foreslått av CEM
Kommunal eieform (%)	80	23	70	80
Sykepleiere (%)	60	24	60	60
Endring inntjening med driftstilskuddsmodellen (%)	52	15	46	52
Beliggenhet (%)				
Mest sentral	60	24	60	73
Sentral	0	24	0	6
Mindre sentral	0	29	0	11
Minst sentral	40	22	40	10
Antall fastleger	4,5	4,3	4,1	4,5
Antall pasienter per fastlege	897	1169	839	914
Kvinnelige fastleger (%)	54	41	58	51
Fastleger med fast lønn (%)	67	8	65	66
Fastleger med spesialistutdanning (%)	47	60	47	41
Ansatt i kommunen (år)	6,5	9,8	6,6	7,0
Sum standardiserte forskjeller		11,0	1,1	2,1
N	5	790	10	180

**Merknad:** Variablene “kommunal eieform” og “sykepleier” viser andel av legekontor med kommunal eieform og sykepleier i 2017. Øvrige variable viser gjennomsnitt i perioden 2015 til 2017. “Beliggenhet” rangerer legekontorenes kommuner ut fra nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner ved hjelp av SSBs sentralitetsindeks (<https://www.ssb.no/klasse/klasse/klasse/128>). “Endring inntjening med driftstilskuddsmodellen” sammenligner faktisk inntjening med estimert inntjening med driftstilskuddsmodellen. Inntjening er beregnet basert på listeinnbyggere. Den standardiserte forskjellen for en variabel k er beregnet som (gjennomsnitt av k for legekontor med driftstilskuddsmodellen - gjennomsnitt av k for legekontor utenfor forsøket) / standardavvik av k for legekontor med driftstilskuddsmodellen.

Valget av kontrollkontor kan få stor betydning for hvordan sammenligning av aktivitet i legekontor med PHT og andre legekontor blir. Figur 2-1 viser andel av pasienter med diabetes type 2 som har fått årskontroll fordelt på år. I figuren til venstre sammenlignes legekontor med honorarmodell med alle legekontor som ikke deltar i forsøket med PHT. I figuren til høyre skjer sammenligningen med en kontrollgruppe som er valgt ut med PSM. Vi ser at kontrollgruppe med PSM fører til at utviklingen før

forsøket starter, blir mer parallell (parallele trender). Sjansen blir dermed større for at avvik i trendene etter forsøket starter, har noe med forsøket å gjøre.

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



Kilde: KUHR

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

Vi bruker i år programvaren The Johns Hopkins ACG System (<https://www.hopkinsacg.org/about-the-acg-system/>) for å identifisere skrøpelig eldre og multisyke<sup>4</sup>. Skrøpelige eldre blir nå identifisert ved hjelp av en frailty index som tar utgangspunkt i sett av diagnoser som kjennetegner skrøpelige personer. Vi identifiserer multisyke som personer som har tre eller flere diagnoser for kronisk sykdom slik de er definert av ACG-systemet.

## 2.2 Studier med data fra Medrave

Vi supplerer registerdata med data fra Medrave ([www.medrave.no](http://www.medrave.no)). Medrave har utviklet et informasjonssystem som henter virksomhetsdata fra fastlegenes journalsystem og lager rapporter som gjør det mulig for fastlegene å sammenligne seg med andre fastleger. Det er et omfattende sett av indikatorer. En oversikt over indikatorer som har blitt brukt i evalueringen, er beskrevet i vedlegg A.2. For pasienter med diagnostisert diabetes type 2 er det indikatorer for blodtrykk fordelt på intervaller, hba1c fordelt på intervaller, andel av pasientene som blir behandlet med statiner, andel som har hatt diabeteskontroll siste 12 måneder og andel med opplysning om albuminuri. PHT-legekantor med journalsystem som gjør det mulig å bruke Medrave, fikk tilsendt samtykke-skjema. Alle aktuelle

<sup>4</sup> Universitetet i Oslo har ACG® SYSTEM License agreement for academic purposes.



legekantor signerte og returnerte samtykkeskjema. Da datainnsamling til denne rapporten måtte avsluttes, hadde vi Medrave-data fra fire legekantor med driftstilskuddsmodellen og fem legekantor med honorarmodellen. Ved hjelp av tilsvarende matching-prosedyrer som beskrevet for registerdata i avsnittet over, har vi funnet fram til aktuelle kontroll-legekantor for legekantor som prøver ut honorarmodellen og for legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Formålet er å rekruttere kontroll-kantor med kjennetegn (som eieform, alders- og kjønnsfordeling av listeinnbyggere osv.) som ligner mest mulig på tiltakskontorene. Det ble sendt ut invitasjoner til fire legekantor som kontroll til legekantor som prøver ut honorarmodellen og til fire legekantor som kontroll til legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. To legekantor i hver av kontrollgruppene returnerte underskrevet samtykkeskjema innen fristen for datainnsamling til denne rapporten. Det er et mål å inkludere flere kontroll-legekantor i neste statusrapport. Indikatorene som har blitt levert av Medrave, er basert på månedlige datauttak fra 31. desember 2014 og fram til 31. oktober 2021. Tidsutviklingen for et utvalg av indikatorene blir beskrevet ved hjelp av figurer. Vi undersøker forskjellene i tidsutviklingen mellom tiltaks- og kontrollkantor siden forsøket startet, ved hjelp av forskjeller-i-forskjeller analyse som er beskrevet over.

Så langt vi kjenner til, er det første gang data fra Medrave blir brukt i evaluering av forsøk i fastlegetjenesten. Siden tida for tilrettelegging har vært knapp, må resultatene som presenteres i denne rapporten, ses på som foreløpige. Samarbeidet med Medrave vil fortsette og vi håper å kunne presentere mer fullstendige resultater i kommende statusrapporter fra evalueringen. Vi vil da også forsøke å rekruttere flere kontroll-legekantor. En fordel med anonyme data på legekantor-nivå er at den som skal gjøre analysene ikke trenger tilgang til sensitive journaldata på individnivå.

## 2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved fastlegekantor

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

Vi utarbeidet til sammen tre spørreskjema, ett for hver av yrkesgruppene i PHT. I årets undersøkelse var det samme spørreskjema til de ansatte ved legekantorene som ble innlemmet i forsøket i 2020 og de ansatte ved legekantor som har deltatt siden start. Utvalget omfattet fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekantor som deltar i forsøket med PHT. Temaer i undersøkelsene var:

- Teamarbeid, herunder roller, oppgavefordeling og samarbeid
- Teamledelse, herunder tid brukt til ledelse/møtevirksomhet og kompetanse
- Arbeidstilfredshet
- Samhandling med andre tjenester
- Gevinster for pasienter

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

Ettersom undersøkelsen omfatter et begrenset antall legekantor og antall ansatte, er vår tolkning av resultatene først og fremst kvalitativ. Likevel ønsker vi å kvantitativt beskrive forskjeller i oppfatninger og erfaringer blant ulike yrkesgrupper og mellom personell på legekantor med de to finansieringsmodellene. For enkelte spørsmål har vi derfor gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper (f.eks. fastleger med ulik finansieringsmodell, ulike yrkesgrupper) eller om svarfordelingen har endret seg sammenlignet med de tidligere undersøkelsene. 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.

Ved noen legekantor har det vært en del vikarbruk og utskifting av personell. Personer som nylig hadde blitt ansatt da undersøkelsen ble gjennomført har trolig hatt begrensede forutsetninger for å svare på undersøkelsen. I spørreundersøkelsen oppga 11 prosent av fastlegene at de hadde jobbet mindre enn 1 år ved legekantoret.

### Distribusjon

E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til lederne ved legekantorene. Mottakeren ble bedt om å videresende undersøkelsen til alle fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som arbeider ved fastlegekantoret. Undersøkelsen ble sendt ut første gang 28. april 2021. Det ble sendt to påminnelser fra evaluator og to fra Helsedirektoratet. Påminnelsene fra Helsedirektoratet ble kun sendt til legekantor med lav svarprosent. Undersøkelsen ble avsluttet 11. juni 2021.

### Studiepopulasjon

Totalt samtykket 170 personer til å delta i spørreundersøkelsen.

Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ved legekantorene med PHT var 71, 87 og 70 prosent for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som deltar i forsøket (Tabell 2-3). Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ble beregnet basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekantorene. Ved enkelte legekantor har de sykepleiere som ikke er ansatt som PHT-sykepleier, men disse ble også bedt om å svare på undersøkelsen og er inkludert i sykepleier-kategorien i undersøkelsen. Enkelte av disse sykepleierne har helsesekretær oppgaver, og forskjeller i svarfordeling mellom kategoriene sykepleier og helsesekretær må derfor tolkes med varsomhet. Ettersom det kan være avvik mellom antall registrerte og faktiske ansatte på de ulike legekantorene, må svarprosenten regnes som omtrentlig.

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

	Antall respondenter (svarprosent)	Antall respondenter, honorarmodellen	Antall respondenter, driftstilskuddsmodellen
Fastleger	79 (71 %)	57	22
Sykepleiere	40 (87 %)	27	13
Helsesekretærer	51 (70 %)	38	13

I Tabell 2-4 viser vi kjennetegn som beskriver fastlegene som svarte på undersøkelsen. Om lag halvparten av fastlegene (54 prosent) hadde en listelengde på mellom 1 000 og 1 499 listeinnbyggere. Listelengden var betraktelig kortere blant fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen, hvilket er i tråd med funn fra statusrapporten fra 2019 (Abelsen, et al., 2019b). Fra datagrunnlaget innhentet i forbindelse med tidligere statusrapporter vet vi at en høyere andel av fastlegene med driftstilskuddsmodellen enn med honorarmodellen har en eller flere bistillinger. Dette henger sammen med at kantorene med driftstilskuddsmodellen i hovedsak er kommunale fastlegekantor.

**Tabell 2-4 Kjennetegn ved fastleger i spørreundersøkelsen 2021, prosent**

	Alle fastleger	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
<b>Listelengde</b>			
Færre enn 500	7	2	18
500-749	18	11	36
750-999	21	18	27
1000-1249	36	45	14
1250-1499	18	24	5
Flere enn 1500	0	0	0

## 2.4 Intervjustudier

Til denne fjerde statusrapporten er det gjennomført tre intervjustudier – en blant personell på legekantorene i PHT-forsøket, en blant ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus i

kommuner og bydeler som deltar i PHT-forsøket, og en blant ansatte i andre deler av den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Datainnsamlingen er meldt til NSD Personvernombudet for forskning (NSD prosjektnummer 58134). I det videre beskrives metodiske forhold ved intervjustudiene nærmere.

#### **2.4.1 Studie 1: Intervju med personell på legekantor i PHT-forsøket**

Våren 2021 ble det gjort adskilte kvalitative intervju med PHT-ledere, fastleger og PHT-sykepleiere ved 10 av de 17 legekantorene som inngår i forsøket. Det var ressurs hensyn som gjorde at det ikke ble gjennomført intervju på alle legekantorene. Legekantorene som ble valgt ut, hadde alle vært med i forsøket siden starten (henholdsvis mellom 33 og 37 måneder ved intervjutidspunktet). Seks av de 10 legekantorene prøver ut honorarmodellen og fire legekantor prøver ut driftstilskuddsmodellen.

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 intervjuer med enkeltinformanter eller grupper av informanter. Informantene fikk tilsendt en tematisk intervjuguide i forkant av intervjuene slik at de kunne være forberedt på hva intervjuene ville dreie seg om. Intervjuguiden var like for alle tre informantgrupper. Temaene var:

- Utvelgelsen av listeinnbyggere til PHT-oppfølging
- Arbeidet som PHT – erfaringer og endringer underveis
- Teamarbeidet: Roller, samarbeid og samhandling
- Prosedyrer for arbeidet
- Formelle og uformelle møte-/kommunikasjonsstrukturer
- Proaktivitet
- Turnover
- Samarbeid ut av legekantoret med øvrige kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester

Intervjuene ble gjort av samme forsker ved hjelp av Microsoft Teams. Den store majoriteten av informanter var tidligere intervjuet en eller flere ganger av forskeren som del av evalueringen.

Det ble gjennomført 30 intervjuer med til sammen 10 PHT-ledere (10 intervju), 24 fastleger (10 intervju) og 20 sykepleiere (10 intervju). Gjennomsnittlig intervjuvarighet med de ulike gruppene var henholdsvis: 65, 41 og 54 minutter. Intervjuene med ansatte på legekantorene ble transkribert og brukt som grunnlag for analyse.

#### **2.4.2 Studie 2: Intervju med ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus**

For å undersøke aspekter ved samhandlingen mellom PHT og andre kommunale tjenester ble det våren 2021 gjennomført intervju med et utvalg ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Disse tjenestene ble valgt fordi de yter tjenester til sentrale målgrupper for PHT-forsøket. Intervjuene ble gjort i kommuner og bydeler hvor de 10 legekantorene i studie 1 (se kapittel 2.4.1) er lokalisert, dvs. i seks kommuner og tre bydeler i Oslo. Som kommune, får Oslo med sine tre bydeler en relativt sett stor vekt i denne intervjuanalysen. Bydelene er alle folkerike og har mange likhetstrekk med folkerike kommuner.

Kommunal prosjektleder i de aktuelle kommunene og bydelene var behjelpelig med å finne fram til relevante informanter som ble kontaktet for intervjuavtale. Relevante informanter var i denne sammenhengen personer med god kjennskap til PHT og/eller egne erfaringer fra samarbeid med PHT. I mange tilfeller ble det gjennomført intervju med informanter som også ble intervjuet i 2018 i forbindelse med oppstarten av PHT-forsøket.

Informantene fikk tilsendt en intervjuguide i forkant av intervjuene slik at de kunne være forberedt til intervjuene. Spørsmålene handlet om:

- Kjennskapet til PHT
- Hvordan PHT merkes i det daglige arbeidet
- Overlapp og grensedragning mellom egen tjeneste og PHT
- Om PHT bidrar til en mer tilgjengelig fastlegetjeneste

Intervjuene ble gjort av samme forsker ved hjelp av Microsoft Teams. I noen tilfeller ble det i løpet av intervjuet avdekket at informanten hadde lite kjennskap til PHT. Det var derfor nødvendig å lete fram til og supplere med flere informanter og intervju for å få fram praktisk erfaring fra samarbeid med PHT. Dette var tilfelle i to av de tre bydelene hvor det ble gjort intervju.

Det ble gjennomført 20 intervjuer fordelt på 12 intervjuer med til sammen 22 ansatte i hjemmetjenesten og til sammen åtte intervjuer med til sammen 13 ansatte i tjenester for psykisk helse og rus (gjennomsnittlig varighet, henholdsvis: 31 og 32 minutter). Noen av intervjuene var med enkeltinformanter og noen med en gruppe informanter.

### **2.4.3 Studie 3: Intervju med ansatte i øvrige deler av kommunal helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten**

For å gi ytterligere perspektiver på samhandlingen mellom PHT og andre kommunale tjenester enn de nevnt i Studie 2 og med spesialisthelsetjenesten, ble det også gjennomført en rekke kortere telefonintervju med ansatte i andre deler av den kommunale helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Et annet formål med denne undersøkelsen var å gi et bredere grunnlag for den samfunnsøkonomiske analysen av PHT.

For å komme i kontakt med personer i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten, sendte vi en henvendelse til lederne ved alle de 17 PHT-legekontorene for å be om kontaktopplysninger til personer som PHT samhandlet med, og som kunne bli intervjuet om dette samarbeidet. Alle PHT-lederne ble bedt om å oppgi inntil fem ansatte i øvrige kommunale tjenester og fem i spesialisthelsetjenesten.

Vi mottok informasjon om informanter i den kommunale helsetjenesten i seks kommuner/bydeler. Informantene representerte flere ulike tjenesteområder: omsorgstjenester, psykiske helse og rus, fysio- og ergoterapi, jordmortjeneste, miljøtjeneste og kreftkoordinator. Vi gjennomførte til sammen 13 intervjuer med representanter for kommunale tjenester.

Fem legekontor kunne navngi minst én person i spesialisthelsetjenesten vi kunne kontakte, mens seks oppga at det ikke samhandlet med noen, eller at de ikke kunne navngi noen informanter. Resterende seks legekontor svarte ikke på vår henvendelse. Totalt ble åtte ansatte i spesialisthelsetjenesten og en privatpraktiserende spesialist foreslått og kontakten med en intervjuforespørsel, og fem av disse stilte til intervju, herunder to overleger ved ulike avdelinger, en seksjonsleder, en privat avtalespesialist og en vernepleier. To av informantene er foreslått av ett og samme legekontor.

### **2.4.4 Analyse**

I alle tre studier ble intervjuene analysert etter hovedprinsippene i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Trinnene i analysen er: 1) bli kjent med intervjumaterialet, 2) identifisere foreløpige tema, 3) justere og presisere tema og undertema, 4) identifisere meningsbærende utsagn innenfor det enkelte tema og 5) kondensere meningsinnhold. Den empiriske analysen ble supplert med forskningslitteratur om grensearbeid.

## **2.5 Samfunnsøkonomisk analyse**

En samfunnsøkonomisk analyse skal bidra til at politikere og andre beslutningstakere får solide, transparente og sammenlignbare beslutningsgrunnlag når de skal vurdere ulike tiltak. Vi har gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av endret organisering med PHT. Analysen følger de åtte arbeidsfasene i veileder i samfunnsøkonomiske analyser fra Direktoratet for økonomistyring (2018) (Figur ) og prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser fra Finansdepartementets (2021) rundskriv R-109/21.

**Figur 2-2: Arbeidsfasene i en samfunnsøkonomisk analyse**



Kilde: Direktoratet for økonomistyring (2018)

Virkninger som lar seg tallfeste og verdsette i kroner behandles som prissatte virkninger i analysen. Virkninger som ikke lar seg tallfeste og verdsette i kroner behandles som ikke-prissatte virkninger, i henhold til metodikk i veilederen for samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for økonomistyring, 2018). For ikke-prissatte virkninger betyr dette at vi foretar en vurdering av betydningen av de identifiserte virkningene, og en vurdering av hvor stort positivt eller negativt omfang en virkning har på et berørt område. Ved å sammenstille vurderingen av betydning og omfang oppnår vi en samlet konsekvens for virkningen. Til dette arbeidet benytter vi konsekvensmatrisen, vist i Tabell 2-5, (Direktoratet for økonomistyring, 2018), som angir en skala fra meget stor positiv konsekvens til meget stor negativ konsekvens:

- Meget stor positiv konsekvens (++++)
- Stor positiv konsekvens (+++)
- Middels positiv konsekvens (++)
- Liten positiv konsekvens (+)
- Ubetydelig/ingen konsekvens (0)
- Liten negativ konsekvens (-)
- Middels negativ konsekvens (--)
- Stor negativ konsekvens (---)
- Meget stor negativ konsekvens (----)

**Tabell 2-5: Konsekvensmatrise for ikke-prissatte virkninger**

		Betydning		
		Liten	Middels	Stor
<b>Omfang</b>	Stort positivt	+ / +++	++ / ++++	+++ / +++++
	Middels positivt	0 / +	++	++ / ++++
	Lite positivt	0	0 / +	+ / ++
	Intet	0	0	0
	Lite negativt	0	0 / -	- / --
	Middels negativt	0 / -	--	-- / ---
	Stort negativt	- / --	-- / ---	--- / ----

Kilde: Direktoratet for økonomistyring (2018)

## 2.6 Dokumentstudier

Som grunnlag for å beskrive relasjonen mellom PHT og digital hjemmeoppfølging, har vi brukt sluttrapportene fra tre av prosjektene som har prøvd ut digital hjemmeoppfølging. Disse prosjektene er lokalisert i to kommuner og en bydel i Oslo som også prøver ut PHT. Evaluator har kjennskap til disse rapportene fordi store deler av evalueringsteamet er overlappende i de to utprøvingene som begge foregår i Helsedirektoratets regi. Omtalen av relasjonen mellom PHT og digital hjemmeoppfølging inngår som kapittel 6.3. Perspektiver i kapittel 6 er PHT sett fra andre tjenester. Det er hoved-essensen i beskrivelsene av denne relasjonen slik de ulike prosjektene ser den som gjengis her. Det er i utgangspunktet snakk om lite tekst i den enkelte prosjektrapport som er kondensert for vårt formål.

## 2.7 Oppsummering og konklusjon

Vi har i dette kapitlet redegjort for hvordan vi har gått fram for å etablere datasett fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuundersøkelser og dokumentstudier, samt hvordan dette materialet er analysert som del av evalueringen. Vi har også redegjort for metodikken knyttet til den samfunnsøkonomiske analysen.

Det er flere grunner til at evalueringen av forsøk med PHT er et omfattende og sammensatt prosjekt. Utvelgelsen av kommuner og legekantor gjør det vanskelig å skille egenskaper ved legekantorene fra virkningene av PHT (les mer om dette i kapittel 4). Vi har derfor lagt mye arbeid i å finne fram til legekantor som egner seg som kontrollgruppe. Vi har i dette kapitlet redegjort for måtene vi velger kontrollgruppe på i analyser av registerdata. Herunder har vi forklart hvordan kontrollgruppen kan variere både avhengig av problemstilling og av type data.

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

Det er mangel på kvantitative data til å belyse helsetjenestenes kvalitet og helseeffekter for pasientene. I evalueringen har derfor intervjustudier vært sentralt for å oppnå dybdekunnskap som verken spørreundersøkelser eller registerdata kan tilby. Et nytt tilfang i årets rapport er data fra pasientjournaler som hentes ut ved hjelp av verktøyet Medrave. Det er imidlertid ikke alle legekantor i forsøket som bruker Medrave. Det begrenser omfanget av denne undersøkelsen.

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

### 3. Betydningen av koronapandemien

*Pandemien har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT. Mye av arbeidskapasiteten ved legekantorene har gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Det har vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. Dette er et viktig bakteppe for resultatene som kommer fram i årets rapport.*

Dette kapitlet beskriver virkningene av koronapandemien på PHT-forsøket slik de har framkommet i intervju, spørreundersøkelser og registerdata.

Onsdag 26. februar 2020 ble det første tilfellet av covid-19 registrert i Norge (NOU 2021:6). Torsdag 12. mars 2020 ble det innført kraftfulle nasjonale smitteverntiltak for å bekjempe pandemien som gjerne omtales som nedstengingen av Norge. Gjennom koronapandemien har ulike nasjonale, regionale og lokale smitteverntiltak vært virksomme. Pandemien er i skrivende stund ikke over og tiltak justeres fortsatt opp og ned etter smittetrykk. Smitteverntiltakene har og har hatt virkning på driften av legetjenesten i kommunene og følgelig også for legekantorene som inngår i PHT-forsøket.

**Vårt evalueringssoppdrag handler om å evaluere forsøket med PHT. Det har derfor ikke vært noe hovedansvarliggende for oss å evaluere hvordan koronapandemien har virket inn på PHT-forsøket. Men det er selvsagt umulig å se bort fra at koronapandemien har hatt betydning.** I det videre vil vi gi en beskrivelse av virkningene slik de er beskrevet i intervjuundersøkelsen og fritekstsvar i spørreundersøkelsen på legekantorene. Vi vil også bruke registerdata for å anskueliggjøre hvordan koronapandemien har virket inn på virksomheten ved legekantorene i PHT-forsøket. Koronapandemiens virkninger på PHT-forsøket ble også gjenstand for diskusjon på en samling i slutten av oktober 2021 hvor personell fra alle legekantorene i forsøket var samlet. Som innledning til diskusjonen, ble innholdet i kapittel 3.1- 3.3 presentert. Innspill som kom i diskusjonen, er også inkludert i denne beskrivelsen (kapittel 3.4).

#### 3.1 Intervjuundersøkelsen: Mye pandemihåndtering – lite PHT-utvikling

I intervjuene som ble gjort ved 10 legekantor i PHT-forsøket, ble ikke informantene spurt direkte om virkninger av koronapandemien. Mange snakket likevel en del om dette i intervjuene. Informanter fortalte gjennomgående at legekantorene hadde brukt mye kapasitet på å håndtere koronapandemien. Det framgikk at pandemirelaterte arbeidsoppgaver varierte i innhold og omfang mellom legekantor i folkerike og mindre folkerike kommuner.

##### 3.1.1 Ulike arbeidsoppgaver i folkerike og mindre folkerike kommuner

I de mindre folkerike kommunene hvor det gjerne bare er ett legekantor, fortalte informantene at ansatte ved legekantoret har håndtert et vell av oppgaver knyttet til koronapandemien. De har vært opptatt med utvikling av prosedyrer for smittevern både på legekantor og legevakt, de har drevet luftveispoliklinikk, de har vært involvert i prosedyreutvikling for testing og noen grad drevet med testing, i smittesporing, i håndtering av koronasyke, i identifisering av risikogrupper i forbindelse med vaksineprioritering og i vaksinerings. Flere av PHT-lederne ved legekantorene i de mindre folkerike kommunene, er kommuneoverleger. De fortalte at koronapandemien har gitt dem mange ekstra arbeidsoppgaver.

I de folkerike kommunene og bydelene har legekantorene håndtert mer avgrensede oppgaver, mens annet personell og andre tjenester har håndtert eksempelvis legevakt, testing og smittesporing. Smittetrykket og antall koronasyke som legekantoret har holdt kontakten med gjennom sykdomsfasen, har til gjengjeld vært høyt mange av disse stedene.

Informantene ga uttrykk for at det generelt har vært jobbet lite med utviklingen av PHT under koronapandemien – av litt ulike årsaker. Mange steder handlet dette om mangel på arbeidskapasitet, illustrert godt av følgende beskrivelse fra en PHT-leder:

*«Vi er jo en liten kommune og det er legetjenesten som har fått ansvar for alt med korona - altså alt av vaksinerings, alt av testing, alt av smittesporing - alt ligger på oss. Vi har ikke fått flere folk. Så vi har jobbet veldig mye med korona siste 14 månedene og ja ikke fått jobbet så mye med interne ting på kontoret og teambuilding og videreutvikling av PHT og dette som vi hadde lyst til.» (PHT-leder)*

En annen PHT-leder beskrev situasjonen med koronapandemi som «komplett unntakstilstand» og en fastlege mente at man bare må «sette en strek over dette året når det gjelder PHT-erfaring».

Smitterisiko som har begrenset muligheten for å kunne møtes fysisk, har vært et annet hinder for videreutvikling av PHT. En PHT-sykepleier ved et legekantor i en folkerik kommune fortalte at hun i perioder hadde hatt veldig lite å gjøre fordi legekantoret var stengt for fysiske konsultasjoner. Mangelen på arbeidsoppgaver hadde for hennes del medført redusert jobbtillfredshet. Hun fortalte også at kontakten mellom PHT-sykepleiere ved ulike legekantor som tidligere møttes for å utveksle erfaringer, hadde opphørt på grunn av pandemien.

En PHT-leder fortalte at koronapandemien har knyttet legetjenesten mer sammen. En annen PHT-leder mente pandemien har bidratt til økt omstillingsevne og styrket omfanget av samarbeid på legekantoret. Dette er positive elementer som han mente de kunne dra med seg inn i videre PHT-arbeid. Fastleger ved samme legekantor så også det positive i at koronapandemien hadde gjort legene mer stasjonære, noe som hadde gitt økt kapasitet til det daglige arbeidet og en mindre travel arbeidshverdag. PHT-sykepleierne ved samme legekantor mente på sin side at mye pandemifokus hadde gjort at nytilsatte fastleger ikke hadde blitt satt godt nok inn i PHT-arbeidet og derfor involverte dem mindre i sitt pasientarbeid enn de mer erfarne legene ved legekantoret.

### 3.1.2 Virkninger for pasientbehandlingen

Flere informanter fortalte at pandemien hadde vanskeliggjort oppfølgingen av pasienter med luftveissykdommer som astma og kols. Det ble pekt på et redusert omfang av årskontroller under pandemien – særlig blant pasienter med kols, men pasienter med diabetes ble også nevnt. En informant fortalte at noen kronisk syke pasienter som har vært under oppfølging i spesialisthelsetjenesten for ulike forhold, hadde mistet denne kontakten på grunn av koronapandemien. Informanter ved et legekantor med lang vei til sykehus, fortalte om hvordan de har tatt et økt ansvar for kreftpasienter som ikke ville til sykehusbehandling fordi de var redd for smitte. PHT-lederen fortalte at pasienter hadde gitt uttrykk for at «enten får jeg hjelp hjemme eller så får kreften min bare gå sin gang» og at det ikke hadde vært noe alternativ å ikke strekke seg ekstra. PHT-sykepleiernes kapasitet til å dra hjem til kreftpasienter for å gjøre nødvendige undersøkelser som normalt ville vært gjort i spesialisthelsetjenesten, hadde i den sammenhengen vært viktig. Andre PHT-ledere og fastleger fortalte at de hadde hatt god nytte av PHT-sykepleier for å kvittere ut PLO-meldinger med kort frist fra kommunens smittesporere, om covid-19 smittede listeinnbyggere som må følges opp av fastlegen. PHT-sykepleier har avlastet fastlegene i oppfølging av smittede listeinnbyggere. De har også bidratt til å identifisere risikopasienter som skulle ha ulik prioritet i vaksineringsen.

## 3.2 Koronapandemien og spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen kom det frem at både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer opplevde at pandemien har påvirket arbeidet med PHT. Flere beskrev at pandemien har gjort at det har vært lite fokus på å utvikle samarbeidet på legekantoret, og at det også har vært lite tid til teamledelse. Det ble også nevnt at man i liten grad har fått gjennomført det som anses som «PHT-arbeid». En sykepleier oppga at de på grunn av pandemien og tidsbruk til vaksineringsarbeid i liten grad gjennomførte årskontroller, mens en annen beskrev pandemien har gjort at de ikke har fått utvidet PHT-arbeidet til flere pasientgrupper:

*«På grunn av koronasituasjonen i kommunen, og mange nye oppgaver som har falt på legekantoret, har det vært lite rom for å ha så mye samarbeid siste*



*ukene og månedene. Dermed går alt litt i stå, en kommer ikke videre i verken innhenting av nye pasientgrupper eller videreutvikling av det man allerede har etablert.» (Sykepleier)*

---

Under pandemien har legekantorene fått flere oppgaver, blant annet knyttet til testing, smittesporing og vaksinerings. Fra fritekstsvarene i spørreundersøkelsen fremgår det at det særlig er sykepleier som har fått andre oppgaver som følge av pandemien. En sykepleier påpekte at oppgavene de har blitt tilført, ikke har generert sykepleiertakster:

*«Spesielt nå det siste året er det brukt mye tid på vaksinerings, både i forbindelse med influensa, men spesielt i forbindelse med korona. Jeg var også utlånt fem uker da pandemien startet til luftveislegevakt. Denne tiden var inntjeningen min lik null.» (Sykepleier)*

---

I fritekstsvarene var det også flere som understreket at det er vanskelig både for de ansatte på legekantoret og for evalueringen å vite hvordan effektene av PHT ville vært i en normalsituasjon. En lege skrev at han opplevde at pandemien har gjort at han ikke har sett eventuelle gevinster av PHT, mens en sykepleier påpekte at det var vanskelig å svare på spørreundersøkelsen fordi pandemien har tatt fokus bort fra PHT:

*«Vanskelig/feil å svare på spørreskjema i disse tider med mye fokus på korona, og lite tid til fokus på PHT arbeid.» (Sykepleier)*

---

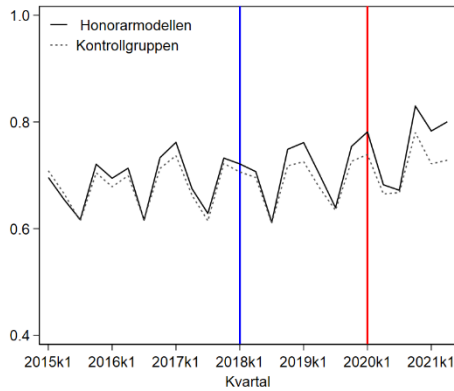
### 3.3 Spor av koronapandemien i registerdata

#### 3.3.1 Endringer i konsultasjoner

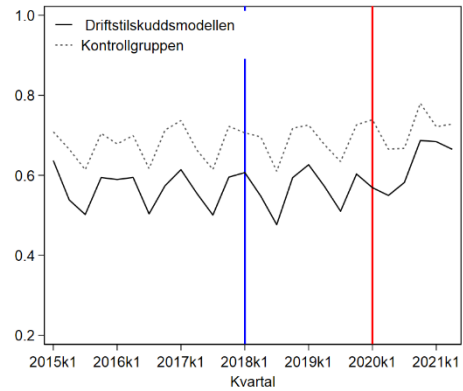
Vi har undersøkt om registerdata støtter opp om funn fra intervjuer og spørreundersøkelser. Figur 3-1 viser utviklingen i konsultasjoner på legekantoret og e-konsultasjoner i legekantor som prøver ut honorarmodellen og i kontrollgruppen. Det er observasjoner hvert kvartal fra 1. kvartal 2015 til 2. kvartal 2021. Forsøksstart i 1. kvartal 2018 er markert med en vertikal blå linje. Starten av pandemien 1. kvartal 2020 er markert med en vertikal rød linje. Det er ingen endringer i antall konsultasjoner i legekantor med honorarmodellen i forhold til legekantor i kontrollgruppen under pandemien. Figur 3-2 viser utviklingen i tilsvarende konsultasjoner for legekantor som praktiserer driftstilskuddsmodellen og de tilhørende legekantor i kontrollgruppen. Det er økning i konsultasjoner i legekantor med driftstilskuddsmodellen i forhold til legekantor i kontrollgruppen under pandemien (se Tabell B-12-13 i vedlegg).

Figur 3-3 og Figur 3-4 viser utviklingen i enkle konsultasjoner for legekantor som prøver ut honorarmodellen og legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen med tilhørende kontrollgrupper. Her er det ingen endringer i legekantor i forsøket i forhold til kontrollgruppene under pandemien.

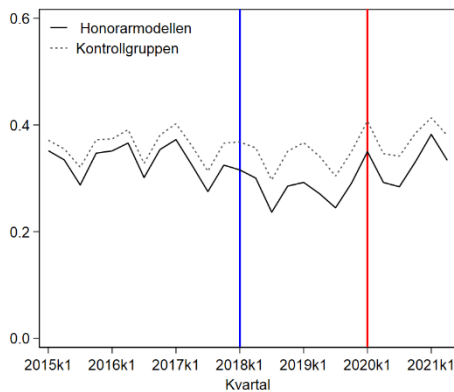
**Figur 3-1 Konsultasjoner og e-konsultasjoner per listeinnbygger. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 2ad, 2ae, S2a og S2ae)**



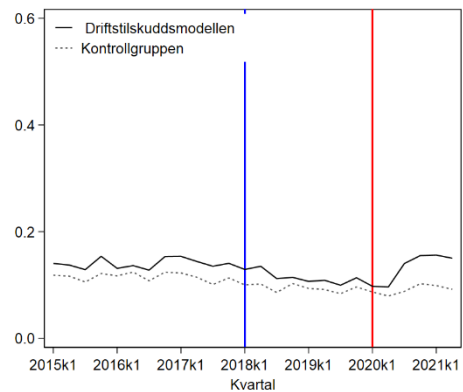
**Figur 3-2 Konsultasjoner og e-konsultasjoner per listeinnbygger. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 2ad, 074a, 2ae, 074ae, 088b, 088cd)**



**Figur 3-3 Enkel pasientkontakt per listeinnbygger. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 1ad, 1bd, 1be, S1a, S1c, S1d)**



**Figur 3-4 Enkel pasientkontakt per listeinnbygger. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 1ad, 070, 088a)**

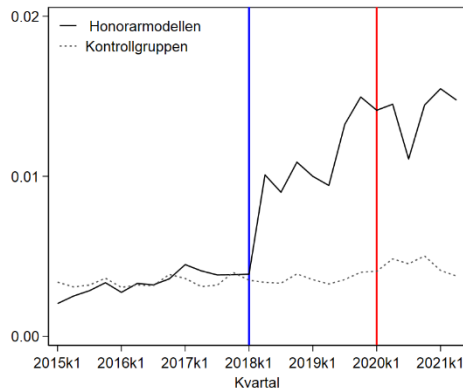


Kilde: KUHR

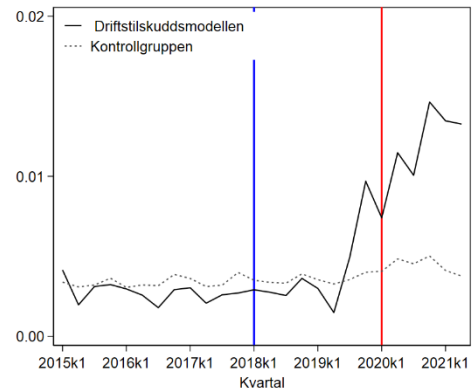
### 3.3.2 Endringer i hjemmebesøk

Figur 3-5 viser utviklingen i hjemmebesøk av leger, sykepleiere og begge sammen i legekantor med honorarmodellen og i legekantor i kontrollgruppen. Her er det fortsatt en økning i tiltaksgruppene i forhold til i kontrollgruppene siden forsøket startet. Figur 3-6 gir inntrykk av tilsvarende økning for legekantor som praktiserer driftstilskuddsmodellen. Denne er ikke statistisk signifikant på fem prosent nivå.

**Figur 3-5 Hjemmebesøk per listeinnbygger. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 11ad, S3a, S3b)**



**Figur 3-6 Hjemmebesøk per listeinnbygger. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 11 ad, O86a, O88d)**

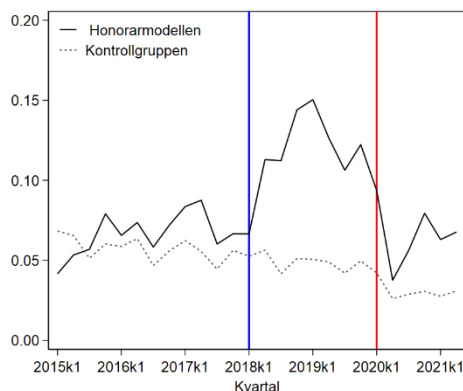


Kilde: KUHR

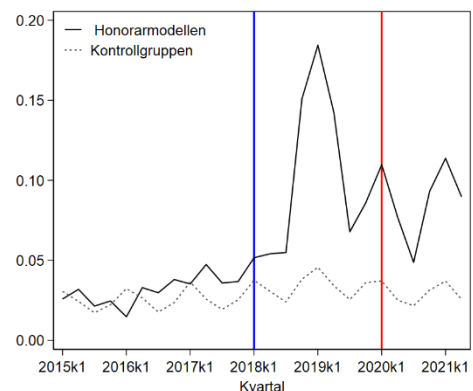
### 3.3.3 Endringer i spirometri og årskontroll for diabetes

I honorarmodellen er det egne takster for spirometri og årskontroll for diabetes type 2. Spirometri er anbefalt minst en gang årlig for pasienter med kols. Årskontroll er anbefalt for pasienter med diabetes type 2. I statusrapporten for 2020 fant vi at både spirometri og årskontroll for diabetes hadde økt signifikant i tiltaksgruppen i forhold til kontrollgruppen etter at forsøket med PHT startet. Figur 3-7 viser utviklingen over tid i spirometrier per listeinnbygger med kols. Det fortsatt er en statistisk signifikant økning blant listeinnbyggere ved legekantor i PHT-forsøket sammenliknet med listeinnbyggere ved kontrollkantor, når hele perioden etter forsøkstart ses under ett (se Tabell B-12-23 i vedlegg). Det er imidlertid ikke lenger noen signifikant økning i tiltaksgruppen i forhold til kontrollgruppen i 2020 og 2021, isolert sett. Dette har trolig sammenheng med koronapandemien. Figur 3-8 viser tilsvarende utvikling i årskontroll for pasienter med diabetes type 2. Det er en signifikant økning i andelen pasienter med diabetes type 2 som har mottatt årskontroll etter 2017 i legekantor med honorarmodellen (se Tabell B-12-33 i vedlegg). Mot slutten av observasjonsperioden er ikke lenger differansen mellom PHT-kantor og kontrollgruppen statistisk signifikant. Dette har trolig også sammenheng med koronapandemien. Beskrivelsene med registerdata knyttet til listeinnbyggere med diabetes type 2 og kols, støtter derfor opp om beskrivelsene som blir gitt i intervjuer og spørreskjemaundersøkelsene blant de ansatte i legekantorene som prøver ut PHT.

**Figur 3-7 Dynamisk spirometri per listeinnbygger med kols. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen. (Takst: 507c)**



**Figur 3-8 Årskontroll for diabetes per listeinnbygger med diabetes. Legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen. (Takster: 109, 109a, 109b)**



Kilde: KUHR

### 3.4 Andre innspill om pandemivirkninger

På samlingen som ble arrangert i oktober 2021, med deltakere fra alle legekantorene i forsøket, fikk deltakerne anledning til å diskutere i grupper om opplevde virkninger av koronapandemien på PHT-forsøket. Evaluator ba spesifikt om at forhold som ikke var kommet fram i intervjuundersøkelsen, spørreundersøkelsen og registerdata (jfr. kapittel 3.1- 3.3) måtte løftes fram. Diskusjonen ble oppsummert i plenum. Det var også mulig å sende skriftlige innspill fra de ulike gruppediskusjonen til evaluator.

Oppsummert tyder det som kom fram både muntlig og skriftlig, på at deltakerne kjente seg godt igjen i det som beskrives i kapittel 3.1- 3.3, og at delkapitlene gir en dekkende beskrivelse av de virkningene pandemien har hatt på PHT-arbeidet. Det var en gjengs oppfatning at den videre utviklingen av PHT ble satt på vent under pandemien. Både tid og «tanker» hadde gått med til pandemihåndteringen. Det har vært et redusert fokus på teamutvikling og videreutvikling av prosjektet. Det som imidlertid ikke kom tydelig fram i intervjuene, spørreundersøkelsene og registerdata, var at mye aktivitet ved legekantoret var redusert av pasientene selv - enten fordi de sluttet å komme til legekantoret eller fordi de ikke ønsket hjemmebesøk fra legekantoret.

Noen deltagere mente at de med digitale løsninger hadde klart å opprettholde mye av den etablerte aktiviteten. Andre pekte på at de hadde hatt stor nytte av å være PHT under pandemien, men på en litt annen måte enn det var tenkt i utgangspunktet. Det kom videre forslag om at PHT-forsøket burde forlenges for å kompensere for de 1,5 årene som hadde gått med til pandemihåndtering.

### 3.5 Oppsummering og konklusjon

Som dokumentert i dette kapitlet, har koronapandemien både har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT ved legekantorene i forsøket. Mye av arbeidskapasiteten har gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Det har vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. I den forrige statusrapporten oppsummerte vi at innsatsen sett under ett blant legekantorene i forsøket, særlig har vært konsentrert om å øke kvaliteten på behandlingen av kronisk syke pasienter (Abelsen, et al., 2021). Legekantorene har startet med disse kronisk syke av flere grunner. Pasientgruppene har et visst volum og det har vært mulig å lage systematiske opplegg hvor sykepleierkompetansen og -kapasiteten kunne sikres brukt, selv om ikke alle fastleger på legekantorene i forsøket gikk inn i PHT-arbeidet med «hud og hår» fra første stund. Vi framholdt at dette ikke betyr at det nødvendigvis er disse kronisk syke pasienter som vil dominere PHT-arbeidet framover. Undersøkelsene i statusrapport III tydet på at PHT i økende grad ble brukt til å gi bedre oppfølging av pasienter med krevende og sammensatte diagnoser. I en normalsituasjon ville vi forventet å kunne rapportere om en større realisering av det potensialet som antas å ligge i PHT. Årets statusrapport om PHT-forsøket må leses med dette som et viktig bakteppe.

## 4. Kjennetegn ved legekantorene i forsøket

*Det er til sammen 17 legekantor i ni ulike kommuner som prøver ut PHT. Kommuner og legekantor er ikke tilfeldig valgt - de har aktivt søkt om å delta i forsøket. Kommuner med et lavt innbyggertall er underrepresentert i forsøket. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor og legekantor som hadde sykepleier(e) allerede før PHT-forsøket startet. Legekantorene skiller seg trolig også ut fra tilfeldig valgte legekantor, med en særlig motivasjon og interesse for å prøve ut PHT. Det var ved starten av forsøket til sammen nær 100 000 listeinnbyggere ved legekantorene som prøver ut PHT. Våre analyser tyder på at legekantorene i forsøket så langt har økt sin attraktivitet blant listeinnbyggere.*

I dette kapitlet gir vi en beskrivelse av legekantorene som er inkludert i PHT-forsøket. Beskrivelsen baseres på noen kjennetegn ved den fastlegetjenesten de er en del av i den kommunen hvor de er lokalisert, eierskap, valg av finansieringsmodell i forsøket, størrelse, PHT-personell og erfaring med sykepleiere ved inngangen til forsøket. Vi presenterer også noen kjennetegn ved listeinnbyggerne som omfattes av forsøket, og noen endringstrekk ved denne populasjonen som har oppstått underveis i forsøket.

### 4.1 Inklusjonen i forsøket

I august 2017 inviterte Helsedirektoratet alle landets kommuner til å søke om deltakelse i PHT-forsøket. Helsedirektoratet la i utgangspunktet opp til at de ville inkludere seks kommuner i forsøket – to kommuner med under 5 000 innbyggere, to kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og to kommuner med over 20 000 innbyggere. Helsedirektoratet antok at kommuner ville søke seg inn med hele eller stor deler av sin fastlegetjeneste. De ville prioritere kommuner med høy deltakerprosent blant fastlegene og anslo at forsøket tentativt ville inkludere 80 fastleger (Rapport IS-2656).

Ved søknadsfristens utløp 15. oktober 2017, var det kommet inn søknad om deltagelse fra bare 17 kommuner<sup>5</sup>. Her inngikk Oslo, hvor tre ulike bydeler søkte. De eneste kommunene som søkte med det utgangspunkt å inkludere alle kommunens fastleger i forsøket, var kommuner som bare har ett legekantor. De øvrige kommunene og bydelene søkte med utgangspunkt i at mellom ett og tre av mange legekantor i kommunen/bydelen ville delta i forsøket.

Åtte kommuner og tre bydeler i Oslo, ble inkludert i PHT-forsøket (se Statusrapport I (2019a) for nærmere beskrivelse av utvelgesprosessen). I disse kommunene og bydelene prøver til sammen 17 legekantor ut PHT. Den lave interessen for å søke seg inn i forsøket, kan tyde på at det er kommuner/bydeler og legekantor med en særlig motivasjon og interesse for å prøve ut PHT som er inkludert.

Tabell 4-1 gir en oversikt over folketall i inkluderte kommuner og bydeler og tilhørende legekantor; både totalt antall og antall inkludert i PHT-forsøket. De 17 legekantorene er anonymisert med bokstaver fra A til Q. Vi bruker denne måten å anonymisere legekantorene på gjennomgående i rapporten. Oversikten viser at **i de mindre folkerike kommunene (her: kommuner med under 20 000 innbyggere) er gjerne hele, eller så godt som hele, fastlegetjenesten inkludert i PHT-forsøket, mens ett eller noen få av mange legekantor er inkludert fra de folkerike kommunene (her: kommuner med mer enn 20 000 innbyggere)**. Legekantorene er inkludert inn i forsøket i to runder. De 13 første legekantorene ble inkludert i 2018, mens de fire siste ble inkludert i 2020. Ved utvidelsen ble det ikke inkludert noen nye kommuner eller bydeler. Alle legekantorene som ble inkludert i 2020, var i de folkerike kommunene/bydelene.

Tabell 4-1 viser hvilke legekantor som er inkludert, og når de ble inkludert.

<sup>5</sup> To av disse var fra kommuner med under 5 000 innbyggere, ti var fra kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og fem fra kommuner med mer enn 20 000 innbyggere.

**Tabell 4-1 Kommuner, bydeler og tilhørende legekantor – totalt og inkludert i PHT-forsøket**

Kommune	Bydel	Folketall per 1.1.2021	Antall legekantor totalt per 1.11.2021	Antall legekantor i PHT-forsøket	Legekantor identifikator
1		under 5 000 innb.	1	1	A
2		5 000 – 20 000 innb.	1	1	B
3		5 000 – 20 000 innb.	1	1 <sup>#</sup>	C
4		5 000 – 20 000 innb.	2	1 <sup>#</sup>	D
5		5 000 – 20 000 innb.	4	1	E
6		over 20 000 innb.	6	1	F
7		over 20 000 innb.	7	3	G, H, I*
8		over 20 000 innb.	20	3	J, K*, L*
9	1	over 20 000 innb.	11	3	M, N, O*
	2	over 20 000 innb.	8	1	P
	3	over 20 000 innb.	8	1	Q

Merknad: <sup>#</sup> Det har vært kommunesammenslåing i løpet av PHT-forsøket. Ved oppstart var legekantoret i forsøket det eneste legekantoret i sin kommune. I kommune 3 er legekantorene i de to sammenslåtte kommunene blitt til ett, mens i kommune 4 er legekantoret som er med i PHT, dominerende i størrelse i den sammenslåtte kommunen.

\* Legekantoret ble inkludert i forsøket ved utvidelsen i 2020.

## 4.2 Eierskap og valg av finansieringsmodell

Blant de 17 legekantorene i forsøket, er det 11 (65 prosent) som er privat eid og seks (35 prosent) som er kommunalt eid. **Kommunalt eide legekantor er noe overrepresentert i forsøket**, da vår kartlegging<sup>6</sup> tyder på at 29 prosent av legekantorene på landsbasis var kommunalt eid da forsøket startet.

**Valget av finansieringsmodell synes å henge sammen med legekantorets eierskap.** Eierskap har statistisk signifikant betydning for valg av finansieringsmodell. En nullhypotese om at kommunalt eide legekantor og legekantor med privat eierskap hadde lik sannsynlighet for å velge driftstilskuddsmodellen, kan forkastes (p-verdi=0,028, ensidig Fischer-test). Tabell 4-2 viser at av 11 privateide legekantor hvor legene er næringsdrivende, har 10 valgt honorarmodellen. Av de seks kommunalt eide legekantorene, har fire valgt driftstilskuddsmodellen. Disse fire legekantorene har fastlønnede leger. Legene som jobber ved det kommunalt eide legekantoret C, som har valgt honorarmodellen, er ikke ansatt i kommunen selv om kommunen eier legekantoret. Her driver legene privat næringsdrift med utgangspunkt i en 8.2-avtale med kommunen. Øvrig personell ved legekantoret er ansatt i kommunen. Ved det kommunalt eide legekantoret E, som også har valgt honorarmodellen, har legene en lønnsavtale med fastlønn og bonus beregnet ut fra egen inntjening fra takstrefusjoner og egenandeler fra listeinnbyggere. Disse avtalene ble gitt som begrunnelse for valget av honorarmodellen (Abelsen, et al., 2019a).

**Tabell 4-2 De 17 legekantorene i PHT-forsøket (A-Q, jfr Tabell 4.1) fordelt på valgt finansieringsmodell og eierskap**

Valgt finansieringsmodell i PHT-forsøket	Eierskap til legekantoret	
	Privat	Kommunalt
Honorarmodellen	D, G, H, I, J, K, L, M, O, P	C, E
Driftstilskuddsmodellen	N	A, B, F, Q

Intervjuer med PHT-ledere og øvrige leger ved legekantorene ved starten av forsøket i 2018, avdekket de viktigste begrunnelsen for å velge henholdsvis honorarmodellen eller driftstilskuddsmodellen (Abelsen, et al., 2019a). **Hovedbegrunnelsen for å velge honorarmodellen, var at det er en kjent modell** som ikke krever særlig omlegging. Antagelsen var også at den i mindre grad ville endre den enkelte leges inntjening. **Hovedbegrunnelsene for å velge driftstilskuddsmodellen, var at den inneholder få takster og ville gi bedre inntjening for kommunen/bydelen enn eksisterende finansieringsmodell.** Informantene oppfattet at driftstilskuddsmodellen bygger på en gjennomsnittlig takstinntekt for en næringsdrivende fastlege og antok at dette gjennomsnittet ville ligge godt over de fleste fastlønnslegers takstinntekt i eksisterende

<sup>6</sup> Basert på data fra Brønnøysundregisteret, <https://data.brreg.no/enhetsregisteret/oppslag/enheter>

finansieringssystem. Hovedbegrunnelsen for at det privat eide legekantoret N, valgte driftstilskuddsmodellen, var at legene vil jobbe på en annen måte enn før hvor arbeidet ikke skulle styres av hva man kan, og ikke kan, ta en takst for. De bygde beslutningen om å gå for driftstilskuddsmodellen på beregninger som viste at de rent økonomisk ville kunne komme ut omtrent som før (Abelsen, et al., 2019a).

### 4.3 Legekantorstørrelse og helsepersonell

Tabell 4-3 viser størrelsen på legekantorene som er inkludert i PHT-forsøket, målt i antall tilhørende leger. Tabellen viser også størrelsen på legekantorene på landsbasis ved starten av forsøket. Tallene indikerer at det i forsøket er **en overrepresentasjon av legekantor med mange leger**. En nærliggende forklaring på denne skjevfordelingen er forsøksdesignet som tilfører finansiering for sykepleierressurser til legekantor i størrelsesforholdet 3 fastleger:1 sykepleier (jfr. kapittel 1.1). Ved starten av forsøket viste vår kartlegging<sup>7</sup> at 37 prosent av legekantorene i landet hadde to eller færre fastleger. De var sann sett ikke rigget for utprøving av PHT.

**Tabell 4-3 Antall leger på legekantoret, fordeling på landsbasis og i forsøket etter finansieringsmodell**

Antall leger på legekantoret	Legekantor landsbasis ved starten av forsøket Antall (prosent)	Antall legekantor inkludert i forsøket	
		Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
3 eller færre leger	754 (57%)	3	1
4-7 leger	540 (40%)	6	3
8-14 leger	36 (3%)	3	1
Totalt	1 330	12	5

Tabell 4-4 viser antall fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som inngår i PHT-forsøket per 31.11.2021.

**Tabell 4-4 Antall fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som inngår i PHT-forsøket. Totalt og fordelt på finansieringsmodellen**

	Totalt	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Fastleger	114	83	31
Sykepleiere	44	28	16
Helsesekretærer	80	62	18

**Merknad:** Antall i de ulike personellgruppene er tall rapportert fra legekantorene til Helsedirektoratet. Fastleger, sykepleiere og helsesekretærer er oppdatert per 30.11.2021. De 28 sykepleierne i honorarmodellen utgjør til sammen 21,9 årsverk, mens de 18 sykepleierne i driftstilskuddsmodellen utgjør til sammen 6-7 årsverk.

\*Angir antall fastlegeavtaler og inkluderer ikke vikarer.

### 4.4 Er sykepleier på legekantoret noe nytt?

Sykepleier på legekantoret er ikke nødvendigvis noe nytt for legekantorene som prøver ut PHT. Fra intervjuundersøkelsene som ble gjort ved oppstart i forsøket, vet vi at **10 av de 17 legekantorene hadde sykepleier(e) ansatt allerede før PHT-forsøket**. Tabell 4-5 viser at dette i størst grad gjaldt de kommunalt eide legekantorene. Alle de seks kommunalt eide legekantorene hadde sykepleier(e) fra før, mens fire av de 11 privat eide legekantorene hadde sykepleier(e) fra før. Vår kartlegging<sup>8</sup> tyder på at på landsbasis hadde 50 prosent av alle kommunalt eide legekantor sykepleiere før PHT-forsøket startet, mens det samme var tilfelle for 16 prosent av privat eide legekantor. I forsøket er det dermed **en overrepresentasjon i forhold til landsbasis av legekantor som hadde sykepleiere fra før**.

Før forsøket startet, hadde legekantorene som hadde sykepleiere fra før, mellom en og fire sykepleiere ansatt – i varierende stillingsbrøker (Abelsen, et al., 2019a). På to av kantorene var det

<sup>7</sup> Basert på basistilskuddsrapportene, <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/basistilskot-for-fastlegeordninga-i-kommunane>

<sup>8</sup> Private legekantor: SSB (A-meldingen). Kommunale legekantor: Egen ringrunde.

relativt nytt med sykepleiere. Sykepleierne hadde kommet inn de siste 1-2 årene før starten av forsøket. De øvrige legekantorene hadde en lengre historie med sykepleiere i staben. Det var variasjon i sykepleiernes oppgaver på legekantorene og variasjon i kombinasjonen av oppgaver. Før forsøket hadde sykepleierne i varierende omfang gjort oppgaver eller prosedyrer som utløser legetakst, helsesekretær oppgaver, kommunale oppgaver (som vaksinerings) og andre oppgaver (som administrative oppgaver, legevakts oppgaver, veiledning mm.). Intervju gjort i en tidlig fase av PHT-forsøket (Abelsen, et al., 2019b), avdekket spredte eksempler på at nye sykepleiere kan nyte godt av allerede opparbeidet tillit til sykepleiere (såkalt «trust banking») ved legekantor som hadde sykepleiere også før forsøket. Men i hovedsak tydet vårt intervju materiale på at tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT.

Det har ikke vært noen automatikk i at det er de allerede ansatte sykepleiere som har gått inn i PHT (og blitt det vi i denne rapporten omtaler som PHT-sykepleier). Ved fire av legekantorene gikk en eller flere allerede ansatte sykepleiere inn i PHT ved starten av forsøket. **Ved flertallet av legekantor ble det rekruttert inn nye sykepleiere til PHT-forsøket.** Utover i forsøket har flere av sykepleierne som i utgangspunktet ikke var PHT-sykepleiere, fått en liten stillingsandel og noen oppgaver knyttet til PHT<sup>9</sup>.

**Tabell 4-5 Legekantor som hadde eller ikke hadde, sykepleier ansatt før PHT-forsøket**

Legekantor som hadde sykepleier(e) ansatt før PHT-forsøket	Legekantor hvor sykepleier var nytt med PHT-forsøket
A*, B, C, D*, E, F, G*, I*, J, Q	H, K, L, M, N, O, P

Note: \* Markerer legekantor hvor allerede ansatte sykepleiere gikk inn i PHT ved starten av forsøket.

Intervjuundersøkelser har avdekket at det er i all hovedsak er erfarne sykepleierne som så langt, har fylt rollen som PHT-sykepleiere på legekantorene i forsøket. De har gjerne yrkeserfaring fra ulike roller og fra ulike nivå i helsetjenesten. Mange har lang erfaring fra hjemmetjenesten og flere har jobbet over tid både i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Mange har solid erfaring med eksempelvis diabetespasienter, sårbehandling eller geriatri. Noen har masterutdanning eller klinisk videreutdanning i geriatri, diabetes, intensivsykepleie, operasjonssykepleie eller rusbehandling. Våren 2021 var det psykiatriske sykepleiere ved tre av legekantorene. Flere av de øvrige sykepleierne ved legekantorene i forsøket hadde arbeidserfaring fra ulike psykiatri/rus-tjenester både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## 4.5 Viktige evaluering utfordringer knyttet til seleksjonen av legekantor

Vi er interessert i å sammenligne måloppnåelsen i de legekantorene som deltar i forsøket, med hva måloppnåelsen ville vært dersom de samme legekantorene ikke deltok i forsøket (det kontrafaktiske). Vi vil da kunne si at PHT-forsøket er årsaken til de eventuelle effektene vi måler. Siden det kontrafaktiske ikke kan observeres, må vi prøve å finne hensiktsmessige sammenligningsenheter som har samme karakteristika – både observerbare og ikke-observerbare - som legekantorene i forsøket. Måten dette er gjort på, er beskrevet i kapittel 2.1.

Forsøket med PHT er ikke randomisert. Det er mange ledd i utvelgelsen av både forsøkskommuner og legekantorene som er med i forsøket, som ikke er tilfeldig. Kommunene og bydelene som valgte å søke om deltakelse ved oppstart av forsøket, skiller seg sannsynligvis fra de som valgte å la være, på en måte som kan være av betydning for måloppnåelsen. Eksempelvis kan kommuner og bydeler som søkte om deltakelse, være mer villig til å utvikle sine helsetjenester i utgangspunktet, hvilket kan bety at de også har bedre forutsetninger for å oppleve en positiv utvikling i helsetjenestetilbudet over tid, uavhengig av PHT-forsøket, enn kommunene som ikke søkte om deltakelse.

Det andre leddet i utvelgelsen skjer blant legekantorene i kommunene og bydelene som søkte om deltakelse. De legekantorene som søkte om deltakelse, kan skille seg fra dem som ikke søkte, på en måte som kan være av betydning for måloppnåelsen. Kanskje er det slik at de legekantor som har størst sjanse for å lykkes med omlegging til PHT, er de som søkte om deltakelse.

Den tredje leddet dreier seg om valget av finansieringsmodell. Hvert legekantor har i samråd med kommunen/bydelen, bestemt hvilken finansieringsmodell de vil prøve ut – honorarmodellen eller

<sup>9</sup> Deler av dette arbeidet har utløst sykepleiertakster i honorarmodellen.



driftstilskuddsmodellen. Det er sannsynlig at legekantorene velger den modellen de vurderer som mest fordelaktig for egen drift. Dette kan også påvirke måloppnåelsen.

Tabell 4-6 illustrerer seleksjonen inn i finansieringsmodell for de 13 legekantorene som ble inkludert i forsøket i første omgang. Vi har tatt utgangspunkt i driftsinntektene ved legekantorene i perioden 2015 – 2017 og beregnet hvor mye legekantorene vil ha tjent eller tapt (minustegn) ved å gå over til driftstilskuddsmodellen i disse årene. Vi ser at tre av fem legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen, ville ha tjent på overgang, mens bare ett av åtte legekantor som valgte honorarmodell, ville tjent på en slik overgang. Det at to av fem legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen ville tape økonomisk på overgangen, illustrere at det er ulikheter i rammebetingelse for driften av legekantorene. Begge de to legekantorene er kommunalt eid, noe som synes å gi et annet økonomisk fundament enn privat næringsdrift.

**Tabell 4-6 Simulert endring i driftsinntekter ved overgang til driftstilskuddsmodell 2015 - 2017**

Legekantor (anonymisert)	%-endring
<b>Driftstilskuddsmodellen</b>	
A	15
B	27
F	-5
N	0
Q	-23
<b>Honorarmodellen</b>	
C	-4
D	-9
E	7
G	-11
H	-5
J	-16
M	-9
P	-4

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM

Det fjerde leddet er Helsedirektoratets valg av forsøkskommuner blant søkerne. Helsedirektoratet vurderte både objektive og subjektive kriterier i utvelgelsen. De subjektive kriteriene var blant annet knyttet til forventet måloppnåelse og motivasjonen for å delta i forsøket. Grad av motivasjon for å delta, var et viktig kriterium med tanke på å vurdere risiko for at kommuner og tilhørende legekantor kom til å fullføre hele forsøksperioden. Helsedirektoratet var kjent med at motivasjonen varierte blant legene på legekantorene. Flere kommuner og legekantor trakk seg i løpet av utvelgelsesprosessen. Det medførte at alle kommuner, bydeler og legekantor som ønsket å delta da forsøket startet opp, fikk tilbud om å delta. En årsak til at legekantor trakk seg, var den generelle uroen rundt fastlegeordningen og en tydelig uttrykt skepsis til PHT og PHT-forsøket blant ulike legegrouperinger. «Trønderopprøret» er et slikt eksempel som ifølge Helsedirektoratet, hadde betydning for at PHT-forsøket ikke inkluderer noen legekantor fra Midt-Norge. I 2020 ble forsøket utvidet med fire nye legekantor. Det var et krav at de nye legekantorene skulle være fra de samme kommunene og bydelene som allerede deltok i forsøket. Fem legekantor som søkte om å komme med i forsøket, ble ikke valgt. Tallene kan tolkes som en indikasjon på at interessen for å prøve ut PHT hadde tatt seg opp siden forsøket startet blant legekantorene i de aktuelle kommunene og bydelene.

## 4.6 Listeinnbyggerne i forsøket

Tabell 4-7 viser kjennetegn ved listepopulasjonen ved legekantor som prøver ut PHT, samlet og fordelt på henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, før forsøket startet (ved utgangen av 2017). Tabellen viser de samme kjennetegnene for den øvrige befolkningen som ikke er inkludert i utprøvingen av PHT. Vi ser at aldersfordelingen er noe ulik blant listepopulasjonen ved legekantor med

PHT, sammenlignet med øvrige legekantor. Legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, hadde samlet sett har en yngre listepopulasjon enn legekantorene som prøver ut honorarmodellen og legekantor som ikke deltar i forsøket. For listepopulasjonen ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, var dermed også andelen som mottok alderspensjon noe lavere enn listepopulasjonen ved legekantor som prøver ut honorarmodellen. Listeinnbyggere ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, hadde i snitt vært tilknyttet sin fastlege i kortere tid (4,8 år sammenlignet med 7,1 år), og andelen som hadde vært hos fastlegen det siste året var lavere enn ved legekantor med honorarmodellen. Disse forskjellene kan delvis forklares av at to av legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, finnes i Oslo hvor befolkningen er yngre enn på landsbasis.

**Tabell 4-7 Kjennetegn ved listeinnbyggere ved PHT-legekantor og i den øvrige befolkningen ved utgangen av 2017. Tall i prosent.**

	PHT samlet	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Øvrig befolkning
<b>Alder</b>				
0-30 år	39,3	40,7	38,9	38,6
31-60 år	40,8	42,4	40,4	39,9
61-70 år	10,2	8,7	10,6	10,7
71-80 år	6,3	5,6	6,5	7,0
81 år eller eldre	3,5	2,6	3,6	3,8
<b>Kjønn</b>				
Mann	50,7	50,6	50,7	50,4
Kvinne	49,3	49,4	49,3	49,6
<b>Utdanningsnivå</b>				
Grunnskolenivå	42,3	43,9	41,9	41,7
Videregående-/fagskolenivå	32,3	30,0	32,9	32,1
Universitets- og høyskolenivå	25,4	26,2	25,2	26,2
Uførepensjon	6,0	6,0	6,1	6,4
Alderspensjon	15,2	12,6	15,8	16,6
Kontakt med fastlege i 2017	78,6	74,7	79,5	78,1
Antall år på fastlegens liste (Gj.snitt)	6,6	4,8	7,1	6,9
N	99017	18737	80280	5187267

Kilde: Fastlegeregisteret og Statistisk Sentralbyrå

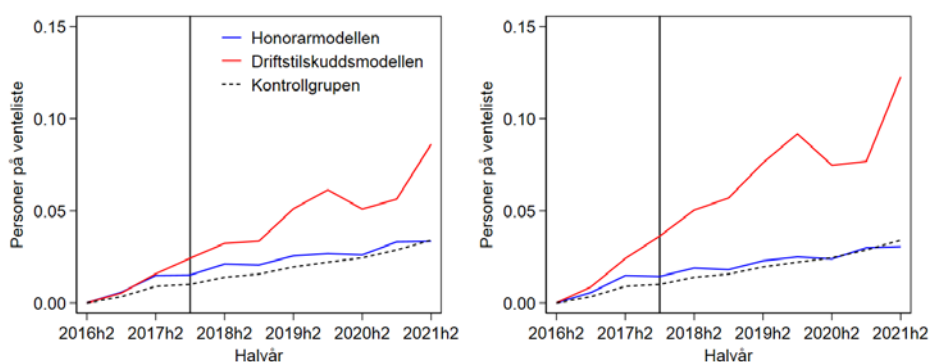
## 4.7 Utvikling i listeinnbyggerpopulasjonen

Per 1. januar 2018, før oppstart av forsøket, var den gjennomsnittlige listepopulasjonen ved legekantor med honorarmodellen 7565 personer og ved legekantor med driftstilskuddsmodellen 3753 personer. Landets øvrige legekantor hadde i gjennomsnitt 3812 listeinnbyggere. Per 1. juli 2021 var den gjennomsnittlige listepopulasjonen for legekantor med honorarmodellen 7710 personer (2 prosent økning) og for legekantor med driftstilskuddsmodellen 4425 personer (18 prosent økning). Landets øvrige legekantor hadde i gjennomsnitt 3857 listeinnbyggere (1 prosent økning). I løpet av forsøket har det dermed vært en noe større økning i listepopulasjonen per PHT-kantor enn ved landets øvrige legekantor. Det skyldes større økning i antallet leger ved PHT-kantor enn ved landets øvrige legekantor, og har vært en ønsket utvikling for PHT-kantorene.

Pasienter med diabetes type 2 og kols er blant de prioriterte målgruppene i forsøket. En mulighet er derfor at PHT-kontorene er blitt mer populære blant disse pasientgruppene etter at forsøket starter. Vi har undersøkt om det er forskjeller i utvikling av andel listeinnbyggere med disse diagnosene i PHT-kontorene og landets øvrige legekantor. Vi bruker diagnoser fra KUHR-data og kan derfor ikke skille mellom endringer i samlet antall listeinnbyggere med disse diagnosene og endringer som skyldes at det er flere som tar kontakt enn før. I et forsøk på å korrigere for denne svakheten begrenser vi utvalget til listeinnbyggere som hadde de aktuelle diagnosene første gang før 2015. Vi forventer at det blir færre av disse listeinnbyggerne med årene både på grunn av død og av andre årsaker. Vi finner at det er flere av listeinnbyggere med kols (diagnostisert før 2015) som i forsøksperioden har kontakt med PHT-kontor med honorarmodellen, enn hva det er ved legekantor som ikke deltar i forsøket. Denne forskjellen er statistisk signifikant på 10 prosent nivå. Det kan bety at det er mindre avgang av disse listeinnbyggerne ved PHT-kontor med honorarmodell sammenliknet med kontrollkontor.

Fra og med 2016 kan man stille seg på venteliste hvis fastlegen man ønsker å bytte til, allerede har full liste. Lengden på ventelisten kan dermed ses på som en indikator på fastlegens popularitet. Økning i venteliste kan også henge sammen med økende legemangel ved andre legekantor i kommune. Hvis listen betjenes av vikarer, kan det hende at listeinnbyggere vil søke seg til legekantor med mer stabil bemanning. Figur 4-1 viser personer på venteliste som andel av listeinnbyggerpopulasjonen ved PHT-kontorene og landets øvrige legekantor. Vi ser at det er en økning i venteliste ved PHT-kontor med driftstilskuddsmodellen sammenliknet med landets øvrige legekantor. Det er to legekantor som står for økningen.

**Figur 4-1 Personer på venteliste som andel av antall listepersoner**

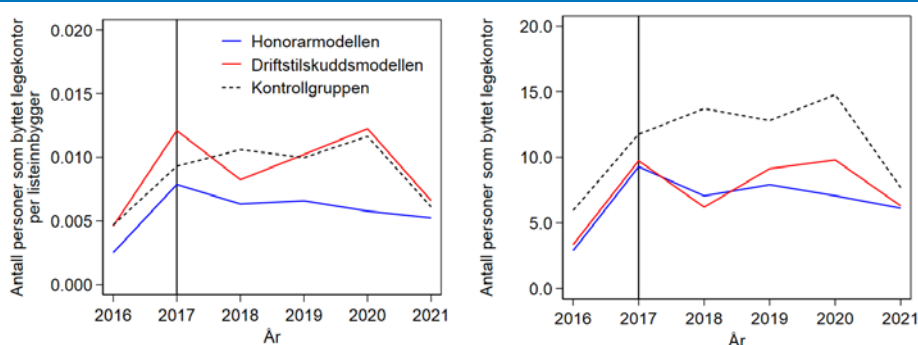


Kilde: Fastlegeregisteret. Note: Fastleger er ikke inkludert i de periodene de øker listetaket. Legekantor i kommuner med bare ett legekantor er tatt ut av datamaterialet i figuren til høyre.

Vi avgrensner oss nå til legebytter som kan skyldes misnøye med legekantoret og ser derfor bort fra bytter mellom fastleger på samme legekantor. Utvalget avgrensnes videre til fastleger som har jobbet på samme legekantor, fra andre halvår 2016 til andre halvår 2021. Dermed vet vi at byttet ikke skyldes at legen har sluttet, flyttet, gått av med pensjon eller lignende. Vi teller heller ikke med bytter hvor listeinnbyggere har fått ny lege i annen kommune. Til slutt, legene bidrar ikke til gjennomsnittet i perioder hvor de reduserte listetaket ettersom dette forventes å tvinge frem bytter. Fire forsøkskommuner hadde ved starten av forsøket kun ett legekantor (A, B, C, D). Ved disse legekantorene vil ingen bytter passe til kriteriene våre. De inngår følgelig ikke i beregningene.

Figur 4-2 viser at det var færre personer som har byttet fra legekantor med honorarmodellen, sammenliknet med antallet som har byttet fra legekantor utenfor forsøket. Forskjellen er statistisk signifikant forskjellig fra null på 5 prosent nivå.

**Figur 4-2 Personer som har byttet legekantor**



Kilde: Fastlegeregisteret.

## 4.8 Oppsummering og konklusjon

Forsøket med PHT er en kompleks intervensjon som i seg selv er utfordrende å evaluere. Når PHT samtidig prøves ut i et forsøk med mange seleksjonskilder, blir det ekstra krevende å trekke generelle slutninger om PHT som er gjeldende for norske fastlegeskantor og for tilhørende listeinnbyggere. Det er bare én kommune i forsøket med under 5 000 innbyggere. På landsbasis har nær halvparten av landets kommuner under 5 000 innbyggere. Denne kommunetypen er dermed underrepresentert i forsøket. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det en overrepresentasjon i PHT-forsøket av legekantor med mange leger, kommunalt eide legekantor, legekantor som hadde sykepleier(e) fra før og trolig også legekantor med en særlig positiv innstilling til PHT. Forsøket gjennomføres samtidig som det er uro rundt fastlegeordningen som blant annet har ført til at det parallelt med PHT-forsøket også gjennomføres en handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Siden mars 2020 har også koronapandemien spilt inn (se kapittel 3). Hvordan disse forholdene i sum påvirker resultatene som oppnås med PHT, er det vanskelig å konkludere tydelig om.

Seleksjonen av legekantor inn i forsøket gir utfordringer også når det gjelder evalueringen av de to finansieringsmodellene. Som nevnt, er 11 av de 12 legekantorene som prøver ut honorarmodellen, private legekantor, mens fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekantor. Dette gjør det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform.

Forsøket definerer i seg selv ingen kontrollgruppe. Det er dermed en viktig oppgave i evalueringen å finne fram til legekantor og kommuner som ligner mest mulig på de som deltar i forsøket. I registerdataanalysene har vi valgt å legge formelle statistiske metoder til grunn for utvelgelsen av kontrollkontor. Dette har vi beskrevet i kapittel 2.1. Siden vi ønsker kontrollkontor som er mest mulig like PHT-kantorene, inngår eierskapsform som et av kriteriene i valg av kontrollkontor i registerdataanalysene.

## 5. Erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekantor i forsøket

*Årets spørreundersøkelse blant ansatte ved legekantor i forsøket, tyder på at teamarbeidet i PHT stort sett fungerer godt. De fleste ansatte opplevde å jobbe som et team, men pandemien har hemmet videreutviklingen av teamarbeidet. De ansatte på legekantorene opplevde at PHT både påvirker arbeidsmiljøet positivt og gir gevinster for pasientene. Selv om fastlegene ikke opplevde redusert arbeidsmengde som følge av PHT, opplevde de å ha mer tid til kvalitetsarbeid. De arbeidet blant annet mer proaktivt enn før, selv om det var delte meninger blant dem om oppsøkende virksomhet rettet mot listeinnbyggere. Over halvparten av de ansatte mente at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til en rekke positive effekter, blant annet bedre opplæring og oppfølging av enkeltpasienter, bedre helse og mestring blant enkeltpasienter og økt tilgjengelighet til tjenesten. Informantene i intervjuundersøkelsen var samstemte om at PHT gjør legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig synes kontakten med spesialisthelsetjenesten i hovedsak å foregå som før.*

I dette kapitlet beskriver vi erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekantor som inngår i forsøket. Vi beskriver hvordan teamarbeidet foregår på legekantoret, både hvilke roller de ulike ansatte har og hvordan samarbeidet mellom dem fungerer, og vi beskriver erfaringene med ledelsen av teamarbeidet. Videre beskriver vi ansattes synspunkter på å arbeide proaktivt. Vi har også undersøkt arbeidstilfredshet og turnover ved legekantorene, samt samhandling med andre tjenester. Til slutt beskriver vi de ansattes synspunkter på mulige effekter av PHT. Analysen er basert på spørreundersøkelse til ansatte ved legekantor i forsøk, både årets undersøkelse, samt analyser der vi har sammenlignet med funn fra spørreundersøkelsene i tidligere år, i tillegg til intervjuer med legekantorene og registerdata.

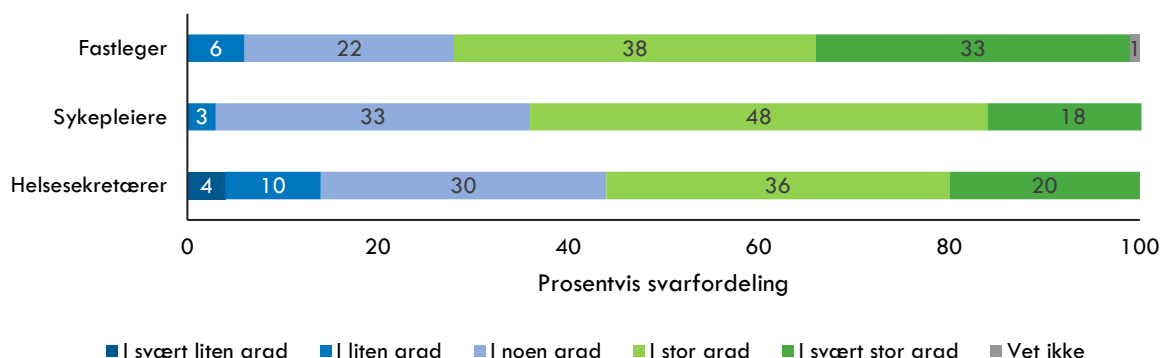
### 5.1 Teamarbeid på legekantoret

PHT innebærer endret organisering på legekantoret, der selve kjernen i tiltaket innebærer arbeid i tverrfaglige team, sammensatt av fastlege, sykepleier og helsesekretær, som representerer ulike kunnskapsområder. Arbeidsformen skal gi mulighet for å tilføre nye aktiviteter og arbeidsformer. Hvorvidt ansatte ved legekantorene faktisk opplever å arbeide som et team, er derfor avgjørende for hvordan PHT fungerer i praksis og hvilke effekter det gir. Spørreundersøkelsene gjennomført blant ansatte på PHT-kantorene gir informasjon om hvordan de ulike yrkesgruppene oppfatter at teamarbeidet fungerer, og i dette delkapitlet benytter vi resultatene fra spørreundersøkelsene til å belyse samarbeidet mellom fastlege og sykepleier, sykepleiers rolle i PHT, helsesekretærens rolle i PHT og samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær.

**De fleste ansatte ved legekantor i forsøket svarte at de i stor eller svært stor grad opplever å jobbe som et team**, basert på følgende definisjon: «*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*». Andelen som svarte at definisjonen i stor eller svært stor grad stemmer med måten de jobber som PHT ved legekantoret var henholdsvis 71, 66 og 56 prosent for fastleger, sykepleiere og helsesekretærer (Figur 5-1). Til sammenligning var andelen som svarte det samme i 2019; 78, 56 og 51 prosent for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og 72, 51 og 55 prosent i 2020. Det ser altså ut til at oppfatningen av i hvilken grad definisjonen stemmer overens med hvordan man jobber på legekantoret har holdt seg relativt stabil over tid.

Både leger og sykepleiere oppga i fritekstsvar at arbeidet med PHT har blitt satt helt eller delvis på pause under pandemien.

**Figur 5-1 I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis svarfordeling blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.**



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79), sykepleiere (N = 40) og helsesekretærer (N = 50) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2021.

### 5.1.1 Samarbeidet mellom fastlege og sykepleier

#### Samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i PHT virker å fungere godt for de fleste. I

spørreundersøkelsen svarte 85 prosent av både fastlegene og sykepleierne at de i stor eller svært stor grad opplever at fastlege og sykepleier i PHT utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte (spørsmål 9 vedlegg D.1 og spørsmål 15 vedlegg D.2). Det har ikke vært en signifikant endring fra 2019 til 2021 i andelen fastleger og sykepleiere som opplever at de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte (blant leger ved legekontor som har vært med siden start).

Når det gjelder arbeidsfordeling, er det vanligst at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver; 78 prosent av fastlegene og 73 prosent av sykepleierne svarte dette (spørsmål 11 vedlegg D.1 og spørsmål 14 vedlegg D.2). En mindre andel av fastlegene (8 prosent) opplever at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver i stedet for at de gjør dem selv. Det var også noen fastleger (14 prosent) som oppga at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver som kommer i tillegg til deres oppgaver, og at sykepleier i liten grad utfører oppgaver i stedet for at de gjør dem selv. Blant legene ved legekontor som har vært med siden start, har det ikke vært en signifikant endring i svarene fra 2019 til 2021. En sykepleier beskrev i fritekstsvaret oppgavefordelingen slik:

*«Jeg tror ikke PHT-sykepleier bidrar til å frigjøre tid for fastlegen, men den kan gi fastlegen bedre oversikt, oppfølging og behandling av sine pasienter.»*  
(Sykepleier)

Oppgavetyperne som fastlegene i størst grad har delegert fra seg til sykepleier er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient eller e-konsultasjon og kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten; henholdsvis 36 og 35 prosent har i stor eller svært stor grad delegert bort disse oppgavene (spørsmål 7b og 7d vedlegg D.1). I tillegg oppga flere å ha delegert bort arbeidsoppgaver knyttet til koronapandemien, som vaksinerings og identifisering av pasienter i risikogruppen. Fastlegene oppga også at de har delegert fra seg oppgaver knyttet til årskontroll for diabetes, sårbehandling, spirometri, oppfølging av komplekse pasienter, testing for førerkortattester og rapportering til Helfo (spørsmål 8 vedlegg D.1). De fleste fastlegene (69 prosent) har i svært liten eller liten grad delegert bort tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. NAV) (spørsmål 7e vedlegg D.1).

Både fastleger og sykepleiere opplevde at samarbeidet mellom dem i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter; 82 prosent av fastlegene og 88 prosent av sykepleierne svarte dette (spørsmål 10 vedlegg D.1 og spørsmål 16 vedlegg D.2). Det ser ut til at

fastlegene og sykepleierne ved de nye PHT-legekontorene i noe mindre grad opplever dette – ved disse legekontorene oppga 54 prosent av fastlegene og 60 prosent av sykepleierne at de opplevde at samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Det er usikkert hva denne forskjellen skyldes, men en mulig forklaring er at PHT-arbeidet ved de nye legekontorene siden starten har vært preget av den pågående koronapandemien. Dette kan ha begrenset mulighetene til å etablere og utvikle et godt samarbeid mellom fastlege og sykepleier, blant annet fordi mange legekontor av smittevern hensyn har begrenset de fysiske møtene mellom ansatte. Et mindre utviklet samarbeid kan dermed ha gjort at sykepleier og fastlege ved de nye legekontorene ikke har opplevd de samme gevinstene ved samarbeidet for oppfølgingen av enkeltpasienter. Ved de opprinnelige legekontorene var samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i større grad etablert før pandemien kom, og dette kan ha bidratt til at de ansatte ved disse legekontorene i større grad har fått til samarbeid som har gitt bedre oppfølging av enkeltpasienter både før og under pandemien.

### 5.1.2 Sykepleiers rolle i PHT

Sykepleier i PHT representerer en ny ressurs i fastlegetjenesten. I grunnlagsdokumentet for PHT beskrives rollen som at sykepleieren «skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov» (Helsedirektoratet, 2017). Flere av sykepleierne oppga i fritekstsvar at de opplevde sin rolle i PHT som hensiktsmessig og til nytte for pasientene. En av sykepleierne som hadde gode erfaringer med sin rolle beskrev dette i spørreundersøkelsen:

*«Min erfaring er til nå bare positiv. Pasientene får tid til å komme med sitt, vi har tid til å forklare ting grundig, slik at de forstår hva vi mener. Bedre og tettere kontakt og oppfølging av pasientene. [Jeg] merker økt sykdomskontroll og bedre livskvalitet hos mange av pasientene.» (Sykepleier)*

Enkelte pekte på at rollen har utviklet seg over tid, og en sykepleier skrev i fritekstsvar at det nå er tydeligere hva sykepleierens rolle skal være:

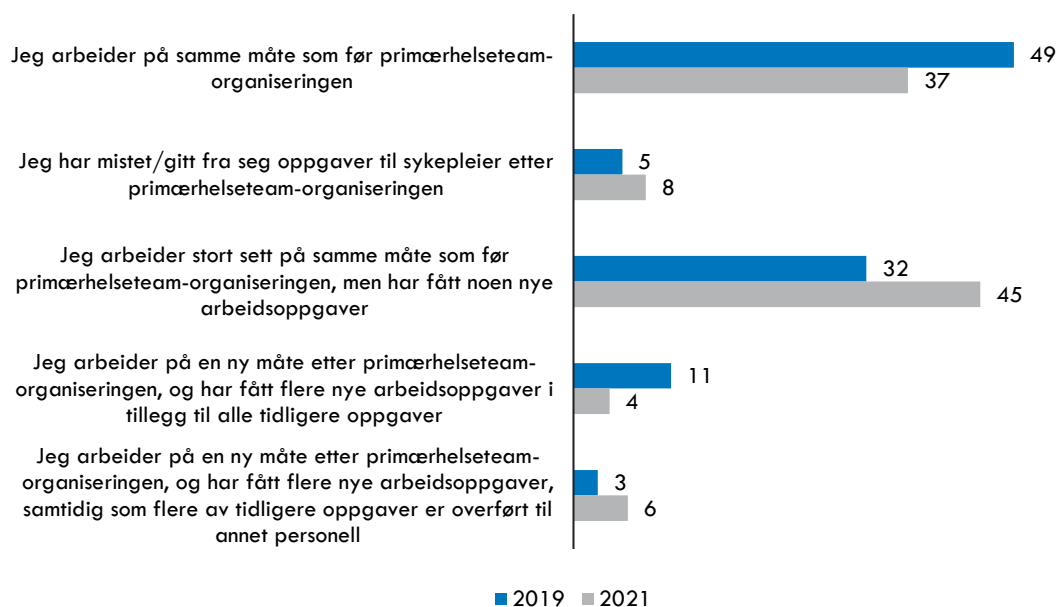
*«[Jeg] synes det er en spennende rolle. [Jeg] har vært med fra starten og det har vært kjekt å følge med utviklingen. I starten var det litt famlende hvordan rolle skulle være, men nå er rollen mer klar og en får stadig nye oppgaver.» (Sykepleier)*

### 5.1.3 Helsesekretærens rolle i PHT

Helsesekretærens rolle i PHT har helt siden forsøkets start vært omdiskutert. I grunnlagsdokumentet for PHT (Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering), hvor Helsedirektoratet beskriver rammene for piloten med PHT, har ikke helsesekretæren noen tydelig definert rolle i PHT, og retningslinjer knyttet til denne rollen har jevnlig vært etterspurt av ulike aktører. Spørreundersøkelsen til helsesekretærer ved PHT-legekontor gir innblikk i hvordan helsesekretærene oppfattet sin rolle i PHT.

**63 prosent av helsesekretærene oppga i 2021 at deres rolle ved legekontoret på en eller annen måte hadde endret seg etter PHT (Figur 5 2). De øvrige helsesekretærene oppga at de arbeidet på samme måte som før PHT.** Blant de som hadde opplevd å få en ny rolle eller funksjon, opplevde de fleste at de stort sett jobbet som før, men at de hadde fått nye arbeidsoppgaver i tillegg (45 prosent). Ti prosent oppga at de jobbet på en ny måte, og hadde fått nye oppgaver, mens åtte prosent opplevde at de hadde «mistet/gitt ifra seg» oppgaver til sykepleiere. **Helsesekretærenes oppfatning av sin egen rolle i PHT har utviklet seg over tid.** Fra 2019 til 2021 har andelen helsesekretærer som oppga å jobbe på samme måte som før, gått ned fra 49 til 37 prosent, mens andelen som oppga å ha fått nye arbeidsoppgaver har økt. Dette inntrykket stemmer godt overens med hva fastlegene rapporterer på tilsvarende spørsmål om deres egen oppfatning om helsesekretærenes rolle i PHT; i 2019 (2021) svarte 50 (41) prosent av fastlegene at helsesekretærene jobbet på samme måte som før.

**Figur 5-2 På hvilken måte opplever du at du som helsesekretær har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis fordeling i 2019 og 2021.**



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved legekontor i forsøket, våren 2019 og 2021. Note: \*Spørsmålet i undersøkelsen var: På hvilken måte opplever du at du som helsesekretær har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? N = 37 i 2019 og N=51 i 2021.

I spørreundersøkelsen hadde helsesekretærene også anledning til å reflektere rundt helsesekretærens rolle i PHT i fritekstsvar. Her ga flere uttrykk for at **det fortsatt er betydelige utfordringer knyttet til helsesekretærens rolle i PHT**. Åtte helsesekretærer som kommenterte på helsesekretærens rolle i fritekstsvar, ga **uttrykk for at helsesekretæren har en liten/ubetydelig eller ingen rolle i PHT**. Flere opplevde at de ikke er en del av PHT og at de kunne bidratt mer. En helsesekretær beskriver i fritekstsvar sin rolle i PHT slik:

*«Per i dag kjennes det ikke ut som om jeg er inkludert i PHT i den daglige drifta. Selv synes jeg PHT er veldig viktig verktøy for å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte pasientens behov. Jeg prøver å fange opp de pasientene som faller utenfor ved å se på/snakke med pasienten gjennom f.eks. blodprøvetaking på lab. Her kan jeg se om pasienten har behov for mer tilrettelegging ved å legge merke til holdning, hygiene, stille spørsmål om livssituasjon og sykdomsbilde. Slik kan jeg videreformidle til fastlegen at her trengs det PHT. Det er per i dag den muligheten jeg har til å bidra, siden jeg ikke har en konkret arbeidsoppgave i PHT. For at rollen til helsesekretæren skal utvikles videre, må vi inkluderes mer og sees på som en likestilt ressurs som sykepleiere.» (Helsesekretær)*

Noen av helsesekretærene opplevde at de ikke har blitt tatt med i arbeidet med å utarbeide rutiner og prosedyrer for PHT. Andre trakk frem at sykepleiers rolle har vært et tema, men at man ikke helt har klart å finne ut av hva helsesekretærens rolle skal være. En helsesekretær skrev dette i spørreundersøkelsen:

*«Helsesekretæren er vel mest til hodebry for hvordan en kan inkluderes.» (Helsesekretær)*

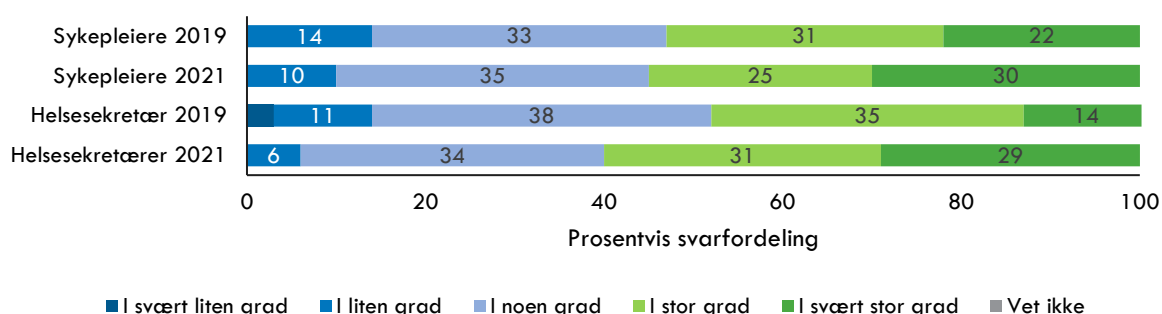


Flere helsesekretærer beskrev at de ikke opplever å ha en konkret rolle i PHT, og **at de kan bidra mer**. Noen nevnte konkrete eksempler på hvordan de kan bidra inn i PHT. Som eksempler ble administrative oppgaver nevnt, finne frem opplysninger i journalsystem, bidra ved sårstell, øreskyl, injeksjoner, utfylling av NOKLUS skjema, samt å snakke med pasienter, for eksempel ved prøvetaking og videreformidle til fastlegen om man oppdager at pasienten trenger oppfølging fra PHT.

#### 5.1.4 Samarbeidet mellom sykepleiere og helsesekretær

**Sykepleiere og helsesekretærer er delt i oppfatningen om i hvilken grad de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte i PHT;** om lag halvparten i begge yrkesgruppene opplevde at de i stor eller svært stor grad utfyller hverandre (Figur 5-3). At sykepleiere og helsesekretærer i mindre grad oppga å komplettere hverandre, sammenlignet med fastleger og sykepleiere, kan skyldes nettopp at helsesekretæren i mindre grad er involvert i PHT. Sammenlignet med i 2019, opplevde likevel både sykepleiere og helsesekretærer i større grad at de to yrkesgruppene utfyller hverandre i 2021, hvilket kan indikere at samarbeidet har blitt bedre (Figur 5-3).

**Figur 5-3 I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis svarfordeling blant sykepleiere og helsesekretærer.**



Kilde: Spørreundersøkelser til sykepleiere (N = 36/40) og helsesekretærer (N = 37/51) ved fastlegkontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019/2021.

## 5.2 Teamledelse

Ved norske legekantor er det vanlig at ledelsesansvaret er delt mellom flere, slik at ulike personer har ledelsesansvar for ulike funksjoner som IKT, personell og økonomi (Reichborn-Kjennerud, 2010). Samtidig er det store forskjeller mellom ulike legekantor, og disse henger også delvis sammen med om legekantoret er privat eller kommunalt eid. Flere av PHT-lederne ved legekantorene erkjente ved forsøkets start at de trenger mer struktur på virksomheten ved legekantoret (Gaski & Abelsen, 2020). PHT-lederne har jobbet med å utvikle nye strukturer og måter å jobbe på, herunder utvikling av møtestruktur og utvikling av maler og prosedyrer som tegner opp klare roller for fastleger og sykepleiere, og de har ledet de andre ansatte på legekantoret inn i nye arbeidsmåter. Dette omfatter involvering gjennom felles prosesser hvor alle på legekantoret deltar i utviklingen av mål og visjoner, samt utvikling av internt samarbeid og kommunikasjon gjennom kompetanseheving. PHT-leder har ansvaret for overordnet utvikling og ledelse av PHT ved legekantoret. PHT-lederen er alltid en av fastlegene ved legekantoret. Videre vil hver enkelt fastlege lede teamarbeidet rundt sine listepasienter, i tillegg til at PHT samarbeider med andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten. De tre ulike nivåene av teamarbeid er også nærmere beskrevet i avsnitt 10.3.2.

Ledelse av PHT var tema i spørreundersøkelsen til alle yrkesgruppene på legekantoret, og i dette avsnittet belyser vi funnene fra undersøkelsene.

**Det er betydelig spredning i svarene når det kommer til i hvilken grad fastlegene opplever å ha tid til å lede et team i tråd med definisjonen «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 fleste fastlegene oppga at de i noen eller stor grad har tilstrekkelig tid til å lede et team som fungerer i tråd med definisjonen (62 prosent),

men ingen av fastlegene oppga at de i svært stor grad har tilstrekkelig tid til å lede et team som fungerer i tråd med definisjonen. 10 prosent oppga at de i svært liten grad har tilstrekkelig tid (spørsmål 4 vedlegg D.1). Opplevelsen av ikke å ha nok tid til teamledelse var særlig tydelig ved de nye PHT-legekontorene. Ved disse legekantorene var det ingen som oppga at de i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig tid til å lede et team som fungerer i tråd med definisjonen, og 62 prosent oppga at de i liten eller svært liten grad opplevde å ha tid til dette. Dette kan skyldes at de i mindre grad har hatt tid til å etablere nye arbeidsformer i forkant av koronapandemien.

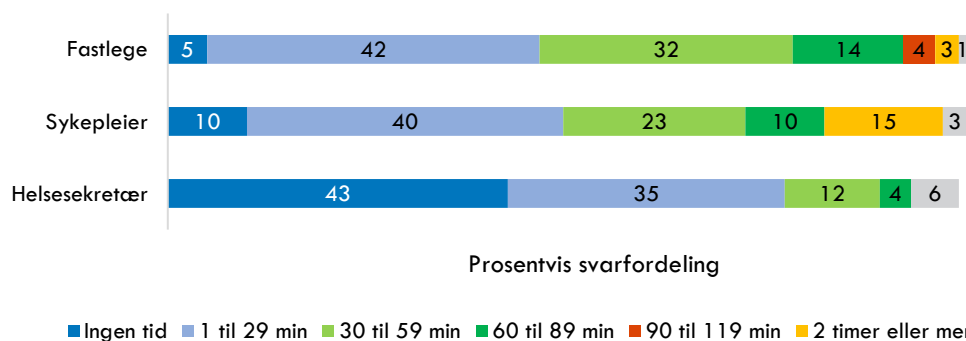
**Fastlegene opplevde derimot i større grad å ha tilstrekkelig kompetanse til å lede et team som fungerer i tråd med definisjonen;** 43 prosent oppga at de i stor eller svært stor grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til dette, og kun 7 prosent oppga at de i liten eller svært liten grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse (spørsmål 5 vedlegg D.1). Andelen som svarte at de i svært liten grad har tilstrekkelig kompetanse har blitt redusert fra 2019 til 2021. **Videre opplevde over halvparten av fastlegene (60 prosent) at det i stor eller svært stor grad er meningsfullt å lede de enkelte primærhelseteamene,** og kun 4 prosent oppga at de i liten eller svært liten grad opplever dette som meningsfullt (spørsmål 6 vedlegg D.1). Fastlegene ved de nye legekantorene skilte seg noe ut også på dette spørsmålet, og kun 39 prosent i denne gruppen oppga at de opplevde at det i stor eller svært stor grad er meningsfullt å lede de enkelte primærhelseteamene. Svarene på dette spørsmålet kan være preget av at mesteparten av tiden disse legekantorene har deltatt i utprøvingen har vært under koronapandemien.

### 5.2.1 Tid brukt på møter og kommunikasjon

**Halvparten av fastlegene og sykepleierne, og nærmere 80 prosent av helsesekretærene, brukte mindre enn en halvtime per uke på møter og annen kommunikasjon hvor temaet er knyttet til primærhelseteam** (Figur 5-4) (spørsmål 13 vedlegg D.1, spørsmål 18 vedlegg D.2 og spørsmål 9 vedlegg D.3). Ettersom vi vet at det foregår omfattende PHT-arbeid på legekantorene, fremstår den høye andelen som brukte liten tid på denne typen møtevirksomhet og kommunikasjon som noe overraskende. En mulig forklaring er at en del kan ha tolket spørsmålet til å handle om møter knyttet til for eksempel utviklingsarbeid, og at de ikke har regnet med møter og kommunikasjon knyttet til enkeltpasienter som følges opp av PHT. Dersom spørsmålet har blitt tolket ulikt av respondentene, kan dette også forklare hvorfor det var relativt stor variasjon i hvor mye tid respondentene oppga å bruke.

Om lag 20-25 prosent av fastlegene og sykepleierne, og fire prosent av helsesekretærene, brukte én time eller mer på møter og annen kommunikasjon hvor temaet var knyttet til PHT. Denne variasjonen på tvers av yrkesgruppene kan tyde på at kommunikasjonen i hovedsak foregår mellom fastlege og sykepleier, og at helsesekretærene på mange legekantor i mindre grad er involvert i teamarbeidet. Når vi ser på fastlegene ved legekantor som har deltatt siden start og som har samme finansieringsmodell, finner vi ingen signifikant endring i hvor mye tid de brukte på møter og annen kommunikasjon med sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til PHT fra 2019 til 2021.

**Figur 5-4 Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med fastlege/sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Prosentvis svarfordeling blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.**



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79), sykepleiere (N = 40) og helsesekretærer (N = 51) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2021.

### 5.3 Proaktivitet – forebygging og oppsøkende virksomhet

Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) peker på proaktivitet og forebygging som nye arbeidsformer i primærhelsetjenesten. I grunnlagsdokumentet Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering, nevnes det flere steder at PHT skal arbeide proaktivt (Helsedirektoratet, 2017). I kapitlet *Arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste* står det blant annet at «primærhelseteamet skal være proaktiv i sin kontaktform» og at «primærhelseteamet skal arbeide proaktivt med å identifisere personer med risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov, hvor målet er å forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse». Proaktivitet som begrep og arbeidsform er nærmere beskrevet i Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021).

I grunnlagsdokumentet for PHT er det ikke definert hva som menes med begrepet proaktiv, og det har derfor vært stort rom for deltakerne i forsøket å selv bestemme hva de legger i begrepet. Som beskrevet i Statusrapport III, kan proaktivitet ses på som et bredt begrep som inkluderer *primærforebygging* (forhindre utbrudd eller forekomst av sykdom), *sekundærforebygging* (forhindre forverring av sykdom som allerede har oppstått), og *oppsøkende virksomhet* (som innebærer en viss grad av paternalisme, for eksempel ved at helsetjenesten tar initiativ til utredning av pasientens behov) (Abelsen, et al., 2021).

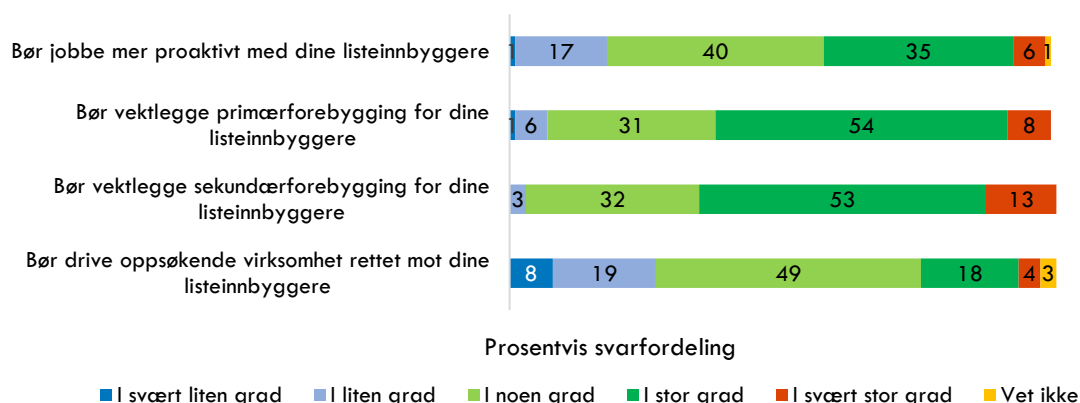
Spørsmål om proaktivitet var inkludert i spørreundersøkelsen til personellet på alle legekontor i forsøket. I intervjuundersøkelsen som ble gjennomført på 10 av legekantorene i forsøket, var proaktivitet også et tema PHT-lederne og øvrige leger ble spurt om.

#### 5.3.1 Resultater om proaktivitet fra spørreundersøkelsen

**40 prosent av fastlegene oppga at de i noen grad var enig i at de bør jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere. Om lag like mange oppga at de i stor eller svært stor grad var enig i det samme (41 prosent)** (spørsmål 27a vedlegg D.1). **Fastlegene ved nye PHT-legekontor så ut til å være noe mindre enige i at de som fastleger bør jobbe mer proaktivt** (46 prosent av disse svarte i liten eller svært liten grad, sammenlignet med 12 prosent av de øvrige fastlegene). Det er vanskelig å si noe sikkert om hva disse forskjellene skyldes, men en mulig forklaring er at legene ved de opprinnelige PHT-legekantorene i løpet av forsøksperioden har gjort seg erfaringer med proaktivt arbeid, for eksempel gjennom årskontroller for diabetes og kols, som har gjort at de er mer positive til å jobbe proaktivt.

**Samlet sett var fastlegene positive til både primær- og sekundærforebygging;** 62 prosent mente at de i stor eller svært stor grad bør vektlegge primærforebygging for sine listeinnbyggere, og 66 prosent mente det samme for sekundærforebygging (spørsmål 27b og 27c vedlegg D.1). **Den proaktive arbeidsformen som fastlegene i størst grad hadde delte meninger om, er oppsøkende virksomhet rettet mot listeinnbyggerne.** 22 prosent mente at de i stor eller svært stor grad bør drive med denne typen arbeid, 49 prosent svarte i noen grad, mens 27 prosent mente at de i liten eller svært liten grad bør gjøre det (spørsmål 27b vedlegg D.1). Det er lite tradisjon for denne typen arbeid i allmennlegetjenesten, og dette kan være noe av årsaken til at fastlegene var delte i sitt syn på om dette er en egnet arbeidsform.

Figur 5-5 Hvor enig eller uenig er du i at du som fastlege... Prosentvis svarfordeling blant fastleger.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2021.

### 5.3.2 Funn om proaktivitet fra intervjuundersøkelsen

Flertallet blant informantene i intervjuundersøkelsen mente at de ved eget legekontor jobbet mer proaktivt etter at de begynte med PHT enn det de gjorde tidligere. Mange informanter trakk fram den systematiske gjennomgangen og søk i listene som et nytt og hjelpsomt verktøy for endring til en mer proaktiv arbeidsform. Dette gir bedre oversikt og mulighet til å følge opp listeinnbyggere i målgruppene mer systematisk basert på faktorer som diagnoser, alder, helsetilstand og tid siden forrige kontakt. De fornyer i mindre grad resepter på legemidler uten en kritisk vurdering. De spør i større grad enn før seg selv om populasjonen er fulgt godt nok opp. De tenker mer sammen på legekontoret og hvordan de skal nå listeinnbyggere i målgruppene og mente de klarer å fange opp flere av dem med PHT. En lege fortalte at systematisk søk etter pasienter som skal ha legemiddelgjennomgang, har gjort at de har kommet i kontakt med personer som sjelden er hos lege. En annen lege fortalte at hun ønsket å jobbe mer proaktivt og at det var hele hensikten med å være med i PHT-forsøket.

En PHT-leder fortalte om hvordan de nå gjør systematiske søk for å finne aktuelle listeinnbyggere i målgruppene som ikke selv følger opp, og bruker tid på å oppsøke dem og tilby oppfølging. Dette gjorde de ikke før. De kunne kalle inn pasienter tidligere også, men hvis de ikke dukket opp gjorde de ikke mer med det. Nå bruker PHT-sykepleieren tid på å få kontakt med pasienten, ofte via mange mellomledd, og forklare dem viktigheten av at de kommer. **De lykkes ikke med å nå alle. Men de når flere enn før. Fordi de tar kontakt med nettverk og aktører rundt pasienten, får de bedre oversikt enn før og har mulighet for å samarbeide med andre aktører om oppfølgingen på en annen måte enn tidligere.** De melder fastlegen mer aktivt på enn før og reduserer, slik PHT-lederen ser det, sjansen for at pasienten «faller mellom flere forskjellige stoler».

Flere informanter sa at det var sykepleierressursen som gjorde det mulig for dem å jobbe mer proaktivt på legekontoret. En PHT-leder mente at sykepleierressursen hadde gjort dem mer oppsøkende og tilgjengelig for eldre som han opplevde lettere selv tar kontakt med en sykepleier enn med fastlegen. Det ble av flere informanter pekt på at sykepleierne har tid til å gjøre listesøkene og å drive oppsøkende virksomhet. En PHT-leder mente at det var mer effektiv tidsutnyttelse at sykepleierne gjør søkene enn at fastlegen skal gjøre dette selv og øke ventetiden på kurativt arbeid. Han sa videre:

*«Vi hadde jo ikke noe tradisjon om å gå systematisk gjennom listene våre, før PHT. Vi hadde jo nok med de som kom inn til time, ikke sant. Vi hadde ikke tid til å gjøre så mye proaktivt arbeid. En del av dette proaktive arbeidet det lønner seg i form av at man kanskje slipper flere konsultasjoner, akutte konsultasjoner - sånne ting.» (Fastlege)*

En lege sammenliknet den proaktive måten de jobbet på ved hennes legekontor med det hun hadde erfart etter praksisbesøk hos en fastlegekollega som ikke jobbet på denne måten:

«Jeg var i praksisbesøk hos en kollega i [bynavn] og tenkte lissom på det i etterkant, altså der var det mye mer sånn; - hva kommer du for og så ha det liksom. Flott kollega som gjør en kjempegod jobb, men når jeg tenkte på min hverdag her så er den i mye større grad preget av kontroll eller ting som jeg har satt opp på en måte. Ja, ikke så mye at pasienten er den som har bestilt det, men mer av at her må vi følge opp for å forebygge at det skal utvikle seg i en negativ retning.» (Fastlege)

---

Informantene snakket om proaktivitet som et nært samarbeid mellom lege og sykepleier. Noen informanter snakket om at det ikke er tradisjon for proaktivitet i allmennlegetjenesten, at det krever kortere lister og at det kanskje heller ikke er forventet i befolkningen. Det ble pekt på at man må ha tid til å jobbe proaktivt og at det ikke er noe poeng å hanke inn personer som ikke kommer til lege, hvis du ikke har tid til å gi dem et tilbud. Videre var flere informanter opptatt av at man ikke må ta fra pasientene eget ansvar for å oppsøke helsehjelp. En PHT-leder snakket om at en proaktiv arbeidsform kan skape mer uforutsigbarhet fordi det er vanskelig å vite hvor mye oppfølgingsarbeid det medfører. For fastleger med et høyt arbeidspress fra før, er denne uforutsigbarheten lite hensiktsmessig. En annen PHT-leder var opptatt av at **proaktivitet forutsetter kapasitet og strukturer for å jobbe proaktivt**. Brukeren må trekkes med. De må bli spurt og svare på «*hva-er-viktig-for-deg-spørsmålet*». PHT-lederen pekte på at proaktivitet kan være vanskelig å få til i praksis og over tid. Tilnærmingen kan legge til rette for at brukerens behov ikke blir møtt fordi det er så mange andre mer tydelige mål og behov å tilfredsstille. Han trakk særlig fram at pårørendes behov kan få forrang.

### Sekundærforebygging

Mange informanter snakket om **sekundærforebygging som uproblematisk, viktig, noe de driver mye med, noe de alltid har drevet med og noe som hører hjemme på legekontoret**. En PHT-leder mente at når listeinnbyggere har fått en diagnose eller det er avdekket en risikofaktor, er det avgjørende at helsetjenesten følger opp systematisk der det er viktig. Innkalling av pasienter som har diabetes og kols til årskontroller ble hyppig trukket fram av informantene som eksempel på viktig sekundærforebygging. Flere informanter mente at det å drive oppsøkende virksomhet overfor pasienter med etablert kronisk sykdom ikke er noe problem. PHT har gitt en ny arbeidsmåte og kapasitet til å drive sekundærforebygging blant pasienter som ikke selv kommer til kontroll eksempelvis for diabetes og kols, eller som skrives ut av sykehus med et oppfølgingsbehov hos fastlege som de selv ikke følger opp. Ved legekontorene jobber de mer proaktivt enn før med de som har et identifisert helseproblem, eksempelvis kronisk sykdom. PHT-ledere opplevde å ha mer å tilby når de nå har sykepleiere, men de jobbet ikke proaktivt for å identifisere personer med mulige behov. Det å systematisk kalle inn kronisk syke til årskontroller har mer for seg, men også der mente flere informanter at man må ha en kritisk tilnærming. En lege sa det slik:

«Det er jo kjempemange som lever med kronisk sykdom, og det er ikke alle kanskje som trenger like mye kontroll i forhold til det. Så det gjelder å finne de gruppene som passer inn i et sånt system da, for å følges opp uten at en på en måte, hva skal jeg si, presser på for mye i tillegg, som ikke er nødvendig, bare for at det skal se fint og flott ut.» (Fastlege)

---

### Primærforebygging

Av de som var **mer skeptisk innstilt til primærforebygging**, mente en PHT-leder at primærforebygging er viktig, men at fastleger ikke får betalt for å drive med det. Selv prøver hun å legge elementer av primærforebygging inn i sine møter med listeinnbyggere når øyeblikket tillater det – «*snakker om røyk og snus og sånt*». En annen lege fortalte at de ved legekontoret kaller inn pasienter som er over 75 år uten at de selv har bedt om det, og tenker at det kan ses på som primærforebygging. En lege mente at primærforebyggingen må foregå på samfunnsnivå og ikke på legekontoret. En annen mente at når det gjelder primærforebygging, er det vanskelig å si hvor grensen skal gå: «*Skal man oppsøke alle, og hva er nok? Det blir et for massivt prosjekt.*» En PHT-leder

mente at det er mer utfordrende å vite hva legekantoret skal gjøre som ikke overlapper andre tjenester og nå fram til de som ikke selv oppsøker legekantoret. PHT-lederen var også opptatt av utfordringen som ligger i det å senke terskelen for å oppsøke legekantoret for ting som kan løses bedre andre steder.

#### **Delte meninger om oppsøkende virksomhet**

**Mange av informantene trakk fram to sider ved oppsøkende virksomhet som kan oppleves problematiske: Inntrengingen i andres liv, og det å skulle ta betalt for tjenester som folk i utgangspunktet ikke har bedt om.** Flere informanter mente at man må ha som utgangspunkt at folk til en viss grad har ansvar for egen helse. Det blir feil å gripe inn i folks liv med forebyggingstiltak som de ikke selv ber om. Det ble framholdt at listeinnbyggere vil stille spørsmål ved fastlegens rett til å blande seg i hvordan de lever sine liv. Det var likevel informanter som fortalte at mange pasienter er svært positive til oppsøkende tilbud, eksempelvis eldre som blir tilbudt hjemmebesøk fra sykepleier eller fastlege.

Noen leger snakket om at det å ta betalt for en tjeneste der man kaller inn folk som ikke egentlig ønsker oppfølging, sitter langt inne hos mange leger. De opplever dette som uetisk. Så lenge man tar betalt for en tjeneste, så kan man ikke som tilbyder ha en for aktiv rolle i å få folk til å kjøpe den. Det blir litt annerledes hvis tjenesten er gratis. En PHT-leder fortalte at de som kommunalt legekantore, har tillatt seg å være «*litt slepphendt med egenandeler*», men ser at næringsdrivende fastleger ikke har den samme økonomiske friheten til dette. Det å få dekket egenandelen på en annen måte enn at pasienten betaler, mente hun var en viktig forutsetning for å kunne legge om til en mer oppsøkende arbeidsform.

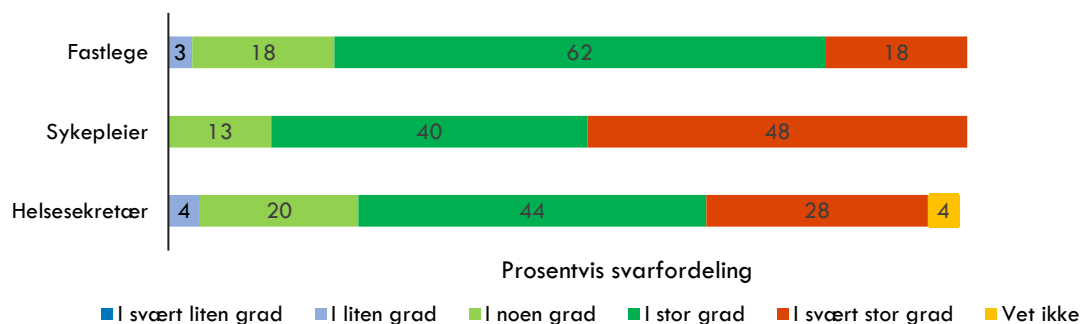
Noen leger pekte på at det er en balansegang i det å drive oppsøkende virksomhet i forhold til det å sykeliggjøre. Mange lever veldig godt med diverse plager og trenger kanskje ikke trekkes inn til lege og helsesystemet med utgangspunkt i at de har en økt risiko for sykdom. Legene fortalte at de i en tidlig fase av PHT-forsøket hadde kalt inn listeinnbyggere som var 80 år eller eldre. Det sluttet de ganske fort med fordi de vurderte at de med dette var med på å sykeliggjøre en gruppe hvor mange lever godt med sine aldersrelaterte helseplager. Det ga liten gevinst med tanke på å fange opp personer som faller utenom systemet.

## **5.4 Arbeidstilfredshet**

Det overordnede formålet med PHT er å gi et bedre tilbud til listeinnbyggerne, og økt arbeidstilfredshet blant ansatte på legekantoret er ikke omtalt som et mål i grunnlagsdokumentet for forsøket (Helsedirektoratet, 2017). I løpet av prosjektperioden har det likevel kommet frem at organiseringen som PHT kan påvirke arbeidstilfredsheten. Mulighet for faglig diskusjon og økt sosialt samhold som følge av teamarbeid, er eksempler på faktorer som kan bidra til økt arbeidstilfredshet. Som del av evalueringen, er det viktig å belyse alle identifiserte effekter av PHT. Eventuell endring i arbeidstilfredshet vil også inngå i den samfunnsøkonomiske analysen, ettersom det både er viktig for arbeidstakerne og fordi bedret arbeidstilfredshet for eksempel kan bidra til samfunns effekter som redusert sykefravær og turnover (Aagestad, et al., 2014).

**De fleste ansatte ved PHT-legekantorene var i stor eller svært stor grad fornøyd med jobben sin;** henholdsvis 80 prosent av fastlegene, 88 prosent av sykepleierne og 72 prosent av helsesekretærene svarte dette (Figur 5-6) (spørsmål 15j vedlegg D.1, spørsmål 20j vedlegg D.2 og spørsmål 12 j vedlegg D.3). Sykepleierne var yrkesgruppen som samlet sett var mest fornøyd med jobben sin, hvor nesten halvparten (48 prosent) oppga at de i svært stor grad var fornøyd.

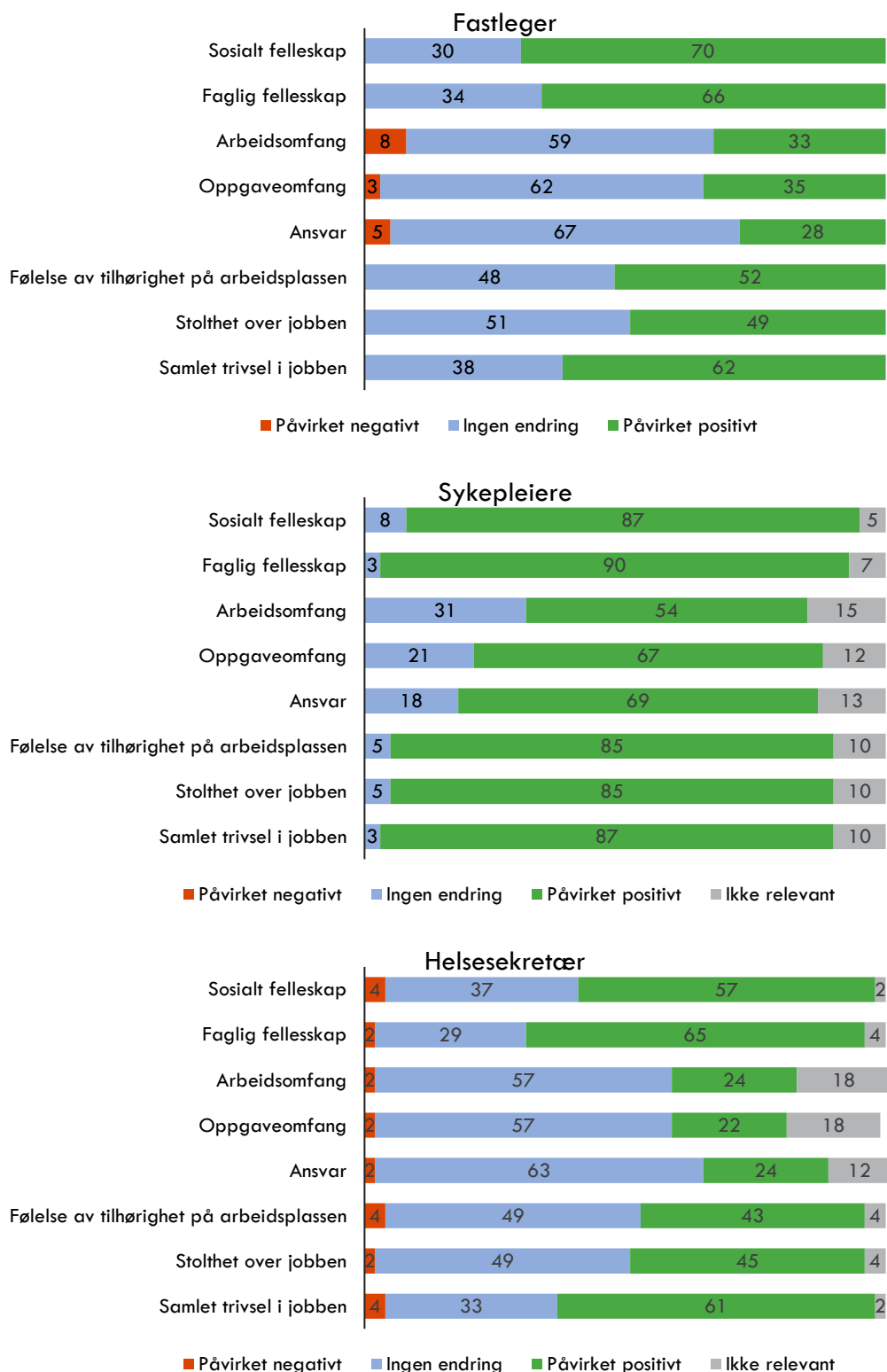
**Figur 5-6** Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din? Prosentvis svarfordeling blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79), sykepleiere (N = 40) og helsesekretærer (N = 50) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2021.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte på fastlegekontoret bedt om å ta stilling til en rekke påstander om hvordan PHT har påvirket arbeidsmiljøet på legekontoret. Påstandene handlet om sosialt og faglig fellesskap, arbeidsomfang, sammensetning av oppgaver, ansvar, tilhørighet, stolthet og samlet trivsel. Generelt var det få som opplevde at PHT har påvirket arbeidsmiljøet negativt (Figur 5-7). I de neste avsnittene går vi nærmere inn på hvordan de ulike yrkesgruppene opplevde arbeidsmiljøet på legekontoret, samt hvilken betydning de opplevde at PHT har hatt for arbeidsmiljøet.

**Figur 5-7 På hvilken måte har primærhelseteam påvirket hvordan du opplever følgende dimensjoner ved arbeidsmiljøet på legekantoret? Prosentvis svarfordeling blant fastleger, sykepleiere og helsesekretærer.**



Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger (N = 79), sykepleiere (N = 40) og helsesekretærer (N = 50) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2021.



#### 5.4.1 Fastlegers arbeidstilfredshet

Figur 5-7 viser at en stor andel av fastlegene samlet sett var fornøyd med jobben, men det var noen deler av jobben de var mindre fornøyd med. **Nesten halvparten (49 prosent) av fastlegene var i svært liten eller liten grad fornøyd med arbeidsmengden sin** (spørsmål 15h vedlegg D.1). For de fleste fastlegene har PHT ikke påvirket arbeidsomfanget (56 prosent svarte dette) (spørsmål 16c vedlegg D.1). En liten andel (8 prosent) oppga at PHT hadde påvirket arbeidsomfanget negativt, mens en tredjedel (33 prosent) oppga at det hadde påvirket arbeidsomfanget positivt. Til sammenligning oppga 78 prosent av fastlegene at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver (se avsnitt 5.1). Det kan derfor se ut til at oppgavene sykepleier utfører i stedet for at fastlegen gjør dem selv, er ganske begrenset. En fastlege skrev dette om PHT og arbeidsbelastning:

*«Jeg har ikke fått mindre å gjøre etter at vi fikk PHT, men mindre dårlig samvittighet for oppgaver som burde vært gjort bedre/annerledes. Bedre helhetlig oppfølging av enkeltpasienter.» (Fastlege)*

---

**For mange fastleger har PHT bidratt til at den samlede trivselen i jobben har blitt bedre.** Fastlegene var i stor eller svært stor grad fornøyd med kollegene sine (92 prosent svarte dette) (spørsmål 15d vedlegg D.1), og en stor andel av fastlegene opplevde at PHT har påvirket det sosiale fellesskapet og det faglige fellesskapet positivt (henholdsvis 70 og 66 prosent oppga dette) (spørsmål 16a og 16b vedlegg D.1). Det var ingen som oppga at PHT har påvirket det sosiale eller faglige fellesskapet negativt. Over halvparten av fastlegene (62 prosent) opplevde at PHT har påvirket samlet trivsel i jobben positivt (spørsmål 16h vedlegg D.1).

**Om lag tre av fire fastleger (76 prosent) var i stor eller svært stor grad fornøyd med ansvaret de er tildelt** (spørsmål 15a vedlegg D.1). For de fleste (63 prosent) har ikke PHT påvirket om de har så mye ansvar som de selv ønsker (spørsmål 16e vedlegg D.1). Samtidig opplevde i underkant av en tredjedel av fastlegene (28 prosent) at PHT har påvirket ansvaret deres positivt, og en liten andel (5 prosent) oppga at de opplevde at PHT har påvirket ansvaret deres negativt. En mulig forklaring på at noen opplevde negativ påvirkning på ansvar, er at PHT innebærer at fastlegene skal lede teamet rundt pasienter som får oppfølging fra PHT, og at dette er et ansvar ikke alle ønsker. Blant legene som opplevde at PHT har påvirket ansvaret deres positivt, kan en mulig årsak være at sykepleier oppleves som en faglig sparringspartner som bidrar til at man i mindre grad må stå alene i vanskelige beslutninger. En fastlege skrev dette om PHT:

*«Fungerer ekstremt godt og gir meg økt trygghet som lege da jeg vet at det ikke bare er min vurdering som ligger til grunn for behandling, og at mine vurderinger støttes eller stilles spørsmål ved av folk som ser pasienten oftere enn jeg gjør med mine 20 minutter.» (Fastlege)*

---

**Rundt halvparten av fastlegene opplevde at PHT har hatt en positiv påvirkning på følelse av tilhørighet og stolthet over jobben** (henholdsvis 52 og 49 prosent), samtidig som omtrent like mange oppga at PHT ikke har hatt noen påvirkning (henholdsvis 46 og 48 prosent) (spørsmål 16f og 16g vedlegg D.1). På spørsmålet om hvordan PHT har påvirket samlet trivsel i jobben, var det ingen som svarte at det har påvirket trivselen negativt (spørsmål 15h vedlegg D.1). **Over halvparten (62 prosent) svarte at PHT har påvirket trivselen positivt**, mens om lag en tredjedel (35 prosent) svarte at trivselen ikke har blitt påvirket.

Vi har også sammenlignet svarene fra legene ved legekantorene som har deltatt i forsøket siden starten, for å se om leger som prøver ut ulik finansieringsmodell har opplevd ulik påvirkning på arbeidsmiljø. Analysene viser at legene med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen stort sett opplevde at PHT har påvirket arbeidsmiljøet på samme måte.

#### 5.4.2 Sykepleiernes arbeidstilfredshet

**De fleste sykepleierne var fornøyde med ulike deler av jobben.** De fleste sykepleiere var i stor eller svært stor grad fornøyd med ansvaret de er tildelt (93 prosent), variasjonen de har i sine arbeidsoppgaver (76 prosent) og tiden de har til å utføre sine arbeidsoppgaver (75 prosent) (spørsmål 20a-c vedlegg D.2). Tilsvarende var en betydelig andel i stor eller svært stor grad fornøyd med kollegene sine (93 prosent), muligheten til å bruke sine evner (80 prosent), frihet til å bruke sine arbeidsmetoder (83 prosent) og anerkjennelsen de får for godt utført arbeid (78 prosent) (spørsmål 20d-f vedlegg D.2). En noe lavere andel var i stor eller svært stor grad fornøyd med arbeidsmengden (67 prosent) og lønnen sin sett i forhold til anstrengelser og prestasjoner på jobben (33 prosent) (spørsmål 20g-h vedlegg D.2). **De fleste (mer enn 87 prosent) av sykepleierne mente at PHT hadde påvirket positivt til sosialt og faglig fellesskap, tilhørighet til og stolthet over jobben, samt samlet trivsel i jobben** (Figur 5-7). En noe mindre andel (54-69 prosent) opplevde at PHT påvirket ansvar og arbeids- og oppgaveomfang positivt. Ingen av sykepleierne svarte at PHT hadde påvirket noen av de ulike dimensjonene ved arbeidsmiljøet negativt. De fleste av sykepleierne jobbet ikke på legekantoret før forsøket startet. Vi antar at de har svart basert på inntrykket av hvordan arbeidsmiljøet var, og hvordan dette har utviklet seg over tid.

#### 5.4.3 Helsesekretærenes arbeidstilfredshet

**Nesten tre av fire helsesekretærer oppga at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med jobben sin, alt tatt i betraktning** (Spørsmål 12 j vedlegg D.3). Helsesekretærene var særlig fornøyd med kollegaene sine (80 prosent er i stor eller svært stor grad fornøyd), og **rundt 60 prosent mener at PHT har bidratt til å styrke det sosiale og faglige fellesskapet** (Spørsmål 13 a og b vedlegg D.3). I fritekstsvar beskriver flere hvordan PHT-sykepleier har bidratt både gjennom å være hyggelige kollegaer, men også gjennom å være en støttespiller og trygghet for helsesekretæren. Generelt virker det som at PHT på flere legekantor har bidratt til bedre samarbeid, og at dette har ført til økt trivsel og trygghet. En helsesekretær skrev dette i spørreundersøkelsen:

---

*«[...] at man ikke står i ansvaret alene, men at alle på arbeidsplassen er med og bidrar på sin måte gjør det lettere å utføre en oppgave, samtidig vil trivselen øke når alle får delta med sitt. Kjennskapet til de du jobber med øker og du blir tryggere og alle for et bedre arbeidsforhold til hverandre.» (Helsesekretær)*

---

Samtidig påpekte flere at koronapandemien har overskygget tilværelsen på legekantoret, slik at man kanskje ikke har merket så stor forskjell som man ellers ville gjort.

**Der var imidlertid også noen helsesekretærer som opplevde at PHT har bidratt negativt til deres trivsel.** Dette ser fremst ut til å henge sammen med **dårlig inkludering av helsesekretærene i teamarbeidet og uklar rollefordeling.** En helsesekretær skrev:

---

*«Uklare roller er med på å lage utrygghet og mistriivsel. Følelsen av å bli forbigått, ikke bli spurt og inkludert på samme måten som før PHT startet har påvirket min trivsel i negativ retning. Dette selv om en blir inkludert lenger ut i løpet.» (Helsesekretær)*

---

## 5.5 Turnover

Begrepet *turnover* benyttes gjerne ved beskrivelser av utskifting av arbeidstakere. Turnover er pekt på som en utfordring for teamarbeid (Cashman, et al., 2004) og noe som kan redusere energien i team (Hall, 2005). Den konvensjonelle definisjonen av *turnover* i allmenmedisinsk praksis beskrives av Taylor og Leese (1998):

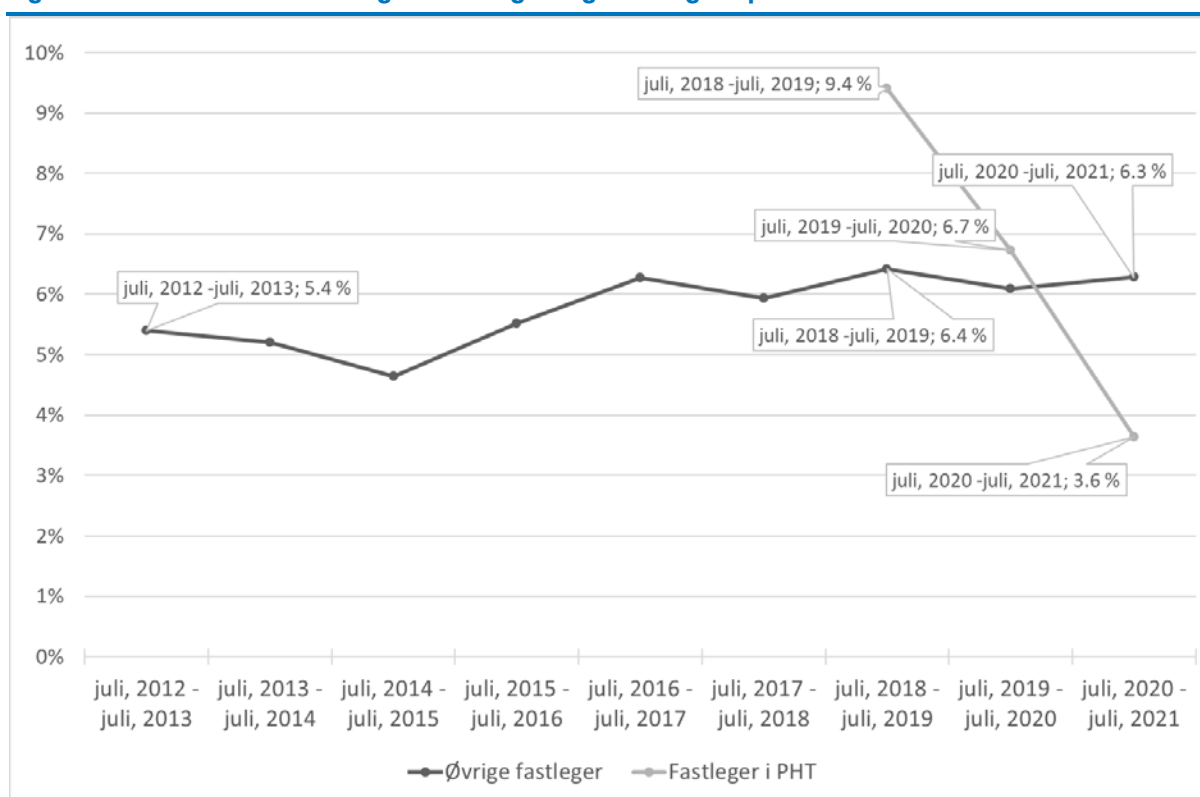
### Boks 5-1 Definisjon av turnover:

$$\text{Turnover} = \frac{\# \text{ leger som sluttet i løpet av tidsperioden}}{\# \text{ leger som sluttet i løpet av tidsperioden} + \# \text{ leger som ikke sluttet i løpet av tidsperioden}}$$

**Eksempel:** Dersom en legepopulasjon bestod av 10 leger ved inngangen til år t, og 1 av disse 10 legene slutter før året er over, så blir turnover 0,1 (10 prosent). Det er vanlig å bruke ett års perioder.

Vi har beregnet turnover blant fastleger i PHT og øvrige allmennleger ved bruk av registerdata. Vi har benyttet tolv månedersperioder fra juli til juli, slik at det var mulig å beregne turnover fram til og med juli 2021. Turnover blant fastleger i PHT og øvrige fastleger i allmennlegetjenesten beskrives i Figur 5-8.

**Figur 5-8 Turnover blant fastleger i PHT og øvrige fastleger i perioden 2012 til 2020. Prosent.**



Kilde: FLO, Helsedirektoratet. Merknad: Turnover er definert som andelen fastleger som slutter i løpet 12 måneder (juli-juli).

Med "sluttet som fastlege mellom juli 2018 og juli 2019" menes at en leges helsepersonellnummer var tilknyttet pasientliste i 2018 samtidig som dette helsepersonellnummeret ikke var tilknyttet pasientliste tolv måneder senere. I perioden fra juli 2018 til juli 2019 var det 8 av fastlegene i forsøket som sluttet og dette antallet utgjorde 9,4 prosent av de 85 legene som var deltakere i PHT i juli 2018. Tilsvarende var det 7 av 104 leger (6,7 prosent) som sluttet mellom juli 2019 og juli 2020, og 4 av 110 leger (3,6 prosent) sluttet mellom juli 2020 og juli 2021. Vi beskriver også turnover blant fastleger utenfor PHT fra juli 2012. Vi ser at turnover har økt noe over tid, fra 5,4 prosent 2012 til 6,3 prosent i 2020.

På grunn av den moderate størrelsen på populasjonen av PHT-fastleger i PHT vil vi forvente betydelige svingninger i turnover fra år til år i denne gruppen. Det er ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger utenfor forsøket. Det observerte antallet PHT-

fastleger i PHT som slutter per år er godt innenfor den variasjon en ville forvente dersom *turnoversannsynligheten* hadde vært lik for alle fastleger, innenfor eller utenfor PHT.<sup>10</sup>

### 5.5.1 Om betydningen av turnover fra intervjuundersøkelsen

Alle de 10 legekantorene som var inkludert i intervjuundersøkelsen, hadde opplevd utskifting av medarbeidere i forsøksperioden. Ett legekantor hadde i løpet av forsøksperioden skiftet flere fastleger og PHT-sykepleiere, i tillegg til PHT-leder. De øvrige hadde enten skiftet ut fastleger eller PHT-sykepleiere.

### 5.5.2 Skifte av lege

Fire av de 10 legekantorene hadde hatt utskifting av fastleger. I tillegg hadde alle de 10 legekantorene hatt vikarleger i kortere eller lengre perioder så langt i forsøksperioden. Ved to av legekantorene fortalte PHT-lederne at de permanente skiftene av fastleger hadde hatt positiv virkning på PHT-arbeidet. De hadde rekruttert nye, unge leger som ønsket å jobbe i team. To av legene som ble intervjuet fortalte at de aktivt hadde søkt seg til legekantoret fordi de hadde PHT. Ved de to andre legekantorene hadde skiftene av permanente fastleger vært mer utfordrende. Ved det ene av disse fortalte leger at det hadde tatt tid å få nye leger inn i PHT-arbeid, fordi de nye klarer ikke å se mulighetene som ligger i PHT og at de kan be sykepleierne om hjelp. Ved det andre legekantoret hadde det vært utskifting i tre av fire legestillinger. PHT-lederen var opptatt av at legene må ha et genuint ønske om å jobbe teambasert og ønske om å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen hvis de skal passe inn i et legekantor som prøver ut PHT. Han hadde erfart at nyrekrutterte leger ikke har vært enig med han om hvordan de skal jobbe og tenke om PHT. PHT-lederen mente at det er vanskelig å vite om leger som søker seg til legekantoret egentlig er interessert i PHT og teamarbeid, selv om de «*svarer politisk korrekt på alle spørsmålene*» om dette. Ved rekruttering har han primært lagt vekt på å velge noen som har forståelse for den daglige driften og som kan passe inn i arbeidsmiljøet. PHT er i utgangspunktet ikke varig. Det blir av den grunn sekundært hvilken oppfatning en ny lege har om PHT.

Informantenes erfaringer med vikarleger var ulike. Ved to legekantor hadde de gode erfaringer med tanke på utviklingen av PHT. Ved det ene av disse legekantorene mente PHT-leder at mye av forklaringen lå i at de hadde brukt finske vikarleger som var vant til å samarbeide med sykepleier. Ved de øvrige legekantorene hadde informantene erfart at PHT-arbeidet ble satt tilbake når det kom inn vikarleger. En PHT-leder fortalte at belastningen er stor når faste leger erstattes med vikarer for å få den daglige driften til å gå rundt. PHT kommer på toppen av dette og har ikke blitt prioritert. Flere andre informanter hadde erfart at vikarleger ikke har noe eierskap til PHT-forsøket. En sykepleier beskrev utskiftingen av leger og i særdeleshet vikarleger i PHT-forsøket, slik:

*«Det er jo og veldig utfordrende i et sånt prosjekt at leger kommer og går. Mange har vært vikarleger som ikke har et eierskap til dette prosjektet når de begynner. [...] De er opptatt av å komme gjennom sin hverdag som er hektisk nok, og så kjenner de ikke på det der eierskapet eller ansvarsfølelsen for å jobbe teambasert og for å samarbeide med oss godt nok da.» (Sykepleier)*

Flere av sykepleierne som ble intervjuet, fortalte at det tar tid å etablere samarbeid med nye leger. Men at det går langt raskere i de tilfellene hvor legen er interessert i og åpen for teamarbeid. En sykepleier fortalte at en etablert møtестruktur mellom sykepleier og leger er til god hjelp for å raskt etablere samarbeid med vikarleger. PHT-leder ved et legekantor som i den tidlige fasen av PHT-forsøket hadde mange vikarer inne på grunn av utdanningspermisjoner blant de faste legene, fortalte at legegruppa nå var mer stabil og at det derfor var lettere å jobbe som team og utvikle PHT.

---

<sup>10</sup> Vi kan med den observerte turnover på 0,036 blant pht-leger i perioden juli 2020-juli 2021 ikke forkaste nullhypotesen om at den ukjente *turnoversannsynligheten* blant PHT-fastleger var 0.063 (som var observert *turnover* blant fastleger utenfor PHT). P-verdien med bruk av en Fischer test basert på binomialfordelingen med *turnoversannsynlighet* på 0.063 blir 0.17. Heller ikke om tilsvarende test benyttes for perioden 2018-2019 kan vi forkaste nullhypotesen om at den ukjente *turnoversannsynligheten* er lik blant PHT-fastleger og fastleger forøvrig. P-verdien blir 0.17.

Flere informanter ved legekantor med legeturnover fortalte at sykepleierne har representert stabilitet for mange listeinnbyggere. En sykepleier hadde opplevd at den personlige kontinuitet er mer viktig for en del kronisk syke. De vil komme til en fast person og er ikke så opptatt av at det er en lege:

*«Jeg har opplevd flere pasienter som velger å heller gå til meg, selv om det er ting jeg ikke kan gjøre, nettopp fordi at det har vært så mange leger inn og ut. De orker ikke å begynne på historien om igjen. De vil ha en som kjenner de lille grann.» (Sykepleier)*

---

### 5.5.3 Skifte av PHT-sykepleier

Seks av de 10 legekantorene hadde skiftet PHT-sykepleier(e). Noen PHT-ledere antydte at det at sykepleierstillingene er midlertidige stillinger som varer så lenge forsøket varer, kan ha vært en medvirkende årsak til turnover. Informantene snakket om skiftene av sykepleiere som mer eller mindre utfordrende.

Ett legekantor hadde skiftet flere sykepleiere i starten av forsøket noe som ble forklart med at arbeidsmåten ikke passet for de aktuelle og at de av den grunn ganske raskt valgte å slutte. Ved et annet legekantor skyldtes skifte fødselspermisjon. Vikaren hadde omtrent samme kompetanse som sykepleieren hun erstattet. Hun syntes selv overgangen til å jobbe i PHT hadde gått fint fordi hun kjente PHT godt fra arbeid i hjemmetjenesten. Ved det tredje legekantoret hadde ny sykepleier en litt annen kompetanse enn den gamle, noe som gjorde at hun trengte opplæring for å kunne overta alle oppgaver som den gamle sykepleieren hadde hatt, for eksempel kontroller av kolspasienter. Det fjerde legekantoret hadde opplevd flere skifter i sin sykepleierstilling. Både PHT-leder og leger mente skiftene var en stor ulempe som hadde forsinket utviklingen av PHT på legekantoret. Legene trakk fram at sykepleierne hadde vært veldig ulike:

*«Det har holdt oss veldig tilbake fra å få etablert gode rutiner sammen med sykepleier. De sykepleierne vi har hatt har også hatt veldig forskjellig stil. Altså veldig forskjellig tilnærming og forskjellig personlighet og forskjellig bakgrunn og dermed forskjellig tilnærming til pasienten.» (Fastlege)*

---

Ved det femte legekantoret fortalte ny sykepleier at hun tok over de samme oppgavene som den gamle sykepleieren hadde hatt. Men rollen føltes enda ikke helt formet, selv om legekantoret hadde vært med i PHT-forsøket i mer enn tre år. Sykepleieren mente det hang sammen med utskifting av flere leger. Dette krevde tid og behov for tilpasning av hennes rolle til den enkelte lege:

*«Jeg kan ikke si at hvis jeg hadde sluttet nå, at jeg hadde klart å levere over en veldig definert rollebeskrivelse til nestemann.» (Sykepleier)*

---

Det sjette legekantoret hadde hatt skifte i begge sykepleierstillingene. Ifølge både PHT-leder og sykepleierne selv, kunne ikke de nye sykepleierne tenke seg å jobbe slik de gamle hadde gjort. De gamle sykepleierne drev, ifølge PHT-leder, nærmest poliklinisk virksomhet og det var i realiteten lite teamarbeid. PHT-lederen medgav at det ikke var bærekraftig med tanke på arbeidstrivsel ved legekantoret å jobbe på den måten og heller ikke i tråd med allmennt medisinsk praksis. De nye sykepleierne favnet, ifølge PHT-lederen, faglig bredere og jobbet på en mer utforskende måte. Samlet jobbet de nå mer som team på legekantoret. Sykepleierne mente på sin side at sykepleierturnover hadde vært bra fordi man på legekantoret hadde fått mulighet til å prøve ut en annen arbeidsmåte. Den ene sykepleieren syntes det hadde vært enkelt å være ny. Hun mente det handlet om at hun var psykiatrisk sykepleier og at en del leger ikke er så interessert i psykisk sykdom, «de ville gladelig gi det videre til meg». Det var sånn sett en større åpning for henne enn for den andre sykepleieren som opplevde å måtte jobbe mer for innpass blant legene: «Jeg må faktisk bevise at det

er trygt å sende meg av sted på ting.» Likevel framholdt hun at legekantoret er vant til å ha sykepleier – og trodde det ville vært mer vanskelig å komme inn på et legekantor som aldri har hatt sykepleier.

#### 5.5.4 Skifte av helsesekretær

Ved et kommunalt legekantor var en helsesekretær som hadde jobbet på legekantoret i 40 år, i ferd med å gå av med pensjon da intervjuene ble gjennomført. Hun ville bli erstattet med en sykepleier. PHT-lederen fortalte at kommunen hadde en langsiktig målsetning om å ha sykepleiere i stedet for helsesekretærer fordi det gir større fleksibilitet og mulighet til å løse flere oppgaver på legekantoret. PHT-lederen fortalte at dette skiftet også handlet om at de ville kunne få en allerede kommunalt ansatt, erfaren sykepleier inn i stillingen:

*«Helsesekretæren som går ut, hun har jo jobbet der i 40 år og hvis hun hadde blitt utdannet nå, så hadde nok ikke hun vært helsesekretær, da hadde hun ligget på et mye høyere utdanningsnivå. [...] En helt nyutdannet helsesekretær uten erfaring kunne jo ikke erstatte hun med 40 års ansenitet og samtidig kunne ikke en fersk sykepleier ha gjort det heller.» (Fastlege)*

Ved et annet legekantor fortalte PHT-lederen at de ville beholde PHT-sykepleierne etter at prosjektet er over. De var allerede blitt fast ansatt. Han fortalte at ansettelsene hang sammen med at flere helsesekretærer snart ville gå av med pensjon. Sykepleierne var allerede opplært og innsatt i helsesekretærenes arbeidsoppgaver, og ville kunne overta disse og samtidig gjøre annet mer kompetansekrevende arbeid. PHT-lederen fortalte at selv om dette var den beste løsningen for legekantoret, så var han åpen for at andre kommunale tjenester alternativt kan ha større behov for denne sykepleierkompetansen.

#### 5.5.5 Skifte av PHT-leder

Det var skiftet PHT-leder ved to av de 10 legekantorene på grunn av midlertidig og permanent jobbskifte. Skiftet av PHT-leder hadde begge steder skjedd mellom to leger som hadde vært med i PHT-forsøket fra start. Skiftene ble omtalt som uproblematisk, av begge de nye PHT-lederne og medarbeidere begge steder. Dette ble forklart med at ny og gammel PHT-leder hadde vært godt samkjørte og hadde jobbet sammen om utviklingen av PHT fra starten av forsøket.

### 5.6 Samhandling med andre tjenester

Samhandling med andre deler av helsetjenesten er en viktig del av arbeidet på fastlegkantorene og er avgjørende for trygg pasientbehandling. Legekantorene samhandler med både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV. Mange av pasientene i målgruppen for PHT får oppfølging fra flere tjenester og er derfor tjent med at samhandlingen mellom disse fungerer godt. God samhandling skal bidra til koordinerte og trygge pasientforløp, samt hensiktsmessig og tydelig arbeids- og ansvarsdeling mellom legekantoret og de øvrige tjenestene (NFA Faggruppe for samhandling, 2018).

**Spørreundersøkelsen avdekket at de ansatte på legekantorene opplever at det er et forbedringspotensial når det kommer til samhandling med andre deler av helsetjenesten og NAV.** I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere hvor fornøyd de var med samhandlingen med ulike aktører på en skala fra veldig misfornøyd (-3) til veldig fornøyd (+3). Fastlegene var minst fornøyd med samhandling med psykisk helsevern (gjennomsnittsscore 0,3) og mest fornøyd med samhandlingen med hjemmetjenesten (gjennomsnittsscore 1,6). Både sykepleierne og helsesekretærene var minst fornøyd med samarbeidet med NAV (gjennomsnittsscore henholdsvis 0,1 og 0,2). Fritekstsvarene i spørreundersøkelsen viste at manglende eller dårlig samhandling er en kilde til frustrasjon, og det fremstår utfordrende å gjøre noe med samhandlingsproblemene. En lege oppga i spørreundersøkelsen at dårlige verktøy bidro til at han var misfornøyd med samhandlingen. En annen lege mente manglende vilje og forståelse for samhandling er en viktig årsak til utfordringene og skrev dette:

«Samhandling krever vilje fra begge parter til å se nytten av det! [Jeg] oppfatter at dette ofte mangler.» (Fastlege)

---

### Samhandling i primærhelsetjenesten

**De ansatte på legekantorene var i ulik grad fornøyd med hvordan samhandlingen med øvrige deler av primærhelsetjenesten fungerer. Fastlegene var i størst grad fornøyde, mens helsesekretærene var minst fornøyde.**

Fastlegene var mest fornøyd med samhandlingen med hjemmetjenesten og minst fornøyd med samhandlingen med tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne (gjennomsnittsscore henholdsvis 1,6 og 0,8, skala fra veldig misfornøyd (-3) til veldig fornøyd (+3)) (spørsmål 22 vedlegg D.1). En mulig forklaring på dette er at fastlegene har flere listeinnbyggere som får hjemmetjenester enn som har nedsatt funksjonsevne. De fleste fastleger vil derfor samhandle oftere med hjemmetjenesten enn med tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne, og dette kan gjøre at fastlegene både kjenner bedre til hvordan samhandlingen med hjemmetjenesten fungerer og at de har utviklet gode rutiner. I tillegg kan hyppigere samarbeid gjøre at fastlegene kjenner de ansatte i hjemmetjenesten bedre enn de ansatte i tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne, og dette kan bidra til at samhandlingen fungerer bedre. En sykepleier skrev i fritekstsvar:

«Siden vi er en stor kommune med flere legesenter som ikke har PHT, opplever vi samarbeidet med spesielt kommunen som delvis fraværende.» (Sykepleier)

---

### Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Fastlegene svarte i gjennomsnitt at de i noen grad er fornøyd med samarbeidet med ulike områder av spesialisthelsetjenesten (gjennomsnittlig score varierer fra 0,3 til 1,0 på tvers av områder) (spørsmål 23 vedlegg D.1), mens sykepleierne og helsesekretærene er i mindre grad fornøyde (gjennomsnittlig score fra 0,3 til 0,4 for de ulike områdene) (spørsmål 23 vedlegg D.2 og spørsmål 16 vedlegg D.3).

## 5.7 PHT og samarbeid med andre kommunale helsetjenester

Informantene i intervjuundersøkelsen på de 10 legekantorene i forsøket, var samstemt om at **PHT gjør legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før**. Den økte tilgjengeligheten utnyttet ulikt. På den ene siden fortalte flere PHT-sykepleiere at ansatte i andre tjenester oftere tar direkte kontakt med dem og at de kan hjelpe dem å løse ulike problemstillinger og nå fastlegen raskere enn før – enten direkte eller indirekte. På den andre siden fortalte en PHT-sykepleier at ansatte i hjemmetjenesten har sagt til henne at de ringer legekantoret for å snakke med legen og ikke med PHT-sykepleieren, selv om de må vente lenge på svar:

«Den oppfattelsen av at du må snakke med fastlegen for å få noe avklart eller få noe gjort, den henger nok igjen hos mange da som ikke er vant til å bruke primærhelseteam.» (Sykepleier)

---

Informantene fortalte at av de kommunale tjenestene, var **kontakten tettest mellom PHT og hjemmetjenesten**. Dette har sammenheng med at skrøpelige eldre er en målgruppe for PHT noe som gir PHT og hjemmetjenesten mange felles brukere. Det synes også å ha sammenheng med at mange PHT-sykepleiere selv har jobbet i hjemmetjenesten tidligere. De kjenner tjenesten og ofte de ansatte som jobber der, og bruker kjennskapet i mange situasjoner. Flere informanter mente at legekantorets relasjon til hjemmetjenesten har endret seg og blitt tettere fordi **PHT-sykepleierne har mer kontakt med hjemmetjenesten enn det fastlegene tradisjonelt har, og kommuniserer mer om sin pasientoppfølging enn det fastlegene gjør**.

PLO<sup>11</sup>-meldinger er et viktig kommunikasjonsverktøy mellom legekontor og andre kommunale tjenester. Noen informanter fortalte at de begynte å bruke PLO-meldinger omtrent samtidig med oppstarten av PHT-forsøket. Andre har brukt PLO-meldinger lenger. PHT-sykepleiere kommuniserer som regel, med egen signatur på PLO-meldinger, men leser og svarer også ut PLO-meldinger på vegne av fastlegen. En PHT-leder mente at de med PHT har mer kapasitet til å svare på PLO-meldinger noe som øker hjemmetjenestens tillit til dem. PHT har skapt et bedre samarbeidsklima mellom legekantoret og de andre tjenestene i bydelen. Han eksemplifiserte det endrede samarbeidet slik:

*«...problemstillingen blir presentert på en litt annen måte da. Det blir litt enklere for meg også å kvittere det ut [...] jeg kjenner jo kanskje pasienten godt nok fra før, og så kommer sykepleier med en problemstilling og med et forslag hvordan vi kan løse den. Det eneste jeg trenger å gjøre er kanskje å gi grønt signal. Ja, men det kan vi gjøre. Så kan hun ta seg av egentlig, ja det oppfølgingsarbeidet også. Og det gjør jo at jeg ikke trenger å bruke så mye tid på det, samtidig så får den tjenesten som har kontaktet oss, et raskt svar. De har kommet i dialog med oss.» (Fastlege)*

---

I flere kommuner fortalte informantene at de **har jobbet sammen med andre kommunale tjenester for å utvikle PHT sånn at det skal passe i den lokale settingen**. Flere la vekt på viktigheten av stabil bemanning over tid hvor folk kjenner hverandre og jevnlig møtes på tvers av tjenester for å få dette til. En PHT-leder fortalte eksempelvis at sykepleierne deltar i ulike faste tverrfaglige møter med andre tjenester i kommunen. I noen tilfeller deltar sykepleierne sammen med fastlegene, i andre tilfeller på vegne av fastlegen. På denne måten blir PHT godt orientert om listeinnbygges behov og kontakt med andre kommunale tjenester.

#### **Enklere å avklare roller når PHT-leder også er kommuneoverlege**

**I de mindre folkerike kommunene var dobbeltrollen som PHT-leder og kommuneoverlege vanlig. Flere informanter snakket om at denne dobbeltrollen ga PHT-lederen autoritet til å kunne veilede både PHT-sykepleier og ansatte i andre kommunale tjenester for å unngå at de gir overlappende tjenester.** En PHT-leder fortalte at de i starten av forsøket jobbet bevisst med å finne en formålstjenlig arbeidsdeling mellom PHT og hjemmetjenesten. Hun ga flere eksempel på at det var hensiktsmessig at PHT-sykepleier av og til utførte en enkeltstående oppgave som hjemmetjenesten vanligvis gjør, fordi PHT-sykepleieren var hjemme hos pasienten, men hvor det var nødvendig å presisere overfor både hjemmetjenesten og PHT-sykepleier at det ikke betød at PHT hadde overtatt oppgaven. I andre tilfeller hadde de jobbet med å unngå trippelarbeid (mellom PHT-sykepleier, hjemmesykepleier og psykiatrisk sykepleier). PHT-lederen mente at det var behov for veiledning for å avklare roller tjenestene imellom. Dette faller ikke effektivt på plass av seg selv. I kraft av å være både PHT-leder og kommuneoverlege var veilederrollen for både legekantorets og andre tjenesters virksomhet selvsagt for henne:

*«det må være helt klart hva de [PHT-sykepleierne] skal gjøre i forhold til de andre behandlerne [...] de trenger ofte litt veiledning [...] da er det gjerne jeg som tar et litt sånt utenforstående blikk på hva leverer vi her og bruker vi ressursene rett [...] det har kanskje vært en støtte for PHT-sykepleierne [for] å kunne [...] spisse hva de skal drive med» (Fastlege)*

---

#### **Med PHT kommer legekantoret tettere på og flyter mer inn i de andre tjenestene**

En PHT-leder snakket om at med PHT kommer legekantoret tettere på og flyter mer inn i andre tjenester. En annen måte å si dette på, er at tjenestene er blitt mer integrert. **Informanter fra flere av**

---

<sup>11</sup> Pleie- og omsorgsmelding - en formalisert tekst, med en klar avgrenset mengde informasjon og eksplisitt format, som overføres elektronisk mellom to aktører fra et journalsystem til et annet.



**de mindre folkerike kommunene fortalte at de i utviklingen av PHT har valgt å koble seg tettere på kommunens tildelingskontor.** En lege fortalte at de ser det som viktig at legekantoret er oppdatert på hvilke tiltak som kan være aktuelle å sette inn hjemme **for å kunne inngå i diskusjoner med utgangspunkt i samme ståsted som tildelingskontoret, om rett omsorgsnivå for den enkelte bruker.**

Et annet eksempel på at tjenestene flyter sammen, kom fra en PHT-sykepleier som opplevde at grensene mellom PHT og hjemmetjenesten til en viss grad er fleksible og situasjonsavhengige, og mente det er mulig å ha det sånn fordi de er en liten kommune med oversiktlige tjenester. PHT-sykepleieren utdypet dette slik:

*«Hvis det er [...] veldig travelt i PHT, så kan jeg få hjelp fra hjemmesykepleien til å ta observasjon hos en pasient som jeg vet burde vært observert for eksempel. Og så går det andre veien og, hvis de har det veldig travelt så kan de si at vi har den hjelpepleieren eller ufaglærte hos Klara i dag, og de syns Klara var så rar, vi har det veldig travelt, har dere muligheten til å ta et tilsyn, og se om legen må hjem til henne eller hva vi kan gjøre med det. [...] vi er en liten kommune så det er lett å få til sånne ting. Vi gjør jo ikke hjemmesykepleien sin jobb, det gjør vi absolutt ikke. Men vi har godt samarbeid med dem.» (Sykepleier)*

Et tredje eksempel på at tjenestene flyter sammen, kom fra PHT-sykepleiere i en kommune hvor en demenskoordinator har ansvaret for å følge opp hjemmeboende pasienter med demens. Fordi demenskoordinatoren ikke har stillingsstørrelse til å møte etterspørselen, har PHT-sykepleierne gått inn i et eksisterende opplegg hvor de sammen med sykepleier i hjemmetjenesten følger opp hjemmeboende demente som har fastlege ved legekantoret, på samme måte som demenskoordinator og hjemmetjenesten vanligvis gjør. PHT-sykepleierne gjør altså den jobben demenskoordinatoren ville gjort, hvis hun hadde hatt kapasitet. Dette er et eksempel på at PHT bufrer andre kommunale tjenester.

#### **Et mer distansert forhold**

**I bydelene som er inkludert i forsøket tyder informantenes fortellinger på et mer distansert forhold mellom legekantoret og hjemmetjeneste. Det er få etablerte samarbeidsarenaer hvor legekantoret og hjemmetjeneste jevnlig møtes og hvor samarbeid tjenestene imellom er tema.** Dette gjelder så vel tjenestenivå som ledernivå. Informanter fra legekantoret i bydelene fortalte at de har mange listeinnbyggere fra ulike bydeler og at det gjør samarbeid mot flere ulike bydelstjenester nødvendig. Informantene fortalte at samarbeidet er best med tjenester i bydeler som er med i PHT-forsøket. En PHT-sykepleier fortalte at legekantoret ikke har samarbeidsmøter med andre bydelstjenester. Hun er imidlertid tilgjengelig for andre bydelstjenester på det hun kalte et nødnummer. Men det er veldig sjelden noen har kontaktet henne via den kanalen. En PHT-sykepleier ved et annet legekantoret i samme bydel, fortalte at de har jevnlig møter med en sykepleier i hjemmetjenesten hvor enkeltpasienter kan tas opp. Dette samarbeidet var virksomt også før PHT-forsøket.

PHT-sykepleiere ved et legekantoret i en annen bydel fortalte at dialogen med hjemmetjenesten har bedret seg etter hvert. I starten kunne de sende meldinger til hjemmetjenesten som ikke alltid ble besvart. Nå tar ansatte i hjemmetjenesten telefonen når de ringer. De opplever at ansatte i hjemmetjenesten er blitt tryggere på dem. En lege på et annet legekantoret fortalte at hun iblant får henvendelser fra hjemmetjenesten hvor de spesifikt ber om å komme i kontakt med PHT-sykepleieren. Hun ga følgende eksempel på hva en slik henvendelse kan dreie seg om:

*«Hvis hjemmesykepleier har vært innom en pasient som de er bekymret for og som de tror kan ha nytte av en mer helhetlig vurdering, så skjer det iblant at de sender en melding om ikke dette er en primærhelseteampasient - skal dere følge opp?» (Fastlege)*

PHT-sykepleieren ved samme legekantoret fortalte at hun kobles inn for å gjøre videre utredninger i tilfeller hvor hjemmetjenesten har kommet til kort. PHT-sykepleieren ga et eksempel på en situasjon hvor

pårørende hadde vært bekymret for helsetilstanden til en bruker som fikk hjelp til å dusje av hjemmetjenesten en gang i uka. Brukeren ville ikke ha noe mer innblanding fra hjemmetjenesten, men sa ja til at PHT-sykepleieren på vegne av fastlegene kunne komme hjem til henne og utrede. PHT-sykepleieren hadde blant annet testet brukerens mentale tilstand (MSE test). Et annet eksempel var en kreftpasient i terminal fase som ikke ville ha oppfølging fra hjemmetjenesten, men som ga innpass til PHT-sykepleieren slik at hun kunne ta blodprøver som avdekket behov for sykehusinnleggelse. PHT-sykepleier og fastlege bidro videre i den terminale fasen slik at pasienten kunne dø hjemme. PHT-sykepleieren fortalte også om et eksempel hvor kreftkoordinator koblet henne inn etter å selv ha kommet dårlig ut med en kreftpasient. I den videre oppfølgingen samarbeider PHT-sykepleieren og kreftkoordinator.

### «Ingenting har endret seg»

En PHT-leder var tydelig på at ingenting har endret seg i legekantorets samhandling med hjemmetjenesten. De har eksempelvis ønsket å få utskriftsmeldinger om listeinnbyggere som skrives ut fra sykehus med et hjelpebehov som bydelen skal ta seg av videre, for å kunne gi rask oppfølging hvis det er behov for legetjenester. De har ikke lyktes med å få dette til. PHT-leder mente at selv om bydelen er stor og flertallet av legekantor ikke er med i PHT-forsøket, så burde bydelen prioritert dette og brukt av prosjektmidlene de får fra Helsedirektoratet til PHT-forsøket for å få det til. Legekantoret ønsket å ha et tettere samarbeid med hjemmetjenesten, men slet med å få det til på egenhånd. PHT-lederen opplevde ikke at de og bydelen spilte på samme lag:

*«Bydelen har ikke stilt opp, de har ikke levert - jeg mener de ikke har levert noen ting på PHT [...] den loopen via kommunen som har en bedre oversikt, den har vi ikke klart å etablere. Fordi de sier at de kan ikke sende disse [utskriftsmeldingene] videre, det blir ikke automatisert, og da må de gjøre en manuell jobb. Og da sier jeg at ja, da må du gjøre en manuell jobb da. Men det har de ikke tid til.» (Fastlege)*

---

En annen PHT-leder fortalte også at samhandlingen med hjemmetjenesten ikke hadde endret seg med PHT. Legekantoret er ett av åtte legekantor i bydelen og det eneste som er med i PHT-forsøket. Bare 10 prosent av bydelens listeinnbyggere er knyttet til legekantoret. PHT-lederen hadde forsonet seg med at det er for lite til å endre samarbeidsstrukturer.

### Tråkk i andres bed

En PHT-leder fortalte at **følelsen av å tråkke i hverandres bed ikke er noe nytt som har kommet med PHT**. Ifølge henne utviser hjemmetjenesten stort eierskap til sin tjeneste. Dette skaper utfordringer når det fra legekantoret foreslås at en listeinnbygger skal søke om et tiltak, fordi hjemmetjenesten da oppfatter det sånn at legekantoret har lovet tiltaket:

*«Det å finne en god balanse rundt hvordan vi kan foreslå tiltak uten at den andre tjenesten føler at vi trår i deres bed, er jo noe vi har diskutert i mange år før vi fikk PHT og. Det er jo ikke nytt.» (Fastlege)*

---

PHT-lederen fortalte at de har jobbet målrettet som del av PHT-utprøvingen, med å bedre samarbeidet med hjemmetjenesten. Utskiftninger i sentrale funksjoner der har gjort at de flere ganger har måttet rykke «tilbake til start». De har også møtt på skepsis fra ansatte i hjemmetjenesten. PHT-lederen medga at det tar tid å skape nødvendig tillit til at de kan jobbe mot samme mål:

*«Jeg tenker vi er nærmere hverandre enn en var før, men det er jo litt sånn skepsis, ja hvem er nå dette som skal, ja komme å ta våre oppgaver. [...] Vi har jo egentlig samme arbeidsgiver og en jobber for felles mål, så, men det, ja det er noe som tar tid.» (Fastlege)*

---

Flere PHT-sykepleiere fortalte at de hadde opplevd å trække i andres bed i starten av PHT-forsøket. De fortalte at **de har opplevd overlapp i det de gjør og det hjemmetjenesten og kanskje også frisklivscentralen gjør når det gjelder enkelte brukere. Det er i mange tilfeller ikke avklart hva de skal gjøre og hva andre tjenester skal gjøre.** Flere PHT-sykepleiere opplevde at det er de (som inntrengere) som må passe på at det ikke blir overlapp. Hvis de var usikre, diskuterte de seg imellom eller med fastlegen eller PHT-leder hvordan de skulle jobbe.

En PHT-sykepleier fortalte et eksempel med en listeinnbygger som skulle flytte fra en bydel til en annen hvor hun og fastlegen tenkte at de skulle være litt i forkant og kontaktet hjemmetjenesten i ny bydel for å forberede dem på vedkommende sin helseproblematikk og behov. Initiativet ble ikke godt mottatt. Listeinnbyggeren har beholdt fastlegen, men har ikke fått et like godt tjenestetilbud i ny bydel som i den gamle. En annen PHT-sykepleier fortalte at hun har hatt en bevisst tilnærming til hjemmetjenesten hvor hun har signalisert tydelig at hun ønsker samarbeid, at hun er en lagspiller og ikke er ute etter å ta fra dem arbeidsoppgaver. Dette hadde hun gjort etter å ha snakket med tidligere PHT-sykepleier ved legekantoret som hadde blitt møtt med skepsis fra enkelte ansatte i hjemmetjenesten:

*«det var veldig personavhengig da, hvem du møtte bortpå der [i hjemmetjenesten], om de syns du var en ressurs eller en belastning [...] Det var mye følelser i det. Det var ikke alle som var like begeistret.» (Sykepleier)*

---

En PHT-sykepleier ved et annet legekantor fortalte at hun kanskje kan «gå litt i beina på hjemmesykepleien», men at hun er bevisst sånn at hun ikke «tramper opp i deres ting». Slik hun så det, bidrar hun med økt kompetanse som avdekker behov, som setter i gang prosesser, og som hun trekker seg ut av når hun ser at hjemmetjenesten kommer på banen. En lege ved samme legekantor mente at PHT-sykepleierne ikke overlapper kommunale tjenester, men fyller et behov som ingen dekker – særlig innen psykisk helse.

## 5.8 PHT og samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Hovedintrykket fra intervjuundersøkelsen på det 10 legekantorene, er at **relativt lite har endret seg i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som følge av PHT-forsøket. Kontakten foregår i hovedsak som før, mellom legene og spesialisthelsetjenester.** Uavhengig av PHT, opplevde noen informanter det som en stor positiv forbedring at det nå er mulig å kommunisere med spesialisthelsetjenesten med digitale dialogmeldinger. Men det er fortsatt stort rom for forbedring i kommunikasjon og samarbeid.

Noen av PHT-sykepleierne fortalte om **sporadisk kontakt med spesialisthelsetjenesten som deltagelse på et og annet samarbeidsmøte på DPS, involvering i noen prosesser med inn og utskrivning av listeinnbyggere i sykehus og kontakt med poliklinikk for å få råd om eksempelvis vanskelig regulerbare diabetespasienter eller sårbehandling.** En PHT-sykepleier opplevde å ha blitt godt mottatt når hun hadde deltatt på møter med spesialisthelsetjenesten:

*«Jeg har vært med på noen møter, og da ble de litt sånn overrasket, åh hvem er du, kommer du fra fastlegekantoret. Og så når de ser at vi tar tak i en del ting, så blir de veldig positivt overrasket.» (Sykepleier)*

---

PHT-sykepleieren fortalte videre om et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om behandling av en pasient som kom i stand etter initiativ fra PHT. PHT-sykepleier hadde hatt tid til å nøste i pasientens syke- og behandlingshistorie og kom med et konkret forslag om behandling som hadde vært virksom før, og som ble prøvd ut på nytt med godt resultat.

Flere leger mente **sykepleierressursen hadde gjort legekantoret bedre i stand til å følge opp listeinnbyggere som skrives ut fra sykehus, med et videre hjelpebehov.** Flere mente at dette forebygger reinnleggelse. En PHT-leder kommenterte at de med PHT-sykepleier har mer ressurser enn før til å etterlyse epikriser.

### 5.8.1 Bedre og flere henvisninger

En PHT-sykepleier fortalte at legene ofte henter tekst fra notater som de har laget, når de henviser listeinnbyggere. Flere leger bekreftet at de bruker sykepleienotatene på denne måten. Leger ved et legekantor som har psykiatrisk sykepleier i PHT, fortalte at sykepleieren bidro til at de kan skrive **mye bedre henvisninger for psykisk syke pasienter**. I motsetning til tidligere, opplevde de nå få avslag. Den psykiatriske sykepleieren hadde bidratt til at de er bedre kjent med kriteriene som legges til grunn, for å få en pasient inn i spesialisert behandling:

*«Istedenfor at man går flere runder og står og stanger og prøver å få inn en pasient, men ikke vet hva som er det riktige steget. Når skal de videre i systemet og når skal det holdes på førstelinjen? Det vet vi jo mye bedre nå.» (Fastlege)*

---

En annen lege mente at hun henviser mer til spesialisthelsetjenesten enn tidligere på grunn av PHT-forsøkets oppmerksomhet rettet mot kronisk syke. Hun undersøkte og fulgte opp mer og fant derfor mer som ga grunn til nærmere undersøkelse:

*«Mitt forbruk av spesialisthelsetjenester når det gjelder, i alle fall når det gjelder lungesykdommer, de har gått opp. Kanskje også når det gjelder diabetes. Så der tror jeg det har slått motsatt vei av det de har tenkt. Kan godt hende kvaliteten blir bedre, men, men altså forbruket av helsetjenester og spesialisthelsetjenesten tror jeg har heller gått opp.» (Fastlege)*

---

### 5.8.2 Det store sykehuset og det lille legekantoret

En PHT-leder snakket om behovet for bedre samhandling med sykehuset, særlig når det gjelder oppfølging av kreftpasienter og pasienter med lungelidelser. Siden det var lang reisevei til sykehus, mente hun at det vil være en bedre løsning om legekantoret gjør mer av oppfølgingen i et formalisert samarbeid med sykehuset. Hun har vært i samarbeidsutvalget i helseforetaket og presentert sine ønsker om bedre koordinering fra deres side og følte at de er litt på glid. Men det er vanskelig fordi sykehuset er et stort system i forhold til hennes lille legekantor. Hun fortalte videre at det har vært en kamp å få ansatte ved sykehuset til å akseptere å kommunisere med PHT-sykepleier. De vil snakke med pasienten sin fastlege. PHT-leder fortalte at det foreløpig ikke er mulig for PHT-sykepleier å sende digitale dialogmeldinger med egen signatur med sykehuset. PHT-lederen mente at dette burde være mulig og at PHT-sykepleier burde kunne ha en selvstendig rolle i kommunikasjonen. PHT-sykepleieren opplever at det er vanskelig å forklare hvilken rolle hun har når hun kommuniserer med ansatte på «giga-sykehuset». Hun opplever å bruke mye tid på telefon for å komme gjennom til kreftpoliklinikken og syns synd på pasienter som må stå for denne kommunikasjonen selv. Kreftpasienter skal ha en koordinator, men det er mest på papiret. Hun ønsker seg et direktenummer slik at hun slipper samme kø som alle andre. Hun skjønner at det er utfordrende for sykehuset som skal forholde seg til mange omkringliggende kommuner i en stor region. Hun opplever ofte å måtte krangle litt for å bli hørt. Hun viste videre til eksempel med andre alvorlig syke pasienter hvor kommunikasjonen fungerte bedre enn med kreftpasienter, fordi de hadde en fungerende koordinator som det var enkelt å komme i kontakt med.

Andre informanter mente det var **mye forlangt at sykehus skal legge merke til et lite legekantor som prøver ut PHT**. En PHT-leder fortalte at legekantoret samhandler med fire ulike store sykehus. Det er ikke realistisk å forvente at sykehusene skal kjenne til at det er PHT på et lite legekantor i en stor bydel eller prioritere å gjøre noe annerledes i relasjon til dette ene legekantoret.

## 5.9 PHT og forsøket med tverrfaglig oppfølgingsteam

Det er én kommune og ett legekantor som er med i både PHT-forsøket og Helsedirektoratets forsøk med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam<sup>12</sup>. Et oppfølgingsteam er satt sammen av fagpersoner den

---

<sup>12</sup> Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam - Helsedirektoratet

enkelte bruker/pasient til enhver tid har behov for. Det er dynamisk og ikke et fast team. Formålet med oppfølgingsteam er koordinering og å yte tilrettelagte og tverrfaglige tjenester ut fra brukerens/pasientens individuelle behov. Kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er alle viktige aktører for å få dette til. Et hovedfokus er å få på plass strukturer og system som sikrer tidlig identifisering av behov, tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform.

PHT-lederen ved legekantoret som inngår i begge utprøvingene, mente at man må se PHT og strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i sammenheng. PHT-lederen mente at det er oppfølgingsteamet og fastlegens involvering i dette som er viktigst for pasienter med store og komplekse helsetjenestebehov. PHT bidrar til å bygge fastlegens kapasitet til å inngå i oppfølgingsteam. Som enkeltstående tiltak, blir PHT mindre viktig, fordi fastlegetjenesten alene ikke kan stå for oppfølgingen av denne typen pasienter:

*«Vi er nok der at vi bruker mer krefter på å tenke oppfølgingsteamet. Men bruker ressursene som ligger i primærhelseteamet på å få det til enda bedre enn vi ellers kunne ha fått.» (Fastlege)*

I følge PHT-lederen er det blitt tydelig gjennom utprøvingen at fastlegene er viktig å få med for å få det strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteamet til å fungere. Ifølge han, hadde det vært en større utfordring i de andre kommunene som prøver ut strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam å få fastlegene med, enn det som var tilfelle med dem som hadde mer kapasitet fordi de har PHT.

## 5.10 Vurdering av gevinster av PHT for pasientene

Målet med organiseringen som PHT er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2017).

I spørreundersøkelsen ble alle yrkesgrupper bedt om å ta stilling til en rekke påstander om PHT. Påstandene er gjengitt i Boks 2.

### **Boks 2: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til...**

- |  |   |
|--|---|
| 1. En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp                             | 7. Større tilfredshet blant enkeltpasienter   |
| 2. Bedre helse blant enkeltpasienter   | 8. Større tilfredshet blant pårørende   |
| 3. Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter (brukermedvirkning) | 9. At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere") |
| 4. Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov                                 | 10. Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret   |
| 5. Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov                                | 11. Å frigjøre tid for fastleger  |
| 6. At pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom                        | 12. Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov                          |
|  | 13. Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter   |
|  | 14. Kortere ventetider til fastlegetjenesten  |

I Figur 5-9 beskriver vi ved hjelp av et radardiagram, for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, hvor stor andel som svarte 'stor eller svært stor grad' for hver av de 14 påstandene a-n. Aksene i figuren går fra 0 til 1. Hver påstand har en egen akse som starter på 0 i sentrum av diagrammet og når maksimumsverdien 1 i ytterkanten av diagrammet. Jo større andel som svarte 'I stor eller svært stor grad', jo lengre fra sentrum kommer kurven til den enkelte yrkesgruppe. Man kan se en tydelig forskjell i svarene mellom yrkesgruppene. Andel fastleger som svarte 'I stor eller svært stor grad' på de ulike påstandene beskrives med grønn kurve. Tilsvarende beskrives helsesekretærens svar med den blå kurven, og sykepleierens svar med den røde kurven. For majoriteten av påstander om hva PHT bidrar til, svarte over halvparten av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer 'I stor eller svært stor grad'. Men andelen fastleger som svarte 'I stor eller svært stor grad', var gjennomgående lavere på alle påstandene, sammenliknet med tilsvarende svar blant sykepleierne og helsesekretærene. Den eneste påstanden som skilte seg ut fra dette mønsteret når det gjaldt fastlegenes vurdering, var påstand j) om at PHT bidrar til kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret. For denne påstanden ser vi at andelen som svarte 'I stor eller svært stor grad' var større blant fastleger enn blant helsesekretærer. Andelen som svarte 'I stor eller svært stor grad', var for de fleste påstander høyest blant sykepleierne. Andelen helsesekretærer som svarte 'I stor eller svært stor grad', var høyest når det gjaldt påstand k) om at PHT frigjør tid for fastlegene og påstand n) om at PHT bidrar til kortere ventetider.

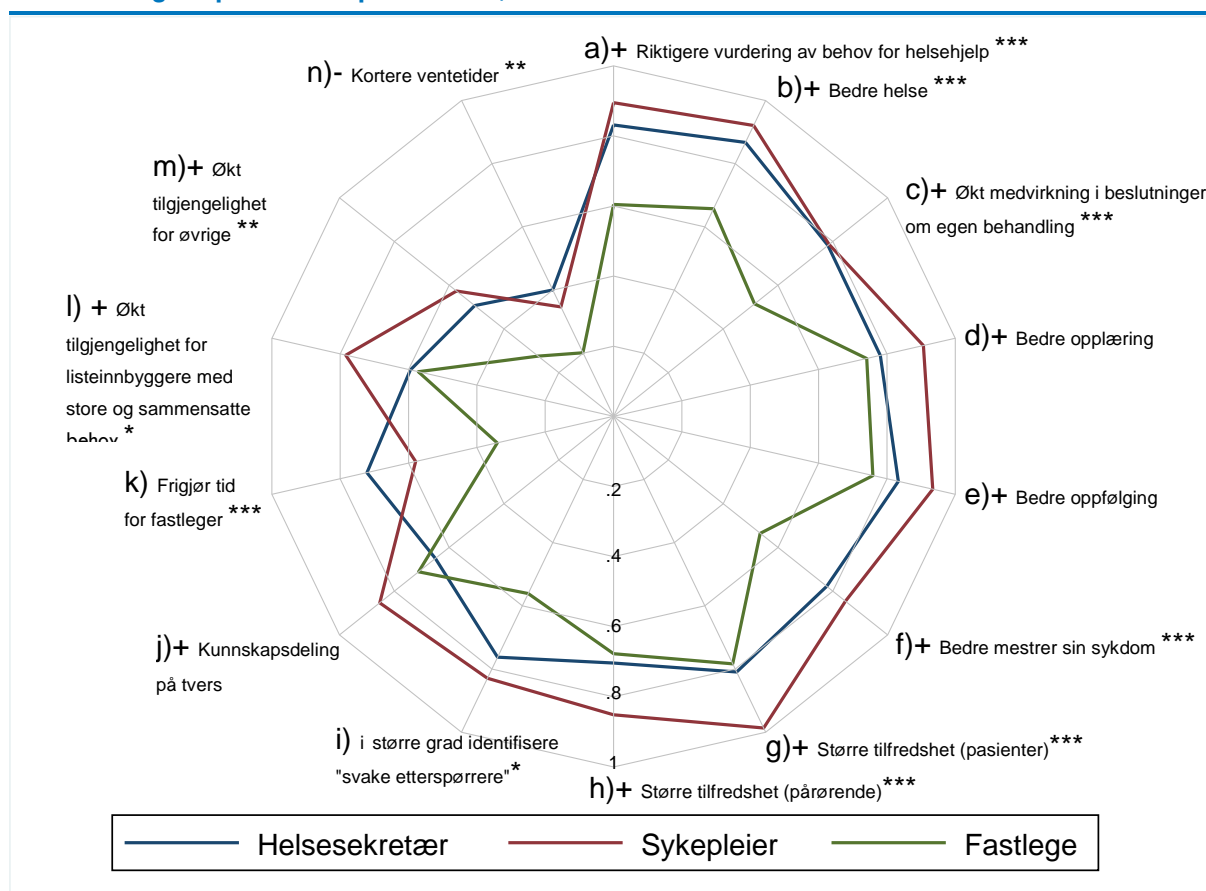
På spørsmålet om PHT bidrar til å frigjøre tid for fastleger, var det under 40 prosent av fastlegene som svarte at de i stor eller svært stor grad opplever dette, mens tilsvarende andel helsesekretærer som oppga dette var over 70 prosent. En lege ved et av legekantorene i forsøket kommenterte at dette kan skyldes at fastlegene og helsesekretærene faktisk har ulike erfaringer på dette punktet. Legen vi snakket med hadde i en periode jobbet som vikar på et legekantor utenfor forsøket, og opplevde at hun der tok flere rutinekontroller, for eksempel for diabetespasienter. På legekantoret hvor legen egentlig var ansatt, var disse kontrollene overført til PHT-sykepleier, slik at det ble frigjort tid i timeboken som helsesekretæren kunne fylle med annen aktivitet. Legens erfaring var at denne tiden gjerne ble fylt med mer krevende pasienter og at disse konsultasjonene dermed krevde mer enn rutinekontroller. Hun mente derfor at dette kunne forklare hvorfor helsesekretærene i større grad enn fastlegene oppga at de opplever at PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegene. Hun mente også at de pasientene som nå fikk timene som ble frigjort, var pasienter som helsesekretærene tidligere brukte mye tid på å forklare og diskutere med på telefon. Nå hadde helsesekretæren mulighet til å gi disse pasientene en time på kortere varsel enn tidligere, og at dette var en pasientgruppe som i mindre grad kom til legen hvis de måtte vente lenge for å få en konsultasjon.

Vi har undersøkt hvilke faktorer som påvirker respondentenes svar om påstandene a-n. Vi har estimert Multinomiske logit modeller der vi benyttet tre utfallskategorier: 'I liten eller svært liten grad', 'I noen grad' og 'I stor eller svært stor grad'. Resultatene vi presenterer er estimert med en simultan modell for alle de 14 ulike påstandene. I analysen ble svar i kategorien «vet ikke» ekskludert. Det ble benyttet robuste standardfeil som tar hensyn til at observasjoner fra samme legekantor er gruppert. Bruk av robuste standardfeil betyr at konklusjoner fra analysene bygger på færre antakelser, idet vi ikke antar at observasjoner fra samme legekantor er statistisk uavhengige. Som forklaringsvariabler i den endelige modellen, inkluderte vi for hver av påstandene en indikatorvariabel for driftstilskuddsmodellen, samt en indikatorvariabel for år 2021. Vi estimerte modellen med profesjonsspesifikke konstantledd for å undersøke om det er systematiske forskjeller i svarfordelingen mellom profesjonene.

**Resultatene tyder på at svarfordelingen er forskjellig avhengig av om respondenten er fastlege, helsesekretær eller sykepleier: Det er signifikant forskjell i svarfordelingen til de tre yrkesgruppene på en rekke av påstandene, og fastlegene er de som er relativt minst positive og sykepleierne er de som er relativt mest positive.** Vi fant statistisk signifikante forskjeller mellom profesjonene i vurderingen av de fleste påstandene. Unntakene der det ikke ble funnet signifikante forskjeller var for påstand d, e og j.

**Det var ikke sikker evidens i data for å konkludere med at det er systematiske forskjeller i svarfordelingen mellom året 2019 og året 2021.** Vi undersøkte flere andre modellspesifikasjoner. Vi undersøkte blant annet om mellom-år-forskjeller var forskjellig for ulike profesjoner ved å inkludere profesjonsspesifikke årsindikatorer i analysen. Heller ikke her fant vi statistisk signifikante forskjeller.

**Figur 5-9 Påstander om primærhelseteam. Andel innen hver profesjon som svarte I 'stor' eller 'svært stor' grad på de ulike påstandene; Primærhelseteam bidrar til...**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger (145), helsesekretærer (86) og sykepleiere (76) ved fastlegekontor i forsøk med PHT, utført av Oslo Economics i 2019 og 2021.

Merknad: \*(\*\*)[\*\*\*] Indikerer statistisk signifikant forskjell mellom minst to profesjoner med Bonferoni-korrigert p-verdi < 5 % (1 %) [0.1 %].

### 5.11 Oppsummering og konklusjon

Vi har i løpet av PHT-forsøket gjennomført fire spørreundersøkelser blant ansatte på legekantorene hvor vi blant annet har spurt om de ansatte opplever å jobbe sammen som team. Svaret på spørsmålet har holdt seg relativt stabilt over disse årene hvor majoriteten blant de spurte opplever at en idealtypisk definisjon av teamarbeid i stor eller svært stor grad stemmer med måten de jobber på. Det er fastlegene som i størst grad opplever at de jobber som team. Andelen sykepleiere som opplever at de jobber som team, har ligget noe lavere, mens tilsvarende andel for helsesekretærene har ligget lavest. Helsesekretærenes svar henger trolig sammen med at de gjennom forsøket har opplevd sin rolle i PHT som noe uklar. Fritekstsvaer fra noen helsesekretærer i årets undersøkelse, ga uttrykk for at de opplever å ha en liten/ubetydelig eller ingen rolle i PHT. Flere opplevde at de ikke er en del av PHT og at de kunne bidratt mer. Det er kanskje noe overraskende at ikke andelen som opplever at de jobber sammen som team har økt over tid blant legene og sykepleierne. En mulig forklaring kan ligge i koronapandemien som har gjort at utviklingen av teamarbeidet har stoppet opp. Turnover både blant sykepleiere og leger kan også ha spilt inn. Funn fra intervjuundersøkelsen tyder på at utskifting av personell kan bidra positivt til teamarbeidet, men det er også en god del eksempler på at turnover setter teamarbeidet tilbake. Særlig synes det utfordrende å få vikarleger til å delta i teamarbeidet.

Kartleggingen av arbeidstilfredshet blant ansatte på legekantorene i forsøket som inngår i årets spørreundersøkelse, tyder på at PHT har påvirket den samlede trivselen på jobb på en positiv måte blant majoriteten av de som har svart, både blant leger, sykepleiere og helsesekretærer.

Det er knyttet forventninger til at PHT skal bidra til en mer proaktiv arbeidsform. Våre funn tyder også på at arbeidsformen er endret i denne retningen. Resultater fra spørreundersøkelsen tyder på at fastlegene er mest enig i at de som ledd i en mer proaktiv arbeidsform, bør vektlegge sekundærforebygging, dernest at de bør drive primærforebygging. Den delen av en proaktiv arbeidsform som handler om å drive oppsøkende virksomhet, synes fastlegene å være mer skeptisk til. Funn fra intervjuundersøkelsen utdyper det bildet spørreundersøkelsen tegner. Særlig ble den systematiske gjennomgangen og søk blant listeinnbyggere basert på bestemte kriterier, trukket fram som en viktig endring til en mer proaktiv arbeidsform. Intervjumaterialet ga holdepunkt for å si at fastlegene opplever sekundærforebygging overfor listeinnbyggere med etablert sykdom som uproblematisk og viktig. Mens de var noe mer skeptisk innstilt til primærforebygging. Dette handlet dels om manglende finansiering for dette arbeidet og dels om at det må foregå, og trolig kan drives mer effektivt, andre steder enn på legekantoret. Mange av informantene trakk fram to problematiske sider ved oppsøkende virksomhet – inntrengingen i andres liv og det å skulle ta betalt for tjenester som folk i utgangspunktet ikke har bedt om. Det har vært påpekt flere ganger i intervju med fastleger siden starten av forsøket, at de opplever det etisk utfordrende at de skal bidra til å generere en etterspørsel for listeinnbyggere, selv om det dreier seg om svake etterspørrere.

Spørreundersøkelsen avdekket at de ansatte på legekantorene i ulik grad var fornøyd med hvordan samhandlingen med øvrige deler av primærhelsetjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten fungerer. Fastlegene var mest fornøyd med samhandlingen med hjemmetjenesten og minst fornøyd med samhandlingen med tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. Intervjuundersøkelsen blant ansatte på legekantorene avdekket endringer i samarbeidet med øvrige kommunale tjenester, mens samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i stor grad oppleves å være som før. Informantene mente at fastlegetjenesten med PHT var blitt mer tilgjengelig for andre tjenester. Samarbeidet opplevdes tettest med hjemmetjenesten. Dette har trolig dels sammenheng med at legekantor og hjemmetjenesten har mange felles brukere og dels med at mange av PHT-sykepleierne selv har jobbet i hjemmetjenesten. De kjenner tjenesten og tilhørende system godt og har også et etablert nettverk å spille på.

I spørreundersøkelsen ble alle yrkesgrupper bedt om å ta stilling til en rekke påstander om PHT. For majoriteten av påstander om hva PHT bidrar til, svarte over halvparten av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer 'i stor eller svært stor grad'. Dette tyder på at en betydelig andel av de ansatte som er involvert i PHT-arbeidet opplever at PHT bidrar til økt kvalitet og tilgjengelighet til tjenesten.



## 6. Erfaringer med PHT i øvrig helse- og omsorgstjeneste

*Intervju med ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus tyder på at PHT bidrar til at andre tjenester kan gi en bedre tjeneste selv og til at de i noen grad avlastes. PHT har så langt hatt mest betydning for hjemmetjenesten. Informanter snakket på ulikt vis om at PHT jevner ut uheldig variasjon i tilgangen til fastleger. PHT-sykepleier oppleves blant annet som et viktig bindeledd til fastlegen, som en nyttig sparringpartner og som fastlegens og legekantorets utstrakte arm fordi de er på hjemmebesøk hos pasienter. De oppleves også i noen tilfeller som et ekstra ledd som må forseres, for å nå fastlegen. Informantene i de kommunale tjenestene opplevde i liten grad å overlapp PHT. Det har vært utfordrende å kartlegge erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten, fordi det har vært vanskelig å komme i kontakt med informanter med god kjennskap til PHT. Dette kan tyde på at PHT i begrenset grad har samhandlet med spesialisthelsetjenesten om felles pasienter.*

Grenseoppgangen mellom PHT og øvrige helsetjenester var et tema som dukket opp i mange av intervjuene med ansatte på legekantorene da forsøket startet i 2018 (Abelsen, et al., 2019a). De fleste informantene snakket enten om mulig overlapp mellom PHT og hjemmetjenesten eller om mulige overlapp med tjenester for psykisk helse og rus. Mulig overlapp med Frisklivssentral, kreftkoordinator og sykehusets diabetespoliklinikk ble også nevnt. Flere informanter understreket at det var viktig å ikke lage et tilbud med PHT som allerede finnes. Spesielt innenfor rus-området ble det pekt på at det var mange aktører og tilbud. Intervjuene tydeliggjorde imidlertid at det var stor variasjon i hvilke tilbud den enkelte tjeneste for psykisk helse og rus hadde, og hva man så som en mangel. Flere PHT som ved starten av forsøket planla å rette seg mot målgruppen rus/psykiatri, ønsket å få til en bedre oppfølging av pasientenes somatiske helse. Intervjuene avdekket videre at de ulike legekantorene i PHT-forsøket hadde ulik kontakt med hjemmetjenesten. Legekantor i de mindre folkerike kommunene hadde mye og tett kontakt – gjerne med formaliserte og faste møter, mens legekantor i mer folkerike kommuner hadde langt mindre kontakt. Flere informanter mente at med blant annet hjemmebesøk fra PHT-sykepleier, kunne kontakten bli nærere og tettere.

En spørreundersøkelse som ble gjennomført av evaluator ved starten av forsøket blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste i kommuner og bydeler med legekantor som prøver ut PHT, avdekket at respondentene opplevde at en del pasienter hadde for lite kontakt med fastlegen (Abelsen, et al., 2019a). Ofte skyldtes dette lange ventelister, at pasientene selv ikke tok kontakt med fastlegen, eller at fastlegen ikke i tilstrekkelig grad fulgte opp pasienten grunnet for stor arbeidsbelastning. Det ble pekt på et behov for flere hjemmebesøk fra fastlegens side og tettere oppfølging i samarbeid med hjemmetjenesten. De fleste av respondentene (67 prosent) svarte imidlertid at de var delvis eller helt enig i påstanden: «*alt i alt, samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer godt*». Samtidig svarte majoriteten (65 prosent) at de trodde PHT i stor eller svært stor grad ville bidra til «*å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp*».

Evalueringen har tidligere satt søkelyset på målgruppen utviklingshemmede og vist til noen konkrete eksempler på en mer helhetlig allmenmedisinsk oppfølging av beboere i PU-boliger ved noen legekantor i PHT-forsøket (Abelsen, et al., 2021). Eksempelene som ble omtalt i fjorårets statusrapport om PHT-forsøket, tydet på økt kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen av de aktuelle utviklingshemmede beboerne og en bedre fastlegetjeneste enn før. En fastlege som kom ut av legekantoret og til boligen, var viktig for en god oppfølging av alle beboerne i PU-boligen. Hvorvidt en PHT-sykepleier var viktig å koble på, syntes å avhenge av helsetilstanden til beboerne og kompetansen blant personellet som er i PU-boligen til daglig.

I dette kapitlet retter vi et bredere søkelys på hvordan PHT så langt er erfart i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Vi presenterer analyser av samarbeidet mellom PHT og andre helse- og omsorgstjenester sett fra disse tjenestenes perspektiv. Analysene bygger i all hovedsak på kvalitative

intervjudata. Hovedanalysen handler om erfaringer med PHT i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Den er supplert med analyser som bygger på noen mindre omfattende intervju gjort med et utvalg ansatte i øvrige kommunale tjenester og et utvalg ansatte i spesialisthelsetjenesten. Videre er det med et delkapittel om sammenhengen mellom PHT og digital hjemmeoppfølging som er basert på sluttrapporter fra de kommunale prosjektene som har prøvd ut digital hjemmeoppfølging i kommuner som også deltar i PHT-forsøket.

## 6.1 Hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus

Til denne statusrapporten er det gjort kvalitative intervju med ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus i seks kommuner og tre bydeler i Oslo (detaljer om datainnsamling og analyse finner du i kapittel 2.3). Formålet med intervjuene er å få fram kjennskapen til PHT og hvordan tjenestene så langt har erfart PHT. Det er et lite antall informanter som er intervjuet. Hensikten er ikke er å dra generelle slutninger, men å gå litt avgrenset i dybden om utvalgte tema. Vi har lagt vekt på å få fram konkrete eksempler. **Så langt, synes PHT gjennomgående å ha hatt mest betydning for hjemmetjenesten og langt mindre betydning i tjenester for psykisk helse og rus.**

### 6.1.1 To hovedfortellinger om PHT

Intervjuene avdekket to hovedfortellinger om hvordan PHT preger andre kommunale tjenester. I den ene fortellingen merkes PHT godt, i den andre er PHT lite synlig.

#### Hovedfortelling 1: PHT gjør noe som allerede er bra, bedre

**Denne fortellingen er mest fremtredende i de mindre folkerike kommunene hvor hele legetjenesten er inkludert i forsøket.** Kommunene har gjerne bare ett legekontor og godt sammenvevde tjenester fra før. Ifølge informantene har PHT bidratt til å forbedre allerede gode tjenester og økt kvaliteten på fastlegetjenesten. I en kommune fortalte informanter at hele kommunehelsetjenesten var engasjert i utviklingen av PHT. Arbeidsgrupper med medlemmer både fra legekantoret og øvrig helsetjeneste hadde jobbet sammen om å finne ut hvordan PHT best kan utnyttes. Ifølge informantene var samarbeidet mest utviklet og formalisert mellom PHT og hjemmetjenesten, mens det fortsatt var i planleggingsfasen mellom PHT og tjenester for psykisk helse og rus.

I noen en av de folkerike kommunene som har flere legekantorer med i forsøket, ga informanter - særlig i hjemmetjenesten, uttrykk for stor begeistring for PHT og den positive innvirkningen det hadde hatt i det daglige arbeidet. Men det ble ikke samarbeidet på systemnivå om utviklingen av PHT på samme måte som i de mindre folkerike kommunene. Dette har trolig sammenheng med at få av kommunens legekantorer er med i forsøket.

**I de mindre folkerike kommunene innlemmes PHT i allerede etablerte samarbeidsarenaer.** I en kommune deltok PHT-sykepleiere eksempelvis i ukentlige møter for tildeling av kommunale tjenester. En informant fortalte at selv om de fra før opplevde å ha hatt et godt samarbeid mellom legekantoret og hjemmetjenesten, så var det styrket med PHT. Flere informanter i de mindre folkerike kommunene mente at PHT gjør at knappe sykepleierressurser utnyttes bedre ved at PHT-sykepleiere fokuserer innsatsen mot spesifikke målgrupper og dedikeres til sykepleieroppgaver i nært samarbeid med legene. Informantene hadde inntrykk av at den tette koblingen til legetjenesten gjør sykepleierjobben mer faglig spennende. Flere informanter fortalte at de opplever at **PHT-forsøket er godt ledet** av PHT-ledere som **har tatt grep for å veve PHT inn i eksisterende strukturer** og å få folk til å jobbe sammen. En informant fortalte at PHT-forsøket har satt et nytt søkelys på forebygging. Det ble konkret vist til at kolspasienter som del av PHT-oppfølging, har fått egenbehandlingsplaner som gir et bedre pasientforløp og oppleves ressursbesparende. Det er satt i gang ting som man ser fungerer:

*«Det er ikke alle prosjekt som er så vellykket som dette.» (Enhetsleder)*

#### Hovedfortelling 2: PHT er lite synlig utenfor legekantoret

I den andre hovedfortellingen er PHT mindre synlig både for hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Det er gjerne i bydelene og folkerike kommuner fortellingen er slik, men her er det viktige nyanser, som nevnt over. Det er typisk ett, eller noen få, av mange legekantorer i bydelen/kommunen som er med i PHT-forsøket. Flere informanter trakk dette fram som en viktig forklaring på hvorfor de merker så lite til PHT. **Det at PHT er knyttet til noen få legekantorer, gjør det mindre strukturerende for**

**samarbeidet med både hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus fordi flertallet av deres brukere er knyttet til legekontor uten PHT.** Informanter pekte også på at noen fastlegekontor i forsøket har mange brukere som ikke bor i den bydelen hvor legekantoret og forsøket er forankret.

Flere informanter fortalte at samarbeid med PHT er positivt i enkeltsaker, men de opplever at kontakten skjer sporadisk. Ansatte oppdager gjerne tilfeldig at brukere har kontakt med PHT. En leder i hjemmetjenesten fortalte at det aldri har vært noe formelt møte for å avklare hvordan tjenestene i bydelen skal jobbe sammen. Hun vet verken hvem PHT-leder eller PHT-sykepleierne er, hva de gjør eller hvilke kontaktpunkt hennes tjeneste har med dem. Hun fortalte at hun hadde sendt en epost til legekantoret og forklart at henvendelsen gjaldt PHT og at hun gjerne ville ha navn på en kontaktperson og ønsket å vite mer om PHT, uten å få svar. En informant fra hjemmetjenesten i en annen bydel, fortalte at det har vært flere forsøk på å knytte PHT nærmere andre tjenester. I starten ble det etablert faste møtepunkt som av ulike grunner skled ut. Mange nye oppgaver som lederne har måttet ivareta under koronapandemien, ble trukket fram som én grunn. Det ble også pekt på at det var utfordrende å få til møter på riktig nivå med de de riktige fagfolkene for å få til praktisk samarbeid mellom ulike tjenester.

En fagleder i tjenester for psykisk helse og rus fortalte at hun var forberedt på at forsøket i starten ville være konsentrert mot hjemmetjenesten, men hadde fått forståelsen av at det skulle utvides mot andre brukergrupper etter hvert. Tidligere hadde hun forventninger om større delaktighet i forsøket enn det de så langt har opplevd og synes det var vanskelig å mene noe om PHT fordi de har vært så lite involvert:

*«Jeg savner jo å bli invitert inn, jeg savner mere diskusjon rundt vår brukergruppe og hvordan vi kan samhandle bedre og hvordan de tenker at de skal jobbe opp mot den brukergruppen vi jobber med, og disse grenseoppgangene, ikke sant.» (Fagleder i tjenester for psykisk helse og rus)*

---

En avdelingsleder i tjenester for psykisk helse og rus hadde i forkant av intervjuet hentet inn eksempler fra noen av sine ansatte på konkret samarbeid mellom tjenesten og PHT. Hun tolket tilbakemeldingene slik at oppfølgingen opplevdes som stor hjelp for de av de ansatte som hadde erfart den og at de også opplevde at brukere setter stor pris på PHT. Informanten medga at det hadde vært for lite formalisert kontakt på ledernivå om PHT, og at det hadde vært behov for noen faste, men sjeldne møter:

*«Jeg kunne nok ha ønsket meg at vi hadde bredere erfaring med primærhelseteam. Så vidt jeg husker så var det der jeg tenkte at wow, nå er det jo brukerne våre som skal få spesielt god oppfølging. Men det er jo litt tynt, du hører jo det, vi har ikke så veldig mye erfaring.» (Avdelingsleder i tjenester for psykisk helse og rus)*

---

**I noen av kommunene hvor PHT var lite merkbart, fortalte informanter at de både nå og tidligere har hatt et godt samarbeid med fastleger ved legekantorene som er med i PHT-forsøket.**

Informantene understreket gjerne at dette var særegne legekantor sammenliknet med andre legekantor i kommunen eller bydelen, med uvanlig dedikerte og samarbeidsvillige fastleger. PHT har ikke skapt noen endring i dette - legene er fortsatt tilgjengelige og oppleves å ha tid både til pasienter og ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus.

### 6.1.2 Nyttig for hvem?

#### Pasienter som trenger det, får mer

Sett fra det utøvende tjenestenivået, var det flere informanter fra hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus som ga uttrykk for at **brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før.** En informant fra hjemmetjenesten mente at PHT bidrar til mer helhetlig tenkning rundt brukere, ikke bare fokus på det de selv går til legen sin

for. Siden PHT-sykepleierne drar på hjemmebesøk, avdekker de redusert funksjon og behov for mer eller annen type hjelp hos hjemmeboende brukere tidligere enn før. Informanter opplevde at legetjenesten tar mer kontakt via PHT-sykepleierne fordi de er mer hjemme hos brukere, bruker mer tid på dem og er opptatt av andre forhold ved brukeren enn de rent medisinske. Ernæring ble trukket fram som noe enkelte PHT-sykepleiere tar tak i og følger opp. Flere informanter hadde inntrykk av at PHT-sykepleier enklere kan følge opp eksempelvis blodtrykk og sår som ville krevd større ressursbruk hvis det skal følges opp i hjemmetjenester.

En informant i en kommune med lang reisevei til sykehus, fortalte at pasienter med PHT kan få utført flere tjenester hjemme enn før (eksempelvis blodprøvetaking knyttet til kreftbehandling) og slippe å reise til sykehus for dette. En annen informant fortalte at samarbeid med PHT om rehabilitering gir en smidig overgang for brukere som går fra rehabilitering i regi av hjemmetjenesten til rehabilitering mer i egen regi med støtte fra PHT. Det antas å være enklere og mer trygt for bruker å ta ansvaret uten å være helt overlatt til seg selv. En tredje informant viste til eksempel med en bruker med en alvorlig psykiatridiagnose som har fått satt depotinjeksjoner av PHT-sykepleier på legekantoret. Brukeren ville helst gå på legekantoret for dette og ønsket ikke identifisering med tjenesten for psykisk helse og rus. En informant i hjemmetjenesten omtalte brukere som får oppfølging fra legekantoret med PHT, som «heldige vinnere»; de som tilhører legekantoret med PHT følges godt opp, mens de som har fastlege et annet sted «faller ut».

Noen informanter som ikke merket noe særlig til PHT i sin egen tjeneste, hadde inntrykk av at PHT i stor grad er et internt anliggende på legekantoret hvor PHT-sykepleier antas å i all hovedsak avlaste fastlegene. Andre informanter medga at selv om de ikke merket så mye til PHT for egen del, så hadde de inntrykk av, eller konkret kjennskap til, at PHT bidrar positivt til bedre tjenester og utsatte tjenester for de som ikke har eller ikke trenger andre kommunale tjenester. Det ble særlig pekt på bedre oppfølging av personer med diabetes og kols, og at en samlet oppfølging fra PHT-sykepleier og fastlege kan fungere bedre enn oppfølging bare fra fastlegen.

### Andre kommunale tjenester kan gi en bedre tjeneste

Informanter på tjenestenivå både fra hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus fortalte at **PHT bidrar til at de selv kan gi en bedre tjeneste og til at de avlastes**. En informant mente at PHT gjør at hjemmetjenesten fortære får svar som de kan videreformidle til pasienten. Dette gjør legetjenesten mer tilgjengelig, også for pasientene. Informanten fortalte videre at kronisk syke med kols ikke blir så dårlige lenger fordi de har fått egenbehandlingsplan. Tegn på forverring fanges opp tidligere og de kan selv gå i gang med prednisolon og antibiotika, før de blir veldig redde. Dette merkes godt både i hjemmetjenesten og på legevakt:

*«det er et veldig fremskritt og det er veldig trygghet for de kolspasientene å bare vite at de har den planen [...] det var slik du tenkte i starten at ja, nei kan det gå bra da [...] klarer de å ta ansvar for det selv. Men det har vi bare gode erfaringer med.» (Enhetsleder)*

En annen informant fortalte at PHT har ivaretatt brukere med kronisk sykdom, som diabetes eller psykisk sykdom, som har lite nettverk og ikke selv tar kontakt med legekantoret. Brukere kan ha hjemmetjenester, men hjemmetjenesten opplever ikke at de gir god nok hjelp. PHT-sykepleierne har kommet inn og overtatt oppfølging av eksempelvis blodsukkernivå, sørget for at blodprøver blir tatt, at brukere kommer til vektkontroll og at de kommer seg til undersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Informanten fortalte også om at tidskapasiteten til PHT-sykepleier hadde vært veldig nyttig for å avdekke et stort hjelpebehov hos en person som i utgangspunktet ikke hadde fastlege. Fordi denne personen fikk en fastlege ved et legekantor med PHT, gikk prosessen med behovskartleggingen, ifølge informanten, mye raskere enn vanlig. En tredje informant fortalte at det å ha en PHT-sykepleier nært fastleger, gjør samarbeid rundt digital hjemmeoppfølging enklere. PHT-sykepleieren har tid til å sette brukeren inn i tjenesten.

### 6.1.3 PHT-sykepleierens funksjon

Med utgangspunkt i egne erfaringer, snakket informantene om PHT-sykepleierens funksjon på ulike måter. Disse beskrivelsene stemmer godt med hvordan informanter tidligere har beskrevet denne.

### «Fast track» til og fra fastlegen

Mange informanter beskrev **PHT-sykepleieren som et bindeledd**, som ga dem mye raskere tilgang til fastlegen enn før. Særlig ble dette beskrevet blant informanter fra hjemmetjenesten. PHT-sykepleierne oppleves som tilgjengelige og lette å få tak i. Informanter hadde inntrykk av at det ofte PHT-sykepleierne som først leser PLO-meldinger til fastlegen og sørget for at de svares ut. Det ble også beskrevet som en fordel å indirekte kunne «snakke» med fastlegen via PHT-sykepleieren, særlig når det haster, uten å gå veien om PLO-meldinger som tar tid å skrive, lese og svare ut skriftlig. En informant trakk fram at hjemmesykepleier og PHT-sykepleier snakker samme språk. Det trengs ikke mye forklaring før PHT-sykepleieren forstår en problemstilling og kan ta den videre til fastlegen. Det sparer tid. PHT-sykepleierne har en mer «direkte dialog» med legene som gjør at leger det i utgangspunktet er vanskelig for hjemmesykepleieren å nå fram til, får og forstår budskapet når det går via PHT-sykepleier. Legens vurdering av og videre plan for pasienter kan raskt videreformidles tilbake enten av dem selv eller via PHT-sykepleieren.

*«De har en annen nærhet til legen enn det vi har. De kan på en måte banke på døren og si at nå må du faktisk svare.» (Hjemmesykepleier)*

---

### Faglig autoritet

PHT-sykepleiere ble også omtalt som en faglig autoritet. Dette var særlig knyttet til sårvurdering og -behandling. En informant hadde flere eksempler på direkte inngripen i sårbehandlingen fra PHT-sykepleier som ble høyt verdsatt:

*«Hvis vi ønsker at legen skal se på et sår eller at det er et nyoppstått sår, så kommer [PHT-sykepleier] ut og ser på det og så kan de bare si, dette overtar vi, jeg overtar dette såret så dere kan bare melde dere ut, så har jeg kontroll på det. Og det er klart det er jo en, en kjempeavlastning for oss når de gjør det. Og så blir det færre kokker og ofte bedre oppfølging enn hvis flere er inne og gjør disse tingene.» (Soneleder i hjemmetjenesten)*

---

En informant fortalte at de ikke nødvendigvis har vært enige i PHT-sykepleierens råd eksempelvis om sårstell, men at de stort sett har fulgt dem. En annen informant opplevde at leger velger å kommunisere med PHT-sykepleieren i stedet for å ha direkte kommunikasjon med hjemmesykepleierne som skal gi tjenesten. Hun syntes legen i noen tilfeller ga fra seg for mye ansvar og autoritet til PHT-sykepleieren.

### Sparringpartner

Med PHT opplevde informanter, særlig i hjemmetjenesten, **tilgjengelig og nyttig sykepleierfaglig kompetanse på legekantoret**. PHT-sykepleier ble omtalt som en god og tilgjengelig sparringpartner og støttespiller. Det oppleves godt å kunne diskutere med PHT-sykepleier som gjerne selv har lang erfaring fra hjemmetjenesten. Slike diskusjoner kan handle om hvordan de skal gå fram i forhold til brukere med komplekse behov. En informant fortalte at de bruker PHT-sykepleier i situasjoner hvor de er litt usikre selv. En annen informant fortalte at PHT-sykepleier kobles på når de ønsker nye øyne og litt ny fagkunnskap inn i en sak. Dette kan eksempelvis handle om helhetlig vurdering av hjemmesituasjonen eller brukers samtykkekompetanse. PHT-sykepleier har og fungert som sparringpartner i en sak hvor en bruker ikke ønsket bistand, for å sikre at hjemmetjenesten har gjort det de kan og skal gjøre. En tredje informant fortalte at hun med PHT-sykepleieren opplever økt forståelse, gehør for sitt syn og flere å samarbeide med, for som hun sa:

*«Du står jo ganske alene når du er ute.» (Hjemmesykepleier)*

---

### Utstrakt arm

**PHT-sykepleieren fungerer som fastlegens og fastlegerkantorets utstrakte arm når de drar på hjemmebesøk til pasienter, tar blodprøver, gjør andre prosedyrer og vurderinger hjemme som pasienten normalt må komme til legekantoret for.** Det at pasientene kan få denne typen oppfølging

hjemme avlaster, ifølge informanter, både hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. En informant fortalte om et godt samarbeid rundt døende kreftpasienter mellom hjemmesykepleier, kreftsykepleier og PHT-sykepleier. Det at PHT-sykepleier er jevnlig til stede i pasientens hjem, gir rask, direkte og nødvendig tilgang til fastlegen. En ansatt på en rusinstitusjon fortalte at det for dem er en terskel å kontakte fastlegen, fordi de vanligvis ikke får kontakt og ender opp med å snakke med en helsesekretær. Det opplevdes som en stor forbedring å få kontakt med en PHT-sykepleier som kan komme på hjemmebesøk:

*«de kommer, de rykker jo ut og det er jo vidunderlig» (Ansatt på rusinstitusjon)*

---

### Kan være et forsinkende ledd

Noen informanter hadde opplevd at PHT-sykepleieren har blitt et ekstra ledd som må forseres for å nå legen. Selv om PHT-sykepleieren villig drar på hjemmebesøk, så er det legen de trenger hjem. PHT-sykepleieren oppleves som en omvei og utsettelse av virksom hjelp. En PHT-sykepleier kan eksempelvis ikke legge pasienter inn på ØHD eller vurdere tvangsinnleggelse. Det må fastlegen gjøre. En informant fortalte at hun ikke opplever fastleger som mer tilgjengelig med PHT:

*«det blir jo da mye den sykepleieren egentlig» (Hjemmesykepleier)*

---

### Bør ikke være for ung og uerfaren

Selv om informantene i all hovedsak beskrev PHT-sykepleierne som erfarne, med god kjennskap til tjenestene i kommunen etter å selv ha «*jobbet ute i felten*», var det også et eksempel på at PHT-sykepleieren ble oppfattet som for ung og uerfaren for stillingen. En leder i en tjeneste for psykisk helse og rus fortalte om stadig utskifting av PHT-sykepleieren ved et legekantor hvor den ene unge og uerfarne hadde avløst den neste. Hennes vurdering var at de ikke hadde det som skal til av tyngde, erfaring og kjennskap til tjenester utenfor legekantoret til å kunne fungere godt i en såpass selvstendig stilling.

#### 6.1.4 Går lite i hverandres bed

Informantene hadde i hovedsak en oppfatning om at de og PHT-sykepleier i liten grad gjør overlappende arbeid eller trækker i hverandres bed. De hadde i liten grad opplevd grensedragningsproblematikk. Informanter fra hjemmetjenesten mente at de lett finner ut av hvem som gjør hva i den praktiske hverdagen, og at de i større grad enn før gjør hverandre gode. En informant fortalte at PHT-sykepleiere er flinke til å ta kontakt med hjemmetjenesten og orientere om det de gjør i forhold til brukere. Informanter i en kommune fortalte at PHT-leder fra starten hadde vært klar på at PHT ikke skal overta hjemmetjenestens oppgaver. En annen informant mente imidlertid at noe overlapp ikke var til å unngå:

*«Vi overlapper nok hverandre kanskje på et vis uansett [...] det blir litt sånn glidende overgang, men ikke noe jeg tenker som gjør at det blir dumt på noe som helst vis, at vi trækker i hverandres bed på noen måte. Jeg føler jo at en greit kan avklare hvem som gjør hva.» (Soneleder i hjemmetjenesten)*

---

Informanter fra tjenester for psykisk helse og rus fortalte om få felles brukere og at de og PHT-sykepleier gjør ulike ting i møte med bruker.

Selv om flertallet av informantene ikke opplevde uklare grenser eller tråkk i hverandres bed, kom det fram noen eksempler på det motsatte. En informant opplevde at grenseflaten mellom hjemmetjenesten og PHT i bydelen var uavklart. Hun hadde erfart at ansatte i hjemmetjenesten ble tilkalt bare for å låse opp døra hjemme hos bruker sånn at PHT-sykepleier og eventuelt fastlege kunne komme inn i brukerens hjem. Hun stusset over at hjemmetjenesten skulle ha en slik funksjon og ikke gis mulighet til å bidra på annet vis siden de vanligvis har god kjennskap til brukeren. En leder i hjemmetjenesten fortalte på sin side at han hadde vært borti situasjoner hvor PHT-sykepleier har ønsket mer hjemmetjenesteinnsats enn det hjemmetjenesten synes har vært nødvendig og diskutert dette med

bruker. Han hadde sagt klart fra at spørsmål om tildeling av kommunale tjenester ikke er en oppgave for PHT. Slike spørsmål skal diskuteres mellom PHT og hjemmetjenesten før bruker involveres:

*«Jeg er ikke så redd for at folk skal hoppe i bedet eller rote i bedet mitt, for da gir jeg bare beskjed om at dette bedet kan vi dele, og denne delen her er faktisk mitt ansvar.» (Helseleder)*

---

### 6.1.5 Ikke alltid optimal kommunikasjon med PLO-meldinger

Mange informanter fortalte om god kommunikasjon med PHT via PLO-meldinger. Det ble særlig vektlagt at PLO-meldinger adressert til fastleger svares ut raskere enn før når de leses og besvares av PHT-sykepleiere. PHT-sykepleier er gjerne definert med egen adressat og signatur sånn at det er mulig for andre tjenester å kommunisere direkte med dem. Informantene i en kommune fortalte at PHT-sykepleierne der ikke har egen adressat i PLO-systemet. Det ble oppfattet som unødig tungvint og forsinkende. Informanter i hjemmetjenesten ga eksempel på brukere som går til sårbehandling hos PHT-sykepleier og som også følges opp for dette i hjemmetjenesten. PHT-sykepleier skriver notat om behandlingen som legen må kopiere og lime inn i en PLO-melding, og sende til hjemmetjenesten. Det tar gjerne tid før legen får gjort det. PHT-sykepleier må derfor ofte ringe om prosedyrer og beskjeder for å være sikker på at informasjonen kommer fram i rett tid. Informantene mente at særlig sårbehandling og tilhørende prosedyrer var sykepleierens kompetansefelt og at de burde kunne kommunisere mer effektivt om dette selv:

*«De burde nå kunne sende litt info som ikke legen trenger å ha noe med å gjøre. Det ville lettet hverdagen for PHT-sykepleierne.» (Ansatt i hjemmetjenesten)*

---

På den annen side fortalte en informant om at de hadde opplevd at PHT-sykepleier kommuniserte med sin egen signatur om medisiner. Dette gjorde det uklart for mottakende tjeneste hvem budskapet om medisiner egentlig kom fra og skapte usikkerhet:

*«du er jo så opplært til at det er fastlegen eller lege som skal forordne medisiner. Men så hender det seg at det kommer noe fra den [PHT-sykepleieren] da. Og da ser det ut som det er hun som forordner. De har det sikkert sannsynligvis på stell på det legesenteret vil jeg håpe og tro, men det virker litt rart for oss.» (Soneleder i hjemmetjenesten)*

---

### 6.1.6 PHT bidrar til en bedre fastlegetjeneste

Informanter snakket på ulikt vis om at **PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i fastlegetjenesten**. Særlig pekte informantene på utfordringer med å håndtere den store variasjonen i tilgangen til fastleger. Det er vanskelig å finne en ensartet måte å samarbeide med fastlegetjenesten på og det er tradisjon for at andre tjenester må tilpasse seg den enkelte fastleges individuelle tilgjengelighet, arbeidsmåte og ønsker. Flere informanter mente at **med PHT kommer man nærmere en mer ensartet praksis hvor tilgangen til fastlegetjenester blir mindre personavhengig**. Flere kan eksempelvis fange opp PLO-meldinger og bidra til at de blir svart ut når legen er fraværende, for travel eller bare generelt treg med å svare. Det at PHT-sykepleier er tilgjengelig hele uka i legekontorets åpningstid, ble trukket fram som en stor fordel. Informanter i hjemmetjenesten fortalte at de bruker mindre tid på å vente på svar og purrer mindre på svar. PHT oppleves som en mer fleksibel og velvillig arbeidsmåte hvor det er mer fortløp i ting. **PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten utover det som er direkte sykdom**. Sammen tar PHT-sykepleier og fastlegen mer tak i helheten i pasienters problematik. Det blir lagt merke til og satt stor pris på både i

hjemmetjenesten og i tjenester for psykisk helse og rus at PHT-sykepleiere er på hjemmebesøk, at de tar prøver der og ikke minst følger opp det de setter i gang.

*«Så de blir jo fulgt bedre opp medisinsk da kan du si. Med at de får det tilbudet og hjemme. Og så blir det gitt direktebeskjed til, til multidose og til oss da. At prøvesvarene viste sånn og sånn, og at det kommer ny medisin i multidosen da. Så det blir jo sånn, bedre sånn oppfølging da i forhold til medisiner, egentlig.»  
(Hjemmesykepleier)*

Det ble imidlertid også trukket fram at det er opp til den enkelte fastlege å trekke inn PHT i pasientbehandlingen. En informant mente at det var merkbart når noen fastleger ikke bruker PHT-sykepleier noe særlig. Da var kommunikasjonen med hjemmetjenesten (like dårlig) som før. En annen informant fra en kommune hvor flere legekantor er med i PHT-forsøket, erfarte at legene ved legekantorene med PHT «*lener seg litt bakpå nå*», mens legene ved legekantor uten PHT kompenserte for manglende PHT ved å yte litt mer enn vanlig.

Blant informantene fra tjenester for psykisk helse og rus var det flere som snakket om at de opplever at **samarbeidet med fastlegene alltid har variert med legens interesse for og kompetanse på psykisk helse – og kanskje i særdeleshet på rusavhengighet. PHT oppleves ikke å ha bidratt til en mer ensartet praksis.** En informant fortalte at de også hadde opplevd variasjon i tilnærmingen fra PHT-sykepleier knyttet til rusproblematikk. Hun fortalte eksempelvis om et tilfelle hvor PHT-sykepleier ikke hadde vært villig til å bli med på hjemmebesøk til en rusavhengig bruker med diabetes. En informant fortalte at hun hadde forventninger til mer systematisk oppfølging av den somatiske helsen til rusmisbrukere med PHT, men hun hadde ikke merket noen endring. Andre informanter mente at det er behov for en mer målrettet oppfølging av de dårligst fungerende rus- og psykiatribrukerne som har omfattende fysisk helsesvikt. De viste til at mange ansatte i tjenester for psykisk helse og rus bærer på bekymringer for den somatiske helsesituasjonen til brukere som tærer på ansatte.

### 6.1.7 Refleksjoner rundt funnene

#### PHT er grensearbeid i praksis

Uprøvingen av PHT er et godt eksempel på **grensearbeid i praksis**. Introduksjonen av nye roller og arbeidsmåter i én tjeneste (her: fastlegetjenesten) krever gjerne nye grenseoppganger mot andre tjenester for å samkjøre innsats. Begrepet grensearbeid ble introdusert av Gieryn (1983), for å forklare hvordan vitenskapen kontinuerlig arbeider for å (re-)definere grensene til det som ikke er vitenskap. Med utgangspunkt i en litteraturgjennomgang definerer Langley et al. (2019) grensearbeid som målbevisste individuelle og kollektive forsøk på å påvirke grenser og skillelinjer, som har betydning for grupper, profesjoner og organisasjoner. Denne definisjonen gir et syn på grenser som sosialt konstruert og i stadig endring. Det er grunn til å tro at grensearbeid foregår kontinuerlig ved norske legekantor, uavhengig av om legekantoret er med i PHT-forsøket eller ikke. PHT-forsøket gir imidlertid dette grensearbeidet en retning, og ressurser og rammer som gjør det mer prioritert og tydelig.

Langley et al. (2019) skiller mellom **tre typer grensearbeid: konkurransepreget, samarbeidsorientert og sammenkoblende**. Det konkurransepregede grensearbeidet handler om det å skape, forsvare eller bestride grenser for å oppnå eller opprettholde fordeler, selvbeskyttelse, legitimitet og makt. En informants fortelling om hvordan det hadde vært nødvendig å markere at det er kommunens og ikke PHTs oppgave å dimensjonere og tildele hjemmetjenester, er et av de **svært få eksempler vi fant på at grensearbeidet mot tjenester utenfor legekantoret i utprøvingen av PHT er konkurransepreget**.

Det samarbeidsorienterte grensearbeidet handler om forhandling og nedtoning av betydningen av grenser for å utvikle og opprettholde gode mønster for samarbeid, koordinering og oppgaveløsning. Partene forstår godt at tydelighet når det gjelder ansvar og koordinering er viktig. Likevel jobber de på tvers av grenser for å finne bedre løsninger for pasienter selv om det kan innebære endring av faglig kontroll. **Samarbeidsorientert grensearbeid i det daglige hvor man raskt finner fram til fungerende praktiske løsninger, ga informantene mange eksempler på.** Allen (1997) hevder at sykepleieres daglige arbeid i liten grad er gjenstand for eksplisitt forhandling. Hverdagslige gi-og-ta



situasjoner og framvoksende, uformell grenseutvisking er, ifølge Allen, en tatt-for-gitt del av ordinær sykepleiepraksis. Dette må anerkjennes for at man skal kunne forstå fraværet av forhandlinger og konflikt i hverdagen knyttet til endringer i arbeidsdelingen mellom sykepleiere og mellom sykepleiere og andre profesjoner.

### Designet av PHT-forsøket hemmer sammenkobling

Det sammenkoblende grensearbeidet handler om det arbeidet som særlig gjøres av ledere for å designe, organisere og reorganisere grenser for å koble sammen praksiser på nye måter. Disse koblingene kan gjøres både innad i, og på tvers av organisasjoner, for å bidra til kvalitet, effektivitet, innovasjon og mer helhetlige løsninger. **Særlig i de mindre folkerike kommunene snakket informanter på ulik måte om hvordan de merket at sammenkoblende grensearbeid for å arbeide PHT inn i den kommunale organiseringen hadde pågått, mens flere informanter i bydelene på sin side snakket om et merkbart fravær av denne typen grensearbeid.** Fortellingene om hvordan hele kommunehelsetjenesten var engasjert i utviklingen av PHT og fortellingene om helseledere som har etterlyst og ikke oppnådd involvering med PHT, representerer her ytterpunkter relatert til henholdsvis tilstedeværelse og fravær av sammenkoblende grensearbeid. Det sammenkoblende grensearbeidet rundt PHT er trolig mer overkommelig i en mindre folkerik kommune hvor de kommunale tjenestene allerede er godt integrert, enn i folkerike kommuner hvor integrasjonen mellom legekantor og andre kommunale tjenester vanligvis er langt svakere i utgangspunktet, kombinert med tilleggsutfordringen som ligger i at bare et fåtall legekantor prøver ut PHT. Det er imidlertid nyanser i dette og eksempler på at sammenkoblende grensearbeid knyttet til PHT også skjer i folkerike kommuner.

Intervjuene med ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus viser tydelig at PHT-forsøket ikke har et design som gjør det mulig å fullt ut prøve ut hvordan PHT vil fungere i samspill med andre tjenester i folkerike kommuner og bydeler med mange legekantor. I kommuner og bydeler hvor bare ett, eller et fåtall, av mange legekantor prøver ut PHT, synes PHT mer å bli et internt legekantoranliggende enn det som er tilfelle i de mindre folkerike kommunene hvor PHT er mer merkbart og strukturerende for samarbeidet med tjenestene utenfor legekantoret. **I de folkerike kommunene og bydelene synes utprøvingen av PHT i relasjon til andre kommunale tjenester generelt å hemmes av at mange legekantor og tilhørende listeinnbyggere ikke er inkludert i forsøket.** Det er trolig en viktig årsak til at sammenkoblende grensearbeid synes å foregå i mindre grad.

### Fortsatt udekkede behov blant rus- og psykiatrispasienter

Våre funn tyder på at ansatte både i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus opplever at organiseringen med PHT gir flere og bedre tjenester til enkeltpersoner som trenger det. Men flere informanter fortalte at det **fortsatt er udekte behov når det gjelder somatisk helseoppfølging blant psykisk syke og rusavhengige.** Dette indikerer at denne målgruppen så langt ikke er gitt tilstrekkelig prioritet og at den somatiske helseoppfølgingen av denne gruppen ikke har nødvendig oppmerksomhet sett i forhold til behovet.

### Variasjon i hvilken nytte PHT-sykepleier bidrar til å skape

**PHT-sykepleiernes kompetanse er naturlig nok bestemmende for hva legekantoret velger å bruke dem til og hvilke nyttevirkinger PHT-sykepleieren kan bidra til å skape, både internt på legekantoret og eksternt i samarbeid med andre tjenester.** Mange informanter la stor vekt på PHT-sykepleiernes erfaringsbaserte kompetanse og framholdt at jobben som PHT-sykepleier krever erfaring, kjennskap til og nettverk i andre kommunale tjenester. Det er med andre ord ikke en jobb for ferske sykepleiere. Særlig ble det pekt på som nyttig hvis PHT-sykepleieren selv hadde jobbet i hjemmetjenesten. Våre informanter synes i mindre grad å vite noe om de psykiatriske sykepleierne som inngår i PHT-forsøket, mens PHT-sykepleiere som eksempelvis kan sårbehandling merkes godt. Dette illustrerer at **de opplevde nyttevirkingene av PHT kan være ulike og avhengig av ståstedet de vurderes fra.** De psykiatriske sykepleierne som inngår i PHT, synes så langt å ha en større intern nytte for fastleger og tilhørende listeinnbyggere, enn eksternt nytte for tjenestene utenfor legekantoret. Tjenesten de gir synes i liten grad å overlapse med andre tjenester. Siden det faglige innholdet i PHT er nært knyttet til PHT-sykepleiernes kompetanse, kan dette variere ganske mye legekantor imellom. Det kan derfor tenkes at det overfor andre kommunale tjenester vil være hensiktsmessig med en forventningsavklaring lokalt om hvilken nytte PHT på akkurat dette legekantoret kan ha for andre tjenester.

**Informantene beskrev PHT-sykepleiernes funksjon som mangefasettert.** Fasettene handlet dels om PHT-sykepleiernes direkte bidrag til bedre kvalitet i oppfølging av pasienter (utstrakt arm), om at hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus gjennom samarbeid med PHT-sykepleier kan gi bedre oppfølging til sine brukere (fast-track, faglig autoritet og utstrakt arm), om rollen som en nyttig sparringpartner i krevende situasjoner, men også om en understreking av fastlegens uønskede fravær (forsinkende ledd) som ikke fullt ut kan erstattes av PHT-sykepleierens tilstedeværelse. Informantene ga uttrykk for at PHT-sykepleieren bidrar til å redusere uheldig variasjon i fastlegenes samarbeid med andre kommunale tjenester. De ga samtidig tydelig uttrykk for at de har en klar oppfatning om at PHT er teamarbeid. **Det er medarbeiderne i PHT som sammen skaper en bedre fastlegetjeneste.** Men det opp til fastlegen å velge PHT eller ikke for sine listeinnbyggere. Det er i så måte en interessant observasjon at informanter fortalte at de godt kan merke når PHT er fraværende i møte med pasienter som de tenker kunne hatt nytte av slik oppfølging.

## 6.2 Spesialisthelsetjenesten

**Å kartlegge erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten har vært utfordrende siden det ikke er helt enkelt å si hvem i spesialisthelsetjenesten som er i kontakt med PHT og som har god nok kjennskap til PHT sin virksomhet til å kunne uttale seg om det.** For å komme i kontakt med slike personer, sendte vi en henvendelse til PHT-lederne for å be om kontaktopplysninger til personer i spesialisthelsetjenesten som PHT samhandlet med, og som kunne bli intervjuet om samarbeidet. Disse ble så kontaktet for å avtale et kort intervju om deres kjennskap til PHT og om virkningene av PHT for arbeidet i spesialisthelsetjenesten og for pasientene man samhandlet om. I dette delkapittelet beskriver vi erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten, som kom fram i de intervjuer som vi har gjennomført.

Før vi går inn på resultatene, er det imidlertid relevant å beskrive utvelgelsen av informanter og frafall fra undersøkelsen for å bedre forstå hvilke rammer som ligger til grunn for utvelgelsen av informanter. Lederne ved alle de 17 PHT-legekontorene ble bedt om å oppgi inntil fem ansatte i spesialisthelsetjenesten som PHT samhandlet med, og som kunne være relevante å intervju om samhandlingen med PHT. Fem legekontor kunne navngi minst én person i spesialisthelsetjenesten vi kunne kontakte, mens seks oppga at det ikke samhandlet med noen, eller at de ikke kunne navngi noen informanter. Resterende seks legekontor svarte ikke på vår henvendelse. Totalt ble åtte ansatte i spesialisthelsetjenesten og en privatpraktiserende spesialist foreslått og kontaktet med en intervjuforespørsel, og fem av disse stilte til intervju. To av informantene var foreslått av et og samme legekontor.

Tre av informantene oppga at de hadde dårlig kjennskap til PHT, og at de først og fremst kjente til PHT gjennom media, selv om de samarbeidet med legekontoret. Disse merket ikke at samhandlingen med PHT-legekontoret skilte seg fra samhandlingen med andre legekontor.

To av informantene, som samhandlet med samme legekontor, opplevde å ha noe kjennskap til PHT gjennom samhandling om noen få enkeltpasienter med utviklingshemming. Informantene hadde deltatt i samhandlingsmøter om enkeltpasienter hvor PHT-lege har vært en av flere deltakere. Disse informantene opplevde at pasientene fikk god oppfølging fra PHT-legekontoret og at en viktig delforklaring til dette var at man har PHT-sykepleier som kan dra på hjemmebesøk til pasienten. Den ene informanten opplevde at PHT førte til en ressursbesparelse for hans egen del, og begge opplyste om mange gevinster for pasientene. Pasientene mottar en tjeneste av bedre kvalitet siden PHT har mer tid til å gå inn i hver sak. Pasientene blir møtt med respekt og blir dermed tryggere. Når pasienter ikke må møte på legekontoret for å ta prøver blir de roligere, og målingene bedre. Noen pasienter har fått justert sin bruk av medikamenter. De ansatte i PU-boligen har blitt tryggere og kunne gi bedre oppfølging av pasientene. Disse opplysningene sammenfaller med beskrivelser i statusrapport III (kapittel 7).

I denne analysen har vi gitt noen eksempler på hvordan aktører i spesialisthelsetjenesten oppfatter samhandlingen med PHT. Funnene bør imidlertid tolkes med varsomhet siden informasjonsgrunnet er begrenset. Det at det har vært vanskelig å komme i kontakt med personer i spesialisthelsetjenesten som kan si noe om samhandling med PHT, indikerer at PHT i begrenset grad samhandler med spesialisthelsetjenesten om felles pasienter. Det er usvisst i hvilken grad det begrensede omfanget av samhandling skyldes den pågående koronapandemien.

## 6.3 PHT og digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet har hatt ansvar for å gjennomføre en utprøving av digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging) av personer med kronisk sykdom. Utprøvingen gjennomføres som et randomisert kontrollert forsøk i perioden 2018-2021 som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Ved oppstart av utprøvingen skisserte Helsedirektoratet to hovedmodeller for organisering av digital hjemmeoppfølging; i og utenfor PHT (Abelsen, et al., 2020). To kommuner og en bydel deltar både i utprøvingen av PHT og i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging.

Digital hjemmeoppfølging gjør at brukere kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten (Abelsen, et al., 2020). Brukere utfører avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, vekt, O<sub>2</sub>-metning), og svarer på spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett e.l. Resultatene overføres automatisk fra målesensorene til nettbrettet slik at brukeren enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til en oppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten tar kontakt med bruker ved tegn til forverring og ved målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra brukerens behov og egenbehandlingsplan som er utviklet som del av digital hjemmeoppfølging, og vurderer i samråd med bruker om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege eller legevakt. Brukerens fastlege skal vurdere hvorvidt brukeren er egnet for digital hjemmeoppfølging. Fastlegen er også involvert i arbeidet med å utarbeide en egenbehandlingsplan for brukeren.

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging omfatter seks lokale prosjekter. Det er sluttrapporter fra disse prosjektene som danner datagrunnlaget for det vi inkluderer her om relasjonen mellom PHT og digital hjemmeoppfølging (se kapittel 2.4). De to aktuelle kommunene og bydelen har valgt å organisere samspeillet mellom digital hjemmeoppfølging og PHT ulikt.

I en av kommunene har to av tre legekontor som deltar i PHT-forsøket, også deltatt i forsøket med digital hjemmeoppfølging. PHT-sykepleier og fastlege har hatt en aktiv rolle både for å inkludere, levere ut utstyr og lære opp pasienter til digital hjemmeoppfølging, i utarbeidningen av egenbehandlingsplan og i den videre oppfølgingen av pasienten. PHT-sykepleier har fulgt pasientenes utvikling og konsultert med fastlegene ved avvikende målinger. I sluttrapporten fra dette prosjektet er det framhevet at inklusjon og oppfølging med PHT, gir fortgang i å opprette ordningen hos den enkelte, godt samarbeid rundt utvikling av egenbehandlingsplaner og effektiv oppfølging i nært samspill med pasientens fastlege. Det er en større utfordring å få fastlegene med på utarbeidelse av egenbehandlingsplan når oppfølgingen skjer utenfor PHT. Legekantorene har imidlertid fulgt opp et fåtall av de pasientene som totalt sett har vært inkludert i forsøket med digital hjemmeoppfølging fra den aktuelle kommunen.

I den andre kommunen har PHT spilt en mindre omfattende rolle – men rollen vurderes som nyttig for prosjektet. Her har bidraget fra PHT handlet om vurdering av egnede pasienter for inklusjon, utdeling av utstyr og opplæring av pasienter. I sluttrapporten fra dette prosjektet fremheves det at det at fastleger har hatt utfordringer med utforming av egenbehandlingsplaner fordi de fant det vanskelig å sette grenseverdier knyttet til pasientenes målinger og at de ønsket mer opplæring og bistand til dette. Dette har gjort inklusjon av pasienter tidkrevende. PHT har ikke hatt noen rolle i den videre oppfølgingen av pasienter med digital hjemmeoppfølging. Denne oppfølgingen er blitt ivarettatt av en egen oppfølgingstjeneste. I sluttrapporten fra prosjektet framheves det at koronapandemien bremset samarbeidet med PHT fordi kommunen prioriterte PHT-sykepleiere til arbeid utenfor legekantoret som del av pandemihåndteringen.

Når det gjelder bydelen, tyder sluttrapporten på at det tok tid før de fikk i gang et samarbeid mellom legekantoret som prøver ut PHT og digital hjemmeoppfølging, selv om de har hatt dialog hele veien. Årsaker det pekes på, var at PHT ønsket å komme godt i gang i eget prosjekt, det var mye informasjonsarbeid og interne rutiner som skulle på plass og at det har vært flere utskiftninger av PHT-sykepleiere ved legekantoret. PHT har i svært begrenset grad stått for oppfølging av pasienter med digital hjemmeoppfølging. Men legekantoret har vært samlokalisert med oppfølgingstjenesten i bydelen, og erfaringen er at dette har forenklet samarbeidet. PHT-sykepleier og ansatte i oppfølgingstjenesten har etter hvert hatt regelmessige møter for å diskutere felles pasienter, og

overføre eller henvise pasienter til hverandre. Også i denne sluttrapporten ble det understreket at pandemihåndtering og omdisponering av sykepleierressurser til dette, hadde vanskeliggjort samarbeidet mellom PHT og digital hjemmeoppfølging.

Det er foreløpig uavklart hvordan samspeillet mellom PHT og digital hjemmeoppfølging bør organiseres.

## 6.4 Oppsummering og konklusjon

Analysene i dette kapitlet tyder på at PHT så langt **har betydd mest for den kommunale hjemmetjenesten**. Informantene fra de kommunale tjenestene mente at PHT bidrar til at **pasienter med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegetjenester enn før og ofte mer omfattende tjenester**. I tillegg bidrar PHT til at de selv kan gi en bedre tjeneste og i noen tilfeller til at de avlastes. Videre pekte informantene på at **PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i tilgangen til fastleger** og at **det blir en mer ensartet praksis som ikke krever så mye tilpasning fra deres side til den enkelte fastlege**.

Informanter på legekantorene i forsøket (se kapittel 5.7) og informanter i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus, hadde mange sammenfallende **oppfatninger om samarbeidet dem imellom**. **De var enige i at fastlegetjenesten var blitt mer tilgjengelig med PHT og at kontakten foreløpig har vært tettest mellom PHT og hjemmetjenesten**. De var også relativt samstemte om at PHT og andre kommunale tjenester i liten grad er overlappende, men utfyller hverandre og gir samlet sett en kvalitativt bedre tjeneste til brukere med store behov.

Intervjuundersøkelsen med ansatte i spesialisthelsetjenesten gir ikke **holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer i samhandlingen med fastlegekontorene**. Det synes også å være **opnådd begrensede synergieffekter i kommuner og bydel som har prøvd ut kombinasjonen PHT og digital hjemmeoppfølging**.

## 7. Kjennetegn ved pasienter som får oppfølging fra PHT

*Basert på registerdata om utløste sykepleiertakster, estimerer vi at 11 - 14 prosent av listeinnbyggerne som er eller har vært tilknyttet legekontor med PHT, har fått oppfølging fra PHT siden forsøket startet i 2018. Pasientgruppen samsvarer godt med målgruppene for PHT-forsøket. Knappt halvparten av de som har fått oppfølging av PHT, har kun hatt kontakt med PHT-sykepleier én gang. Rundt 30 prosent av dem har hatt fire eller flere slike kontakter.*

### 7.1 Målgruppene for PHT

I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket (Helsedirektoratet, 2017, s. 4), presiseres det at målgruppen for forsøket med PHT er alle innbyggere på fastlegenes lister. Samtidig skal det være **særlig fokus på pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov**. Disse målgruppene er nærmere beskrevet i kapittel 9.

Før forsøket med PHT startet, var det uklart hvor mange listeinnbyggere som skulle omfattes av helsehjelp fra PHT. Helsedirektoratet (2017, s. 15) anslo før oppstart av PHT-forsøket at pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov utgjør 7-10 prosent av listepopulasjonen, men at det var usikkerhet knyttet til denne prosentsetningen.

### 7.2 Pasienter som får oppfølging fra PHT

Vi vil nå beskrive ved hjelp av registerdata hvor mange pasienter som har fått helsehjelp fra PHT, samt hvor omfattende og vedvarende kontakten har vært. Vi bruker utløst sykepleiertakst som en indikator på at en pasient har fått helsehjelp fra PHT. Ettersom alle som arbeider på legekontoret samlet utgjør PHT, og PHT kan samarbeide om å gi helsehjelp uten at det utløses en sykepleiertakst, bør indikatoren tolkes som en nedre grense på omfanget av helsehjelp fra PHT. Et eksempel på samarbeid som ikke utløser sykepleiertakst, er samarbeid mellom lege og helsesekretær der helsesekretær på delegasjon fra legen eksempelvis bidrar til årskontroll for kols eller gir opplæring i blodsuktermåling til en pasient med nyopplaget diabetes.

Der er stor variasjon mellom legekontor i hvor hyppig sykepleiertakstene er utløst. Vi beskriver denne variasjonen mellom legekontor nærmere i kapittel 8. Det at det ikke utløses sykepleiertakster, trenger ikke bety at PHT-sykepleieren ikke har noen rolle for eksempel i årskontroll av pasienter med diabetes type 2. For å skrive takst for sykepleierkonsultasjon, kreves minimum 15 minutters selvstendig konsultasjon. Noen team finner det kanskje mer hensiktsmessig at fastlege og PHT-sykepleier har hyppigere interaksjon under årskontrollen. Legekontoret går da glipp av sykepleiertaksten, men sykepleieren bidrar kanskje til at fastlegen blir mer produktiv og kan skrive flere legetakster.

Tabell 7-1 viser antall pasienter som har vært i takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, siden forsøket startet våren 2018. Datagrunnlaget er antallet kontakt- og konsultasjonstakster som PHT-sykepleierne sender til Helfo. Både frammøte, telefon, elektronisk kontakt og hjemmebesøk er regnet med.

Vi skiller mellom legekontor med driftstilskuddsmodellen (samlet 25117 listeinnbyggere), med honorarmodellen som har deltatt siden start (samlet 70453 listeinnbyggere) og nye legekontor (fra 2020) med honorarmodellen (samlet 19831 listeinnbyggere). **Ved legekontorene som prøver ut honorarmodellen, har 14 prosent av listeinnbyggerne hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier minst en gang. Tilsvarende tall for legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er**

**11 prosent**<sup>13</sup>. Vi ser fra Tabell 7-1 at det er betydelig variasjon i denne prosentandelen mellom legekantorene. Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021) rapporterte at 9 prosent av listeinnbyggerne ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen og 11 prosent av listeinnbyggerne ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, hadde vært i kontakt med PHT-sykepleier minst en gang. **Blant de nye legekantorene som kom med i PHT-forsøket i 2020, har i gjennomsnitt 8 prosent av listeinnbyggerne hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier.** Dette er omtrent samme prosent som legekantorene med honorarmodellen som var med fra start, kunne vise til etter ett år i forsøket.

**Tabell 7-1 Antall unike listeinnbyggere med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier siden forsøket startet**

	Honorarmodellen			Driftstilskuddsmodellen			Nye legekantor		
	Antall	Gjennomsnitt per legekantor [min-maks]	Prosent andel av liste- populasjon [min-maks]	Antall	Gjennomsnitt per legekantor [min-maks]	Prosent andel av liste- populasjon [min-maks]	Antall	Gjennomsnitt per legekantor [min-maks]	Prosent andel av liste- populasjon [min-maks]
Unike pasienter med kontakt med PHT-sykepleier	9671	1209 [505-1826]	14 [9-19]	2809	562 [227-989]	11 [4-17]	1480	370 [261-478]	8 [5-12]

**Kilde:** KUHR. **Merknad:** Kontakt med PHT-sykepleier er basert på antall unike pasienter som utløste en eller flere av følgende takster: Driftstilskuddsmodellen: 088a, 088b, 088cd 088ck, 088d, 074d, 089a, 089b (statusrapport 2019: 088a 088b). Honorarmodellen: s1a, s1b, s1c, s1d, s2a, s2ae, s2aek, s2b, s3, s3a, s3b, s4, s5 (statusrapport 2019: s1a, s1b, s2a, s2ae, s2b, s3). Forskjellen mellom statusrapport 2019 og statusrapport 2020 skyldes takster som ble introdusert i 2019. Tallene under «min» og «maks» refererer til prosentandel av listeinnbyggere som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier ved legekantorene med henholdsvis minst og størst prosentandel.

Det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. For eksempel er det i driftstilskuddsmodellen ikke adgang til å skrive sykepleiertakst dersom fastlegekonsultasjon og sykepleierkonsultasjon foregår på samme dag. Tabell 7-2 viser antall listeinnbyggere som har hatt kontakt med PHT-sykepleier når vi justerer ned antallet takster i honorarmodellen til å bli tilsvarende antall takster i driftstilskuddsmodellen. Vi ser at det nå er en like stor andel av listeinnbyggere ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier som ved legekantor som prøver ut honorarmodellen.

<sup>13</sup> Vi har også beregnet hvor mange av pasientene som ikke har hatt kontakt med PHT-sykepleier i løpet av forsøksperioden, som har hatt kontakt med fastlege i løpet av forsøksperioden. Det er 19869 (89%) pasienter i driftstilskuddsmodellen og 56601 (93%) pasienter i honorarmodellen.

**Tabell 7-2 Antall unike listeinnbyggere med kontakt med PHT-sykepleier siden forsøket startet hvor kontakten utløste én eller flere av takstene som brukes i begge finansieringsmodellene (S1a = 088a, S2a = 088b, S2ae = 088c, S2aek = 088ck, S3a = 088d)**

	Honorarmodellen			Driftstilskuddsmodellen			Nye legekantor		
	Antall	Gjennom- snitt per lege- kantor [min-maks]	Prosent- andel av liste- populasjon [min-maks]	Antall	Gjennom- snitt per lege- kantor [min-maks]	Prosent- andel av liste- populasjon [min-maks]	Antall	Gjennom- snitt per lege- kantor [min-maks]	Prosent- andel av liste- populasjon [min-maks]
Unike pasienter med kontakt med PHT-sykepleier	6407	801 [403-1301]	10 [6-13]	2774	555 [226-968]	11 [4-17]	1006	252 [164-385]	5 [3-8]

Kilde: KUHR.

Tabell 7-3 viser hvordan listeinnbyggere som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, fordeler seg på kjønn og alder, samt tilsvarende for listeinnbyggere som ikke har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. **Vi ser at det er en overvekt av listeinnbyggere i de eldre aldergruppene som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier.**

**Tabell 7-3 Listeinnbyggere med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, fordelt på kjønn og aldersgrupper**

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen	
	Kontakt med PHT-sykepleier Antall (prosent)	Ikke kontakt med PHT-sykepleier Antall (prosent)	Kontakt med PHT-sykepleier Antall (prosent)	Ikke kontakt med PHT-sykepleier Antall (prosent)
<b>Kjønn</b>				
Kvinner	5184 (54)	30090 (50)	1437 (51)	11066 (50)
Menn	4487 (46)	30692 (50)	1372 (49)	11242 (50)
<b>Alder</b>				
0-30 år	1752 (18)	27289 (45)	424 (15)	10164 (46)
31-50 år	2087 (22)	16738 (28)	648 (23)	7185 (32)
51-60 år	1455 (15)	7276 (12)	486 (17)	2092 (9)
61-70 år	1688 (17)	5194 (9)	540 (19)	1538 (7)
71-80 år	1642 (17)	2867 (5)	465 (17)	900 (4)
81-90 år	875 (9)	1062 (2)	200 (7)	331 (1)
90 år eller eldre	172 (2)	356 (1)	46 (2)	98 (0)
N	9671	60782	2809	22308

Kilder: KUHR og SSB. Merknad: Antallet personer er beregnet ut fra de som hele eller deler av forsøksperioden har vært på listene til de aktuelle legekantorene.

Tabell 7-4 viser listeinnbyggere med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, fordelt på de fem vanligste diagnosegruppene. **Sykdommer i luftveiene og endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer (inkluderer diabetes type 2) utgjør de vanligste diagnosegruppene blant listeinnbyggere det er utløst sykepleiertakst for.** Forskjeller mellom legekantorene skyldes trolig dels forskjeller i sykepleiernes kompetanse og dels forskjeller i listesammensetning.

**Tabell 7-4 Antall listeinnbyggere med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, fordelt på de fem vanligste diagnosegruppene**

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen	
	Totalt antall pasienter	Gjennomsnitt per legekantor [min-maks]	Totalt antall pasienter	Gjennomsnitt per legekantor [min-maks]
Luftveier	2609	326 [89-1059]	505	101 [18-182]
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	2282	285 [154-532]	762	152 [97-213]
Psykisk	1846	231 [59-581]	160	32 [4-62]
Hud	1141	143 [29-556]	239	48 [5-123]
Hjerte-karsystemet	1157	145 [95-224]	266	53 [13-117]

Kilde: KUHR. Merknad: Fem vanligste diagnosegrupper unntatt "allment og uspesifisert": luftveier (kols og astma), endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer (diabetes), psykisk (demens, schizofreni, angstlidelse depressiv lidelse og psykisk utviklingshemming), hud (sår) og hjerte- karsystemet (hypertensjon og hjertesvikt).



Tabell 7-4 omfatter alle listeinnbyggere som har fått registrert de aktuelle diagnosene, ved takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. Tabell 7-5 omfatter pasienter som har fått registrert de aktuelle diagnosene før 2015 og som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, etter at forsøket startet uavhengig av kontakt-diagnose. Tabell 7-5 viser at både ved legekantorene som har prøvd ut honorarmodellen og ved de som har prøvd ut driftstilskuddsmodellen siden 2018, har 60 – 61 prosent av pasienter som har diabetes type 2, hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. For pasienter med kols var andelen 61 prosent for legekantorer med honorarmodellen og 44 prosent for legekantor med driftstilskuddsmodellen. Dersom vi begrenser registreringen til sykepleiertakster som finnes i begge finansieringsmodellene, var andelen pasienter med kols som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, omtrent den samme i begge modeller. Andelen var mindre for listeinnbyggere med ruslidelse og/eller psykisk sykdom, psykisk utviklingshemmede samt for skrøpelige eldre. Andelen var også mindre for de nye legekantorene i forsøket, selv om særlig andelen av listeinnbyggere med diabetes type 2 og kols med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, var betydelig.

**Tabell 7-5 Antall og andel av prioriterte pasientgrupper med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, fordelt på legekantor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen**

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen		Nye legekantor	
	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]
Diabetes type 2	2097	60 [43-77]	704	61 [54-69]	737	44 [11-68]
KOLS	738	61 [36-85]	253	44 [15-59]	236	35 [19-63]
Ruslidelse	708	26 [15-38]	350	18 [13-30]	229	13 [8-16]
Psykisk sykdom	5667	25 [19-36]	2079	19 [11-26]	1755	10 [6-14]
Psykisk utviklingshemming	416	33 [19-79]	145	17 [4-32]	130	18 [4-26]
Skrøpelig eldre	827	39 [22-53]	247	29 [16-47]	231	20 [10-32]

Kilder: KUHR og NPR. Merknad: Antall pasienter med diabetes type 2, kols, ruslidelse, psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming er de som har fått tildelt relevante diagnoser fra ICPC-2 eller ICD-10 før 2015. Diabetes type 2: T90 (ICPC-2). KOLS: R95 (ICPC-2). Ruslidelse: P15, P18, P19 (ICPC-2). Psykisk sykdom: P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86, P98. Psykisk utviklingshemming: P85 (ICPC-2), F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10). Antall skrøpelige eldre er de 65 år eller eldre som mottok helsehjelp for diagnoser omfattet av Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG) skrøpeligheits-definerende diagnoser indikator i 2014.

Tabell 7-1 - Tabell 7-5 viser listeinnbyggere som har vært i takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier minst én gang. De uttrykker dermed ikke hvor mange listeinnbyggere som har fått oppfølging av PHT over tid. Tabell 7-6 viser antall takstgenererende kontakter for de som har hatt minst en slik kontakt med PHT-sykepleier. I parentes oppgis hvor stor prosentandel av listeinnbyggerne som har hatt et gitt antall takstgenererende kontakter med PHT-sykepleier. **Vi ser at knapt halvparten av listeinnbyggerne har hatt én takstgenererende kontakt i forsøksperioden fram til utgangen av august 2021. Det er rundt 30 prosent som har hatt fire slike kontakter eller flere.** Det er en økning fra 20 prosent, som ble rapportert i fjorårets statusrapport (Abelsen, et al., 2021). Vi har også beregnet tilsvarende tall for oppfølging når vi bare inkluderer kontakter som utløser én eller flere av sykepleiertakstene som brukes i begge finansieringsmodellene. Prosentandelen listeinnbygger som har hatt fire eller flere slike kontakter ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, reduseres da til 24 prosent.

**Tabell 7-6 Antall (prosent) takstgenererende kontakter med PHT-sykepleier for listeinnbyggere med minst en kontakt**

Kontakter	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
	Antall (prosent)	Antall (prosent)
1	4168 (43)	1335 (48)
2-3	2714 (28)	822 (29)
4-9	1922 (20)	494 (18)
10 eller flere	867 (9)	158 (6)
N	9671	2809

Kilde: KUHR.

### 7.3 Oppsummering og konklusjon

Elleve - 14 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekantor med PHT, har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier siden oppstart av forsøket i 2018. Det er stor variasjon mellom legekantor i utløste sykepleiertakster. Det tyder på at ikke all kontakt mellom listeinnbyggere og PHT-sykepleier utløser sykepleiertakst. Andelen listeinnbyggere med takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, er derfor en nedre grense for omfanget av kontakt med PHT. Pasientgruppen som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene for PHT-forsøket. I underkant av halvparten av pasientene som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, har kun hatt denne typen kontakt med PHT-sykepleier én gang. Det er rundt 30 prosent som har hatt fire eller flere slike kontakter.

Den store variasjonen mellom legekantor i bruk av sykepleiertakster, som vist i Tabell 7-1, kan både skyldes variasjon i andelen listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT og om oppfølgingen kvalifiserer for å utløse sykepleiertakst. Registerdata gir ikke mulighet for å skille mellom disse to mulighetene. I kapittel 8 vil vi studere variasjonen i utløste sykepleiertakster mellom legekantorene som prøver ut honorarmodellen nærmere. Vi vil spesielt undersøke eventuelle sammenhenger mellom omfanget av sykepleiertakster og legetakster.

## 8. Variasjon i sammensetning av lege- og sykepleiertakster i honorarmodellen

*Det er et mål i PHT-forsøket at deler av sykepleierkostnaden skal finansieres av PHT-sykepleiernes takstinntekter. Dette kan tolkes som en statlig føring, på hvordan teamarbeidet skal utføres. Vi har undersøkt utviklingen i bruken av sykepleiertakstene over tid og variasjonen mellom legekantorene i forsøket. Det er en betydelig variasjon i summen av sykepleiertakster. Variasjonen gjenfinnes på mer detaljert nivå eksempelvis i sammensetningen av fastlege- og sykepleiertakster knyttet til årskontroll av listeinnbyggere med diabetes type 2. Vi diskuterer mulige årsaker til variasjonen mellom legekantor i sammensetning av sykepleiertakster og fastlegetakster.*

### 8.1 Variasjonen i takster

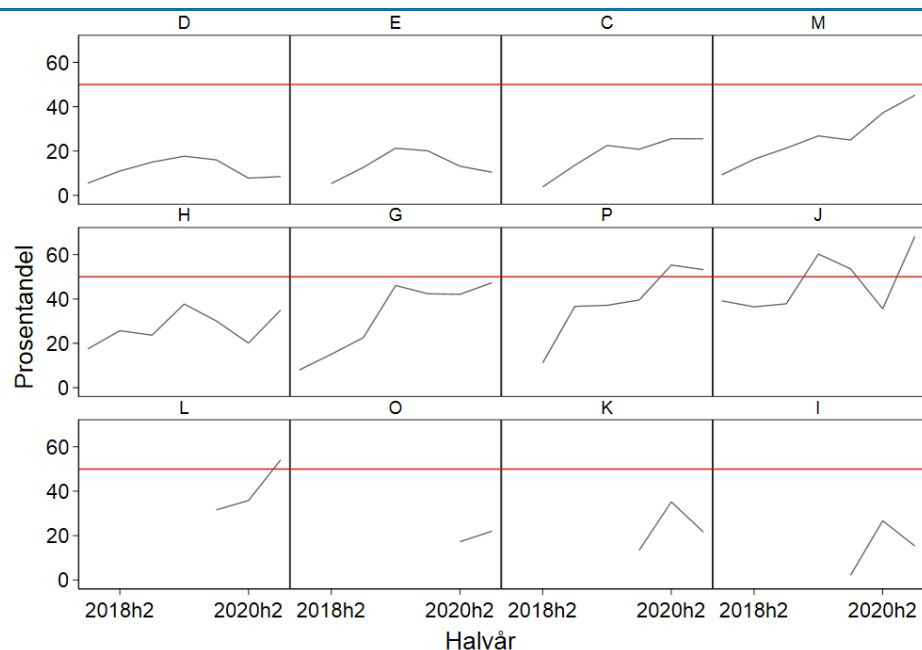
I honorarmodellen er det et mål i prosjektet at sykepleiers takstinntjening skal finansiere 50 prosent av kostnaden ved å ansette PHT-sykepleier. Den resterende andelen finansieres ved hjelp av tilskudd per PHT-sykepleier fra staten. I driftstilskuddsmodellen er det ikke satt noen spesifikke forventninger knyttet til PHT-sykepleiernes takstinntjening.

Figur 8-1 viser gjennomsnittlig takstfinansiering av PHT-sykepleierkostnaden i legekantor som prøver ut honorarmodellen i perioden 1. halvår 2018 – 1. halvår 2021. Legekantorene L, O, K og I er inkludert fra 2020. **I første halvår 2021 ble i gjennomsnitt 33 prosent av PHT-sykepleierkostnaden takstfinansiert.**

Det er variasjon mellom legekantorene som prøver ut honorarmodellen, når det gjelder hvor stor andel av PHT-sykepleierkostnaden som finansieres ved takstinntjening. **I første halvår 2021 varierte prosentandelen mellom legekantor fra 9 til 68.**

**Det er en stigende utvikling i takstinntjeningen gjennom 2021**, som trolig har med utviklingen i pandemien å gjøre. Tall fra Helsedirektoratet viser at gjennomsnittlig takstinntjening som prosent av sykepleierkostnad var 48 prosent i november 2021 med variasjon fra 17 til 80 prosent.

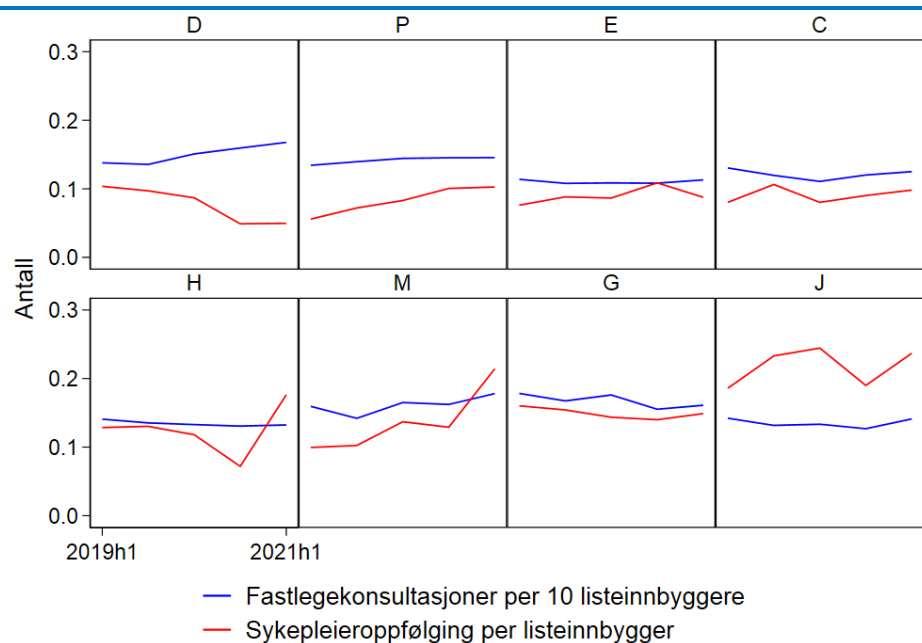
**Figur 8-1 Prosentandel av sykepleierkostnad som finansieres ved takstinntekter i honorarmodellen, 1. halvår 2018 - 1. halvår 2021**



Kilde: KUHR.

I figurene som følger, gir vi en noe mer detaljert beskrivelse av variasjonen i fastlege- og sykepleierkonsultasjoner mellom legekontorene som prøver ut honorarmodellen. Vi ser fra Figur 8-2 at det er betydelig variasjon i antallet sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger. Mens det i enkelte legekontor er mer enn 0,2 konsultasjoner per halvår, er det under 0,1 konsultasjoner per halvår i andre legekontor. Figur 8-2 viser også variasjon mellom legekontorene i antallet legekonsultasjoner per listeinnbygger. I figuren er legekonsultasjonene delt på 10 for å få begge konsultasjonstyper i samme figur. **For legekontorene som prøver ut honorarmodellen, finner vi en tendens til at de som har relativt mange sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger, også har relativt mange legekonsultasjoner per listeinnbygger.**

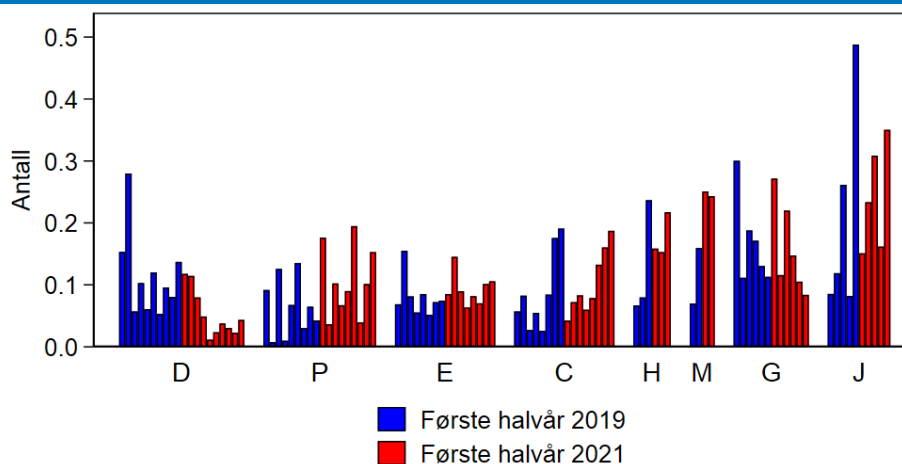
**Figur 8-2 Fastlegekonsultasjoner og sykepleieroppfølging**



Kilde: KUHR.

Det er også betydelig variasjon innen samme legekantor. I Figur 8-3 har vi fordelt sykepleierkonsultasjonene på fastlegene som pasientene er listeinnbyggere hos. Søylene indikerer dermed hvor omfattende samarbeidet mellom den enkelte fastlege og PHT-sykepleier er. Det ser ut til å være et mønster slik at de fastlegene som gjør mye samarbeid med PHT-sykepleierne i den første perioden (første halvår 2019), også gjør det i den andre perioden (første halvår 2021). Figuren inkluderer bare fastleger som jobbet ved legekantoret begge de aktuelle periodene.

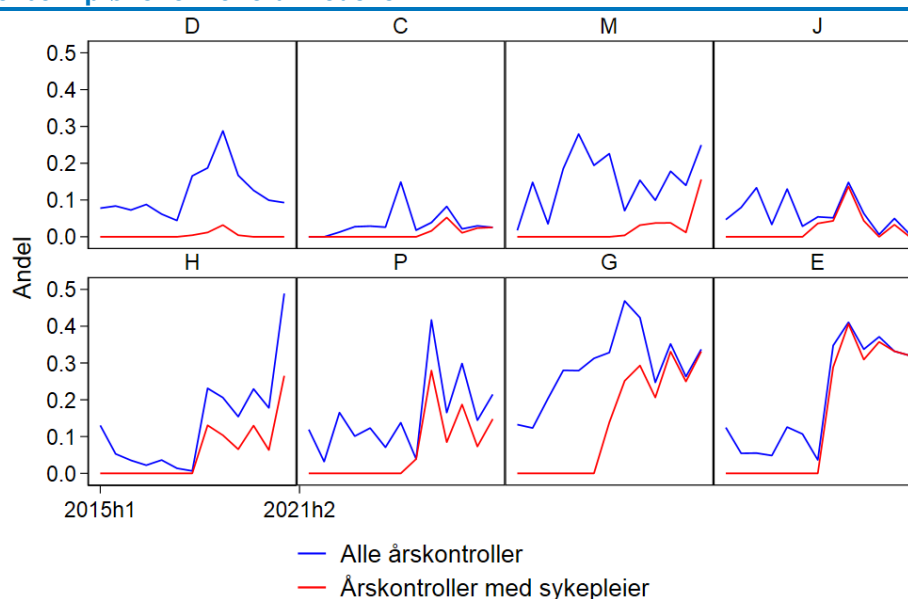
**Figur 8-3 Sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger fordelt på fastleger ved legekantor i PHT-forsøket som prøver ut honorarmodellen**



Kilde: KUHR.

Framstillingen har så langt tatt for seg konsultasjoner generelt. Vi vil nå utdype beskrivelsen ved å undersøke variasjon i PHT-sykepleiernes rolle i årskontroll av pasienter med diabetes type 2. Referatet fra en workshop for PHT-sykepleiere i mai 2021, beskriver PHT-sykepleiernes rolle under årskontrollen som aktiv og tidkrevende. Under konsultasjonen brukes Noklus-skjema eller en mal som tilsvarer Noklus-skjema. Beskrivelsene tyder på at det spesielt blir lagt vekt på kosthold/ernæring, måltidsrytme, tannhelse og røyk. Det anses også som viktig å sette opp en individuell behandlingsplan sammen med pasienten. Dette er arbeidsomfang som gir rett til å skrive konsultasjonstakst for PHT-sykepleier. Figur 8-4 beskriver i perioder på halvår, andelen av pasientene med diabetes type 2, som har fått årskontroll. Figuren beskriver også andel pasienter med diabetes type 2 som har minimum 15 minutter konsultasjon med sykepleier samme dag som fastlegen skriver takst for årskontroll. Vi ser en betydelig variasjon mellom legekantorene både i omfanget av årskontroller og i om en konsultasjon med PHT-sykepleier inngår i årskontrollen. Mens legekantoret D (øverst til venstre i figuren) har liten deltakelse av PHT-sykepleierne i form av konsultasjoner, inngår sykepleierkonsultasjon som en del av årskontrollen i nesten alle årskontroller i legekantoret i nederste rekke til høyre (G og E).

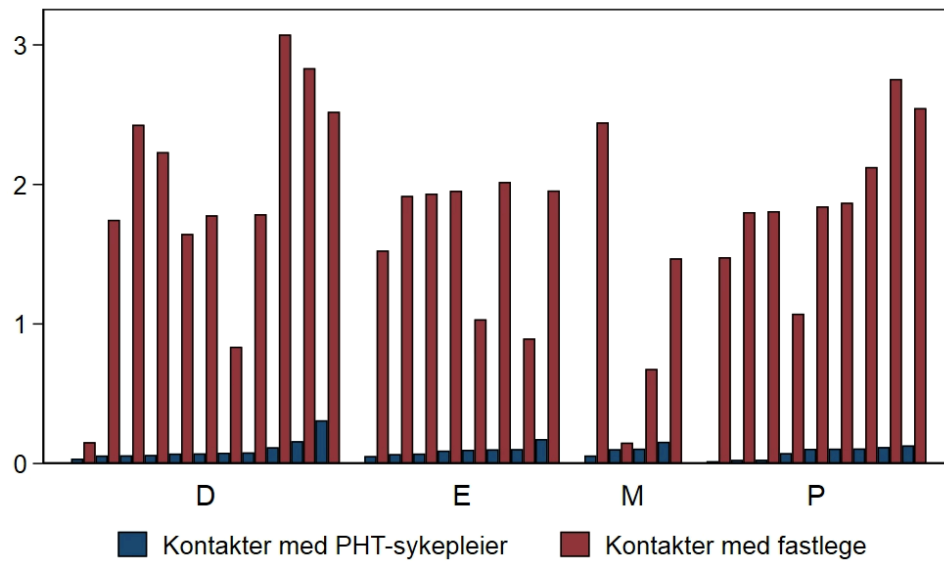
**Figur 8-4 Andel av pasientene med diabetes type 2 (T 90) som får årskontroll ved legekontor i PHT-forsøket som prøver ut honorarmodellen**



Kilde: KUHR takst 109, 109a, 109b, sykepleiertakst: 52b.

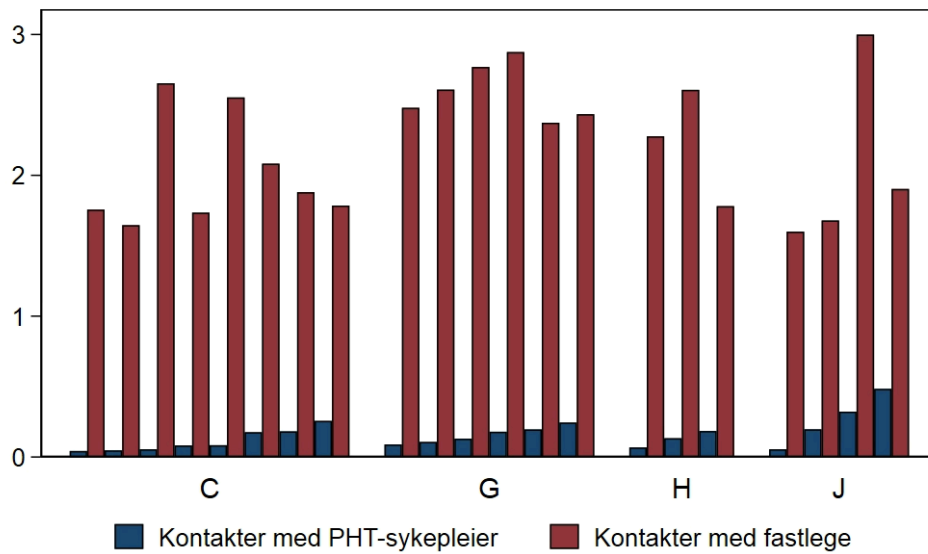
Figur 8-5 og Figur 8-6 viser hvordan omfanget av sykepleierkonsultasjoner samvarierer med omfanget av fastlegekonsultasjoner til listeinnbyggere knyttet til legekontorets ulike fastleger. Fastlegens konsultasjoner per listeinnbygger vises med rød søyle som ligger til høyre for og inntil den blå søylen som viser sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger. De blå søylene er organisert etter stigende verdier av sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger. Vi er interessert i å undersøke om fastlegens konsultasjoner per listeinnbygger samvarierer med sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger. Ta for eksempel legekontor P. Her ser vi at listen som har færrest sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger, også har få fastlegekonsultasjoner per listeinnbygger. Listen med flest sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger har nest flest fastlegekonsultasjoner per listeinnbygger. I dette tilfellet bidrar begge parter til at listeinnbyggerne samlet sett får et relativt stort antall konsultasjoner. Det er ikke alltid slik at de to typene konsultasjoner følger hverandre. Ta for eksempel legekontor M. Her er listen med det minste antall sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger også listen med flest fastlegekonsultasjoner per listeinnbygger. For å avdekke hvordan sammenhengen mellom sykepleierkonsultasjoner og fastlegekonsultasjoner er i legekantorene som helhet, må vi derfor gjøre bruk av litt mer formelle metoder. Figur 8-7 viser resultatene fra en lineær regresjonsanalyse der forklaringsvariabelen er antall kontakter mellom PHT-sykepleier og en fastleges listeinnbygger per halvår og effektvariabelen er antallet kontakter med fastlegen per listeinnbygger per halvår. De vertikale linjene viser 95 prosent konfidensintervall. Vi ser at **sammenhengen er mellom kontakter med PHT-sykepleier og kontakter med fastlege per listeinnbygger er positiv og ikke ubetydelig i størrelse fram til starten på koronapandemien i første halvår 2020.**

**Figur 8-5 Antall sykepleierkonsultasjoner per innbygger på fastlegens liste og antall fastlegekonsultasjoner per listeinnbygger ved legekantorene D, E, M og P.**



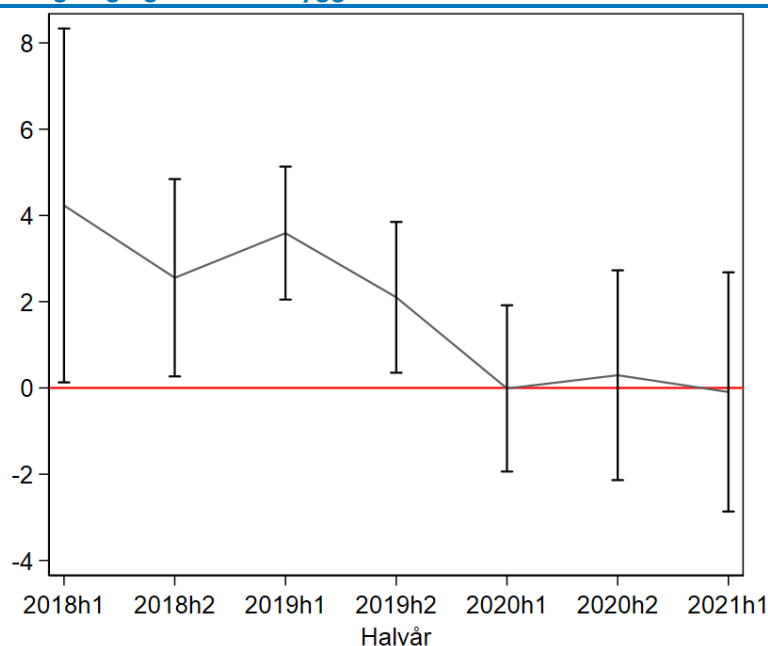
Kilde: KUHR.

**Figur 8-6 Antall sykepleierkonsultasjoner per innbygger på fastlegens liste og antall fastlegekonsultasjoner per listeinnbygger ved legekantorene C, G, H og J.**



Kilde: KUHR.

**Figur 8-7 Effekt av 1 flere kontakter mellom PHT-sykepleier og fastleges listeinnbyggere på antall kontakter mellom fastlege og egne listeinnbyggere**



Kilde: KUHR. Note: N = 72.

## 8.2 Oppsummering og konklusjon

Beskrivelsene av bruken av legetakster og sykepleiertakster ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen, viser forskjeller i organisering av pasientarbeidet i PHT både mellom legekantor og innad ved det enkelte legekantor. Manglende sykepleiertakster trenger ikke bety at PHT-sykepleieren ikke har noen rolle for eksempel i årskontroll av pasienter med diabetes type 2. For å skrive takst for sykepleierkonsultasjon, kreves minimum 15 minutters selvstendig konsultasjon. Noen team finner det kanskje mer hensiktsmessig at fastlege og PHT-sykepleier har hyppigere interaksjon under årskontrollen. Legekantoret går da glipp av sykepleiertaksten, men sykepleieren bidrar kanskje til at fastlegen blir mer produktiv og kan skrive flere legetakster. Resultatene i Figur 8-7 forkaster denne muligheten for legekantorene med honorarmodellen som helhet. I tillegg reduserer inntektsgarantien som eksisterer i forsøket, oppmuntringen til å skrive sykepleiertakster for å generere inntekter til legekantoret. Vi vet ikke om denne oppmuntringen har betydning i praksis. Samtidig tyder Figur 8-3 på at det er en betydelig variasjon innad i legekantorene i den typen teamarbeid som resulterer i at det skrives sykepleiertakster. Kanskje er det slik at noen fastleger engasjerer sykepleier i årskontroll, mens andre gjør årskontrollen alene eller i samarbeid med helsesekretær. Da er det i så fall variasjon innad på legekantoret i etablering av team mellom fastlege, sykepleier og helsesekretær. Et interessant spørsmål er da om det også er variasjon mellom fastleger på legekantoret i hvordan sykepleieren bidrar til fastlegenes egen takstinntjening og hvordan dette påvirker hvordan fastlegene velger å organisere arbeidsprosessene på legekantoret. Figur 8-7 tyder ikke på at fastleger med få sykepleiertakster tar dette igjen med mange fastlegetakster. Det er heller omvendt. Kanskje ikke alle fastlegene er interessert i bruke PHT-sykepleier i sin praksis? reflekterer dette noe vi har observert tidligere i evalueringen (Abelsen, et al., 2019b), . I kapittel 9 undersøker vi sammenhengen mellom omfanget av sykepleiertakster og tilbudet av andre helsetjenester ved legekantoret nærmere.



## 9. Konsekvenser for pasienter i PHT

*I dette kapitlet undersøker vi først ved hjelp av registerdata hvordan PHT påvirker pasientenes bruk av helsetjenester. Helsetjenester i PHT-kontorene brukes som indikatorer på god pasientoppfølging. Dette kan generelt være kontroversielt siden stort antall helsetjenester ikke alltid bidrar positivt til pasientenes helse. I dette tilfellet kan det likevel forsvares siden et sentralt formål med PHT er at pasientene i målgruppen skal få mer oppmerksomhet og bedre oppfølging med PHT. Beskrivelsen tar for seg hver av pasientgruppene som er prioritert i forsøket. For flere av gruppene finner vi at PHT har medført bedre tjenester på legekantoret. For helsetjenester som ikke direkte omfattes av PHT, som legevakt og spesialisthelsetjenester, finner vi få effekter. Vi har også via Medrave tilgang til utvalgte indikatorer som er hentet fra de elektroniske journalsystemene. Utviklingen i noen av disse indikatorene beskrives mot slutten av kapitlet.*

### 9.1 Konsekvenser belyst med registerdata

**Undersøkelser fra andre land har vist varierende resultater av hvordan tilsvarende organisering som PHT påvirker pasientene.** Godager, Iversen og Snilsberg (2021) gir en kortfattet oppsummering av evalueringer av Patient-Centered Medical Homes (PCMH) i USA, Family Health Teams (FHT) og Family Medicine Groups (FMG) i Canada og Multidisciplinary Group Practices (MGP) i Frankrike. Oppsummeringer av evalueringer av PCMH viser stor variasjon i resultater, og forbedringer for et fåtall av utfallene som ble undersøkt. Forfatterne etterlyste samtidig kunnskap om hva som fungerer med modellen og hva som er mindre nyttig. Senere studier har funnet positive effekter for eldre pasienter, men ikke for pasienter med diabetes eller lav inntekt. Hovedfunn i studier av de canadiske modellene er at pasienter opplever fastlegetjenesten som mer tilgjengelig enn før. Evalueringen fant at FHT ga mer anbefalt behandling av diabetespasienter enn den tradisjonelle stykkpris-modellen, men fant ingen forskjeller mellom modellene på helsetjenestebruk generelt. En evaluering av Quebecs FMG-modell fant nedgang i bruk av og utgifter til fastlegetjenester og spesialister, men ingen effekt på legevakt og sykehusinnleggelse. Evalueringene av MGP-modellen fant at denne var assosiert med høyere legeproduktivitet, lavere utgifter til legemidler og spesialister, og bedre kvalitet på tjenesten.

Med variasjon i dokumentasjonen av hvordan PHT påvirker pasientene, er det av stor interesse å undersøke problemstillingen med norske data.

Dette kapitlet er organisert med et underavsnitt for hver av de sentrale målgruppene i forsøket: pasienter med diabetes type 2, pasienter med kols, psykisk utviklingshemmede, personer med psykisk sykdom, personer med ruslidelse, skrøpelige eldre og multisyke. Hvert underavsnitt starter med en resultattabell som viser effekten av PHT ved hjelp av Forskjeller-i-forskjeller (fif) mellom tiltakskontor og kontrollkontor med faste effekter for kalenderkvartal og legekantor. Forskjeller-i-forskjeller viser forskjellen mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen etter inklusjon minus forskjellen mellom gruppene før inklusjon. Vi tar dermed hensyn til at tiltaksgruppene og kontrollgruppene kan være forskjellige før inklusjon. Vi benytter kvartalsdata tilbake til 2015 og fram til det siste kvartalet vi har data for i 2021. Vi viser dermed endring i forskjellen mellom tiltak- og kontrollgruppen etter at forsøket startet. For å beregne den statistiske signifikansen av forskjellene mellom gruppene bruker vi t-testen. Tabellene viser estimerte koeffisienter per kvartal for hver av indikatorene som blir rapportert under. Teksten under hver pasientgruppe refererer til resultatene i tabellen. I tillegg presenterer vi figurer som beskriver utviklingen der det er hensiktsmessig.

#### 9.1.1 Pasienter med diabetes type 2

##### Konsultasjoner

Tabell 9-1 viser at det samlede antall konsultasjoner med lege- og PHT-sykepleier i driftstilskuddsmodellen har økt med 10 prosent etter at forsøket startet. Økningen i honorarmodellen er ikke statistisk signifikant. I honorarmodellen er det også en sykepleiertakst (takst S2b) for konsultasjon

samme dag som pasienten har hatt konsultasjon med sin fastlege. Inkluderer vi denne taksten, er det en økning i antallet konsultasjoner med fastlege og sykepleier på 13 prosent siden forsøket startet. Fra Tabell 9-1 ser vi samtidig at antallet konsultasjoner med fastlege da forsøket startet, (startverdi) er større i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen.

Det er ikke uten videre slik at flere konsultasjoner medfører bedre kvalitet i pasientbehandlingen. I dette tilfellet tolker vi økt antall konsultasjoner som en indikator på bedre kvalitet siden det er grunn til å tro at økningen har sammenheng med bedre oppfølging og årskontroll (se neste avsnitt).

**Tabell 9-1 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med diabetes type 2**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon med fastlege <sup>1</sup>	1,135	-0.106* (0.057)	-9	1,368	-0.015 (0.054)	-1
Konsultasjon med fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	1,135	0.117*** (0.041)	10	1,368	0.080 (0.053)	6
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		1,368	0,175** (0,070)	13
Årskontroll <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,032	0.062*** (0.017)	194
Legevaktbesøk <sup>5</sup>	0,141	0.042* (0.025)	30	0,107	-0.002 (0.007)	-2
Legevaktbesøk vedr diabetes type 2 <sup>6</sup>	0,004	0.002 (0.002)	50	0,004	0.002*** (0.001)	50
Poliklinisk konsultasjon <sup>7</sup>	0,970	-0.033 (0.049)	-3	0,895	0.020 (0.035)	2
Poliklinisk konsultasjon vedr diabetes type 2 <sup>8</sup>	0,192	-0.032 (0.021)	-17	0,124	-0.008 (0.006)	-6
Sykehusinnleggelse <sup>9</sup>	0,130	0.031 (0.033)	24	0,122	0.001 (0.012)	1
Sykehusinnleggelse vedr diabetes type 2 <sup>10</sup>	0,044	-0.004 (0.009)	-9	0,036	-0.002 (0.002)	-6

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 1156, N honorarmodellen = 3910, N kontrollgruppen = 292 486.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 109, 109a, 109b

<sup>5</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak

<sup>6</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak. Diagnose ICPC-2: T90

<sup>7</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

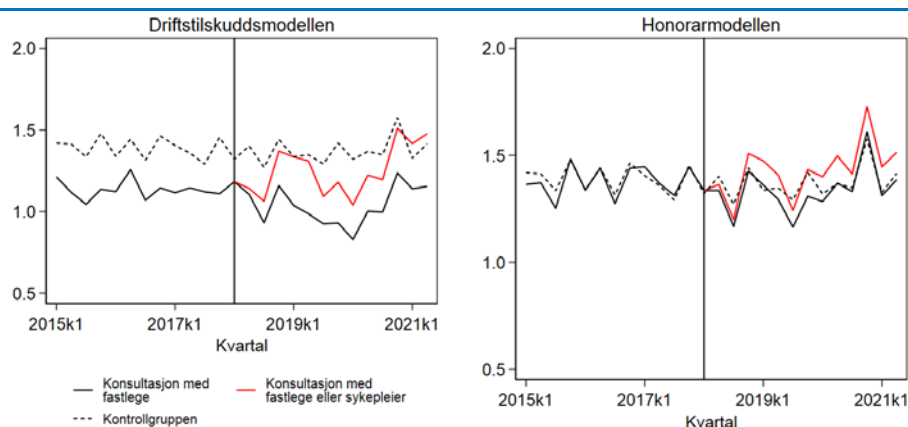
<sup>8</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: E11

<sup>9</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnopphold"

<sup>10</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnopphold". Diagnose ICD10: E11

Figur 9-1 viser antall konsultasjoner (på kontoret og e-konsultasjoner) med fastlege og samlet antall konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier, samt antall konsultasjoner med fastlege i kontrollkontor. Legekonsultasjoner har vært uendret i forhold til kontrollkontorene siden forsøket startet. Figurene viser sesongsvingninger.

**Figur 9-1 Antall konsultasjoner og e-konsultasjoner per listeinnbygger for pasienter med diabetes type 2 fordelt på kvartaler**



Kilde: KUHR. Note: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae.

### Årskontroll og behandlingsplan

I de nasjonale faglige retningslinjer for diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet (2021) at fastlegen gjennomfører en utvidet årlig kontroll (årskontrollen). Dette er en utvidet konsultasjon for å:

- kartlegge risiko for og eventuelle tegn til makro- og mikrovaskulære komplikasjoner
- vurdere, i samråd med pasienten, om de individuelle behandlingsmålene eller behandlingsplanen bør justeres
- kartlegge psykisk helse og diabetesrelaterte psykososiale problemer

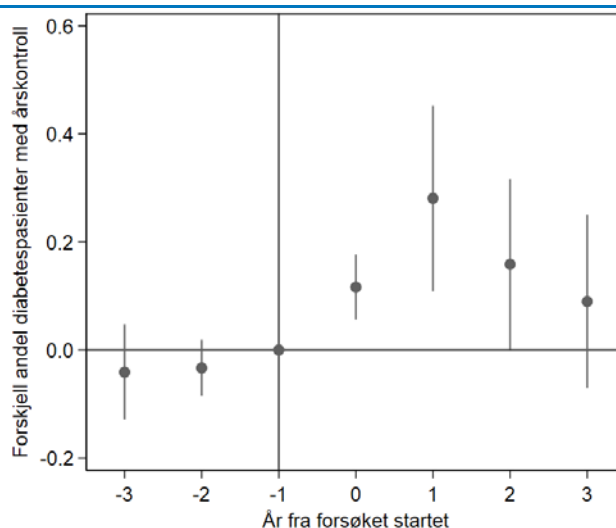
Det anbefales bruk av strukturert, elektronisk diabetesskjema/journalmal for å sikre at alle elementene som skal inngå i den årlige kontrollen, blir gjennomgått. Noklus-diabetesskjema er eksempel på et slikt skjema. Det er egen takst i Normaltariffen (takst 109, fra 2018 takst 109a for første gang og 109b for påfølgende ganger) for gjennomføring av årskontroll og innrapportering av data til Norsk Diabetesregister for voksne (NDV). Bruk av Noklus diabetesskjema blant fastleger i PHT med driftstilskuddsmodellen, er ikke identifiserbar etter oppstart av forsøket. Det er også noen av legekantorene med honorarmodellen som ikke kan bruke Noklus diabetesskjema på grunn av egenskaper ved det elektroniske journalsystemet legekantoret bruker.

Statusrapport 2020 viste en betydelig økning i andelen pasienter med diabetes type 2 som har mottatt årskontroll etter 2017 i legekantorene med honorarmodellen. Legekantorene med driftstilskuddsmodellen bruker ikke denne taksten som er knyttet til årskontroll.

Tabell 9-1 viser **nesten en fordobling av årskontroller per pasient med diabetes type 2 i legekantorene med honorarmodell i PHT-forsøket sammenlignet med kontrollkantorene.**

Figur 9-2 viser differansen i andel med årskontroll i PHT-kantorene og kontrollkantorene relativt til året før forsøket startet. De vertikale linjene viser 95 prosent konfidensintervall rundt punkttestimatet. Vi ser at differansen mellom PHT-kantorene og kontrollgruppen ikke lenger er statistisk signifikant mot slutten av observasjonsperioden. Dette har trolig sammenheng med koronapandemien, som er nærmere omtalt i kapittel 3. Flere av legekantorene opplyser om at pasientene sluttet å komme til årskontroll etter at pandemien startet.

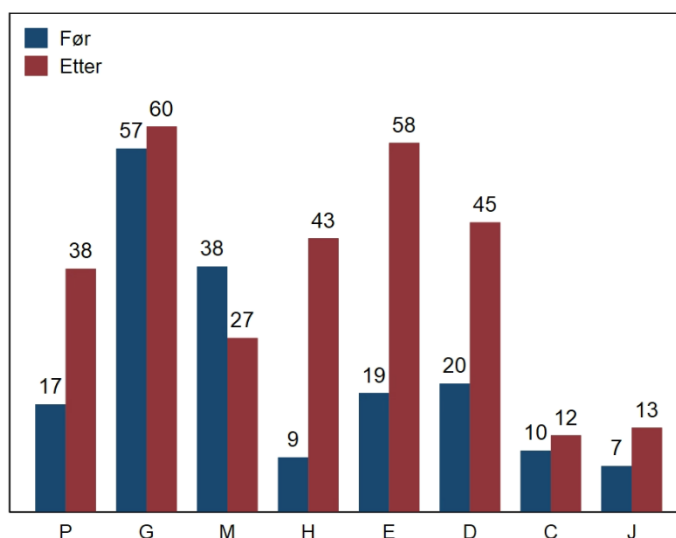
**Figur 9-2 Pasienter med diabetes type 2 som har mottatt minst en årskontroll i løpet av et år. Forskjell i andel mellom legekantor med honorarmodellen og kontrollgruppen relativt til året før forsøksstart**



Kilde: KUHR.

Vi har også undersøkt variasjon i årskontroll i gruppen av legekantor med honorarmodell. Figur 9-3 viser **betydelig variasjon både før og etter forsøksstart i andel pasienter med diabetes type 2 som mottar årskontroll**. Andelen før forsøksstart varierer fra 7 prosent til rundt 57 prosent. Legekantoret med den høyeste prosenten ansatte sykepleier med interesse for diabetes like før forsøksstart. Det bidro til at andelen pasienter som fikk årskontroll, økte betydelig selv før forsøket startet. Figur 9-3 viser også at PHT ikke har bidratt til at variasjonen har blitt mindre, selv om rangeringen i noen grad har blitt endret. Etter PHT startet opp, er variasjonen fra 12 prosent til 60 prosent.

**Figur 9-3 Prosentandel pasienter med diabetes type 2 som har mottatt minst en årskontroll to år før forsøksstart og minst en årskontroll to år etter forsøksstart**



Kilde: KUHR.

Vi har også undersøkt forskjeller mellom PHT-kantorene med honorarmodellen og kontrollkantorene når det gjelder måling av totalkolesterol, måling av HbA1c (langtidsblodsukker), måling av mikroalbuminuri i urin, undersøkelse og behandling hos øyelege (takst 400) og fotografering av øyebunnen (fundusfotografi). Vi finner ingen forskjell i utvikling mellom tiltakskantorene og kontrollkantorene.

I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst for årskontroll. Det er takst (089a) for behandlingsplan for pasienter med diabetes og/eller kols. Takstregistreringene viser at **36 prosent av pasientene som ble diagnostisert med diabetes type 2 og/eller kols før 2015, har fått en slik behandlingsplan**. Her ser vi bort fra et legekantor som ikke registrerer behandlingsplan på grunn av egenskaper ved det elektroniske journalsystemet

Tabell 9-2 viser prosentandelen av pasienter med diabetes type 2 og/eller kols som har fått utarbeidet behandlingsplan ved legekantor i driftstilskuddsmodellen. Et av legekantorene har null registrerte på grunn av egenskaper ved journalsystemet (vi har i denne tabellen erstattet symboler for legekantor med tall for å beholde anonymisering). Gjennomsnittlig andel pasienter med diabetes type 2 som får årskontroll i honorarmodellen, er 37 prosent etter at forsøket startet. Det er ikke så langt unna prosentandelen som får behandlingsplan i legekantor med driftstilskuddsmodellen. Der er samtidig mindre variasjon mellom disse legekantorene enn det er blant legekantor med honorarmodellen i årskontroll til pasienter med diabetes type 2.

**Tabell 9-2 Prosentandel av pasientene med diabetes type 2 og/eller kols som har mottatt minst en behandlingsplan etter at forsøket med PHT startet**

	Legekantor 1	Legekantor 2	Legekantor 3	Legekantor 4
Prosentandel	33	34	39	30

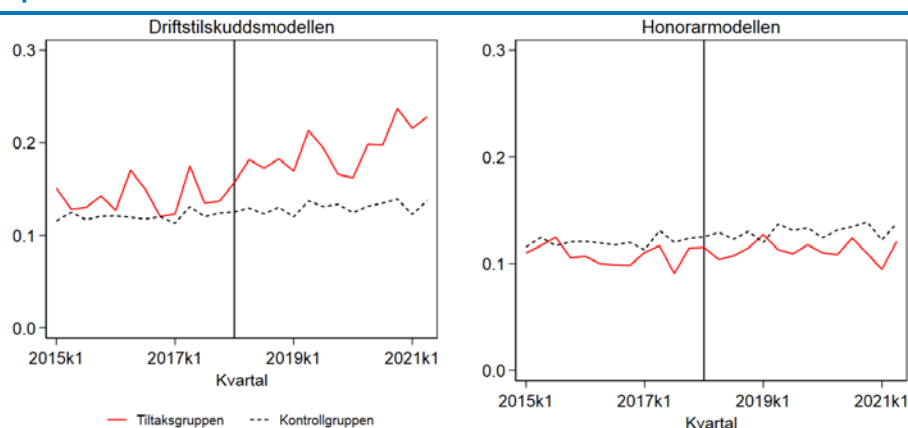
Kilde: KUHR.

I spørreundersøkelsen til fastlegene er et av spørsmålene hvor mange listeinnbyggere som har en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet. Blant fastleger med driftstilskuddsmodellen (honorarmodellen) var det 68 prosent (36 prosent) som svarte flere enn 10 (vedlegg C.1, spørsmål 17).

### Bruk av legevakt

Figur 9-4 viser utviklingen i bruk av legevakt for pasienter fra legekantor med PHT og i kontrollgruppene. For pasienter i driftstilskuddsmodellen, har det vært en økning i tiltaksgruppen i forhold til kontrollgruppen siden forsøket startet. Denne økningen er statistisk signifikant på 10 prosent nivå. Vi har også undersøkt utvikling i konsultasjoner med legevakt med diabetesdiagnose i løpet av perioden. Tabell 9-1 viser en statistisk signifikant økning i antallet konsultasjoner for pasienter fra legekantor med honorarmodellen. Fra en av praksislederne i PHT har det vært foreslått at bedre diabetesregulering kan medføre hypoglykemi som igjen kan medføre legevaktbesøk.

**Figur 9-4 Bruk av legevakt målt ved antall kontakter per listeperson med diagnostisert diabetes type 2 fordelt på kvartaler**



Kilde: KUHR. Note: Bruk av legevakt registreres ved hjelp av disse takstene i KUHR: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk og 11ak.

### Bruk av spesialisthelsetjenester

Tabell 9-1 viser at det verken har vært noen endring i polikliniske konsultasjoner eller innleggelses i forhold til kontrollgruppen etter at forsøket startet.

Vi har også undersøkt endringer i polikliniske konsultasjoner og innleggelser der ICD-10 diagnosen (E11) som kjennetegner diabetes type 2, forekommer som en av de to hoveddiagnosene eller første bidiagnose. Heller ikke her skjer det noen endringer som er statistisk signifikante.

Vi har også undersøkt innleggelser med en rekke diagnoser som er knyttet til makrovaskulære og mikrovaskulære tilstander samt andre akutt-tilstander som beskrevet i Andersson et al (2020). Vi fant ingen reduksjon i disse innleggelsene blant listeinnbyggere ved legekantorene i PHT-forsøket i forhold til kontrollkontorene. En grunn kan være at tidshorizonten er for kort til at bedre behandling på legekantoret gir reduksjon i sykdomskomplikasjoner.

### Samhandling

PHT med tettere oppfølging av pasienter i målgruppen kan tenkes å medføre kortere tid fra utskriving fra sykehus til første konsultasjon med PHT. Det kan også tenkes at det tar kortere tid til tverrfaglig samarbeidsmøte med hjemmetjenestene og andre tjenester pasienten trenger. I Tabell 9-3 har vi estimert endring i andelen av pasientene som blir utskrevet og har konsultasjon innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving fra sykehus i PHT-kantorene i forhold til kontrollkontorene. Vi ser at startverdien for andel pasienter som har konsultasjon innen 7 dager og innen 30 dager, er større for legekantor med honorarmodellen enn for legekantor med driftstilskuddsmodellen. I **driftstilskuddsmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager. I honorarmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som første konsultasjon innen 30 dager.**

I honorarmodellen finner vi ingen endring i andelen pasienter med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager eller 30 dager etter utskriving. Kanskje er det slik at teamarbeid (tverrfaglighet) innenfor PHT-kantoret i noen grad erstatter tverrfaglig samarbeid utenfor kantoret?

**Tabell 9-3 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskriving fra sykehus blant pasienter med diabetes type 2.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,157	0,109** (0,042)	69	0,271	0,014 (0,014)	5
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,544	0,066* (0,039)	12	0,659	0,029** (0,011)	4
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuell		0,107	-0,024 (0,032)	-22
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuell		0,323	-0,055 (0,075)	-17

Kilder: KUHR og NPR. Note: Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 81, N honorarmodellen = 234, N kontrollgruppen = 17835. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontrollgruppen: 14. N honorarmodellen = 23, N kontrollgruppen = 1241.

## 9.1.2 Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

### Konsultasjoner

Tabell 9-4 viser at det har vært en statistisk signifikant (10 prosent nivå) økning i det samlede antallet konsultasjoner i legekantor med honorarmodellen i forhold til kontrollgruppen for pasienter med kols. Dersom vi også inkluderer konsultasjoner med sykepleier samme dag som konsultasjon med fastlege, er det en økning på 16 prosent fra før forsøket startet. At vi ikke finner en lignende statistisk signifikant økning for PHT med driftstilskuddsmodellen, kan skyldes at ikke alle konsultasjoner har takster i denne finansieringsmodellen. Kapittel 3 beskriver at **pandemien har vanskeliggjort oppfølgingen av pasienter med luftveissykdommer som astma og kols.** Det ble pekt på et redusert omfang av årskontroller under pandemien. Det vil også ha betydning for konsultasjoner mot slutten av vår observasjonsperiode og vil påvirke de samlede effektene negativt.

**Tabell 9-4 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med kols.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege <sup>1</sup>	1,304	-0,067 (0,064)	-5	1,397	0,053 (0,069)	4
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	1,304	0,079 (0,067)	6	1,397	0,120* (0,063)	9
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		1,397	0,229*** (0,073)	16
Spirometri ved fastlege <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,106	0,057*** (0,015)	54
Legevaktbesøk <sup>5</sup>	0,383	0,070 (0,098)	18	0,151	0,036 (0,024)	24
Legevaktbesøk vedr kols <sup>6</sup>	0,062	-0,013 (0,014)	-21	0,031	0,004 (0,003)	13
Poliklinisk konsultasjon <sup>7</sup>	0,873	0,095*** (0,041)	11	0,915	0,037 (0,052)	4
Poliklinisk konsultasjon vedr kols <sup>8</sup>	0,115	-0,012 (0,017)	-10	0,071	0,012 (0,009)	17
Poliklinisk konsultasjon vedr kols <sup>9</sup>	0,069	-0,004 (0,007)	-6	0,037	0,008 (0,005)	22
Poliklinisk konsultasjon vedr kols <sup>10</sup>	0,109	-0,004 (0,006)	-4	0,074	0,001 (0,003)	1
Sykehusinnleggelse <sup>11</sup>	0,278	-0,047 (0,052)	-17	0,187	0,008 (0,010)	4
Sykehusinnleggelse vedr kols <sup>12</sup>	0,122	-0,034 (0,031)	-28	0,067	0,008 (0,009)	12

Kilde: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 398, N honorarmodellen = 1366, N kontrollgruppen = 120028. Spirometri ved fastlege: N honorarmodellen = 1366, N kontrollgruppen = 7780.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 507c

<sup>5</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak

<sup>6</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak. Diagnose ICPC-2: R95

<sup>7</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>8</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: J41-J42, J44

<sup>9</sup>: somatikk; DRG 904B

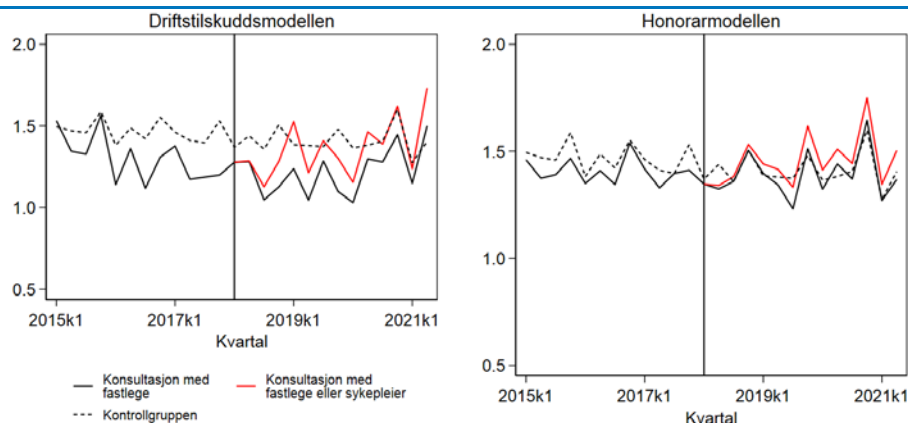
<sup>10</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Takst: 502a, 507c. NCMP: GDFC00, GDFC10, GDFC20, GDFC25, GDFC30

<sup>11</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnopphold"

<sup>12</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnopphold". Diagnose ICD10: J41-J42, J44

Figur 9-5 viser utviklingen i antall konsultasjoner med pasienter med kols fordelt på PHT-kontor og kontrollkontor og kvartal. Vi ser at antallet konsultasjoner generelt er preget av sesongsvingninger.

**Figur 9-5 Antall konsultasjoner for pasienter med kols fordelt på kvartaler**

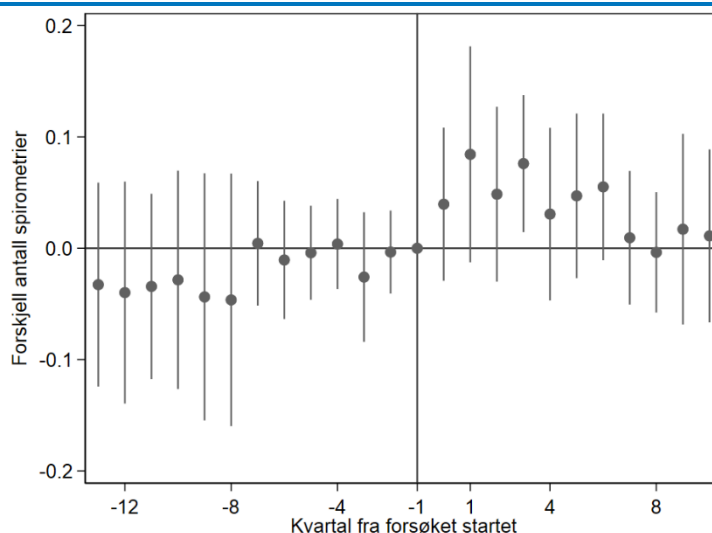


Kilde: KUHR. Note: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae.

## Spirometri

Kols kjennetegnes ved innsnevring av luftveiene, færre luftblærer (emfysem) og økt mengde slim (bronkitt). Spirometri er en lungefunksjonsprøve som gir informasjon om lungenes og luftveienes funksjon. Pasienten puster inn i et spirometer via et munnstykke. Det måles to egenskaper ved lungene: Mengde luft som pustes ut og strømningshastigheten til denne luften. I nasjonal veileder beskriver Helsedirektoratet (2009) at pasienter med kols skal følges opp hos allmenlege minst en gang i året ved stabil mild til moderat kols, minst to ganger årlig ved stabil alvorlig kols og innen fire uker etter utskrivning fra sykehus. Det er ikke eksplisitt uttrykt at spirometri skal inngå i disse undersøkelsene hos fastlegen. **I Statusrapport III fant vi en statistisk signifikant økning i antallet spirometrier i legekontor med honorarmodellen i forhold til de andre legekantorene i 2019** (Abelsen, et al., 2021). **Tabell 9-4 viser at det fortsatt er en statistisk signifikant økning når hele perioden etter forsøksstart ses under ett.** Fra starten av forsøket har det vært en økning på 54 prosent. Det samme finner vi for gjentatt undersøkelse etter bronkolytisk medikasjon (takst 507d). Figur 9-6 viser prosentvis endring i andel pasienter med kols som mottar spirometri i tiltakskantorene i forhold til kontrollkantorene. Endringene er fordelt på kvartaler og sett i forhold til kvartalet før forsøksstart. Den positive endringen vi beskrev i tiltakskantorene i fjorårets statusrapport, vedvarer ikke i 2020 og 2021. Dette har trolig sammenheng med koronapandemien. Vi ser at konfidensintervallene overlapper verdien null i denne siste perioden.

**Figur 9-6 Spirometri til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)**

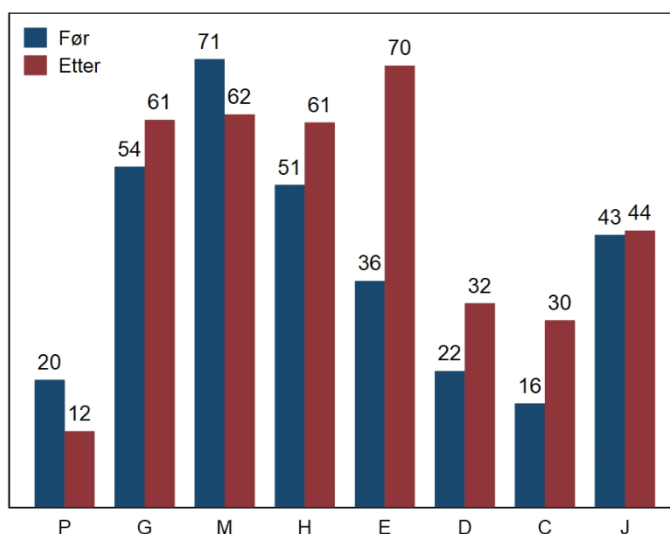


Kilde: KUHR.

**Det er variasjon mellom legekantor i hvor stor andel av pasientene med kols som mottar spirometri.** Figur 9-7 viser andeler fra 20 prosent til 71 prosent før forsøket startet og fra 12 prosent til 71 prosent under forsøket. I to av legekantorene har det vært en reduksjon i andelen etter at forsøket startet.



**Figur 9-7 Prosentandel pasienter med kols som har mottatt minst en spirometri i løpet av to år før forsøksstart og minst en spirometri i løpet av to år etter forsøksstart**



Kilde: KUHR.

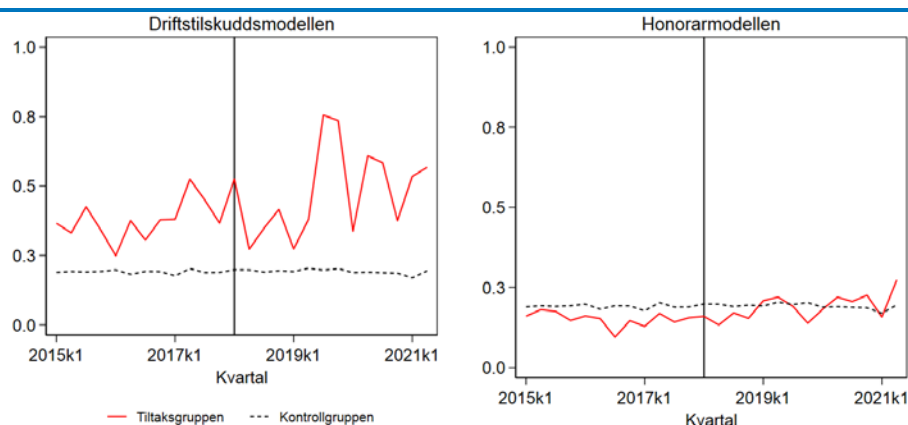
### Behandlingsplan

I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst som registrerer når spirometri blir utført. Det er en takst (089a) for utarbeiding av behandlingsplan til pasienter med diabetes og/eller kols. Regelmessig spirometri vil trolig inngå i en slik behandlingsplan. **Takstregistreringene viser at 25 prosent av pasientene som ble diagnostisert med kols før 2015, har fått en slik behandlingsplan.** Dersom vi ser bort fra Sagene lokalmedisinske senter, som ikke registrerer behandlingsplan på grunn av egenskaper ved det elektroniske journalsystemet, er prosenten 30. Dette er trolig en betydelig forbedring sammenlignet med behandlingen før forsøket startet.

### Bruk av legevakt

Tabell 9-4 viser ingen statistisk signifikant endring i bruk av legevakt i forhold til pasienter i kontrollkontorene verken i honorarmodellen eller i driftstilskuddsmodellen.

**Figur 9-8 Bruk av legevakt målt ved antall kontakter per listeperson med diagnostisert kols fordelt på kvartaler**



Kilde: KUHR. Note: Bruk av legevakt registreres ved hjelp av disse takstene i KUHR: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk og 11ak.

Figur 9-8 viser tidsutviklingen i bruk av legevakt i forhold til kontrollgruppen. Spesielt blant kontor i driftstilskuddsmodellen er det betydelig variasjon over tid og mellom legekantor. Det medfører at det ikke blir noen statistisk signifikant endring.

### Bruk av spesialisthelsetjenester

Tabell 9-4 viser **en økning i antallet polikliniske konsultasjoner for pasienter fra legekantor med driftstilskuddsmodellen.** Utover dette er det ingen statistisk signifikante endringer i antallet polikliniske

konsultasjoner eller i antallet innleggelses i forhold til kontrollkontorene verken generelt eller med de diagnosene som karakteriserer kols.

### Samhandling

Ifølge resultatene som blir presentert i Tabell 9-5, er det ingen reduksjon i tid fra utskriving til konsultasjon verken for pasienter i driftstilskuddsmodellen eller for pasienter i honorarmodellen.

**Tabell 9-5 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskriving fra sykehus blant pasienter med kols.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,192	0,008 (0,057)	4	0,262	-0,003 (0,020)	-1
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,593	0,018 (0,027)	3	0,667	-0,021 (0,026)	-3
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuell		0,092	-0,036 (0,031)	-39
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuell		0,370	-0,070 (0,102)	-19

Kilder: KUHR og NPR. Note: Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 28, N honorarmodellen = 107, N kontrollgruppen = 10307. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontroll: 14. N honorarmodellen = 12, N kontrollgruppen = 727.

### 9.1.3 Psykisk utviklingshemmede

#### Konsultasjoner

Tabell 9-6 viser ingen endringer i det samlede antall konsultasjoner med fastlege og sykepleier i forhold til kontrollkontorene. Vi finner heller ingen endring i andelen pasienter med psykisk utviklingshemming som får årlig fullstendig undersøkelse ved legekantoret (takst 660) i forhold til kontrollkontorene. Siden vi heller ikke finner noen økning i det samlede antallet konsultasjoner med lege eller sykepleier, er det nærliggende å slutte at uendret årskontroll ikke skyldes at sykepleieren har overtatt oppgaver. Det er store standardfeil og registrert økning kun ved ett av legekantorene i honorarmodellen. Med unntak av ett legekantor er det heller ingen endring i tverrfaglige samarbeidsmøter (takst 14) eller nødvendig samtale med foreldre/foresatte (takst 612b).

**Tabell 9-6 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med psykisk utviklingshemming**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege <sup>1</sup>	0,853	-0,027 (0,134)	-3	0,814	-0,088 (0,058)	-11
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	0,853	0,018 (0,125)	2	0,814	-0,058 (0,059)	-7
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		0,814	-0,040 (0,061)	-5
Samtale om enkeltpasient <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,519	0,234 (0,207)	45
Sykebesøk <sup>5</sup>	0,037	0,006 (0,007)	18	0,006	0,087 (0,058)	1443
Tverrfaglig samarbeidsmøte <sup>6</sup>		Ikke aktuell		0,085	0,088 (0,084)	104
Nødvendig samtale med foresatte <sup>7</sup>		Ikke aktuell		0,019	0,003 (0,005)	18
Samtaleterapi <sup>8</sup>		Ikke aktuell		0,041	0,000 (0,012)	-1
Årskontroll <sup>9</sup>		Ikke aktuell		0,016	0,011 (0,008)	66
Legevaktbesøk <sup>10</sup>	0,192	0,025 (0,048)	13	0,195	0,029 (0,040)	15
Legevaktbesøk vedr psykisk utviklingshemming <sup>11</sup>	0,001	0,003 (0,003)	359	0,007	0,000 (0,002)	-4
Poliklinisk konsultasjon, somatikk <sup>12</sup>	1,132	0,037 (0,220)	3	0,875	-0,140*** (0,048)	-16
Poliklinisk konsultasjon, PHV <sup>13</sup>	0,385	0,044 (0,103)	11	0,326	-0,015 (0,063)	-5
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk utviklingshemming, somatikk <sup>14</sup>	0,294	-0,014 (0,067)	-5	0,320	-0,079** (0,034)	-25
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk utviklingshemming, PHV <sup>15</sup>	0,021	-0,012 (0,018)	-61	0,001	0,006 (0,002)	451
Sykehusinnleggelse, somatikk <sup>16</sup>	0,120	-0,062** (0,017)	-52	0,083	0,004 (0,013)	5
Sykehusinnleggelse, PHV <sup>17</sup>	0,015	-0,001 (0,006)	-9	0,012	-0,006*** (0,002)	-49
Sykehusinnleggelse vedr psykisk utviklingshemming, somatikk <sup>18</sup>	0,025	0,002 (0,009)	6	0,024	0,007 (0,005)	30

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 240, N honorarmodellen = 698, N kontrollgruppen = 58462. Sykehusinnleggelse: N kontrollgruppen for driftstilskuddsmodellen = 150. Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk utviklingshemming, PHV: N kontrollgruppen for honorarmodellen = 254.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 1f, S1b

<sup>5</sup>: 11ad, 086a, S3, S3a, S3B, 088d

<sup>6</sup>: 14, S5

<sup>7</sup>: 612b

<sup>8</sup>: 615

<sup>9</sup>: 660

<sup>10</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk, 11ak

<sup>11</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk, 11ak. Diagnose ICPC-2: P85

<sup>12</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>13</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>14</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934

<sup>15</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934

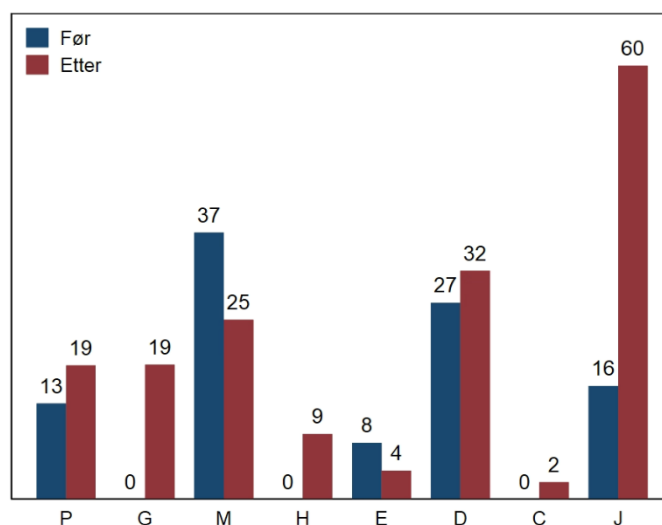
<sup>16</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

<sup>17</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

<sup>18</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold". Diagnose ICD10: F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934

Forekomst av årskontroll er mer detaljert beskrevet i Figur 9-9. Vi ser at det er stor variasjon i tilbudet både før og etter forsøksstart. **Ett legekantor skiller seg ut med mer enn tredobling i andelen av pasienter som mottar årskontroll.**

**Figur 9-9 Prosentandel av psykisk utviklingshemmede med minst en årskontroll i løpet av to år før forsøket startet og minst en årskontroll i løpet av to år etter forsøket startet fordelt på legekantor i honorarmodellen.**



Kilde: KUHR.

### Bruk av legevakt

Det er ingen endring i bruk av legevakt i forhold til kontrollkontorene.

### Bruk av spesialisthelsetjenester

I følge Tabell 9-6 er det en reduksjon i antallet innleggelser for personer med utviklingshemming i driftstilskuddskontorene sammenlignet med kontrollkontorene.

**Det er redusert bruk av poliklinikk blant kontor med honorarmodell i forhold til kontrollkontorene.**

Dersom vi tar utgangspunkt i de ICD-10 diagnosene som definerer psykisk utviklingshemming (og NPR somatikk), finner vi også redusert bruk av poliklinikk blant kontor med honorarmodell i forhold til kontrollkontorene. Vi har også undersøkt effekter på bruk av tjenester innen psykisk helsevern for voksne (NPR PHV). Her finner vi reduksjon i antallet innleggelser i honorarmodellen.

### Samhandling

Tabell 9-7 viser ingen endring i andelen pasienter som får konsultasjon med legekantoret 7 dager eller 30 dager etter utskrivning. Vi har også undersøkt andelen pasienter som får konsultasjon innen tre dager etter utskrivning fra sykehus (ikke inkludert i Tabell 9-7). Her finner vi en økning for pasienter ved legekantor i honorarmodellen.

**Tabell 9-7 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskrivning fra sykehus blant pasienter med psykisk utviklingshemming.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,209	0,005 (0,045)	2	0,154	0,029 (0,033)	19
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,503	0,005 (0,101)	1	0,485	-0,031 (0,046)	-6
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuelt		0,050	0,091 (0,292)	184
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuelt		0,189	0,196 (0,062)	104

Kilder: KUHR og NPR. Note: Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 13, N honorarmodellen = 30, N kontrollgruppen = 2441. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontroll: 14. N honorarmodellen = 14, N kontrollgruppen = 790.

#### 9.1.4 Pasienter med psykisk sykdom

##### Konsultasjoner

Tabell 9-8 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med psykisk sykdom viser at **det samlede antallet konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier har økt i honorarmodellen i forhold til kontrollgruppen**. Figur 9-10 viser at det er særlig i den siste delen av forsøksperioden at antallet konsultasjoner i forhold til kontrollgruppen øker. Det er også en betydelig **økning i sykebesøk og en økning i tverrfaglige samarbeidsmøter** (takst 14) i legekantor med honorarmodellen.

**Tabell 9-8 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med psykisk sykdom**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege <sup>1</sup>	1,152	-0,065* (0,038)	-6	1,244	0,016 (0,035)	1
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	1,152	-0,009 (0,035)	-1	1,244	0,074** (0,036)	6
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		1,244	0,099** (0,041)	8
Samtale om enkeltpasient <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,224	0,004 (0,019)	2
Sykebesøk <sup>5</sup>	0,007	0,012 (0,009)	181	0,010	0,024*** (0,004)	232
Tverrfaglig samarbeidsmøte <sup>6</sup>		Ikke aktuell		0,032	0,004* (0,002)	13
Samtaleterapi <sup>7</sup>		Ikke aktuell		0,208	-0,018 (0,016)	-9
Legevaktbesøk <sup>8</sup>	0,199	0,017 (0,030)	8	0,137	-0,001 (0,009)	0
Legevaktbesøk vedr psykisk sykdom <sup>9</sup>	0,009	0,000 (0,001)	-2	0,009	-0,001 (0,001)	-14
Poliklinisk konsultasjon, somatikk <sup>10</sup>	0,561	-0,011 (0,023)	-2	0,542	-0,012 (0,010)	-2
Poliklinisk konsultasjon, PHV <sup>11</sup>	0,938	-0,105 (0,066)	-11	0,808	-0,044* (0,024)	-5
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk sykdom, somatikk <sup>12</sup>	0,003	0,000 (0,000)	-9	0,004	0,001 (0,001)	17
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk sykdom, PHV <sup>13</sup>	0,103	0,004 (0,022)	4	0,087	0,004 (0,008)	5
Sykehusinnleggelse, somatikk <sup>14</sup>	0,086	-0,011** (0,005)	-13	0,069	0,011 (0,007)	16
Sykehusinnleggelse, PHV <sup>15</sup>	0,026	-0,005*** (0,002)	-18	0,023	-0,001 (0,002)	-3
Sykehusinnleggelse vedr psykisk sykdom, somatikk <sup>16</sup>	0,004	0,001 (0,001)	22	0,002	0,001*** (0,000)	50

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 3008, N honorarmodellen = 9662, N kontrollgruppen = 786034.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 1f, S1b

<sup>5</sup>: 11ad, 086a, S3, S3a, S3B, 088d

<sup>6</sup>: 14, S5

<sup>7</sup>: 615

<sup>8</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk, 11ak

<sup>9</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2aek, 2fk, 11ak. Diagnose ICPC-2: P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86, P98

<sup>10</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>11</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>12</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: F20, F29, F31, F32, F40, F41, F431, F45, F50, F60

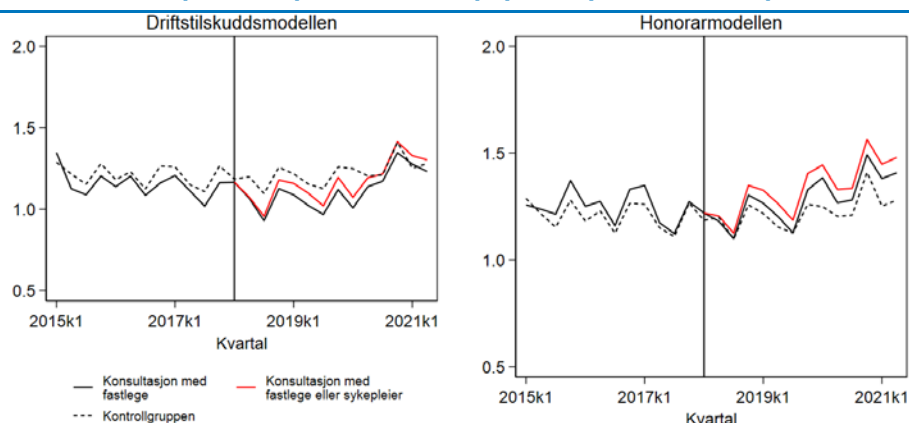
<sup>13</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10 F20, F29, F31, F32, F40, F41, F431, F45, F50, F60

<sup>14</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

<sup>15</sup>: phv; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

<sup>16</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold". Diagnose ICD10: F20, F29, F31, F32, F40, F41, F431, F45, F50, F60

**Figur 9-10 Antall konsultasjoner for pasienter med psykisk sykdom fordelt på kvartaler**



Kilde: KUHR. Note: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae.

### Bruk av legevakt

Det er ingen endring i bruk av legevakt for denne gruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

### Bruk av spesialisthelsetjenester

Det er ingen endring i bruk av poliklinikk. Når vi ser på PHV (psykisk helsevern) spesielt, er det en reduksjon i bruk av poliklinikk i honorarmodellen som er statistisk signifikant på 10 prosent nivå ( $p = 0,058$ ). Det er en reduksjon i antallet innleggelser i driftstilskuddsmodellen både i NPR somatikk og i PHV. Det er en økning i antallet innleggelser med psykiatridiagnosene i NPR somatikk blant pasienter i honorarmodellen. Dette kan være et resultat av flere pasienter blir fanget opp i primærhelseteam og tilbudt utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

**Tabell 9-9 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskriving fra sykehus blant pasienter med psykisk sykdom.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,199	0,047 (0,034)	24	0,246	0,012 (0,020)	5
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,514	0,037 (0,035)	7	0,586	0,006 (0,021)	1
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuell		0,058	0,007 (0,014)	13
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuell		0,233	-0,059 (0,043)	-25

Kilder: KUHR og NPR. Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 128, N honorarmodellen = 375, N kontrollgruppen = 30810. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontroll: 14. N honorarmodellen = 63, N kontrollgruppen = 3792.

### Samhandling

Tabell 9-9 viser ingen endring i andelen pasienter som har konsultasjon med fastlege eller PHT-sykepleier innen 7 dager eller innen 30 dager etter utskriving. Vi har også gjort en beregning av andelen pasienter som får konsultasjon innen tre dager etter utskriving fra sykehus (ikke inkludert i Tabell 9-9). Den viser en økning i driftstilskuddsmodellen.

## 9.1.5 Pasienter med ruslidelse

### Konsultasjoner

Tabell 9-10 viser at det har vært **en økning i det samlede antall konsultasjoner** både med fastlege og med PHT-sykepleier og fastlege samlet på legekantor med driftstilskuddsmodellen for pasienter med en ruslidelse. Det har vært en **økning i sykebesøk** i honorarmodellen. Det har vært en reduksjon i samtaleterapi med fastlegen i honorarmodellen. Dette kan ha sammenheng med at sykepleier har overtatt noen av samtalene som fastlegen hadde tidligere.

**Tabell 9-10 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant pasienter med ruslidelse**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege <sup>1</sup>	1,072	0,220** (0,036)	21	1,230	-0,033 (0,042)	-3
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	1,072	0,186*** (0,072)	17	1,230	0,023 (0,047)	2
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		1,230	0,048 (0,049)	4
Samtale om enkeltpasient <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,501	0,028 (0,092)	6
Sykebesøk <sup>5</sup>	0,019	0,028 (0,020)	151	0,013	0,041*** (0,013)	306
Tverrfaglig samarbeidsmøte <sup>6</sup>		Ikke aktuell		0,092	0,008 (0,006)	9
Samtaleterapi <sup>7</sup>		Ikke aktuell		0,222	-0,032** (0,015)	-14
Legevaktbesøk <sup>8</sup>	0,419	0,072 (0,076)	17	0,270	0,023 (0,037)	9
Legevaktbesøk vedr ruslidelse <sup>9</sup>	0,071	-0,021** (0,009)	-30	0,039	0,009 (0,011)	23
Poliklinisk konsultasjon, somatikk <sup>10</sup>	0,542	0,083 (0,055)	15	0,603	-0,043 (0,034)	-7
Poliklinisk konsultasjon, PHV <sup>11</sup>	0,609	-0,075 (0,090)	-12	0,709	0,001 (0,006)	0
Poliklinisk konsultasjon vedr ruslidelse, somatikk <sup>12</sup>	0,005	0,001 (0,003)	31	0,003	0,001 (0,002)	24
Poliklinisk konsultasjon vedr ruslidelse, PHV <sup>13</sup>	0,001	0,010 (0,007)	1937	0,005	0,004 (0,006)	73
Sykehusinnleggelse, somatikk <sup>14</sup>	0,163	0,039* (0,023)	24	0,149	-0,010 (0,012)	-7
Sykehusinnleggelse, PHV <sup>15</sup>	0,044	0,006 (0,008)	15	0,039	-0,029* (0,085)	-76
Sykehusinnleggelse vedr ruslidelse, somatikk <sup>16</sup>	0,052	-0,017* (0,009)	-32	0,022	0,009* (0,005)	39

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 494, N honorarmodellen = 1146, N kontrollgruppen = 92712. Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier: N kontrollgruppen for driftstilskuddsmodellen = 406. Sykehusinnleggelse, PHV: N kontrollgruppen for honorarmodellen = 844.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 1f, S1b

<sup>5</sup>: 11ad, 086a, S3, S3a, S3B, 088d

<sup>6</sup>: 14, S5

<sup>7</sup>: 615



8: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak

9: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak. Diagnose ICPC-2: P15, P18, P19

10: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

11: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

12: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10: F10, F13, F19

13: phv; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt". Diagnose ICD10 F10, F13, F19

14: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

15: phv; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold"

16: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnoophold". Diagnose ICD10: F10, F13, F19

## Bruk av legevakt

For pasienter i legekortor med driftstilskuddsmodellen finner vi en **reduksjon i bruk av legevakt med rus- og psykiatridiagnose**.

## Bruk av spesialisthelsetjenester

Både for driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen finner vi noen endringer i sammensetningen av innleggelse.

**Tabell 9-11 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskriving fra sykehus blant pasienter med ruslidelse**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,129	0,107** (0,044)	83	0,272	-0,040* (0,024)	-15
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,474	0,060 (0,045)	13	0,599	-0,063*** (0,022)	-10
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuell		0,082	0,024 (0,048)	30
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuell		0,250	0,043 (0,054)	17

Kilder: KUHR og NPR. Note: Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 31, N honorarmodellen = 73, N kontrollgruppen = 5371. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontroll: 14. N honorarmodellen = 25, N kontrollgruppen = 1429.

## Samhandling

Innenfor driftstilskuddsmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager etter utskriving. Innenfor honorarmodellen er det en reduksjon i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving.

### 9.1.6 Skrøpelige eldre og multisyke

Skrøpelige eldre og multisyke er identifisert ved hjelp av diagnoser og klassifiseringsprogrammet ACG (se nærmere omtale i kapittel 2.1). Skrøpelige eldre er personer over 65 år med Frailty Flag i ACG. Multisyke er personer med tre eller flere diagnoser som indikerer kronisk sykdom slik det er definert i ACG-systemet. Vi har valgt å beskrive effekter av PHT for gruppen av skrøpelige eldre og multisyke samlet. Bakgrunnen er det betydelige overlapp mellom gruppene, siden over halvparten av de skrøpelige eldre er også multisyke og 98 prosent av de multisyke er over 65 år.

**Tabell 9-12 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på bruk av helsetjenester per kvartal blant skrøpelige eldre og multisyke**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege <sup>1</sup>	1,306	-0,158*** (0,054)	-12	1,570	-0,060 (0,056)	-4
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>2</sup>	1,306	-0,053 (0,059)	-4	1,570	0,012 (0,057)	1
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier <sup>3</sup>		Ikke aktuell		1,570	0,096 (0,067)	6
Samtale om enkeltpasient <sup>4</sup>		Ikke aktuell		0,518	0,094 (0,071)	18
Sykebesøk <sup>5</sup>	0,024	0,040 (0,036)	162	0,029	0,113*** (0,033)	392
Legevaktbesøk <sup>6</sup>	0,225	0,001 (0,030)	0	0,144	0,010 (0,012)	7
Poliklinisk konsultasjon <sup>7</sup>	1,196	-0,035 (0,042)	-3	1,205	-0,046 (0,034)	-4
Sykehusinnleggelse <sup>8</sup>	0,228	0,010 (0,021)	-4	0,201	0,003 (0,009)	1

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 1052, N honorarmodellen = 4710, N kontrollgruppen = 333760. Sykebesøk: N kontrollgruppen for honorarmodellen = 2424.

<sup>1</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae

<sup>2</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>3</sup>: Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, S2b, 088b, 088cd

<sup>4</sup>: 1f, S1b

<sup>5</sup>: 11ad, 086a, S3, S3a, S3B, 088d

<sup>6</sup>: 1ak, 1bk, 1g, 2ak, 2æk, 2fk, 11ak

<sup>7</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Poliklinisk kontakt"

<sup>8</sup>: somatikk; omsorgsnivå3 = "Døgnopphold"

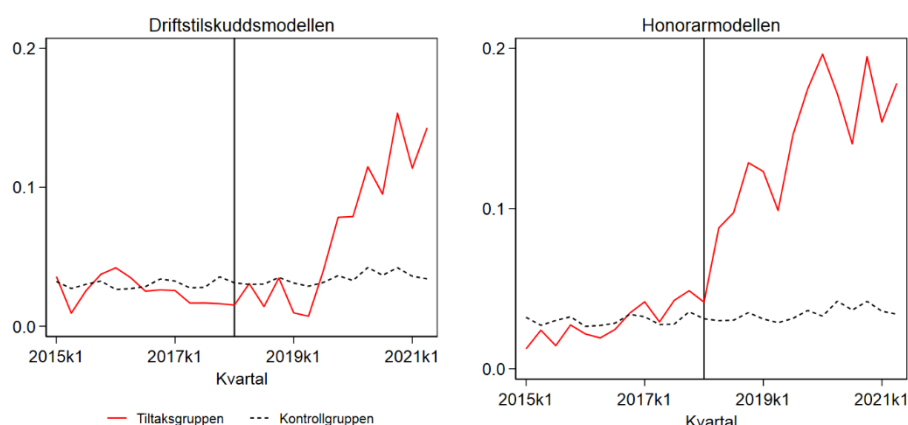
### Konsultasjoner

Gruppen har konsultasjon med lege og/eller PHT-sykepleier i gjennomsnitt annenhver måned. Det er en statistisk signifikant nedgang i antall konsultasjoner med fastlege i driftstilskuddsmodellen i forhold til kontrollgruppen etter at PHT-forsøket startet.

### Sykebesøk

Tabell 9-12 viser at det har vært en statistisk signifikant **økning i antallet sykebesøk til pasienter i honorarmodellen i forhold til pasienter ved kontrollkontorene**. Økningen er betydelig. Det er også **en betydelig økning blant enkelte kontor i driftstilskuddsmodellen**, men stor variasjon gjør at økningen ikke blir statistisk signifikant for denne gruppen av legekantor.

**Figur 9-11 Sykebesøk per listeperson og kvartal til skrøpelige eldre og multisyke**



Kilde: KUHR.

Figur 9-11 viser utviklingen i sykebesøk til skrøpelige eldre i begge finansieringsmodeller i forhold til kontrollkontorene. I legekantor med driftstilskuddsmodellen begynner økningen først etter at sykepleiertakst for hjemmebesøk ble innført i driftstilskuddsmodellen.

#### Bruk av legevakt

Tabell 9-12 viser ingen effekt på bruk av legevakt i forhold til kontrollkontorene.

#### Bruk av spesialisthelsetjenester

Det er en økning i bruk av poliklinikk i honorarmodellen. Det er ingen endringer i innleggelser i forhold til kontrollgruppen.

#### Samhandling

I legekantor som prøver ut honorarmodellen, var det ved starten av forsøket en større andel av pasientene som hadde konsultasjon 7 dager og 30 dager etter utskriving enn det var i legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. **I løpet av forsøket er det en betydelig økning i andelen pasienter som får konsultasjon med legekantor i driftstilskuddsmodellen innen 7 dager etter utskriving. Vi finner også en effekt for pasienter i legekantor med honorarmodellen.** Denne effekten er større for gruppen skrøpelige eldre separat. For begge typer av pasienter finner vi også en økning i andelen som får konsultasjon innen tre dager etter utskriving fra sykehus (ikke inkludert i Tabell 9-13).

**Tabell 9-13 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på tid til konsultasjon etter utskriving fra sykehus blant skrøpelig eldre og multisyke.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Andel med konsultasjon innen 7 dager	0,187	0,037*** (0,011)	20	0,254	0,023* (0,013)	9
Andel med konsultasjon innen 30 dager	0,551	0,098** (0,031)	18	0,646	0,004 (0,011)	1
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 7 dager		Ikke aktuelt		0,093	0,006 (0,036)	6
Andel med tverrfaglig samarbeidsmøte innen 30 dager		Ikke aktuelt		0,300	-0,002 (0,057)	-1

Kilder: KUHR og NPR. Note: Konsultasjon: Takster driftstilskuddsmodellen: 2ad (før PHT), 074a, 2ae (før PHT), 074ae, 088b, 088cd. Takster honorarmodellen: 2ad, 2ae, S2a og S2ae. Takster kontroll: 2ad, 2ae. N driftstilskuddsmodellen = 146 N kontrollgruppen driftstilskuddsmodellen = 126, N honorarmodellen = 564, N kontrollgruppen honorarmodellen = 42529. Tverrfaglig samarbeidsmøte: Takster honorarmodellen: 14, S5. Takster kontroll: 14. N honorarmodellen = 74, N kontrollgruppen = 3501.

### 9.1.7 Betydning av omfanget av sykepleierkontakter i honorarmodellen

I kapittel 8 beskrev vi blant annet variasjonen i sykepleierkontakter mellom legekantorene i honorarmodellen. Vi har også undersøkt om det er noen forskjeller mellom legekantor som tilbyr mange sykepleierkontakter og de som tilbyr få sykepleierkontakter på tilbudet av andre helsetjenester. Vi skiller da mellom de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er mindre enn medianen og de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er større enn medianen. Resultatene er beskrevet med tabeller i Vedlegg C.

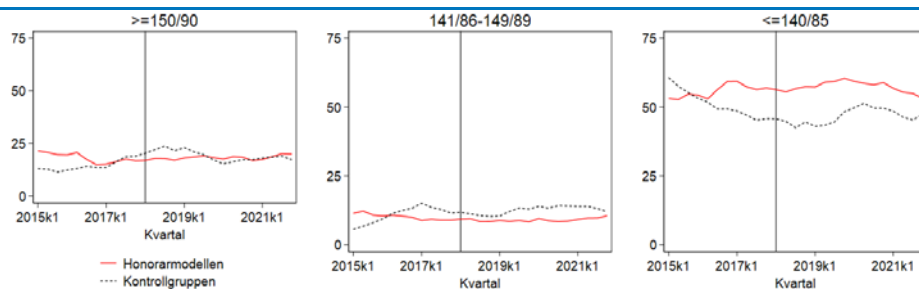
For brukere med diabetes type 2 finner vi at legekantor med antall sykepleierkontakter større enn medianen har flere legevaktbesøk generelt, men færre legevaktbesøk knyttet til diabetes enn legekantor med antall sykepleierkontakter mindre enn medianen. Vi finner også at legekantor med sykepleierkontakter over medianen har flere polikliniske konsultasjoner med diabetes diagnose samt færre sykehusinnleggelses med diabetes diagnose. For brukere med kols finner vi at legekantor over medianen også har flere konsultasjoner med fastlege og flere sykehusinnleggelses med kols diagnose. For brukere med psykisk utviklingshemming tilbyr legekantor over medianen flere årskontroller og samtaleterapi, men samtidig færre sykebesøk og samtaler om enkeltpasient og nødvendig samtale med foresatte. For brukere med psykisk sykdom tilbyr legekantor med sykepleierkontakter større enn medianen både mer samtaleterapi og samtaler om enkeltpasient. Det er samtidig mindre bruk av poliklinikk innenfor PHV. For brukere med ruslidelse tilbyr legekantor over medianen flere samtaler om enkeltpasient, flere tverrfaglige samarbeidsmøter og flere samtaleterapi. Deres brukere har også flere polikliniske konsultasjoner innen somatikk. For skrøpelige eldre og multisyke tilbyr legekantor over medianen flere samtaler med fastlege og flere samtaler om enkeltpasient. Disse brukerne har også flere polikliniske konsultasjoner enn brukerne i legekantor med sykepleierkontakter mindre enn medianen.

## 9.2 Konsekvenser belyst med data fra Medrave

Å undersøke bruk av helsetjenester og indikatorer på helseutfall ved hjelp av data fra KUHR og NPR, har begrensninger siden mange utfall ikke fanges opp i disse registrene. I evalueringen har vi derfor tatt initiativ til et samarbeid med Medrave ([www.medrave.no](http://www.medrave.no)). Medrave har utviklet et informasjonssystem som henter virksomhetsdata fra fastlegenes journalsystem og lager rapporter med indikatorer som gjør at fastlegene kan sammenligne seg med andre fastleger. De fleste PHT-kantorene bruker Medrave som et hjelpemiddel i arbeidet med kvalitetsforbedring. Som en del av et samarbeid mellom Medrave og evalueringsgruppen, sendte Medrave invitasjon med samtykkeerklæring til de aktuelle PHT-legekantor og et utvalg av kontroll-legekantor som ligner på PHT-kantorene. For flere detaljer om dette del-prosjektet, se kapittel 2.1 under overskrift Medrave.

Figur 9-12 viser utvikling over tid i andelen pasienter med diabetes type 2 i legekantor med honorarmodellen og i kontrollkantor fordelt på blodtrykksnivåer. Vi ser at utviklingen i forskjellene mellom tiltak- og kontrollkantor er et resultat av endringer i andeler både i tiltaksgruppen og i kontrollgruppen.

**Figur 9-12 Utvikling i prosentandel pasienter med diabetes type 2 fordelt på blodtrykksnivåer**



Kilde: Medrave.

Tabell 9-14 viser resultatene fra forskjeller-i-forskjeller analyse av et utvalg indikatorer for pasienter med diabetes type 2. Den estimerte koeffisienten  $fif$  viser endring i forskjellen i indikatorverdi mellom

PHT-kontor og kontrollkontor etter at forsøket startet. De estimerte effektene er fordelt på driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. **Det er statistisk signifikant reduksjon i pasientenes blodtrykk med begge finansieringsmodeller.** Blant pasienter knyttet til legekantor med driftstilskuddsmodellen er det en reduksjon på 17 prosent i andelen med blodtrykk større eller lik 150/90. Tilsvarende for pasienter knyttet til legekantor med honorarmodellen, er 18 prosent.

Det er ingen statistisk signifikant endring i de andre indikatorene. Samtidig ser vi en betydelig relativ endring for flere av indikatorene. For eksempel ser vi en relativ økning på 73 prosent i andel pasienter med årskontroll knyttet til legekantor med honorarmodellen. Variasjonen mellom legekantorene er likevel for stor til at endringen blir statistisk signifikant.

**Tabell 9-14 Effekter av introduksjon av primærhelseteam på indikatorer fra Medrave per kvartal blant pasienter med diabetes type 2**

Andel med...	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Årskontroll	13	-2 (16)	-19	20	15 (8)	73
Indikasjon av albuminuri	21	0 (13)	0	38	11 (6)	30
HbA1c >70	24	-3 (2)	-11	17	4 (2)	26
HbA1c 52-70	53	0 (4)	0	52	0 (6)	1
HbA1c <52	9	-4 (6)	-40	11	-2 (2)	-19
Blodtrykk ≥150/90	24	-4*** (1)	-17	18	-3** (1)	-18
Blodtrykk 141/86-149/89	9	1 (2)	11	10	-3* (1)	-28
Blodtrykk ≤140/85	44	8** (3)	18	56	5* (2)	10

Kilde: Medrave.

Note 1: N driftstilskuddsmodellen = 698, N kontroll for driftstilskuddsmodellen = 371, N honorarmodellen = 2112, N kontroll for honorarmodellen = 786.

Note 2: Skalaen for måling av langtidsblodsukker (HbA1c) ble endret i 2018. Denne endringen påvirker både PHT-kantorene og kontrollkantorene og skal derfor ikke virke inn på størrelsene på de estimerte koeffisientene. I en revidert versjon vil vi likevel justere skalaen fra før 2018 slik at den blir lik skalaen fra 2018.

En indikator i Medrave er **andel pasienter med kols som har kontroll hos fastlegen innen 6 uker etter eksaserbasjon**. Blant legekantor med driftstilskuddsmodellen (honorarmodellen) var det 37 (42) prosent av pasientene som fikk slik kontroll før forsøket startet. PHT medførte **en økning på 18 prosent for kols-pasienter i legekantor med honorarmodellen sammenlignet med pasienter i kontrollkantorene**.

**Tabell 9-15 Effekter av primærhelseteam på andel pasienter med kols som har kontroll innen seks uker etter eksaserbasjon**

Andel med...	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Kontroll innen 6 uker etter eksaserbasjon	37	-14 (8)	-37	42	8** (3)	18

Kilde: Medrave

Note 1: N driftstilskuddsmodellen = 143, N kontroll for driftstilskuddsmodellen = 92, N honorarmodellen = 447, N kontroll for honorarmodellen = 107.

Note 2: Etter at datainnsamlingen til denne rapporten var avsluttet, viste det seg at diagnosene som definerer eksaserbasjon, var noe vidt definert. Dette påvirker PHT-kontor og kontrollkontor på samme måte og skal dermed ikke påvirke den estimerte koeffisienten i fif. Det vil likevel bli gjort en ny datainnsamling i revidert versjon.

Medrave inneholder også et sett av indikatorer som beskriver pasientenes bruk av legemidler. Tabell 9-16 viser estimerte effekter av PHT på noen av indikatorene. Vi ser at det er **en betydelig økning i andelen pasienter med fire eller flere legemidler (4+ LM) som får legemiddelgjennomgang (LMG) knyttet til legekantor med driftstilskuddsmodellen**. Det er ikke noen økning blant pasientene knyttet til legekantorene med honorarmodellen. Figur 9-13 beskriver detaljer i tidsutviklingen. Vi ser at bakgrunnen for at det ikke er noen statistisk signifikant økning ved legekantorene med honorarmodellen er den betydelige økningen i andel pasienter med legemiddelgjennomgang blant pasientene knyttet til legekantorene i kontrollgruppen<sup>14</sup>. Det er også ulik effekt på bruk av statiner

<sup>14</sup> En mulig grunn er at et av legekantorene i kontrollgruppen nylig har gjennomgått et SKIL-kurs (Senter for Kvalitet i Legetjenester) i legemiddelgjennomgang. Det understreker behovet for å øke antall kontrollkontor.

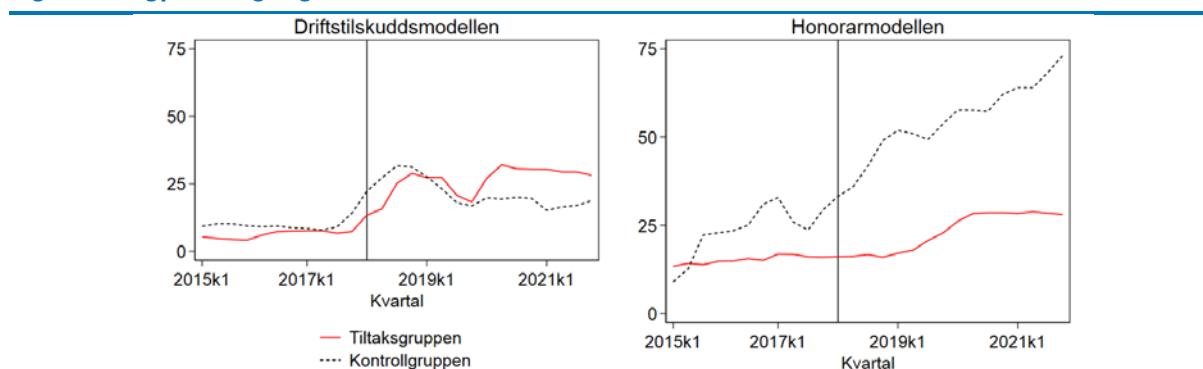
blant pasienter med diabetes i legekantor med driftstilskuddsmodellen og blant pasienter i legekantor med honorarmodellen. Mens det er en betydelig økning i driftstilskuddsmodellen, er det reduksjon i honorarmodellen. Vi vet ikke grunnen til dette.

**Tabell 9-16 Effekter av primærhelseteam på andel pasienter med spesifisert medikamentbruk per kvartal**

Andel med...	Driftstilskuddsmodellen				Honorarmodellen			
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	N (N kontroll)	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	N (N kontroll)
LMG blant pasienter med 4+ LM	8	11*** (2)	144	2328 (1756)	15	-23*** (3)	-151	6198 (309)
LM med stor bivirkningsfare	28	0 (1)	1	13335 (8542)	26	-2 (2)	-8	44570 (10507)
Statiner blant pasienter med diabetes	48	17* (8)	35	698 (371)	58	-6** (2)	-10	2112 (786)
Antidepressive LM blant pasienter med depresjon	48	8 (6)	16	386 (383)	50	4*** (1)	8	1970 (737)
Antidepressive LM blant pasienter med angst	42	-5 (6)	-13	303 (265)	45	-2 (2)	-4	1494 (561)

Kilde: Medrave.

**Figur 9-13 Andel pasienter som bruker fire eller flere legemidler og som har fått legemiddelgjennomgang**



Kilde: Medrave.

### 9.3 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet har vi ved hjelp av tall beskrevet konsekvenser av PHT for målgruppene i forsøket. Vi har delvis brukt registerdata og delvis journaldata fra Medrave. Vi har i hovedsak brukt registrerte tjenester som indikatorer på mulige helseforbedringer. Dette kan generelt være kontroversielt siden flere helsetjenester ikke alltid bidrar positivt til pasientenes helse. I dette tilfellet kan det likevel forsvares siden et sentralt formål med PHT er at pasientene i målgruppen skal få mer oppmerksomhet og bedre behandling av PHT. Bedre behandling vil også kunne medføre flere konsultasjoner og hjemmebesøk for bedre oppfølging. For de sentrale målgruppene i forsøket, finner vi indikatorer på bedre oppfølging etter at PHT ble introdusert. Pasienter med diabetes type 2 hadde 10 prosent flere konsultasjoner med lege- og PHT-sykepleier i driftstilskuddsmodellen og 13 prosent flere i honorarmodellen. Vi fant også en tilnærmet doubling i antall årskontroller per pasient med diabetes type 2 i legekantor med honorarmodell i PHT-forsøket sammenlignet med kontrollkontor. I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst for årskontroll. Med Medrave-data fant vi ingen statistisk signifikant økning i andelen pasienter som har fått årskontroll. Vi fant derimot en reduksjon i andelen pasienter med de høyeste nivåene på blodtrykk. For pasienter med kols finner vi en statistisk signifikant økning i det samlede antallet konsultasjoner i legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. At vi ikke finner en lignende økning for PHT med driftstilskuddsmodellen, kan skyldes at ikke alle konsultasjoner har takster i denne finansieringsmodellen. Vi fant også en statistisk signifikant økning i antallet spirometrier ved legekantor med honorarmodellen i forhold til de andre legekantorene. For brukere med psykisk utviklingshemming fant vi at PHT-legekantor med antall sykepleierkontakter over medianen også tilbyr flere årskontroller og samtaleterapi, men samtidig

færre sykebesøk og samtaler om enkeltpasient og nødvendig samtale med foresatte. Det samlede antallet konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier har økt i honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen for brukere med psykisk sykdom. Det er også flere sykebesøk og tverrfaglige samarbeidsmøter. Det har vært en økning i det samlede antall konsultasjoner både med fastlege og med PHT-sykepleier og fastlege samlet på legekontor med driftstilskuddsmodellen for pasienter med en ruslidelse. Det har vært en økning i sykebesøk i honorarmodellen. Det har vært en reduksjon i samtaleterapi med fastlegen i honorarmodellen. Dette kan ha sammenheng med at sykepleier har overtatt noen av samtalene som fastlegen hadde tidligere. For skrøpelige eldre og multisyke har det vært en økning i antallet sykebesøk til brukere i honorarmodellen i forhold til pasienter ved kontrollkontorene. Økningen er betydelig. Det er også en betydelig økning ved enkelte legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, men stor variasjon gjør at økningen ikke blir statistisk signifikant for denne gruppen av legekontor.

Vi har også undersøkt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og legekantorene ved å undersøke hvor stor andel av pasientene som har kontakt med legekantoret innen et visst antall dager etter utskriving. For pasienter med diabetes type 2 samt for skrøpelige eldre og multisyke fant vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon med fastlege eller PHT-sykepleier innen 7 dager / 30 dager etter utskriving.

Vi har i dette kapitlet også illustrert variasjon i praksis mellom legekantorene. Legekantorene har hatt ulike satsingsområder. Stor variasjon gjør det samtidig vanskelig å oppnå signifikante effekter i registerdata-analyser. Resultatene kan derfor oppleves som skuffende sett i lys av de gode resultatene de enkelte legekantorene kan fortelle om. Legekantorene med mindre satsing på en brukergruppe trekker gjennomsnittseffekten ned samtidig som variasjon mellom legekantorene gjør det vanskeligere å oppnå statistisk signifikante effekter.

Samlet sett finner vi tendenser til bedre oppfølging på fastlegekantoret av målgruppene i forsøket. Det er også en tendens til at legekantorene der antallet kontakter med PHT-sykepleier er større enn medianen, tilbyr mer omfattende oppfølging også fra fastlege.

Effekt av PHT på bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester varierer mellom finansieringsmodell og brukergruppe uten noe klart mønster. På lengre sikt kan bedre oppfølging på legekantoret ha et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer kanskje for kort til at dette potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden. Problemstillingen vil bli fulgt opp i neste statusrapport.

## 10. Samfunnsøkonomisk analyse

*En samfunnsøkonomisk analyse skal synliggjøre tiltakets virkemåte, kostnader- og nyttevirksomheter, og den samlede verdien av disse for de som berøres av tiltaket og for samfunnet som helhet. PHT innebærer endret organisering der fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeider sammen som et team. Under fastlegenes ledelse, skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi pasienter bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Arbeidet retter seg spesielt mot pasienter med store og sammensatte behov. Vår vurdering av det samlede informasjonsgrunnlaget i evalueringen, er at PHT særlig bidrar til økt kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen, og at den økte kvaliteten gir utslag i bedre livskvalitet og helse for disse pasientene. Vår vurdering er at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantoret. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.*

Formålet med en samfunnsøkonomisk analyse er å synliggjøre tiltakets virkemåte, kostnader- og nyttevirksomheter, og den samlede verdien av disse for dem som berøres av tiltaket og for samfunnet som helhet. I dette kapitlet beskriver vi først hvilke utfordringer og behov som ligger til grunn for PHT, før vi beskriver sentrale kjennetegn ved tiltaket. Deretter beskriver vi hvordan PHT gir virkninger for ulike aktører – tiltakets verdikjede. I delkapittel 10.4 beskriver vi særlige problemstillinger knyttet til å belyse samfunnsverdien av PHT. Deretter utdyper vi fire sentrale problemstillinger av betydning for kostnader og nyttevirksomheter, samt for videre innretning av PHT; (1) hvor stor andel av landets legekantorer som egner seg for PHT (delkapittel 10.5), (2) sykepleierressursen i PHT, herunder rolle, tilgjengelighet og kostnader (delkapittel 10.6), (3) helsesekretærressursen i PHT (delkapittel 10.7), og (4) finansiering av PHT (10.8). I delkapittel 10.9 beskriver vi vår samlede vurdering av effektene av PHT tilknyttet hvert av effektmålene i forsøket. På bakgrunn av dette oppsummerer vi samfunnsverdien av PHT i delkapittel 10.10. Til slutt drøfter vi mulige fordelingsvirkninger av PHT i delkapittel 10.11, og oppsummerer vår samlede vurdering i delkapittel 10.12.

### 10.1 Utfordringer og behov

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer, med en stadig større andel eldre i befolkningen, og flere personer med store og sammensatte behov for helsehjelp. Fastlegetjenesten har en sentral rolle i arbeidet med disse pasientene, og det er behov for å legge til rette for en organisering av tjenesten som møter fremtidens behov. For å møte utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som helhet, og fastlegetjenesten spesielt, er det en politisk målsetning om at tjenestene skal utvikles til teamorganiserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette antas å bidra til å gi pasienter og brukere tverrfaglig og helhetlig oppfølging over tid, og bidra til bedre utnyttelse av kommunenes ressurser.



Figur 10-1: Utfordringer og behov i primærhelsetjenesten

Utfordringer	Behov
 <p>En presset fastlegetjeneste og behov for nye arbeidsmetoder</p>	 <p>Teamorganiserte tjenester som kan gi tverrfaglig og helhetlig oppfølging over tid</p>
 <p>Flere pasienter og brukere med store og sammensatte behov</p>	 <p>Bedre utnyttelse av kommunenes ressurser ved å prioritere annerledes og tilby nye tjenester</p>

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

### 10.1.1 En presset fastlegetjeneste og behov for nye arbeidsmetoder

De offentlige utgiftene til helse- og omsorgstjenestene har økt kontinuerlig over flere tiår, og den demografiske utviklingen og endringer i befolkningens sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen, og flere trenger helsehjelp over lengre tid. Det er derfor behov for å vurdere hvordan tjenesten kan organiseres og finansieres for å sikre god kvalitet og effektiv bruk av knappe helseressurser i årene fremover.

Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26, 2014– 2015) gir en beskrivelse av utfordringsbildet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. **Et aspekt som ble trukket frem, var at de kommunale helse- og omsorgstjenestene i for liten grad er ledet, og at tjenesten fungerer som adskilte siloer der yrkesgruppene jobber hver for seg** (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). For pasienter og brukere innebærer dette at tjenestene oppleves som lite tilgjengelige, helhetlige og koordinerte. Primærhelsetjenestemeldingen peker på at et bedre primærhelsetjenestetilbud, der man unngår siloorganisering og lite koordinerte tjenester, krever en teambasert tilnærming. Utprøvingen av primærhelseteam er en del av arbeidet med å utvikle en teambasert fastlegeordning. Utprøvingen av oppfølgingsteam er også en del av dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Målet om å utvikle en teamorganisert tjeneste er også tydelig i *Handlingsplan for allmennelegetjenesten 2020-2024* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). **Et av tiltakene i handlingsplanen er «Regjeringen vil skape en teambasert fastlegeordning»**. Handlingsplanen beskriver en teambasert tjeneste først og fremst som et tiltak for å løse de mer langsiktige utfordringene tjenesten står overfor, samt å øke kvaliteten på tjenestene og bidra til riktig bruk av de samlede ressursene.

### 10.1.2 Flere pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Endringer i demografi og befolkningens sykdomsbilde, stiller økte krav til helse- og omsorgstjenesten. En aldrende befolkning øker behovet for helse- og omsorgstjenester. Samtidig har kompleksiteten og bredden i oppgavene som kommunene skal ivareta økt over tid. I dag utgjør ikke-smittsomme sykdommer som kols, diabetes, kreft, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens de største utfordringene for kommunene. Samtidig har et økende antall pasienter flere sykdommer samtidig (multisyke). Sammenlignet med andre sykdommer, krever oppfølgingen av disse sykdommene i større grad en tverrfaglig og helhetlig oppfølging over tid, som medfører økte krav til både kapasitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen stiller også større krav til samarbeid mellom ulike tjenesteytere, og til utvikling av nye tjenesteforløp og løsninger hvor ulike aktører samarbeider for å skape helhet og kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient.

Befolkningsutviklingen og det tilhørende behovet for nye tjenester fører til bærekraftutfordringer i flere kommuner; det er utfordrende å rekruttere nok kvalifisert personell, samtidig som økt bemanning legger press på en begrenset kommuneøkonomi. Dermed oppstår et behov for å utnytte kommunenes ressurser bedre, ved å prioritere annerledes og ved å tilby nye tjenester.

Utvikling av nye tjenester i helse- og omsorgssektoren har tradisjonelt blitt utformet som separate og uavhengige tjenester. Dette har ført til en fragmentering av helse- og omsorgstjenesten, som forsterkes

av at tjenestene har ulike journalsystemer og finansieringsordninger. En fragmentert helsetjeneste rammer pasientene, og særlig pasienter med store og sammensatte behov som krever oppfølging fra flere steder og over tid. Mange pasienter blir sittende med ansvaret for å koordinere oppfølgingen av egen helse.

### Utfordringer for målgruppene for forsøk med PHT

I beskrivelsen av forsøket (Helsedirektoratet, 2017) har Helsedirektoratet angitt at **målgruppen for PHT er alle listeinnbyggere på fastlegenes lister, med særlig vekt på pasienter med store og sammensatte behov, som:**

- **Brukere med kroniske sykdommer**
- **Brukere med psykiske helseutfordringer og rusmiddelmissbruk**
- **Brukere som omfattes av definisjonen skrøpelige eldre**
- **Brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse**

Det er også viktig å nå innbyggere med behov for allmennt medisinske tjenester, men som vurderes som svake etterspørrere.

I det følgende beskriver vi hvilke utfordringer disse målgruppene står overfor i møte med fastlegetjenesten spesielt, og helsevesenet generelt, og hvordan PHT er tenkt å gi disse pasientene bedre oppfølging:

**Brukere med kronisk sykdom** er en voksende pasientgruppe som i dag lever lengre med sine kroniske sykdommer enn tidligere. De får ofte oppfølging for sine sykdommer og plager over lang tid, og fra flere ulike deler av helsetjenesten. Det er rom for å bedre kontinuiteten i oppfølgingen av og samhandlingen om pasienter i denne målgruppen. En mer helhetlig og systematisk oppfølging fra fastlegetjenesten kan bidra til å redusere risiko for forverring av helsetilstanden. Gjennom tettere og mer systematisk oppfølging, vil PHT kunne bidra til å heve kvaliteten i oppfølgingen av disse pasientene, og til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester. Teamoppfølgingen er tenkt å ha en mer proaktiv og oppsøkende tilnærming, for eksempel gjennom hjemmebesøk, som også kan bidra til bedre opplæring og mestring av egen sykdom. Dersom oppfølgingen bidrar til bedret eller mer stabil helsetilstand og økt mestringsevne, kan PHT-oppfølgingen også tenkes å utsette eller redusere behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester.

**Brukere med psykiske helseutfordringer og rusmiddelbruk** oppsøker i for liten grad helsetjenester, hvilket kan få konsekvenser både for deres psykiske og somatiske helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Mange av disse personene sliter også med å møte opp til avtalte timer, og det kan være vanskelig å få oppfølgingen til å passe inn i den tradisjonelle arbeidsmåten til fastlegetjenesten, med full avtalebok og forholdsvis korte konsultasjoner. Pasientene kan videre ha udekkede behov for helsehjelp; for eksempel viser en fersk studie at pasienter med psykiske diagnoser har flere somatiske symptomer enn de som ikke har psykiske diagnoser (Dahli, et al., 2021). For å nå ut til denne målgruppen vil det være behov for et proaktivt, fleksibelt og oppsøkende tilbud fra fastlegetjenesten. Teamorganiseringen kan bidra til å øke tilgjengeligheten til fastlegetjenesten for denne brukergruppen særlig gjennom tilgangen til PHT-sykepleier, som har større fleksibilitet i sin arbeidshverdag og kapasitet til å tilby lange konsultasjoner.

**Personer som omfattes av definisjonen skrøpelige eldre** rammes ofte av flere ulike aldersforandringer samtidig. Denne gruppen bor lengre hjemme enn før, noe som har bidratt til økt behov for oppfølging fra fastlegekontoret. Disse personene søker ofte hjelp for sent til at helsetjenesten kan snu eller begrense utviklingen, og kan derfor ha nytte av mer oppsøkende og systematisk oppfølging. PHT kan bidra til en bedre oppfølging av disse personene ved å tilby hjemmebesøk i større grad enn tidligere. Hjemmebesøk kan bidra til å avdekke redusert funksjon og behov for mer eller annen type hjelp hos hjemmeboende brukere tidligere enn man ellers ville gjort. PHT kan også bidra til at hjemmetjenesten får bedre tilgang til medisinsk støtte fra fastlegene, og PHT-sykepleier kan fungere som en god sparringspartner. Systematisk gjennomgang av listepopulasjonen vil kunne bidra til at flere svake etterspørrere i denne målgruppen identifiseres og tilbys oppfølging. For denne gruppen kan det derfor tenkes at et ønsket utfall er tettere oppfølging fra fastlegen og økt bruk av helsetjenester (for en periode).

**Brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse** er særlig sårbare for svikt i koordinering og oppfølging siden de i stor grad er avhengig av bistand fra andre. Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming (Statens helsetilsyn, 2017). Det ble gjennomført tilsyn med 57 kommuner og i 45 av disse ble det avdekket til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet. Personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse får ofte regelmessig oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt NAV, og målet er at PHT skal kunne bidra til bedre koordinering og oppfølging av brukere i denne målgruppen over tid. Systematisk oppfølging gjennom årskontroller og hjemmebesøk fra sykepleier er tiltak som vil være særlig nyttig for denne målgruppen. Dette arbeidet er beskrevet nærmere i kapittel 7 i Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021).

Gjennom aktivitetene og arbeidsprosessene som er beskrevet i kapittel 10.3.2, er det tenkt at PHT vil bidra til å øke tilgjengeligheten til fastlegetjenesten og heve kvaliteten i oppfølgingen av målgruppene, samt bidra til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester, bedret helsestatus og mestringsevne, redusert eller utsatt behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, og dermed bedre pasientopplevelse.

### Antall pasienter i målgruppene for PHT

I Tabell 10-1 viser vi antall pasienter i prioriterte pasientgrupper, og andelen disse utgjør av listepopulasjonen, for både legekantor i forsøket og alle landets legekantor. Tallene gir et inntrykk av hvor mange pasienter som mulig kan få helsehjelp av PHT. Ved landets legekantor, hadde om lag 8 prosent psykisk sykdom og 3 prosent diabetes type 2, mens andelen med kols, ruslidelse og skrøpelige eldre var om lag 1 prosent for hver av gruppene, og andelen med psykisk utviklingshemming var om lag en halv prosent. Til sammen var det nærmere 680 000 listeinnbyggere (13,5 prosent av listepopulasjonen) som hadde en av diagnosene tilknyttet de prioriterte pasientgruppene.

**Tabell 10-1 Antall pasienter i prioriterte pasientgrupper (og andel av listepopulasjonen) fordelt på legekantor med honorarmodellen, driftstilskuddsmodellen og nye legekantor.**

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen		Nye legekantor		Alle legekantor	
	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]
Diabetes type 2	2097	3,1 [1,7-5,5]	704	2,7 [1,2-3,6]	737	3,4 [2,4-6,0]	152 414	3,1 [0,2-17,3]
KOLS	738	1,1 [0,6-1,6]	253	1,0 [0,4-1,4]	236	1,1 [0,6-1,9]	61 219	1,3 [0,0-13,1]
Ruslidelse	708	1,0 [0,8-1,4]	350	1,3 [0,6-2,3]	229	1,1 [0,6-2,2]	49 058	1,0 [0,2-4,0]
Psykisk sykdom	5667	7,9 [4,6-11,3]	2079	7,7 [5,6-9,4]	1755	8,0 [6,3-9,4]	415 801	8,1 [1,7-19,3]
Psykisk utviklingshemming	416	0,6 [0,4-0,7]	145	0,5 [0,3-0,8]	130	0,6 [0,4-0,8]	30 693	0,6 [0,0-3,0]
Skrøpelig eldre	827	1,2 [0,7-1,7]	247	1,0 [0,6-1,8]	231	1,1 [0,6-1,3]	60 111	1,2 [0,2-3,6]
Samlet	9186	13,1 [9,1-17,9]	3286	12,4 [10,1-14,1]	2962	1	678 899	13,5 [4,8-28,5]

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM. Merknad: Antall pasienter med diabetes type 2, kols, ruslidelse, psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming er de som har fått tildelt relevante diagnoser fra ICPC-2 eller ICD-10 før 2015. Diabetes type 2: T90 (ICPC-2). KOLS: R95 (ICPC-2). Ruslidelse: P15, P18, P19 (ICPC-2). Psykisk sykdom: P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86, P98. Psykisk utviklingshemming: P85 (ICPC-2), F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10). Antall skrøpelige eldre er de 65 år eller eldre som mottok helsehjelp for diagnoser omfattet av Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG) skrøpeligheits-definerende diagnoser indikator i 2014. Kilder: KUHR, NPR. Angir status per 30. juni 2021.

## 10.2 Beskrivelse av tiltaket med PHT

Forsøk med PHT startet i 2018 og er beskrevet i detalj i grunnlagsdokumentet for forsøket (Helsedirektoratet, 2017) og i statusrapport I (Abelsen, et al., 2019a). I tillegg utgjør alle de tre første evalueringsrapportene til sammen et omfattende dokumentasjonsgrunnlag for beskrivelse av ulike aspekter ved PHT (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2019b; Abelsen, et al., 2021). I dette delkapitlet oppsummerer vi de viktigste kjennetegnene ved tiltaket slik det er definert i forsøket.

**Forsøket med PHT prøver ut en organisering der fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeider sammen som et team.** Under fastlegenes ledelse, skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi pasienter bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressurser til fastlegekontor i størrelsesforholdet 3 fastleger:1 sykepleier (hele årsverk). I tillegg til ekstra bemanning med sykepleier, innebærer PHT ledelsesutdanning, tilpasset finansieringssystem, og mer systematisk oppfølging av målgruppen.

**Som en del av forsøket prøves det også ut to alternative finansieringsordninger; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen.** Honorarmodellen er en utvidelse av dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). **Driftstilskuddet** består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet).

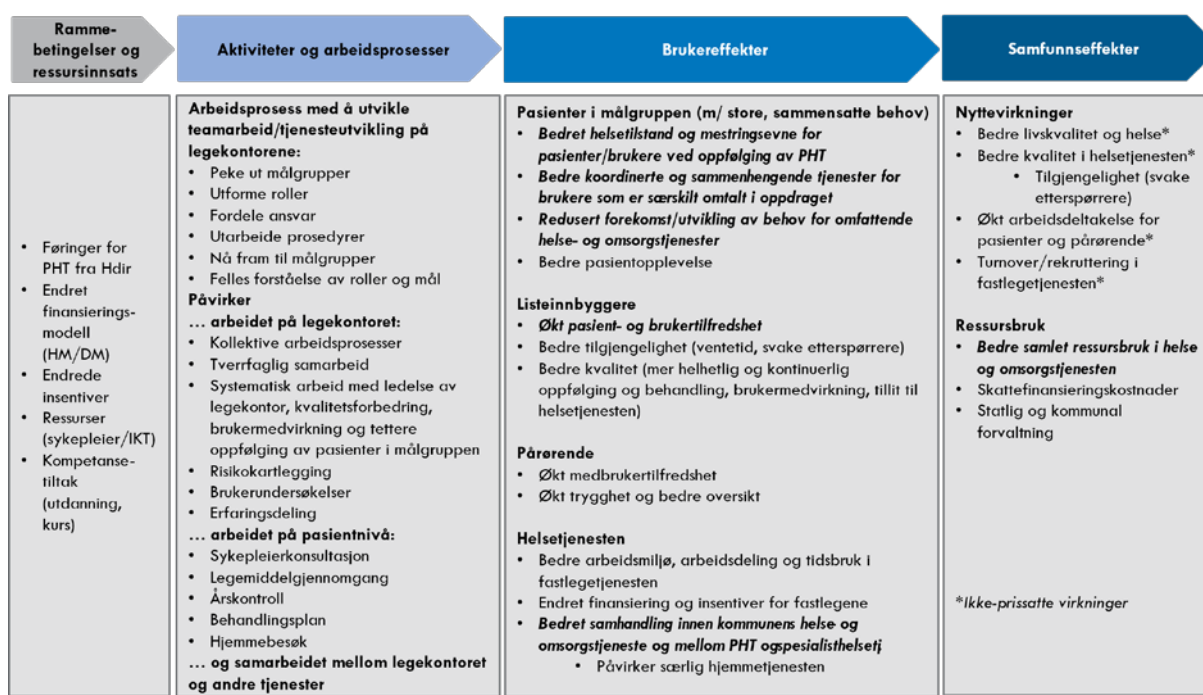
**Det er 17 legekantor som inngår i PHT-forsøket.** Tretten legekantor var med fra oppstarten i 2018, mens fire nye legekantor deltok fra 2020. Legekantorene har søkt om å delta i forsøket og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de prøver ut. Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og fem som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Gjennom evalueringen av forsøket har det kommet frem at det langs flere dimensjoner er stor variasjon mellom legekantorene som deltar i forsøket: eierskapsform, organisering av arbeidet på legekantoret, herunder samarbeid mellom leger og tidligere erfaring med å ha sykepleier på legekantoret og legekantorets størrelse. Evalueringen har også vist at det er stor variasjon mellom legekantorene når det kommer til hvordan de har utformet PHT i praksis. På mange måter er det derfor mer riktig å si at forsøket med PHT egentlig omfatter 17 del-piloter, som tester ut 17 ulike versjoner av PHT. Dette er i seg selv ikke nødvendigvis overraskende, og variasjonen reflekterer trolig hvordan PHT ville se ut hvis organiseringen ble rullet ut på flere av landets fastlegekontor.

**Variasjonen i utformingen av tiltaket gjør det utfordrende både å evaluere tiltaket og å vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet.** I den samfunnsøkonomiske analysen legger vi til grunn at PHT er utformet slik vi forventer at tiltaket vil fungere ved legekantorene etter en innkjøringsperiode, og at legekantorene utfører PHT-arbeidet med utgangspunkt i målene for tjenesten. Samtidig drøfter vi ulike forhold som kan påvirke samfunnsverdien av PHT.

### 10.3 Verdikjede – hvordan oppstår virkningene?

For å identifisere virkningene av PHT på bruker- og samfunnsnivå har vi utarbeidet en virkningskjede for tiltaket (Figur 10-2). Virkningskjeden illustrerer hvordan virkningene antas å oppstå – fra første ledd med rammebetingelser og ressursinnsats, gjennom utvikling av arbeidsprosesser og etablering av aktiviteter, og til brukereffekter og samfunns effekter.

Figur 10-2 Verdikjede for primærhelseteam



Illustrasjon UiO, Oslo Economics og NSDM

I grunnlagsdokumentet for prosjektet (Helsedirektoratet, 2017) er det definert følgende effektmål for prosjektet:

- Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam
- 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 primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten
- Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

De fem første effektmålene inngår i virkningskjeden som brukereffekter (og beskrives nærmere i avsnitt 10.3.4). Det siste effektmålet regnes som en samfunnseffekt, både fordi det følger av flere brukereffekter (f.eks. bedre helsetilstand, bedre koordinerte og sammenhengende tjenester, bedre samhandling, og redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende tjenester), og fordi det berører flere brukergrupper (det vil si, ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten; både i primær- og i spesialisthelsetjenesten) (avsnitt 10.3.5). I delkapittel 10.9 oppsummerer vi funn fra evalueringen tilknyttet hvert effektmål.

### 10.3.1 Rammebetingelser og ressursinnsats

**Driften av forsøket med PHT medfører en del kostnader som vil bortfalle dersom PHT går over fra prosjekt til ordinær drift.** Dette omfatter kostnader hos Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helfo knyttet til drift av forsøket, herunder lønn og sosiale utgifter, innleid prosjektstøtte, evaluering og øvrige driftsutgifter, samt kostnader til tilskudd til legekantorene og kommunene i forsøket. Tilskuddet skal dekke legekantorene og kommunenes arbeid med å planlegge, gjennomføre og implementere endringer som følge av prosjektet. Driftskostnadene ved forsøket var i 2020 om lag 32,4 millioner kroner (Tabell 10-2). De ulike kostnadspostene er nærmere beskrevet i kapittel 9.3 i Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021). Driftskostnadene er knyttet til forsøket og inngår ikke i den samfunnsøkonomiske analysen av PHT.

**Tabell 10-2 Kostnader ved drift av forsøket med PHT, 2020**

	<b>Totalt (kroner)</b>
<b>Lønn og sosiale utgifter, evaluering og øvrige driftsutgifter</b>	16 266 815
<b>Tilskudd til kommuner</b>	2 851 333
<b>Tilskudd til legekontor</b>	13 315 500
<b>Sum</b>	<b>32 433 648</b>

Merknad: «Lønn og sosiale utgifter, evaluering og øvrige driftsutgifter» er Helsedirektoratets kostnader knyttet til drift av forsøket, herunder lønn og sosiale utgifter, innleid prosjektstøtte, evaluering og øvrige driftsutgifter. Posten omfatter også ressursbruk hos Direktoratet for e-helse knyttet til tilpasning av journalsystemene og øvrige kostnader knyttet til dette arbeidet, samt en belastningsfullmakt på 1,6 millioner kroner til Helfo for arbeid de bistår med i prosjektet.

Tilskudd til kommunene var i 2020 26 000 kroner per fastlege i 100-prosentstilling, mens tilskuddet til legekantorene var 132 000 kroner per fastlege med mer enn 650 listeinnbyggere, og 64 000 kroner per fastlege med færre listeinnbyggere. Dersom en fastlege ikke har jobbet hele året, avkortes tilskuddet til det antallet måneder fastlegene har jobbet. Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

### **Tilførsel av sykepleierressurser på legekantorene – eksempelberegninger med utgangspunkt i forsøket**

Før forsøket startet opp, utarbeidet Helsedirektoratet føringer for hva organisering som PHT skulle innebære. Det ble definert hvem som skulle inngå i teamet, hvilke pasienter som skulle være i målgruppen og hvilke arbeidsformer som skulle være i kjernen for PHTs aktiviteter. I tillegg utarbeidet Helsedirektoratet de to finansieringsmodellene som testes i forsøket, og som også omfatter finansiering av sykepleierressursen. **I honorarmodellen skal refusjoner for takster utgjøre 50 prosent av den totale finansieringen av sykepleier, og et fast driftstilskudd utgjør resten av finansieringen. I driftstilskuddsmodellen inngår finansieringen av sykepleier i driftstilskuddet.**

**I forsøket er det antall listeinnbyggere på fastlegenes lister som avgjør omfanget av sykepleierressursen ved PHT-legekantorene;** legekantor bemannes med 50 prosent sykepleierårsverk for under 2 400 listeinnbyggere, 80 prosent sykepleierårsverk for mellom 2 400-3 599 listeinnbyggere og 100 prosent sykepleierårsverk for 3 600-3 900 listeinnbyggere. Dersom det er mer enn 3 900 listeinnbyggere tilknyttet legekantoret, begynner beregningen av sykepleierressursen «nedenfra» igjen, som vist i Tabell 10-3. Helsedirektoratet har angitt at den første sykepleierressursen for legekantorene i forsøket skal tilbys 100 prosent stilling, uavhengig av antall listeinnbyggere tilknyttet legekantoret. Likevel har to av legekantorene i forsøket, etter eget ønske, i perioder hatt sykepleier i 80 prosent stilling.

**Det er ikke avklart hvordan sykepleierressursen skal dimensjoneres ved en eventuell nasjonal utrulling av PHT.** Gitt størrelsen på legekantorene i Norge i 2021, ville nesten halvparten av legekantorene blitt bemannet med mindre enn et fullt sykepleierårsverk (Tabell 10-3); 28 prosent av legekantorene ville blitt bemannet med 50 prosent av et sykepleierårsverk, og 21 prosent ville blitt bemannet med 80 prosent av et sykepleierårsverk.

Helsedirektoratet har anslått at kostnaden for et sykepleierårsverk i 2020 er 900 000 kroner, inkludert sosiale avgifter. I delkapittel 10.6.3 beskriver vi nærmere kostnadene ved sykepleierårsverk dersom PHT rulles ut nasjonalt.

**Tabell 10-3 Antall legekantor i Norge, fordelt etter antall listeinnbyggere ved hvert legekantor og tilsvarende antall sykepleierårsverk dersom dimensjoneringen er lik som i forsøket med PHT**

Antall listeinnbyggere (min)	Antall listeinnbyggere (maks)	Omfang av sykepleierårsverk ihht. forsøk med PHT	Antall legekantor i Norge	Andel av alle legekantor i Norge
15 300		400 %	1	0 %
14 100	15 299	380 %	2	0 %
11 700	14 099	350 %	4	0 %
11 400	11 699	300 %	1	0 %
10 200	11 399	280 %	12	1 %
7 800	10 199	250 %	57	4 %
7 500	7 799	200 %	15	1 %
6 300	7 499	180 %	96	7 %
3 900	6 299	150 %	443	32 %
3600	3899	100 %	63	5 %
2400	3599	80 %	287	21 %
	2 399	50 %	390	28 %

Kilde: Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane [URL: <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/basistilskot-for-fastlegeordninga-i-kommunane>]. Merknad: Legekantor per 01.07.21. Tabellen representerer et eksempel fra forsøket, men det har ikke vært krav om å endre sykepleierbemanningen for legekantor som ligger rundt grensen for de ulike trinnene. I det videre arbeidet med PHT vil det trolig gjøres justeringer i dimensjonering av sykepleierårsverk.

### 10.3.2 Aktiviteter og arbeidsprosesser

#### Utvikling av teamarbeid

Teamarbeid er sentralt i forsøket med PHT. Legekantorene i forsøket var ulikt organisert før forsøket startet opp, og legekantorene la også ulike planer for hvordan de ønsket å implementere PHT.

**Teamarbeidet i PHT foregår på tre nivåer: (1) PHT i mikroteam rundt enkeltpasienter, (2) PHT på legekantornivå og (3) PHT i teamarbeid med andre tjenester:**

- PHT i mikroteam** rundt enkeltpasienter handler om hvordan fastlege, sykepleier og helsesekretær samarbeider om oppfølging av enkeltpasienter: Hver fastlege er tildelt en lederrolle for mikroteamene som følger opp den enkelte pasient på deres liste. I henhold til Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket (Helsedirektoratet, 2017), består et mikroteam av en fastlege, en sykepleier og en helsesekretær. Fastlegens lederrolle omfatter blant annet å vurdere oppgavefordeling, beholde beslutningsansvar og ta ansvar for at annet personell utøver den tildelte oppgaven på en forsvarlig måte. Intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport II viste et klart skille mellom leger som opplevde at de har en tydelig teamlederrolle, og leger som syntes PHT gjorde deres rolle uklar. Leger som opplevde å ha en tydelig teamlederrolle involverte sykepleier i pasientbehandlingen og erfarte at sykepleierne bidro til kvalitetsheving og ulik grad av avlastning. Legene som opplevde at PHT gjorde deres rolle uklar, involverte i liten grad sykepleier i pasientbehandlingen. De var opptatt av mulig uheldig fragmentering av ansvar og medfølgende uklarheter om ansvaret ivaretas. Legers ledelse av mikroteam er nærmere beskrevet i Statusrapport II, kapittel 3.1.3 (Abelsen, et al., 2019b). Tradisjonelt er fastlegene vant til at rollen deres innebærer at de gjør alt selv, og at de jobber individuelt med pasientene på eget kontor. Mikroteamlederrollen krever dermed omstilling.
- PHT i teamarbeid på legekantornivå** handler om organisasjonsform og rammene for teamarbeid på legekantoret: Før forsøket startet, ble legekantorene som nå deltar i forsøket, ledet på ulike måter og i ulik grad. Særlig ved de private legekantorene var det mange steder slik at lederoppgavene var fordelt på flere fastleger, mens de kommunale legekantorene ofte hadde en tydeligere definert leder som også var leder for andre tjenester i kommunen. Erfaringene fra arbeidet med PHT har vist at det er vanskelig å implementere teamarbeid uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle ved legekantoret. I forsøket har legekantorene hatt samlinger der teamarbeid har vært et sentralt tema, og legene har hatt mulighet til å delta på lederutdanning for å få kompetanse innen ledelse. 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. Dette er nærmere beskrevet i Statusrapport II, kapittel 3 (Abelsen, et al., 2019b).

- **PHT i teamarbeid med andre tjenester** handler om hvordan legekantorene samarbeider og samhandler med helse- og omsorgstjenestene i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Alle legekantor, både med og uten PHT, samarbeider med andre helse- og omsorgstjenester. Ved begge typer legekantor fungerer samarbeidet med andre helse- og omsorgstjenester i mange tilfeller godt, men som beskrevet i kapittel 6 er vår vurdering at PHT flere steder har bidratt til å styrke samarbeidet med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Med PHT får legekantorene økt kapasitet til å inngå og delta i samarbeidet rundt enkeltpasienter, og spesielt samarbeidet med hjemmetjenesten har blitt bedre med PHT. Videre avdekket vår intervjuundersøkelsen at det er særlig i de mindre folkerike kommunene at PHT har bidratt til et styrket samarbeid med andre kommunale tjenester. En viktig årsak til dette virker å være at de kommunale tjenestene i de mindre folkerike kommunene i utgangspunktet var tett integrerte, mens det i de mer folkerike kommunene er svak integrasjon mellom tjenestene på systemnivå. Likevel tyder funnene på at det ligger et potensial i PHT til å skape tettere integrasjon mellom tjenester også i de folkerike kommunene. Når det gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, fant vi at dette var påvirket i liten grad gjennom PHT, men at det også her trolig er et potensial i PHT til å bidra til bedre integrasjon (som beskrevet i kapittel 6).

### Endret arbeidsform på legekantoret

**PHT har påvirket arbeidsformen på legekantorene. Den er i større grad enn før forsøket startet, dreid mot:**

- **Systematisk arbeide med ledelse av legekantor:** Erfaringene fra forsøket er at det er krevende å lede fastleger inn i nye arbeidsmåter (Gaski & Abelsen, 2020). Som del av dette endringsarbeidet, har PHT-lederne jobbet med å etablere felles prosesser hvor alle på legekantoret deltar i utvikling av mål og visjoner. Ved de fleste legekantorene har dette vært i form av arrangementer som fagdag, kick-off eller workshop. PHT-lederne har også jobbet med å fjerne barrierer for fastlegers deltakelse i endringsarbeidet, enten det gjelder økonomi, frykten for at sykepleiernes oppfølging ikke er faglig forsvarlig, eller manglende kjennskap og tillit til sykepleiere. Videre har legekantorene i forsøket jobbet med å utvikle internt samarbeid og kommunikasjon. Som del av dette arbeidet har PHT-lederne jobbet med å utvikle tillitsforhold og teamfølelse, samt felles forståelse av roller og arbeidsdeling.
- **Arbeid med 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). PHT-lederne har i ulik grad lagt vekt på utvikling av kommunikasjon og å etablere møtestrukturer (Gaski & Abelsen, 2020). I Statusrapport II fant vi at møteaktiviteten på legekantorene i hovedsak omfatter fastlege og sykepleier, og i mindre grad helsesekretærene (Abelsen, et al., 2021). Lege-sykepleierkommunikasjonen utenom møtene foregår fortløpende, både gjennom journalsystem, i muntlig kommunikasjon og i felleskonsultasjoner. Tema for møtene mellom fastlege og sykepleier er som regel oppfølging av enkeltpasienter, eventuelt gjennomgang av legens liste, eller at legen stiller seg tilgjengelig for faglige spørsmål fra sykepleierne. Kommunikasjonen mellom fastlege og sykepleier påvirkes av nærheten i lokaliseringen av sykepleier og leger; jo nærmere, jo hyppigere kommunikasjon.
- **Utarbeidelse av prosedyrer:** Som del av arbeidet med å skape nye strukturer på legekantoret, har de ansatte på legekantorene jobbet med å utvikle nye prosedyrer med klare roller for fastlege og sykepleier (Gaski & Abelsen, 2020). Prosedyrer kan også bidra til at oppgaven det utarbeides en prosedyre for, blir utført på en systematisk og grundig måte. På flere av legekantorene har man valgt å ta for seg en diagnosegruppe av gangen og utvikle verktøy for oppfølging av pasienter med de relevante diagnosene. Å utarbeide prosedyrer som definerer oppgavene for de ulike teammedlemmene, kan bidra til at det oppleves som tryggere for fastlegen å overlate oppgaver til sykepleier. Arbeidet med å utvikle prosedyrer og verktøy kan også bidra til kompetanseheving – ved et av legekantorene i forsøket fikk medarbeiderne som deltok i arbeidet med å utvikle prosedyrer, delta på kurs for faglig oppdatering om den aktuelle



diagnosen. I tillegg har legekantorene i forsøket delt sine erfaringer med prosedyrer på samlingene for forsøket.

- **Systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging:** I Statusrapport II (Abelsen, et al., 2019b) ble det identifisert tre måter å inkludere pasienter som følges opp av PHT på. Første måte var ved at den enkelte lege ad hoc trekker sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, andre måte var basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med spesifikke kjennetegn, og tredje måte var sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser som kommer fra andre enn medarbeidere ved legekantoret. Disse tilnærmingene til innlemming av pasienter til PHT er nærmere beskrevet i kapittel 3.4 i Statusrapport II. I tillegg gjennomfører flere av legekantorene systematiske søk for å identifisere pasienter som skal ha legemiddelgjennomgang.
- **Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring:** Ved alle legekantorene i forsøket har det blitt jobbet systematisk med å forbedre oppfølgingen og behandlingen av kronisk syke pasienter (Abelsen, et al., 2021). Valget om å jobbe bevisst med å gjennomføre årskontroller for diabetespasienter, utviklingshemmede og kolspasienter viser et tydelig fokus på kvalitetsforbedring for målgruppene for forsøket. Innrettingen innebærer at pasientgruppen får flere tjenester enn før, og dette skal bidra til bedre kvalitet i oppfølgingen. Funnene i Statusrapport III tyder på at PHT i økende grad blir brukt til å gi bedre oppfølging også av pasienter med krevende og sammensatte diagnoser, men pandemien har forsinket og begrenset dette arbeidet. Ved flere legekantor i forsøket har de innført systematiske søk for å finne listeinnbyggere i målgruppen som ikke selv følger opp og selv tar kontakt med legekantoret. PHT har bidratt til at legekantorene har mulighet til å bruke mer ressurser på å få kontakt med pasientene, og dette har bidratt til at de når flere enn før. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 5.3.2.
- **Samarbeid med andre tjenester:** Funnene fra denne rapporten tyder på at PHT så langt har betydd mest for den kommunale hjemmetjenesten. PHT-sykepleierens funksjon beskrives på ulike måter, men en felles oppfatning blant informantene i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus, var at fastlegetjenesten har blitt mer tilgjengelig med PHT. PHT har også bidratt til å jevne ut variasjon i tilgang til fastleger. Erfaringene med PHT i øvrig helse- og omsorgstjeneste er nærmere beskrevet i kapittel 6.1. Betydningen av PHT for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten virker foreløpig å være begrenset. Dette er beskrevet i kapittel 6.2. En viktig endring med tilføringen av PHT-sykepleier på legekantorene, er at dette har økt legekantorenes mulighet til å dra på hjemmebesøk. PHT-sykepleieren kan bruke mer tid på pasientene enn det fastlegene som regel har mulighet til, og de er opptatt av andre forhold enn de rent medisinske. Dette, i kombinasjon med muligheten til å dra på hjemmebesøk, kan bidra til et bredere blikk for tjenestebehov, flere kontaktpunkter og mulighet for kommunikasjon.
- **Arbeid med brukermedvirkning og tettere oppfølging av pasienter i målgruppen:** Oppfølging fra PHT-sykepleier innebærer at mange pasienter får mer tid enn de får hos legen. Intervjustudien gjennomført i forbindelse med Statusrapport III, viste at det at PHT-sykepleieren har mer tid, gjør at pasientene får mulighet til å være med på å definere hva de trenger hjelp til og hvordan den videre oppfølgingen skal være (Abelsen, et al., 2021). På denne måten har pasientene fått økt mulighet til brukermedvirkning, og flere av informantene fortalte at de opplevde samtalene med sykepleier som god behandling. PHT-sykepleier kan også bidra til bedre oppfølging av skrøpelige eldre. Eldre, multisyke pasienter har opplevd at PHT har gitt tett og hyppig kontakt med sykepleier som ofte kommer hjem til dem og gjennomfører prosedyrer og undersøkelser som de tidligere måtte komme til legekantoret å få gjort. Som en del av PHT, har det også blitt satt søkelys på forebyggende arbeid. I forsøket er det særlig bred oppslutning om arbeid med sekundærforebygging. Et eksempel på dette arbeidet er utarbeidelse av behandlingsplaner for pasienter med kols.
- **Proaktivt arbeid:** Proaktivitet er et av virkemidlene i PHT-forsøket. Proaktivitet skal gi en legetjeneste som arbeider mer forebyggende og oppsøkende for de pasientene som har størst behov for oppfølging. Flertallet blant informantene i intervjuundersøkelsen mente at de ved eget

legekantor jobbet mer proaktivt etter at de begynte med PHT enn det de gjorde tidligere. Informantene var likevel opptatt av de etiske aspektene ved en mer proaktiv virksomhet. Funn fra spørreundersøkelsen viser at over halvparten av fastlegene er positive til både primær- og sekundærforebygging. Mange av legekantorene har jobbet med systematisk oppfølging av diabetes- og kolspasienter med listegjennomgang og utsending av informasjonsbrev, og noen kontorer har jobbet med å kalle inn til årskontroll for eldre. Arbeidet med proaktivitet er nærmere beskrevet i Statusrapport I kapittel 2.3.9 (Abelsen, et al., 2019a), Statusrapport II kapittel 6.3.1 (Abelsen, et al., 2019b) og i kapittel 5.3 i denne rapporten.

- **Tverrfaglig samarbeid:** PHT innebærer at legekantorene tilføres en ny profesjon i form av sykepleierressursen. Flertallet av legekantorene hadde ansatt sykepleier før forsøket startet opp, men på en del av legekantorene representerer sykepleieren en ny profesjon. Rollen til PHT-sykepleier var likevel ny på alle legekantorene. De fleste fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at PHT har bidratt til kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret (spørsmål 26j Vedlegg C.1). PHT har også bidratt til at det har blitt utviklet nye strukturer for kommunikasjon internt på legekantorene som kan legge til rette for tverrfaglig samarbeid og erfaringsdeling.

### 10.3.3 Endret arbeidsform i møte med pasientene

I tillegg til endret arbeidsform på legekantoret, påvirker PHT arbeidsformen i møte med pasientene gjennom å i større grad enn før forsøket startet:

- **Tilby sykepleierkonsultasjoner:** Forsøk med PHT legger opp til sykepleierkonsultasjoner og finansiering av disse med egne takster (i honorarmodellen). Som vist i delkapittel 7.2, har **mellom 6 og 13 prosent av listepopulasjonen ved legekantor med honorarmodellen, og mellom 4 og 17 prosent av listepopulasjonen ved legekantor med driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier siden forsøket startet** (hvor helsehjelpen utløste én eller flere av sykepleiertakstene som brukes i begge finansieringsmodellene). Som vist i delkapittel 8.1., er det betydelig variasjon i antallet sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger ved de ulike legekantorene som prøver ut honorarmodellen, både mellom legekantorene og mellom legene ved hvert kontor. Arbeidsformen som PHT er dermed ikke ensartet.
- **Gjennomføre årskontroll:** I de nasjonale faglige retningslinjer for diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet (2020) at fastlegen gjennomfører en utvidet årlig kontroll (Årskontrollen). I Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021) fant vi at årskontroll til pasienter med diabetes type 2 pekte seg ut som den helsetjenesten med størst økning etter at forsøket startet. Som beskrevet i delkapittel 8.1., kan PHT-sykepleierne ha en aktiv og tidkrevende rolle under årskontroll av pasienter med diabetes type 2. Under konsultasjonen brukes Noklus-skjema eller en mal som tilsvarer Noklus-skjema. Beskrivelsene tyder på at det spesielt blir lagt vekt på kosthold/ernæring, måltidsrytme, tannhelse og røyk. Det anses også som viktig å sette opp en individuell behandlingsplan sammen med pasienten. Dette er arbeidsomfang som gir rett til å skrive konsultasjonstakst for PHT-sykepleier. **Vi fant en betydelig variasjon mellom legekantorene både i omfanget av årskontroller og i om en konsultasjon med PHT-sykepleier inngår i årskontrollen.** Andelen av pasientene med diabetes type 2 som fikk årskontroll varierte mellom 13 og 65 prosent<sup>15</sup>. I delkapittel 9.1, viste vi at pasienter med diabetes type 2 ved legekantor i honorarmodellen hadde en signifikant økning (tilnærmet en dobling i antall) i årskontroller sammenlignet med kontrollkontor. Legekantor med driftstilskuddsmodellen har ikke tilsvarende takst knyttet til årskontroll. Deltakerne i forsøket peker på at årskontroll er et eksempel på en proaktiv arbeidsform; i intervjuer pekte helsepersonell ved legekantorene i forsøket hyppig på innkalling av pasienter som har diabetes og kols til årskontroller som eksempel på viktig sekundærforebygging.
- **Utarbeide behandlingsplaner:** Formålet med en behandlingsplan er å bidra til oversikt, tydelighet og trygghet for den medisinske oppfølgingen, og planen skal være til hjelp både for pasient, pårørende og PHT. I driftstilskuddsmodellen er det en egen takst for utarbeidelse av behandlingsplan for pasienter med kols eller diabetes (takst 089a), og fra 1. januar 2021 er det også en takst for utarbeidelse av behandlingsplan for pasienter innenfor psykisk helse og rus (089c). I Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021) beskrev vi bruk av behandlingsplaner ved

<sup>15</sup> Angir prosentandelen av listeinnbyggere med diagnose T90 hos fastlege før 2015 som fikk årskontroll i perioden mellom forsøket startet og til siste dato for uttrekk av data, 30. juni 2021.

legekantor i forsøket. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2020, svarte over halvparten av fastlegene som hadde vært med i forsøket med PHT siden start, at følgende grupper kunne ha nytte av en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i PHT; personer med kols, diabetes, hjertesvikt/hjertesykdom, psykiske lidelser, og personer med andre store og sammensatte behov. **I årets spørreundersøkelse til ansatte ved legekantorene i forsøket svarte 88 prosent av fastlegene at minst én av deres listeinnbyggere hadde en behandlingsplan utarbeidet av dem eller andre i primærhelseteamet.** Blant fastleger med driftstilskuddsmodellen (honorarmodellen) var det 68 prosent (36 prosent) som svarte at flere enn 10 listeinnbyggere hadde fått utarbeidet en behandlingsplan (vedlegg C.1, spørsmål 17). I delkapittel 9.1 beskriver vi nærmere bruk av behandlingsplaner for ulike pasientgrupper i forsøket.

- **Gjennomføre legemiddelgjennomgang:** Legemiddelgjennomgang er også en av arbeidsformene som trekkes fram som relevante for PHT utover tradisjonelle konsultasjoner i Helsedirektoratets grunnlagsdokument om PHT-forsøket (Helsedirektoratet, 2017). Det følger av fastlegens medisinske koordineringsrolle at fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til sine listeinnbyggere. Fastlegen skal gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig utfra en medisinsk vurdering for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer. Helsedirektoratet har en veileder for legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2015). PHT kan kartlegge hvilke pasienter på fastlegens liste som har behov for legemiddelgjennomgang, og sikre at gjennomgangen blir utført i tråd med god praksis. I årets intervjuundersøkelse har informantene fortalt om at det som del av PHT-arbeidet, **systematisk søkes etter pasienter som skal ha legemiddelgjennomgang, som eksempel på en mer proaktiv arbeidsform.** I Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021) beskrev vi nærmere bruk av legemiddelgjennomgang ved legekantorene i forsøket. Registerdataene viste at taksten for legemiddelgjennomgang var brukt for om lag fem prosent av listeinnbyggerne ved legekantor med driftstilskuddsmodellen; til og med høsten 2021 kunne taksten imidlertid kun benyttes dersom fastlegen gjennomfører legemiddelgjennomgangen sammen med sykepleier, noe det kom frem av spørreundersøkelsen at ikke alltid var tilfelle. Dette ble korrigert høsten 2021, og legekantorene kan nå etter-registrere legemiddelgjennomganger utført av legen alene. I honorarmodellen finnes det takst for legemiddelgjennomgang, men av spørreundersøkelsen kom det frem at om lag en fjerdedel av legene som oftest benytter tidstakst heller enn takst for legemiddelgjennomgang. Det er derfor vanskelig å tallfeste hvor stor andel av listeinnbyggerne som får legemiddelgjennomgang.
- **Tilby hjemmebesøk:** I Statusrapport III (Abelsen, et al., 2021) presenterte vi registeranalyser som viste en økning i antallet hjemmebesøk ved legekantor i forsøket sammenlignet med kontrollkontor. Økningen skyldtes i hovedsak at sykepleiere drar på hjemmebesøk. **Ved legekantorene med honorarmodellen var antallet hjemmebesøk per listeinnygger nær doblet etter at PHT-forsøket startet. I intervjuer har informantene fortalt at mange eldre som blir tilbudt hjemmebesøk er svært positive til tilbudet.** I tillegg forteller informanter at PHT-sykepleier oppleves som fastlegens og legekantorets utstrakte arm nettopp fordi de er på hjemmebesøk hos pasienter. Siden PHT-sykepleierne drar på hjemmebesøk, avdekker de redusert funksjon og behov for mer eller annen type hjelp hos hjemmeboende brukere tidligere enn før.

#### 10.3.4 Brukereffekter

Brukereffekter, det vil si effekter som oppstår for ulike aktører eller målgrupper for et tiltak («brukerne»), er drivere for samfunns effekter, det vil si effekter som oppstår for større grupper i samfunnet (og/eller på tvers av målgrupper). I dette delkapitlet beskriver vi på hvilken måte vi forventer at brukereffektene for de ulike gruppene oppstår, mens vi i neste delkapittel drøfter hvordan vi vurderer at samfunns effektene oppstår på bakgrunn av brukereffektene. I kapittel 10.9 beskriver vi hvilke effekter PHT har gitt i forsøket, opp mot effektmålene for forsøket.

PHT forventes å gi effekter for ulike «brukere» av tiltaket, herunder pasienter i målgruppen, listeinnbyggere generelt, pårørende, ansatte i fastlegetjenesten, samt ansatte i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten:

- **Pasienter i målgruppen:** Forsøket med PHT retter seg mot utvalgte pasientgrupper, som beskrevet i delkapittel 10.1.2. Formålet med PHT er å øke kvaliteten i helsetjenesten slik at det kommer pasientene til gode, særlig når det gjelder oppfølgingen av målgruppene for forsøket. **Målet med**

**PHT er å bidra til at særlig målgruppene får bedre helsetilstand og mestringsevne (gjennom bedre oppfølging og opplæring), bedre koordinerte og sammenhengende tjenester, og at dette til sammen vil bidra til redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, samt bedre pasientopplevelse.** I delkapittel 10.9 beskriver vi i hvilken grad funnene fra forsøket tyder på at PHT kan gi disse effektene.

- **Listeinbyggere:** PHT-organiseringen kan også tenkes å påvirke listeinnbyggere som ikke er i målgruppen for PHT på ulike måter. For det første gjennom **økt tilgjengelighet** som følge av økt kapasitet ved tilførsel av sykepleierressurs. Selv om denne ressursen primært er tenkt brukt til å styrke tilbudet til pasienter i målgruppen for PHT, kan det føre til at listeinnbyggere opplever økt tilgjengelighet til legekantoret. Samtidig kan større oppmerksomhet om målgruppene bidra til mindre tilgjengelige legekantor for listeinnbyggerne generelt; men vi har ingen indikasjoner på dette i vårt datagrunnlag. Dette kan skje for eksempel hvis PHT-sykepleier avlaster legen i oppfølgingen av pasienter i målgruppen for PHT, slik at det frigjøres tid som kan brukes til oppfølging av den generelle listepopulasjonen. PHT-legekantorenes systematiske arbeid med å få oversikt over listepopulasjonen kan også føre til at svake etterspørrere, som ikke nødvendigvis er i målgruppen for PHT i utgangspunktet, men som har et udekket behov for oppfølging, i større grad identifiseres og får bedre oppfølging. For det andre, kan PHT bidra til **økt kvalitet** gjennom økte ressurser og teamorganisering som bidrar til mer helhetlig og kontinuerlig oppfølging og behandling av listeinnbyggere. Flere PHT-legekantor har også arbeidet med brukerundersøkelser etter innføringen av PHT, hvilket kan føre til økt brukermedvirkning og forbedring av tjenestene som leveres på legekantorene. Disse mekanismene kan bidra til **økt pasient- og brukertilfredshet** i listepopulasjonen. Videre kan PHT tenkes å gjøre legekantoret og den enkelte fastlege mer attraktiv blant pasientene. Det er trolig slik at mange listeinnbyggere ved PHT-legekantor har fått med seg at deres legekantor er et PHT-legekantor, selv om de ikke selv får oppfølging av PHT. Dersom omtalen oppfattes som positiv, kan PHT-organiseringen ha ført til **økt tillit** til fastlegjetjenesten også i den generelle listepopulasjonen.
- **Pårørende:** Dersom PHT bidrar til økt tilgjengelighet og kvalitet i tjenesten, samt mer fornøyde pasienter, vil dette trolig bidra til gevinster også for deres pårørende. Særlig dersom tjenestene blir mer koordinerte og sammenhengende; pårørende rapporterer i den ferske nasjonale pårørendeundersøkelsen at de bruker mye tid på å være pasientens koordinator i helsetjenesten (Opinion, 2021).
- **Ansatte i fastlegjetjenesten:** PHT medfører endret organisering og innføring av nye arbeidsprosesser og aktiviteter på legekantoret som kan ha betydning for arbeidsmiljø, arbeidsdeling og tidsbruk i fastlegjetjenesten. Når det gjelder arbeidsmiljø, kan tverrfaglighet og mulighet for faglig diskusjon, samt en opplevelse av å tilby kvalitet og god oppfølging, bidra til styrket arbeidsmiljø og arbeidsglede. Når det gjelder arbeidsdeling og tidsbruk, krever dette god kjennskap til hverandres kompetanse og ferdigheter. Sykepleier har mer tid enn fastlegene og kan følge opp pasienter som har behov for mer tid i hver konsultasjon, og kan også gjøre forarbeidet knyttet til noen typer konsultasjoner og henvisninger. På samme måte som for pasientene, kan PHT bidra til å gjøre legekantoret spesielt, og kanskje også fastlegeyrket generelt, mer attraktivt, gjennom å tilby tjenester av god kvalitet og ved å ha et stimulerende arbeidsmiljø med rom for erfaringsdeling og kompetanseoverføring.
- **Ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste:** Et av målene med PHT er å bidra til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester gjennom økt samarbeid og samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Dersom legekantorene arbeider mer systematisk med å sikre godt samarbeid og samhandling, samtidig som de blir mer tilgjengelige gjennom tilførsel av sykepleierressurs, kan PHT gi gevinster også for andre deler av helsetjenesten. For eksempel viste funn fra årets intervjuundersøkelser, som beskrevet i kapittel 6, at PHT påvirker øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom økt tilgjengelighet ved at sykepleieren fungerer som et effektivt bindeledd til fastlegen og som fastlegens forlengede arm.

### 10.3.5 Samfunnseffekter

Ressursinnsatsen, aktivitetene og brukereffektene, som beskrevet tidligere i dette kapitlet, er drivere for samfunnseffektene av PHT. Vår vurdering er at endret organisering med PHT kan bidra til å skape følgende samfunnseffekter:

1. **Økt tilgjengelighet og kvalitet i fastlegetjenesten:** Organisering med PHT legger til rette for økt tilgjengelighet på flere måter, gjennom ulike former for oppsøkende virksomhet (proaktivitet), og gjennom sykepleierressursen som bidrar med annen supplerende kompetanse, til å frigjøre tid for fastlegen, men også være fastlegens forlengede arm ut mot andre tjenester. Nye arbeidsprosesser, som beskrevet i delkapittel 10.3.2 og 10.3.3, for eksempel systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, teamarbeid og tverrfaglighet, gir til sammen et godt grunnlag for økt kvalitet i tjenesten. I hvilken grad vi finner disse effektene i forsøket, beskrives nærmere i delkapittel 10.9.
2. **Bedre livskvalitet og helse for pasienter i målgruppene:** Gjennom nye arbeidsprosesser og generelt økt kvalitet i oppfølgingen av den enkelte pasient, vil PHT på ulike måter kunne bidra til økt livskvalitet og bedre helse for pasienter som får oppfølging fra PHT. I hvilken grad vi finner disse effektene for pasienter i forsøket, beskrives nærmere i delkapitlene 10.9.1 og 10.9.2.
3. **Økt arbeidsdeltakelse for pasienter og pårørende:** Dersom bedre oppfølging fra fastlegetjenesten bidrar til bedre livskvalitet og helse for pasienter i målgruppene, kan dette videre føre til økt arbeidsdeltakelse blant både pasientene og deres pårørende. Sannsynligheten for og omfanget av en slik effekt vil variere mellom ulike typer av pasienter/brukere. I hvilken grad vi finner disse effektene for pasienter i forsøket, beskrives nærmere i delkapittel 10.9.7.
4. **Økt stabilitet i fastlegetjenesten:** Gjennom bedre arbeidsmiljø og arbeidsdeling, samt at det blir mer attraktivt å jobbe i fastlegetjenesten, kan PHT bidra til redusert turnover og økt rekruttering i fastlegetjenesten. I hvilken grad vi finner disse effektene for pasienter i forsøket, beskrives nærmere i delkapittel 10.9.7.
5. **Endret ressursbruk:** Et av effektmålene for PHT er «bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten». Dette innebærer ikke nødvendigvis at samlet ressursbruk reduseres, men at de riktige tjenestene tilbys til rett tid på riktig tjenestenivå og til rett pasient. I hvilken grad vi finner disse effektene for pasienter i forsøket, beskrives nærmere i delkapittel 10.9.6.

## 10.4 Særlige problemstillinger knyttet til å belyse samfunnsverdien av PHT

En rekke kjennetegn ved forsøket gjør det krevende å måle effekter og dermed krevende å belyse samfunnsverdien av PHT:

- **Forsøket prøver ut både endret finansiering og organisering samtidig:** Dette gjør at vi ikke kan vurdere om ressursene ville ha gitt mer verdi innenfor rammene av en annen type organisering.
- **De 17 legekantorene som deltar i forsøket, har aktivt søkt om å delta, noe som skaper en seleksjon inn i forsøket.** Problemstillinger knyttet til denne seleksjonen er utdypet i **kapittel 4**, og selve utvelgelsesprosessen er beskrevet i Statusrapport I (Abelsen, et al., 2019a). Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor og legekantor som hadde sykepleier(e) allerede før PHT-forsøket startet. Legekantorene skiller seg trolig også ut fra et tilfeldig valgt legekantor, med en særlig interesse for å prøve ut PHT. Utvelgelsen av kommuner og legekantor gjør det vanskelig å skille egenskaper ved legekantorene og tilhørende personell fra virkningene av PHT.
- **Legekantorene som deltar i forsøket, har hatt stor lokal frihet til å utforme PHT.** Dette gjør at det i praksis har vært 17 pilotprosjekter, noe som gjør det utfordrende å vurdere effekter av forsøket som helhet. Det er derfor stor variasjon i hvilken grad de ulike legekantorene har oppnådd de ulike effektmålene for forsøket. I tillegg til at tiltaket er svært heterogent, retter teamorganiseringen seg mot en svært heterogen målgruppe som berøres av PHT på ulike måter.
- **De fleste legekantorene som deltar, utgjør en liten andel av fastlegetjenesten i kommunen.** Det gjør det krevende å vurdere effekter for samhandling med øvrig helse- og omsorgstjeneste, ettersom PHT-legekantorene «forsvinner i mengden» av andre legekantor, og pasientvolumet som mottar tjenester fra PHT ikke blir stort nok til at øvrige tjenester merker noen forskjell. Denne problemstillingen har vi særlig utdypet i kapittel 6.

- **Koronapandemien har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT ved legekantorene i forsøket.** Mye av arbeidskapasiteten har gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Det har vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. Som vi har nærmere beskrevet i kapittel 3, ville vi i en normalsituasjon forventet å finne en større realisering av det potensialet som antas å ligge i PHT.
- **Forsøket er gjennomført fra 2018 til 2021, noe som innebærer en kort tidshorison for å observere (langtids)effekter av endret organisering og finansiering.** For flere av målgruppene vil eventuelle effekter av bedre oppfølging trolig først oppstå etter flere år, for eksempel personer med diabetes type 2, der bedre stabilisering av helsetilstand kan forebygge uheldige langtidsvirkninger.
- **Det er foreløpig uavklart hvordan sykepleierressursen skal dimensjoneres ved en eventuell utrulling av PHT, hvordan finansieringsmodellene skal utformes, og hvor stor andel av landets legekantor som kommer til å implementere PHT hvis de får mulighet til det.** En betydelig andel av landets legekantor har færre enn 2400 listeinnbyggere, og kan være mindre egnet for PHT, noe vi beskriver nærmere i delkapittel 10.5.
- **PHT legger opp til økt tilførsel av sykepleiere i fastlegetjenesten, og for at implementering skal lykkes, må det være tilstrekkelig tilgang på sykepleiere.** I delkapittel 10.6.2 undersøker vi hvor mange sykepleiere det vil være behov for ved nasjonal utrulling av PHT.

I den samfunnsøkonomiske analysen vurderer vi konsekvenser basert på erfaringene fra de ulike legekantorene som deltar i forsøket. Vi henter ut de aller viktigste elementene i PHT-organiseringen som er like på tvers av prosjektene, herunder selve måten å jobbe på med og rundt pasientene.

## 10.5 Hvordan kan landets legekantor ta i bruk PHT?

En forutsetning for å kunne søke om deltakelse i forsøket med PHT, var at det måtte være minst tre leger ved legekantoret. Som vist i Tabell 10-3 har 49 prosent av landets legekantor færre enn 3600 listeinnbyggere (som tilsvarer om tre fastleger med 1200 listeinnbyggere hver); dersom et lignende krav om minst tre leger skal legges til grunn ved en eventuell nasjonal utrulling av PHT, vil det innebære at en betydelig andel av dagens legekantor ekskluderes fra ordningen. Et viktig spørsmål i vurderingen av en eventuell nasjonal utrulling, er derfor om dagens fastlegetjeneste er rigget for PHT, slik PHT er utformet i dette forsøket.

Som beskrevet innledningsvis i dette kapitlet, er det en uttalt målsetting å skape en teambasert fastlegeordning. Om lag 14 prosent av legekantorene i Norge er i dag solopraksiser. De siste årene har imidlertid antall solopraksiser blitt redusert; fra 231 i 2018 til 182 i 2021 (Helsedirektoratet, 2020). Gjennomsnittsalderen for fastleger i solopraksis er høyere enn gjennomsnittsalder for fastleger i gruppepraksis (56 versus 47 år); dersom fastlegene i solopraksis i større grad enn i gruppepraksis nærmer seg pensjonsalder, kan dette bidra til å redusere andelen solopraksiser i fremtiden ytterligere. I tillegg, som en del av utviklingen mot en mer teambasert fastlegeordning, kan det tenkes at en del av solopraksisene vil ønske å slå seg sammen med andre praksiser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette vil gjøre at legene får andre leger å diskutere med på legekantoret, og samtidig gjøre legekantorene bedre rigget til å kunne ansette en sykepleier i fulltidsstilling, uten at det innebærer en overdimensjonering av sykepleierressursen.

En del av fastlegekantorene med få listeinnbyggere ligger i små kommuner, og her er det trolig mindre mulighet til å slå sammen legekantor for å etablere større legekantor. I utprøvingen er det første «trinnet» for sykepleierressursen satt til 2 400 listeinnbyggere – legekantor med færre enn 2 400 listeinnbyggere kan få tilskudd til en sykepleierressurs i en 50 prosent stilling. Per 01.07.21 var det 1 371 legekantor i Norge, hvorav 390 hadde færre enn 2 400 listeinnbyggere (28 prosent). 79 av de 390 legekantorene (20 prosent) med færre enn 2400 listeinnbyggere, ligger i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere (Tabell 10-4), mens over halvparten (52 prosent) av legekantorene ligger i kommuner med 20 000 innbyggere eller mer. Det er med andre ord grunn til å tro at en betydelig andel av de minste legekantorene har mulighet til å slå seg sammen med andre legekantor, øke antallet listeinnbyggere tilknyttet legekantoret og derigjennom gjøre legekantoret mer egnet for PHT.

**Tabell 10-4 Antall legekantor etter antall listeinnbyggere og folketall i kommunen**

Antall liste- innbyggere (min)	Antall liste- innbyggere (maks)	Antall legekantor i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere	Antall legekantor i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere	Antall legekantor i kommuner med færre enn 20 000 innbyggere	Antall legekantor i kommuner med 20 000 innbyggere eller mer
15300					1
14100	15299				2
11700	14099			2	2
11400	11699			1	
10200	11399			3	9
7800	10199			13	44
7500	7799			3	12
6300	7499			22	74
3900	6299		22	111	332
3600	3899		3	17	46
2400	3599		47	103	184
	2399	79	119	187	203

Kilde: Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane [URL: <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/basistilskot-for-fastlegeordninga-i-kommunane>]

En annen tilnærming for å belyse muligheten for at legekantor med få listeinnbyggere kan slå seg sammen med andre legekantor, er å sortere legekantorene etter SSBs sentralitetsindeks (SSB, 2020). SSBs sentralitetsindeks gir et bilde på kommunens sentralitet, målt ved reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser. Klasse 6 er de minst sentrale kommunene, mens klasse 1 er de mest sentrale kommunene. Med utgangspunkt i sentralitetsindeksen, ser vi at 86 av de 390 legekantorene med færre enn 2 400 listeinnbyggere, det vil si 22 prosent av disse kontorene, ligger i kommuner med sentralitetsindeks 6 (Tabell 10-5). Samtidig ser vi at kommunene i klasse 1 og 2 på sentralitetsindeksen også har en betydelig andel legekantor med færre enn 2 400 listeinnbyggere – 34 prosent av disse små legekantorene ligger i kommuner med sentralitetsindeks klasse 1 og 2. I disse kommunene er det grunn til å tro at legekantorene har mulighet til å slå seg sammen med andre legekantor, slik at antallet listeinnbyggere ved hvert legekantor blir høyere.

**Tabell 10-5 Antall legekantor etter antall listeinnbyggere og sentralitetsindeks**

Antall liste- innbyggere (min)	Antall liste- innbyggere (maks)	Sentralitets- indeks klasse 6	Sentralitets- indeks klasse 5	Sentralitets- indeks klasse 4	Sentralitets- indeks klasse 3	Sentralitets- indeks klasse 2	Sentralitets- indeks klasse 1
15300							1
14100	15299			1			1
11700	14099		1	1	1		1
11400	11699		1				
10200	11399		1	2	3	2	4
7800	10199		5	9	9	17	16
7500	7799	1	1	1	3	5	5
6300	7499		10	13	22	31	20
3900	6299	7	34	74	128	118	82
3600	3899	2	4	11	16	21	9
2400	3599	18	26	48	82	68	45
	2399	86	37	59	77	74	57

Kilde: Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane [nettdokument]. Sentralitetsindeks for kommunene 2020.

**Dersom en forutsetning for PHT er at det skal være et visst antall listeinnbyggere ved legekantoret, innebærer det trolig at en betydelig andel av legekantorene vi har i dag, ville blitt ekskludert fra ordningen.** Dersom det for eksempel ble et krav om at legekantor som skal være PHT må ha 2 400 listeinnbyggere eller mer, ville 28 prosent av dagens legekantor blitt ekskludert fra PHT. Dersom kravet ble satt til 3 600 listeinnbyggere eller mer, slik at alle PHT-legekantorene som et minimum

hadde en sykepleier i fulltidsstilling, ville 49 prosent av dagens legekontor blitt ekskludert fra PHT. I delkapittel 10.12 drøftes krav om antall listeinnbyggere ytterligere.

**Legekantorene med få listeinnbyggere ligger i både små og store kommuner, og i kommuner med høy og lav sentralitetsindeks. For en del av legekantorene er det trolig mulig å slå seg sammen med et annet legekantor og øke det samlede antallet listeinnbyggere.** Det er mulig å tenke seg at dette vil skje som en del av utviklingen mot en mer teambaserte fastlegeordning, og dette vil kunne ha betydning for utbredelsen av PHT.

Å ansette sykepleier ved legekantoret krever kontorplass, og **for enkelte legekantor kan overgang til PHT innebære et behov for utvidede lokaler og tilhørende merkostnader.** I den samfunnsøkonomiske analysen inngår kostnadene forbundet med kontorplass til sykepleiere i kostnaden av et sykepleierårsverk, med vi har ikke vurdert kostnader forbundet med å utvide eller flytte lokaler for legekantoret som helhet. Vi understreker at det også er andre hensyn enn antallet leger ved legekantorene som avgjør hvorvidt legekantor eigner seg for PHT eller ikke.

## 10.6 Sykepleierressursen i PHT

### 10.6.1 Sykepleiers rolle i PHT

Sykepleier i PHT representerer en ny ressurs i fastlegetjenesten. I grunnlagsdokumentet for PHT beskrives rollen som at sykepleieren «skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov» (Helsedirektoratet, 2017).

Intervjustudien gjennomført i forbindelse med Statusrapport II (Abelsen, et al., 2019b), viste at sykepleierens inntreden på legekantoret innebærer mer struktur og systematikk i oppfølgingen, spesielt oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Videre mente informantene at sykepleierressursen innebærer mer tid til pasienter og pårørende, bedre kommunikasjon og koordinering med andre tjenester, og mer hjemmebesøk. Sykepleierne har mer tid til å snakke med pasientene og fanger gjerne opp andre ting enn det legen gjør. Videre gir sykepleieren støtte til legene, gjennom å blant annet få god innsikt i pasientenes helsetilstand, som bidrar til et godt beslutningsgrunnlag for å bestemme behandling, behov for videre henvising eller videre kontroller og oppfølging.

Årets spørreundersøkelse blant ansatte på legekantorene viste at samarbeidet mellom fastlege og sykepleier i PHT virker å fungere godt for de fleste. Det vanligste at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver; 78 prosent av fastlegene og 73 prosent av sykepleierne svarte dette (spørsmål 11 vedlegg C.1 og spørsmål 14 vedlegg C.2). Oppgavetyperne som fastlegene i størst grad har delegert fra seg til sykepleier er direkte pasientarbeid hjemme hos pasient eller e-konsultasjon og kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten; henholdsvis 36 og 35 prosent har i stor eller svært stor grad delegert bort disse oppgavene (spørsmål 7b og 7d vedlegg C.1).

Både fastleger og sykepleiere opplevde at samarbeidet mellom dem i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter; 82 prosent av fastlegene og 88 prosent av sykepleierne svarte dette (spørsmål 10 vedlegg C.1 og spørsmål 16 vedlegg C.2). Alt i alt virker det som at PHT-sykepleieren og fastlegen jobber godt sammen, og at legekantorene har funnet frem til arbeidsformer der sykepleier er en nyttig ressurs. Det fremstår som at sykepleier først og fremst bidrar til en kvalitetsforbedring i legekantorenes tilbud, slik at sykepleiers innsats i hovedsak kommer i tillegg til, og i noen grad kommer i stedet for innsats fra fastlegene.

### 10.6.2 Hvor mange sykepleiere vil det være behov for?

Som beskrevet i kapittel 4.4, viser vår kartlegging at 50 prosent av alle kommunale legekantor hadde sykepleiere ansatt på legekantoret før PHT-forsøket startet, mens det samme var tilfelle for 16 prosent av privateide legekantor. Ved forsøkets start var om lag 29 prosent av legekantorene i Norge kommunale.

Dersom vi som en forenkling legger til grunn at fordelingen av kommunale og private legekantor er lik for alle størrelser av fastlegekantor (definert ved listelengde), og at det på hvert legekantor med sykepleier er ansatt én sykepleier i en 100 prosent-stilling, finner vi at det i dag er om lag 200 sykepleierårsverk ved kommunale legekantor og 160 sykepleierårsverk ved private legekantor, til



**sammen om lag 360 sykepleierårsverk i fastlegetjenesten** (Tabell 10-6). I realiteten er det trolig ikke alle sykepleierne som er ansatt i 100 prosent-stilling, og det kan også tenkes at noen av legekantorene har flere sykepleiere ansatt og har mer enn ett sykepleierårsverk på legekantoret. Det faktiske antallet sykepleierårsverk ved legekantorene er derfor usikkert.

**Tabell 10-6 Anslag på antall sykepleierårsverk ved legekantor i Norge ved oppstart av forsøket med PHT**

	Anslag antall sykepleierårsverk
Kommunale legekantor	200
Privateide legekantor	160
<b>Sum</b>	<b>360</b>

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM

**Flertallet av legekantorene som deltar i forsøket med PHT, hadde sykepleier før de ble med i forsøket.** Ved de fleste av legekantorene med sykepleier gjorde sykepleier oppgaver eller prosedyrer som utløser legetakst, som spirometri, EKG, CRP, audiometri, øreskylling, vaksinerings, blodtrykkskontroller, oppfølging av LAR-pasienter og sårstell. Sykepleierne gjorde også helsesekretær oppgaver, kommunale oppgaver (oppgaver knyttet til flykninger, smittevern og vaksinerings) og oppgaver knyttet til legevakt eller akuttmedisin (betjene daglegevakt, ha ansvar for medisinkofferten til legevakt eller holde akuttkurs for turnusleger) (Abelsen, et al., 2019a). PHT-sykepleier gjør en del av disse oppgavene, og **ved en nasjonal utrulling av PHT, er det naturlig å tenke at en del av sykepleierne som allerede er ansatt ved legekantor, kan gå over i en rolle som PHT-sykepleier.**

Det er ikke avklart om alle legekantor kan få tilskudd til en PHT-sykepleier uavhengig av størrelse, eller om legekantorene må ha et visst antall listeinnbyggere. **Ettersom vi ikke vet hvor mange legekantor som eventuelt vil bli PHT-legekantor, er det utfordrende å anslå hvor mange sykepleiere det vil være behov for.** Tabell 10-7 angir hvor mange sykepleiere det kan bli behov for ved en nasjonal utrulling av PHT, gitt forutsetningen for dimensjonering av sykepleierressursen slik den er beskrevet for forsøket. Vi har i disse beregningene ikke inkludert forutsetningen om at alle legekantor som minimum skal ha en sykepleier i 100 prosent stilling. **Dersom alle legekantor ønsker å bli PHT, innebærer dette et behov for 1 560 sykepleiere.** Implementeringen av PHT er tenkt som en gradvis prosess over flere år, og i de nærmeste årene er det trolig et mer realistisk anslag å ta utgangspunkt i at **25 prosent av legekantorene innfører PHT, hvilket innebærer et behov for 390 sykepleiere,** hvorav en andel av de eksisterende sykepleierressursene i fastlegetjenesten trolig kan dekke en andel av behovet. Dersom eksisterende sykepleierressurser går over i en ny rolle, kan det imidlertid føre til behov for flere helsesekretærer for å dekke disse oppgavene.

**Tabell 10-7 Anslag på behov for sykepleierårsverk ved ulike alternativer for oppskalering av PHT**

Antall liste- innbyggere (min)	Antall liste- innbyggere (maks)	25 prosent av lege- kontorene innfører PHT	50 prosent av lege- kontorene innfører PHT	75 prosent av lege- kontorene innfører PHT	100 prosent av lege- kontorene innfører PHT	Alle legekontor med 2 400 liste- innbyggere eller mer	Alle legekontor med 3 600 liste- innbyggere eller mer
15 300		1	2	3	4	4	4
14 100	15 299	2	4	6	8	8	8
11 700	14 099	4	7	11	14	14	14
11 400	11 699	1	2	2	3	3	3
10 200	11 399	8	17	25	34	34	34
7 800	10 199	36	71	107	143	143	143
7 500	7 799	8	15	23	30	30	30
6 300	7 499	43	86	130	173	173	173
3 900	6 299	166	332	498	665	665	665
3600	3899	16	32	47	63	63	63
2400	3599	57	115	172	230	230	
	2 399	49	98	146	195		
<b>Sum</b>		<b>390</b>	<b>780</b>	<b>1170</b>	<b>1560</b>	<b>1365</b>	<b>1135</b>

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM

### 10.6.3 Hva vil sykepleierressursen koste?

Som tidligere beskrevet, er det ikke bestemt hvordan sykepleierressursen skal dimensjoneres ved en eventuell nasjonal utrulling av PHT. Helsedirektoratet har anslått at en sykepleierressurs i PHT i 2020 har en årsverkskostnad på 900 000 kroner<sup>16</sup>, inklusiv sosiale kostnader og overhead (f.eks. kontorplass).

Erfaringene fra forsøket viser at det er stor variasjon i hvilke oppgaver PHT-sykepleierne gjør, og forsøket har så langt ikke gitt klare svar på i hvor stor grad sykepleierne kan overta oppgaver fra fastlegene. Oppgaver som overføres fra fastlege til sykepleier innebærer at oppgaven løses på en billigere måte, og gitt at den løses til minst like god kvalitet, bidrar oppgaveoverføringen til en effektivitetsforbedring for samfunnet. I beregningen av samfunnsøkonomisk kostnad av sykepleierressursen, legger vi til grunn at sykepleierne overtar noen oppgaver fra fastlegene og at det oppstår en effektivitetsgevinst. Det er krevende å beregne hvor stor effektivitetsgevinsten er, men erfaringene fra forsøket er at den trolig er større enn null. Vi anslår at effektivitetsgevinsten utgjør 10 prosent, noe som tilsvarer en årsverkskostnad per sykepleier på 810 000 kroner. Offentlige utgifter medfører en kostnad for samfunnet, såkalt skattefinansieringskostnad, som beregnes ved et påslag på 20 prosent. **Dermed utgjør den samfunnsøkonomiske kostnaden av et sykepleierårsverk, fratrukket effektiviseringsgevinst, og inklusiv skattefinansieringskostnad, 972 000 kroner.**

For å finne den totale samfunnsøkonomiske kostnaden, må den antatte årsverkskostnaden multipliseres med det antatte behovet for PHT-sykepleiere ved en nasjonal utrulling. **Dersom halvparten av legekantorene i Norge innfører PHT, samt at PHT-legekantorene fordeler seg jevnt mellom legekantorer av ulik størrelse og vi bruker årsverkskostnaden med 10 prosent effektivitetsgevinst og skattefinansieringskostnad, finner vi at den årlige kostnaden for sykepleierårsverk i PHT blir 758 millioner kroner** (Tabell 10-8). Ettersom det er usikkert hvor stor effektivitetsgevinsten vil være, og at den trolig vil variere på tvers av legekantorer, har vi beregnet kostnaden ved sykepleierressurs i PHT etter ulike anslag for effektivitetsgevinst, fra ingen gevinst til og med 30 prosent gevinst.

<sup>16</sup> Enhetskostnaden er oppgitt i Helsedirektoratets egen kostnadsoversikt for PHT som evaluator har fått tilgang til.

**Tabell 10-8 Kostnad ved sykepleierressurs i PHT, inkludert skattefinansieringskostnad, mill. kroner, 2020**

Effektiviserings- gevinst	25 prosent av lege- kontorene innfører PHT (~390 sykepleier- årsverk)	50 prosent av lege- kontorene innfører PHT (~780 sykepleier- årsverk)	75 prosent av lege- kontorene innfører PHT (~1 170 sykepleier- årsverk)	100 prosent av lege- kontorene innfører PHT (~1 560 sykepleier- årsverk)
Ingen	421	842	1 263	1 684
10 prosent	379	758	1 137	1 516
20 prosent	337	674	1 011	1 347
30 prosent	295	590	884	1 179

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM. Beregningene er basert på antall årsverk presentert i Tabell 10-7 og anslag for den samfunnsøkonomiske kostnaden av et sykepleierårsverk (fratrasket effektiviseringsgevinst, og inklusiv skattefinansieringskostnad), som beskrevet i avsnitt 10.7.

## 10.7 Helsesekretærressursen i PHT

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

**Resultater fra spørreundersøkelsen til helsepersonell ved PHT-legekantor viste at nesten to av tre helsesekretærer oppga at deres rolle ved legekantoret hadde endret seg som følge av PHT, mens øvrige opplevde å jobbe på samme måte som før** (kapittel 5). De fleste som opplevde at deres rolle hadde endret seg, oppga at de hadde fått noen nye oppgaver, mens 8 prosent (fire personer) svarte at de hovedsakelig hadde måttet gi ifra seg oppgaver til annet helsepersonell.

**Fritekstsvar på spørreundersøkelsen ga også inntrykk av at det fortsatt er betydelige utfordringer knyttet til helsesekretærens rolle i PHT.** Blant de 51 helsesekretærene som svarte på undersøkelsen, oppga åtte av dem i fritekstsvar at helsesekretæren har en liten/ubetydelig eller ingen rolle i PHT. Flere opplevde at de ikke er en del av PHT og at de kunne bidratt mer.

Selv om 72 prosent av helsesekretærene i spørreundersøkelsen oppga at de i stor eller svært stor grad er fornøyde med jobben sin, gir spørreundersøkelsen uttrykk for at helsesekretærene er noe mindre fornøyde med jobben sin, og med PHT, sammenlignet med fastlegene og sykepleierne. Det er usikkert hvorvidt dette skyldes PHT eller andre forhold som påvirker helsesekretærenes jobbtilfredshet.

Alt i alt fremstår det som at man i forsøket med PHT ikke har klart å inkludere helsesekretærene, og dermed ikke klart å utnytte helsesekretærenes fulle potensial. Dersom PHT skal breddes til flere legekantor, vil det være nyttig med en tydeliggjøring fra sentralt hold av hvordan helsesekretæren kan bli en fullverdig part i PHT. Som del av evalueringen, har vi foreløpig ikke undersøkt hvordan helsesekretærens rolle bør utformes. Basert på helsesekretærenes egne vurderinger, utgjør de en uutnyttet ressurs. En mulighet kan være å **gi helsesekretæren en mer aktiv rolle** som koordinator i PHT, med ansvar for å formidle kontakt mellom PHT og andre tjenester.

## 10.8 Finansiering av PHT

Forsøket prøver ut to finansieringsmodeller – honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I Statusrapport II (Abelsen, et al., 2019b) beskrev vi finansieringsmodellene for PHT i detalj. Hvilken betydning finansieringsmodellen har for samfunnsøkonomisk lønnsomhet, avhenger av flere forhold som diskuteres i det følgende.

### 10.8.1 Hvilken finansieringsmodell vil legekantorene velge (hvis de får valgmuligheten)?

I både tidligere statusrapporter og i denne sluttrapporten har vi beskrevet valg av finansieringsmodell. Som beskrevet i kapittel 4.2, synes **valg av finansieringsmodell å henge sammen med legekantorets eierskap**:

- 10 av 11 privateide legekantor hvor legene er næringsdrivende, har valgt honorarmodellen. De to øvrige kommunale legekantorene som har valgt honorarmodellen, har legene særskilte avtaler med kommunen som ble gitt som begrunnelse for valg av honorarmodellen (Abelsen, et al., 2019a). **Hovedbegrunnelsen for å velge honorarmodellen, var at det er en kjent modell som ikke krever særlig omlegging.** Antagelsen var også at den i mindre grad ville endre den enkelte leges inntjening.
- Fire av de seks kommunalt eide legekantorene, har valgt driftstilskuddsmodellen. Disse fire legekantorene har fastlønnede leger. **Hovedbegrunnelsene for å velge driftstilskuddsmodellen, var at den inneholder få takster og ville gi bedre inntjening for kommunen/bydelen enn eksisterende finansieringsmodell.** Informantene oppfattet at driftstilskuddsmodellen bygger på en gjennomsnittlig takstinntekt for en fastlege og antok at dette gjennomsnittet ville ligge godt over de fleste fastlønnslegers takstinntekt i eksisterende finansieringsystem.

I kapittel 4.5 beskrev vi seleksjonen inn i finansieringsmodell. Med utgangspunkt i driftsinntektene ved legekantorene i perioden 2015 – 2018, beregnet vi hvor mye legekantorene vil ha tjent eller tapt (minustegn) ved å gå over til driftstilskuddsmodellen i disse årene. Vi fant at tre av fem legekantor som valgte driftstilskuddsmodellen har tjent på overgang, mens bare ett av åtte legekantor som valgte honorarmodell, ville tjent på en slik overgang.

Funnene fra forsøket tyder på at dersom legekantorene selv får velge mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, vil trolig næringsdrivende legekantor i større grad velge honorarmodellen, mens kommunale legekantor i større grad vil velge driftstilskuddsmodellen. Eierskap har statistisk signifikant betydning for valg av finansieringsmodell; nullhypotesen om at kommunale legekantor og legekantor med privat eierskap hadde lik sannsynlighet for å velge driftstilskuddsmodellen kan forkastes (p-verdi 0,028, ensidig Fischer-test). Den vanligste driftsformen i Norge er næringsdrift, noe som peker i retning av at flest legekantor vil velge honorarmodellen. Som beskrevet tidligere i denne rapporten (kapittel 4.2), viser vår kartlegging at 29 prosent av legekantorene på landsbasis var kommunalt eid. I 2020 hadde 14,8 prosent av fastlegepraksisene fastlønn.<sup>17</sup>

Seleksjonen inn i forsøket, og måten legekantorene jobbet på før de startet opp med PHT, vil trolig påvirke effektene av PHT ved det enkelte legekantoret.

### 10.8.2 Finansieringsmodellene har blitt justert underveis i forsøksperioden

Samtidig som teamarbeidet har blitt utviklet underveis i forsøksperioden, har takster og driftstilskudd også blitt justert underveis i perioden etter innspill fra deltakerne i forsøket. Legetakstene i honorarmodellen har blitt justert som en del av de årlige takstforhandlingene. Sykepleiertakstene har årlig blitt justert av HOD. I driftstilskuddsmodellen har det vært mindre justeringer av vektene for de enkelte komponentene i driftstilskuddet. Samtidig tyder innspill i intervjuer, og på samlinger med prosjektene, på at legekantorene også har lært underveis og at de har justert sin praksis i hvordan de takster. Det gjør det utfordrende å vurdere hvilken effekt finansieringsmodellene har for de ulike utfallene av PHT.

### Utvikling i takstinntjening for legekantor med honorarmodellen

Det er et mål i prosjektet at sykepleiers takstinntjening skal finansiere 50 prosent av kostnaden ved å ansette PHT-sykepleier i honorarmodellen. De resterende andelene finansieres ved hjelp av tilskudd per PHT-sykepleier fra staten. I driftstilskuddsmodellen er det ikke satt noen spesifikke forventninger knyttet til PHT-sykepleiernes taksinntjening.

**Per første halvår 2019, hadde ingen av de åtte legekantorene som prøver ut honorarmodellen, nådd opp i forventet 50 prosent taksinntjening fra sykepleiertakster** (Abelsen, et al., 2019b), og det var stor variasjon i sykepleiernes takstinntjening. Våre beregninger tydet på at honorarmodellen i startfasen hadde varierende innvirkning på legekantorenes inntjening per listeinnbygger. Som vist i

<sup>17</sup> Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2020. URL: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>

kapittel 8, ble i gjennomsnitt 33 prosent av sykepleierkostnaden takstfinansiert i 2021 (til og med september). Det er en stigende utvikling i takstinntjeningen gjennom året som trolig har med utviklingen i pandemien å gjøre. I september 2021 var prosentandelen 43. Det var variasjon mellom legekantorene som prøver ut honorarmodellen, når det gjelder hvor stor andel av PHT-sykepleierkostnaden som finansieres ved takstinntjening. **For 2021 fram til og med september, varierte prosentandel mellom legekantor fra 9 til 68.**

#### Utvikling for legekantor med driftstilskuddsmodellen

Per første halvår 2019, tydet våre beregninger på at inntjening per listeinnbygger økte i startfasen (de fire første månedene) av forsøket (sammenlignet med tilsvarende periode året før) ved alle de fem legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen (Abelsen, et al., 2019b). 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 82/18 mellom driftstilskudd og egenandeler.

#### 10.8.3 Hvilke erfaringer har legekantorene med finansieringsmodellen de har prøvd ut?

##### Legekantorene med honorarmodellen opplever i større grad usikkerhet om legekantorets inntjening

Data fra spørreundersøkelsen i 2019, viste at blant alle fastleger med honorarmodellen, oppga 62 prosent at de opplever noe eller stor usikkerhet om legekantorets inntjening. 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 var stor variasjon blant legene i hvilken grad de benytter seg av PHT-sykepleier, og at dette førte til at sykepleierne hadde mye ledig tid. Fastlegene svarte videre at de opplevde at PHT krevde at man bruker mye ulønnet tid på ledelsesarbeid. Dette svarer de selv om praksisene mottar 132 000 kroner per lege per år som blant annet skal dekke slikt arbeid. I intervjustudien snakket flere leger om hvordan honorarmodellen hadde påvirket deres egne takstinntekter, og 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». 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 var 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 var 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. Vårt inntrykk fra intervjuene og i samlinger med prosjektene, er at **endringene som har skjedd i takstene underveis langt på vei har endret vurderingen av honorarmodellen til å bli overveiende positiv**, men at informantene i intervjuer fortsatt snakker om takster de tenker mangler.

I spørreundersøkelsen i 2021 svarte fortsatt en betydelig andel av legene med honorarmodellen, 56 prosent, at de opplevde noe eller stor usikkerhet knyttet til legekantorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved sitt legekantor. Til sammenligning svarte 23 prosent av legene med driftstilskuddsmodellen at de opplevde noe usikkerhet, mens ingen av disse legene svarte at de opplevde stor usikkerhet. Dette gjenspeiler trolig at de fleste av legene med driftstilskuddsmodellen er fastlønnede. Lederne ved legekantorene (både med honorar- og driftstilskuddsmodellen) svarte i større grad enn de øvrige fastlegene at de ikke opplevde noen usikkerhet.

##### Legekantorene om fornøydhet med finansieringsmodellen de prøver ut

I intervjuundersøkelsen i 2021 spurte vi legekantorene om fornøydhet med finansieringsmodellen. De fleste av informantene ved legekantor med honorarmodellen var godt fornøyd og synes den fungerte godt, mens et legekantor var direkte misfornøyd med modellen og mente man hadde bommet på utformingen av modellen. Ved dette legekantoret opplevde legene at sykepleieren ga tap av inntekt. Samtlige informanter ved legekantor med driftstilskuddsmodellen var fornøyd med modellen. De fleste pekte på at modellen gir økonomisk handlingsrom, og at de har brukt midler på å utvikle teamarbeid. Ved ett legekantor kom de mindre godt ut økonomisk sammenliknet med de øvrige legekantorene. Informanter mente det hadde sammenheng med en ganske ung pasientpopulasjon og at alder er en drivende faktor i driftstilskuddsmodellen. Den samlede vurderingen var at driftstilskuddsmodellen har fungert bra med inntektsgarantien i forsøket.

I **spørreundersøkelsen i 2021** spurte vi også om erfaring med finansieringsmodellen for sykepleiere i primærhelseteam, og ba respondentene utdype i fritekstsvar hvordan de opplevde at den fungerer. Blant legene ved **legekontor med driftstilskuddsmodellen virker de fleste å være fornøyde** med finansieringsmodellen. Flere av legene har understreket at de mener det ikke er grunn til bekymring for at de økonomiske insentivene i modellen skal gi mindre aktivitet på legekontoret. En lege fortalte at selv om de har fastlønn fra kommunen, så har kommunen forventninger til inntjening fra kontoret og følger nøye med på dette. En lege skrev dette i fritekstsvar i spørreundersøkelsen:

*«Synes at driftstilskudd gir de riktige forutsetningene for å oppnå målene med PHT. Bør inkludere flere takster som viser tverrfaglig samarbeid.» (Fastlege ved legekontor med driftstilskuddsmodellen)*

**Noen av legene mener at beregningen av driftstilskuddet ikke tar tilstrekkelig høyde for unge listeinnbyggere med komplekse problemstillinger som psykiske lidelser og ruslidelser.** Ved et av legekontorene i forsøket utgjør denne gruppen en relativt stor andel av listepopulasjonen, og det har vært utfordrende for legekontoret å nå opp i samme inntjening som før forsøket. Sykepleierne ved legekontor med driftstilskuddsmodellen svarte kort på fritekstspørsmålet i spørreundersøkelsen som handlet om finansieringsmodellen, og vi vet derfor mindre om deres oppfatning. De som svarte på spørsmålet oppga at de var fornøyde med modellen, men en sykepleier skrev at hun var redd for å takste for lite eller feil.

Blant legene ved **legekontor med honorarmodellen er det noe blandede erfaringer med finansieringsmodellen.** I spørreundersøkelsen oppga 16 prosent av legene med denne modellen at de opplever stor usikkerhet om inntektsgenereringen, og blant disse var det flere som nevnte at dette er knyttet til usikkerhet ved å oppnå forventet inntjening for sykepleierne. Flere sykepleiere skrev også i fritekstsvar at de synes det er utfordrende å nå inntjeningsmålet. Sykepleierens svar tyder på at de opplever at ansvaret for å sørge for å nå målet om at 50 prosent av sykepleierressursen er finansiert gjennom sykepleiertakster ligger hos både fastlege og sykepleier – fastlegen må huske på å bruke sykepleieren, og sykepleieren må huske å takste. I tillegg tar det tid å bli vant med denne måten å jobbe på. En sykepleier skrev dette i fritekstsvar:

*«Det tar tid å skulle komme dit hvor en har nok konsultasjoner som vil kunne finansiere egen lønn. Dette krever samarbeid fra og med legene og at de i større grad husker å overføre pasienter til sykepleier. når dette vurderes å kunne være hensiktsmessig. Mange ganger er det lett å glemme hva de kan bruke sykepleier til og når, særlig i en travel, og litt annerledes, hverdag.» (Sykepleier ved legekontor med honorarmodellen)*

En sykepleier beskrev i intervju at det er utfordrende at det er så stort økonomifokus når hun opplever at hun har liten mulighet til å påvirke inntjeningen hvis ikke legene bruker henne aktivt. Flere sykepleiere skrev i fritekstsvar at de opplever at de har mange oppgaver som ikke genererer takster, og at koronapandemien har gitt dem enda flere slike oppgaver. En sykepleier skrev dette i fritekstsvar i spørreundersøkelsen:

*«Honorarmodellen fungerer godt, men kan oppleves som stressende. All aktivitet blir målt og det gjør det vanskelig å prioritere fagutvikling, administrative oppgaver og andre oppgaver som ikke utløser takster.» (Sykepleier ved legekontor med honorarmodellen)*

Funnene fra evalueringen tyder dermed på at blant deltakerne i forsøket, er det en **større andel som er fornøyde med finansieringsmodellen blant legekontor med driftstilskuddsmodellen, enn blant legekontor med honorarmodellen.** Honorarmodellen virker også å ha vært en stressende faktor for enkelte sykepleiere ved disse legekontorene. Samtidig viser våre analyser at det trolig er en større andel av landets legekontor som vil velge honorarmodellen (se avsnitt 10.8.1), noe som gir uttrykk for at denne modellen likevel er foretrukket. Et annet uttrykk for at honorarmodellen er foretrukket, er at ingen av de nye legekontorene i forsøket valgte driftstilskuddsmodellen selv om det synes å ha vært et mål med utvidelse å få prøvd den ut ved flere privat eide legekontor.

## 10.8.4 Hvilken betydning har finansieringsmodellen hatt for effekter av PHT?

### Funn fra intervjuundersøkelse

Det er krevende å identifisere hvilken betydning finansieringsmodellene har hatt for effekter av PHT. Dette har sammenheng med at valget av finansieringsmodell henger så tett sammen med legekantorenes eierskap, legenes tilknytningsform og en allerede utviklet arbeidsform og -kultur som i mange tilfeller har inkludert sykepleiere over lang tid (se kapittel 4). Takstinntjeningen synes i utgangspunktet å ha hatt ulik betydning i et kommunalt eid legekantor sammenliknet med et privat eid legekantor. **Sammenhengen mellom takst og inntekt for den enkelte er annerledes i de to situasjonene og det er mange utsagn fra intervjuene som tyder på at dette har betydning i det daglige arbeidet.** Ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, tyder funn fra intervjuene på at det er brukt mer ressurser på kollektive prosesser som handler om å få alle med på utviklingsarbeidet knyttet til PHT. Flere informanter har pekt på at **driftstilskuddsmodellens store grad av frikobling fra takster har gitt frihet og rom for denne måten å jobbe på.** Ved flere av legekantorene som prøver ut honorarmodellen, tyder funn fra intervjuene på at utviklingsarbeidet knyttet til PHT ikke nødvendigvis har samme grad av kollektiv orientering som handler om å involvere alle. Dette kan ha sammenheng med manglende takster for denne typen arbeid som mer eller mindre ubevisst er styrende for arbeidet. Et eksempel på denne ulikheten er at det ved noen legekantor som prøver ut honorarmodellen, er etablert faste møter mellom PHT-leder og PHT-sykepleier(e), mens det ved legekantor i driftstilskudd er valgt en struktur med faste møter mellom den enkelte lege og PHT-sykepleier(e). Det kan være til hinder for god implementering av PHT på nye legekantor, dersom arbeid med utvikling av teamarbeid ikke finansieres utover eksisterende takster. Som del av forsøket, har Helsedirektoratet ytt tilskudd til den enkelte lege som er med i forsøket. Dette er grunn til å tro at det er brukt ulikt ved legekantorene. Noe av tilskuddet er trolig brukt til å finansiere de kollektive utviklingsprosessene for PHT. Vi bemerker også at driftstilskuddsmodellen har gitt en annen økonomisk trygghet enn honorarmodellen under koronapandemien.

### Funn fra spørreundersøkelser

Vi har undersøkt om det er forskjeller i svarfordelingene i spørreundersøkelsen blant leger med honorarmodellen sammenliknet med leger med driftstilskuddsmodellen, på utvalgte spørsmål som dekker de ulike temaene i undersøkelsen. I disse analysene har vi ikke inkludert legekantorene som ble med i forsøket i 2020. Oppsummert finner vi:

- **Ingen forskjeller mellom de to modellene for spørsmål knyttet til arbeidsmiljø, med unntak av spørsmålet om følelse av tilhørighet til arbeidsplassen** (spørsmål 15, Vedlegg C.1). Det var en signifikant ( $p=0,037$ ) høyere andel av fastlegene med driftstilskuddsmodellen som oppga at **PHT har påvirket følelsen av tilhørighet til arbeidsplassen positivt.** Betydningen av dette resultatet bør tolkes med varsomhet. Det at færre leger med honorarmodellen opplever at PHT har hatt en positiv påvirkning på tilhørighet til arbeidsplassen betyr ikke nødvendigvis at de i mindre grad enn fastlegene med driftstilskuddsmodellen opplever tilhørighet til arbeidsplassen. **Det kan hende fastlegene med honorarmodellen i utgangspunktet opplevde sterk tilhørighet til arbeidsplassen, og at PHT ikke påvirket tilhørigheten ytterligere.** Vi har ikke data som kan beskrive i hvilken grad legene opplevde tilhørighet til arbeidsplassen ved oppstart av forsøket.
- En signifikant forskjell ( $p=0,022$ ) i svarfordeling på hvorvidt legene opplever å jobbe i tråd med definisjonen på et team; der **leger i driftstilskuddsmodellen i større grad enn leger i honorarmodellen opplevde å jobbe i tråd med team-definisjonen.**
- Ingen forskjell i hvorvidt legene opplevde at fastlege og sykepleier utfylte hverandre på en god og hensiktsmessig måte.
- En signifikant forskjell ( $p=0,037$ ) i svarfordeling knyttet til hvorvidt de opplever å ha tilstrekkelig tid til å lede et team, der **en betydelig større andel av fastlegene i honorarmodellen svarer at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig tid til å lede et team**
- Ingen forskjell i tid brukt til kommunikasjon og møter hvor temaet er relatert til PHT.
- At legene ved legekantor med driftstilskuddsmodellen er signifikant mindre fornøyde enn legene ved legekantor med honorarmodellen med samhandlingen med alle deler av spesialisthelsetjenesten (spørsmål 22, Vedlegg C.1), samt med samhandlingen med psykisk helse og rus innen primærhelsetjenesten (spørsmål 23, Vedlegg C.1). Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si om det skyldes PHT eller andre forhold.

- I delkapittel 5.10 presenterte vi helsepersonellens vurderinger av gevinster for pasientene. Når vi sammenlignet svarene for respondentene tilknyttet legekantor med hver av finansieringsmodellene, fant vi at **respondenter fra legekantor med driftstilskuddsmodellen var signifikant mer positive for påstanden om at PHT bidrar til; (1) en riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp, (2) bedre helse blant enkeltpasienter, (3) at pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom, og (4) kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret.** Vi fant ingen signifikante forskjeller på de øvrige påstandene. Dette kan være et uttrykk for at respondenter ved legekantor med driftstilskuddsmodellen i større grad har positive erfaringer med disse gevinstene enn legekantor med honorarmodellen.

### Funn fra registerdata

I kapittel 9 beskriver vi effekten av PHT på bruk av helsetjenester ved hjelp av registerdata. Vi undersøker både bruk av helsetjenester på fastlegekantoret, i legevakt og i spesialisthelsetjenesten. Vi forventer effekter på de tjenestene som leveres av legekantoret. Tidsperioden kan være for kort til å finne effekter av god behandling på fastlegekantoret på tjenester i spesialisthelsetjenesten. Vi identifiserer tjenester fra legekantoret ved hjelp av utløste takster. **I driftstilskuddsmodellen er det bare et lite antall takster som er egnet til å identifisere helsetjenester.** Dette medfører at **det er lite tallmessig informasjon om virksomheten i legekantor med driftstilskuddsmodellen.**

**Det er flere indikatorer på at behandlingen på legekantor med honorarmodellen har blitt bedre etter at forsøket med PHT startet.** Det er en betydelig økning i årskontroll for pasienter med diabetes type 2. Det er videre en økning i antallet spirometrier, som ofte inngår som en del av årskontrollen for pasienter med kols. Vi finner også en økning i antallet hjemmebesøk til pasienter med ruslidelse og til skrøpelige eldre og multisyke etter at forsøket med PHT startet. For flere pasientgrupper finner vi en reduksjon i antall dager fra utskrivning fra sykehus til første kontakt med legekantoret. **Indikatorene tyder på at honorarmodellen har medført bedre oppfølging av målgruppene.**

**På grunn av få takster er det ikke samme mulighet til å identifisere forbedret oppfølging av prioriterte brukergrupper i driftstilskuddsmodellen.** Underveis i forsøket fikk man en takst for hjemmebesøk, men vi har foreløpig ikke funnet signifikant effekt på hjemmebesøk i denne gruppen. Det skjer en registrering av antallet pasienter med kols og antallet pasienter diabetes type 2 som får utarbeidet individuell behandlingsplan. Siden det ikke var noe slik registrering før forsøket med PHT, er det ingen informasjon om PHT har medført en endring i antallet pasienter som får slike behandlingsplaner. Det er også en registrering av antallet pasienter som får legemiddelgjennomgang av fastlege og PHT-sykepleier. Det er samtidig ingen registrering før forsøket startet. Vi kan derfor ikke vite om det har blitt flere eller færre av denne typen legemiddelgjennomgang etter oppstart av PHT. **Vi finner noen indikatorer på bedre oppfølging av prioriterte pasientgrupper også i driftstilskuddsmodellen;** det har blitt kortere tid fra sykehusutskrivning til første konsultasjon med legekantoret for pasienter med diabetes type 2, for pasienter med ruslidelse og for skrøpelige eldre og multisyke, og det har også blitt en økning i det samlede antall konsultasjoner for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse.

### Funn fra litteraturen – på hvilken måte påvirkes helsepersonells atferd av finansieringsmodellen?

Det finnes en omfattende litteratur om virkninger av alternative finansieringsmodeller på individer og organisasjoners tilpasning (Culyer, et al., 2000; Pauly, et al., 2012). Helsepersonells beslutninger om hvor en ønsker å arbeide (for eksempel primærlegetjeneste eller spesialisthelsetjeneste) og hvor mye en ønsker å arbeide vil påvirkes av både betaling og det vi kan kalle *arbeidsvilkår*. Hovedresultatet i litteraturen er at større betaling (for uendrede arbeidsvilkår) gjør det mer attraktivt å utføre en bestemt arbeidsoppgave. Tilsvarende vil endringer i arbeidsvilkår som enkeltindividet opplever som forbedringer (for uendret betaling), gjøre det mer attraktivt å utføre arbeidet. Ulike individer kan ha ulik oppfatning om hvorvidt endringer i arbeidsvilkår er en forbedring. For eksempel, kan det tenkes at endringer med mer teamarbeid oppleves som en forbedring av arbeidsvilkårene for enkelte individer samtidig som andre har motsatt opplevelse. Siden arbeidsvilkårene ikke er målbare i samme grad som betalingen gir ikke litteraturen generelle, entydige svar på hvordan tilpasninger endrer seg når betaling og arbeidsvilkår endrer seg samtidig. For både driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen er deltakelse frivillig, og arbeidsvilkårene og betalingen endret seg samtidig. Av den grunn er det ikke uten videre et trivielt skille mellom de endringer i praksisprofilen til det enkelte legekantor som er



forårsaket av endret finansieringsmodell og de endringer i praksisprofilen som er forårsaket i endrede arbeidsvilkår på det enkelte legekontor.

### 10.8.5 Hvordan blir finansieringsmodellene videre?

Vi vet ikke hvordan finansieringsmodellene vil utformes ved en eventuell nasjonal utrulling av PHT, eller hvorvidt det vil tilbys et valg mellom to ulike modeller, og hvordan legekantorene vil tilpasse seg etter dette. Det er derfor utfordrende å peke på hvilken betydning finansieringsmodell vil ha for effektene av PHT utenfor en forsøksituasjon. Mange andre faktorer, særlig driftsform, vil trolig også påvirke hvordan PHT vil fungere ved de ulike legekantorene.

## 10.9 Effekter

I dette delkapitlet drøfter vi måloppnåelse for de ulike effektmålene med forsøket basert på det samlede informasjonsgrunnlaget i evalueringen.

### 10.9.1 Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam

Å vurdere måloppnåelse på dette effektmålet er utfordrende av mange grunner; pasienter/brukere i målgruppen har svært ulike helseutfordringer og også ulike utgangspunkt for å kunne oppnå en bedre helsetilstand over tid, eller bedre mestring av denne. Vi har undersøkt effekten på helsetilstand og mestringsevne gjennom metodetriangulering, som beskrevet tidligere i rapporten<sup>18</sup>.

Våre analyser av både registerdata og intervjuer viser at legekantorene arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper, særlig når det gjelder å arbeide mer proaktivt, samt gjennomføring av årskontroller for diabetes som sekundærforebyggende tiltak.

Fra intervjuene har vi også eksempler på pasienter som opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Pasientene som er intervjuet, hadde alle hatt et stabilt forhold til sin fastlege og snakket om endringer de hadde erfart med at det som før var vanlig fastlegeoppfølging, nå var blitt PHT. Pasientene hadde i tillegg erfart oppfølging fra PHT over tid. De snakket om at endringen hadde ført til at de opplevde å være bedre ivaretatt, hadde større kunnskap om egen sykdom, i større grad sett, forstått, tatt med i dialog og tatt på alvor. Pasienter snakket om virkninger av dette som tyder på økt mestring av egen situasjon og helsetilstand og økt livskvalitet (se Statusrapport III, kapittel 5; (Abelsen, et al., 2021)).

Også funn fra spørreundersøkelsene tyder på at de ansatte ved legekantorene i stor grad opplever at pasientene får bedre oppfølging og opplæring i egen sykdom, som videre bidrar til bedre helse og mestring.

Resultatene fra vår spørreundersøkelse til listeinnbyggere er mer usikre når det gjelder hvorvidt PHT bidrar til bedre helse og mestring. Undersøkelsen viser ikke endringer i helserelatert livskvalitet for listeinnbyggere med kroniske luftveissykdommer eller listeinnbyggere over 70 år generelt. Derimot finner vi at **PHT er assosiert med en unngått forverring i helserelatert livskvalitet (EQ-5D) på 0,0743 for pasienter med psykisk sykdom** sammenlignet med kontrollgruppen mellom 2018 og 2020. For pasienter med diabetes, observerer vi en signifikant reduksjon i helserelatert livskvalitet mellom 2018 og 2020, men denne nedgangen observeres også i kontrollgruppen og bør dermed trolig tilskrives andre faktorer enn PHT. En svakhet ved denne undersøkelsen er at den ikke identifiserer listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT.

### 10.9.2 Økt pasient- og brukertilfredshet

**Funn fra intervjuer med pasienter tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet.** Intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport III, viste at det sett fra pasientens perspektiv er mulig å oppnå bedre kontinuitet med PHT. Pasientene snakket mye om endringer i behandlingen med mer

<sup>18</sup> For å evaluere måloppnåelse, har vi benyttet ulike informasjonsgrunnlag og analysemetoder. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter ved PHT-legekantor og legekantor i en kontrollgruppe. Helsetilstand er undersøkt ved å bruke det standardiserte spørreskjemaet EQ-5D-5L som måler helserelatert livskvalitet hos brukeren. Undersøkelsen ble distribuert til et tilfeldig utvalg av listeinnbyggere i 2018 og 2020. Det er ikke mulig å følge enkeltindivider over tid, og effekter på helserelatert livskvalitet måles derfor på gruppenivå. Vi har også gjennomført intervjuer med pasienter, pårørende og helsepersonell på ulike tidspunkter gjennom hele forsøksperioden.

helhet og mer koordinering som vi tolker som økt behandlingskontinuitet. Mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell med PHT gir indikasjon om økt informasjonskontinuitet. Sett fra pasientens side er det også tegn til at den relasjonelle kontinuiteten kan styrkes. Både pasienter og pårørende setter pris på kontakten med sykepleier, men ser den ikke som erstatning for relasjonen til fastlegen. Intervjuene tyder videre på at pasienter kan oppleve økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Flere pasienter fortalte at det er mye de kan avklare med sykepleieren uten at de trenger å kontakte fastlegen. De satte også pris på kontaktmulighetene som ikke innebærer tradisjonelle konsultasjoner på legekantoret.

**Analyser av spørreundersøkelsene til listeinnbyggere viser imidlertid få signifikante endringer i fornøydhetsnivået med oppfølgingen på fastlegekontoret over tid, men undersøkelsen har ikke identifisert listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT, i tillegg til at koronapandemien gjør det vanskelig å tolke resultatene.** Den andre undersøkelsen ble gjennomført høsten 2020, og det er derfor sannsynlig at svarene er påvirket av pandemien. Bruken av en kontrollgruppe i analysen skal i utgangspunktet ta ut effekter av fenomen som påvirker både PHT-legekantor og legekantor i kontrollgruppen i likt omfang, men koronapandemien førte til så store endringer i samfunnet at vi mener at resultatene bør tolkes med forsiktighet. Dessuten bør det nevnes at de ansatte ved PHT-legekantorene melder om at under pandemien ikke har kunnet jobbe med PHT som ønsket, slik at listeinnbyggerne i praksis kanskje ikke har fått PHT-oppfølging i den grad de ville fått hvis det ikke var pandemi. Alt dette svekker våre muligheter for å identifisere virkninger av PHT.

**Analyser av listeinnbyggerundersøkelsen viser at det for listepopulasjonen generelt ikke er signifikante endringer i fornøydhetsnivået med fastlegen mellom 2018 og 2020** (vedlegg B.2). Listeinnbyggerne ved legekantor i forsøket virket ikke å være mer fornøyde med fastlegets tjenesten enn listeinnbyggere ved kontrollkantor. Vi fant heller ingen endringer når det gjelder; fornøydhetsnivået med ventetid for å få time, opplevd mulighet til å påvirke egen behandling (brukermedvirkning), fornøydhetsnivået med samhandling med hjemmetjeneste eller sykehus (hvis dette var relevant), eller samlet pasient- og brukertilfredshet. Likevel finner vi at særlig **diabetespasienter opplever økt fornøydhetsnivået med fastlegen sin sammenlignet med diabetespasienter i kontrollgruppen.**

**Analyser av registerdata gir også indikasjon på økt tilfredshet ved legekantorer i PHT;** som vist i delkapittel 4.7, fant vi at **ventelistene for å knytte seg til en fastlege økte ved PHT-kantor med driftstilskuddsmodellen** (hvor to av legekantorene stod for økningen) sammenlignet med landets øvrige legekantor. Vi fant også at det var **færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen** enn fra legekantor utenfor forsøket.

Som en del av sitt arbeid med brukermedvirkning har noen legekantor gjennomført egne brukerundersøkelser. Vi har ikke vært involvert i gjennomføringen av disse, men vi har fått tilsendt resultater fra tre legekantor. Disse gir noe støtte for at pasienter som har fått oppfølging av PHT, opplever et bedre tilbud på legekantoret.

Det er så langt i forsøket ikke gjort noen egen intervjustudie blant **pårørende** til pasienter som har fått oppfølging fra PHT, men noen pårørende var inkludert i intervjustudien som ble gjort blant pasienter i 2020. **De pårørende var samstemte om at oppfølgingen fra PHT hadde vært bedre enn den oppfølgingen de hadde erfart fra den vanlige fastlegets tjenesten tidligere.** Det kom eksempelvis fram at pårørende til en multisyk eldre som bodde hjemme med hjemmesykepleie, opplevde at sykepleieren i PHT bidro til bedre oppfølging og avlastning. Den økte tilgjengeligheten med PHT opplevdes svært avlastende da den eldre kunne ringe til sykepleier, i stedet for pårørende, og få svar på sine mange spørsmål. Det at sykepleier kom på hjemmebesøk gjorde også at pårørende slapp å bruke tid på å få den eldre, som ikke kan gå selv, til legekantor for nødvendige rutineundersøkelser. Pårørende opplevde også at PHT-sykepleieren hadde styrket deres posisjon i dialogen om oppfølgingen fra hjemmesykepleien (Statusrapport III, kapittel 5; (Abelsen, et al., 2021)). En pårørende til en utviklingshemmet beboer i tilrettelagt bolig som ble fulgt opp av PHT, fortalte om en helt annen type oppfølging av beboeren enn før. Med PHT fikk beboeren en mer kontinuerlig medisinsk oppfølging enn før og en helt annen og mer våken hverdag. Pårørende opplevde PHT-oppfølgingen som et svært positivt framskritt (Statusrapport III, kapittel 7; (Abelsen, et al., 2021)).

### 10.9.3 Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget

For å belyse dette temaet har vi brukt spørreundersøkelser til listeinnbyggere og helsepersonell (både på og utenfor legekontor), samt intervjuer med representanter for de samme målgruppene.

**Intervjuer med både pasienter og helsepersonell gir flere eksempler på hvordan PHT har ført til bedre koordinering og sammenhengende oppfølging.** Intervjuundersøkelsene gjennomført i forbindelse med Statusrapport III viste at PHT kan bidra til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for utvalgte pasientgrupper. I intervjuundersøkelsen blant pasienter fortalte flere om at det hadde skjedd relativt store endringer i måten de ble fulgt opp for sine plager fra den vanlige fastlegeoppfølgingen til oppfølging fra PHT. **Endringene handler om større grad av kontinuitet og plan i behandlingen, samt mer helhet og koordinering fra fastlegekontorets side.** Pasienter med kroniske sykdommer som diabetes og kols, fortalte om etablering av planlagt og systematisk oppfølging og vekslende konsultasjon med henholdsvis lege og sykepleier. Pasienter med behov for livsstilsendringer fortalte om etablering av tilrettelagte systematiske forløp med hyppig kontakt i en periode, i hovedsak med sykepleier. Eldre, multisyke pasienter fortalte om en ny tett og hyppig kontakt med sykepleier som ofte kommer hjem til dem og gjennomfører prosedyrer og undersøkelser som de tidligere måtte komme til legekantoret å få gjort (Statusrapport III, kapittel 5; (Abelsen, et al., 2021)).

**I intervjuundersøkelsen blant ansatte i andre kommunale tjenester trakk flere informanter fram at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. PHT bidrar til mer helhetlig tenkning rundt brukere, ikke bare fokus på det de selv oppsøker legen for.** Siden PHT-sykepleierne drar på hjemmebesøk, avdekker de fallering og behov for mer eller annen type hjelp hos hjemmeboende brukere tidligere enn før. Legetjenesten tar mer kontakt via PHT-sykepleierne fordi de er mer hjemme hos brukere, har mer tid til dem og er opptatt av andre forhold ved brukeren enn de rent medisinske. PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten utover det som er direkte sykdom og det tas mer tak i helheten i pasienters problematikk. Informantene var også klar på at PHT bidrar til at de selv kan gi en bedre tjeneste og til at de avlastes. **PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i tilgangen til fastleger.** Ansatte i andre kommunale tjenester opplever PHT som en mer fleksibel og velvillig arbeidsmåte hvor det er mer fortlgang i ting (kapittel 6.1).

**Funnene fra årets spørreundersøkelse til de ansatte på fastlegekontorene bekrefter dette funnet.** Mange av fastlegene oppga at de i stor eller svært stor grad opplever at PHT bidrar til bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov (61 prosent), bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov (57 prosent), at pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom (49 prosent), at de i større grad identifiserer enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp (50 prosent) og økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov (48 prosent) (spørsmål 26 vedlegg C.1).

**PHT med tettere oppfølging av pasienter i målgruppen kan tenkes å medføre kortere tid fra utskriving fra sykehus til første konsultasjon med primærhelseteamet.** Basert på registerdata har vi derfor analysert andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 og 30 dager etter utskriving fra sykehus. For pasienter med diabetes type 2 ved legekantor med driftstilskuddsmodellen, finner vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager. I honorarmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som har første konsultasjon innen 30 dager. For pasienter med ruslidelse finner vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager etter utskriving ved legekantor med driftstilskuddsmodellen. Innenfor honorarmodellen finner vi en reduksjon i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving. For skrøpelige eldre og multisyke er det en betydelig økning i andelen pasienter som får konsultasjon med legekantor i driftstilskuddsmodellen innen 7 dager etter utskriving. Vi finner også en signifikant effekt for pasienter i legekantor med honorarmodellen. For psykisk utviklingshemmede og pasienter med kols eller psykisk sykdom, finner vi ingen reduksjon i tid fra innleggelse til konsultasjon verken for pasienter i driftstilskuddsmodellen eller for pasienter i honorarmodellen. Det er betydelig variasjon mellom legekantorene.

**Samlet sett viser intervjustudien, spørreundersøkelsesdata og registerdata at PHT virker å bidra til mer koordinerte og sammenhengende tjenester for noen grupper, og på lengre sikt kan det tenkes at dette vil gjelde flere pasientgrupper enn det gjør i dag.**

Det er noe overlapp mellom dette effektmålet og målet om «Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten». Dette effektmålet er drøftet i avsnitt 10.9.5.

#### 10.9.4 Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester

Dette effektmålet kan forstås som at bedre oppfølging med PHT, bidrar til å forhindre eller utsette komplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer. Indikatorer på sykdomskomplikasjon kan være bruk av legevakt, akuttinnleggelse på sykehus samt mer omfattende bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, men kan også være redusert helserelatert livskvalitet. Samtidig som PHT kan bidra til dette gjennom bedre oppfølging, kan PHT, i alle fall i en oppstartsfase, bidra til økt behov som følge av mer systematisk tilnærming til målgruppene (som beskrevet i kapittel 5). **Vår vurdering er at vi ikke kan si noe sikkert om hvorvidt PHT bidrar til å redusere forekomsten/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, særlig på grunn av tidsperspektivet i evalueringen.**

Likevel svarer en betydelig andel (mer enn 50 prosent på tvers av spørsmålene og for de ulike yrkesgruppene) av helsepersonell på legekantor i spørreundersøkelsen at PHT bidrar i stor eller svært stor grad til bedre helse blant enkeltpasienter, bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov, bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov, at pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom, samt at de i større grad identifiserer enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørrere"). Samlet sett, og i lys av funn fra intervjuer og registeranalyser, tyder dette på at kvaliteten på oppfølgingen har økt og at legekantorene arbeider mer proaktivt og dermed mer forebyggende. På sikt kan denne nye måten å jobbe på, bidra til måloppnåelse på dette effektmålet.

#### 10.9.5 Bedre samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten

**Årets intervjuundersøkelse viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før.** I flere kommuner fortalte informantene at de har jobbet sammen med andre kommunale tjenester for å utvikle PHT slik at det skal passe i den lokale settingen. PHT-sykepleieren oppleves blant annet som et viktig bindeledd til/fra fastlegen, som en nyttig sparringspartner og som fastlegens og legekantorets utstrakte arm fordi de er på hjemmebesøk hos pasienter. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. I en del av de folkerike kommunene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester, men også i disse kommunene er det viktige nyanser i hvordan PHT oppfattes.

Intervjuundersøkelsen med ansatte i spesialisthelsetjenesten gir ikke holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer i samhandlingen med fastlegekantorene. Det har vært utfordrende å kartlegge erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten, særlig fordi det har vært vanskelig å komme i kontakt med informanter som har god kjennskap til PHT. Dette gir en pekepinn på at samhandlingen i mange tilfeller har vært relativt begrenset. Det at det var vanskelig å finne frem til informanter i spesialisthelsetjenesten, kan også delvis skyldes at PHT-legekantorene utgjør en liten del av opptaksområdet til sykehusene, og at de dermed forsvinner i det store bildet. Den begrensede samhandlingen innebærer også at det i liten grad har skjedd endringer på dette området, og kontakten virker i hovedsak å foregå som før. Et av legekantorene i forsøket fortalte at de hadde opplevd en forbedring i kontakten fordi de nå hadde en psykiatrisk sykepleier. Sykepleieren bidro til at de nå skrev bedre henvisninger for psykisk syke pasienter. Erfaringene med samhandling mellom PHT og andre deler av helsetjenesten er beskrevet nærmere i kapitlene 5.7, 5.8 og 6.

**Årets spørreundersøkelse viste at de ansatte på legekantorene opplever at det er et forbedringspotensial når det kommer til samhandlingen med andre deler av helsetjenesten.**

Fastlegene var mest fornøyd med samhandlingen med hjemmetjenesten (gjennomsnittsscore 1,6 på en skala fra veldig misfornøyd (-3) til veldig fornøyd (+3)) og minst fornøyd med samhandlingen med psykisk helsevern (gjennomsnittsscore 0,3). Gjennomsnittsscorene for samhandling med andre deler av helsetjenesten er på samme nivå som tidligere år.

I spørreundersøkelsen til listeinnbyggere er det stilt flere spørsmål som relaterer til dette temaet. **Blant diabetespasienter finner vi en signifikant forbedring i fornøydhet med samhandling mellom hhv fastlege og hjemmetjenesten og fastlege og sykehus sammenlignet med listepasienter i**

**kontrollgruppen.** For øvrige målgrupper finner vi ikke støtte for at pasientene opplever bedre koordinerte og sammenhengende tjenester.

### 10.9.6 Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Dette effektmålet overlapper med « redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester », som beskrevet i delkapittel 10.9.4. « Bedre ressursbruk » innebærer ikke nødvendigvis at samlet ressursbruk reduseres, men at de riktige tjenestene tilbys til rett tid på riktig tjenestenivå og til rett pasient.

I evalueringen finner vi ulike funn som peker i retning av bedre samlet ressursbruk:

- I intervjuundersøkelsen fikk vi innspill om at flere leger mente sykepleierressursen hadde gjort legekantoret bedre i stand til å følge opp listeinnbyggere som skrives ut fra sykehus, med et videre hjelpebehov. Flere mente at dette **forebygger reinnleggelser** (delkapittel 5.8).
- I intervjuundersøkelsen fortalte leger ved et legekantore som har psykiatrisk sykepleier i PHT, at sykepleieren bidro til at de kan skrive **mye bedre henvisninger for psykisk syke pasienter**. I motsetning til tidligere, opplevde de nå få avslag. Den psykiatriske sykepleieren hadde bidratt til at de er bedre kjent med kriteriene som legges til grunn, for å få en pasient inn i spesialisert behandling (delkapittel 5.8).
- Flere informanter fra hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus ga uttrykk for at brukere med omfattende behov **får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før**. Informanter på tjenestenivå både fra hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus fortalte at **PHT bidrar til at de selv kan gi en bedre tjeneste og til at de avlastes** (delkapittel 6.1.2).
- Funn fra spørreundersøkelsen til ansatte ved legekantore tyder på en **god arbeidsdeling mellom fastlege og sykepleier, og at sykepleiere avlastet fastlegen for oppgaver** (kapittel 5). Fastlegene opplever ikke at sykepleieren bidrar til å frigjøre tid, men at de får mer tid til å følge opp pasientene på en måte de ønsker seg, slik at de kan yte helsehjelp av god kvalitet.

For de sentrale målgruppene i forsøket, finner vi følgende endringer i ressursbruk (kapittel 9):

- **Pasienter med diabetes type 2** hadde **10 prosent flere konsultasjoner med lege- og PHT-sykepleier** i driftstilskuddsmodellen. Økningen i honorarmodellen er ikke statistisk signifikant. Vi fant også en tilnærmet **dobling i antall årskontroller** per pasient med diabetes type 2 i legekantore med honorarmodell i PHT-forsøket sammenlignet med kontrollkantore. I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst for årskontroll. For pasienter i driftstilskuddsmodellen, har det vært en økning i bruk av legevakt i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen siden forsøket startet. Vi har ikke undersøkt hvorvidt ulik organisering av legevakt har påvirket resultatene. Det var ingen endring i polikliniske konsultasjoner eller innleggelser i forhold til kontrollgruppen etter at forsøket startet. Vi har også undersøkt innleggelser med en rekke diagnoser som er knyttet til makrovaskulære og mikrovaskulære tilstander samt andre akutt-tilstander som beskrevet i Andersson et al (2020). Vi fant ingen reduksjon i disse innleggelsene i PHT-kantorene i forhold til kontrollkantorene. Når det gjelder tid fra utskrivning fra sykehus til første konsultasjon med primærhelseteamet, finner vi i driftstilskuddsmodellen en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager. I honorarmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som første konsultasjon innen 30 dager.
- **Pasienter med kols:** det har vært en statistisk signifikant (10 prosent nivå) **økning i det samlede antallet konsultasjoner i legekantore med honorarmodellen** i forhold til kontrollgruppen for pasienter med kols. At vi ikke finner en lignende statistisk signifikant økning for PHT med driftstilskuddsmodellen, kan skyldes at ikke alle konsultasjoner har takster i denne finansieringsmodellen. Vi fant også en statistisk signifikant **økning i antallet spirometri** i legekantore med honorarmodellen i forhold til de andre legekantorene. Vi fant ingen statistisk signifikant endring i bruk av legevakt i forhold til pasienter i kontrollkantorene verken i honorarmodellen eller i driftstilskuddsmodellen, og heller ingen statistisk signifikante endringer i antallet polikliniske konsultasjoner eller i antallet innleggelser i forhold til kontrollkantorene verken generelt eller med de diagnosene som karakteriserer kols.
- **Psykisk utviklingshemmede:** Vi finner ingen endringer i det samlede antall konsultasjoner med fastlege og sykepleier i forhold til kontrollkantorene, og heller ingen endring i andelen pasienter

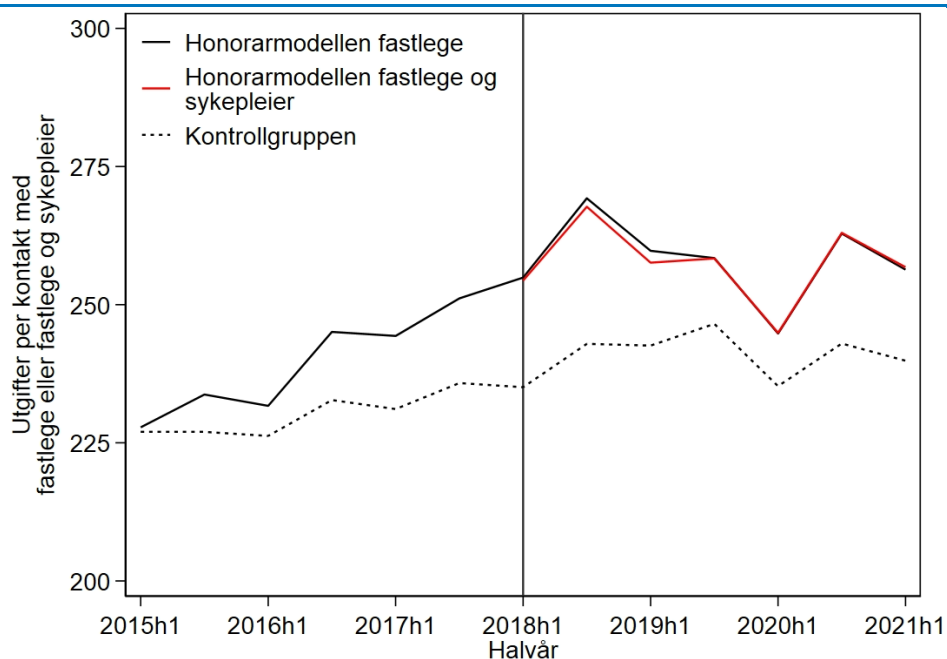
med psykisk utviklingshemming som får årlig fullstendig undersøkelse ved legekantoret. Vi finner ingen endring i bruk av legevakt i forhold til kontrollkontorene. Vi finner derimot **en reduksjon i antallet innleggelser** for personer med utviklingshemming i driftstilskuddskontorene sammenlignet med kontrollkontorene. Det er **reduisert bruk av poliklinikk blant kontor med honorarmodell** i forhold til kontrollkontorene. Dersom vi tar utgangspunkt i de ICD-10 diagnosene som definerer psykisk utviklingshemming, finner vi også redusert bruk av poliklinikk blant kontor med honorarmodell i forhold til kontrollkontorene. Vi finner ingen endring i andelen pasienter som får konsultasjon med legekantoret 7 dager eller 30 dager etter utskriving.

- **Pasienter med psykisk sykdom:** Det samlede **antallet konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier har økt i honorarmodellen** i forhold til kontrollgruppen. Det er ingen endring i bruk av legevakt for denne gruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Det er ingen endring i bruk av poliklinikk. Når vi ser på PHV spesielt, er det en **reduksjon i bruk av poliklinikk i honorarmodellen** som er statistisk signifikant på 10 prosent nivå ( $p = 0,058$ ). Det er en **reduksjon i antallet innleggelser i driftstilskuddsmodellen både i NPR somatikk og i PHV**. Det er en **økning i antallet innleggelser blant pasienter i honorarmodellen når vi undersøker psykiatridiagnosene**. Vi finner ingen endring i andelen pasienter som har konsultasjon med fastlege eller PHT-sykepleier innen 7 dager eller innen 30 dager etter utskriving.
- **Pasienter med ruslidelse:** det har vært en **økning i det samlede antall konsultasjoner både med fastlege og med PHT-sykepleier og fastlege samlet på legekantoret med driftstilskuddsmodellen** for pasienter med en ruslidelse. Det har vært en **økning i sykebesøk** i honorarmodellen. Det har vært en **reduksjon i samtalerapi med fastlegen** i honorarmodellen. Dette kan ha sammenheng med at sykepleier har overtatt noen av samtaleene som fastlegen hadde tidligere. For pasienter i legekantoret med driftstilskuddsmodellen finner vi en **reduksjon i bruk av legevakt med rus- og psykiatridiagnose**. Både for driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen finner vi noen endringer i sammensetningen av innleggelser. Innenfor driftstilskuddsmodellen finner vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager etter utskriving. Innenfor honorarmodellen er det en reduksjon i andelen pasienter som har konsultasjon innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving.
- **Skrøpelige eldre og multisyke:** Det er en statistisk signifikant **nedgang i antall konsultasjoner** med fastlege i driftstilskuddsmodellen i forhold til kontrollgruppen etter at PHT-forsøket startet. Det har vært en statistisk signifikant **økning i antallet sykebesøk** til pasienter i honorarmodellen i forhold til pasienter ved kontrollkontorene. Økningen er betydelig. Det er også en betydelig økning blant enkelte kontor i driftstilskuddsmodellen, men stor variasjon gjør at økningen ikke blir statistisk signifikant for denne gruppen av legekantorer. Vi finner ingen effekt på bruk av legevakt i forhold til kontrollkontorene. Det er en økning i bruk av poliklinikk i honorarmodellen. Det er ingen endringer i innleggelser i forhold til kontrollgruppen. Det er en betydelig økning i andelen pasienter i denne gruppen som får konsultasjon med legekantoret i driftstilskuddsmodellen innen 7 dager etter utskriving. Vi finner også en effekt for pasienter i legekantoret med honorarmodellen.

**Samlet sett finner vi tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegeskantoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at hele potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.**

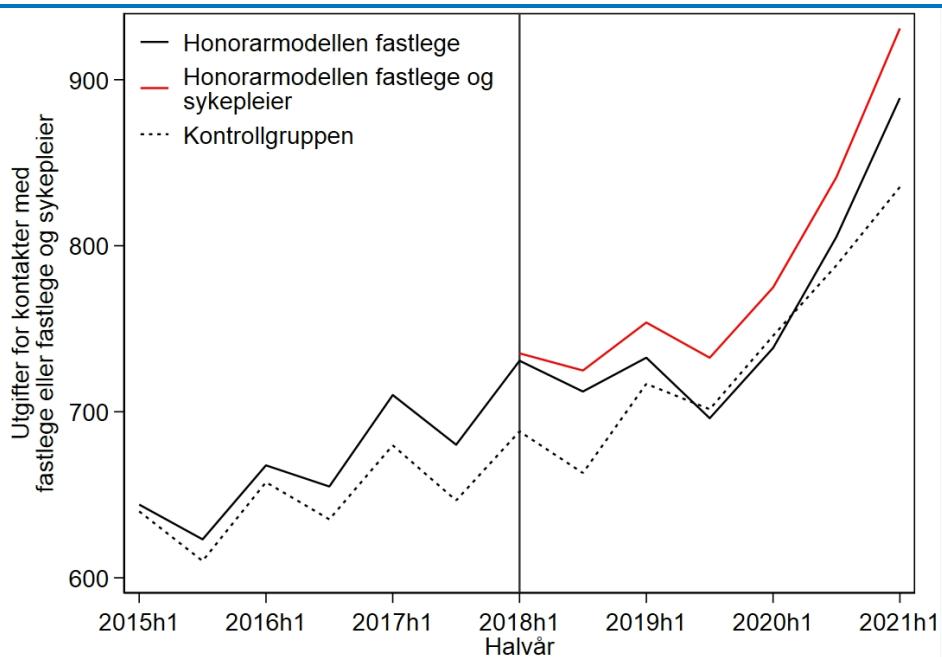
I tillegg til funn for utvalgte pasientgrupper, har vi undersøkt gjennomsnittlig ressursbruk for hele listeinnbyggerpopulasjonen. I Figur 10-3 illustrerer vi gjennomsnittlige egenandeler og takstrefusjon per kontakt med fastlege per listeinnbygger per halvår (sort, heltrukken linje for legekantoret med honorarmodellen; stiplede linje for kontrollkontor) eller per kontakt med fastlege og sykepleier (rød linje for legekantoret med honorarmodellen). Tilsvarende illustrerer Figur 10-4 gjennomsnittlige egenandeler og takstrefusjon per listeinnbygger per halvår (det vil si, samlet for alle kontakter, ikke per kontakt). Det har vært en betydelig økning i perioden 2020-2021; dette kan skyldes flere forhold, blant annet koronapandemien. Vi har imidlertid ikke gått nærmere inn på dette. Figur 10-5 viser gjennomsnittlig antall kontakter med fastlege eller fastlege og sykepleier per listeinnbygger per halvår (venstre panel) og gjennomsnittlig antall konsultasjoner med fastlege eller fastlege og sykepleier (høyre panel). Det samlede inntrykket fra disse analysene er at sykepleierne har overtatt en del av fastlegekonsultasjonene for legekantoret med honorarmodellen.

**Figur 10-3: Gjennomsnittlig egenandel og refusjon per kontakt med fastlege eller fastlege og sykepleier per listeinnbygger per halvår.**



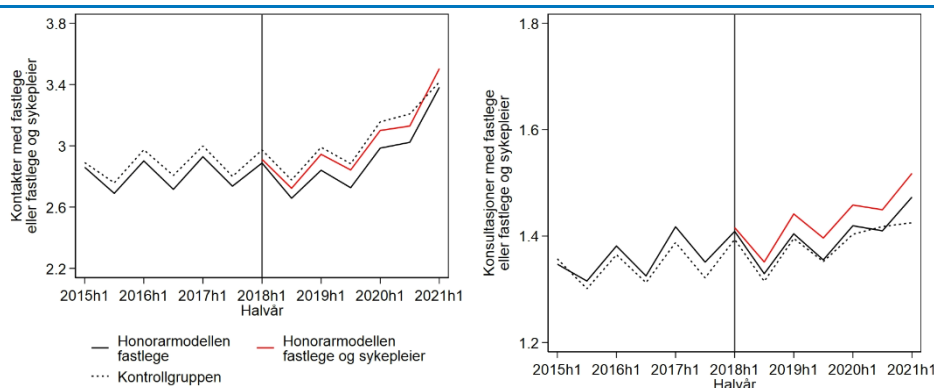
Kilde: KUHR. Note: Inkluderer alle registrerte takster.

**Figur 10-4: Gjennomsnittlig egenandel og refusjon for kontakter med fastlege eller fastlege og sykepleier per listeinnbygger per halvår.**



Kilde: KUHR. Note: Inkluderer alle registrerte takster.

**Figur 10-5 Venstre panel: Gjennomsnittlig antall kontakter med fastlege eller fastlege og sykepleier per listeinnbygger per halvår. Høyre panel: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner med fastlege eller fastlege og sykepleier per listeinnbygger per halvår.**



Kilde: KUHR. Note: Venstre panel inkluderer alle registrerte takster, høyre panel inkluderer takster 2ad, 2ae, S2a og S2ae.

### 10.9.7 Øvrige effekter

#### Arbeidsdeltakelse

**Dersom PHT bidrar til bedre helse og mestring for pasientene, kan det påvirke arbeidsevne og dermed arbeidsdeltakelse, både blant pasientene, men mulig også deres pårørende.** Som del av evalueringen, har vi ikke undersøkt effekter på arbeidsdeltakelse. For å vurdere hvilket potensial PHT har for å påvirke arbeidsdeltakelse, har vi derimot undersøkt hvor stor andel av pasientene i PHT som mottar uførepensjon og alderspensjon (Tabell 10-9). Om lag 20 prosent av pasientene som har mottatt helsehjelp fra PHT, mottok uførepensjon, mens om lag 40 prosent av pasientene som har fått oppfølging av PHT mottar alderspensjon, og vil ikke oppleve denne eventuelle gevinsten.

**Tabell 10-9 Andel med uførepensjon og alderspensjon blant listeinnbyggere med/uten kontakt med PHT sykepleier (ila. forsøket) per siste datapunkt (1. juli 2021), og gjennomsnittsalder for hver gruppe.**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen, legekantor fra 2018			Honorarmodellen, nye legekantor fra 2020		
	Uførepensjon	Alderspensjon	Gjennomsnittsalder	Uførepensjon	Alderspensjon	Gjennomsnittsalder	Uførepensjon	Alderspensjon	Gjennomsnittsalder
Ikke kontakt med PHT-sykepleier	7,0	10,2	36,1	6,6	12,6	37,8	9,8	14,0	39,9
Kontakt med PHT-sykepleier	21,7	37,3	56,8	19,0	38,2	56,0	22,7	48,7	62,4

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Størrelsen og nytteverdien av endret arbeidsdeltakelse for pasienter og pårørende er usikker. For noen pasienter forventer vi at PHT vil kunne føre til økt arbeidsdeltakelse gjennom mindre sykefravær. For pårørende kan endringen tenkes å gå begge veier. Dersom PHT-oppfølging innebærer tettere oppfølging fra helsevesenet, som reduserer pårørendes omsorgsbyrde, vil man kunne se en effekt i form av økt arbeidsdeltakelse. Dersom den tettere oppfølgingen krever at pårørende oftere følger pasienten til legen, er det mer usikkert om man vil kunne observere en positiv effekt på arbeidsdeltakelse.

Økt arbeidsdeltakelse har positive effekter for både den enkelte og samfunnet. På individnivå fører økt arbeidsdeltakelse til økt yrkesinntekt, men kan også føre til bedre livskvalitet gjennom mestring og sosial deltakelse. For det offentlige øker skatteinntektene, mens avhengigheten av trygdeytelser reduseres.



### Økt stabilitet i fastlegetjenesten

I handlingsplan for allmennlegetjenesten er det et viktig mål å sikre økt rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten. I delkapittel 5.5 beskrev vi utskifting av arbeidstakere (turnover) i PHT. På grunn av den moderate størrelsen på populasjonen av PHT-fastleger i PHT vil vi forvente betydelige svingninger i turnover fra år til år i denne gruppen. **Det er ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger i allmennlegetjenesten ellers.** Det observerte antallet PHT-fastleger i PHT som slutter per år er godt innenfor den variasjon en ville forvente dersom turnoversansynligheten hadde vært lik for alle fastleger, innenfor eller utenfor PHT. Derimot tyder funn fra spørreundersøkelsen på at **helsepersonell ved legekontor i forsøket opplever bedre arbeidsmiljø, noe som på sikt kan bidra til redusert turnover i fastlegetjenesten.** Videre tyder funn fra spørreundersøkelsene og intervjuundersøkelsene på at de ansatte opplever at de kan arbeide på en måte som gir bedre kvalitet og dermed øker attraktiviteten til legekantoret blant pasientene, som også **på sikt kan gi utslag i økt attraktivitet om fastlegejobben og bidra til stabilitet blant eksisterende fastleger.**

## 10.10 Oppsummering av samfunnsverdien av PHT

Som beskrevet i delkapittel 10.1, står helsetjenesten overfor store utfordringer som skaper behov for nye tilnærminger i oppfølgingen av pasienter. Det er et helsepolitisk mål å skape en mer teambasert allmennlegetjeneste, og PHT representerer en mulig tilnærming til dette. I delkapittel 10.2 beskrev vi rammene for tiltaket, mens vi i delkapittel 10.3 beskrev vår forståelse av hvordan PHT kan gi virkninger for dem som berøres (både pasienter, pårørende og ansatte i helsetjenesten og pasientene), og hvordan disse virkningene gir effekter for samfunnet som helhet (samfunns effekter).

I en samfunnsøkonomisk analyse oppsummeres kostnader og nyttevirkinger av et tiltak, og tiltaket regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt dersom verdien av nyttevirkningene overstiger kostnadene av tiltaket. Som vi beskrev i delkapittel 10.4, skaper en rekke faktorer utfordringer knyttet til å belyse samfunnsverdien av PHT, og det er usikkerhet rundt både kostnader og nyttevirkinger av tiltaket. På bakgrunn av delanalyser i delkapittel 10.5 og 10.6, beregnet vi i delkapittel 10.6.3 hvor mye sykepleierressursen i PHT vil koste for samfunnet, avhengig av hvor stor andel av landets legekantorer som innfører PHT, hvordan sykepleierressursen dimensjoneres, samt omfanget av effektiviseringsgevinsten ved at sykepleieren avlaster fastlegen for oppgaver. I et regneeksempel fant vi at dersom halvparten av legekantorene i Norge innfører PHT, samt at PHT-legekantorene fordeler seg jevnt mellom legekantor av ulik størrelse og vi bruker årsverkskostnaden med 10 prosent effektivitetsgevinst og skattefinansieringskostnad, utgjør den årlige kostnaden for sykepleierårsverk i PHT 758 millioner kroner.

I delkapittel 10.9 oppsummerte vi nyttevirkningene av PHT i lys av effektmålene for forsøket, og på bakgrunn av det samlede informasjonsgrunnlaget i evalueringen. I samfunnsøkonomiske analyser skal virkninger prissettes så langt det er faglig forsvarlig. Kjennetegnet ved virkningene av PHT gjør at det er krevende å tallfeste verdien av virkningene. For eksempel antyder virkningen «bedre samlet ressursbruk» en kvalitativ forbedring i fordeling av ressursene, ikke nødvendigvis en reduksjon i samlet ressursbruk. Det finnes heller ikke etablerte metoder for å tallfeste verdien av bedre brukertilfredshet, samhandling eller mer koordinerte tjenester. Nytttevirkningene er derfor inkludert i analysen som ikke-prissatte virkninger; disse er oppsummert i delkapittel 10.10.1. I vurderingen av ikke-prissatte virkninger i et samfunnsøkonomisk rammeverk, synliggjør man betydningen og omfanget av virkningen ved bruk av den såkalte pluss-minusmetoden (Direktoratet for økonomistyring, 2018), se nærmere beskrivelse i Boks 1.

## Boks 1 Vurdering av ikke-prissatte virkninger i samfunnsøkonomisk analyse

Manglende mulighet for prissetting av nytte og kostnader betyr ikke at disse effektene har en begrenset samfunnsøkonomisk betydning. Innen visse samfunnsområder, som helsetiltak, er det nettopp ikke-prissatte nyttevirksomheter man ønsker å utløse, og det er helheten av prissatte og ikke-prissatte virkninger som må legges til grunn for beslutningsformål.

Bak vurderingen av ikke-prissatte effekter ligger kvantitative indikatorer som understøtter vurderingen. Ofte er det slik at volumkomponenten (omfanget) kan beregnes kvantitativt, mens verdien (betydningen) av en effekt kan være vanskelig å prissette eller være ukjent. Ulike informasjonskilder kan brukes i fastsettelsen av virkningenes betydning for samfunnet. Utgangspunktet er hvilken samfunnsøkonomisk betydning virkningene av et tiltak har for den aktuelle målgruppen, vurdert ut ifra problemet man søker å løse ved hjelp av tiltaket.

Innenfor pluss-minusmetoden vurderes ikke-prissatte virkninger etter betydning og omfang som gir en samlet konsekvens for samfunnet. Alle alternativer, i dette tilfellet primærhelseteam, sammenlignes med nullalternativet, i denne sammenheng dagens praksis for de ulike brukerne. Vi har lagt til grunn en ni-delt skala, der mest positive konsekvens beskrives med fire pluss tegn (+ + + +), nøytral konsekvens (ingen endring fra nåsituasjonen) beskrives med null (0), og mest negative konsekvens beskrives med fire minustegn (÷ ÷ ÷ ÷).

### Konsekvensmatrise for ikke-prissatte virkninger:

	Betydning		
	Liten	Middels	Stor
<b>Omfang</b>			
Stort, positivt omfang	++	+++	++++
Middels, positivt omfang	+	++	+++
Lite, positivt omfang	0	+	++
Intet omfang	0	0	0
Lite, negativt omfang	0	÷	÷÷
Middels, negativt omfang	÷	÷÷	÷÷÷
Stort, negativt omfang	÷÷	÷÷÷	÷÷÷÷

Kilde: DFØ

Selv om samfunnsverdien av PHT oppsummeres med ikke-prissatte virkninger, kan det likevel være nyttig å vurdere kvantitativt hva som skal til for at tiltaket skal regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt. I delkapittel 10.10.2 har vi derfor inkludert et regneeksempel der vi vurderer kostnaden av PHT per pasient, opp mot den helsegevinsten (i form av kvalitetsjusterte leveår), som tiltaket minst må gi for at verdien av helsegevinsten (gitt anslag for hvor mye myndighetene minst er villige til å betale for gode leveår) skal veie opp for kostnaden.

På bakgrunn av funnene i dette delkapitlet, samt vurderinger i øvrige delkapitler, oppsummerer vi vår samlede vurdering av samfunnsverdien av PHT i kapittel 10.12.

### 10.10.1 Vurdering av ikke-prissatte virkninger

Rammebetingelser og ressursinnsats, aktiviteter og arbeidsprosesser og brukereffekter er drivere for samfunnsverdien av PHT (Figur 10-2; se beskrivelse i delkapittel 10.3). De fem første effektmålene (beskrevet i delkapittel 10.9.1-10.9.5) inngår i virkningskjeden som brukereffekter (og beskrives nærmere i delkapittel 10.3.4), mens det siste effektmålet (beskrevet i delkapittel 10.9.6) regnes som en samfunnsverdi, både fordi det følger av flere brukereffekter (f.eks. bedre helsetilstand, bedre koordinerte og sammenhengende tjenester, bedre samhandling, og redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende tjenester), og fordi det berører flere brukergrupper (det vil si, ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten; både i primær- og i spesialisthelsetjenesten).

I Tabell 10-10 oppsummerer vi samfunnsverdien av PHT, og vår vurdering av hvilken konsekvens PHT har for hver av disse. I det følgende gir vi vår vurdering av betydning, omfang og konsekvens av de ulike samfunnsverdiene.

**Tabell 10-10 Oppsummering av samfunnseffekter av PHT**

Virkning	Betydning, vurdert ut ifra samfunnsbehov	Omfang; effekten av PHT	Konsekvens
Økt kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen	Stor	Middels, positivt	+++
Økt kvalitet i oppfølgingen av øvrige listeinnbyggere	Middels	Lite, positivt	+
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter i målgruppen	Middels	Middels, positivt	++
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listeinnbyggere	Liten	Intet	0
Bedre livskvalitet og helse blant pasienter i målgruppen (og pårørende)	Stor	Middels, positivt	+++
Økt arbeidsdeltakelse for pasienter og pårørende	Liten	Intet	0
Økt stabilitet i fastlegetjenesten (reduert turnover og økt rekruttering)	Middels	Lite, positivt	+
Bedre samlet ressursbruk	Middels	Lite, positivt	+

Analysen UiO, Oslo Economics og NSDM. Merknad: Analysen bygger på «pluss-minus-metoden», som er DFØs rammeverk for ikke-prissatte virkninger. Betydning angir hvilken betydning virkningen har for samfunnet, mens omfanget angir i hvilken grad tiltak påvirker virkningen. Basert på vurdering av betydning og omfang, fastsettes konsekvens ut ifra en forhåndsdefinert matrise (se metodebeskrivelse i kapittel 2). Jo flere plusser, jo større positiv konsekvens har tiltaket når det gjelder den enkelte effekten.

#### Økt kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen

- **Økt kvalitet vurderes å ha stor betydning for samfunnet**, ettersom kvalitet i fastlegetjenesten er et viktig helsepolitisk mål, og et av hovedmålene med regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten, særlig når det gjelder brukere med store og sammensatte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dersom oppfølgingen ikke holder tilstrekkelig kvalitet, kan dette gå på bekostning av helse, tilfriskningspotensial og livskvalitet for den enkelte. Mangelfull oppfølging av pasienter i målgruppen kan også føre til at flere får behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.
- **Vårt samlede informasjonsgrunnlag tyder på at PHT bidrar i et middels, positivt omfang til bedre kvalitet i oppfølgingen av målgruppen for PHT.** Denne gruppen antas å i utgangspunktet motta tjenester av utilstrekkelig kvalitet; for eksempel peker primærhelsetjenestemeldingen blant annet på at personer med psykiske helse- og rusproblemer i for liten grad får sammenhengende og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Pasienter i målgruppen for PHT er en gruppe med stort behov for gode helsetjenester og god oppfølging, og det viktig at det jobbes med å forbedre tilbudet til disse gruppene. Innspill fra intervjuene tyder også på at **PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i fastlegetjenesten.** Flere informanter mente at med PHT kommer man nærmere en mer ensartet praksis hvor tilgangen til fastlegetjenester blir mindre personavhengig. PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten utover det som er direkte sykdom (delkapittel 6.1.6).

#### Økt kvalitet i oppfølgingen av øvrige listeinnbyggere

- Vi vurderer at **kvalitet i oppfølgingen av øvrige listeinnbyggere er av middels betydning, sammenlignet med pasienter i målgruppen for PHT, sett i lys av formålet med primærhelseteam.** Vi vurderer at **omfanget av denne effekten også er mindre enn for pasienter i målgruppen.**
- Ved at de ansatte på legekantorene går over til en teambasert arbeidsform, vil også pasienter utenfor målgruppen for PHT kunne oppleve å få bedre oppfølging. En teambasert og mer tverrfaglig arbeidsmåte på legekantorene kan gi endringer i oppfølgingen for alle listeinnbyggere, for eksempel gjennom økt systematikk i oppfølgingen, eller økt fokus på veiledning og mestring. Ettersom PHT retter seg særlig mot den definerte målgruppen, vurderer vi at **virkningen for øvrige listeinnbyggere har et lite, positivt omfang.**

### Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter i målgruppen

- **Alle innbyggere skal sikres tilgjengelige allmennlegetjenester av god kvalitet**, uansett hvor de befinner seg og uansett hvem de er (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). God tilgjengelighet til helsetjenester er, i likhet med kvalitet i oppfølgingen, et viktig helsepolitisk mål. I forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, viste undersøkelser av pasienterfaringer (Iversen, et al., 2019) at fastleger har et forbedringspotensial når det gjelder tilgjengelighet. Nesten hver tredje pasient oppga at de må vente mer enn to dager ved behov for å få time raskt, mens drøyt en av tre opplevde at de må vente mer enn en uke for å få time når behovet ikke er akutt. Det er derfor behov for tiltak som kan bidra til å øke tilgjengeligheten til fastlegetjenesten, og **vi vurderer at økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter i målgruppen har middels betydning.**
- **For noen pasienter kan god tilgang være avgjørende for om de får oppfølging eller ikke.** Dersom de ikke har mulighet til å få en konsultasjon i løpet av kort tid, er det en risiko for at de lar problemet ligge og ikke oppsøker legen. **God tilgang kan også handle om mulighet til lengre konsultasjoner enn det fastlegene vanligvis setter av tid til**, og på dette området er PHT-sykepleieren særlig verdifull. Intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport III viste at den ekstra tiden PHT har stilt til rådighet har gitt pasienter: i) bedre muligheter til å legge fram sitt ærend, ii) bedre mulighet til å være med å bestemme behandling og ikke minst iii) tid til gjennomføring av behandling.
- Det å bygge team rundt legen kan være én måte å øke pasienters tilgang til helsehjelp. I intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport III, var det flere som fortalte at de i utgangspunktet, før PHT-forsøket, opplevde å ha god tilgjengelighet, men at tilgangen var blitt enda bedre. Dette skyldtes at **sykepleier oppleves å være mer tilgjengelig enn fastlegen. Pasientene fortalte at det går raskere å få time hos sykepleier, de er mer tilgjengelig på telefon og digitale plattformer, og de gir i større grad tjenester hjemme** – særlig til eldre pasienter som på grunn av svekket helse, har fysiske vansker med å komme til legekantoret.
- **Pasienter og pårørende har i intervjuer fortalt at de har opplevd økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Tilgjengelighet har blitt skapt på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen på legekantoret.**
- I intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport III fortalte flere pasienter at det virket som sykepleier hadde fått mer å gjøre etter hvert og at de var mindre tilgjengelig enn de var ved starten av PHT-forsøket. **Samlet sett vurderer vi derfor at PHT kan bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter i målgruppen, og at omfanget er middels, positivt.**

### Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listeinnbyggere

- **Vi vurderer at betydningen av økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten, i lys av formålet med PHT, er mindre for øvrige listeinnbyggere enn for pasienter i målgruppen for PHT, og betydningen er derfor vurdert til å være liten.** Vårt samlede informasjonsgrunnlag tyder på at den ekstra tiden PHT har stilt til rådighet, i all hovedsak har kommet pasienter i målgruppen til gode. **Omfanget av denne effekten vurderes derfor til intet for øvrige listeinnbyggere.**

### Bedre livskvalitet og helse blant pasienter i målgruppen

- Gjennom nye arbeidsprosesser og generelt økt kvalitet i oppfølgingen av den enkelte pasient, kan PHT på ulike måter bidra til økt livskvalitet og bedre helse for pasienter som får oppfølging fra PHT. Personer med kroniske lidelser utgjør en stor og økende brukergruppe, og **å bidra til bedre helse og livskvalitet for disse og andre pasienter i målgruppen, er av stor betydning.** (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).
- Våre analyser viser at legekantorene arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper. Fra intervjuene har vi også eksempler på pasienter som opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere (se Statusrapport III, kapittel 5; (Abelsen, et al., 2021)). Også funn fra spørreundersøkelsene tyder på at de ansatte ved legekantorene i stor grad opplever at pasientene får bedre oppfølging og opplæring i egen sykdom, som videre bidrar til bedre helse og mestring. Resultatene fra vår spørreundersøkelse til

listeinnbyggere er mer usikre når det gjelder hvorvidt PHT bidrar til bedre helse og mestring, og dette er nærmere beskrevet i avsnitt 10.9.1. **Basert på det samlede informasjonsgrunnlaget, vurderer vi at omfanget av effekten er middels, positivt.**

#### Økt arbeidsdeltakelse for pasienter og pårørende

- Dersom PHT bidrar til bedre helse og mestring for pasientene, kan det påvirke arbeidsevne og dermed arbeidsdeltakelse, både blant pasientene, men mulig også deres pårørende. Både for den enkelte og for samfunnet er det viktig å legge til rette for arbeidsdeltakelse, men sammenlignet med effekter som mer direkte handler om liv og helse for de som berøres, vurderer vi at betydningen av denne effekten er noe mindre. Dessuten har ikke PHT spesifikt som formål å øke arbeidsdeltakelsen blant pasienter og pårørende. Vi vurderer derfor at **å bidra til økt arbeidsdeltakelse er av liten betydning.**
- Vurderinger av hvilket potensial PHT har for å påvirke arbeidsdeltakelse har ikke vært tema for evalueringen, og vi har foreløpig få indikasjoner på at PHT bidrar til dette. **Vi vurderer at omfanget til å være intet, men dette utelukker ikke at PHT ikke kan bidra til at økt arbeidsdeltakelse for et begrenset antall personer.**

#### Økt stabilitet i fastlegetjenesten (reduisert turnover og økt rekruttering)

- I handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 er det et viktig mål å sikre økt rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten. Dette er imidlertid ikke et direkte mål ved PHT. **Betydningen av å bidra til økt stabilitet i fastlegetjenesten vurderes derfor å være middels.**
- Som beskrevet i avsnitt 10.9.7, har vi **ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger i allmennlegetjenesten ellers.** Derimot tyder funn fra spørreundersøkelsen på at helsepersonell ved legekantor i forsøket opplever bedre arbeidsmiljø, og funn fra spørreundersøkelsene og intervjuundersøkelsene tyder på at de ansatte opplever at de kan arbeide på en måte som gir bedre kvalitet. **Dette kan på sikt gi økt attraktivitet for fastlegeyrket og bidra til stabilitet blant eksisterende fastleger,** og vi vurderer derfor at **omfanget av effekten er lite, positivt.**

#### Bedre samlet ressursbruk

- De offentlige utgiftene til helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår, og den demografiske utviklingen og endringer i befolkningens sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vi vurderer likevel at betydningen av bedre helse og livskvalitet er av større betydning, og vurderer derfor at **bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten som følge av PHT er av middels betydning.**
- Bedre samlet ressursbruk innebærer ikke nødvendigvis at samlet ressursbruk reduseres, men at de riktige tjenestene tilbys til rett tid på riktig tjenestenivå og til rett pasient. **Det samlede informasjonsgrunnlaget viser tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekontoret** av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at hele potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden, og **vår vurdering er at omfanget av effekten foreløpig er lite, positivt.**

#### 10.10.2 Hva skal til for at PHT regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt?

For at et tiltak skal regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt, må nyttevirkningene minst veie opp for kostnadene ved tiltaket. I denne analysen har vi inkludert samfunnsseffektene av PHT som ikke-prissatte virkninger fordi de vanskelig lar seg tallfeste på bakgrunn av informasjonsgrunnlaget fra evalueringen. I dette delkapitlet undersøker vi derfor hvilke effekter som minst må til, for at PHT skal regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt.

#### Hva koster PHT per pasient?

I delkapittel 10.6.3 beregnet vi kostnaden av et sykepleierårsverk i PHT, inkludert 10 prosent effektiviseringsgevinst og 20 prosent skattefinansieringskostnad, til 972 000 kroner per årsverk. For et legekantor med 5 200 pasienter (tilsvarende f.eks. fire leger med 1 300 listeinnbyggere hver) og 1,5 sykepleierårsverk, tilsvarer dette en kostnad på 1 458 000 kroner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en

kostnad på 280 kroner per listeinnbygger ved legekantoret, uavhengig om de får helsehjelp fra PHT eller ikke.

### Hvor stor helsegevinst må oppfølgingen fra PHT-sykepleier minst bidra til for å regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt?

I helseøkonomiske analyser tallfestes helsegevinst ofte ved bruk av indikatoren kvalitetsjusterte leveår (på engelsk; quality-adjusted life years (QALYs)), som angir antallet leveår vektet med helserelatert livskvalitet i løpet av levetiden. Endringer i helserelatert livskvalitet måles ofte ved hjelp av standardiserte måleinstrumenter, som f.eks. EQ-5D-5L skjema, som også er benyttet i listeinnbyggerundersøkelsen vi gjennomførte som del av evalueringen.

Listeinnbyggerundersøkelsen viste ikke endringer i helserelatert livskvalitet for listeinnbyggere med kroniske luftveissykdommer eller listeinnbyggere over 70 år generelt, men en unngått forverring i helserelatert livskvalitet (EQ-5D) på 0,0743 for pasienter med psykisk sykdom sammenlignet med kontrollgruppen mellom 2018 og 2020. Som nevnt er en svakhet ved denne undersøkelsen er at den ikke identifiserer hvilke listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT.

I veiledere for helseøkonomiske og samfunnsøkonomiske analyser benyttes ulike anslag for verdien av et leveår, og varierer blant annet med om tiltaket er et helsetiltak eller et sektorovergrep (det vil si at tiltaket gir virkninger utover helsesektoren), samt om man inkluderer produksjonstap eller ikke. For eksempel foreslår Helsedirektoratet å benytte et anslag på verdien av et kvalitetsjustert leveår i samfunnsøkonomiske analyser på 1,6 eller 1,4 millioner kroner, med eller uten produksjonstap (Helsedirektoratet, 2018; Helsedirektoratet, 2020). Når det gjelder helseøkonomiske analyser, anfører Magnussen-utvalget at verdien av et kvalitetsjustert leveår avhenger av sykdommens alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), der verdien anslås til mellom 275 000 kr (for sykdommer med lav alvorlighet) til 825 000 kr (for sykdommer med høy alvorlighet). PHT retter seg mot ulike brukere med ulike sykdommer og tilhørende varierende alvorlighetsgrad. Brukernes sykdommer er alvorlige, men målgruppen består av en betydelig andel eldre som tilsier at brukergruppen faller i de lavere deler av intervallet 275 000 – 825 000. Basert på en samlet vurdering av disse anbefalingene, legger vi til grunn to ulike anslag for verdien av et kvalitetsjustert leveår; et lavt anslag på 400 000 kr og et høyt anslag tilsvarende 1,4 millioner kroner.

I Tabell 10-11 har vi beregnet merkostnaden per pasient per år som får helsehjelp av PHT. Kostnaden vil avhenge av hvor mange av listeinnbyggerne som får helsehjelp fra PHT-sykepleier. Med utgangspunkt i kostnaden per pasient som får helsehjelp fra PHT-sykepleier, har vi beregnet hvor stor helsegevinst (målt i antall QALYs) som minst må til for å veie opp for kostnaden, gitt et høyt og lavt anslag for verdien av en QALY (beskrevet i forrige avsnitt). **Regneeksemplet viser at PHT må bidra til en QALY-gevinst i et spenn fra 0,0012 til 0,0182 i gjennomsnitt per pasient som mottar helsehjelp fra PHT-sykepleier, for å være samfunnsøkonomisk lønnsomt.** En QALY-gevinst på 0,0182 tilsvarer om lag en uke med «perfekt helse».

**Tabell 10-11: Eksempel på merkostnad per pasient per år som får helsehjelp av PHT og tilhørende helsegevinst (målt i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) som minst må til for å veie opp for kostnaden. Regneeksempelet tar utgangspunkt i et legekontor med 5200 pasienter og 1,5 sykepleierårsverk i PHT.**

	200 pasienter får helsehjelp av PHT (~4 prosent av listeinnbyggerne)	900 pasienter får helsehjelp av PHT (~17 prosent av listeinnbyggerne)
Merkostnad per pasient per år som får helsehjelp av PHT	~7 300 kr	~1 600 kr
Antall QALYs som veier opp for kostnaden hvis verdien av en QALY er lav (400 000 kr per QALY)	0,0182	0,0041
Antall QALYs som veier opp for kostnaden hvis verdien av en QALY er høy (1,4 mill. kr per QALY)	0,0052	0,0012

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM.

En kunnskapsoppsummering av QALY-gevinst fra ulike studier viste at median gevinst var 0,01 (0-0,03) for forebyggingstiltak, 0,03 (0,01-0,15) for livsstils-intervensjoner, 0,03 (0,03-0,20) for tiltak rettet mot mental helse, og 0,10 (0,02-0,56) for andre kroniske sykdommer (Wisløff, et al., 2014). I Helsedirektoratet randomiserte utprøving av digital hjemmeoppfølging, som det også er naturlig å sammenligne med, fant man en signifikant helsegevinst for deltakerne i tiltaksgruppen tilsvarende 0,0161 QALYs. **Intervallet på QALY-gevinsten som minst må til for å veie opp for kostnadene ved PHT, er ikke urealistisk når vi sammenligner med hva man finner for tilsvarende helsetiltak i litteraturen.**

### 10.11 Fordelingsvirkninger

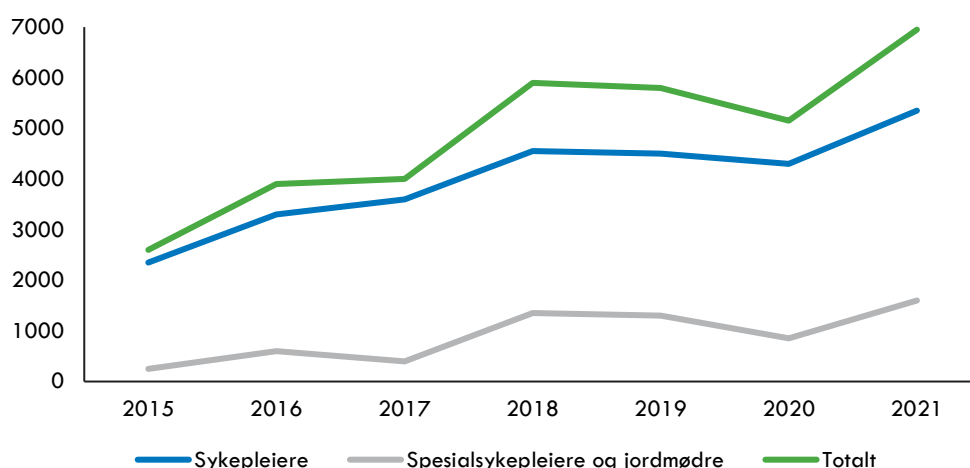
Når et offentlig tiltak iverksettes, vil det ofte være slik at tiltaket er til fordel for enkelte grupper og til ulempe for andre; denne fordelingen av nytte- og kostnadsvirkninger kalles fordelingsvirkninger. En nasjonal utrulling av PHT kan medføre at grupper i samfunnet påvirkes på ulike måter i positiv og negativ retning, noe vi drøfter i det følgende.

#### PHT medfører økt behov for sykepleiere i fastlegetjenesten

Som beskrevet i avsnitt 10.6, vil en nasjonal utrulling av PHT medføre et økt behov for sykepleiere i fastlegetjenesten. Hvor mange sykepleiere det vil være behov for, vil avhenge av hvilken dimensjonering av sykepleierressursen det blir lagt opp til, om det stilles krav til legekontor som ønsker å innføre PHT (for eksempel krav til antall fastleger eller krav til minimumsnivå for antall listeinnbyggere), og hvor mange legekontor som ønsker å innføre PHT. Det er derfor usikkert hvor mange sykepleiere det eventuelt vil bli behov for.

Det er allerede sykepleiere ansatt ved flere legekontor som ikke inngår i forsøket med PHT, og en del av disse vil trolig kunne gå over i rollen som PHT-sykepleier. Det er likevel grunn til å tro at en nasjonal utrulling vil medføre et behov for å rekruttere sykepleiere fra øvrig deler av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. NAVs bedriftsundersøkelse våren 2021 viste at det er stor mangel på sykepleiere, og NAV anslår at det i 2021 mangler 5 350 sykepleiere, 1 400 spesialsykepleiere og 200 jordmødre (Figur 10-6). Mangelen på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre har økt betydelig siden 2015.

Figur 10-6 Estimert mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre, 2015-2021



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelse

Sykepleiermangel kan gjøre det utfordrende å rekruttere sykepleiere til PHT. En rapport fra Riksrevisjonen fra 2019 viste at helseforetakene har betydelig bemanningsutfordringer, og i undersøkelsen de gjennomførte oppga 40 prosent av lederne for kliniske enheter at de uten hell har forsøkt å rekruttere medarbeidere i løpet av de siste tre månedene (Riksrevisjonen, 2019). Dette indikerer at det ikke er sikkert at det vil være mulig for alle legekantor som ønsker det, å innføre PHT. Samtidig kan PHT-legekantorene skille med sykepleierstillinger som kan oppleves som mer attraktive enn stillinger i andre deler av helsetjenesten. Til forskjell fra sykepleierstillinger i andre deler av helsetjenesten, jobber ikke PHT-sykepleierne turnus, og å slippe å jobbe kvelds- og helgevakter er trolig et viktig trekkplaster. Legekantorene i forsøket har heller ikke hatt problemer med å rekruttere sykepleiere.

Det at stillingen som PHT-sykepleier er en attraktiv stilling for sykepleiere, er positivt for PHT, men kan innebære at utfordringen med å rekruttere sykepleiere i andre deler av helsetjenesten blir større. Alternativkostnaden av å miste sykepleiere i andre deler av helsetjenesten, overstiger trolig lønnen. Med andre ord kan andre deler av helsetjenesten risikere å bli negativt påvirket av en nasjonal utrulling av PHT, fordi det kan bidra til økte bemanningsutfordringer. Bemanningsutfordringene kan ha betydning for kvaliteten på helsetilbudet som gis, og dermed også ha betydning for pasientene som følges opp i disse delene av helsetjenesten.

Det har blitt diskutert om stillingen som PHT-sykepleier kan bidra til at sykepleiere som har sluttet å jobbe klinisk og gått over til en annen type stilling, kan motiveres til å gå tilbake til klinisk arbeid.<sup>19</sup> Dette kan være sykepleiere som jobber i andre deler av helsetjenesten, men uten å jobbe med å behandle pasienter, eller sykepleiere som har gått over i helt andre typer stillinger. En utfordring med dette, er at det i grunnlagsdokumentet for PHT er beskrevet at «Sykepleiere i primærhelseteam bør ha bred generalistkompetanse. Det vil være behov for sykepleiere med kompetanse i å gjennomføre systematiske kartlegginger av helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter til å utrede vanlige helseplager» (Helsedirektoratet, 2017)). Dette indikerer at man i utgangspunktet ikke ønsker sykepleiere som ikke nylig har jobbet klinisk. Ved en utrulling av PHT, vil legekantorene kunne rekruttere de sykepleierne de selv ønsker, og det virker sannsynlig at dersom legekantorene har mulighet til å velge, vil de velge sykepleiere som kommer fra en stilling der de har jobbet klinisk fremfor sykepleiere som kommer fra en stilling uten kliniske oppgaver.

### PHT kan bidra til at kommunal finansiering av sykepleiere reduseres

I dag er det trolig i stor grad kommunene som finansierer sykepleiere på legekantorene gjennom kommunalt eierskap til fastlegetjenesten eller såkalte 8.2-avtaler, og det har vært mye oppmerksomhet rundt denne tilleggsfinansieringen. Utover at sykepleiere allerede finnes i mange norske legekantor, har vi generelt lite kunnskap om hvor mange de er, motivasjonen for at de jobber der, hvilken funksjon

<sup>19</sup> En rapport fra SSB viste at 88 prosent av sykepleierne som var ferdig utdannet i 2005 og som fortsatt var yrkesaktive i 2016, jobbet i helsetjenesten **Invalid source specified.**



de fyller, hvordan de lønnes og hvordan de finansieres. Studier har vist at driftsformer blant fastleger som avviker fra hovedmodellen med helprivat næringsdrift, har økt de senere år (Abelsen, et al., 2021). Dette har vært mulig fordi kommuner har funnet det nødvendig å ta på seg et større ansvar når det gjelder å finne alternative organisatoriske løsninger, herunder tilleggsfinansiering, enn det de i utgangspunktet har vært tiltenkt i fastlegeordningen. I forsøket finnes det eksempelvis et legekantor som kort tid før forsøket startet, gikk over fra privat næringsdrift til en ordning hvor kommunen har tatt over eierskapet av legekantoret og arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell, samtidig som den enkelte fastlege har fortsatt sin fastlegepraksis som selvstendig næringsdrivende. Dersom PHT-sykepleiere finansieres av staten og sykepleiere som allerede finnes ved legekantorene kan gå over i stillinger som PHT-sykepleiere, kan dette bidra til å redusere den kommunale tilleggsfinansieringen.

### Økt prioritering av pasienter med store og sammensatte behov

PHT retter seg mot brukere med store og sammensatte behov og vil kunne vri kommunens ressursbruk i retning slik at denne gruppen får et relativt sett mer omfattende helsetjenestetilbud enn andre brukergrupper. Likevel er det et overordnet helsepolitisk mål å øke kvaliteten på helsehjelpen som gis til brukere med store og sammensatte behov. Ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, har 14 prosent av listeinnbyggerne hatt kontakt med PHT-sykepleier minst én gang, og tilsvarende tall for legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen er 11 prosent. Dette indikerer at listeinnbyggere som egner seg for oppfølging fra PHT utgjøre en relativt liten andel av kommunens sørge-for populasjon.

## 10.12 Samlet vurdering

PHT innebærer endret organisering av fastlegekantoret, med en tverrfaglig, teambasert tilnærming til oppfølgingen av pasienter med store og sammensatte behov, herunder ekstra bemanning med sykepleier, ledelsesutdanning, tilpasset finansieringssystem, og mer systematisk oppfølging av målgruppen. Basert på det samlede informasjonsgrunnlaget fra evalueringen av forsøket, finner vi at PHT bidrar til en rekke gevinster for samfunnet (Figur 10-7). Vi finner at PHT har særlig positiv virkning på kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen, som gir utslag i bedre livskvalitet og helse blant disse pasientene. I tillegg fant vi i delkapittel 10.10.2 at, gitt merkostnaden av PHT og anslag for verdien av gode leveår, ligger helsegevinsten som PHT minst må bidra til for å veie opp for merkostnadene, innenfor hva man med rimelighet kan forvente dersom man sammenligner med lignende tiltak i litteraturen. **På bakgrunn av dette er vår vurdering at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantoret. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.**

Figur 10-7: Oppsummering av samfunnseffekter av PHT



Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM. Merknad: Beskrivelse av analyse og pluss-minus-metoden inngår i delkapittel 10.10. Jo flere plusser, jo større positiv konsekvens har PHT for effekten.

**Samfunnsverdien av PHT vil avhenge av merkostnaden ved sykepleierressursen. For eksempel kan tjenesten bli svært kostbar dersom solopraksiser skal ansette PHT-sykepleier i minimum 50 prosent-stilling. Dersom en forutsetning for PHT er at det skal være et visst antall listeinnbyggere ved legekantoret, innebærer det trolig at en betydelig andel av legekantorene vi har i dag, ville blitt ekskludert fra ordningen.** Dersom det for eksempel ble et krav om at legekantor som skal være PHT må ha 2 400 listeinnbyggere eller mer, ville 28 prosent av dagens legekantor blitt ekskludert fra PHT. Det er imidlertid ikke sikkert at et slikt absolutt listeinnbyggerkrav er hensiktsmessig, og særlig i mindre folkerike kommuner bør det kunne diskuteres en mer fleksibel praksis. Mange av disse kommunene finansierer allerede en sykepleierressurs i fastlegetjenesten, og det bør vurderes hvorvidt denne ressursen (delvis) kan finansieres som del av PHT ved en eventuell utrulling som en nasjonal ordning.

Siden første statusrapport i 2018, har vi beskrevet utformingen og utviklingen av PHT-arbeidet på legekantorene. Følgeevalueringen har vist at det i praksis prøves ut ulike varianter av PHT på alle legekantorene, og at tiltaket er å regne som et komplekst og sammensatt tiltak. PHT varierer etter hvem som tilbyr tjenesten, både det enkelte legekantor så vel som hver enkelt ansatt på legekantoret. Videre varierer PHT etter hvem som mottar tjenesten – målgruppen for tiltaket består av svært ulike pasienter med ulike behov og helseutfordringer. Disse forholdene vil vedvare når PHT eventuelt rulles ut nasjonalt, noe som innebærer at **samfunnsverdien av PHT også vil variere mellom legekantorene. Erfaringene fra legekantorene i forsøket vil trolig bidra til en raskere implementering av PHT ved nye legekantor, og bidra til at PHT-arbeidet kan lykkes. Samtidig er samarbeid en kontinuerlig prosess, og legekantorene vil kontinuerlig måtte jobbe med å utvikle samarbeidet for å fullt ut realisere potensialet ved en teambasert fastlegeordning.**

Allmennlegetjenesten er i utvikling, og har vært preget av store utfordringer de siste årene. Utfordringene har vært så store at sentrale aktører betegner det som en «krise». Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 presenterer tiltak og legger føringer for utvikling av tjenesten fremover. De tre hovedmålene med handlingsplanen er å sikre en attraktiv fastlegetjeneste med god stabilitet, tilby tjenester av god kvalitet, samt å legge til rette for en mer teambasert fastlegeordning. En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er et av mange alternativer. **Erfaringene fra forsøket er at det har tatt tid å utvikle samarbeidet på det enkelte**

**legekontoret; for å lykkes i videre implementering av PHT må også nye legekantor få tid (og ressurser) til å arbeide med teamutvikling, herunder sikre en gjensidig forståelse av hverandres kompetanse og rolle i oppfølgingen av pasienter. Ved en vellykket implementering, kan PHT trolig ha en viktig rolle i utviklingen av fastlegetjenesten fremover og gi gevinster på alle målområdene i handlingsplanen.**

## 1 1. Diskusjon og avslutning

I Sluttrapport 2018 – 2021 har vi beskrevet status for evalueringen så langt. Det er besluttet at PHT skal kunne fortsette fram til ny finansieringsmodell er på plass. Det vil derfor bli statusrapporter fra evalueringen både i 2022 og i 2023.

Denne rapporten har en betydelig bredde i problemstillingene den omhandler. I Kapittel 1 har vi redegjort for forsøket, evalueringen og funn fra de tre tidligere statusrapportene. I evalueringen baserer vi oss på flere metoder som utfyller hverandre. Kapittel 2 gir en metodebeskrivelse av intervjustudiene, spørreundersøkelsene og registerdatastudiene. Koronapandemien har satt sitt preg på PHT-forsøket både i 2020 og i 2021. I kapittel 3 beskriver vi nærmere hvilke utfordringer pandemien har skapt for utviklingen av PHT som organisasjonsform og for pasientarbeidet. Legekontorene som prøver ut PHT, er ikke noe tilfeldig utvalg av landets legekontor. Kapittel 4 beskriver kjennetegn ved legekontorene og den tilhørende listepopulasjonen i forsøket. Erfaringene med PHT blant helsepersonellet på legekontorene beskrives og analyseres i kapittel 5. Dette er en bredt anlagt analyse som både omfatter teamarbeid og teamledelse, arbeidstilfredshet og turnover, samt arbeidsmåte i form av proaktivitet. Samarbeid med andre tjenester er en sentral del av forsøket. Dette analyseres dels i kapittel 5 hvor samarbeidet ses fra perspektivet til personellet ved legekontorene og dels i kapittel 6 hvor samarbeidet med PHT ses fra perspektivet til ansatte i andre kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsanalysene er basert på intervjudata. I kapittel 7 beskriver vi ved hjelp av registerdata omfanget og sammensetningen av de listeinnbyggerne som har fått oppfølging fra PHT. Kapittel 8 beskriver variasjonen i bruk av sykepleiertakster i honorarmodellen og diskuterer om denne variasjonen gjenspeiler forskjeller i arbeidsmåter mellom legekontorene. Konsekvenser for pasienter i PHT blir belyst ved hjelp av data fra helseregistre, administrative registre og pasientjournaler i kapittel 9. I kapittel 10 blir det gjort en samfunnsøkonomisk analyse av PHT der vi også gjør en samlet vurdering av PHT med utgangspunkt i kostnader, prissatte effekter samt ikke prissatte effekter.

### 1 1.1 Foreløpig vurdering av effektmåloppnåelse

Avslutningsvis gjør vi en foreløpig vurdering av i hvilken grad de seks effektmålene som har blitt satt for forsøket, så langt har blitt oppfylt. En endelig vurdering av måloppnåelsen vil vi gjøre etter at forsøket er avsluttet. Lesere som er interessert i en mer oppfattende beskrivelse og foreløpige vurderinger, finner dette i kapittel 10.

#### **Effektmål: Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av PHT**

Listeinnbyggere i de ulike målgruppene for PHT-forsøket har svært ulike helseutfordringer og ulike utgangspunkt for å kunne mestre egen helsetilstand bedre og/eller oppnå en bedre helsetilstand over tid. Dette kombinert med at vi generelt har lite data lett tilgjengelig om folks helsetilstand, og det faktum at det er vanskelig å klart identifisere listeinnbyggere som har fått tjenester fra PHT, gjør det utfordrende å vurdere oppnåelsen av dette effektmålet. Fra intervju har vi eksempler på at pasienter som over år har hatt et stabilt forhold til sin fastlege, har opplevd at PHT har gitt dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Det er imidlertid vanskelig å konkludere om generelle virkninger av PHT basert på kvalitative intervju. Funn fra spørreundersøkelse til listeinnbyggere er ikke like entydig når det gjelder hvorvidt PHT bidrar til bedre helsetilstand og mestring. Dette kan ha sammenheng med at undersøkelsen ikke klart identifiserer listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT. Vi fant imidlertid at PHT er assosiert med en unngått forverring i helserelatert livskvalitet (EQ-5D) for listeinnbyggere med psykisk sykdom, sammenlignet med kontrollgruppen mellom 2018 og 2020. Sett i lys av våre beregninger som viser at listeinnbyggere med psykisk sykdom i gjennomsnitt utgjør 8,1 prosent av listeinnbyggerne ved norske legekontor (se Tabell 10-1), er dette et viktig funn. Selv om vi har lite data som viser direkte helse- og mestringsevner, tyder våre analyser av både registerdata og intervjudata på at legekontorene i PHT-forsøket arbeider på en ny måte som gir potensiale for helsegevinst hos målgruppene. Med PHT er tilnærmingen mer proaktiv. Det legges særlig vekt på sekundærforebyggende tiltak hvor blant annet systematiske årskontroller for ulike diagnoser og et økt omfang av hjemmebesøk står sentralt. Registerdataanalysene viser flere signifikante forskjeller når det gjelder helsetjenestebruk på legekontornivå blant listeinnbyggere som omfattes av forsøket, sammenliknet med listeinnbyggere som

ikke omfattes av forsøket. Det er imidlertid mye variasjon legekantorene imellom internt i forsøket, som gjør at det i mange tilfeller ikke kan vises til statistisk signifikante endringer generelt for de aktuelle målgruppene. Det er også slik at det ikke nødvendigvis er noen sammenheng mellom endret helsetjenestebruk og helsetilstand.

#### **Effekt mål: Økt pasient- og brukertilfredshet**

Funn fra intervju med pasienter tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet. Intervjuundersøkelsen gjennomført i forbindelse med Statusrapport III, viste at det sett fra pasientens perspektiv er mulig å oppnå bedre kontinuitet med PHT. Pasientene snakket mye om endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering som vi tolker som økt behandlingskontinuitet. Mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell med PHT gir indikasjon om økt informasjonskontinuitet. Analyser av spørreundersøkelsene til listeinnbyggere viser samtidig få signifikante endringer i fornøydhet med oppfølgingen på fastlegekontoret over tid. En svakhet her, er at spørreundersøkelsene ikke direkte har identifisert listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT. I tillegg har koronapandemien gjort det vanskelig å tolke resultatene. Likevel finner vi at særlig diabetespasienter som omfattes av PHT-forsøket, opplever økt fornøydhet med fastlegen sin, sammenlignet med diabetespasienter i kontrollgruppen. Analyser av registerdata gir også indikasjon på økt tilfredshet blant listeinnbyggere ved legekantorer i PHT blant annet ved det var færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen, enn fra legekantor utenfor forsøket.

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

Intervju med både pasienter og helsepersonell ved legekantorene i PHT-forsøket, gir ulike eksempler på hvordan PHT kan gi bedre koordinering og mer sammenhengende oppfølging. Et selektert utvalg pasienter som har fått oppfølging fra PHT over tid, har fortalt om relativt store endringer i måten de blir fulgt opp for sine plager fra den vanlige fastlegeoppfølgingen til oppfølgingen fra PHT. Endringene handler om større grad av kontinuitet og plan i behandlingen, samt mer helhet og koordinering fra fastlegekantorets side. Pasienter med kroniske sykdommer som diabetes og kols, fortalte eksempelvis om etablering av planlagt og systematisk oppfølging og vekslende konsultasjon med henholdsvis lege og sykepleier. I intervjuundersøkelsen blant ansatte i andre kommunale tjenester trakk flere informanter fram at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT, ofte mer omfattende tjenester enn før og at PHT bidrar til mer helhetlig tenkning rundt brukere. Det settes ikke bare søkelys på det pasientene selv oppsøker legen for. Funn fra spørreundersøkelser til de ansatte på fastlegekantorene i forsøket bekrefter dette. Mange av fastlegene oppga at de i stor eller svært stor grad opplever at PHT bidrar til både bedre opplæring og bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov, og at de med PHT i større grad identifiserer enkeltpasienter som selv ikke ville etterspurt helsehjelp. Registerdataanalyser om andelen pasienter som har konsultasjon ved legekantoret innen 7 og 30 dager etter utskrivning fra sykehus, gir ikke entydig indikasjon om bedre oppfølging med PHT, men viser at noen målgrupper i større grad får denne typen oppfølgingen innenfor enn utenfor PHT-forsøket. I spørreundersøkelsen til listeinnbyggere fant vi blant diabetespasienter en signifikant forbedring i fornøydhet med samhandling mellom henholdsvis fastlege og hjemmetjenesten og fastlege og sykehus, sammenlignet med diabetespasienter i kontrollgruppen. For øvrige målgrupper fant vi ikke støtte for at listeinnbyggere knyttet til legekantor med PHT opplever bedre koordinerte og sammenhengende tjenester, enn listeinnbyggere knyttet til legekantor utenfor forsøket.

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

Dette effekt målet kan forstås som at bedre oppfølging fra PHT, bidrar til å forhindre eller utsette komplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer. På grunnlag av våre undersøkelser så langt, kan vi ikke si noe sikkert om hvorvidt PHT bidrar til å redusere forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. En betydelig andel (mer enn 50 prosent på tvers av spørsmålene og for de ulike yrkesgruppene) av helsepersonell på PHT-legekantorene svarte i spørreundersøkelsen at PHT bidrar i stor eller svært stor grad til bedre helse blant enkeltpasienter, bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov, bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov, at pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom, samt at de i større grad identifiserer enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere"). Fra registerdataanalyser finner vi indikatorer på flere årskontroller og

hyppigere hjemmebesøk til pasienter i målgruppene. Dette kan tyde på at kvaliteten på oppfølgingen har blitt bedre og at legekantorene arbeider mer proaktivt og (sekundær)forebyggende. På sikt kan dette medføre redusert og/eller forsinket behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.

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

Intervju gjort i forbindelse med denne statusrapporten blant ansatte ved legekantorene i forsøket og blant ansatte i kommunal hjemmetjeneste og tjenester for psykisk helse og rus i tilhørende kommuner og bydeler, viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. Ansatte i de kommunale tjenestene opplevde PHT-sykepleieren blant annet som et viktig bindeledd til/fra fastlegen, som en nyttig sparringspartner og som fastlegens og legekantorets utstrakte arm fordi de er på hjemmebesøk hos pasienter. I en del av de folkerike kommunene og bydelene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette har sammenheng med at bare et fåtall av mange legekantor er med i PHT-forsøket, noe som er en svakhet ved selve forsøksdesignet. Selv om PHT-forsøket av den grunn bidrar til lite endring på systemnivå, oppleves PHT også i disse kommunene og bydelene å bedre samarbeidet mellom legetjenesten og øvrige tjenester i det daglige på tjenestenivå. Evalueringen har tidligere satt søkelyset på målgruppen utviklingshemmede og vist til noen konkrete eksempler på en mer helhetlig allmennt medisinsk oppfølging av beboere i PU-boliger ved noen av legekantorene i PHT-forsøket. Eksempelene som ble omtalt i fjorårets statusrapport om PHT-forsøket, tydet på økt kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen av de aktuelle utviklingshemmede beboerne og en bedre fastlegetjeneste for disse enn før. Intervjuundersøkelsen med et lite utvalg ansatte i spesialisthelsetjenesten, gir ikke holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer i samhandlingen med fastlegekantorene. Intervjustudie blant personellet ved legekantorene i PHT-forsøket, støtter opp under dette funnet. Kartleggingen av samarbeidet mellom PHT og spesialisthelsetjenesten har vært utfordrende fordi det har vært vanskelig å komme i kontakt med informanter i spesialisthelsetjenesten med god kjennskap til PHT. Dette gir en pekepinn om et relativt begrenset samarbeid og at kontakten i hovedsak å foregå som før, dvs. mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten uten involvering av PHT.

### **Effekt mål: Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten**

Dette effekt målet overlapper med «*redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester*»). Bedre samlet ressursbruk innebærer ikke nødvendigvis at samlet ressursbruk reduseres, men at de riktige tjenestene tilbys til rett tid på riktig tjenestenivå og til rett pasient. Evalueringen har gitt ulike funn som peker i retning av bedre samlet ressursbruk. Informanter i intervjuundersøkelsen har pekt på at PHT har bidratt til bedre oppfølging som forebygger reinnleggelse og bidrar til bedre henvisninger. Flere informanter fra hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus ga uttrykk for at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. Funn fra spørreundersøkelsen til ansatte ved legekantor tyder på en god arbeidsdeling mellom fastlege og sykepleier, og at sykepleiere avlaster fastlegen for oppgaver. Fastlegene opplever at sykepleieren bidrar til at de får mer tid til å følge opp pasientene på en måte de ønsker seg, slik at de kan yte helsehjelp av god kvalitet. Analyser av registerdata for de sentrale målgruppene i forsøket, peker også i retning av bedre ressursbruk, for eksempel i form av flere årskontroller for pasienter med diabetes type 2. Samlet sett finner vi tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekantoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at hele potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.

### **Avsluttende betraktninger**

Som det framgår av teksten over, er det **vanskelig å konkludere med hensyn til flere av effekt målene**. Dette har både å gjøre med utvelgelsen av legekantor i forsøket, at forsøket har vart for kort til å observere langsiktige effekter og at koronapandemien både har forsinket utviklingen av team-organisering og forhindret pasientkontakt som team-organiseringen forutsetter. Vi avslutter med å reflektere rundt overførbarhet av resultatene fra evalueringen til resultater av PHT i større målestokk.

Kapittel 9 illustrerte hvordan stor variasjon mellom legekantor gjør det vanskelig å oppnå statistisk signifikante effekter i registerdataanalysene på listeinnbyggernivå. Resultatene kan samlet sett derfor oppleves som skuffende, sett i lys av de gode resultatene som enkeltstående legekantor kan rapportere om. Legekantorene har ulike satsingsområder. For eksempel har noen satset på psykisk utviklingshemmede, mens andre har satset på pasienter med diabetes type 2. Den gjennomsnittlige endringen for en pasientgruppe blir da ikke tilstrekkelig stor sett i forhold til variasjonen i resultatene, til at endringen blir signifikant sammenliknet med legekantor utenfor forsøket. Dette er en viktig observasjon når en skal vurdere å introdusere PHT i større skala. Også da vil det være variasjon mellom legekantor i hvor godt de ulike målene med PHT oppnås. **Mens enkeltstående fortellinger om suksess vil illustrere potensialet i ordningen, vil analysene av data fra alle legekantor gi kunnskap om hvor godt legekantorene som helhet presterer.**

Det er et sentralt spørsmål om PHT-sykepleier utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv eller om de gjør oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. I spørreundersøkelsen (kapittel 5) svarte 78 prosent av fastlegene og 73 prosent av sykepleierne at oppgavene er en kombinasjon av oppgaver som fastlegen vanligvis gjør selv og oppgaver som kommer i tillegg til det de vanligvis gjør. I analysene av registerdata i kapittel 9, delte vi legekantorene med honorarmodellen i to grupper avhengig av om antallet takstgenererende kontakter med PHT-sykepleier per listeinnbygger var under eller over medianen. Vi fant ikke mange eksempler på at legekantor med mange takstgenererende sykepleierkontakter utløser færre fastlegetakster enn legekantor med få takstgenererende sykepleierkontakter. Vi fant samtidig flere eksempler på at legekantor med mange takstgenererende sykepleierkontakter også utløser mange fastlegetakster. **En tolkning av dette resultatet er at PHT-sykepleier i større grad bidrar til bedre kvalitet og oppfølging enn til avlastning av fastlegene.**

Som del av forsøket, har man prøvd ut to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Funnene fra forsøket tyder på at **dersom legekantorene selv får velge mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, vil næringsdrivende legekantor i større grad velge honorarmodellen, mens kommunale legekantor i større grad vil velge driftstilskuddsmodellen.** Vi har vist at eierskap har statistisk signifikant betydning for valg av finansieringsmodell. Den vanligste driftsformen i Norge er næringsdrift, noe som peker i retning av at flest legekantor vil velge honorarmodellen. Et annet uttrykk for at honorarmodellen er foretrukket, er at ingen av de nye legekantorene i forsøket valgte driftstilskuddsmodellen selv om det synes å ha vært et mål med utvidelse å få prøvd den ut ved flere privat eide legekantor. Våre funn tyder samtidig på at blant deltakerne i forsøket, er det en **større andel som er fornøyde med finansieringsmodellen blant legekantor med driftstilskuddsmodellen, enn blant legekantor med honorarmodellen.** Honorarmodellen virker også å ha vært en stressende faktor for enkelte sykepleiere ved disse legekantorene. **Det er krevende å identifisere hvilken betydning finansieringsmodellene har hatt for effektene av PHT.** Dette har sammenheng med at valget av finansieringsmodell henger så tett sammen med legekantorenes eierskap, legenes tilknytningsform og en allerede utviklet arbeidsform og -kultur som i mange tilfeller har inkludert sykepleiere over lang tid (se kapittel 4). Takstinntjeningen synes i utgangspunktet å ha hatt ulik betydning i et kommunalt eid legekantor sammenliknet med et privat eid legekantor. **Sammenhengen mellom takst og inntekt for den enkelte er annerledes i de to situasjonene og det er mange utsagn fra intervjuene som tyder på at dette har betydning i det daglige arbeidet.** Ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, tyder funn fra intervjuene på at det er brukt mer ressurser på kollektive prosesser som handler om å få alle med på utviklingsarbeidet knyttet til PHT. Flere informanter har pekt på at **driftstilskuddsmodellens store grad av frikobling fra takster har gitt frihet og rom for denne måten å jobbe på.** Ved flere av legekantorene som prøver ut honorarmodellen, tyder funn fra intervjuene på at utviklingsarbeidet knyttet til PHT ikke nødvendigvis har samme grad av kollektiv orientering som handler om å involvere alle. Dette kan ha sammenheng med manglende takster for denne typen arbeid som mer eller mindre ubevisst er styrende for arbeidet. Inntektene i driftstilskuddsmodellen er i mindre grad aktivitetsavhengig enn inntektene i honorarmodellen. Dette har informanter trukket fram som en fordel med driftstilskuddsmodellen i forbindelse med koronapandemien. Samtidig kan det være en ulempe med driftstilskuddsmodellen at den gir mindre økonomisk oppmuntring til aktivitet enn det som er tilfellet med honorarmodellen. Den medfører også mindre dokumentasjon av virksomheten via takstsystemet.

Vi har i denne rapporten dokumentert hvordan koronapandemien har virket negativt inn på PHT-forsøket. Utvikling av teamarbeid er i stor grad en sosial aktivitet som er vanskelig å optimalisere, når arbeidsoppgaver knyttet til pandemihåndteringen tar mye av arbeidskapasiteten og smitteverntiltak setter begrensninger for fysisk kontakt. Begrensningene har virket negativt inn på PHT-arbeidet internt på det enkelte legekantor, og har trolig særlig gått ut over legekantorene som kom med i forsøket i løpet av 2020. Begrensningene i den sosiale kontakten mellom legekantorene og øvrige aktører som er involvert i PHT-forsøket, har også gjort at det er blitt mindre erfaringsdeling på tvers mellom legekantorene, mellom ulike profesjoner og mellom forsøket og offentligheten. Det er også blitt mindre av den spontane idémyldringen og kreativiteten som gjerne oppstår når utviklingsprosesser pågår, og som vi så tilløp til i forsøkets tidlige fase. Selv om samlingene for alle deltakere i PHT-forsøket har blitt gjennomført, så er det ikke det samme å møtes til samlinger på nettet som å møtes fysisk. **Vår vurdering er at det fortsatt ligger et uforløst potensial i PHT som dels handler om hva PHT kan jobbe med, dels om hvordan man kan jobbe som PHT og dels om utvikling av felles normer og kultur for teamarbeid innad og på tvers av legekantor. Pandemien har også satt begrensninger for utprøvingen av finansieringsmodellene hvor potensialet for sykepleierinntjening trolig er større på en del av legekantorene enn det som så langt er realisert.**

Følgeevalueringen har vist at det i praksis prøves ut ulike varianter av PHT på de ulike legekantorene i PHT-forsøket, og at tiltaket er å regne som et komplekst og sammensatt tiltak. PHT varierer etter hvem som tilbyr tjenesten. Det er variasjon knyttet både til det enkelte legekantor og hver enkelt ansatt ved legekantorene. Videre varierer PHT etter hvem som mottar tjenesten – målgruppen for tiltaket består av svært ulike pasienter med ulike behov og helseutfordringer. I tillegg vil det **i videre utforming av tjenesten være behov for å vurdere hvilke faggrupper som kan inngå i PHT-organiseringen.** Andre yrkesgrupper, f.eks. psykologer, kan være egnet. Hvilke faggrupper som inngår i teamorganisering, vil også få betydning for målgruppene som PHT rettes inn mot. Disse forholdene vil vedvare når PHT eventuelt rulles ut nasjonalt. Likevel har følgeevalueringen vist at PHT kan tilpasses lokale forhold, og gi gevinster på ulike måter. **Flere av deltakerne i forsøket har pekt på at det er en stor fordel at PHT er tilstrekkelig fleksibelt til å kunne tilpasses lokale forhold.** Samtidig legger fleksibilitet et større ansvar på hver enkelt praksis, og kan gjøre det mer utfordrende å lykkes enn dersom tiltaket hadde vært konkretisert i større grad.

Avslutningsvis er det viktig å minne om at forsøket med PHT er en kombinasjon av en ny organisasjonsmåte og tilførsel av ressurser fra staten til kommuner og legekantor. **I evalueringen er det ikke mulig å skille effektene av flere ressurser fra effektene av PHT. Evalueringen kan dermed ikke gi svar på om effektene av flere ressurser ville blitt større med en annen organisering enn PHT.**

Allmennlegetjenesten er i utvikling, og handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 presenterer tiltak og legger føringer for utvikling av tjenesten fremover. De tre hovedmålene med handlingsplanen er å sikre en attraktiv fastlegetjeneste med god stabilitet, tilby tjenester av god kvalitet, samt å legge til rette for en mer teambasert fastlegeordning. **En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er et av mange alternativer.** Erfaringene fra forsøket er at det har tatt tid å utvikle teamarbeidet på det enkelte legekantoret; **for å lykkes i en eventuell videre implementering av PHT må det være en klar interesse for PHT blant fastleger.** Denne interessen har ikke vært undersøkt som del av evalueringen, men inntrykket fra det offentlige ordskiftet så langt om PHT, tyder på at det er skepsis blant fastleger utenfor forsøket til PHT. **I tilfelle PHT skal introduseres nasjonalt, må også nye legekantor få tid (og ressurser) til å arbeide med teamutvikling, herunder sikre en gjensidig forståelse av hverandres kompetanse og rolle i oppfølgingen av pasienter.** Teamarbeid er en kontinuerlig prosess, og legekantorene vil kontinuerlig måtte jobbe med å utvikle teamarbeidet for å fullt ut realisere potensialet ved en teambasert fastlegeordning. Ved en vellykket implementering, kan PHT trolig ha en viktig rolle i utviklingen av fastlegetjenesten fremover og gi gevinster på alle målområdene i handlingsplanen.



## 12. Referanser

- Abelsen, B. et al., 2021. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2019a. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport I*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2019b. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B., Godager, G. & Hagen, T., 2021. *Finansiering av fastlegeordningen*, s.l.: Helseøkonomisk analyse AS.
- Abelsen, B. et al., 2020. *Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Delrapport I*, s.l.: s.n.
- Allen, D., 1997. The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health & Illness*, 19(4), pp. 498-520.
- Andersson, E., Persson, S., Hallén, N. & et al., 2020. Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden.. *Diabetologica*, pp. 63:2585-2594.
- Angrist, J. & Pischke, J. S., 2008. *Mostly Harmless Econometrics*. s.l.:Princeton University Press.
- Baltagi, B. H., 2008. *Econometric Analysis of Panel Data*. 4 red. Chichester: John Wiley & Sons.
- Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.
- Cashman, S., Reidy, P., Cody, K. & CA, L., 2004. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), pp. 183-196..
- Culyer, A., Newhouse, J., Pauly, M. & et al., 2000. *Handbook of health economics*. s.l.:Elsevier.
- Dahli, . M. P. et al., 2021. Somatic symptoms and associations with common psychological diagnosis: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice*, pp. 766-772.
- Direktoratet for økonomistyring, 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*, Oslo: Direktoratet for økonomistyring.
- Direktoratet for økonomistyring, 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*, s.l.: s.n.
- Finansdepartementet, 2021. *Rundskriv R-109/21 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*, Oslo: Finansdepartementet.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Helsetilstanden i Norge 2018. [Public Health in Norway 2018] Rapport 2018.*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Gaski, M. & Abelsen, B., 2020. Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter. *Tidsskrift for velferdsforskning*, pp. 23, nr 4-2020, s. 281-293.
- Gieryn, T., 1983. Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists.. *American Sociological Review* 48(6), pp. 781-795.
- Godager, G., Iversen, T. & Snilsberg, Ø., 2021. Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten. *Michael Supplement*, pp. 103-112.
- Griffin, B. A. et al., 2017. Chasing balance and other recommendations for improving nonparametric propensity score models. *Journal of Causal Inference*, pp. 1-18.

- Grumbach, K. & Bodenheimer, T., 2004. Can health care teams improve primary care practice?. *Jama*, pp. 1246-1251.
- Hall, P., 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, pp. 188-196.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikret og teambasert*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2009. *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Rapport IS-2029.*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2015. *Veileder om legemiddelgjennomganger*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2018. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper.*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Diabetes: Nasjonal faglig retningslinje*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Oppfølging av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årsrapport 2020.*, Oslo og Trondheim: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak - covid-19. Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet.*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2021. *Nasjonal faglig retningslinje. Diabetes*, s.l.: s.n.
- Iacus, S. M., King, G. & Porro, G., 2012. Causal inference without balance checking: Coarsened Exact Matching. *Political Analysis*, Volum 20, pp. 1-24.
- Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A. & Holmboe, O., 2019. *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Langley A, L. K. M. B. N. D. R. E. W. L., 2019. Boundary work in and among groups, occupations and organizations – From geography to process.. *Academy of Management Annals*, 13 (2), pp. 704-736.
- Leach, B. et al., 2017. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC family practice*.
- Luke, D. A., 2004. *Multilevel modeling*. 3 red. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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.
- Molyneux, J., 2001. Interprofessional teamworking: what makes teams work well?. *Journal of interprofessional care*, pp. 29-35.
- NFA Faggruppe for samhandling, 2018. *Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus*, s.l.: s.n.
- Opinion, 2021. *Nasjonal pårørendeundersøkelse*, Oslo: Helsedirektoratet .
- Pauly, M., McGuire, T. & Barros, P., 2012. *Handbook of health economics (Vol. 2)*. s.l.:Elsevier.
- 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.

Reichborn-Kjennerud, K., 2010. *Faste grep om helse i hektiske kontor. Notat 14.* s.l.:Arbeidsforskningsinstituttet.

Riksrevisjonen, 2019. *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*, s.l.: s.n.

Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B., 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* , 70(1), pp. 41-55.

SSB, 2020. *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner*, s.l.: s.n.

Statens helsetilsyn, 2017. *Det gjelder livet*, s.l.: s.n.

Wisløff, T., Hagen, G., Hamidi, V. & et al., 2014. Estimating QALY gains in applied studies: a review of cost-utility analyses published in 2010. *Pharmacoeconomics*, pp. Apr;32(4):367-75..

Aagestad, C. et al., 2014. Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine*, pp. 787-793.

## Vedlegg A Data og metode

### A.1 Registerdata

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

**Tabell A-1 Oversikt over registre og typer av variabler**

Kilde	Variabler	Periode
<b>Fastlegeregisteret</b>	-Helsepersonellnummer -Kjennetegn ved fastlegen: Kjønn, alder, spesialist i allmenntilleggsmedisin og/eller samfunnsmedisin, fastlønn/privat praksis, navn og nummer på praksiskommune, gruppepraksis, deltar/deltar ikke i forsøk med PHT. -Kjennetegn ved pasientliste: Antall menn/kvinner i 5-årige alderskategorier. -Maksimal listelengde. -Brutto avgang og brutto tilgang på listen siden forrige uttak - Antall på venteliste - Har legen praksis i flere kommuner	Fra 2012 – juli 2021
<b>KUHR</b>	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege og PHT-sykepleier registrert ved takster	Fra 2012 – august 2021
<b>Norsk Pasientregister (NPR)</b>	Kontaktdata fra NPR – somatikk, NPR - psykisk helsevern for voksne, NPR - psykisk helsevern for barn og unge, NPR – rehabiliteringsinstitusjoner, NPR – avtalespesialister, NPR - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Fra 2012 – april 2021
<b>Kommunalt Pasientregister (KPR)</b>	KPR inneholder variabler som beskriver botype, omfang og sammensetning av hjemmetjenester samt funksjonsnivå.	Fra 2017 – april 2021
<b>Dødsårsaksregisteret</b>	Dødstidspunkt, dødsårsak (gruppert etter EU Shortlist)	Fra 2012 – des. 2019
<b>SSB</b>	Utdanning, inntekt og formue på individ og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus, fødselsår, døds måned, kjønn.	Fra 2012 – des. 2020

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

### A.2 Aggregerte, anonyme indikatorer som Medrave M4 trekker ut til bruk i evalueringen av forsøk med primærhelseteam

#### Legemiddelgjennomgang

- Andel egne pasienter hvor legemiddelgjennomgang/LMG er skrevet i journalen eller taksten er tatt (nevner: antall egne pasienter med fire eller flere legemidler)

#### Vanedannende legemidler

- Andel av pasienter med kontakt som har fått forskrevet vanedannende legemidler i perioden

- Gjennomsnittlig antall definerte døgndoser (DDD) per pasient som har fått vanedannende legemidler

#### **Identifisering av potensielle risikopasienter**

- Pasienter som har gått regelmessig til oppfølging, men som er blitt «borte»
- Pasienter stående på legemidler med stor bivirkningsfare

#### **Fra Johns Hopkins ACG risikostratifisering**

- Andel pasienter som tilhører høyrisikogruppene RUB 4 og 5
- Andel pasienter med flere enn 3 kroniske tilstander ifølge Johns Hopkins ACG
- Andel pasienter med skjørhetsmarkør
- Andel på pasienter med høy prediktiv risk

#### **Samsykelighet**

- Andel pasienter med kronisk tilstand som har mer enn en sykdom
- Andel pasienter med samsykelighet som har hatt konsultasjon/sykebesøk i perioden

#### **Oppfølging av eldre syke**

- Andel av legens listepasienter 70 år+ som ikke har hatt konsultasjon siste 12 måneder

#### **Koronar hjertesykdom**

- Behandling med betablokkere ved ischemisk hjertesykdom

#### **Diabetes**

- Forekomst av diagnosen diabetes
- Blodtrykk ved diabetes andel BT  $\leq$  140/85 mm/Hg
- Blodtrykk ved diabetes andel BT 141/86 – 149/89 mm/Hg
- Blodtrykk ved diabetes andel BT  $\geq$  150/90 mm/Hg
- HbA1c ved diabetes andel  $<52$
- HbA1c ved diabetes andel 52 - 70
- HbA1c ved diabetes andel  $>70$
- Andel pasienter med diabetes og behandling med statiner
- Andel pasienter med diabetes som har hatt diabeteskontroll siste 12 måneder
- Andel pasienter med opplysning om albuminuri

#### **Kols**

- Forekomst av diagnosen kols
- Andel pasienter som har hatt kontroll etter eksaserbasjon av kols
- Andel pasienter med kols som fått kontroll innen 6 uker etter eksaserbasjon

#### **Depresjon**

- Forekomst av diagnosen depresjon

- Andel pasienter med nydiagnostisert depresjon som er undersøkt somatisk
- Andel pasienter med depresjon og antidepressive legemidler

### **Angst**

- Forekomst av diagnosen angst
- Andel pasienter med nydiagnostisert angst som er undersøkt somatisk
- Andel pasienter med angst og antidepressivt legemiddel
- Andel pasienter som har vært på kontroll eller hatt kontakt etter ny angstepisode
- Andel pasienter med angst som har vært til kontroll 6–12 måneder etter

### **Oppstart med antidepressivt legemiddel**

- Andel pasienter som fått kognitiv adferdsterapi ved nydiagnostisert angst
- Andel pasienter med angst som fått benzodiazepiner
- Andel pasienter med antidepressivt legemiddel som har fått diagnosen depresjon eller angst siste 24 måneder

## Vedlegg B Nye analyser av helse og fornøydhets i målgruppen for PHT fra listeinnbyggerundersøkelsen

I dette notatet analyserer vi virkninger av PHT for listeinnbyggere som er i målgruppen for PHT ved hjelp av listeinnbyggerundersøkelsene som har blitt gjennomført i 2018 og 2020. Vi ser særlig på pasienter som har oppgitt at de har langvarige plager (med en varighet på over seks måneder) knyttet til luftveisplager, diabetes eller psykisk helse.

### Kort om undersøkelsen

Utformingen og gjennomføringen av listeinnbyggerundersøkelsene er nærmere beskrevet i Statusrapport I og III (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2021). Målgruppen er voksne listeinnbyggere som er tilknyttet fastleger som er med i forsøket. I tillegg ble undersøkelsen sendt ut til listeinnbyggere ved legekantor i en kontrollgruppe. Utvalget ble tilfeldig trukket fra studiepopulasjonen i forholdet 2:1, slik at to listeinnbyggere ble trukket fra PHT-legekantor for hver listeinnbygger ved legekantor i kontrollgruppen. Til sammen mottok ca. 44 000 (49 900) personer undersøkelsen i 2018 (2020). Innad i forsøks- og kontrollgruppen er listeinnbyggerne stratifisert på legekantornivå, slik at legekantorenes andel av listeinnbyggerne i utvalget tilsvarer legekantorenes andel i det totale listeinnbyggergrunnlaget. Utvalget som mottok spørreundersøkelsen i 2020, er ikke det samme som mottok spørreundersøkelsen i 2018. Dette innebærer at sammenligning av resultater mellom 2018 og 2020, ikke skjer på individnivå, men på gruppenivå. Til sammen besvarte 8 236 (9 090) personer undersøkelsen i 2018 (2020), hvilket tilsvarer en svarprosent på 19 (20) prosent.

Temaer i undersøkelsen var:

- Kontakt med fastlegekantoret
- Oppfølging fra fastlegekantoret
- Tidsbruk på legekantoret
- Tilfredshet med fastlegekantoret
- Oppfølging under koronapandemien
- Deltakelse i utprøvinger av fastlegetjenesten
- Opplevd helsetilstand
- Demografiske kjennetegn samt utdannings-, og helsebakgrunn.

### Statistisk analyse av virkninger av PHT

Vi benytter oss av opplysninger fra begge spørreundersøkelsene for å undersøke utvikling i utfall over tid. Spørreundersøkelsen i 2018 ble gjennomført kort tid etter at primærhelseteamene hadde startet sin praksis, og respondentene ble bedt om å vurdere sine erfaringer med fastlegetjenesten de siste tolv månedene. Fra statusrapporten fra evalueringen fra 2018 vet vi at primærhelseteamene fortsatt var i oppstartfasen på dette tidspunktet, og at få pasienter hadde fått oppfølging av PHT. Vi tolker derfor undersøkelsen i 2018 som en nullpunktmåling av listeinnbyggernes brukererfaringer og opplevde helsetilstand i det PHT ble implementert.

Ved å sammenligne utviklingen i svarfordeling over tid blant listeinnbyggere ved PHT-legekantor, og listeinnbyggere i kontrollgruppen, kan vi under gitte forutsetninger anta at forskjeller i utviklingen skyldes implementeringen av PHT. Den viktigste forutsetningen er at utviklingen i utfallsmålene i de to gruppene man sammenligner, ville vært identisk hvis det ikke hadde vært for innføringen av PHT. Denne forutsetningen kan vi ikke teste, men man kan tenke seg flere grunner til at forutsetningen ikke holder. Eksempler på dette er ulik (utvikling i) pasientpopulasjon ved legekantorene som prøver ut PHT og ved legekantorene i kontrollgruppen, eller ulik utvikling i respons og sammensetning av nettoutvalg, ulik drift eller ulike kulturer ved legekantorene, at kontrollgruppen påvirkes av tiltaksgruppen, eller ulike kommunale kjennetegn og utviklingstrekk. Noen av disse eksemplene kan testes empirisk, men ikke alle. Siden det ikke kan utelukkes at det mellom 2018 og 2020 ikke har vært andre endringer enn innføringen av PHT som kan ha påvirket utviklingen i utfallsmålene i de to gruppene, bør man være

forsiktig med å tolke estimatene fra analysen som kausale årsakssammenhenger. Det bør også poengteres at vi ikke observerer utvikling for enkeltindivider og at sammenligningen gjøres på gruppenivå.

Det er likevel interessant å sammenligne utviklingen i utfall ved PHT-legekantor med kontrollgruppen. Vi bruker en forskjeller-i-forskjeller-strategi (Angrist & Pischke, 2008) til å undersøke utviklingen i listeinnbyggernes egenvurderte helse og livskvalitet, mestring, og fornøydhet med fastlegetjenesten, sammenlignet med kontrollgruppen. Svarene på spørreundersøkelsen utgjør et ubalansert respondentpanel (Baltagi, 2008), ettersom det ikke nødvendigvis er de samme respondentene som svarte på spørreundersøkelsen i 2018 som i 2020. Samtidig utgjør legekantorene et balansert panel. Vi utfører en flernivåanalyse (Luke, 2004) og estimerer en regresjonsmodell hvor vi skiller mellom listeinnbyggere som er tilknyttet legekantor i kontrollgruppen og listeinnbyggere som er tilknyttet legekantor som prøver ut honorar- eller driftstilskuddsmodell. Modellene vi estimerer har altså fire nivåer: Pasient har fotskrift  $i$ , fastlege har fotskrift  $j$ , legekantoret har fotskrift  $k$ , og  $t$  indikerer periode. Flernivådatametodene vi benytter, tar hensyn til uobserverbare faktorer på fastlege- og legekantornivå. Vi antar stokastiske legespesifikke effekter,  $u_j$ , og faste legekantoreffekter,  $\alpha_k$ :

$$y_{ijkt} = \alpha_k + \beta_1 2020_t + \beta_2 kontroll_k * 2020_t + \delta X_{ijkt} + u_j + \varepsilon_{ijkt} \quad (1)$$

$$i = 1, \dots, N; j = 1, \dots, J; k = 1, \dots, K; t = 1, \dots, T$$

Vi bruker notasjonen  $y_{ijkt}$  for utfallsmålet.  $kontroll_k$  er en indikatorvariabel som tar verdien 1 om listeinnbyggeren tilhører et legekantor i kontroll og 0 ellers.  $2020_t$  er en indikatorvariabel som tar verdien 1 om svaret er avgitt i år 2020, og 0 hvis 2018.  $kontroll_k * 2020_t$  er en indikatorvariabel som tar verdien 1 dersom listeinnbyggeren har avgitt sitt svar i 2020 og tilhører et legekantor i kontrollgruppen, og 0 ellers.  $X_{ijkt}$  er en vektor med kontrollvariabler og  $\varepsilon_{ijkt}$  er et feilledd. Kontrollvariablene vi inkluderer omfatter respondentens alderskategori og kjønn. Inklusjonen av indikatorvariabler for legekantor,  $\alpha_k$ , har som hensikt å kontrollere for faste legekantorkjennetegn som kan påvirke utfallsvariabelen. Dette betyr i praksis at nivåforskjeller mellom ulike legekantor fanges opp av legekantorvariabelen.

Regresjonskoeffisienten  $\beta_1$  viser gjennomsnittlig endring i utfallsvariabelen ved legekantor som prøver ut PHT mellom år 2018 og 2020.  $\beta_2$  viser utvikling i utfall ved legekantor i kontrollgruppen relativt til endringen ved legekantor som prøver ut PHT.

## B.1 Virkninger på helse relaterte utfall

For å vurdere om PHT har hatt en innvirkning på helsen eller helse relatert livskvalitet har vi analysert tre ulike spørsmål fra undersøkelsen:

- Hvordan vurderer du helsen din, sånn i alminnelighet? (Tabell B-12-1)
- EQ-5D-5L (Tabell B-12-2)
- EQ-5D VAS (Tabell B-12-3).

Vi ser ingen endring i opplevelse av egen helse over tid, verken for listeinnbyggerne samlet eller for de tre pasientgruppene, og verken ved PHT-legekantor eller i kontrollgruppen (Tabell B-12-1).

Analyser av helse relatert livskvalitet (målt ved EQ-5D-5L og VAS) viser at listeinnbyggere ved PHT-legekantor hadde signifikant lavere helse relatert livskvalitet i 2020 enn i 2018, men det bør merkes at nedgangen er liten. Siden analysen gjøres på gruppenivå, kan nedgangen skyldes endringer i sammensetning av listepopulasjonen, og reflekterer ikke nødvendigvis dårligere helse relatert livskvalitet for den enkelte listeinnbygger. Utviklingen i kontrollgruppen er ikke signifikant forskjellig fra den ved PHT-legekantor, og vi kan dermed ikke utelukke at nedgangen skyldes andre forhold enn PHT.

Blant pasienter med diabetes ved PHT-legekantor finner vi også at helse relatert livskvalitet er lavere i 2020 enn i 2018, og nedgangen ikke bare statistisk, men også økonomisk signifikant. Vi finner dog tilsvarende nedgang blant pasienter med diabetes ved legekantor i kontrollgruppen, og kan dermed ikke slå fast at endringen er relatert til det pågående forsøket med PHT.



Helserelatert livskvalitet blant listeinnbyggere med psykiske utfordringer er stabil mellom 2018 og 2020 ved PHT-legekontor, men vi observerer vi en signifikant nedgang i kontrollgruppen i samme periode. Dette kan indikere at PHT har klart å ivareta disse pasientene på en bedre måte en legekontorene i kontrollgruppen, men det kan også skyldes endringer i pasientsammensetning, eller andre forhold som vi ikke med sikkerhet kan ta høyde for i denne analysen.

**Tabell B-12-1 Endring i helserelatert svar på spørsmålet «Hvordan vurderer du helsen din, sånn i alminnelighet?» blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-0.0555 (0.0418)	-0.0626 (0.0417)	0.136 (0.122)	-0.200 (0.159)	0.00313 (0.182)
Kontroll * år 2020	0.0906 (0.0709)	0.100 (0.0708)	-0.170 (0.204)	0.00148 (0.284)	-0.586 (0.303)
cut1					
Konstantledd	-4.412** (0.175)	-5.086** (0.187)	-4.387** (0.499)	-3.099** (0.804)	-3.704** (0.641)
cut2					
Konstantledd	-2.011** (0.149)	-2.686** (0.163)	-2.034** (0.470)	-0.773 (0.772)	-0.943 (0.602)
cut3					
Konstantledd	-0.453** (0.147)	-1.115** (0.161)	-0.290 (0.468)	1.028 (0.772)	0.639 (0.603)
cut4					
Konstantledd	1.736** (0.147)	1.120** (0.161)	2.103** (0.471)	3.539** (0.782)	2.908** (0.620)
sigma2_u					
Konstantledd	0.000372 (0.00621)	4.12e-33 (6.11e-18)	4.59e-33 (1.60e-17)	4.81e-33 (1.55e-17)	0.0234 (0.118)
Antall observasjoner	12519	12514	1467	844	699
chi2	346.4	638.0	92.63	55.76	52.33
p	2.17e-52	9.41e-109	0.00000466	0.0500	0.0916
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Vi har brukt en ordinal, logistisk regresjon for å analysere endringer i svarfordelingene. Respondentene kunne velge mellom følgende svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke». I analysen er de ulike svaralternativene gitt verdier fra 1 til 5, der «svært god» er gitt verdien 1, mens «svært dårlig» er gitt verdien 5. Respondenter som svarte "Vet ikke" er ekskludert fra analysen. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosentnivå.

**Tabell B-12-2 Endring i helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L) blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-0.0117* (0.00540)	-0.0117* (0.00539)	0.0140 (0.0151)	-0.0568** (0.0213)	-0.00894 (0.0218)
Kontroll * år 2020	0.0171 (0.00918)	0.0170 (0.00914)	-0.0242 (0.0252)	-0.00222 (0.0388)	-0.0743* (0.0378)
Konstantledd	0.795** (0.0189)	0.839** (0.0205)	0.736** (0.0562)	0.660** (0.108)	0.701** (0.0743)
sigma_u	6.81e-08** (1.34e-08)	1.19e-16 (0.0221)	3.72e-16 (0.0205)	2.37e-16 (0.0305)	1.49e-15 (0.105)
sigma_e	0.234** (0.00182)	0.233** (0.00181)	0.221** (0.00456)	0.241** (0.00694)	0.225** (0.00620)
Antall observasjoner	12442	12437	1418	813	683
chi2	119.5	220.4	41.92	79.27	58.71
p	7.02e-11	8.85e-27	0.388	0.000215	0.0284
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** EQ-5D-5L er beregnet på grunnlag av pasientenes svar på hvorvidt de opplever problemer knyttet til gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Nærmere beskrivelse av metoden finnes i Statusrapport III vedlegg A2 (Abelsen, et al., 2021). Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 1, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosentnivå.

**Tabell B-12-3 Endring i helserelatert livskvalitet (EQ VAS) blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-0.00893*	-0.00886*	0.0112	-0.0463**	-0.00859
	(0.00415)	(0.00414)	(0.0134)	(0.0176)	(0.0214)
Kontroll * år 2020	0.0117	0.0116	-0.0214	-0.00725	-0.0691
	(0.00705)	(0.00702)	(0.0223)	(0.0318)	(0.0370)
Konstantledd	0.771**	0.800**	0.728**	0.655**	0.696**
	(0.0147)	(0.0159)	(0.0503)	(0.0901)	(0.0729)
sigma_u	3.58e-18	1.66e-18	7.34e-20	1.57e-18	8.89e-18
	(0.0127)	(0.00880)	(0.0171)	(0.0239)	(0.162)
sigma_e	0.186**	0.185**	0.198**	0.202**	0.221**
	(0.00118)	(0.00117)	(0.00373)	(0.00502)	(0.00599)
Antall observasjoner	12442	12437	1418	813	683
chi2	112.9	198.2	43.94	84.03	56.71
p	7.31e-10	7.84e-23	0.308	0.0000577	0.0418
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** EQ VAS måler respondentenes egenvurderte helse på en visuell analog skala fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

## B.2 Fornøydhet med oppfølgingen fra legekantoret

For å vurdere virkningene av PHT på ulike dimensjoner ved fornøydhet med oppfølgingen ved legekantoret for pasienter i målgruppen for PHT har vi analysert følgende spørsmål i listeinnbyggerundersøkelsen:

- Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?
- Hvor fornøyd er du med fastlegen?
- Hvor fornøyd er du med sykepleier?
- Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?

I listepopulasjonen generelt er det ingen signifikante endringer i fornøydhet med fastlegen mellom 2018 og 2020 (Tabell B-12-4 og Tabell B-12-5). Blant pasienter med luftveisplager er det ingen endringer i fornøydhet med fastlegen mellom 2018 og 2020, mens listeinnbyggere med diabetes ved legekantoret er mer fornøyd med fastlegen i 2020 enn i 2018. Utviklingen er også signifikant forskjellig fra den i kontrollgruppen, hvilket kan tolkes som at diabetespasienter ved PHT-legekantoret har opplevd en mer positiv utvikling i fornøydhet med oppfølgingen fra fastlegen enn diabetespasienter i kontrollgruppen. Det er ingen signifikant endring for listeinnbyggere med psykiske utfordringer, men det kan se ut som at de er noe mindre fornøyd med oppfølgingen fra fastlegen i 2020 enn i 2018.

Listebyggerne generelt og listeinnbyggere med langvarige luftveisplager er mer fornøyd med sykepleier på legekantoret i 2020 enn i 2018 (Tabell B-12-6). For pasienter med diabetes og psykiske utfordringer er det ingen signifikant endring, men en tendens til at det har blitt mer fornøyd over tid. Endringene ved PHT-legekantoret er ikke signifikant forskjellig fra utviklingen i kontrollgruppen.

Vi ser ingen signifikante endringer i listeinnbyggerens opplevelse av om fastlegetjenesten hjelper til å mestre deres sykdom eller plager, verken ved PHT-legekantoret eller i kontrollgruppen (Tabell B-12-7). Det kan dog se ut som at det er en tendens til en mer negativ utvikling i kontrollgruppen (sammenlignet med PHT-listeinnbyggere), særlig for pasienter med diabetes og psykiske utfordringer.

Disse endringer kan dog skyldes endringer i sammensetningen av respondenter, langs variabler vi ikke kan kontrollere for.

**Tabell B-12-4 Endring i svar på spørsmålet «Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?» blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	0.0227 (1.670)	0.298 (1.624)	0.748 (3.096)	3.808 (3.689)	-4.122 (3.678)
Kontroll * år 2020	1.997 (2.399)	1.939 (2.335)	0.238 (4.910)	-9.114 (6.656)	-3.576 (6.220)
Konstantledd	86.24** (4.400)	70.66** (4.423)	71.09** (9.657)	69.54** (15.46)	88.68** (11.93)
sigma_u	9.252** (0.527)	8.990** (0.517)	11.13** (1.607)	9.544** (2.744)	8.757** (2.707)
sigma_e	32.81** (0.337)	31.87** (0.326)	31.76** (1.012)	31.53** (1.524)	31.19** (1.408)
Antall observasjoner	12570	12565	1418	808	685
chi2	171.8	762.5	156.2	.	75.70
p	1.32e-19	2.52e-134	1.19e-15	.	0.000555
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-5 Endring i fornøydhet med fastlegen blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	0.224 (1.446)	0.945 (1.420)	3.087 (2.798)	7.420* (2.996)	-0.761 (3.485)
Kontroll * år 2020	-0.0303 (2.085)	-0.217 (2.044)	-0.926 (4.398)	-11.58* (5.720)	-3.398 (5.812)
Konstantledd	83.10** (3.834)	68.11** (3.895)	68.68** (8.771)	69.23** (14.24)	73.38** (10.68)
sigma_u	7.842** (0.474)	7.734** (0.466)	9.541** (1.545)	3.565 (4.560)	10.34** (2.322)
sigma_e	27.42** (0.274)	26.55** (0.264)	27.80** (0.876)	27.89** (1.259)	26.58** (1.208)
Antall observasjoner	10232	10228	1200	696	606
chi2	163.1	752.4	145.5	83.25	73.83
p	4.22e-18	3.08e-132	6.67e-14	0.0000718	0.000896
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Analysen bygger på en sammenstilling av syv spørsmål. Spørsmålstillingen lød: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens evne til...?.. Å behandle deg med respekt.. Å lytte.. Å snakke med deg.. Å forklare beslutninger.. Å gi veiledning / råd.. Å følge deg opp.. Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov». Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Det ble kalkulert en samlet poengsum mellom 0 og 100, der 0 tilsvarende respondenter som har svart «svært misfornøyd» på samtlige spørsmål, mens 100 tilsvarende respondenter som har svart «svært fornøyd» på alle spørsmål. «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-6 Endring i fornøydhet med sykepleier blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	2.742 (1.664)	3.402* (1.575)	7.868* (3.589)	7.217 (4.290)	10.02 (6.127)
Kontroll * 2020	1.866 (2.678)	1.513 (2.550)	-1.200 (6.358)	3.318 (9.519)	-7.373 (11.93)
Konstantledd	71.55** (5.205)	60.42** (5.365)	49.39** (16.38)	36.28 (20.47)	87.03** (22.54)
sigma_u	5.471** (0.900)	4.917** (0.880)	6.392 (3.808)	1.14e-14 (3.897)	3.85e-14 (8.597)
sigma_e	27.99** (0.514)	26.99** (0.493)	24.88** (1.440)	26.99** (1.676)	27.75** (1.956)
Antall observasjoner	2989	2988	434	285	179
chi2	136.8	327.3	84.54	54.00	52.81
p	1.16e-13	9.16e-47	0.0000498	0.0556	0.0690
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Analysen bygger på en sammenstilling av syv spørsmål. Spørsmållstillingen lød: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleiers evne til...?.. Å behandle deg med respekt.. Å lytte.. Å snakke med deg.. Å forklare beslutninger.. Å gi veiledning / råd.. Å følge deg opp.. Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov». Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Det ble kalkulert en samlet poengsum mellom 0 og 100, der 0 tilsvarer respondenter som har svart «svært misfornøyd» på samtlige spørsmål, mens 100 tilsvarer respondenter som har svart «svært fornøyd» på alle spørsmål. «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-7 Endring i svar på spørsmålet «Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegjetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?» blant listeinnbyggere mellom 2018 og 2020**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-2.599 (2.090)	-2.128 (1.997)	3.654 (4.422)	0.122 (4.980)	-6.067 (4.349)
Kontroll * år 2020	2.386 (3.113)	2.301 (2.990)	-3.445 (7.071)	-14.01 (9.468)	-8.767 (7.674)
Konstantledd	98.84** (5.739)	81.59** (5.790)	77.50** (13.61)	65.64** (21.20)	99.10** (14.75)
sigma_u	10.46** (0.753)	9.792** (0.743)	15.38** (2.461)	2.98e-14 (7.309)	3.609 (9.303)
sigma_e	46.54** (0.609)	45.60** (0.596)	43.46** (1.705)	45.83** (2.511)	39.81** (1.993)
Antall observasjoner	12112	12108	1425	820	680
chi2	185.1	506.6	99.02	67.02	.
p	5.94e-22	4.04e-82	0.000000651	0.00472	.
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-8 Hvor fornøyd er du med ventetid for å få time?**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-2.499 (1.420)	-1.919 (1.362)	0.758 (2.980)	2.153 (3.505)	-1.696 (3.705)
Kontroll * år 2020	1.588 (2.089)	1.384 (2.011)	-1.742 (4.790)	-9.542 (6.410)	0.258 (6.328)
Konstantledd	62.30** (3.906)	49.37** (3.940)	45.71** (9.685)	68.91** (15.28)	60.61** (11.78)
sigma_u	7.214** (0.481)	6.830** (0.467)	8.385** (1.946)	8.883** (2.656)	7.137* (3.120)
sigma_e	33.95** (0.300)	33.19** (0.293)	34.56** (0.989)	31.25** (1.330)	33.16** (1.329)
Antall observasjoner	11724	11719	1324	728	650
chi2	523.1	1006.0	179.1	126.4	108.0
p	9.62e-88	6.63e-185	1.66e-19	6.85e-11	3.58e-08
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-9 Hvor fornøyd er du med muligheten til å påvirke behandlingen du får?**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	0.191 (1.153)	0.710 (1.118)	0.696 (2.736)	6.534* (2.776)	-0.937 (3.385)
Kontroll * år 2020	1.795 (1.715)	1.591 (1.666)	4.314 (4.322)	-9.671 (5.267)	-3.789 (5.802)
Konstantledd	80.47** (3.243)	68.06** (3.304)	63.83** (8.439)	75.93** (13.31)	72.97** (10.85)
sigma_u	5.566** (0.416)	5.347** (0.413)	9.772** (1.439)	1.07e-14 (3.809)	6.685 (3.621)
sigma_e	27.71** (0.267)	27.13** (0.261)	27.31** (0.833)	27.25** (1.057)	29.61** (1.336)
Antall observasjoner	10408	10404	1214	684	633
chi2	144.0	543.5	105.8	86.16	.
p	7.41e-15	1.51e-89	7.37e-08	0.0000314	.
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-10 Hvor fornøyd er du med samarbeidet mellom fastlege og hjemmetjeneste?**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-6.013* (2.485)	-2.871 (2.468)	5.692 (6.605)	17.21** (6.506)	8.256 (8.183)
Kontroll * år 2020	3.437 (4.027)	3.401 (3.944)	6.779 (10.63)	-41.87** (13.68)	-8.314 (15.33)
Konstantledd	84.05** (8.116)	68.27** (8.552)	63.88** (21.06)	90.63** (24.59)	75.17** (24.30)
sigma_u	6.753** (1.462)	6.498** (1.454)	1.80e-13 (8.857)	3.15e-13 (15.05)	8.40e-15 (6.187)
sigma_e	31.85** (0.835)	31.26** (0.818)	33.52** (2.268)	30.18** (2.438)	29.38** (2.624)
Antall observasjoner	1688	1688	242	184	120
chi2	84.89	140.7	47.67	44.26	40.06
p	0.00000796	3.93e-13	0.135	0.192	0.185
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Tabell B-12-11 Hvor fornøyd er du med samarbeidet mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten?**

	(1) Alle	(2) Alle	(3) Luftveisplager	(4) Diabetes	(5) Psykisk sykdom
År 2020	-1.716 (1.536)	-0.126 (1.451)	1.868 (3.487)	8.211* (3.932)	-3.371 (4.113)
Kontroll * år 2020	2.080 (2.324)	0.957 (2.205)	-3.250 (5.745)	-19.30** (7.219)	0.962 (7.108)
Konstantledd	87.27** (4.872)	71.37** (4.895)	82.32** (13.38)	66.01** (17.28)	72.94** (12.33)
sigma_u	6.490** (0.609)	5.956** (0.594)	5.809 (3.922)	7.725* (3.727)	4.31e-14 (15.45)
sigma_e	31.72** (0.432)	30.45** (0.413)	32.66** (1.428)	27.66** (1.698)	29.09** (1.390)
Antall observasjoner	6200	6198	817	471	372
chi2	149.8	592.4	115.6	81.31	81.90
p	7.80e-16	1.88e-99	2.82e-09	0.000123	0.000105
Kontrollvariabler		Ja	Ja	Ja	Ja

**Merknad:** Svar ble oppgitt på en skala fra -3 (svært misfornøyd) til +3 (svært fornøyd). I analysen er verdiene kodet om til å gå fra 0 til 100. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 100, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i alle regresjoner, men utelatt fra denne tabellen. Kontroller for aldersgruppe og kjønn er inkludert i kolonne 2-5. Standardfeil i parentes. \*/\*\* oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.

**Figur B-12-12: Eksempel beregning av endring i driftsinntekter ved overgang til driftstilskuddsmodell. Eksempel beregning av endring i driftsinntekter ved overgang til driftstilskuddsmodell for én lege 1. halvår 2016.**

<b>Faktiske driftsinntekter 1. halvår 2016</b>		
Basistilskudd fra kommunen til fastlegen	214 * 995	212 930
+ Egenandel for behandling av listeinnbyggere		198 687
+ Refusjonsandel for behandling av listeinnbyggere		301 367
- Honorar for forbruksmateriell og L-takster for behandling av listeinnbyggere		39 159
Sum		673 825

**Driftsinntekter med driftstilskuddsmodellen 1. halvår 2016**

<b>Listeinnbyggertilskudd alder og kjønn</b>		
Menn 0 år	107,9 * 0	0
Menn 1-5 år	211,4 * 23	4 862
Menn 6-12 år	178,1 * 41	7 302
Menn 13-15 år	245,1 * 14	3 431
Menn 16-19 år	327,6 * 10	3 276
Menn 20-44 år	449,8 * 193	86 811
Menn 45-66 år	695,3 * 182	126 545
Menn 67-79 år	929,4 * 56	52 041
Menn 80-89 år	1354,1 * 17	23 020
Menn 90 år og eldre	1649,6 * 2	3 299
Kvinner 0 år	92,1 * 0	0
Kvinner 1-5 år	185,9 * 39	7 250
Kvinner 6-12 år	156,3 * 33	5 158
Kvinner 13-15 år	275,1 * 16	4 402
Kvinner 16-19 år	508 * 13	6 604
Kvinner 20-44 år	816 * 154	125 664
Kvinner 45-66 år	963,8 * 108	104 090
Kvinner 67-79 år	1093,5 * 57	62 324
Kvinner 80-89 år	1470,3 * 14	20 584
Kvinner 90 år og eldre	1451 * 19	27 569
+ Listeinnbyggertilskudd levekår <sup>a</sup>	20 * 0,879 * 995	17 492
+ Listeinnbyggertilskudd reiseavstand <sup>b</sup>	16 * ((0,591 + 0,952) / 2) * 995	12 282
+ Dekningsgrad	41 * 995	40 795
+ Spesialist i allmenntilleggsmedisin <sup>c</sup>	85 * 0 * 995	0
- Sykepleier kost <sup>d</sup>	405 000 * 2 * 0,13	105 300
+ Egenandel for behandling av listeinnbyggere/2	198 687 / 2	99 344
Sum		738 845

**Endring i driftsinntekter ved overgang til driftstilskuddsmodellen 1. halvår 2016**

$$= ((738\ 845 - 673\ 825) / 673\ 825) * 100 = 9,6 \%$$

**Beregning for én lege 1. halvår 2016.** For å finne tallene i Tabell 4-6 gjør tilsvarende beregning for hvert halvår i perioden 1. halvår 2015 til 2. halvår 2017 og finner gjennomsnittlig endring i driftsinntekter over perioden. Deretter tar vi et vektet gjennomsnitt for legene på legekantoret hvor leger med flere pasienter vektet tyngre.

<sup>a</sup>: Indeks dødelighetskriteriet kommunen 2016

<sup>b</sup>: Indeks reiseavstand innen sone kommunen 2016, indeks reiseavstand til nabokrets kommunen 2016

<sup>c</sup>: 1 hvis legen er godkjent spesialist i allmenntilleggsmedisin

<sup>d</sup>: Kostnad for halvt sykepleierårsverk \* antall sykepleierårsverk \* andel av legekantorets listeinnbyggere

**Tabell B-12-123: Effekter av introduksjon av primærhelseteam (a) og koronapandemien (b) på bruk av helsetjenester per kvartal**

	Driftstilskuddsmodellen			Honorarmodellen		
	Startverdi	fif (se)	Relativ endring	Startverdi	fif (se)	Relativ endring
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier (Figur 31 og 32) <sup>1a</sup>	0,569	0,003 (0,015)	1	0,687	0,022 (0,020)	3
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier (Figur 31 og 32) <sup>1b</sup>	0,567	0,021*** (0,006)	4	0,604	0,028 (0,027)	4
Enkel pasientkontakt ved fastlege eller sykepleier (Figur 33 og 34) <sup>2a</sup>	0,138	0,004 (0,014)	3	0,329	-0,025 (0,020)	-8
Enkel pasientkontakt ved fastlege eller sykepleier (Figur 33 og 34) <sup>2b</sup>	0,130	0,018 (0,019)	14	0,311	-0,008 (0,028)	-3
Sykebesøk ved fastlege eller sykepleier (Figur 35 og 36) <sup>3a</sup>	0,003	0,005 (0,003)	166	0,003	0,009*** (0,002)	265
Sykebesøk ved fastlege eller sykepleier (Figur 35 og 36) <sup>3b</sup>	0,003	0,008 (0,005)	236	0,006	0,007*** (0,002)	116
Dynamisk spirometri (Figur 37) <sup>4a</sup>		Ikke aktuell		0,065	0,050*** (0,015)	76
Dynamisk spirometri (Figur 37) <sup>4b</sup>		Ikke aktuell		0,087	0,002 (0,022)	3
Årskontroll for diabetes (Figur 38) <sup>5a</sup>		Ikke aktuell		0,032	0,063*** (0,019)	197
Årskontroll for diabetes (Figur 38) <sup>5b</sup>		Ikke aktuell		0,058	0,029 (0,020)	50

Kilder: KUHR og NPR. Note: N driftstilskuddsmodellen = 18737, N honorarmodellen = 60268, N kontrollgruppen = 4632080. Dynamisk spirometri: N honorarmodellen = 683, N kontrollgruppen for honorarmodellen = 60055. Årskontroll for diabetes: N honorarmodellen = 1955, N kontrollgruppen for honorarmodellen = 146243.

<sup>1a</sup>: Før/etter forsøket. Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>1b</sup>: Før/etter koronapandemien. Takster 2ad, 2ae, 074a, 074ae, S2a, S2ae, 088b, 088cd

<sup>2a</sup>: Takster 1ad, 1be, 1bd, 070, S1a, S1c, S1d, 088a

<sup>2b</sup>: Takster 1ad, 1be, 1bd, 070, S1a, S1c, S1d, 088a

<sup>3a</sup>: Takster 11ad, 086a, S3a, S3b, 088d

<sup>3b</sup>: Takster 11ad, 086a, S3a, S3b, 088d

<sup>4a</sup>: Takster 507c

<sup>4b</sup>: Takster 507c

<sup>5a</sup>: Takster 109, 109a, 109b

<sup>5b</sup>: Takster 109, 109a, 109b



## Vedlegg C Virkninger på bruk av helsetjenester avhengig av omfang av sykepleierkonsultasjoner i honorarmodellen

**Tabell C 1 Virkninger for brukere med diabetes type 2 og kols**

	fif (se)	fif høy (se)	fif lav (se)
<b>Diabetes type 2</b>			
Konsultasjon ved fastlege	0,113 (0,076)	0,076 (0,099)	-0,037* (0,019)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,036 (0,077)	0,110 (0,101)	0,075*** (0,017)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,055 (0,102)	0,199 (0,132)	0,144*** (0,030)
Årskontroll	0,000 (0,031)	0,058* (0,019)	0,058** (0,028)
Legevaktbesøk	0,032*** (0,012)	0,028** (0,009)	-0,004 (0,010)
Legevaktbesøk vedr diabetes type 2	-0,004*** (0,001)	-0,002*** (0,000)	0,002 (0,001)
Poliklinisk konsultasjon	0,019 (0,086)	0,081 (0,094)	0,062 (0,051)
Poliklinisk konsultasjon vedr diabetes type 2	0,019* (0,011)	0,007 (0,008)	-0,012 (0,009)
Sykehusinnleggelse	0,008 (0,018)	0,014 (0,022)	0,006 (0,008)
Sykehusinnleggelse vedr diabetes type 2	-0,017*** (0,006)	-0,019* (0,007)	-0,003 (0,002)
<b>Kols</b>			
Konsultasjon ved fastlege	0,288* (0,155)	0,331 (0,182)	0,043 (0,077)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,216 (0,146)	0,333 (0,173)	0,117 (0,071)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,327 (0,241)	0,500 (0,300)	0,173* (0,095)
Spirometri ved fastlege	0,061 (0,078)	0,118 (0,100)	0,056*** (0,019)
Legevaktbesøk	-0,040 (0,039)	0,024 (0,022)	0,064* (0,035)
Legevaktbesøk vedr kols	-0,003 (0,006)	-0,001 (0,004)	0,001 (0,005)
Poliklinisk konsultasjon	-0,015 (0,074)	0,050 (0,072)	0,065 (0,052)
Poliklinisk konsultasjon vedr kols	0,017 (0,017)	0,039** (0,010)	0,022 (0,015)
Sykehusinnleggelse	0,061 (0,039)	0,067 (0,050)	0,006 (0,013)
Sykehusinnleggelse vedr kols	0,050** (0,022)	0,051 (0,028)	0,000 (0,006)

Kilde: KUHR og NPR

Note: Andre kolonne framstiller tilleggseffekten av antall sykepleierkontakter større enn medianen. Andre kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er mindre enn medianen. Tredje kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er større enn medianen.

**Tabell C 2 Virkninger for brukere med psykisk utviklingshemming og psykisk sykdom**

	fif (se)	fif høy (se)	fif lav (se)
<b>Psykisk utviklingshemming</b>			
Konsultasjon ved fastlege	0,034 (0,082)	-0,088 (0,058)	-0,122* (0,071)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,003 (0,085)	-0,078 (0,058)	-0,082 (0,074)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	-0,015 (0,086)	-0,082 (0,055)	-0,067 (0,076)
Samtale om enkeltpasient	-0,440** (0,181)	-0,422 (0,186)	0,017 (0,117)
Sykebesøk	-0,050** (0,021)	-0,009 (0,016)	0,040** (0,017)
Tverrfaglig samarbeidsmøte	-0,105 (0,070)	-0,116 (0,094)	-0,011 (0,007)
Nødvendig samtale med foresatte	-0,011** (0,006)	-0,002 (0,007)	0,009*** (0,002)
Samtaletterapi	0,070*** (0,015)	0,043** (0,010)	-0,026* (0,013)
Årskontroll	0,013*** (0,003)	0,010*** (0,001)	-0,003 (0,003)
Legevaktbesøk	-0,003 (0,079)	0,023 (0,030)	0,026 (0,076)
Legevaktbesøk vedr psykisk utviklingshemming	-0,002 (0,002)	-0,002 (0,003)	-0,000 (0,001)
Poliklinisk konsultasjon, somatikk	-0,179 (0,128)	-0,256 (0,143)	-0,077 (0,072)
Poliklinisk konsultasjon, PHV	0,165 (0,140)	0,179 (0,158)	0,014 (0,077)
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk utviklingshemming, somatikk	-0,008 (0,069)	-0,053 (0,067)	-0,045 (0,048)
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk utviklingshemming, PHV	-0,016 (0,016)	.	0,005** (0,002)
Sykehusinnleggelse, somatikk	0,064 (0,040)	0,056 (0,052)	-0,008 (0,012)
Sykehusinnleggelse, PHV	0,013 (0,009)	0,008 (0,011)	-0,005* (0,003)
Sykehusinnleggelse vedr psykisk utviklingshemming, somatikk	0,015 (0,012)	0,023 (0,015)	0,008** (0,004)
<b>Psykisk sykdom</b>			
Konsultasjon ved fastlege	0,046 (0,045)	0,002 (0,046)	-0,044 (0,030)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,061 (0,064)	0,050 (0,076)	-0,010 (0,029)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,068 (0,067)	0,070 (0,081)	0,002 (0,030)
Samtale om enkeltpasient	0,096** (0,038)	0,067 (0,046)	-0,029* (0,017)
Sykebesøk	0,006 (0,014)	0,026 (0,019)	0,020*** (0,004)
Tverrfaglig samarbeidsmøte	-0,002 (0,003)	-0,001 (0,002)	0,001 (0,003)
Samtaletterapi	0,080** (0,039)	0,050 (0,050)	-0,030** (0,012)
Legevaktbesøk	0,007 (0,018)	-0,002 (0,016)	-0,010 (0,014)
Legevaktbesøk vedr psykisk sykdom	-0,001 (0,002)	-0,003** (0,001)	-0,002 (0,002)
Poliklinisk konsultasjon, somatikk	-0,034 (0,037)	-0,031 (0,049)	0,004 (0,008)
Poliklinisk konsultasjon, PHV	-0,048* (0,028)	-0,089** (0,017)	-0,041* (0,025)
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk sykdom, somatikk	0,000 (0,003)	-0,001 (0,002)	-0,001 (0,002)
Poliklinisk konsultasjon vedr psykisk sykdom, PHV	0,025 (0,024)	0,029 (0,030)	0,005 (0,009)
Sykehusinnleggelse, somatikk	0,002 (0,013)	0,015 (0,015)	0,013* (0,007)
Sykehusinnleggelse, PHV	0,000 (0,005)	-0,000 (0,006)	-0,001 (0,002)
Sykehusinnleggelse vedr psykisk sykdom, somatikk	0,002 (0,001)	0,002 (0,001)	0,001** (0,000)

Kilde: KUHR og NPR

Note: Andre kolonne framstiller tilleggseffekten av antall sykepleierkontakter større enn medianen. Andre kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er mindre enn medianen. Tredje kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er større enn medianen.

**Tabell C 3 Virkninger for brukere med ruslidelse og skrøpelige eldre og multisyke**

	fif (se)	fif høy (se)	fif lav (se)
<b>Ruslidelse</b>			
Konsultasjon ved fastlege	-0,071 (0,064)	-0,054** (0,012)	0,017 (0,063)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	-0,081 (0,072)	-0,015 (0,046)	0,066 (0,064)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	-0,060 (0,069)	0,013 (0,039)	0,073 (0,062)
Samtale om enkeltpasient	0,697*** (0,163)	0,290 (0,167)	-0,407*** (0,105)
Sykebesøk	0,038 (0,047)	0,064 (0,062)	0,026** (0,012)
Tverrfaglig samarbeidsmøte	0,044** (0,022)	0,008 (0,012)	-0,036* (0,020)
Samtaleterapi	0,064** (0,027)	0,016 (0,019)	0,048** (0,023)
Legevaktbesøk	-0,034 (0,078)	0,021 (0,079)	0,055 (0,051)
Legevaktbesøk vedr ruslidelse	0,002 (0,012)	-0,000 (0,002)	-0,002 (0,012)
Poliklinisk konsultasjon, somatikk	0,204*** (0,050)	0,228*** (0,036)	0,024 (0,042)
Poliklinisk konsultasjon, PHV	-0,018 (0,062)	-0,105** (0,024)	-0,088 (0,059)
Poliklinisk konsultasjon vedr ruslidelse, somatikk	0,006 (0,005)	0,007 (0,005)	0,002 (0,002)
Poliklinisk konsultasjon vedr ruslidelse, PHV	0,008 (0,005)	0,015** (0,002)	0,008* (0,004)
Sykehusinnleggelse, somatikk	0,019 (0,022)	0,035 (0,019)	0,016 (0,017)
Sykehusinnleggelse, PHV	0,004 (0,013)	-0,002 (0,015)	-0,006 (0,007)
Sykehusinnleggelse vedr ruslidelse, somatikk	0,040 (0,027)	0,034 (0,035)	-0,006 (0,007)
<b>Skrøpelige eldre og multisyke</b>			
Konsultasjon ved fastlege	0,217** (0,107)	0,109 (0,134)	-0,108*** (0,041)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,229* (0,132)	0,181 (0,169)	-0,048 (0,043)
Konsultasjon ved fastlege eller sykepleier	0,343* (0,200)	0,335 (0,268)	-0,008 (0,027)
Samtale om enkeltpasient	0,188*** (0,070)	0,131 (0,058)	-0,057 (0,055)
Sykebesøk	0,054 (0,069)	0,105 (0,094)	0,050 (0,006)***
Legevaktbesøk	-0,020 (0,020)	-0,015 (0,010)	0,005 (0,019)
Poliklinisk konsultasjon	0,135* (0,075)	0,093 (0,091)	-0,041 (0,033)
Sykehusinnleggelse	-0,026 (0,025)	-0,033 (0,029)	-0,007 (0,012)

Kilde: KUHR og NPR

Note: Andre kolonne framstiller tilleggseffekten av antall sykepleierkontakter større enn medianen. Andre kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er mindre enn medianen. Tredje kolonne framstiller effekten for de legekantorene der antallet sykepleierkontakter er større enn medianen.

## Vedlegg D Kompletterende materiale

### D.1 Spørreundersøkelse blant fastleger

#### D.1.1 Tidsbruk

**Spørsmål 1: Hvor mange timer jobber du totalt i løpet av en gjennomsnittlig uke?** Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ukentlige arbeidstimer	46,7 (11,1)	48,8 (11,1)	42,1 (11,7)	47,5 (7,9)	48,5 (10,4)
N	76	42	21	13	55

**Spørsmål 2: Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver?** Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Direkte pasientkontakt	50,8 (18,5)	54,5 (16,4)	47,6 (22,7)	43,9 (15,0)	52,1 (16,6)
Pasientrelatert etterarbeid	19,8 (10,8)	20,0 (9,8)	17,0 (9,1)	24,0 (15,2)	20,9 (11,3)
Pasientrelaterte møter	6,4 (4,8)	7,6 (4,8)	5,4 (5,0)	4,2 (3,1)	6,8 (4,6)
Offentlig allmennmedisinsk arbeid /kommunal bistilling	11,8 (17,4)	9,7 (12,5)	22,2 (25,1)	2,2 (3,7)	7,9 (11,4)
Andre administrative oppgaver	9,5 (11,5)	9,5 (7,4)	12,7 (20,1)	5,8 (3,2)	8,5 (6,8)
N	79	44	22	13	57

#### D.1.2 Teamarbeid og teamledelse

**Spørsmål 3: I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekantor?** Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	6 %	11 %	0 %	0 %	9 %
I noen grad	22 %	25 %	5 %	38 %	28 %
I stor grad	38 %	41 %	45 %	15 %	35 %
I svært stor grad	33 %	20 %	50 %	46 %	26 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 4: I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig tid til å lede et team som fungerer i tråd med ovennevnte definisjon? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	10 %	9 %	0 %	31 %	14 %
I liten grad	22 %	23 %	14 %	31 %	25 %
I noen grad	46 %	45 %	55 %	31 %	42 %
I stor grad	16 %	14 %	32 %	0 %	11 %
I svært stor grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	6 %	9 %	0 %	8 %	9 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 5: I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kompetanse til å lede et team som fungerer i tråd med ovennevnte definisjon? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	6 %	7 %	0 %	15 %	9 %
I noen grad	43 %	36 %	55 %	46 %	39 %
I stor grad	33 %	36 %	32 %	23 %	33 %
I svært stor grad	10 %	9 %	14 %	8 %	9 %
Vet ikke	6 %	9 %	0 %	8 %	9 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 6: I hvilken grad opplever du det som meningsfylt å lede ditt primærhelseteam? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I noen grad	25 %	32 %	0 %	46 %	35 %
I stor grad	44 %	36 %	68 %	31 %	35 %
I svært stor grad	16 %	11 %	32 %	8 %	11 %
Vet ikke	10 %	16 %	0 %	8 %	14 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 7: I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. Prosentvis fordeling.**

a) Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
I liten grad	15 %	16 %	9 %	23 %	18 %
I noen grad	52 %	48 %	59 %	54 %	49 %
I stor grad	19 %	16 %	27 %	15 %	16 %
I svært stor grad	11 %	18 %	0 %	8 %	16 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

b) Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	9 %	9 %	9 %	8 %	9 %
I liten grad	19 %	14 %	23 %	31 %	18 %
I noen grad	37 %	39 %	32 %	38 %	39 %
I stor grad	23 %	20 %	27 %	23 %	21 %
I svært stor grad	13 %	18 %	9 %	0 %	14 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

c) Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	20 %	23 %	5 %	38 %	26 %
I liten grad	30 %	27 %	41 %	23 %	26 %
I noen grad	42 %	41 %	55 %	23 %	37 %
I stor grad	5 %	5 %	0 %	15 %	7 %
I svært stor grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

d) Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	0 %	9 %	0 %	0 %
I liten grad	19 %	20 %	18 %	15 %	19 %
I noen grad	43 %	43 %	41 %	46 %	44 %
I stor grad	30 %	30 %	27 %	38 %	32 %
I svært stor grad	5 %	7 %	5 %	0 %	5 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

e) Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	34 %	36 %	32 %	31 %	35 %
I liten grad	35 %	30 %	45 %	38 %	32 %
I noen grad	24 %	25 %	18 %	31 %	26 %
I stor grad	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
I svært stor grad	4 %	7 %	0 %	0 %	5 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	79	44	22	13	57

- 
- 

f) Andre administrative oppgaver

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	18 %	11 %	23 %	31 %	16 %
I liten grad	35 %	43 %	36 %	8 %	35 %
I noen grad	33 %	30 %	27 %	54 %	35 %
I stor grad	10 %	9 %	14 %	8 %	9 %
I svært stor grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 8: Er det andre oppgaver enn de som er nevnt over som du har delegert fra deg til sykepleier?**

*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 9: I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	13 %	14 %	5 %	23 %	16 %
I stor grad	51 %	41 %	64 %	62 %	46 %
I svært stor grad	34 %	41 %	32 %	15 %	35 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 10: I hvilken grad opplever du at samarbeidet mellom deg og sykepleier i det enkelte primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	16 %	16 %	0 %	46 %	23 %
I stor grad	44 %	36 %	59 %	46 %	39 %
I svært stor grad	38 %	45 %	41 %	8 %	37 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 11: Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv	8 %	11 %	0 %	8 %	11 %
Sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver	78 %	75 %	86 %	77 %	75 %
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 %	14 %	14 %	15 %	14 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 12: På hvilken måte har helsesekretær en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Helsesekretæren arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen	41 %	43 %	23 %	62 %	47 %
Helsesekretæren har stort sett mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen	8 %	7 %	5 %	15 %	9 %
Helsesekretæren arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver	41 %	36 %	64 %	15 %	32 %
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
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	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
Vet ikke	5 %	5 %	9 %	0 %	4 %
N	79	44	22	13	57



**Spørsmål 13: Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med sykepleier/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen tid	5 %	5 %	5 %	8 %	5 %
1 til 29 min	42 %	50 %	41 %	15 %	42 %
30 til 59 min	32 %	23 %	36 %	54 %	30 %
60 til 89 min	14 %	14 %	14 %	15 %	14 %
90 til 119 min	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
2 timer eller mer	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

**Spørsmål 14: Har du øvrige kommentarer til teamarbeid eller teamledelse i primærhelseteam?**

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**D.1.3 Arbeidstilfredshet**

**Spørsmål 15: I hvilken grad er du fornøyd med følgende. Prosentvis fordeling.**

a) Ansvar du er tildelt

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	0 %	0 %	8 %	2 %
I liten grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I noen grad	15 %	16 %	5 %	31 %	19 %
I stor grad	62 %	64 %	68 %	46 %	60 %
I svært stor grad	14 %	9 %	27 %	8 %	9 %
Vet ikke	5 %	9 %	0 %	0 %	7 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

b) Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
I noen grad	11 %	11 %	5 %	23 %	14 %
I stor grad	57 %	59 %	55 %	54 %	58 %
I svært stor grad	25 %	20 %	36 %	23 %	21 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
<i>N</i>	79	44	22	13	57

c) Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	22 %	23 %	5 %	46 %	28 %
I liten grad	32 %	32 %	23 %	46 %	35 %
I noen grad	27 %	27 %	36 %	8 %	23 %
I stor grad	16 %	14 %	32 %	0 %	11 %
I svært stor grad	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

d) Kollegene dine og øvrige ansatte

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
I liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I noen grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I stor grad	33 %	34 %	36 %	23 %	32 %
I svært stor grad	59 %	55 %	64 %	69 %	58 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

e) Muligheten til å bruke dine evner

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	1 %	0 %	5 %	0 %	0 %
I noen grad	15 %	14 %	5 %	38 %	19 %
I stor grad	57 %	70 %	45 %	31 %	61 %
I svært stor grad	24 %	11 %	45 %	31 %	16 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

f) Frihet til å velge dine arbeidsmetoder

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	5 %	0 %	8 %	5 %
I liten grad	4 %	5 %	0 %	8 %	5 %
I noen grad	22 %	27 %	9 %	23 %	26 %
I stor grad	48 %	43 %	59 %	46 %	44 %
I svært stor grad	22 %	20 %	27 %	15 %	19 %
Vet ikke	1 %	0 %	5 %	0 %	0 %
N	79	44	22	13	57

g) Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	8 %	14 %	0 %	0 %	11 %
I liten grad	8 %	5 %	9 %	15 %	7 %
I noen grad	32 %	39 %	14 %	38 %	39 %
I stor grad	37 %	23 %	59 %	46 %	28 %
I svært stor grad	14 %	16 %	18 %	0 %	12 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
N	79	44	22	13	57

h) Arbeidsmengden din

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	22 %	20 %	0 %	62 %	30 %
I liten grad	27 %	27 %	24 %	31 %	28 %
I noen grad	36 %	43 %	38 %	8 %	35 %
I stor grad	15 %	9 %	38 %	0 %	7 %
I svært stor grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	78	44	21	13	57

i) Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	13 %	18 %	0 %	15 %	18 %
I liten grad	16 %	20 %	14 %	8 %	18 %
I noen grad	37 %	36 %	23 %	62 %	42 %
I stor grad	28 %	16 %	59 %	15 %	16 %
I svært stor grad	5 %	7 %	5 %	0 %	5 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

j) Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I noen grad	18 %	18 %	0 %	46 %	25 %
I stor grad	62 %	64 %	68 %	46 %	60 %
I svært stor grad	18 %	16 %	32 %	0 %	12 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	79	44	22	13	57

**Spørsmål 16: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket hvordan du opplever følgende dimensjoner ved arbeidsmiljøet på legekontoret? Prosentvis fordeling.**

a) Sosialt fellesskap (at man opplever godt samhold med sine kollegaer)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	24 %	23 %	23 %	31 %	25 %
Har påvirket positivt	70 %	68 %	73 %	69 %	68 %
Ikke relevant	6 %	9 %	5 %	0 %	7 %
N	79	44	22	13	57

b) Faglig fellesskap (at man har mulighet til å diskutere faglige spørsmål med kollegaer)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	30 %	30 %	9 %	69 %	39 %
Har påvirket positivt	66 %	66 %	86 %	31 %	58 %
Ikke relevant	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
N	79	44	22	13	57

c) Arbeidsomfang (at man opplever å arbeide omtrent så mye som man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	8 %	7 %	5 %	15 %	9 %
Har ikke påvirket	56 %	55 %	50 %	69 %	58 %
Har påvirket positivt	33 %	34 %	41 %	15 %	30 %
Ikke relevant	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
N	79	44	22	13	57

d) Oppgaveomfang (at man opplever å i stor grad utføre de arbeidsoppgaver man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Har ikke påvirket	59 %	51 %	55 %	92 %	61 %
Har påvirket positivt	35 %	40 %	41 %	8 %	32 %
Ikke relevant	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
N	78	43	22	13	56

e) Ansvar (at man opplever å ha omtrent så mye ansvar man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
Har ikke påvirket	63 %	55 %	64 %	92 %	63 %
Har påvirket positivt	28 %	34 %	32 %	0 %	26 %
Ikke relevant	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
N	79	44	22	13	57

f) Følelse av tilhørighet til arbeidsplassen

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	46 %	48 %	18 %	85 %	56 %
Har påvirket positivt	52 %	50 %	77 %	15 %	42 %
Ikke relevant	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

g) Stolthet over jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	48 %	50 %	23 %	85 %	58 %
Har påvirket positivt	49 %	48 %	73 %	15 %	40 %
Ikke relevant	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

h) Samlet trivsel i jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	35 %	39 %	23 %	46 %	40 %
Har påvirket positivt	62 %	59 %	73 %	54 %	58 %
Ikke relevant	3 %	2 %	5 %	0 %	2 %
N	79	44	22	13	57

#### D.1.4 Behandlingsplan og legemiddelgjennomgang

**Spørsmål 17: Hvor mange av dine listeinnbyggere har en behandlingsplan utarbeidet av deg eller andre i primærhelseteamet? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	12 %	12 %	0 %	31 %	16 %
1 til 5	24 %	33 %	9 %	23 %	30 %
6 til 10	19 %	21 %	23 %	8 %	18 %
11 til 20	19 %	9 %	41 %	15 %	11 %
21 til 30	4 %	0 %	9 %	8 %	2 %
Flere enn 30	22 %	26 %	18 %	15 %	23 %
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 18: Hender det at du gjør systematisk legemiddelgjennomgang uten sykepleier?***Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Aldri	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Av og til	31 %	33 %	45 %	0 %	25 %
Som oftest	67 %	63 %	55 %	100 %	71 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 19: Hender det at du bruker tidstakst (2cd) istedenfor takst 21d når du gjør systematisk legemiddelgjennomgang i tråd med Helsedirektoratets veileder?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Aldri	29 %	30 %	27 %	31 %	30 %
Av og til	24 %	28 %	5 %	46 %	32 %
Som oftest	19 %	26 %	9 %	15 %	23 %
Ikke relevante takster	18 %	2 %	59 %	0 %	2 %
Vet ikke	9 %	14 %	0 %	8 %	13 %
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 20: Hvor mange ganger per uke (før pandemien) vil du anslå at sykepleier i primærhelseteam følger opp dine pasienter i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos deg samme dag?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	22 %	9 %	50 %	15 %	11 %
1 til 2	38 %	35 %	36 %	54 %	39 %
3 til 5	31 %	42 %	14 %	23 %	38 %
6 til 10	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
11 til 20	4 %	7 %	0 %	0 %	5 %
Mer enn 20 ganger	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 21: For hvor mange av dine pasienter med diabetes type 2 bruker du årlig (eventuelt i samarbeid med sykepleier) Noklus-diabetesskjema og sender inn opplysninger til Norsk diabetesregister for voksne?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	9 %	5 %	18 %	8 %	5 %
1 til 5	8 %	12 %	5 %	0 %	9 %
6 til 10	12 %	5 %	32 %	0 %	4 %
11 til 20	23 %	26 %	14 %	31 %	27 %
21 til 30	21 %	23 %	9 %	31 %	25 %
Mer enn 30	28 %	30 %	23 %	31 %	30 %
N	78	43	22	13	56

## D.1.5 Samhandling

**Spørsmål 22: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Hjemmetjenesten	1,6 (1,2)	1,6 (1,3)	2,0 (1,1)	1,2 (1,0)	1,5 (1,3)
Sykehjem	1,1 (1,4)	1,2 (1,4)	1,5 (1,3)	0,4 (1,3)	1,0 (1,4)
Andre helsetjenester	1,2 (1,3)	1,2 (1,3)	1,7 (1,3)	0,7 (1,0)	1,1 (1,3)
Nedsatt funksjonsevne	0,8 (1,2)	0,8 (1,3)	1,2 (1,2)	0,5 (0,8)	0,7 (1,2)
Psykisk helse og rus	1,1 (1,2)	1,0 (1,2)	1,8 (1,0)	0,1 (1,2)	0,8 (1,2)
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 23: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Somatiske tjenester	1,0 (1,3)	0,9 (1,3)	1,7 (0,8)	0,4 (1,4)	0,8 (1,3)
Tverrfaglige spesialisert rusbehandling	0,4 (1,2)	0,3 (1,2)	1,0 (1,2)	-0,1 (1,0)	0,2 (1,2)
Psykisk helsevern	0,3 (1,5)	0,2 (1,6)	1,1 (1,2)	-0,6 (1,4)	-0,0 (1,6)
Habilitering og rehabilitering	0,8 (1,2)	0,5 (1,3)	1,5 (1,2)	0,7 (0,6)	0,6 (1,1)
N	76	42	21	13	55

**Spørsmål 24: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med NAV? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
NAV	0,4 (1,5)	0,3 (1,6)	0,8 (1,2)	0,0 (1,1)	0,2 (1,5)
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 25: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører. Kan du utdype? Åpent spørsmål [Gis kun til de som svarer -3 til -1 på spørsmålet over]**

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

### D.1.6 Øvrige spørsmål om primærhelseteam

**Spørsmål 26: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til...**  
Prosentvis fordeling

a) En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	13 %	16 %	0 %	23 %	18 %
I noen grad	32 %	23 %	36 %	54 %	30 %
I stor grad	29 %	33 %	36 %	8 %	27 %
I svært stor grad	19 %	23 %	23 %	0 %	18 %
Vet ikke	6 %	5 %	5 %	15 %	7 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

b) Bedre helse blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
I liten grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I noen grad	31 %	26 %	27 %	54 %	32 %
I stor grad	41 %	40 %	55 %	23 %	36 %
I svært stor grad	18 %	26 %	14 %	0 %	20 %
Vet ikke	5 %	2 %	5 %	15 %	5 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

c) Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter (brukermedvirkning)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
I liten grad	10 %	7 %	5 %	31 %	13 %
I noen grad	41 %	47 %	36 %	31 %	43 %
I stor grad	27 %	23 %	41 %	15 %	21 %
I svært stor grad	14 %	19 %	14 %	0 %	14 %
Vet ikke	5 %	2 %	5 %	15 %	5 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

d) Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
I noen grad	28 %	21 %	27 %	54 %	29 %
I stor grad	37 %	37 %	45 %	23 %	34 %
I svært stor grad	24 %	30 %	27 %	0 %	23 %
Vet ikke	5 %	5 %	0 %	15 %	7 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56



e) Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
I noen grad	26 %	19 %	23 %	54 %	27 %
I stor grad	36 %	33 %	50 %	23 %	30 %
I svært stor grad	31 %	40 %	27 %	8 %	32 %
Vet ikke	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

f) At pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	5 %	7 %	0 %	8 %	7 %
I noen grad	36 %	26 %	36 %	69 %	36 %
I stor grad	28 %	30 %	36 %	8 %	25 %
I svært stor grad	21 %	26 %	23 %	0 %	20 %
Vet ikke	9 %	9 %	5 %	15 %	11 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

g) Større tilfredshet blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	3 %	0 %	0 %	15 %	4 %
I noen grad	22 %	28 %	14 %	15 %	25 %
I stor grad	45 %	33 %	68 %	46 %	36 %
I svært stor grad	22 %	33 %	5 %	15 %	29 %
Vet ikke	8 %	5 %	14 %	8 %	5 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

h) Større tilfredshet blant pårørende

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	6 %	5 %	5 %	15 %	7 %
I noen grad	24 %	26 %	18 %	31 %	27 %
I stor grad	40 %	37 %	55 %	23 %	34 %
I svært stor grad	15 %	21 %	9 %	8 %	18 %
Vet ikke	13 %	9 %	14 %	23 %	13 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

i) At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørrere")

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
I liten grad	6 %	7 %	0 %	15 %	9 %
I noen grad	36 %	33 %	41 %	38 %	35 %
I stor grad	32 %	31 %	41 %	23 %	29 %
I svært stor grad	18 %	24 %	18 %	0 %	18 %
Vet ikke	4 %	0 %	0 %	23 %	5 %
N	77	42	22	13	55

j) Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekantoret

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	10 %	14 %	0 %	15 %	14 %
I noen grad	21 %	19 %	14 %	38 %	23 %
I stor grad	54 %	49 %	77 %	31 %	45 %
I svært stor grad	10 %	14 %	9 %	0 %	11 %
Vet ikke	4 %	2 %	0 %	15 %	5 %
N	78	43	22	13	56

k) Å frigjøre tid for fastleger

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	17 %	16 %	5 %	38 %	21 %
I liten grad	17 %	14 %	14 %	31 %	18 %
I noen grad	38 %	40 %	50 %	15 %	34 %
I stor grad	18 %	16 %	27 %	8 %	14 %
I svært stor grad	9 %	14 %	5 %	0 %	11 %
Vet ikke	1 %	0 %	0 %	8 %	2 %
N	78	43	22	13	56

l) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	5 %	5 %	0 %	4 %
I liten grad	9 %	7 %	5 %	23 %	11 %
I noen grad	36 %	35 %	27 %	54 %	39 %
I stor grad	33 %	30 %	55 %	8 %	25 %
I svært stor grad	15 %	21 %	9 %	8 %	18 %
Vet ikke	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
N	78	43	22	13	56

m) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	12 %	12 %	5 %	23 %	14 %
I liten grad	22 %	14 %	27 %	38 %	20 %
I noen grad	40 %	49 %	27 %	31 %	45 %
I stor grad	19 %	16 %	36 %	0 %	13 %
I svært stor grad	5 %	7 %	5 %	0 %	5 %
Vet ikke	3 %	2 %	0 %	8 %	4 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

n) Kortere ventetider til fastlegetjenesten

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	18 %	16 %	9 %	38 %	21 %
I liten grad	35 %	30 %	32 %	54 %	36 %
I noen grad	27 %	33 %	27 %	8 %	27 %
I stor grad	14 %	9 %	32 %	0 %	7 %
I svært stor grad	5 %	9 %	0 %	0 %	7 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

**Spørsmål 27: Hvor enig eller uenig er du i at du som fastlege: Prosentvis fordeling.**

1. Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	17 %	9 %	14 %	46 %	18 %
I noen grad	40 %	49 %	27 %	31 %	45 %
I stor grad	35 %	30 %	50 %	23 %	29 %
I svært stor grad	6 %	7 %	9 %	0 %	5 %
Vet ikke	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
<i>N</i>	78	43	22	13	56

## 2. Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
I liten grad	6 %	7 %	9 %	0 %	5 %
I noen grad	31 %	30 %	18 %	54 %	36 %
I stor grad	54 %	51 %	64 %	46 %	50 %
I svært stor grad	8 %	9 %	9 %	0 %	7 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	78	43	22	13	56

## 3. Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	0 %	5 %	8 %	2 %
I noen grad	32 %	40 %	18 %	31 %	38 %
I stor grad	53 %	47 %	64 %	54 %	48 %
I svært stor grad	13 %	14 %	14 %	8 %	13 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	78	43	22	13	56

## 4. Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	8 %	9 %	0 %	15 %	11 %
I liten grad	19 %	16 %	14 %	38 %	21 %
I noen grad	49 %	51 %	50 %	38 %	48 %
I stor grad	18 %	16 %	27 %	8 %	14 %
I svært stor grad	4 %	7 %	0 %	0 %	5 %
Vet ikke	3 %	0 %	9 %	0 %	0 %
N	78	43	22	13	56

### Spørsmål 28: Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

### D.1.7 Finansiering av primærhelseteam

**Spørsmål 29: Opplever du usikkerhet om legekontorets inntektopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekantor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen usikkerhet	15 %	12 %	27 %	8 %	11 %
Liten usikkerhet	19 %	14 %	27 %	23 %	16 %
Noe usikkerhet	37 %	40 %	23 %	54 %	43 %
Stor usikkerhet	9 %	16 %	0 %	0 %	13 %
Vet ikke	19 %	19 %	23 %	15 %	18 %
N	78	43	22	13	56

**Spørsmål 30: [Hvis spørsmål over =d] Du har svart at du opplever stor usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt fastlegekantor. Kan du utdype ditt svar?**

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

### D.1.8 Din bakgrunn og erfaring

**Spørsmål 31: Ved hvilket fastlegekantor jobber du på?**

*Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.*

**Spørsmål 32: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Mindre enn 1 år	11 %	7 %	25 %	0 %	5 %
1 til 2 år	9 %	12 %	5 %	8 %	11 %
3 til 4	15 %	10 %	15 %	31 %	15 %
5 år eller mer	65 %	71 %	55 %	62 %	69 %
N	75	42	20	13	55

**Spørsmål 33: Hvor mange år har du jobbet som fastlege? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Mindre enn 1 år	7 %	2 %	18 %	0 %	2 %
Fra 1 til 2 år	8 %	12 %	5 %	0 %	9 %
Fra 3 til 4	11 %	10 %	5 %	23 %	13 %
Fra 5 til 9 år	21 %	17 %	32 %	15 %	17 %
Fra 10 år eller mer	54 %	59 %	41 %	62 %	59 %
N	76	41	22	13	54

**Spørsmål 34: Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste per i dag? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Færre enn 500	6 %	2 %	18 %	0 %	2 %
Fra 500 til 749	18 %	14 %	36 %	0 %	11 %
Fra 750 til 999	21 %	21 %	27 %	8 %	18 %
Fra 1000 til 1249	36 %	36 %	14 %	77 %	45 %
Fra 1250 til 1499	18 %	26 %	5 %	15 %	24 %
Flere enn 1500	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	77	42	22	13	55

**Spørsmål 35: Er du leder for forsøket med primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Nei	79 %	81 %	76 %	77 %	80 %
Ja	21 %	19 %	24 %	23 %	20 %
N	77	43	21	13	56

**Spørsmål 36: Har du noen kommentarer til denne spørreundersøkelsen?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

## D.2 Spørreundersøkelse blant sykepleiere

### D.2.1 Tidsbruk

**Spørsmål 1: Hvor mange pasienter møter du i løpet av en gjennomsnittlig dag? Her tenker vi ikke på pasientkontakt ved skranken? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Daglige pasienter	9,7 (6,4)	8,1 (5,0)	10,8 (6,2)	13,4 (10,6)	9,1 (6,5)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 2: Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per pasient? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Tid per pasient	25,7 (18,6)	29,6 (20,3)	25,1 (14,8)	10,4 (11,8)	26,0 (20,3)
N	39	22	12	5	27

**Spørsmål 3: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid på fastlegekontoret bruker du på følgende arbeidsoppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Direkte pasientkontakt	56,9 (18,7)	60,5 (15,3)	50,8 (22,2)	57,0 (22,8)	59,8 (16,4)
Pasientrelatert etterarbeid	20,1 (13,0)	18,2 (7,2)	19,2 (12,4)	30,4 (27,8)	20,4 (13,5)
Pasientrelaterte møter	7,6 (8,1)	7,9 (9,2)	7,2 (7,0)	7,0 (5,2)	7,8 (8,8)
Andre administrative oppgaver og opplæring	14,1 (14,5)	11,0 (7,8)	19,3 (21,5)	14,0 (10,4)	11,3 (8,0)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 4: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor mange ganger bidrar du i følgende oppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Årskontroller for diabetes	2,9 (3,1)	2,9 (3,1)	3,3 (3,7)	2,2 (1,6)	2,8 (2,9)
Legemiddel-gjennomgang	1,2 (2,4)	1,3 (2,6)	1,2 (2,4)	0,4 (0,5)	1,1 (2,4)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 5: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor mange timer bruker du på følgende oppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Vaksinering	4,3 (5,6)	2,9 (2,9)	3,5 (3,1)	12,4 (11,7)	4,6 (6,5)
Laboratorieoppgaver	3,1 (5,2)	1,8 (3,0)	6,1 (7,4)	1,2 (1,3)	1,7 (2,8)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 6: Kan du utdype om hvor mye du jobber med årskontroller for diabetes, legemiddelgjennomgang, vaksinering og laboratorieoppgaver?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 7: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor mange timer bruker du på følgende typer oppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Oppgaver som utløser sykepleiertakst	16,6 (15,5)	21,9 (19,0)	10,2 (4,9)	10,6 (6,3)	19,8 (17,9)
Oppgaver som utløser legetakst	5,9 (7,0)	6,2 (8,2)	5,6 (6,1)	5,8 (4,0)	6,1 (7,5)
Oppgaver som utløser både sykepleier og leketakst	5,5 (6,7)	7,0 (8,2)	3,4 (3,8)	4,2 (3,5)	6,4 (7,6)
Oppgaver som ikke utløser takst	8,9 (11,1)	11,1 (14,4)	5,2 (2,9)	9,2 (5,6)	10,7 (13,1)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 8: Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam følger opp en pasient i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos lege samme dag?**  
*Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	10 %	5 %	23 %	0 %	4 %
Fra 1 til 2	33 %	27 %	38 %	40 %	30 %
Fra 3 til 5	35 %	32 %	31 %	60 %	37 %
Fra 6 til 10	10 %	18 %	0 %	0 %	15 %
Fra 11 til 20	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Mer enn 20 ganger	8 %	14 %	0 %	0 %	11 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 9: Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam gjør hjemmebesøk sammen med behandlende lege?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	74 %	71 %	77 %	80 %	73 %
Fra 1 til 2	26 %	29 %	23 %	20 %	27 %
Fra 3 til 4	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Fra 5 til 7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Fra 8 til 10	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Mer enn 10 ganger	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	39	21	13	5	26

**Spørsmål 10: Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen	45 %	50 %	31 %	60 %	52 %
Fra 1 til 2	45 %	41 %	54 %	40 %	41 %
Fra 3 til 4	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Fra 5 til 7	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Fra 8 til 10	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Mer enn 10 ganger	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 11: Hva er din erfaring med finansieringsmodellen for sykepleiere i primærhelseteam? Kan du fortelle hvordan du opplever at den fungerer?**

*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.*



## D.2.2 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.

**Spørsmål 12: I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekontor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
I noen grad	33 %	45 %	0 %	60 %	48 %
I stor grad	48 %	41 %	62 %	40 %	41 %
I svært stor grad	18 %	9 %	38 %	0 %	7 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 13: Hvordan opplever du at du som sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller fastlegen? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv	5 %	9 %	0 %	0 %	7 %
Jeg utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver	73 %	68 %	69 %	100 %	74 %
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	15 %	14 %	23 %	0 %	11 %
Vet ikke	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
Jeg er ikke med i primærhelseteam	5 %	9 %	0 %	0 %	7 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 14: I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	15 %	14 %	8 %	40 %	19 %
I stor grad	55 %	68 %	46 %	20 %	59 %
I svært stor grad	30 %	18 %	46 %	40 %	22 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 15: I hvilken grad opplever du at samarbeidet mellom deg og fastlege i det enkelte primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	13 %	9 %	8 %	40 %	15 %
I stor grad	45 %	45 %	46 %	40 %	44 %
I svært stor grad	43 %	45 %	46 %	20 %	41 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 16: I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	10 %	14 %	8 %	0 %	11 %
I noen grad	35 %	27 %	31 %	80 %	37 %
I stor grad	25 %	36 %	8 %	20 %	33 %
I svært stor grad	30 %	23 %	54 %	0 %	19 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 17: Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med fastlege/helsesekretær hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen tid	10 %	14 %	8 %	0 %	11 %
Fra 1 til 29 min	40 %	36 %	46 %	40 %	37 %
Fra 30 til 59 min	23 %	18 %	31 %	20 %	19 %
Fra 60 til 89 min	10 %	9 %	8 %	20 %	11 %
Fra 90 til 119 min	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Fra 2 timer eller mer	15 %	18 %	8 %	20 %	19 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 18: Hva er din erfaring med sykepleierens rolle i primærhelseteam? Hvordan kan denne rollen utvikles videre?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

### D.2.3 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 19: I hvilken grad er du fornøyd med følgende. Prosentvis fordeling.

a. Ansvaret du er tildelt

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	8 %	5 %	0 %	40 %	11 %
I stor grad	58 %	50 %	69 %	60 %	52 %
I svært stor grad	35 %	45 %	31 %	0 %	37 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	40	22	13	5	27

b. Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
I noen grad	23 %	23 %	8 %	60 %	30 %
I stor grad	38 %	32 %	46 %	40 %	33 %
I svært stor grad	38 %	45 %	38 %	0 %	37 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	40	22	13	5	27

c. Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
I noen grad	20 %	14 %	15 %	60 %	22 %
I stor grad	50 %	45 %	62 %	40 %	44 %
I svært stor grad	25 %	36 %	15 %	0 %	30 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	40	22	13	5	27

d. Kollegene dine og øvrige ansatte

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	8 %	5 %	0 %	40 %	11 %
I stor grad	30 %	32 %	23 %	40 %	33 %
I svært stor grad	63 %	64 %	77 %	20 %	56 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

e. Muligheten til å bruke dine evner

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	20 %	9 %	15 %	80 %	22 %
I stor grad	45 %	45 %	54 %	20 %	41 %
I svært stor grad	35 %	45 %	31 %	0 %	37 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

f. Frihet til å velge dine arbeidsmetoder

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	18 %	5 %	15 %	80 %	19 %
I stor grad	43 %	41 %	54 %	20 %	37 %
I svært stor grad	40 %	55 %	31 %	0 %	44 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

g. Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
I noen grad	20 %	14 %	23 %	40 %	19 %
I stor grad	45 %	45 %	38 %	60 %	48 %
I svært stor grad	33 %	36 %	38 %	0 %	30 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

h. Arbeidsmengden din

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
I noen grad	31 %	29 %	8 %	100 %	42 %
I stor grad	46 %	48 %	62 %	0 %	38 %
I svært stor grad	21 %	24 %	23 %	0 %	19 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	39	21	13	5	26

i. Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
I liten grad	18 %	18 %	23 %	0 %	15 %
I noen grad	43 %	41 %	38 %	60 %	44 %
I stor grad	30 %	27 %	31 %	40 %	30 %
I svært stor grad	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
<i>N</i>	40	22	13	5	27

j. Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I noen grad	13 %	5 %	8 %	60 %	15 %
I stor grad	40 %	45 %	38 %	20 %	41 %
I svært stor grad	48 %	50 %	54 %	20 %	44 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>N</i>	40	22	13	5	27

**Spørsmål 20: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket hvordan du opplever følgende dimensjoner ved arbeidsmiljøet på legekantoret? Prosentvis fordeling.**

a. Sosialt fellesskap (at man opplever godt samhold med sine kollegaer)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	8 %	10 %	8 %	0 %	8 %
Har påvirket positivt	87 %	81 %	92 %	100 %	85 %
Ikke relevant	5 %	10 %	0 %	0 %	8 %
N	39	21	13	5	26

b. Faglig fellesskap (at man har mulighet til å diskutere faglige spørsmål med kollegaer)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Har påvirket positivt	90 %	86 %	100 %	80 %	85 %
Ikke relevant	8 %	10 %	0 %	20 %	12 %
N	39	21	13	5	26

c. Arbeidsomfang (at man opplever å arbeide omtrent så mye som man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	31 %	38 %	15 %	40 %	38 %
Har påvirket positivt	54 %	48 %	77 %	20 %	42 %
Ikke relevant	15 %	14 %	8 %	40 %	19 %
N	39	21	13	5	26

d. Oppgaveomfang (at man opplever å i stor grad utføre de arbeidsoppgaver man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	21 %	24 %	15 %	20 %	23 %
Har påvirket positivt	67 %	62 %	85 %	40 %	58 %
Ikke relevant	13 %	14 %	0 %	40 %	19 %
N	39	21	13	5	26

e. Ansvar (at man opplever å ha omtrent så mye ansvar man selv ønsker)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	18 %	19 %	15 %	20 %	19 %
Har påvirket positivt	69 %	67 %	85 %	40 %	62 %
Ikke relevant	13 %	14 %	0 %	40 %	19 %
N	39	21	13	5	26

f. Følelse av tilhørighet til arbeidsplassen

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Har påvirket positivt	85 %	86 %	92 %	60 %	81 %
Ikke relevant	10 %	10 %	0 %	40 %	15 %
N	39	21	13	5	26

g. Stolthet over jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Har påvirket positivt	85 %	86 %	92 %	60 %	81 %
Ikke relevant	10 %	9 %	0 %	40 %	15 %
N	40	22	13	5	27

h. Samlet trivsel i jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
Har påvirket positivt	87 %	86 %	100 %	60 %	81 %
Ikke relevant	10 %	10 %	0 %	40 %	15 %
N	39	21	13	5	26

## D.2.4 Samhandling

**Spørsmål 21: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder: Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Hjemmetjenesten	1,0 (1,0)	0,9 (1,0)	1,4 (1,0)	0,6 (0,9)	0,9 (1,0)
Sykehjem	0,7 (1,0)	0,5 (1,0)	0,8 (1,0)	1,2 (1,3)	0,6 (1,0)
Andre helsetjenester	1,2 (1,0)	1,0 (0,9)	1,8 (1,0)	0,4 (0,5)	0,9 (0,8)
Nedsatt funksjonsevne	0,5 (0,9)	0,3 (0,8)	0,6 (0,8)	1,2 (1,3)	0,4 (1,0)
Psykisk helse og rus	0,5 (0,8)	0,5 (0,9)	0,6 (0,8)	0,4 (0,5)	0,5 (0,8)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 22: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder: Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Somatiske tjenester	0,3 (0,8)	0,3 (0,8)	0,5 (0,9)	0,2 (0,4)	0,3 (0,7)
Tverrfaglige spesialisert rusbehandling	0,3 (0,7)	0,3 (0,7)	0,3 (0,8)	0,0 (0,0)	0,2 (0,6)
Psykisk helsevern	0,3 (0,8)	0,4 (0,8)	0,4 (0,9)	0,0 (0,0)	0,3 (0,8)
Habilitering og rehabilitering	0,3 (0,8)	0,2 (0,7)	0,7 (1,1)	0,0 (0,0)	0,2 (0,6)
N	40	22	13	5	27



**Spørsmål 23: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med NAV:** Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
NAV	0,1 (0,6)	-0,0 (0,7)	0,2 (0,4)	0,2 (0,4)	0,0 (0,7)
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 24: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

#### D.2.5 Øvrige spørsmål om primærhelseteam

**Spørsmål 25: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til...** Prosentvis fordeling.

a) En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	13 %	18 %	0 %	20 %	19 %
Enig	28 %	18 %	46 %	20 %	19 %
Svært enig	60 %	64 %	54 %	60 %	63 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

b) Bedre helse blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	3 %	0 %	0 %	20 %	4 %
Enig	48 %	45 %	46 %	60 %	48 %
Svært enig	50 %	55 %	54 %	20 %	48 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

c) Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter (brukermedvirkning)

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	13 %	14 %	0 %	40 %	19 %
Enig	50 %	41 %	69 %	40 %	41 %
Svært enig	35 %	45 %	23 %	20 %	41 %
Vet ikke	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

d) Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Enig	40 %	36 %	31 %	80 %	44 %
Svært enig	55 %	59 %	62 %	20 %	52 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

e) Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Enig	30 %	14 %	38 %	80 %	26 %
Svært enig	65 %	82 %	54 %	20 %	70 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

f) At pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	15 %	9 %	15 %	40 %	15 %
Enig	50 %	55 %	46 %	40 %	52 %
Svært enig	33 %	36 %	31 %	20 %	33 %
Vet ikke	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

## g) Større tilfredshet blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Enig	41 %	36 %	46 %	50 %	38 %
Svært enig	56 %	64 %	54 %	25 %	58 %
Vet ikke	3 %	0 %	0 %	25 %	4 %
N	39	22	13	4	26

## h) Større tilfredshet blant pårørende

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	8 %	0 %	15 %	20 %	4 %
Enig	35 %	32 %	38 %	40 %	33 %
Svært enig	55 %	68 %	46 %	20 %	59 %
Vet ikke	3 %	0 %	0 %	20 %	4 %
N	40	22	13	5	27

## i) At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørere")

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	15 %	14 %	8 %	40 %	19 %
Enig	38 %	45 %	23 %	40 %	44 %
Svært enig	45 %	41 %	62 %	20 %	37 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

## j) Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	8 %	14 %	0 %	0 %	11 %
Verken uenig eller enig	8 %	5 %	0 %	40 %	11 %
Enig	45 %	41 %	46 %	60 %	44 %
Svært enig	38 %	41 %	46 %	0 %	33 %
Vet ikke	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

k) Å frigjøre tid for fastleger

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	15 %	18 %	15 %	0 %	15 %
Verken uenig eller enig	28 %	27 %	15 %	60 %	33 %
Enig	28 %	23 %	31 %	40 %	26 %
Svært enig	30 %	32 %	38 %	0 %	26 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	40	22	13	5	27

l) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	21 %	19 %	8 %	60 %	27 %
Enig	31 %	29 %	38 %	20 %	27 %
Svært enig	44 %	48 %	46 %	20 %	42 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
N	39	21	13	5	26

m) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	3 %	0 %	8 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	33 %	32 %	23 %	60 %	37 %
Enig	23 %	23 %	23 %	20 %	22 %
Svært enig	40 %	41 %	46 %	20 %	37 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
N	40	22	13	5	27

n) Kortere ventetider til fastlegetjenesten

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	5 %	5 %	8 %	0 %	4 %
Delvis uenig	8 %	9 %	8 %	0 %	7 %
Verken uenig eller enig	43 %	45 %	31 %	60 %	48 %
Enig	20 %	14 %	23 %	40 %	19 %
Svært enig	23 %	23 %	31 %	0 %	19 %
Vet ikke	3 %	5 %	0 %	0 %	4 %
N	40	22	13	5	27

**Spørsmål 26: Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

## D.2.6 Din bakgrunn og erfaring

### Spørsmål 27: Ved hvilket fastlegekontor jobber du?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvern hensyn.

### Spørsmål 28: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Mindre enn 1 år	13 %	9 %	8 %	40 %	15 %
Fra 1 til 2 år	30 %	27 %	23 %	60 %	33 %
Fra 3 til 4	35 %	50 %	23 %	0 %	41 %
Fra 5 år eller mer	23 %	14 %	46 %	0 %	11 %
N	40	22	13	5	27

### Spørsmål 29: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Opprinnelige honorar	Opprinnelige driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Stillingsprosent	83,6 (19,5)	89,5 (16,1)	73,3 (23,7)	86,0 (11,4)	88,8 (15,1)
N	36	19	12	5	24

### Spørsmål 30: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

## D.3 Spørreundersøkelse blant helsesekretærer

### D.3.1 Tidsbruk

#### Spørsmål 1: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Direkte pasientkontakt	44,1 (23,5)	44,0 (20,0)	46,2 (28,1)	41,5 (27,5)	43,3 (22,0)
Pasientrelatert etterarbeid	22,9 (19,1)	20,2 (13,0)	27,5 (31,4)	24,0 (12,4)	21,3 (12,8)
Sekretæroppgaver	44,7 (24,8)	39,4 (23,3)	50,0 (27,4)	50,9 (24,6)	42,8 (23,9)
Pasientrelaterte møter	2,1 (4,3)	1,9 (3,3)	1,3 (3,1)	3,8 (7,4)	2,4 (4,7)
Andre administrative oppgaver	16,8 (20,5)	10,6 (7,6)	27,1 (34,5)	19,5 (15,7)	13,2 (11,1)
N	51	27	13	11	38

### D.3.2 Teamarbeid

**Spørsmål 2: I hvilken grad stemmer ovennevnte definisjon overens med måten dere jobber som primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
I liten grad	10 %	11 %	8 %	9 %	11 %
I noen grad	30 %	26 %	33 %	36 %	29 %
I stor grad	36 %	33 %	33 %	45 %	37 %
I svært stor grad	20 %	26 %	17 %	9 %	21 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	50	27	12	11	38

**Spørsmål 3: På hvilken måte opplever du at du som helsesekretær har en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekantor? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Jeg arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen	37 %	37 %	46 %	27 %	34 %
Jeg har mistet/gitt fra meg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
Jeg arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver	45 %	48 %	31 %	55 %	50 %
Jeg arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
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	6 %	7 %	8 %	0 %	5 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 4: I hvilken grad opplever du at fastlege og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekantor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	10 %	7 %	23 %	0 %	5 %
I noen grad	27 %	22 %	38 %	27 %	24 %
I stor grad	29 %	41 %	15 %	18 %	34 %
I svært stor grad	24 %	30 %	15 %	18 %	26 %
Vet ikke	10 %	0 %	8 %	36 %	11 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 5: Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og fastlege i primærhelseteam ved ditt legekontor fungerer? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært dårlig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Dårlig	4 %	0 %	15 %	0 %	0 %
Verken dårlig eller godt	22 %	22 %	8 %	36 %	26 %
Godt	39 %	37 %	54 %	27 %	34 %
Svært godt	33 %	41 %	23 %	27 %	37 %
Vet ikke	2 %	0 %	0 %	9 %	3 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 6: I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	6 %	7 %	0 %	9 %	8 %
I noen grad	33 %	26 %	54 %	27 %	26 %
I stor grad	31 %	41 %	23 %	18 %	34 %
I svært stor grad	29 %	26 %	23 %	45 %	32 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 7: Hvordan opplever du at samarbeidet mellom helsesekretær og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor fungerer? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært dårlig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Dårlig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken dårlig eller godt	18 %	19 %	23 %	9 %	16 %
Godt	34 %	27 %	46 %	36 %	30 %
Svært godt	48 %	54 %	31 %	55 %	54 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	50	26	13	11	37

**Spørsmål 8: I hvilken grad opplever du at samarbeidet mellom deg og sykepleier i det enkelte primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
I liten grad	14 %	12 %	23 %	9 %	11 %
I noen grad	20 %	15 %	31 %	18 %	16 %
I stor grad	42 %	50 %	31 %	36 %	46 %
I svært stor grad	16 %	19 %	8 %	18 %	19 %
Vet ikke	6 %	0 %	8 %	18 %	5 %
N	50	26	13	11	37

**Spørsmål 9: Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per uke på møter og annen kommunikasjon med fastlege/sykepleier hvor temaet er knyttet til primærhelseteam? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Ingen tid	43 %	37 %	54 %	45 %	39 %
Fra 1 til 29 min	35 %	41 %	23 %	36 %	39 %
Fra 30 til 59 min	12 %	15 %	8 %	9 %	13 %
Fra 60 til 89 min	4 %	4 %	0 %	9 %	5 %
Fra 90 til 119 min	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Fra 2 timer eller mer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	6 %	4 %	15 %	0 %	3 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 10: I hvilken grad opplever du å ha en rolle i ... ? Prosentvis fordeling.**

a) ... primærhelseteam ved ditt legekontor

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	12 %	4 %	31 %	9 %	5 %
I liten grad	36 %	35 %	46 %	27 %	32 %
I noen grad	38 %	38 %	23 %	55 %	43 %
I stor grad	8 %	15 %	0 %	0 %	11 %
I svært stor grad	6 %	8 %	0 %	9 %	8 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	50	26	13	11	37

b) ... det enkelte primærhelseteam

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	17 %	8 %	27 %	27 %	14 %
I liten grad	40 %	38 %	45 %	36 %	38 %
I noen grad	27 %	35 %	27 %	9 %	27 %
I stor grad	6 %	12 %	0 %	0 %	8 %
I svært stor grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	10 %	8 %	0 %	27 %	14 %
N	48	26	11	11	37

**Spørsmål 11: Hva er din erfaring med helsesekretærens rolle i primærhelseteam? Hvordan kan denne rollen utvikles videre?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.



### D.3.3 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 12: I hvilken grad er du fornøyd med følgende. Prosentvis fordeling.

a) Ansvarer du er tildelt?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	0 %	15 %	0 %	0 %
I liten grad	6 %	8 %	8 %	0 %	5 %
I noen grad	28 %	23 %	46 %	18 %	22 %
I stor grad	38 %	46 %	23 %	36 %	43 %
I svært stor grad	12 %	19 %	0 %	9 %	16 %
Vet ikke	12 %	4 %	8 %	36 %	14 %
N	50	26	13	11	37

b) Variasjon du har i dine arbeidsoppgaver?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
I liten grad	10 %	8 %	8 %	18 %	11 %
I noen grad	22 %	23 %	15 %	27 %	24 %
I stor grad	42 %	38 %	54 %	36 %	38 %
I svært stor grad	20 %	27 %	8 %	18 %	24 %
Vet ikke	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	50	26	13	11	37

c) Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	0 %	8 %	9 %	3 %
I liten grad	10 %	12 %	8 %	9 %	11 %
I noen grad	30 %	31 %	23 %	36 %	32 %
I stor grad	36 %	38 %	38 %	27 %	35 %
I svært stor grad	12 %	15 %	15 %	0 %	11 %
Vet ikke	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
N	50	26	13	11	37

d) Kollegaene dine og øvrige ansatte?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
I noen grad	16 %	15 %	8 %	27 %	19 %
I stor grad	34 %	38 %	38 %	18 %	32 %
I svært stor grad	46 %	46 %	38 %	55 %	49 %
Vet ikke	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	50	26	13	11	37

e) Muligheten til å bruke dine evner?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	12 %	8 %	15 %	18 %	11 %
I noen grad	30 %	31 %	31 %	27 %	30 %
I stor grad	36 %	38 %	31 %	36 %	38 %
I svært stor grad	16 %	23 %	8 %	9 %	19 %
Vet ikke	6 %	0 %	15 %	9 %	3 %
N	50	26	13	11	37

f) Frihet til å velge dine arbeidsoppgaver?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	4 %	4 %	0 %	9 %	5 %
I liten grad	18 %	15 %	23 %	18 %	16 %
I noen grad	32 %	31 %	38 %	27 %	30 %
I stor grad	20 %	19 %	31 %	9 %	16 %
I svært stor grad	18 %	27 %	0 %	18 %	24 %
Vet ikke	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
N	50	26	13	11	37

g) Anerkjennelse du får for godt utført arbeid?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
I liten grad	16 %	12 %	31 %	9 %	11 %
I noen grad	26 %	31 %	8 %	36 %	32 %
I stor grad	32 %	27 %	46 %	27 %	27 %
I svært stor grad	16 %	27 %	0 %	9 %	22 %
Vet ikke	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
N	50	26	13	11	37

h) Arbeidsmengden din?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
I liten grad	12 %	12 %	8 %	18 %	14 %
I noen grad	32 %	31 %	31 %	36 %	32 %
I stor grad	34 %	38 %	46 %	9 %	30 %
I svært stor grad	14 %	19 %	0 %	18 %	19 %
Vet ikke	6 %	0 %	8 %	18 %	5 %
N	50	26	13	11	37

i) Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	18 %	19 %	15 %	18 %	19 %
I liten grad	28 %	19 %	38 %	36 %	24 %
I noen grad	30 %	35 %	23 %	27 %	32 %
I stor grad	14 %	19 %	15 %	0 %	14 %
I svært stor grad	4 %	8 %	0 %	0 %	5 %
Vet ikke	6 %	0 %	8 %	18 %	5 %
<i>N</i>	50	26	13	11	37

j) Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
I svært liten grad	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
I liten grad	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
I noen grad	20 %	19 %	31 %	9 %	16 %
I stor grad	44 %	42 %	38 %	55 %	46 %
I svært stor grad	28 %	35 %	15 %	27 %	32 %
Vet ikke	4 %	0 %	8 %	9 %	3 %
<i>N</i>	50	26	13	11	37

**Spørsmål 13: På hvilken måte har primærhelseteam påvirket hvordan du opplever følgende dimensjoner ved arbeidsmiljøet på legekantoret?** Prosentvis fordeling.

a) Sosialt fellesskap

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
Har ikke påvirket	37 %	26 %	62 %	36 %	29 %
Har påvirket positivt	57 %	70 %	23 %	64 %	68 %
Ikke relevant	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

b) Faglig fellesskap

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	2 %	0 %	0 %	9 %	3 %
Har ikke påvirket	29 %	33 %	38 %	9 %	26 %
Har påvirket positivt	65 %	63 %	54 %	82 %	68 %
Ikke relevant	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

c) Arbeidsomfang

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
Har ikke påvirket	57 %	59 %	54 %	55 %	58 %
Har påvirket positivt	24 %	30 %	15 %	18 %	26 %
Ikke relevant	18 %	11 %	23 %	27 %	16 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

d) Oppgaveomfang

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	2 %	0 %	0 %	10 %	3 %
Har ikke påvirket	57 %	62 %	62 %	40 %	56 %
Har påvirket positivt	22 %	27 %	15 %	20 %	25 %
Ikke relevant	18 %	12 %	23 %	30 %	17 %
<i>N</i>	49	26	13	10	36

e) Ansvar

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
Har ikke påvirket	63 %	59 %	77 %	55 %	58 %
Har påvirket positivt	24 %	30 %	8 %	27 %	29 %
Ikke relevant	12 %	7 %	15 %	18 %	11 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

f) Følelse av tilhørighet til arbeidsplassen

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	4 %	0 %	8 %	9 %	3 %
Har ikke påvirket	49 %	52 %	54 %	36 %	47 %
Har påvirket positivt	43 %	48 %	23 %	55 %	50 %
Ikke relevant	4 %	0 %	15 %	0 %	0 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

g) Stolthet over jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
Har ikke påvirket	49 %	41 %	62 %	55 %	45 %
Har påvirket positivt	45 %	52 %	31 %	45 %	50 %
Ikke relevant	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
<i>N</i>	51	27	13	11	38

#### h) Samlet trivsel i jobben

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Har påvirket negativt	4 %	4 %	0 %	9 %	5 %
Har ikke påvirket	33 %	26 %	62 %	18 %	24 %
Har påvirket positivt	61 %	70 %	31 %	73 %	71 %
Ikke relevant	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	51	27	13	11	38

#### Spørsmål 14: Kan du utdype om hvordan PHT har påvirket din trivsel på jobb?

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

#### D.3.4 Samhandling

**Spørsmål 15: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Hjemmetjenesten	0,6 (1,1)	1,0 (1,2)	0,6 (1,0)	-0,2 (0,6)	0,6 (1,2)
Sykehjem	0,5 (0,8)	0,7 (0,9)	0,4 (0,8)	0,0 (0,0)	0,5 (0,8)
Andre helsetjenester	0,5 (0,9)	0,6 (1,0)	0,5 (0,8)	0,1 (0,7)	0,5 (0,9)
Nedsatt funksjonsevne	0,5 (0,9)	0,7 (1,1)	0,4 (0,8)	0,1 (0,3)	0,5 (0,9)
Psykisk helse og rus	0,5 (0,9)	0,6 (1,0)	0,6 (0,8)	0,2 (0,4)	0,5 (0,9)
N	48	25	12	11	36

**Spørsmål 16: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Somatiske tjenester	0,4 (0,9)	0,5 (1,0)	0,5 (1,0)	0,0 (0,4)	0,3 (0,9)
Tverrfaglige spesialisert rusbehandling	0,3 (0,7)	0,3 (0,5)	0,6 (1,1)	0,1 (0,3)	0,2 (0,5)
Psykisk helsevern	0,3 (0,8)	0,5 (0,8)	0,4 (0,8)	0,0 (0,4)	0,3 (0,8)
Habilitering og rehabilitering	0,3 (0,7)	0,5 (0,8)	0,3 (0,6)	0,1 (0,3)	0,3 (0,7)
N	47	24	12	11	35

**Spørsmål 17: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med NAV? Skala fra -3 til +3 hvor -3 er veldig misfornøyd og +3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
NAV	0,2 (0,6)	0,1 (0,4)	0,4 (0,8)	0,2 (0,6)	0,1 (0,5)
N	47	24	12	11	35

**Spørsmål 18: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører. Kan du utdype?** [Fritekst. Gis kun til de som svarer -3 til -1 på spørsmålet over]

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

### D.3.5 Øvrige spørsmål om primærhelseteam

**Spørsmål 19: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til...**  
Prosentvis fordeling.

a) En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	18 %	12 %	17 %	36 %	19 %
Enig	43 %	42 %	42 %	45 %	43 %
Svært enig	37 %	42 %	42 %	18 %	35 %
Vet ikke	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
N	49	26	12	11	37

b) Bedre helse blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	12 %	12 %	8 %	18 %	14 %
Enig	53 %	46 %	50 %	73 %	54 %
Svært enig	35 %	42 %	42 %	9 %	32 %
Vet ikke	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
N	49	26	12	11	37

c) Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	18 %	15 %	8 %	36 %	22 %
Enig	43 %	46 %	42 %	36 %	43 %
Svært enig	31 %	31 %	50 %	9 %	24 %
Vet ikke	8 %	8 %	0 %	18 %	11 %
N	49	26	12	11	37

d) Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	19 %	12 %	33 %	20 %	14 %
Enig	38 %	42 %	33 %	30 %	39 %
Svært enig	40 %	42 %	33 %	40 %	42 %
Vet ikke	4 %	4 %	0 %	10 %	6 %
N	48	26	12	10	36

e) Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	16 %	12 %	25 %	18 %	14 %
Enig	39 %	46 %	25 %	36 %	43 %
Svært enig	43 %	38 %	50 %	45 %	41 %
Vet ikke	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
N	49	26	12	11	37

f) At pasienter med store og sammensatte behov bedre mestrer sin sykdom

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	21 %	19 %	25 %	20 %	19 %
Enig	48 %	42 %	42 %	70 %	50 %
Svært enig	25 %	31 %	33 %	0 %	22 %
Vet ikke	6 %	8 %	0 %	10 %	8 %
N	48	26	12	10	36

g) Større tilfredshet blant enkeltpasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	16 %	12 %	25 %	18 %	14 %
Enig	51 %	54 %	33 %	64 %	57 %
Svært enig	31 %	31 %	42 %	18 %	27 %
Vet ikke	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
N	49	26	12	11	37

h) Større tilfredshet blant pårørende

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	2 %	0 %	0 %	9 %	3 %
Verken uenig eller enig	27 %	15 %	42 %	36 %	22 %
Enig	51 %	58 %	33 %	55 %	57 %
Svært enig	18 %	23 %	25 %	0 %	16 %
Vet ikke	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
N	49	26	12	11	37

i) At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp ("svake etterspørrere")

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Verken uenig eller enig	18 %	12 %	17 %	36 %	19 %
Enig	43 %	62 %	25 %	18 %	49 %
Svært enig	31 %	19 %	50 %	36 %	24 %
Vet ikke	8 %	8 %	8 %	9 %	8 %
N	49	26	12	11	37

j) Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	2 %	0 %	0 %	9 %	3 %
Delvis uenig	2 %	4 %	0 %	0 %	3 %
Verken uenig eller enig	33 %	27 %	33 %	45 %	32 %
Enig	31 %	38 %	17 %	27 %	35 %
Svært enig	27 %	23 %	42 %	18 %	22 %
Vet ikke	6 %	8 %	8 %	0 %	5 %
N	49	26	12	11	37

k) Å frigjøre tid for fastleger

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
Verken uenig eller enig	24 %	19 %	33 %	27 %	22 %
Enig	45 %	54 %	17 %	55 %	54 %
Svært enig	24 %	23 %	33 %	18 %	22 %
Vet ikke	2 %	0 %	8 %	0 %	0 %
N	49	26	12	11	37



l) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	6 %	0 %	17 %	9 %	3 %
Verken uenig eller enig	31 %	23 %	25 %	55 %	32 %
Enig	37 %	46 %	25 %	27 %	41 %
Svært enig	20 %	23 %	25 %	9 %	19 %
Vet ikke	6 %	8 %	8 %	0 %	5 %
N	49	26	12	11	37

m) Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Delvis uenig	10 %	0 %	17 %	27 %	8 %
Verken uenig eller enig	35 %	31 %	33 %	45 %	35 %
Enig	31 %	46 %	8 %	18 %	38 %
Svært enig	18 %	15 %	33 %	9 %	14 %
Vet ikke	6 %	8 %	8 %	0 %	5 %
N	49	26	12	11	37

n) Kortere ventetider for fastlegetjenesten

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Svært uenig	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
Delvis uenig	12 %	12 %	17 %	9 %	11 %
Verken uenig eller enig	24 %	23 %	17 %	36 %	27 %
Enig	27 %	38 %	8 %	18 %	32 %
Svært enig	18 %	12 %	42 %	9 %	11 %
Vet ikke	10 %	12 %	8 %	9 %	11 %
N	49	26	12	11	37

**Spørsmål 20: Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**D.3.6 Din bakgrunn og erfaring**

**Spørsmål 21: Ved hvilket fastlegekontor jobber du?**

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

**Spørsmål 22: Hvor lenge har du jobbet ved dette fastlegekontoret? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Mindre enn 1 år	4 %	4 %	8 %	0 %	3 %
Fra 1 til 2 år	8 %	4 %	8 %	18 %	8 %
Fra 3 til 4	22 %	19 %	31 %	18 %	18 %
Fra 5 år eller mer	67 %	74 %	54 %	64 %	71 %
N	51	27	13	11	38

**Spørsmål 23: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)**

	Alle	Opprinnelig honorar	Opprinnelig driftstilskudd	Nye honorar	Samlet honorar
Stillingsprosent	83,9 (18,2)	88,9 (15,6)	71,0 (13,4)	81,1 (22,2)	86,3 (18,1)
N	39	22	6	11	33

**Spørsmål 24: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

