



Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Statusrapport VI, 2024

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; Allmenntidisin, 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 rundt 80 medarbeidere, hvorav i underkant av 20 har PhD. Vi har bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere. Vi har erfaring fra helsetjenesteforskning og forskning innen helseøkonomi.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

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

Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Prosjektleder: Tor Iversen, UiO:

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

Foto/illustrasjon: Essentials collection (iStockphoto.com)

Innhold

Kort oppsummert	6
Sammendrag	7
1. Forsøket med primærhelseteam	15
1.1 Mål	15
1.2 Målgrupper	15
1.3 Innretning	15
1.4 Deltakere	17
1.5 Et ikke-randomisert forsøk	17
1.6 Gjennomføring	18
1.7 Primærhelseteam i en norsk kontekst	18
1.8 Primærhelseteam i en internasjonal kontekst	19
2. Formålet med denne sluttrapporten	21
3. Evalueringsdesign	22
3.1 Seleksjonsutfordringene	22
3.2 Intervjudata	22
3.3 Data fra spørreundersøkelser	25
3.4 Registerdata	29
3.5 Journaldata (Medrave)	30
3.6 Metodetriangulering	31
4. Primærhelseteam i praksis	32
4.1 Hvem får tjenester fra PHT?	32
4.2 Hvordan skjer utvelgelsen av listeinnbyggerne som får helsehjelp fra PHT?	34
4.3 Arbeidsmåter	34
4.4 Omlegging til teamarbeid	35
4.5 Sykepleierne: i tillegg til eller i stedet for fastlegene?	37
4.6 Grensearbeid mot andre tjenester	41
5. Erfaringer med PHT	43
5.1 Pasient- og pårørendeerfaringer med PHT	43
5.2 Erfaringer med PHT blant personellet på legekantorene i forsøket	45
5.3 Erfaringer med PHT i øvrig kommunal helsetjeneste	47
6. Tjenesteendringer med PHT	49
6.1 Tjenesteyting og prosessmål med Medrave	49
6.2 Målgruppens bruk av helsetjenester	51
6.3 Teameffektivitet på legekantornivå analysert med registerdata	55
6.4 Teameffektivitet på fastlegenivå analysert med registerdata	56
6.5 Kontinuitet og listestørrelse	59

6.6	Bruk av kommunale tjenester	61
7.	Hvordan har finansieringsmodellene fungert?	62
7.1	Seleksjonen inn i finansieringsmodellene	63
7.2	Inntektsutvikling blant legekantor i honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen	63
7.3	Oppfatninger om finansieringsmodellene fra spørreundersøkelsene	65
7.4	Finansieringsmodellenes egenskaper når det gjelder å nå målene med forsøket	66
7.5	Pasienttilpasset basistilskudd	67
7.6	Nærmere diskusjon av egenskapene ved de to finansieringsmodellene	68
8.	Samfunnsnyttan av PHT	72
8.1	Hvem påvirkes av PHT?	72
8.2	Prissatte og ikke-prissatte virkninger av PHT	74
8.3	Følsomhetsanalyser	83
8.4	Samlet vurdering	84
9.	Måloppnåelse	86
9.1	Evalueringsgrunnlag	86
9.2	Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/ brukere med oppfølging av PHT	87
9.3	Økt pasient- og brukertilfredshet	88
9.4	Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen	88
9.5	Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester	88
9.6	Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten	89
9.7	Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten	89
10.	PHT i framtidens helsetjeneste	91
10.1	Funn fra sluttintervju med PHT-lederne	91
10.2	Funn fra intervju med informanter fra ulike fagforeninger og KS	95
10.3	Ekspertutvalgets anbefalinger om teamarbeid og finansiering	99
10.4	Helsepersonellkomisjonens anbefalinger/syn på teamarbeid	100
10.5	Hvordan sikre en hensiktsmessig bruk av helsepersonell i fastlegetjenesten?	100
11.	Referanser	103
Vedlegg A	Om forsøket	109
Vedlegg B	Data og metode	115
Vedlegg C	Tilleggsanalyser av registerdata	120
Vedlegg D	Rammeverk for vurdering av ikke-prissatte virkninger	127

Forord

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

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

Vi vil takke alle PHT-lederne ved legekantorene i forsøket for at de i forbindelse med denne sluttrapporten tok seg tid til å delta i sluttintervju med oss. PHT-lederne har gjennom hele evalueringen med stor velvilje stilt opp for oss. De har brukt tid på å selv la seg intervju gjentatte ganger og tilrettelagt for gjennomføring av intervju både med medarbeidere og listeinnbyggere ved legekantoret, og medarbeidere i øvrig kommunal helsetjeneste. Vi vil benytte anledningen til å takke alle informanter for tiden de har brukt på oss og den tilliten de har vist oss. Vi vil også takke alle ved legekantorene i forsøket som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene, og som har hjulpet til med å distribuere spørreundersøkelsen til pasientene. Vi ønsker også å rette en stor takk til alle pasientene som har deltatt i brukerundersøkelsen. Vi vil takke ansatte ved Medrave som med stor velvilje har tilrettelagt og gjennomført uttak av aggregerte data fra legekantorenes journalsystemer. Vi vil også takke legekantorene utenfor forsøket med PHT som har vært kontrollgruppe i arbeidet med data fra Medrave. Allmenlegeforeningen v/leder Nils Kristian Klev og Norsk Forening for Allmenmedisin v/leder Marte Kvittum Tangen bidro i rekruttering av kontroll-legekantor. Tusen takk.

Til slutt vil vi takke Helsedirektoratet, som har gitt ideer og innspill og kommentert foreløpige funn underveis i arbeidet med rapporten.

Rapporten kan refereres til på følgende måte: Aandahl E, Abelsen B, Fosse A, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sæther EM. (2024) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023 (Statusrapport VI).

Oslo og Tromsø, januar 2024

Kort oppsummert

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket med PHT ble igangsatt ved 13 legekontorer den 1. april 2018. Ved avslutning av forsøket 31. mars 2023 var 17 legekantor inkludert. Forsøket utforsker to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Evalueringen baserer seg på analyser av data fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuer og dokumenter.

Dette er den avsluttende rapporten fra evalueringen av PHT-forsøket. Rapporten sammenfatter kunnskapen fra tidligere statusrapporter, samtidig som vi presenterer resultater fra nye empiriske undersøkelser og analyser gjennomført i 2023. Sentrale temaer i denne rapporten inkluderer erfaringer berørte aktører har hatt med PHT, tjenesteendringer med PHT, hvordan finansieringsmodellene fungerer, måloppnåelsen i forsøket, læringspunkter for videre utvikling av fastlegetjenesten og samfunnsnyttan av PHT.

Vi finner at listeinnbyggerne som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene i forsøket, og at de får økt forståelsen for helseproblemene sine og mestrer disse bedre.

Våre funn tyder på at forventningene som var til sykepleiers arbeidsoppgaver, stemmer overens med arbeidsoppgavene sykepleierne fikk i PHT. En stor andel av helsesekretærene opplever at de arbeider på samme måte som tidligere. Flertallet av fastlegeinformantene oppgir at de jobber mer proaktivt som PHT, og mange trekker fram gjennomgang og søk i listene som et nyttig verktøy for en proaktiv arbeidsform, for eksempel med mer systematisk oppfølging av diabetespasienter og eldre pasienter.

Det er flere eksempler på tjenesteendringer ved PHT. Resultater fra analyser av registerdata viser at listeinnbyggere i målgruppene ved PHT-legekantor har flere konsultasjoner og hjemmebesøk sammenlignet med kontrollgruppen. Det har vært en reduksjon i antallet listeinnbyggere per fastlege både i PHT-legekantor og i øvrige legekantor. Vi finner ikke signifikant tendens til at PHT med ekstraressurser som PHT-sykepleier, har ført til lengre lister i PHT-legekantorene sammenlignet med øvrige legekantor.

De fleste sykepleierne, helsesekretærene og fastlegene i PHT virker å være fornøyd med arbeidshverdagen sin. Samlet sett virker PHT å gjøre legekantorene mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig virker PHT i begrenset grad å gi endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og kontakten med spesialisthelsetjenesten synes i hovedsak å foregå som før.

Analyser av takstbruk antyder hyppigere oppfølging av listeinnbyggere ved PHT-kantor med honorarmodell sammenlignet legekantor med driftstilskuddsmodell. Men disse resultatene må tolkes med varsomhet, da driftstilskuddsmodellen har færre taksttyper enn honorarmodellen.

PHT-lederne er samstemte i sine vurderinger om at PHT har gitt bedre tilgjengelighet til og kvalitet på fastlegetjenesten. Den proaktive tilnærmingen med PHT, ble vurdert som en klar styrking av fastlegeordningen. Utover virkningene av PHT for listeinnbyggerne, uttrykker mange PHT-ledere at forsøket har hatt positive ringvirkninger for kontorets arbeidsfellesskap og synliggjort utviklingsbehov innen kontorledelse og administrative støttestrukturer. Samtlige PHT-ledere mener at PHT har en rolle å spille i fremtidens helsetjeneste.

Vår vurdering er at PHT kan bidra til bedre oppfølging av pasienter med udekkede behov. Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som, sammen med de øvrige gevinstene, kan veie opp for kostnadene. Dette forutsetter at ekstra ressursbruk begrenses til de pasientgruppene som har særlig nytte av oppfølgingen. Vi kan ikke dokumentere størrelsen på nyttevirkningene med utgangspunkt i de kvantitative undersøkelsene som er gjort i evalueringen. Vi har ikke vurdert lønnsomheten til PHT opp mot andre tiltak.

Legekantorene i forsøket har inntil videre fått mulighet til å drifte videre som PHT ut juni 2024. Ved årsskiftet til 2024 var det 15 aktive PHT-kantor.

Samlet viser forsøket med PHT at teamarbeid og tverrfaglig samarbeid i fastlegetjenesten kan styrke tilbudet, særlig til listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Både ekspertutvalget for gjennomgang av allmennelegetjenesten og helsepersonellkommissjonen peker på behovet for ny oppgavedeling i sine utredninger.

Sammendrag

Primærhelseteam (PHT) på fastlegekontor består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til listeinnbyggere som trenger det mest, blant annet i form av en teambasert, systematisk og proaktiv oppfølging. Det er 17 legekontor i ni kommuner som har prøvd ut PHT i et forsøk initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Forsøket er følgeevaluert og dette er den avsluttende rapporten fra evalueringen. I denne rapporten belyser vi hvordan PHT har fungert i praksis, hvilke erfaringer berørte aktører har hatt med PHT, tjenesteendringer med PHT, hvordan finansieringsmodellene har fungert og samfunnsnyttan av PHT. Vi drøfter måloppnåelsen med forsøket og læringspunkter for videre utvikling av fastlegetjenesten.

Forsøket med primærhelseteam (PHT) har prøvd ut teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Utprøvingen innebærer en systematisk og proaktiv arbeidsmetodikk. Forsøket startet 1. april 2018 og ble avsluttet 31. mars 2023. Etter avslutning av forsøket fikk PHT-legekantorene tilbud om å drifte videre med valgt finansieringsmodell. I statsbudsjett for 2024 er det lagt inn finansiering så legekantorene kan drifte med valgt finansieringsmodell til 1. juli 2024.

Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. Alle listeinnbyggere kan få oppfølging fra PHT, men tilbudet skal særlig rettes mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Blant disse, har det vært viktig at PHT når svake etterspørrere med behov for allmenmedisinske tjenester.

Effektmålene for forsøket var:

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

Dette er den avsluttende rapporten fra evalueringen av PHT-forsøket. Rapporten sammenfatter kunnskapen vi har fra de årlige Statusrapportene I – V samtidig som vi presenterer resultater fra nye empiriske undersøkelser og analyser gjennomført i 2023.

Det som er nytt i denne rapporten er analyser av en ny årgang med registerdata for å undersøke virkninger av PHT på legekantorene og i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Vi har også analysert en ny årgang med journalldata på legekantornivå fra Medrave. Vi presenterer videre en analyse av finansieringsmodellene og en oppdatert analyse av samfunnsnyttan ved PHT. Det er også gjort sluttintervjuer med PHT-lederne om utviklingsmuligheter for PHT ved forsøkets avslutning. Informanter fra fagforeninger for helsepersonell og KS har blitt intervjuet om potensialet ved PHT og økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten.

Rapporten gir en samlet vurdering av PHT-forsøkets måloppnåelse og samfunnsnyttan ved PHT. Lesere som er interessert i tidligere analyser som bare kort omtales her, kan finne mer informasjon i Statusrapport I-V.

Evalueringsdesign

PHT er en kompleks intervensjon som det er utfordrende å evaluere. Forsøket med PHT har vært et ikke-randomisert forsøk med mange seleksjonskilder, og dette gjør det krevende å trekke slutninger om PHT som er gjeldende for norske fastlegekontor generelt og for tilhørende listeinnbyggere. I evalueringsdesignet har vi bevisst valgt ulike datakilder og tilhørende analysemetoder - det vi kaller metodetriangulering, for å kunne studere PHT-forsøket fra ulike perspektiv. Bruk av ulike metoder kompenserer for metodenes styrker og svakheter.

Gjennom evalueringsperioden 2018-2023 har vi gjennomført en rekke intervjuundersøkelser, spørreundersøkelser og hentet ut data fra ulike registre og pasientjournaler. Vi har gjennomført enkeltanalyser basert på henholdsvis intervjudata, data fra spørreundersøkelser, registerdata og journaldata. Vi har også gjort integrerte analyser. Disse analysene er i noen tilfeller integrert på designnivået ved at funn fra én analyse informerer den metodiske utformingen av en annen. I andre tilfeller har vi integrert analysene tematisk ved å veve sammen funn fra analyser basert på ulike datakilder og drøftet hvordan funnene samsvarer med hverandre.

Formålet med å gjøre intervju, er å komme tett på og søke å forstå den lokale konteksten som PHT-forsøket er gjennomført i. Den lokale konteksten handler om legekantorene og relevante omgivelser rundt dem som øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommuner og bydeler, som legekantorene samhandler med. Vi har gjennomført intervjuer og tilhørende analyser med listeinnbyggere og pårørende ved PHT-kontor, helsepersonell ved PHT-kontor, kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, kommunale prosjektledere, fagforeningsrepresentanter og representanter for KS.

Data fra spørreundersøkelsene har bidratt til å belyse en rekke relevante temaer og fra ulike perspektiv. Dette inkluderer pasientperspektivet med hvilke listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT og deres erfaringer med denne oppfølgingen, ansattes perspektiv på arbeidsform, oppgaver og samarbeid i PHT og hvordan dette har utviklet seg i løpet av forsøket, samt hvordan innføring av PHT har påvirket samhandling med øvrige helsetjenester og NAV. Vi har gjennomført spørreundersøkelser med helsepersonell ved fastlegekontor og listeinnbyggere, samt en spørreundersøkelse med ansatte i øvrig helsetjeneste. Ved to av spørreundersøkelsene til listeinnbyggere ble det også distribuert en spørreundersøkelse til en kontrollgruppe.

Registrene som har blitt brukt i evalueringen, er Fastlegeregisteret, Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt Pasientregister (KPR), Dødsårsaksregisteret samt sosioøkonomiske variabler fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). For å analysere registerdata har vi brukt forskjell-i-forskjeller (FiF) metoden. Metoden innebærer at vi beregner forskjeller i utfall mellom PHT-kontor og kontrollkontor for deretter å beregne hvordan denne forskjellen har forandret seg etter at forsøket startet. Vi bruker ulike metoder for å sørge for at egenskaper ved PHT-kontor og kontrollkontor blir så like som mulig før forsøket starter.

Vi har supplert registerdataanalysene med analyser av anonyme journaldata hentet ut ved hjelp av Medrave på legekornivå. Medrave har utviklet et informasjonssystem som henter virksomhetsdata fra fastlegenes journalsystem og lager rapporter som gjør det mulig for oss å sammenligne virksomhetsdata fra legekornivå og utenfor PHT-forsøket.

Primærhelseteam i praksis

Basert på registerdata om utløste sykepleiertakster, estimerer vi at 12 prosent av listeinnbyggerne som er eller har vært tilknyttet legekornivå med PHT, har fått oppfølging fra PHT siden forsøket startet i 2018. Listeinnbyggerne som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene i forsøket. Sykepleierne ved legekantorene har hatt ulik kompetanse, interesse og erfaring, og dette har til dels hatt betydning for hvilke målgrupper legekantorene har jobbet med. PHT-sykepleiere bidrar til at særlig eldre listeinnbyggere mottar flere konsultasjoner.

Listeinnbyggere som følges opp av PHT, identifiseres i hovedsak ved at den enkelte fastlege som ad hoc trekker sykepleier inn i oppfølging av listeinnbyggere, eller basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med spesifikke kjennetegn.

Vi finner at den opprinnelige beskrivelsen av både makro- og mikroteamets sammensetning ofte ikke stemmer i praksis. Før forsøket startet, ble det skissert at lege, sykepleier og helsesekretær skulle inngå i mikroteam og makroteam. I realiteten har mikroteamarbeidet ofte dreid seg om samarbeid mellom fastlege og sykepleier, og ikke helsesekretær. Makroteamet inkluderer alle som jobber på legekantoret og ledes av en PHT-leder. Samtidig som helsesekretærene ikke virker å ha vært del av mikroteamene på legekantorene, er helsesekretærenes rolle i makroteamet avgjørende for at arbeidsflyten på legekantoret skal fungere godt.

Vi finner at legekantorene har valgt å organisere arbeidet som PHT ulikt. Til tross for variasjonen, opplever helsepersonellet på legekantorene i stor grad at samarbeidet gir gode og relevante resultater – først og fremst for listeinnbyggerne, men også for dem selv i form av økt arbeidstrivsel.

På hvert legekornivå er det PHT-lederen som har hatt ansvaret for arbeidet med å utvikle nye strukturer og nye måter å jobbe på. Dette har omfattet utvikling av møtstruktur, maler og prosedyrer som beskriver roller for fastleger og sykepleier. I tillegg har også PHT-lederen hatt ansvaret for å lede det øvrige personellet på

legekontoret inn i nye arbeidsmåter. Vi finner at omlegging til teamarbeid tar tid og krever ledelse. Legenes innstilling til teamarbeid og deres tillit til sykepleierne har stor betydning.

Selv om flere av legekontorene i PHT-forsøket hadde et godt samarbeid med de øvrige kommunale helsetjenestene også før de ble PHT, har PHT gitt legekontorene økte ressurser til å samarbeide med andre aktører, og til å få oversikt over nettverk og aktører rundt listeinnbyggerne.

Det virker som det er et tettere samarbeid mellom legekontor og øvrig helsetjeneste i kommunene med lavere folketall. I de mindre folkerike kommunene har flere PHT-ledere hatt en dobbeltrolle som PHT-leder og kommuneoverlege. Dette har gitt mulighet til å veilede både PHT-sykepleier og ansatte i andre kommunale tjenester for å unngå at de gir overlappende tjenester. For bydelene i forsøket virker det å være et mer distansert forhold mellom legekontorene og andre kommunale tjenester. Det er blant annet få etablerte samarbeidsarenaer hvor legekontor og hjemmetjeneste jevnlig møtes og hvor samarbeid mellom tjenestene er tema.

Utprøvingen av PHT kan ses som et eksempel på grensearbeid i praksis. Det sammenkoblende grensearbeidet handler om 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. Funn fra intervjuer tyder på at det sammenkoblende grensearbeidet rundt PHT har vært mer overkommelig i mindre folkerike kommuner hvor de kommunale tjenestene allerede er godt integrert, enn i folkerike kommuner hvor integrasjonen mellom legekontor og andre kommunale tjenester vanligvis er langt svakere, kombinert med tilleggsutfordringen som ligger i at bare et fåtall legekontor har prøvd ut PHT. Det var imidlertid nyanser i dette og gode eksempler på at sammenkoblende grensearbeid knyttet til spesifikke målgrupper for PHT også har foregått med godt resultat i folkerike kommuner.

Samlet sett virker PHT å gjøre legekontorene mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig virker PHT i begrenset grad å gi endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og kontakten med spesialisthelsetjenesten synes i hovedsak å foregå som før.

Erfaringer med PHT

Pasient- og pårørendeerfaringer

Vi har gjennomført en kvalitativ intervjustudie og en spørreundersøkelse med mål om å kartlegge pasienters erfaringer med PHT. I denne sluttrapporten har vi gjennomført en integrert analyse av de to studiene.

PHT utvider pasient-fastlegeforholdet med annet helsepersonell. Dette kan tenkes å virke negativt inn på kontinuiteten mellom pasient og fastlege som er et vesentlig kvalitetstrekk ved fastlegetjenesten og et viktig mål med fastlegeordningen. Vi har vært særlig opptatt av å undersøke pasienters erfaringer med endringer i behandlingskontinuitet, informasjonskontinuitet og relasjonell kontinuitet når fastlegetjenesten utvides til en teambasert tjeneste med PHT.

Den integrerte studien bekreftet samsvar mellom funnene fra begge typer data. Funnene tyder på at PHT, sett fra et pasientperspektiv, kan styrke alle tre typer kontinuitet. Pasientene var mest opptatt av aspekter som kan forstås som behandlingskontinuitet. De snakket om mer tid med PHT som ga dem bedre mulighet til å presentere sine medisinske problemer, bedre mulighet til å delta i behandlingsbeslutninger og til å gjennomføre behandling. PHT-oppfølgingen var preget av større grad av planlegging og koordinering, sammenlignet med den oppfølgingen de var vant med fra fastlegen alene. Våre funn indikerer at pasienter med PHT-oppfølging øker sin forståelse for og mestring av sine helseproblemer.

Erfaringer blant personellet på legekontorene i forsøket

Våre funn tyder på at forventningene som var til sykepleiers arbeidsoppgaver, stemmer overens med arbeidsoppgavene de fikk i PHT. PHT-sykepleierne utfører oppgaver som er preget av rutine og høy tidsbruk, i tillegg til oppgaver knyttet til å mer systematikk, kontinuitet, struktur og koordinering av tjenester. I tillegg kommer oppgaver knyttet til bedre kommunikasjon med legekontoret, bedre tilgang til legetjenesten, og mer fleksibilitet og bedre kontinuitet for kronisk syke, samt ha arbeidsoppgaver tilknyttet opplæring og hjemmebesøk.

Blant helsesekretærene var det et fåtall som ventet større endringer i oppgaver, og evalueringen viser at de fleste opplever å enten arbeide på samme måte som tidligere (49 prosent), eller arbeide på samme måte som tidligere med noen nye arbeidsoppgaver (34 prosent).

Når det kommer til trivsel, finner vi at de fleste sykepleierne, helsesekretærene og fastlegene i PHT stort sett virker å være fornøyd med arbeidshverdagen sin.

I Helsedirektoratets grunnlagsdokument som beskriver PHT-forsøket, nevnes det flere steder at PHT skal arbeide proaktivt. I intervjustudien som ble gjort blant helsepersonell på legekantorene da forsøket startet, kom det frem at flere leger var skeptiske til proaktivitet. I senere intervjustudier erfarer vi at oppfatningen var noe endret, og at flertallet blant fastlegeinformantene oppga at de jobbet mer proaktivt etter at legekantoret ble PHT. Mange informanter trakk fram systematisk gjennomgang og søk i lister som et nytt og hjelpsomt verktøy for endring til en mer proaktiv arbeidsform med eksempelvis systematisk oppfølging av diabetespasienter og årskontroller av eldre pasienter.

Når det kommer til teameffektivitet, viser våre funn at det å utvikle reelle og effektive makroteam krever tydelig ledelse og omfattende, målrettet og tidkrevende endringsarbeid. Samtidig ser det ut til at mikroteam rundt den enkelte listeinnbygger kan fungere godt uavhengig av makroteamet.

Erfaringer i øvrig kommunal helsetjeneste

I 2021 ble det gjennomført en intervjuundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Intervjuene viste at PHT gjennomgående har hatt mest betydning for hjemmetjenesten og langt mindre betydning for tjenester innen psykisk helse og rus. Informantene opplevde at brukere med omfattende behov fikk raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. PHT bidro til avlastning og at de selv kunne gi en bedre tjeneste.

Mange informanter beskrev PHT-sykepleieren som et lett tilgjengelig bindeledd, som ga dem raskere tilgang til fastlegen enn før. PHT-sykepleiere ble videre omtalt som en faglig autoritet, og en god og tilgjengelig sparringpartner og støttespiller. PHT-sykepleierens oppleves å ha en viktig funksjon som fastlegens og fastlegekantorets utstrakte arm når de drar på hjemmebesøk til pasienter. Informantene snakket også om at PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten, utover det som er direkte sykdom.

Informantene hadde i hovedsak en oppfatning om at de og PHT-sykepleier i liten grad gjør overlappende arbeid. De snakket på ulikt vis om at PHT kan bidra til å jevne ut uheldig variasjon i fastlegetjenesten og bidra til mer ensartet praksis. Flere informanter fortalte imidlertid at det fortsatt er udekte behov når det gjelder somatisk helseoppfølging blant psykisk syke og rusavhengige.

Tjenesteendringer med PHT

Tjenesteyting og prosessmål med Medrave

Indikatorer fra Medrave viser at forskjellen mellom legekantor med honorarmodellen og kontrollkontor i andel pasienter med diabetes som har gjennomgått årskontroll med Noklus-skjema, har økt med 16 prosentpoeng. Vi finner tilsvarende effekt på legekantor med driftstilskuddsmodellen, men effekten er ikke statistisk signifikant. Andelen av pasienter med diabetes med tegn på albuminuri har også økt, med 12 prosentpoeng, og skyldes trolig flere årskontroller.

Målgruppens bruk av helsetjenester

Ved hjelp av registerdata finner vi at listeinnbyggere i målgruppene ved PHT-legekantor har flere konsultasjoner og hjemmebesøk sammenlignet med kontrollgruppen. Listeinnbyggere med diabetes type 2 har flere årskontroller. Flere av koeffisientene for flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter er positive og statistisk signifikante. Disse resultatene betyr at PHT-legekantorene viser en større økning i tjenester til målgruppene for forsøket enn hva legekantorene utenfor forsøket gjør, etter at forsøket med PHT startet.

Registerdataanalyser tyder ikke på de helt store endringene i oppfølgingen samlet sett for målgruppen utviklingshemmede. Våre kvalitative funn tyder på at utviklingshemmede listeinnbyggere vies noe mer oppmerksomhet enn tidligere, men at det er store forskjeller i legekantorenes tilnærming til denne målgruppen.

Teameffektivitet på legekantornivå analysert med registerdata

For hvert legekantor har vi beregnet gjennomsnittlig prosentandel av fastleger som svarte positivt på spørsmål om samarbeid på PHT-kantoret. Legekantor der andelen fastleger som svarte positivt var høyere enn medianen, tolker vi som legekantor med en høy grad av samarbeid. De øvrige legekantorene tolker vi som legekantor med mindre grad av samarbeid. Generelt finner vi ikke at takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har

trukket fram som aktuelle for PHT, øker mer i legekantor med høy grad av teamarbeid, enn i legekantor med mindre grad av teamarbeid.

Teameffektivitet på fastlegenivå analysert med registerdata

Vi har delt inn fastlegene i kvartiler etter hvor mye de samarbeider med PHT-sykepleier og undersøkt utviklingen i omfanget av helsetjenester etter omfanget av teamarbeid på legenivå. Vi finner at listeinnbyggere med diabetes type 2 og fastlege som samarbeider mye med PHT-sykepleier, har fått en større økning i antallet konsultasjoner, hjemmebesøk, polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner med NOKLUS diabetesskjema enn hva pasienter med fastlege som samarbeider mindre med PHT-sykepleier, har fått. Også andre målgrupper har opplevd tilsvarende utvikling. For flere av tjenestene som involverer helsepersonell utenfor legekantoret, spiller graden av teamarbeid mellom fastlege og PHT-sykepleier en rolle for omfanget av anbefalte tjenester en pasient mottar.

Kontinuitet og listestørrelse

Vi måler kontinuitet ved hjelp av Usual Provider of Care Index (UPC). UPC beskriver hvor stor andel av listeinnbyggerens kontakter som er med den legen listeinnbyggeren har mest kontakt med. Kontinuitetsindeksen (UPC) for alle legekantor i Norge var 83 prosent i 2021. PHT-kantorene ligger litt lavere enn dette nivået. Det ser ikke ut til at det er noen betydelige endringer i kontinuitetsindeksen etter at legekantorene ble PHT-kantor.

Det har vært en reduksjon i antallet listeinnbyggere per fastlege både i PHT-legekantor og i øvrige legekantor. Det er ingen (statistisk signifikant) tendens til at ekstra ressurs i form av PHT-sykepleier har ført til lengre lister i PHT-legekantorene sammenlignet med øvrige legekantor.

Kommunale tjenester

Tverrfaglige samarbeidsmøter om enkeltpasient har økt i legekantor med PHT både for personer med diabetes type 2, for personer med kols, for personer med ruslidelse og for skrøpelige eldre og multisyke.

Prosentandelen i målgruppen som mottar praktisk bistand, har blitt redusert for listeinnbyggere i driftstilskuddsmodellen sammenlignet med listeinnbyggere utenfor forsøket. For listeinnbyggere i honorarmodellen har det skjedd en endring i sammensetningen av tjenestene relativt til listeinnbyggere utenfor forsøket. En mulig forklaring kan være at PHT-sykepleier ved hjelp av hjemmebesøk har bidratt til at brukerne får en mer hensiktsmessig sammensetning av de kommunale omsorgstjenestene.

Hvordan har finansieringsmodellene fungert?

Legekantorene valgte selv hvilken finansieringsmodell de prøvde ut. Ti av de elleve private legekantorene valgte honorarmodellen. Fire av de seks kommunale legekantorene valgte driftstilskuddsmodellen. Disse fire legekantorene hadde fastlønnede leger.

Vi har undersøkt om anbefalte tjenester ytes i større grad i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Vi har ikke funnet systematiske forskjeller mellom finansieringsmodellene i utvikling av andelen av brukere i målgruppene som mottar anbefalte tjenester (ekstensiv margin).

Vi fant en tendens til hyppigere oppfølging av listeinnbyggere som har vært på legekantor med honorarmodell minst en gang i løpet av et år, enn blant listeinnbyggere som har vært på legekantor med driftstilskuddsmodell minst en gang i løpet av et år. Denne tendensen er usikker siden det er flere konsultasjonstakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det kan også tenkes at det er færre og lengre konsultasjoner på legekantor med driftstilskuddsmodellen enn på legekantor med honorarmodellen.

Samfunnsnyten av PHT

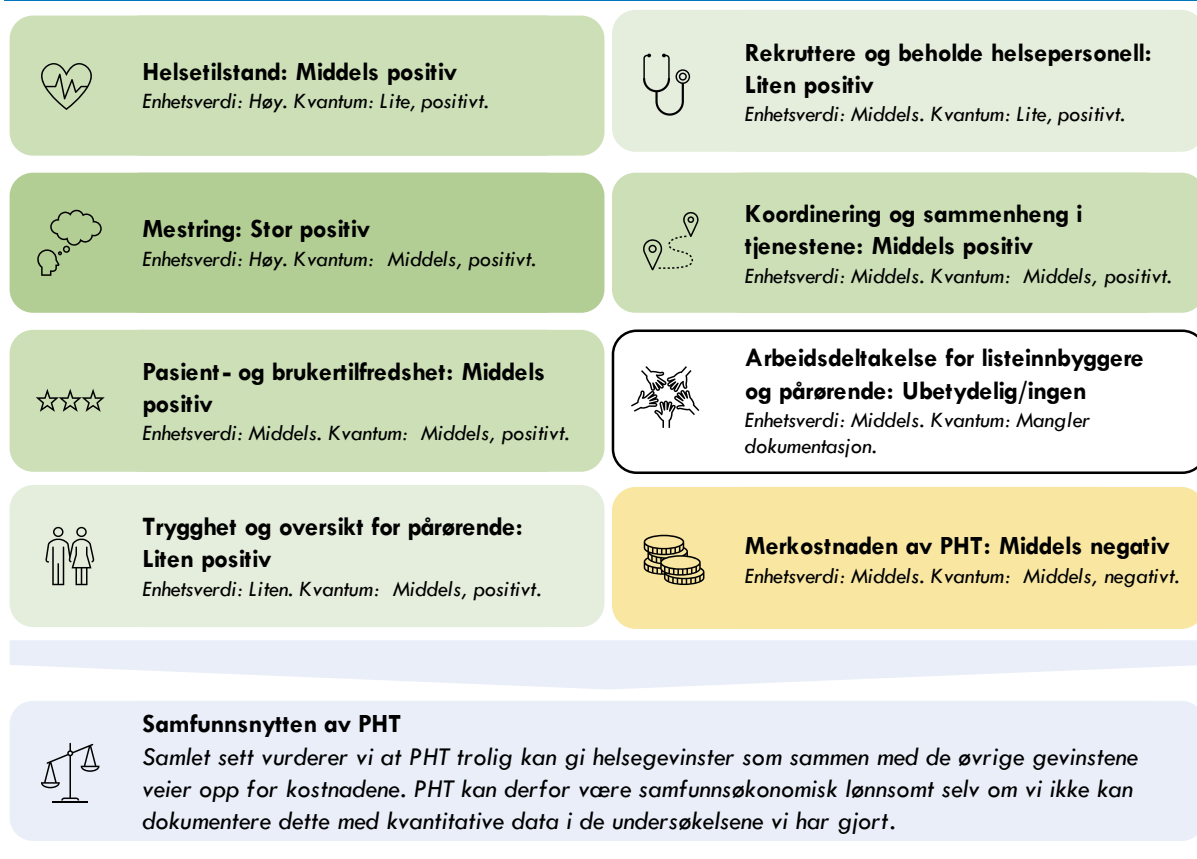
Kjernen i PHT handler om at legekantor legger om til teambasert og tverrfaglig oppfølging. Arbeidsmetoden dreies mot systematisk arbeid med ledelse av legekantor, arbeid med kommunikasjon og samarbeidsstrukturer, utarbeidelse av prosedyrer, systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging, 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. Det har videre vært rom for lokale tilpasninger av PHT som har gjort det mulig for legekantorene å tilpasse PHT til behovet i deres kommune.

Vi finner at PHT bidrar til en rekke nyttevirkninger. Vi vurderer at den viktigste av disse er knyttet til bedre helsetilstand for listeinnbyggerne, som skapes gjennom økt kvalitet og tilgjengelighet til legekantoret. Vårt inntrykk er at PHT særlig har gitt bedre kvalitet i oppfølgingen av listeinnbyggere med store og sammensatte behov.

Kostnadene ved PHT er knyttet til ressursbruk for sykepleier, tidsbruk til ledelse av PHT og endring til en teambasert tjeneste. PHT kan også medføre kostnader til fysiske endringer på legekantorene, og i forsøket har PHT-lederne fått tilbud om lederutdanning. Endringene som skjer på legekantorene som blir PHT, kan også få betydning for ressursbruken i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, både i form av økte og reduserte kostnader.

Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som, sammen med de øvrige gevinstene, kan veie opp for kostnadene. PHT kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt selv om vi ikke kan dokumentere dette med kvantitative data i de undersøkelsene vi har gjort. Vi har ikke vurdert lønnsomheten til PHT opp mot andre tiltak.

Figur 1 Oppsummering av virkningene av PHT



Måloppnåelse

I dette kapitlet vurderer vi, med utgangspunkt i resultatene fra evalueringen, om effektmålene i kravspesifikasjonen for evalueringsoppdraget har blitt oppfylt.

Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere med oppfølging av PHT

I intervjuer og brukerundersøkelse har flere pasienter uttrykt at de opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. I intervjuer og spørreundersøkelser uttrykker helsepersonell ved legekantorene at de arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper, særlig som følge av at de arbeider mer proaktivt. Fra registerdata-undersøkelsene finner vi at legekantorene gir flere anbefalte tjenester til målgruppene for PHT. For pasienter med diabetes type 2, er det nesten 80 prosent større økning i årskontroller enn hva det er for listeinnbyggere utenfor forsøket.

Samlet viser undersøkelsene en endring av aktivitetene på PHT-legekontorene som gir et potensial for bedre helse og mestringsevne for listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT. Våre undersøkelser gir ikke grunnlag for å tallfeste disse forbedringene.

Økt pasient- og brukertilfredshet

Med bakgrunn i resultatene fra undersøkelsene som er rettet mot brukerne av PHT, heller vi i retning av å konkludere med økt pasienttilfredshet med PHT.

Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen

Data fra intervjustudier og spørreundersøkelser rettet mot brukere, ansatte på legekontorene og ansatte i andre kommunale tjenester tyder på at PHT bidrar til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen. Resultatene fra registerdata-undersøkelsene er mer åpne.

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

Det er vanskelig å skille mellom endringer i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester som skyldes bedre oppfølging av eksisterende sykdom og hva som skyldes senkomplikasjoner, som kunne vært unngått ved bedre oppfølging tidligere. Med registerdata kan vi ikke forkaste null-hypotesen om at det ikke har vært endring i bruk av omfattende helse- og omsorgstjenester blant listeinnbyggere på PHT-kontor sammenlignet med kontrollkontor. Samtidig finner intervjuundersøkelser og spørreundersøkelser bedring av helse og mestring for pasienter med omfattende behov for helsetjenester. Kanskje er antallet av disse pasientene for få samtidig som forsøket har pågått for kort tid, til at vi kan identifisere effekter i registerdata. I tillegg skapte koronapandemien endringer i tilbudet av helsetjenester som kan gjøre det vanskeligere å identifisere effekter.

Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten

Resultatene fra intervjustudien og spørreundersøkelsene tyder på bedre samhandling særlig innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommuner der PHT-legekontorene utgjør en betydelig andel av legekontorene i kommunen. Dimensjoneringen av forsøket hvor bare 17 av landets legekontor er med, begrenser hva en kan forvente av bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

En vid tolkning av dette effektmålet er at helseforbedringene for listeinnbyggere som mottar helsetjenester fra PHT, er store nok til å veie opp for kostnadene. Ved å sammenligne med andre tiltak til lignende målgrupper, fant vi at dette ikke virker urealistisk, men vi kan ikke konkludere ut fra data som har vært tilgjengelige i evalueringen. Forsøket og evalueringen gir derfor ikke grunnlag for å konkludere at forsøket med PHT har medført bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Det er samtidig viktig å understreke at det kan ha skjedd, men vi klarer ikke å vise det med data fra forsøket.

PHT i fremtidens helsetjeneste

Funn fra sluttintervju med PHT-lederne

PHT-lederne var samstemte i sine vurderinger om at PHT har gitt bedre kvalitet i fastlegetjenesten og bedre tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere i målgruppene. Den systematiske og proaktive tilnærmingen med PHT ble vurdert som en klar styrking av fastlegetjenesten. Utover virkningene av PHT for listeinnbyggerne, snakket mange av PHT-lederne om at forsøket har hatt positive ringvirkninger for fastlegekontoret som arbeidsfellesskap, og økt oppmerksomheten på behovet for å utvikle ledelsen av legekontoret og de administrative støttestrukturene der. Flere PHT-ledere la vekt på at det er lettere å få til gode samhandlingsløp med andre tjenester når fastlegekontoret internt har fått flere fagpersoner å spille på og økt kapasitet.

Mange av PHT-lederne mente at det er et langt større potensiale for mer oppgavedeling på legekontoret enn det som er tatt ut i PHT-forsøket. Flere snakket om at det er mange oppgaver særlig helsesekretærene kan læres opp til å gjøre som dreier seg om listeinnbyggere som ikke er i målgruppene for PHT-forsøket.

Samtlige PHT-ledere mente at PHT har en rolle å spille i fremtidens helsetjeneste. Et mindretall mente at PHT også i framtiden bør omfatte de samme faggruppene som i PHT-forsøket; fastlege, sykepleier og helsesekretær, mens flertallet hadde en pragmatisk holdning i spørsmålet om fagsammensetningen i PHT, hvor de mente at lokale forhold bør være bestemmende for hvordan det er hensiktsmessig å sette sammen det flerfaglige teamet rundt

fastlegen. Det ble særlig snakket om at psykolog, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog og farmasøyt i tillegg bør kunne innlemmes i PHT. Flertallet pekte på et profesjonsnøytralt takstsystem som nøkkelen til å få til mer flerfaglig praksis i fastlegetjenesten, og en bedre utnyttelse av det helsepersonellet som allerede jobber på legekantorene. Noen av PHT-lederne mente imidlertid at en finansiering uten takster, ville være en mer egnet måte å finansiere PHT.

Funn fra intervju med informanter fra ulike fagforeninger og KS

Som del av sluttevalueringen, har vi gjennomført intervjuer med representanter fra fagforeninger for helsepersonell og KS. De fleste fagforeningene var positive til PHT og til å utvikle fastlegetjenesten til en mer tverrfaglig tjeneste. Det var ulike meninger knyttet til behov for samlokalisering og organisering, og flere påpekte at det ikke vil være naturlig at deres faggruppe jobber på delegasjon fra fastlegen, men at de ønsker å jobbe selvstendig og vurdere hvilken oppfølging pasientene har behov for. Flere så positivt på samlokalisering av flere helsetjenester i samme lokaler, men forutsatt at de ulike faggruppene fortsetter selvstendig drift.

Det ble også pekt på elementer fagforeningene mente burde endres før PHT eventuelt blir en nasjonal ordning. Representanten fra Helsesekretærforbundet i Delta etterlyste blant annet en klarere rollefordeling, mens representanten fra Allmennlegeforeningen mente det ville være feil å prioritere PHT fremfor andre tiltak som kan bidra til å sikre at alle har en fastlege.

Relevante utredninger

Eksperutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten mener at flere faggrupper som jobber i team rundt pasienten, kan det bidra til å avlaste fastlegen samt bedre kapasiteten og kvaliteten i fastlegetjenesten. Utvalget har foreslått at finansieringssystemet for fastlegeordningen bør endres for å legge til rette for mer delegering til andre faggrupper og innføring av profesjonsnøytrale takster. Dette er for å åpne for samarbeid med helsepersonell med en annen fagkompetanse enn fastlegen.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på at den demografiske utviklingen og medfølgende knapphet på helsepersonell gjør det viktig med tverrfaglighet for å få mest mulig ut av ressursene. Kommisjonen argumenterer for at det bør iverksettes tiltak som tar sikte på å forbedre oppgavedelingen og at tjenester bemannes nedenfra og opp. Kommisjonen ser et behov for at tjenestene i større grad er forpliktet til å jobbe mer strukturert med oppgavedeling og organisering. De presiserer at deres anbefaling ikke er begrenset til oppgavedeling mellom sykepleiere, helsesekretærer og leger, men at det også inkluderer bruk av annet personell.

Både eksperutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og helsepersonellkommisjonen går lenger i sine anbefalinger av hvilke faggrupper bedre oppgavedeling bør omfatte, sammenlignet med det utprøvingen av PHT har gjort.

1. Forsøket med primærhelseteam

Dette kapitlet beskriver vesentlig informasjon ved forsøket med primærhelseteam som er gjennomført i fastlegetjenesten. Vi beskriver mål, målgrupper og innretningen på forsøket, legekantorene og kommunene som har deltatt i utprøvingen samt den praktiske gjennomføringen. Utviklingen av en mer teambasert allmennlegetjeneste er del av en internasjonal trend for å håndtere en økende mengde eldre og en økende mengde pasienter med kroniske og multimorbide tilstander. Vi setter forsøket med primærhelseteam inn i en aktuell norsk kontekst og i en internasjonal kontekst. Heterogeniteten i helsesystemene i ulike land begrunner et norsk forsøk med PHT og tilhørende evaluering før systemendringer eventuelt iverksettes.

Forsøket med primærhelseteam (PHT) er iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet for å prøve ut teamorganisering med en mer systematisk og proaktiv tilnærming til listeinnbyggerne, i tillegg til to alternative finansieringsmodeller i fastlegetjenesten; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Innenfor forsøket omfatter PHT i utgangspunktet fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket startet 1. april 2018 og ble formelt avsluttet 31. mars 2023, etter å ha blitt utvidet fra tre til fem år som følge av positive erfaringer i første fase og at det var ønskelig med en bredere utprøving med flere legekantor og en lengre forsøksperiode. Med denne sluttrapporten avsluttes evalueringen av forsøket.

1.1 Mål

Det overordnede målet med forsøket var å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. Helsedirektoratet har definert seks spesifikke effektmål for forsøket:

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

1.2 Målgrupper

Alle listeinnbyggere kan få oppfølging fra PHT, men tilbudet skal særlig rettes mot fire definerte målgrupper: listeinnbyggere med kronisk sykdom, listeinnbyggere med psykiske lidelser og rusavhengighet, listeinnbyggere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt skrøpelige eldre. Blant disse, er det viktig at PHT når svake etterspørrere med behov for allmenmedisinske tjenester.

1.3 Innretning

PHT-forsøket bygger på en forventning om at fastlegetjenesten gjennom noen virkemidler og aktiviteter, kan endres i ønsket retning. Virkemidlene i forsøket rettes mot deltakende fastlegekantor. De omfatter tilførsel av finansiering for en sykepleierressurs, i størrelsesordenen ett sykepleierårsverk per 3 600 listeinnbyggere. Med gjennomsnittlig listelengde da forsøket startet (Helsedirektoratet, 2023), tilsvarer dette litt grovt regnet om lag en sykepleier (helt årsverk) per tre fastleger.

Videre prøver forsøket ut to finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. De to finansieringsmodellene er regulert i egen forskrift¹. Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd², aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Driftstilskuddsmodellen erstatter den nåværende ordning for finansiering av fastleger med en helt ny

¹ FOR-2020-10-28-2177 Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

² Fra 1. mai 2023 ble basistilskuddet pasienttilpasset.

modell som ikke er takstbasert, og som består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Inntektene fra driftstilskuddsmodellen er ment å dekke alle utgifter ved legekantoret, inkludert alt personell. 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). Størrelsen på listeinnbyggertilskuddet avhenger av listeinnbyggerens alder og kjønn, levekår og reiseavstand til legekantoret. Tilskuddet basert på resultat og kvalitet avhenger av dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste, andel fastleger og sykepleiere med spesialisering, andel som det lages behandlingsplan for (pasienter med diabetes og/eller kols og pasienter med oppfølging innenfor psykisk helse og rus), andel med gjennomført legemiddelgjennomgang og dekningsgrad for timebestilling digitalt.

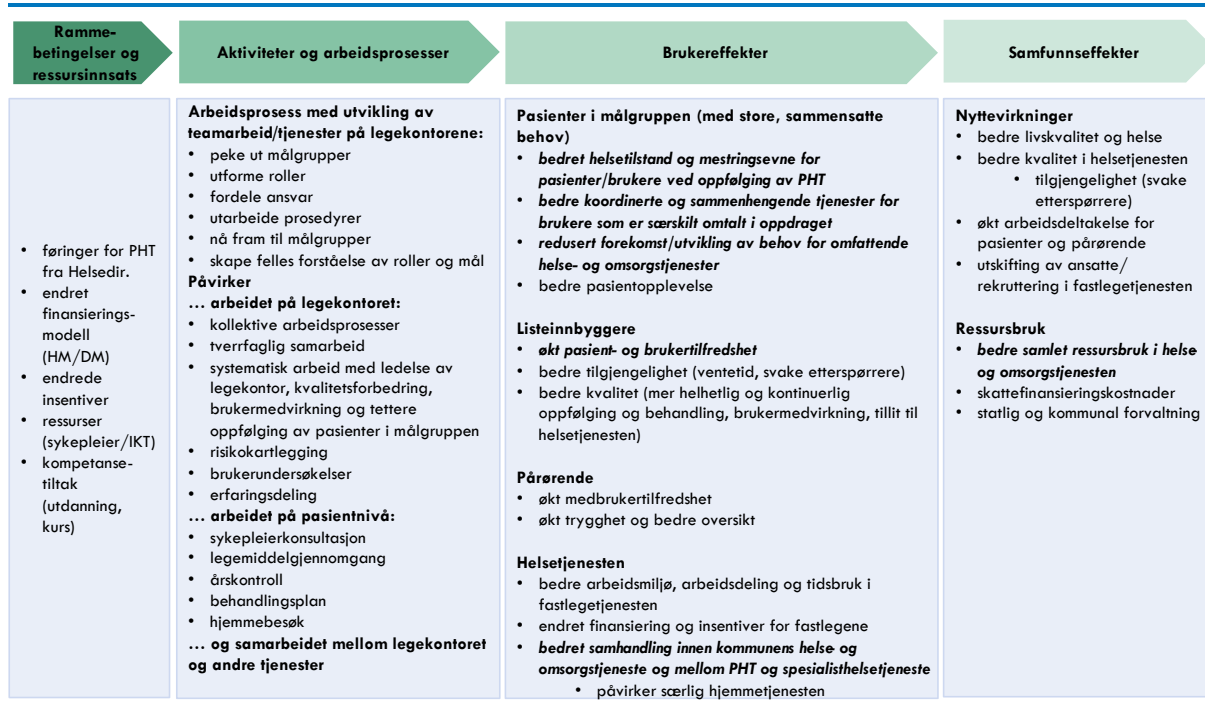
Forsøket forutsetter at personellet på deltakende legekantor organiseres som team, og jobber som team. Alt personell på legekantoret inngår i makroteamet. Makroteamet skal ledes av en PHT-leder. Mikroteam dannes med utgangspunkt i arbeidet med den enkelte fastleges listeinnbyggere og skal ledes av den respektive fastlege.

Som del av forsøket, fikk PHT-lederne tilbud om å gjennomføre lederutdanning. Dette var Handelshøyskolen BIs program for ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste (30 studiepoeng på masternivå). Programmet går over ett år og kombinerer individuell lederutvikling og et endringsprosjekt som deltakerne gjennomfører. Alt personell på de deltakende legekantorene har gjennom forsøket også kunnet delta på særlig tilrettelagt nettbasert undervisning om ulike relevante faglige tema (mer om dette under «Gjennomføring»).

Helsedirektoratet beskrev før forsøket startet, hvordan de forventet at PHT skulle arbeide (Helsedirektoratet, 2017). De forventet en mer systematisk tilnærming til legekantorenes listeinnbyggere med bedre oversikt over behov for å kunne tilby en målrettet innsats, en proaktiv arbeidsform med vekt på forebygging og oppsøking av listeinnbyggere som trenger oppfølging mest, en mer tilgjengelig tjeneste, en mer helhetlig tjeneste som tar mer ansvar for koordinering av listeinnyggers medisinskfaglige behov og for samarbeid med andre tjenesteytere, brukermedvirkning som bidrag til å styrke legitimiteten til tjenesten og sikre kvaliteten. De forventet økning i anbefalte årskontroller, utarbeidelse av flere behandlingsplaner og flere hjemmebesøk. Helsedirektoratet forventet også at legekantorene ville måtte bruke tid på omleggingen til teamarbeid med utvikling av nye roller og fordeling av ansvar for personellgruppene i PHT.

Vi har utarbeidet en virkningskjede som illustrerer ressursinnsatsen, de ulike aktivitetene og forutsetningene som ligger til grunn for de ønskede virkningene av PHT (Figur 2). Det er viktig å presisere at også andre virkninger kan oppstå, både tilsiktede og utilsiktede, og at virkningskjeden viser de tilsiktede virkningene av PHT. Effektmålene for forsøket inngår i virkningskjeden som bruker- og samfunns effekter og er markert med tekst i fet kursiv. Figuren viser hvordan rammebetingelsene for PHT sammen med ressursinnsatsen forventes å bidra til ønskede endringer i aktiviteter og arbeidsprosesser på legekantorene, på pasientnivå og i samarbeidet mellom legekantoret og andre tjenester. Disse endringene antas å gi positive virkninger på brukernivå. Her ser vi for oss virkninger dels for de spesifiserte målgruppene, for alle legekantorets listeinnbyggere, for pårørende og for øvrige helsetjenester. Til slutt i kjeden oppstår virkninger på samfunnsnivå.

Figur 2 Virkningskjede for primærhelseteam med forventede effekter



Illustrasjon UiO, Oslo Economics og NSDM

1.4 Deltakere

Følgende ni kommuner har deltatt i PHT-forsøket: Rana, Austevoll, Stad, Kinn, Hå, Ringsaker, Seljord, Kristiansand og Oslo (med bydelene Alna, Nordstrand og Sagene). Kommunene og bydelene søkte i 2017 Helsedirektoratet om å få delta i forsøket. Det var åpent for alle landets kommuner å søke om deltakelse (se Abelsen, et al (2019a; 2022) for detaljer om utvelgelsesprosessen).

Blant de ni deltakerkommunene, er det én kommune med under 5 000 innbyggere, fire kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og fire kommuner med mer enn 20 000 innbyggere³.

I 2018 ble 13 legekantor i de ni kommunene inkludert i PHT-forsøket. Ved utvidelsen av forsøket ble det åpnet for å inkludere 3-5 nye legekantor. For å øke representasjonen av legekantor med næringsdrivende fastleger uten sykepleiere fra før, ble det kun åpnet for slike legekantor ved utvidelsen. Det var også ønskelig å inkludere flere privateide legekantor til utprøvingen av driftstilskuddsmodellen. Det ble åpnet for at eksisterende deltakerkommuner kunne søke om å få flere legekantor inn i forsøket. Det ble også åpnet for at kommuner i Møre og Romsdal, Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark kunne søke for å få en bedre geografisk spredning av legekantor i forsøket. I 2020 kom fire nye legekantor inn i forsøket. Samtlige var fra eksisterende deltakerkommuner og bydeler. Totalt har dermed 17 legekantor deltatt i PHT-forsøket.

Blant de 17 legekantorene i PHT-forsøket, var 11 (65 prosent) privat eid og seks (35 prosent) kommunalt eid.

Per 31.03 2023 var det 117 fastleger, 40 sykepleiere og 76 helsesekretærer inkludert i PHT-forsøket. Per 1.1.2023 var det 114 157 listeinnbyggere ved legekantorene som deltok i PHT-forsøket.

1.5 Et ikke-randomisert forsøk

Ingen deler av PHT-forsøket er randomisert. Kommunene og legekantorene har søkt om å få delta og de som er med i forsøket er skjønsmessig utvalgt av Helsedirektoratet. Det er ikke definert noen formell kontrollgruppe av kommuner og legekantor som del av PHT-forsøket. Legekantorene har i samarbeid med sin kommune selv valgt hvilken finansieringsmodell de vil prøve ut.

³ Alle de tre deltakende bydelene i Oslo har mer enn 20 000 innbyggere.

1.6 Gjennomføring

En egen prosjektgruppe i Helsedirektoratet har administrert den praktiske gjennomføringen av PHT-forsøket. Prosjektgruppen har hatt tett dialog med de deltakende legekantorene og kommunene underveis. I kommunene har det vært en egen kommunal prosjektleder som har administrert prosjektdeltakelsen på vegne av kommunen. Det har vært jevnlig møter (både fysiske og digitale) mellom de deltakende legekantorene, kommunene/bydelene og Helsedirektoratets prosjektgruppe. Agendaen for disse møtene har blitt justert underveis i forsøket. Prosjektgruppen har lagt vekt på å skape en åpen og ærlig dialog for innspill til forbedringer i drift og prosjektgjennomføringen lokalt og i Helsedirektoratet. Underveis i forsøket har det meste av møtetiden blitt benyttet til å gjennomgå og vurdere prosjektgjennomføringen og resultater i det enkelte legekantor/kommune/bydel i henhold til kriteriene: økonomi, kommuneinvolvering, teamarbeid og ledelse, faglig profil (inkludert pasientfokus og samhandling med andre tjenester), motivasjon, sårbarhet/risiko for gjennomføring og helhetsinntrykk. Vurderingene er gjort med trafikkløysmodellen med kategoriene grønt (som er best), gult og rødt (se Tabell 29 i «Vedlegg A Om forsøket») for utdyping av kriterier for grønt trafikkløys. Vurderingene har vært et internt anliggende mellom legekantorene/kommune/bydel og prosjektgruppen. Legekantorene og kommunene har rapportert skriftlig til Helsedirektoratet både per tertial og per år om ulike detaljer knyttet til prosjektgjennomføringen.

Som del av prosjektgjennomføringen, har prosjektgruppen i Helsedirektoratet organisert to årlige fellessamlinger for alle involverte i PHT-forsøket. Det har vært mulig for legekantorene å delta med PHT-leder og en deltaker fra hver faggruppe (sykepleiere og helsesekretærer). På de to siste samlingene har legekantorene fått stille med flere deltakere. Kommunale prosjektledere har også vært invitert til alle fellessamlingene. Fellessamlingene har fungert som læringsarena og en arena for gjensidig informasjonsutveksling. Helsedirektoratets prosjektgruppe har også organisert en nettbasert undervisning for legekantorene i forsøket. I perioden 2018-2023 ble det gjennomført 43 undervisningsøkter med ulike tema (se «Vedlegg A Om forsøket»).

Et forskerteam med forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin har følgevaluert PHT-forsøket på oppdrag fra Helsedirektoratet. Forskersteamet har gjennomført ulike datainnsamlinger ved legekantorene og kommunene i forsøket og har hatt jevnlig dialogmøter med Helsedirektoratets prosjektgruppe. De har levert årlige statusrapporter med ulike analyser til oppdragsgiver og også dokumentert ulike sider ved forsøket i fagartikler. Forskersteamet har deltatt på alle fellessamlinger og presentert planer for og funn fra følgeevalueringen. Videre har forskerne presentert funn fra evalueringen i ulike andre faglige sammenhenger.

Det har vært knyttet en ressursgruppe til PHT-forsøket med representanter fra ulike relevante fagforeninger, KS og pasientorganisasjoner (se Tabell 30 i «Vedlegg A Om forsøket») for sammensetning). Ressursgruppen har vært invitert til fellessamlingene, har i flere omganger fått underveisrapporter fra PHT-forsøket og har hatt mulighet til å gi innspill til gjennomføringen av forsøket.

1.7 Primærhelseteam i en norsk kontekst

I primærhelsetjenestemeldinga (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 19) som kom i 2014, varslet regjeringen at de ønsket å legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. De begrunnet dette med at tjenestene var for fragmenterte. Samlokalisering av tjenester ble framhevet som en viktig strategi. Samtidig ble det understreket at dette ikke alene vil skape en teambasert tjeneste. Regjeringen varslet at de ville legge til rette for to typer team; primærhelseteam og oppfølgingsteam. Meldingen var klar på at primærhelseteam skulle knyttes til fastlegetjenesten. Den skisserte ulike modeller for hvordan primærhelseteam kunne organiseres og var ikke spesifikk på hvilke faggrupper primærhelseteam skulle innbefatte - utover fastleger og annet personell.

Da Helsedirektoratet i august 2017 inviterte alle landets kommuner til å søke om deltakelse i PHT-forsøket, var primærhelseteam avgrenset til fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekantor i fastlegeordningen. I praksis har to av legekantorene i forsøket fått anledning til å inkludere psykolog i PHT, i tillegg til sykepleierressursen – ett fra starten og ett i slutfasen av PHT-forsøket. Dette har vært begrunnet i størrelsen på fastlegestaben. Psykologene har vært fullt ut finansiert med et tilskudd og inngår ikke i finansieringsmodellene som er prøvd ut i forsøket.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2017 ut på høring et forslag til regelverksendringer for å kunne gjennomføre PHT-forsøket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det kom inn 24 høringsuttalelser, herunder fra Legeforeningen som blant annet skrev: «Vi bemerker at piloten per i dag fremdeles fremstår som

uoversiktlig både organisatorisk og økonomisk, og at flere av de spørsmål vi tidligere har stilt rundt ansvar, organisering og økonomi fortsatt er uavklarte. Slik forslagene fremstår per i dag vil en gjennomføring etter vårt syn være uforsvarlig.» Uttalelsen fra Legeforeningen reflekterer en uttalt motstand mot utprøvingen av PHT på denne tiden fra deler av landets fastleger. Deler av motstanden kan trolig tilskrives daværende helseminister Bent Høyes innsalg av forsøket hvor han vektla at sykepleierne skulle inn i fastlegeordningen for å avlaste fastlegene (Ringheim, 2017). Gjennom evalueringen har motstanden fra legehold mot PHT-forsøket dukket opp i ulike sammenhenger, men den har ikke vært et tema i evalueringen. Vi mener imidlertid at det er på sin plass å nevne den i denne sluttrapporten. Flere av våre fastlegeinformanter har fortalt at de har opplevd den manglende støtten fra egen faggruppe, og særlig fra egen fagorganisasjon, som en byrde. Den manglende støtten ble tatt opp i plenum og diskutert på den siste fellessamling i forsøket hvor Allmennlegeforeningen var representert.

PHT-forsøket har videre vært gjennomført i en periode hvor det har vært uro og krisestemning i fastlegetjenesten. I 2019 kom en nasjonal evaluering av fastlegeordningen (EY & Vista Analyse, 2019). Den slo fast at presset på fastlegeordningen er reelt og at fastleger opplever arbeidssituasjonen som u håndterbar.

Rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet som over tid har vært til stede i mindre folkerike og usentrale kommuner, hadde nå spredd seg til sentrale, folkerike kommuner. Fastleger oppga at de hadde utfordringer med å prioritere svake pasientgrupper med sammensatte behov, og samhandling utover konkrete pasientkasus ble ikke prioritert. Evalueringen konkluderte videre med at fastlegeordningen var underfinansiert. Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) kom som et svar på resultatene fra evalueringen av fastlegeordningen. Handlingsplanen inneholder 17 tiltak som kan sorteres i tiltak som antas å bidra til å gjøre allmennlegetjenesten attraktivt, tiltak som antas å gi allmennlegetjenester av god kvalitet og tiltak som antas å gjøre allmennlegetjenesten mer teambasert. Ett av tiltakene er spesifikt å skape en mer teambasert fastlegeordning. Handlingsplanen slår fast at det skal utvikles en teambasert fastlegeordning med utgangspunkt i evalueringen av PHT-forsøket og internasjonale erfaringer med lignende ordninger. I tillegg har et ekspertutvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgått allmennlegetjenesten (Telle, et al., 2023). Våren 2023 la ekspertutvalget fram forslag til 59 ulike tiltak for en bærekraftig allmennlegetjeneste. Tiltakene er blant annet rettet inn mot å skape en mer tverrfaglig fastlegetjeneste. Det gjenstår å se hvordan utvalgets forslag vil materialisere seg i praktisk politikk. Men den nasjonale helsepolitikken de senere år har sakte beveget seg i retning mot tilrettelegging for en mer teambasert og flerfaglig fastlegetjeneste.

Det er også relevant å få med at PHT-forsøket har vært påvirket av koronapandemien. I perioden fra mars 2020 og ut 2021, forstyrret og forsinket koronapandemien utviklingen av PHT ved legekantorene i forsøket. Mye av arbeidskapasiteten ved legekantorene gikk i perioden med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Det var liten tid og mulighet til å utvikle samarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT (Abelsen, et al., 2022). Dette må hensyntas når resultatene fra PHT-forsøket vurderes.

1.8 Primærhelseteam i en internasjonal kontekst

Det generelt økte presset på helsesystemer for å håndtere en økende mengde eldre og en økende mengde pasienter med kroniske og multimorbide tilstander, har blitt en stor samfunnsutfordring. Mange land utforsker innovative tilnærminger for å re-designe sitt helsesystem for å møte utfordringen. En rekke modeller er utviklet og testet ut i løpet av de siste tiårene, herunder flerfaglige og tverrfaglige team i primærhelsetjenesten (Winkelmann, Williams, Rijken, Polin, & Maier, 2022). Slike primærhelseteam fremmes gjerne som nødvendig for å håndtere kompleksiteten i folks helsebehov og som avgjørende for evnen til å gi kvalitativt gode og trygge helsetjeneste (OECD, 2020; World Health Organization (WHO), 2008; Rosen, et al., 2018).

Nolte og Knai (2015) finner at de fleste tilnærminger til re-design rettes mot spesifikke sykdomstilstander som type 2 diabetes, kols, astma, kardiovaskulære sykdommer, kreft og psykisk sykdom. Vanligvis er allmennleger hovedleverandører av helsetjenester til denne gruppen. Det er imidlertid en trend i retning av å styrke sykepleierens rolle i tjenesteleveranse og koordinering. Sykepleierledede klinikker og sykepleierledet pasientoppfølging er etablert i land som England, Italia og Nederland. En slik tilnærming har imidlertid vist seg utfordrende å få til i systemer der tjenester tradisjonelt har vært gitt av allmennleger i solo- eller små gruppepraksiser med lite annet helsepersonell. Tjenestene forblir derfor oftest under allmennlegers overordnede medisinske ansvar i lite teambaserte strukturer.

En rekke studier dokumenterer utfordringer med å iverksette samarbeid i allmennlegetjenesten (Bonciani, Schäfer, Barsanti, Heinemann, & Groenewegen, 2018; Freund, et al., 2015; Hall, 2005; O'Sullivan, Cullen, & MacFarlane, 2015; Sibbald, Misra, DaSilva, & Liciskai, 2022)

Rawlinson og medarbeidere (2021) har gjennomgått systematiske litteraturstudier om tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten. De fant at innenfor allmennlegetjenesten rapporteres hemmere for velfungerende teamarbeid mellom allmennleger og sykepleiere oftest på systemnivå (f.eks. manglende finansiering av sykepleierens arbeid) og på det mellom-menneskelige nivået i form av tradisjonelle profesjonshierarkier, ideologiske forskjeller i praksis og kulturell oppfatning av omsorg som kan utfordre yrkesidentiteter og føre til profesjonskamp. De hyppigst rapporterte fremmerne på det organisatoriske nivået inkluderer verktøy for teamkommunikasjon (f.eks. regelmessige møter, åpne kommunikasjonskanaler og bruk av teknologi) og fysisk nærhet mellom ulike fagfolk. På det mellommenneskelige nivået ble godt definerte roller og ansvar, aksept for andre fagpersoners synspunkter, kompetanse og praksis, samt delt ledelse rapportert som fremmere. På individnivået ble en positiv holdning og interesse for tverrfaglig samarbeid identifisert som tydelige fremmere.

Godager og medarbeidere (2021) fremholder at selv om primærhelseteam finnes i flere land, har få slike modeller blitt systematisk evaluert. De viser imidlertid til fire modeller som har blitt evaluert. Disse er Patient-Centered Medical Homes (PCMH) i USA, Family Health Teams (FHT) og Family Medicine Groups (FMG) i henholdsvis Ontario og Quebec i Canada og Multiprofessional Primary Care Groups (MPCG) i Frankrike. I disse primærhelseteammodellene får legekantorene økonomiske belønninger for å delta, men de må oppfylle ulike krav for å delta. Et felles krav i de nevnte modellene, er at legekantoret må ha sykepleiere i tillegg til allmennleger. De aktuelle evalueringene har undersøkt bruk av helsetjenester, utgifter til helsetjenester og kvalitetsindikatorer.

Sinaiko og medarbeidere (2017) presenterer resultater fra en metaanalyse av 11 PCMH-initiativ i USA. De finner betydelig heterogenitet i resultater mellom de 11 initiativene. De fleste av disse kan ikke rapportere endringer i kvalitetsmål. Det var en viss reduksjon i konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten og noe reduksjon i samlede utgifter til helsetjenester. Xu (2016) fant positive effekter for eldre pasienter. McManus og medarbeidere (2021) og van den Berk-Clark og medarbeidere (2018) fant ingen effekter for pasienter med diabetes eller lav inntekt.

Strumpf og medarbeidere (2017) presenterer resultater fra et forsøk med FMG i Canada. I dette forsøket er det ingen endringer av en i utgangspunktet aktivitetsbasert finansieringsmåte. De finner en reduksjon i både besøk til primærlegekontor (11 prosent per år) og spesialisthelsetjeneste (6 prosent per år) og en tilsvarende reduksjon i kostnader. Det er ingen reduksjon i sykehusinnleggelse. De konkluderer med at endringer i organisering i primærhelsetjenesten kan ha effekter selv med uforandret finansiering. Somé og medarbeidere (2020) har på sin side studert etableringen av FHT i Canada. Legekantor som blir FHT, øker sin totale tjenesteproduksjon og sin produksjon av ikke-insentiverte tjenester med henholdsvis 26 og 5 prosent per år. Legene reduserer tjenester finansiert med basistilskudd (insentiverte tjenester) med 3 prosent per år. De fant ingen effekt av FHT på produksjonen av tjenester utenom normal arbeidstid (legevakt) og tjenester gitt til ikke-registrerte pasienter. Som FHT, øker legekantorene antallet registrerte pasienter og bedrer tilgangen for disse.

I Frankrike har det vært forsøk med MPCG siden 2004. Mousquès og medarbeidere (2010) og Gilles de la Londe og medarbeider (2023) fant at pasienter med diabetes type 2 når flere prosessmål på legekantor med MPCG enn på legekantor uten. Cassou og medarbeidere (2020) og Loussovain og medarbeidere (2021) fant at legene i legekantor med MPCG øker antallet pasienter uten å øke helsetjenestetilbudet og oppnår større inntekter enn allmennleger i andre legekantor. Chevillard og Mousques (2021) viste at MPCG bidrar til legerekuttering, både av unge leger og av leger til distrikt. Dette kan tyde på at MPCG antas å dempe opplevelsen av isolasjon og bedre balansen mellom arbeidsliv og privatliv. Cassou og medarbeidere (2023) viste at allmennleger i MPCG økte sine pasientlister raskere enn allmennleger i en matchet kontrollgruppe (10 prosent) uten å øke tjenestetilbudet (antall besøk og legemiddelresepter) tilsvarende. Sammenlignet med legene i den matchede kontrollgruppen, hadde MPCG-leger en betydelig raskere reduksjon i gjennomsnittlig antall besøk (6 prosent) og beløp på legemiddelresepter per pasient (7 prosent reduksjon). Det at disse effektene øker over tid, tyder på at tverrfaglig primærhelseteamarbeid trenger tid på å utvikle seg før man kan høste effektene av det.

PHT-forsøket kan ses som del av en internasjonal trend. Basert på en systematisk litteraturstudie og en metaanalyse konkluderer Schmutz og medarbeidere (2019) med at teamarbeid har en positiv effekt på ytelse, uavhengig av egenskapene ved teamet og oppgavene det løser. Basert på dette slår de fast at helsemyndigheter bør anerkjenne verdien av teamarbeid og vektlegge tilnærminger som opprettholder og forbedrer teamarbeid til det beste for pasientene. Beskrivelsen av de internasjonale forsøkene med PHT og evalueringene av disse som er beskrevet over, viser imidlertid et mangfold av organisasjonsmåter og resultater. Heterogeniteten mellom land både i helsesystemer og evalueringresultater begrunner forsøk og tilhørende evaluering i det enkelte land, før systemendringer eventuelt iverksettes.

2. Formålet med denne sluttrapporten

Kunnskapsgrunnlaget for denne sluttrapporten er de årlige Statusrapportene I – V samt resultater fra nye empiriske undersøkelser og analyser gjennomført i 2023. Det er en ny årgang med registerdata som beskriver virkninger av PHT på legekantorene og i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Det er en ny årgang med journalldata på legekantornivå fra Medrave. Vi har også gjort sluttintervjuer med PHT-lederne og med informanter fra fagforeninger for helsepersonell og KS om potensialet ved PHT og økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten.

Dette er den andre og endelige sluttrapporten fra evaluering av forsøket med PHT. Den første sluttrapporten 2018 – 2021 evaluerte den første planlagte forsøksperioden og var samtidig Statusrapport IV fra evalueringen av PHT-forsøket. I denne endelige sluttrapporten sammenfatter vi kunnskapen vi har fra Statusrapportene I – V samtidig som vi presenterer resultater fra nye empiriske undersøkelser og analyser vi har gjort i 2023.

Vi analyser en ny årgang med registerdata for å undersøke virkninger av PHT på legekantor og i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Resultatene av disse undersøkelsen beskrives i kapitlet «Tjenesteendringer med PHT». Vi har analysert en ny årgang med journaluttrekk på legekantornivå fra Medrave. Data inkluderer både PHT-kantor og et utvalg av kontroll-kantor som ikke er med i PHT-forsøket. Det er gjort sluttintervjuer med praksislederne til denne sluttrapporten. Temaet er utviklingsmuligheter for PHT ved forsøkets avslutning. Vi har også intervjuet informanter fra sentrale fagforeninger og KS om potensialet ved PHT og med vekt på tverrfaglighet. Resultatene av intervjuene beskrives og diskuteres i rapportens avslutningskapittel.

PHT medfører endringer både i ressurser, finansieringsmåte og organisasjon. Evalueringen retter seg mot samlingen av disse endringene. Forsøket tillater ikke at effektene fordeles på de enkelte komponentene som forsøket har bestått av. Det betyr for eksempel at effekten av sykepleier-ressursen ikke kan skilles fra effekten av teamorganiseringen, mer systematikk og proaktivitet og ny finansieringsmåte.

Denne endelige sluttrapporten oppsummerer resultatene fra tidligere studier. Vi undersøker spesielt sammenheng og samsvar mellom de ulike studiene som har blitt gjort i løpet av forsøksperioden. Evalueringsdesignet beskrives i et eget kapittel. Rapporten har også et eget kapittel med en detaljert beskrivelse av hvordan PHT har vært organisert. Deretter kommer kapitler som beskriver resultatene av evalueringen i detalj og omfatter både erfaringene med PHT blant personellet på legekantorene, effekt for brukere og pasienter, erfaringer blant øvrige tjenesteytere i kommunene, erfaringer med finansieringsmodellene og en vurdering av samfunnsnyttan av PHT. Det er også et eget kapittel med en samlet vurdering av måloppnåelse.

Mens bedre kvalitet var hovedmålet da forsøket med PHT ble initiert, har det i løpet av forsøksperioden også blitt oppmerksomhet om andre mulige formål med PHT. Både Handlingsplanen for allmennlegetjenesten (2020), Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) og Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023) vektlegger at tverrfaglighet og team på legekantoret kan gi bedre bruk av ressurser også fordi oppgaver som blir gjort av fastlegen i dag, kan gjøres av helsepersonell med mindre omfattende kompetanse. Fastlegen kan i større grad bruke tid og oppmerksomhet på de oppgavene bare fastlegen kan gjøre og samtidig kanskje ha mulighet til å realisere kortere arbeidstid enn i dag. I rapportens avsluttende kapittel setter vi PHT inn i et litt større perspektiv for utvikling av fremtidens fastlegetjeneste.

3. Evalueringsdesign

PHT har vært prøvd ut i et ikke-randomisert forsøk med flere seleksjonskilder. Dette gjør det krevende å evaluere, og seleksjonsutfordringene bør tas med i tolkningen av resultatene. Som del av evalueringen, har vi undersøkt flere ulike effektmål. For å undersøke i hvilken grad effektmålene nås, har vi brukt en kombinasjon av ulike datakilder i form av registerdata, spørreskjemadata og intervjudata. Å bruke flere datakilder og metoder i kombinasjon, bidrar til å kompensere for styrker og svakheter ved de ulike metodene.

3.1 Seleksjonsutfordringene

PHT er en kompleks intervensjon som i seg selv er utfordrende å evaluere. Fordi PHT har blitt prøvd ut i et ikke-randomisert forsøk med mange seleksjonskilder, er det krevende å trekke generelle slutninger om PHT som er gjeldende for norske fastlegekontor og for tilhørende listeinnbyggere.

PHT-forsøket inkluderer drøyt 100 000 listeinnbyggere, 117 fastleger, 40 sykepleiere og 76 helsesekretærer. Det er bare én kommune i forsøket med under 5 000 innbyggere, noe som gir en underrepresentasjon av mindre folkerike kommuner. Sammenlignet med legekantor på landsbasis, er det i PHT-forsøket en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor, legekantor som hadde sykepleier fra før og trolig også legekantor med en særlig positiv innstilling til PHT (Abelsen, et al., 2022).

Deler av PHT-forsøket ble gjennomført under en pandemi. Samtidig har uroen rundt fastlegeordningen blant annet ført til at det parallelt med PHT-forsøket også gjennomføres en handlingsplan for allmennlegetjenesten. 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.

3.1.1 Seleksjon inn i finansieringsmodellene

I PHT-forsøket har de deltagende legekantorene prøvd ut en av to ulike finansieringsmodeller: honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Fordelingen av hvilke legekantor som skulle prøve ut hver enkelt finansieringsmodell, ble ikke randomisert, og legekantorene fikk selv velge hvilken modell de ønsket å benytte.

Fire av seks kommunale legekantor valgte driftstilskuddsmodellen, mens ti av elleve private legekantor valgte honorarmodellen. Da forsøket ble utvidet med nye legekantor i 2020, var det i utgangspunktet et ønske at legekantor med næringsdrivende fastleger skulle prøve ut driftstilskuddsmodellen, men ingen av de nye legekantorene valgte denne modellen. Fordelingen av de ulike finansieringsmodellene på kommunale og private legekantor gir en indikasjon på at kommunale legekantor tenderte mot å velge driftstilskuddsmodellen, mens private legekantor tenderte mot å velge honorarmodellen.

I evalueringen har analysene av kvantitative data ofte blitt gjort for to grupper der legekantorene er delt inn etter finansieringsmodell. Seleksjonen inn i finansieringsmodellene påvirker hvordan disse resultatene kan tolkes. Fordi eierformen til legekantor virker å ha hatt en innvirkning på valg av finansieringsmodell, vil det være utfordrende å skille egenskaper ved legekantor som avhenger av om de er offentlig eller privat eid, fra egenskaper ved finansieringsmodellen. Det er derfor viktig å være klar over at forskjeller i analyser hvor vi skiller mellom de to finansieringsmodellene, ikke nødvendigvis skyldes kjennetegn ved de ulike finansieringsmodellene.

3.2 Intervjudata

Gjennom evalueringsperioden 2018-2023 er det gjennomført en rekke intervju med ulike informantgrupper. Formålet med å gjøre intervju, er å komme tett på og søke å forstå de lokale kontekstene som PHT-forsøket er gjennomført i. Den lokale konteksten handler om legekantorene og relevante omgivelser rundt dem dvs. øvrig helse- og omsorgstjeneste i aktuelle kommuner og bydeler som legekantorene samhandler med. Tabell 1 gir en oversikt som viser årstallet for når intervjuene ble gjennomført og hvilke informantgrupper som ble intervjuet. Det ble gjort intervju med et lite utvalg pasienter og pårørende i 2020. Helsepersonell på legekantorene er intervjuet hvert år i evalueringsperioden. Kommunale prosjektledere ble intervjuet ved oppstart av forsøket i 2018 og i 2021. Informanter i den kommunale helsetjenesten ble intervjuet i 2018 og i 2021. Et lite utvalg informanter i

spesialisthelsetjenesten ble intervjuet i 2021. I forbindelse med denne sluttrapporten, er det gjort intervju med alle PHT-lederne og med representanter for utvalgte, relevante fagforeninger samt KS.

Tabell 1 Oversikt over datainnsamling med intervju fordelt på informantgrupper, antall informanter og år

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Listeinbyggere og pårørende ved PHT-kontor			n=14			
Helsepersonell ved PHT-kontor						
PHT-ledere	n=13	n=13	n=4	n=10	n=5	n=17
Fastleger	n=36	n=40	n=11	n=24	n=26	
Sykepleiere	n=28	n=25	n=5	n=10	n=8	
Helsesekretærer	n=32	n=31			n=6	
Kommunale prosjektledere	n=8			n=9		
Personell i øvrig helsetjeneste						
Kommunehelsetjenesten	n=51			n=48		
Spesialisthelsetjenesten				n=5		
Representanter for fagforeninger og KS						n=12

Intervjustudier i 2018

I 2018 ble det gjennomført semistrukturerte dybdeintervju med helsepersonell på de 13 legekantorene som startet med PHT i 2018. Studien kartla den lokale konteksten som PHT ble etablert i, hvilke planer legekantorene hadde om hvordan de ville jobbe som PHT, hvilke målgrupper de planla å prioritere, vurderinger knyttet til valget av finansieringsmodell og erfaringer fra oppstartsfasen av forsøket. Det ble også gjort intervju med de kommunale prosjektlederne for å kartlegge kommunenes/bydelenes involvering i og forventinger til PHT-forsøket.

Det ble videre gjort semistrukturerte dybdeintervju med relevante kommunale samarbeidspartnere (i hjemmetjeneste, psykisk helse/rus og tjenester for utviklings-/funksjonshemmede) i kommunene/bydelene hvor de 13 legekantorene i PHT-forsøket var lokalisert. Hovedtema for intervjuene var samarbeidet med fastlegetjenesten før PHT-forsøket og hvilke forventninger de hadde til PHT.

Intervjustudier i 2019

Det ble i 2019 gjennomført semistrukturerte dybdeintervju med helsepersonell på de 13 legekantorene i PHT-forsøket. Majoriteten av informantene ble også intervjuet ved oppstarten i 2018. Intervjuguidene som ble brukt, var utviklet med basis i en litteraturstudie om hvilke ulike dimensjoner og aspekter som er viktig for å få samarbeid i primærhelsetjenesten til å fungere. Hovedtema for intervjuene var utviklingen og verdien av samarbeidet, pasienter som får tjenester fra PHT og opplevde virkninger av finansieringsmodellene på samarbeidet.

Intervjustudier i 2020

I 2020 ble det gjennomført dybdeintervju med et lite utvalg pasienter som hadde mottatt oppfølging fra PHT over tid og noen av deres pårørende. Sentrale tema for intervjuene var pasientenes helsetjenestebruk både før og etter etableringen av PHT, opplevelser av det å motta oppfølging fra PHT og opplevde verdier av oppfølgingen fra PHT sammenlignet med den vanlige fastlegeoppfølgingen de var kjent med fra før. Som del av

en analyse for å få fram endringer og erfaringer i målgruppen utviklingshemmede, ble det gjort intervju med vernepleiere i to boliger for psykisk utviklingshemmede (PU-boliger) og med en pårørende.

Det ble også gjort oppstartintervju med helsepersonell ved de fire nye legekantorene som ble inkludert i forsøket i 2020. Disse fulgte samme framgangsmåte og intervjuguide som ved intervjuene som ble gjort ved oppstart ved de 13 legekantorene som var med fra starten av PHT-forsøket.

Intervjustudier i 2021

I 2021 ble det gjort semistrukturerte dybdeintervju med helsepersonell ved 10 av de 17 legekantorene i PHT-forsøket. Legekantorene som ble valgt ut, hadde alle vært med i PHT-forsøket siden starten og majoriteten av informantene var intervjuet en eller flere ganger tidligere. Hovedtemaene for intervjuene var utvelgelsen av listeinnbyggere til PHT-oppfølging, roller, samarbeid og samhandling i teamarbeidet, prosedyrer for arbeidet, formelle og uformelle møte-/kommunikasjonsstrukturer, proaktivitet, turnover og samarbeid ut av legekantoret med øvrige kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Det ble gjort semistrukturerte dybdeintervju med et utvalg ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Intervjuene ble gjort i de samme kommuner og bydeler som de 10 legekantorene nevnt over, var lokalisert. Hovedtema for intervjuene var kjennskapet til PHT, hvordan PHT merkes i det daglige arbeidet, overlapp og grensedragning mellom egen tjeneste og PHT, og om PHT bidrar til en mer tilgjengelig fastlegetjeneste.

Det ble også gjort intervju med kommunale prosjektledere i samme kommuner og bydeler som nevnt over. Hovedtema for intervjuene var innholdet i prosjektlederrollen, endringer med PHT, overlapp og grensedragning mellom tjenester, og om PHT gir en bedre fastlegetjeneste.

For å gi ytterligere perspektiver på samhandlingen mellom PHT, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, ble det videre gjennomført fokuserte intervju (Tjora, 2021) med ansatte i kommunale helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Et viktig formål med disse intervjuene var å gi et supplerende grunnlag for den samfunnsøkonomiske analysen av PHT.

Intervjustudie i 2022

For å utforske teameffektivitet ble det i 2022 gjennomført en multippel casestudie. I forbindelse med denne, ble det gjennomført semistrukturerte intervju med stort sett alt helsepersonell på fem legekantor. Legekantorene var skjønnsmessig utvalgt blant de 13 legekantorene som hadde vært med fra starten av PHT-forsøket, basert på en antagelse om at de ville være forskjellige med hensyn til oppnådd teameffektivitet. Vi utformet intervjuguiden med inspirasjon i Hackmans modell for å bedømme om team er effektive. Elementene i modellen omfatter betingelser og prosesser som muliggjør teameffektivitet og kriterier for å bedømme hvorvidt team er effektive (Hackman, 1987; Hackman, 2012).

Intervjustudier i 2023

Til denne sluttrapporten er det gjort fokuserte intervju med PHT-lederne ved de 17 legekantorene i forsøket. Hovedtema for intervjuene var PHT-ledernes refleksjoner rundt deltakelsen i PHT-forsøket, deres vurderinger av måloppnåelsen, deres vurderinger med hensyn til å videreføre PHT etter at forsøket etter planen var over 31. mars 2023⁴, og deres vurderinger av en framtidig innretning av PHT i fastlegetjenesten som en permanent ordning. Intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams.

Det er også gjort 12 fokuserte intervju med representanter for fagforeninger for ulike helsefaglige yrkesgrupper og KS. Det overordnede formålet med denne studien var å få fram syn på egen faggruppes rolle i fremtidens fastlegetjeneste, tverrfaglig samarbeid, oppfølging av pasienter og på PHT. Intervjuene ble i noen tilfeller tilpasset de ulike faggruppene. Intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams. Utvalget av fagforeninger ble avklart med Helsedirektoratets prosjektgruppe. Formene på intervjuene tilrettela for at informantene kunne ta opp andre relevante temaer de anså som hensiktsmessige.

Dataproduksjon

De fokuserte intervjuene som er gjort med informanter i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og med fagforeningsrepresentanter, er dokumentert med notater som forskerne har gjort underveis og rett i etterkant av intervjuene. Samtlige av de øvrige intervjuene er tatt opp og transkribert ordrett. Denne skriftlige dokumentasjonen av intervjuene, er utgangspunkt for de analysene som er gjort.

⁴ Det er etter hvert blitt bestemt at legekantorene i forsøket kan drifte videre med valgt finansieringsmodell ut juni 2024.

Analyser

Analysene av intervju materialet som ble samlet inn i de innledende fasene av PHT-forsøket, ble gjort med utgangspunkt i Ritchie & Spencers (1994) Framework Method. Metoden ble valgt fordi den passer i tilfeller der det på forhånd er definert spesifikke problemstillinger, tidsperioden er avgrenset, og utvalget er stort og predefinert (Srivastava & Thomson, 2009), noe som er tilfelle for PHT-forsøket. Metoden innebærer et pragmatisk og deduktivt temabasert inntak til analysen (Guba, Heath, Cameron, Rashid, & Redwood, 2013; Srivastava & Thomson, 2009).

Etter den innledende evalueringsfasen (fra 2020), ble det i analysene av intervju materialet lagt større vekt på en induktiv tilnærming. Tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) ble i all hovedsak brukt som analysemetode. Flere av analysene har vært inspirert av og satt inn i en større sammenheng ved hjelp av temateorier (Guassora, Reventlow, & Malterud, 2022), eksempelvis om kontinuitet, grensearbeid og teameffektivitet.

Intervjuene som ble gjort i 2023 med henholdsvis PHT-lederne og fagforeningsrepresentanter, var fokuserte intervju. Fokuserte intervju brukes når tema er avgrenset og snevret godt inn før intervjuene gjennomføres. Analysen fulgte i all hovedsak de på forhånd valgte temaene.

3.3 Data fra spørreundersøkelser

I evalueringsperioden 2018-2023 har det blitt gjennomført en rekke spørreundersøkelser med helsepersonell ved fastlegekontor og listeinnbyggere, samt en spørreundersøkelse med ansatte i øvrig helsetjeneste (Tabell 2). Ved to av spørreundersøkelsene ble det også distribuert en spørreundersøkelse til en kontrollgruppe.

Dataen fra spørreundersøkelsene egner seg godt til å gi en overordnet oversikt over erfaringene som et større antall pasienter-, ansatte -, og øvrige helsetjenester har i forbindelse med PHT. De er også egnet til å belyse endringer i erfaringer over tid. Spørreundersøkelsene egner seg ikke til å gi en inngående beskrivelse av organisering ved hvert enkelt kontor, samt detaljerte skisseringer av pasienterfaringer. Dataen fra de følgende spørreundersøkelsene ses derfor i flere tilfeller opp imot intervjudata.

Tabell 2 Spørreundersøkelser som evaluator har gjennomført i evalueringsperioden for PHT

	Status- rapport 2018	Status- rapport 2019	Status- rapport 2020*	Status- rapport 2021	Status- rapport 2022
Listeinbyggere					
Listeinbyggere ved PHT- kontor	x		x		
Listeinbyggere som får oppfølging fra PHT					x
Listeinbyggere kontrollgruppe	x		x		
Ansatte ved PHT-kontor					
Fastleger	x	x	x	x	x
Sykepleiere	x	x	x	x	x
Helsesekretærer	x	x	x	x	x
Ansatte i kontrollgruppe					
Fastleger	x		x		
Sykepleiere	x		x		
Helsesekretærer	x		x		
Øvrig helsetjeneste					
Kommunehelsetjenesten	x				
Spesialisthelsetjenesten	x				

Note: *Ved statusrapport 3 ble det sendt ut ulike spørreskjema til legekantor som var nye i utprøvingen, og legekantor som hadde vært med fra start, og det ble sendt ut likt spørreskjema til helsesekretærer og sykepleiere i kontrollgruppen.

Spørreundersøkelser til listeinnbyggere og brukere av PHT

I forbindelse med statusrapport I og III ble det distribuert en spørreundersøkelse til et tilfeldig utvalg listeinnbyggere ved PHT-kontor og legekantor i en kontrollgruppe (29 429 mottakere i statusrapport I og 46 587 mottakere i statusrapport III). I forbindelse med statusrapport IV ble spørreundersøkelsen kun distribuert til listeinnbyggere som hadde fått oppfølging av PHT (614 utdelte undersøkelser) (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2021; Aandahl, et al., 2022). Bakgrunnen for endringen var at resultatene fra spørreundersøkelsen i statusrapport III viste at det var omtrent like mange listeinnbyggere i kontrollgruppen som oppga at de hadde fått oppfølging av PHT i kontrollgruppen som ved PHT-kontor, samt at det var listeinnbyggere som ikke visste om de hadde fått oppfølging fra PHT.

Ettersom vi regnet med at en del av listeinnbyggerne i målgruppen for PHT ville ha utfordringer med å svare på en digital undersøkelse, for eksempel skrøpelig eldre, var det mulig å svare på undersøkelsene både digitalt og på papir.

For spørreundersøkelsene i statusrapport I og III ble det benyttet kontrollgrupper. Utvelgelsen av kontrollgruppene ble gjort over to trinn, og la til rette for at alle legekantorene i forsøket fikk et kontrollkontor enten i samme bydel/kommune, eller nærliggende kommuner i tilfeller der hele kommunen deltok. Prosessen for utvelgelsen er nærmere utdypet i statusrapport I og III. Det ble ikke benyttet kontrollgrupper for undersøkelsene utsendt til brukere av PHT i statusrapport IV.

Utvalgstørrelsen for de to første spørreundersøkelsene ble estimert med styrkeberegninger hvor vi blant annet la til grunn en lav forventet svarprosent, samt at tilnærmet syv av ti besøker fastlegen i løpet av et år (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2021; Difi, 2017). For spørreundersøkelsen til statusrapport V var målet å levere ut 1000 eksemplarer (Aandahl, et al., 2022). Antall spørreskjema hvert legekantor fikk utlevert, ble estimert ut fra

deres andel av det totale antallet listeinnbyggere som var innenfor PHT-målgruppen. Legekontorene fikk mulighet til å få tilsendt ytterligere spørreskjema dersom de delte ut alle som ble utlevert i første omgang.

Noen av spørsmålsformuleringene i undersøkelsene ble hentet fra andre spørreundersøkelser, og la derfor til rette for sammenligning opp mot en bredere pasientgruppe. Dette inkluderer innbyggerundersøkelsen (Difi, 2017) og levekårsundersøkelsen om Helse 2015 (Statistisk Sentralbyrå) for statusrapport I og III, og «Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret 2021/2022» (PASOPP) (Norman, Bjertnæs, Danielsen, & Holmboe, 2022) for statusrapport V. Vi sammenlignet deler av våre resultater med PASOPP- resultatene i statusrapport V. I PASOPP ble det innhentet 7 912 responser, med en svarprosent på 41,9 prosent (Norman, Bjertnæs, Danielsen, & Holmboe, 2022). Sammenlignet var det 287 personer som samtykker til å delta i brukerundersøkelsen til PHT, med en svarprosent estimert til 46 prosent.

Spørreundersøkelser til ansatte ved PHT-kontor og kontrollkontor

For hver av statusrapportene i prosjektet har vi sendt ut spørreundersøkelser til henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer ved PHT-kontor. I tillegg ble det i statusrapport III sendt ut egne spørreskjema til fastleger som ble med i forsøket det året (Abelsen, et al., 2021). Disse fastlegene svarte relativt ofte «vet ikke», og ble derfor utelatt fra enkelte analyser i statusrapporten. I senere rapporter mottok disse fastlegene de samme undersøkelsene som øvrige fastleger i forsøket.

Utforming og design av spørreundersøkelsene varierer noe fra år til år. Noen temaer har gått igjen i flere undersøkelser, mens andre er spesifikt tilpasset temaet for statusrapporten i det aktuelle året (se Tabell 3). For eksempel bidrar funn fra den første spørreundersøkelsen til å danne en nullpunktsmåling, mens det i statusrapport III ble stilt spørsmål om arbeid under koronapandemiperioden. Temaer som gikk igjen i undersøkelsene over flere år, inkluderer blant annet teamarbeid, teamledelse, finansiering og effekter av PHT.

Tabell 3 Overordnet oversikt over tema i de ulike statusrapportene

År	Overordnet tema for statusrapporten
2018	Status ved oppstart av forsøket (inkludert forventninger til PHT).
2019	Arbeid med PHT på legekontorene i forsøket og midlertidig status.
2020	Hvordan tilnærming til pasient har endret seg, og hvordan målgruppen opplever tjenester fra PHT. Arbeid under korona ble også trukket frem.
2021	Arbeidsmåte for PHT, særlig rettet mot samarbeid med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
2022	Hvordan pasienter opplever virkninger av PHT, teameffektivitet og kjennetegn ved legekontor med ulike finansieringsmodeller.

Kilde: Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2019; Abelsen, et al., 2021; Abelsen, et al., 2022; Aandahl, et al., 2022.

I statusrapport I og III ble det utsendt en spørreundersøkelse til ansatte ved kontrollkontor. Valg av kontrollkontor ble gjort i to trinn, og er nærmere forklart i statusrapport I og III. Undersøkelsene til kontrollkontorene ble utformet likt som undersøkelsene til de ansatte ved PHT-kontorene.

Svarprosenten for kontrollkontorene rapportert i statusrapport III var på rundt ti prosent, som gjorde at vi valgte å ikke benytte resultatene i rapporten. Årsaken til den lave svarprosenten blant kontrollkontorene er noe uklar. Svarprosenten blant fastleger har i andre prosjekter vært høyere. Et eksempel på dette er spørreundersøkelsen som ble utsendt forbindelse med evalueringen av oppfølgingen av handlingsplan for allmennlegetjenesten, hvor 1 442 fastleger og fastlegevikarer responderte (1 352 legekontor) (Oslo Economics & Universitet i Oslo, 2023). En mulig forklaring på hvorfor deltakelsen er lavere for kontrollkontorene i PHT, enn for handlingsplanen for allmennlegetjenesten, er at fastlegene i kontrollgruppen til PHT ikke har et åpenbart insentiv til å svare på undersøkelsen. I tilfellet med evalueringen av oppfølgingen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten kan en se for seg at fastlegene selv hadde en interesse av å utdype sine erfaringer og opplevelser tilknyttet sin arbeidshverdag. Vi ser ikke et tilsvarende insentiv til å delta i en kontrollgruppe for PHT, da fastlegene selv ikke antas å ha en tilknytning til utprøvingen. I tillegg kan en medvirkende faktor være motstand til prosjektet som beskrives ytterligere i statusrapport I.

Videre erfarer vi at spørreundersøkelsene til ansatte på PHT-kontorene hadde en relativt høy svarprosent (se Tabell 4). Det kan tenkes at årsaken til dette er at de deltakende kontorene har meldt seg på selv, samt har lagt

krefter og arbeid inn i utprøvingen, og derfor har en interesse av å bidra inn i evalueringen. En annen nærliggende forklaring er at kontorene mottar midler for å bidra inn i utprøvingen. Avslutningsvis virker det som at oppfølging som Helsedirektoratet har hatt med kontorene som har deltatt i utprøvingen, har vært viktig for å oppnå svarprosenten vi har fått.

Tabell 4 Antall respondenter og svarprosent for fastleger i PHT forsøket

	Statusrapport 2018	Statusrapport 2019	Statusrapport 2020	Statusrapport 2021	Statusrapport 2022
Fastlege	62 77,5%	68 86%	81 77%	79 71%	99 ~87%
Sykepleier	25 73,5%	36 95%	38 72%	40 87%	68 ~89%
Helsesekretær	35 79,5%	37 74%	44 65%	51 70%	44 ~97%

Note: Det er kun ansatte ved kontor som deltar i PHT-forsøket som er inkludert, kontrollgruppen er holdt utenfor denne tabellen. Det er ikke skilt mellom svarfordelingen for de to ulike finansieringsmodellene. Statusrapport 5: *Svarprosent er basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekantorene, og det kan være noe avvik mellom denne oversikten og faktisk antall ansatte.

Spørreundersøkelse til øvrig helsetjeneste

I forbindelse med informasjonsinnhenting i den første statusrapporten ble det sendt ut en spørreundersøkelse til øvrig helsetjeneste, herunder kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten i kommuner der PHT ble utprøvd. Disse respondentene ble identifisert med snøballmetoden. Totalt mottok 69 personer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og 109 personer innen spesialisthelsetjenesten, undersøkelsen direkte. Disse ble oppfordret til å videresende undersøkelsen til 1-3 andre personer innen relevante fagområder. Undersøkelsen fikk totalt 45 respondenter fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og 37 respondenter fra spesialisthelsetjenesten. Grunnet distribusjonsmetoden til undersøkelsen, vet vi ikke hvor mange som har mottatt undersøkelsen. Med bakgrunn i dette, har vi ikke kunnet beregne en svarprosent for denne undersøkelsen.

Det er en stor variasjon når det kommer til hvor stor andel hvert enkelt legekantor i forsøket utgjør av fastlegetjenesten i sin kommune. For noen utgjør de hele fastlegetjenesten, mens for andre er de ett av mange legekantor. Dette kan ha medført ulik kjennskap til PHT i forkant av utsendelse av undersøkelsen.

Analyser

I evalueringens fem foregående statusrapporter har vi benyttet statistiske analyser fra de gjennomførte spørreundersøkelsene til å belyse en rekke perspektiver og temaer. I de følgende underkapitlene presenterer vi noen av disse. Flere detaljer finnes i statusrapport I – V.

I statusrapport I, III og V benyttes data fra spørreundersøkelsene utsendt til listeinnbyggere og pasienter som har mottatt oppfølging fra PHT, til å belyse hvilke pasienter som får oppfølging fra PHT, samt deres erfaringer med denne oppfølgingen. Kjennetegn inkluderer pasientenes egne helseutfordringer, alder, utdanningsnivå, samt tilknytning til legekantor og hvor lenge de har hatt sin fastlege. Pasienters erfaringer knyttes blant annet til opplevdd tilfredshet, mestring, tilgjengelighet og brukermedvirkning. På tross av noe variasjon i spørsmålsformulering, er det allikevel mulig å belyse overordnet utvikling over tid, samt sammenligne med resultater fra andre spørreundersøkelser.

I foregående statusrapporter har vi også belyst hvordan de ansatte på legekantorene har erfart arbeidsform, oppgaver og teamarbeid i PHT, samt hvordan dette har utviklet seg i løpet av forsøket. I flere av analysene har vi delt respondenter inn i en av to grupper avhengig av legekantorets valgte finansieringsmodell. For å teste om det er signifikante forskjeller mellom disse gruppene, har vi benyttet Fisher's eksakte test med et signifikansnivå på 5 prosent.

Avslutningsvis har vi også belyst om innføring av PHT har påvirket samarbeid og samhandling med øvrige helsetjenester og NAV. Dette har vi gjort ved å bruke resultater fra undersøkelse til kommune- og spesialisthelsetjenesten (Statusrapport I), samt erfaringene til ansatte ved PHT-kontor.

3.4 Registerdata

Dette delkapitlet inneholder en kortfattet oversikt over tilgjengelige registerdata og metodene vi bruker for å analysere dem. Ytterligere detaljer finnes i «Data og metode».

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 for eksempel intervjuer. I tillegg er det usikkerhet knyttet til kvaliteten på registreringene. Registerne som har blitt brukt i evalueringen, er Fastlegeregisteret, Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)⁵, Norsk Pasientregister (NPR)⁶, Kommunalt Pasientregister (KPR), Dødsårsaksregisteret samt sosioøkonomiske variabler fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). Se «Data og metode» for en mer detaljert presentasjon av registerne 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. Metoden innebærer at vi beregner forskjeller i utfall mellom PHT-kontor og kontrollkontor for deretter å beregne hvordan denne forskjellen har forandret seg etter at forsøket startet. I «Data og metode» redegjør vi nærmere for hvordan beregningene foregår ved estimering av regresjonsligninger.

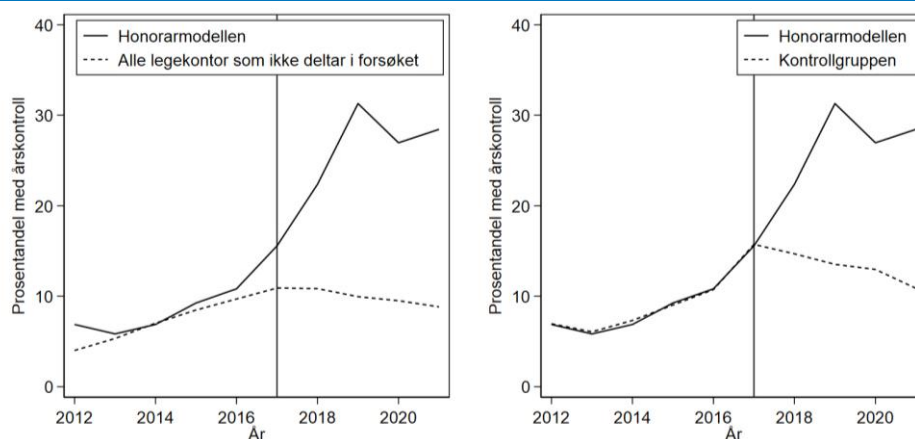
En viktig antakelse bak forskjell-i-forskjeller metoden er at PHT-kontor og kontrollkontor hadde hatt parallelle trender i utfallsmål dersom forsøket ikke hadde skjedd. At antakelsen er oppfylt, rimeliggjøres med parallelle trender før forsøket starter. At trendene er parallelle før forsøket starter, er ikke åpenbart siden kommuner og legekantor som deltar i forsøket med PHT, har søkt om å delta. Dersom vi finner at trendene før forsøksstart ikke er parallelle når vi bruker alle legekantor som ikke er PHT-kontor som kontroller, begrenser vi antallet kontrollkontor ved å ta 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. For å få til dette bruker vi to teknikker: coarsened exact matching (CEM) (Iacus, King, & Porro, 2012) og propensity score matching (PSM) (Rosenbaum & Rubin, 1983). Hvilken av de to teknikkene som ligger til grunn for valg av kontrollgruppe, kan variere avhengig av problemstillingen vi undersøker.

Valget av kontrollkontor kan få stor betydning for hvordan sammenligning av aktivitet i legekantor med PHT og andre legekantor blir. Figur 3 viser andel av pasienter med diabetes type 2 som har fått årskontroll fordelt på år. I figuren til venstre sammenlignes legekantor med honorarmodell med alle legekantor som ikke deltar i forsøket med PHT. I figuren til høyre skjer sammenligningen med en kontrollgruppe som er valgt ut med teknikken PSM. Vi ser at kontrollgruppe med PSM fører til at utviklingen før forsøket starter, blir mer parallell (parallelle trender). Sjansen blir dermed større for at avvik i trendene etter forsøket starter, har noe med forsøket å gjøre.

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

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

Figur 3 Prosentandel av pasientene med diabetes type 2 som har mottatt minst én årskontroll i løpet av et år



Kilde: KUHR.

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

I beskrivelser av helsetjenester gitt 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 data delvis fra KUHR og delvis fra NPR. For poliklinikk, dagbehandling og sykehusinnleggelse bruker vi data fra NPR. For kommunale hjemmetjenester bruker vi tall fra KPR. Vi presenterer både tall per år, per halvår og per kvartal. De årlige tallene går fram til og med 2022. De halvårlige tallene inkluderer 1. halvår 2023 for data fra KUHR og 1. tertial 2023 for data fra NPR. I de fleste av registerdataundersøkelsene i denne sluttrapporten bruker vi PHT-legekantorene som har vært med fra starten. De fire legekantorene som kom med i forsøket i 2020, blir inkludert i beskrivelser og registerdataanalyser der det anses å være tilstrekkelig oppfølgingstid.

Vi bruker programvaren The Johns Hopkins ACG System for å identifisere skrøpelig eldre og multisyke (Johns Hopkins Medicine).⁷ Skrøpelige eldre blir identifisert ved hjelp av en frailty index som tar utgangspunkt i et 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.

3.5 Journaldata (Medrave)

Vi supplerer registerdata med anonyme journaldata hentet ut ved hjelp av Medrave på legekantornivå. 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 «Data og metode».

PHT-legekantor med journalsystem som gjør det mulig å bruke Medrave, fikk tilsendt samtykke-skjema. Alle aktuelle legekantor signerte og returnerte samtykkeskjema. Vi hadde Medrave-data fra fem legekantor med driftstilskuddsmodellen og seks legekantor med honorarmodellen da datainnsamling til denne sluttrapporten ble avsluttet.

Ved hjelp av matching-prosedyrer som beskrevet for registerdata, har vi funnet fram til aktuelle kontroll-legekantor for legekantorene som prøver ut honorarmodellen og for legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Formålet er å rekruttere kontroll-kantor med kjennetegn (som eieform, alders- og

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

kjønnsfordeling av listeinnbyggere osv.) som ligner mest mulig på tiltakskontorene. Med god hjelp fra Allmennlegeforeningen v/leder Nils Kristian Klev og Norsk Forening for Allmenmedisin v/leder Marte Kvittum Tangen ble det sendt ut invitasjoner til mulige kontroll-legekantor. Fem legekantor som kontroll til driftstilskuddsmodellen og sju legekantor som kontroll til honorarmodellen, returnerte underskrevet samtykkeskjema innen fristen for datainnsamling til denne sluttrapporten.

I alt har vi data fra 23 legekantor. Indikatorene som har blitt levert av Medrave, er basert på månedlige datauttak fra 31. desember 2014 og fram til 30. april 2023. Tidsutviklingen for et utvalg av indikatorene blir beskrevet ved hjelp av figurer. Vi undersøker forskjellene i tidsutviklingen mellom tiltaks- og kontrollkontor siden forsøket startet, ved hjelp av forskjell-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. En fordel med anonyme data på legekantor-nivå er at den som skal gjøre analysene, ikke trenger tilgang til sensitive journaldata på individnivå. Samarbeidet med Medrave har vært godt og gir et potensial for bredere undersøkelser av kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten.

3.6 Metodetriangulering

I evalueringsdesignet har vi bevisst valgt ulike datakilder og tilhørende analysemetoder; det vi kaller metodetriangulering (Andrew & Halcomb, 2009; Long, McDermott, & Meadows, 2018; Fetters, Curry, & Creswell, 2013) for å kunne studere PHT-forsøket fra ulike perspektiv. Bruk av ulike metoder kompenserer for deres ulike styrker og svakheter. Vi har utforsket PHT-forsøket slik man ville studert implementering av en reform, hvor man er opptatt av hvordan man får noe nytt (her: PHT) til å virke i praksis. Implementering og organisatoriske endringer er ikke en engangshendelse, men en pågående prosess (Ogden & Fixsen, 2015). Følgforskning kan fortelle hvorfor noe virker, ikke virker eller virker annerledes enn det var tenkt. Ifølge Ogden og Fixen (2015) kan implementering skje som en top-down-prosess der endring iverksettes fra en sentral kilde (eksempelvis Helsedirektoratet) til lokalt nivå (for eksempel et legekantor). En slik top-down-prosess studeres gjerne ved at grad av måloppnåelse vurderes. Med en bottom-up-prosess er man mer opptatt av hvordan de som skal gjennomføre endringene, har valgt å løse oppdraget. Implementeringsforskere anbefaler å kombinere top-down- og bottom-up-tilnærminger (Hupe & Hill, 2014; Ogden, Hagen, Askeland, & Christensen, 2009; Fixsen, Blase, Metz, & Van Dyke, 2013) og vi har fulgt denne anbefalingen.

Det er ulike forskere som har hatt ansvar for og gjennomført enkeltanalysene basert på henholdsvis intervjudata, data fra spørreundersøkelser, registerdata og journaldata. Forskerne har deretter samarbeidet om noen integrerte analyser. Analysene kan være integrert på designnivået ved at funn fra en analyse informerer den metodiske utformingen av andre analyser (Fetters, Curry, & Creswell, 2013) Undersøkelsen av pasient- og pårørendeperspektivet på PHT er et eksempel på dette (se kapittel «Erfaringer med PHT»). Her ble funn fra intervjustudien blant et fåtall pasienter og pårørende, brukt til å utforme spørreskjemaet til spørreundersøkelsen som ble gjennomført to år etter. Et annet eksempel er registerdataanalyser om helsetjenesteendringer på legekantoret som dels er informert av intervjustudien om teameffektivitet og dels av resultater fra en spørreundersøkelse om hvordan fastleger og sykepleiere jobbet sammen (se kapittel «Tjenesteendringer med PHT»). Videre er det gjennomført ulike tematiske analyser hvor vi har vevet sammen funn fra ulike studier og drøfter hvordan funn fra de ulike delstudiene enten samsvarer eller avviker, og utdyper hvordan for eksempel funn fra intervjuer bidrar til å forklare trender i registerdataanalyser eller analyser av data samlet inn med spørreskjema. Analysen av samarbeidet mellom PHT og andre kommunale tjenester er et eksempel på det (Abelsen, et al., 2022).

4. Primærhelseteam i praksis

Før forsøket med PHT startet, var det uklart hvor mange listeinnbyggere som skulle omfattes av helsehjelp fra PHT. Basert på registerdata om utløste sykepleiertakster, estimerer vi at 12 prosent av listeinnbyggerne som er eller har vært tilknyttet legekantor med PHT, har fått oppfølging fra PHT siden forsøket startet i 2018. Pasientgruppen samsvarer godt med målgruppene for PHT-forsøket. Funn fra evalueringene viser at legekantorene har valgt å organisere arbeidet som PHT ulikt. Vi finner at omlegging til teamarbeid tar tid og krever ledelse, og legenes innstilling til teamarbeid og tillit til sykepleiere har stor betydning. Når det gjelder samarbeidet mellom fastlege og sykepleier, er det vanligste er at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. Funn fra en intervjustudie blant ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus viste at PHT har hatt mest betydning for hjemmetjenesten og langt mindre betydning for tjenester innen psykisk helse og rus. Informantene opplevde at brukere med omfattende behov fikk raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før.

4.1 Hvem får tjenester fra PHT?

Alle listeinnbyggere ved legekantorene kan få oppfølging fra PHT, men det er også pekt ut noen målgrupper som er særlig relevante for PHT. Disse målgruppene er listeinnbyggere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre, og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Vi bruker utløst sykepleiertakst som en indikator på at en listeinnbygger 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. Kjentegn ved listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT, er nærmere beskrevet i kapittel 7 i Sluttrapport 2018-2021.

Samlet sett finner vi at 12 prosent av de som har vært listeinnbygger på PHT-legekantor i hele eller deler av forsøksperioden, har hatt minst én takstgenererende sykepleierkontakt per 30.06.2023. Blant listeinnbyggere med takstgenererende sykepleierkontakt har 43 prosent hatt 1 slik kontakt, mens 27 prosent har hatt 4 eller flere.

4.1.1 Listeinnbyggere i målgruppene får oppfølging fra PHT

Pasientgruppene som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene i forsøket (Tabell 5). Blant listeinnbyggere med diabetes type 2, har 61 prosent ved legekantor med honorarmodellen og 77 prosent ved legekantor med driftstilskuddsmodellen hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. For listeinnbyggere med kols er andelen 66 prosent for legekantor med honorarmodellen og 60 prosent for legekantor med driftstilskuddsmodellen. Andelen er lavere for listeinnbyggere med ruslidelse og/eller psykisk sykdom, psykisk utviklingshemmede samt for skrøpelige eldre.

Sykepleierne ved legekantorene har hatt ulik kompetanse, interesse og erfaring, og dette har til dels hatt betydning for hvilke pasientgrupper legekantorene har jobbet med. Da legekantorene ved oppstart av forsøket rekrutterte sykepleiere til PHT, var det variasjon i hvilke kvalifikasjoner de så etter. De fleste vektla evne til å arbeide selvstendig, i tillegg til at legekantorene for eksempel ønsket sykepleiere med lokalkunnskap og kjennskap til de aktuelle målgruppene, samhandlingserfaring, erfaring fra arbeid på legekantor, erfaring fra sykehjem og kartlegging av eldre, diabeteskompetanse og allsidig erfaring (Abelsen, et al., 2019a). Flere legekantor har for eksempel hatt psykiatrisk sykepleier, og disse legekantorene kunne da tilby flere tjenester enn tidligere til pasienter med psykiske helseutfordringer. Tilsvarende har det også være sykepleiere med spisskompetanse på diabetes som har bidratt til at denne gruppen har fått økt kvalitet i oppfølgingen.

Tabell 5 Prosentandel av listeinnbyggere i målgruppen med PHT-kontakt i perioden 2018-2023

	Honorar- modellen	Driftstilskudds- modellen	N (hele landet)
Personer med diabetes type 2	61	77	185 981
Personer med kols	66	60	608 62
Personer med psykisk sykdom	24	16	319 539
Personer med ruslidelse	27	11	372 52
Personer med psykisk utviklingshemming	46	26	114 94
Skrøpelig eldre og multisyke	33	29	207 464

Note: Tabellen viser prosentandeler av personer som har vært listeinnbygger på opprinnelige PHT-legekantor i deler av eller hele perioden 2018-2023, eller nye PHT-legekantor i deler av eller hele perioden 2020-2023, som har hatt takstgenererende sykepleierkontakt. Personer med diabetes type 2 er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med kols er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med psykisk sykdom er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med ruslidelse er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Personer med psykisk utviklingshemming er andelen av listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) i KUHR i 2021. Skrøpelig eldre og multisyke er andelen av listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2019 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2019 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. Kilde: KUHR.

4.1.2 Særlig eldre listeinnbyggere får oppfølging fra PHT

En analyse av utviklingen i antall konsultasjoner per listeinnbygger per år for perioden 2015 til 2021, viste at det på landsbasis har vært en nedgang i antall konsultasjoner for eldre listeinnbyggere (67-89 år) (Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, 2023). For å undersøke om PHT-legekantorene har hatt en annen utvikling enn øvrige legekantor, har vi sammenlignet utviklingen for PHT-legekantorene med legekantorene utenfor forsøket. Vi sammenligner utviklingen i antall konsultasjoner per listeinnbygger per år i perioden 2014-2017 og perioden 2018-2022 for legekantorene i og utenfor forsøket, etter aldersgruppe (Tabell 6). Når vi ser på lege- og sykepleierkonsultasjoner samlet, ser det ut til at legekantorene med honorarmodellen har hatt en liten økning for nesten alle aldersgrupper, sammenlignet med legekantorene utenfor forsøket. Legekantorene med driftstilskuddsmodellen har derimot hatt en reduksjon i antall lege- og sykepleierkonsultasjoner sammenlignet med legekantor utenfor forsøket for de fleste aldersgrupper. Det er ikke alle endringene i antall konsultasjoner per listeinnbygger som er statistisk signifikante.

Når vi sammenligner tallene i kolonnene "legekonsultasjoner" og "lege- eller sykepleierkonsultasjoner", ser vi at forskjellen mellom antall legekonsultasjoner og antall lege- eller sykepleierkonsultasjoner per listeinnbygger øker med alder. Det er for eksempel nesten ingen forskjell i aldersgruppen 0-20 år, mens forskjellen er rundt 0,15 i aldersgruppen 50-59 år og 0,50 i aldersgruppen 80-89 år. Dette resultatet viser at PHT med sykepleier bidrar til at særlig de eldre mottar flere konsultasjoner.

Tabell 6 Forskjell i utvikling i antall konsultasjoner per listeinnbygger per år på PHT-legekontor og legekontor utenfor forsøket, etter aldersgruppe

Alders- gruppe	Honorarmodellen			Driftstilskuddsmodellen		
	Lege- konsultasjoner	Lege- eller sykepleier- konsultasjoner	N	Lege- konsultasjoner	Lege- eller sykepleier- konsultasjoner	N
0-20 år	0,05	0,08	10393182	-0,25	-0,24	10301661
20-29 år	0,17	0,25*	6117459	-0,31**	-0,29**	6075282
30-39 år	0,15	0,25*	6281388	-0,31*	-0,27**	6247251
40-49 år	0,19*	0,31***	6409517	-0,35*	-0,26*	6359704
50-59 år	0,12	0,28***	6106328	-0,31	-0,15	6053383
60-69 år	0,07	0,28***	5145465	-0,12	0,12	5102443
70-79 år	0,07	0,40***	3709252	-0,33	0,02	3680403
80-89 år	0,17	0,76***	1738870	-0,01	0,51**	1724956
90+ år	-0,23	0,43	494649	-0,64*	-0,16	490370

Note: Legekonsultasjoner er regninger i KUHR med takst 2ad, 2ae, 2aek, 11ad, 074a, 074ae, 074be, 086a. Sykepleierkonsultasjoner er regninger i KUHR med takst S2a, S2ae, S2aek, S2b, S3, S3a, S3b, 088b, 088cd, 088ck, 088d. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

4.2 Hvordan skjer utvelgelsen av listeinnbyggerne som får helsehjelp fra PHT?

Pasienter som følges opp av PHT, identifiseres på tre ulike måter (Abelsen, et al., 2019). Første måte er at den enkelte lege ad hoc trekker sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, andre måte er basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med spesifikke kjennetegn, og tredje måte er sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser som kommer fra andre enn helsepersonellet ved legekantoret.

Av fastlegene som har deltatt i PHT-forsøket siden start, oppgir 81 prosent at de eller andre ansatte på legekantoret har gjort en systematisk gjennomgang av deres pasientliste for å identifisere egnede pasienter for PHT (Abelsen, et al., 2021). Ved de nye legekantorene var den tilsvarende andelen 50 prosent.

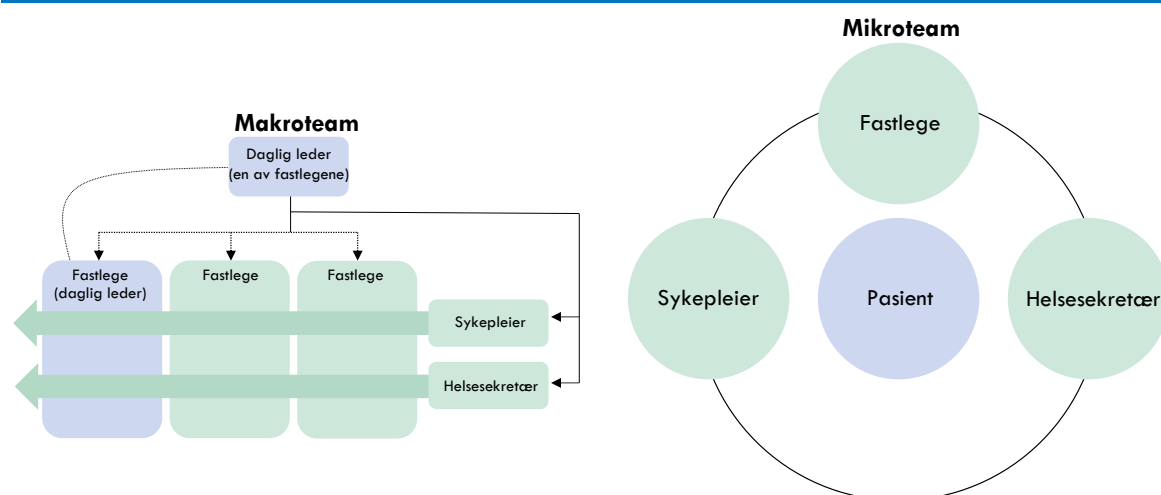
Fastlegene som oppga at de hadde gjort en systematisk gjennomgang av pasientlisten, ble spurt om hvilke karakteristikk de så etter i gjennomgangen. De fleste oppga at de så etter bestemte diagnoser (69 prosent). Videre var det en stor andel som oppga at de så på antall legemidler (48 prosent) og en bestemt aldersgruppe (36 prosent). Enkelte oppga at de så etter pasienter med sjelden kontakt (19 prosent), risikoscore (ACG) (17 prosent) og pasienter med hyppig kontakt med legekantoret (12 prosent).

4.3 Arbeidsmåter

Teamarbeidet i PHT forventes å skje på to nivå (se Figur 4) (Helsedirektoratet, 2017). Legekantorene som helhet, er makroteam der PHT-leder har ansvar for å lede både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekantoret. Samtidig er det beskrevet et mikroteam bestående av en fastlege, sykepleier og helsesekretær for hver pasient som får oppfølging fra PHT. I tillegg samarbeider teamene med tjenester utenfor legekantoret.

Forsøket har vist at den opprinnelige beskrivelsen av både makro- og mikroteamets sammensetning ofte ikke stemmer i praksis. Flere legekantorer har hatt annet helsepersonell i sitt makroteam, som bioingeniører og psykolog. Helsesekretæren har i liten grad hatt en rolle i mikroteamet. I praksis har mikroteamarbeidet ofte dreid seg om samarbeid mellom fastlege og sykepleier. Samtidig er det tydelig at oppgavene helsesekretærene gjorde før legekantorene ble PHT, er viktige også i den nye teamorganiseringen, og helsesekretærenes rolle i makroteamet er avgjørende for at arbeidsflyten på legekantoret skal fungere godt.

Figur 4 PHT på ulike nivåer



Kilde: Helsedirektoratet, 2017.

Ved innføring var intensjonen at PHT skulle innebære en endret arbeidsform med (Helsedirektoratet, 2017):

- mer proaktiv tilnærming til listeinnbyggerne
- mer systematisk kommunikasjon og nye tverrfaglige samarbeidsstrukturer
- utarbeidelse av prosedyrer
- systematisk identifisering av listeinnbyggere som egner seg for oppfølging
- systematisk arbeid med kvalitetsforbedring
- mer samarbeid med andre tjenester
- arbeid med brukermedvirkning, og tettere oppfølging av listeinnbyggere

Funn fra evalueringene viser at legekantorene har valgt å organisere arbeidet som PHT ulikt. Som del av statusrapport V gjennomførte vi en kvalitativ dybdestudie ved fem utvalgte legekantor (Aandahl, et al., 2022). Studien viste at legekantorene skiller seg fra hverandre særlig når det gjelder grad av struktur og felles arbeidsmåte i teamarbeidet, engasjement for teamarbeidet, tydelig ledelse av teamarbeidet og legenes individuelle tilfredshet med å jobbe i team. Til tross for variasjon i organisasjonskonteksten for teamarbeid, opplever personellet på de fem legekantorene i stor grad at teamarbeidet gir gode og relevante resultater – først og fremst for pasientene, men også for dem selv i form av økt arbeidstrivsel. Funnene fra studien er nærmere beskrevet i kapitlet om resultater.

4.4 Omlegging til teamarbeid

4.4.1 Teamledelse

Teamarbeid står sentralt i forsøket. PHT-leder har ansvaret for overordnet utvikling og ledelse av PHT ved legekantoret. Videre leder hver enkelt fastlege teamarbeidet rundt sine listeinnbyggere, i tillegg til at PHT samarbeider med andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med andre tjenester utenfor legekantoret var viktig også før PHT, og mange fastleger opplever at dette samarbeidet har gjort at de hele tiden har jobbet tverrfaglig.

Flere av PHT-lederne ved legekantorene erkjente ved forsøkets start at de trengte mer struktur på virksomheten ved legekantoret (Gaski & Abelsen, 2020). Legekantorene hadde også ulikt utgangspunkt for å gå over til teamarbeid, blant annet som følge av ulik grad av ledelse av legekantoret på systemnivå, og at ledelse ble utøvet på ulike måter. De ulike formene for ledelse er nærmere beskrevet i kapittel 3.1 i statusrapport II (Abelsen, et al., 2019).

Arbeidet med å utvikle nye strukturer og nye måter å jobbe på har foregått under ledelse av PHT-lederen. Dette omfatter utvikling av møtestruktur og utvikling av maler og prosedyrer som tegner opp klare roller for fastleger og sykepleier, og PHT-lederne har ledet de andre ansatte på legekantoret inn i nye arbeidsmåter. De ansatte på legekantorene har blitt involvert gjennom felles prosesser hvor alle har deltatt i utviklingen av mål og visjoner,

samt utvikling av internt samarbeid og kommunikasjon gjennom kompetanseheving. Enkelte av PHT-lederne har også tatt initiativ til å vise frem eksempler på hvordan sykepleier avlaster legen eller bidrar til økt kvalitet til de andre ansatte på legekantoret. 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 disse oppgavene (Abelsen, et al., 2022). Fastlegene har også delegert fra seg oppgaver knyttet til årskontroll for diabetes, sårbehandling, spirometri, oppfølging av komplekse pasienter, testing for førerkortattester og rapportering til Helfo. Under koronapandemien oppga flere å ha delegert arbeidsoppgaver knyttet til pandemihåndteringen, som vaksinerings og identifisering av pasienter i risikogruppen.

I tillegg til at PHT-lederen skal lede legekantoret på systemnivå, skal hver fastlege lede mikroteamet rundt den enkelte pasient. Dette innebærer at fastlegen skal vurdere oppgavefordeling, beholde beslutningsansvar og ta ansvar for at annet personell utøver tildelte oppgaver på forsvarlig måte. I spørreundersøkelsen blant fastleger i 2021, oppga 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 (Abelsen, et al., 2022). De fleste fastlegene (62 prosent) oppga at de i noen eller stor grad har tid til å lede et team som fungerer 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*».

Samlet sett viser evalueringen at omlegging til teamarbeid tar tid og krever ledelse. Det tar tid å endre legers arbeidsmåte, og legenes innstilling til teamarbeid og tillit til sykepleiere har stor betydning.

4.4.2 Utvikling av roller og tillit

Et sentralt spørsmål i evalueringen har vært hvordan leger, sykepleiere og helsesekretærer oppfatter sin egen og andres rolle i PHT. Tidligere forskning om team og tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten, viser at klarhet i teammedlemmers forventninger til hverandre trekkes fram som en viktig faktor for å få til godt teamarbeid (Mickan, Hoffman, & Nasmith, 2010; O'Reilly, et al., 2017).

Det er ingen automatikk i at de ansatte på legekantorene med PHT opplever at de har en rolle i teamet. Ett år etter at forsøket startet opp, var det flere av de ansatte på legekantorene som ikke opplevde at de hadde en rolle i PHT. De fleste fastlegene (87 prosent) og sykepleierne (80 prosent) oppfattet at de selv hadde en rolle i PHT, mens kun 14 prosent av helsesekretærene opplevde det samme (Abelsen, et al., 2019). Helsesekretærens oppfatning har i liten grad endret seg i løpet av forsøket, og i spørreundersøkelsen gjennomført i 2022 oppga 22 prosent av helsesekretærene at de i stor eller svært stor grad opplever å ha en rolle i PHT ved legekantoret (Aandahl, et al., 2022).

Intervjuene som ble gjennomført rundt ett år etter at forsøket startet opp, viste at det var et klart skille mellom legene som opplevde at de hadde en tydelig teamlederrolle og leger som synes PHT gjorde deres rolle uklar. Legene som oppfattet at de hadde en uklar rolle i PHT, involverte sykepleier i liten grad i sitt pasientarbeid. De var opptatt av mulig uheldig fragmentering av ansvar og at PHT kan bidra til at det blir uklart hvem som gjør hva og om det som skal gjøres blir gjort. Disse legene var også opptatt av at det har betydning for dem at de har observert pasienten selv, når det er de som har det medisinske ansvaret. Legene som opplevde at de har en tydelig teamlederrolle, opplevde derimot ikke å miste noe på bekostning av at sykepleier kommer inn – snarere tvert imot. En erfaring var at sykepleier kunne bidra med innspill som ga god dynamikk og bedre løsninger, og at dette kunne frigjøre tid og gi mot til å gå løs på kompliserte oppgaver.

Det var også noen leger som var i en mer avventende mellomposisjon, og som var åpne for at det kunne ta tid å finne ut hvordan de skulle jobbe sammen med sykepleier og identifisere hvilke pasienter som ville ha nytte av PHT. Flere sykepleiere fortalte om enkeltleger som de mener ikke var vant til å jobbe i team, men som var vant til å gjøre det meste selv og ta avgjørelser alene.

Flere sykepleiere fortalte at det ved starten av forsøket var uklart hvilken rolle de var tiltenkt, men at dette har blitt klarere og har gått seg til etter hvert. Flere fortalte at det var utfordrende å finne ut hvor mye initiativ de forventes å ta i forhold til legene. PHT-lederne ga uttrykk for ulike syn på hvilken rolle de tenkte at sykepleierne skulle fyller. Noen var opptatt av å bruke sykepleiernes spesialkompetanse for å skape et kvalitativt bedre tilbud til spesifikke pasientgrupper, mens andre var opptatt av at de skal utvikle generalistkompetanse som passer med spennvidden i allmennpraksis.

Forskningslitteraturen om teamarbeid peker på viktigheten av gjensidig respekt og tillit til andre profesjoner som forutsetninger for at teamarbeid skal fungere godt (Pullon S. , 2008; Pullon, McKinlay, & Dew, 2009; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015). Intervjuene viser at tillit i hovedsak må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT, og at sykepleierne har måttet jobbe for å få tillit fra legene. Tilliten til sykepleier avhenger av at legene kjenner til hvilken kompetanse de har, hvilke begrensninger de har og hvordan rollene dem imellom skal fordeles. Samtidig har mange av sykepleierne opplevd at det er forskjell på legene internt på legekantoret, og at noen av legene oppfattes å mangle interesse for PHT. Dette gjør det vanskelig å bygge et tillitsforhold.

Helsesekretærene virker i varierende grad å oppleve eierskap til PHT og sin rolle, og helsesekretærens rolle var ikke definert i grunnlagsdokumentet for PHT (Abelsen, et al., 2022). Ved flere legekantor opplever helsesekretærene at de ikke har noen rolle i PHT og at de gjør den samme jobben som tidligere. Samtidig har intervjuene vist at en del ting har endret seg som følge av PHT. Helsesekretærene har fått noe mer å gjøre fordi sykepleier rådfører seg med dem og rekvirerer prøver, samtidig som de avlastes samtidig fordi sykepleier i noen grad har tatt over oppgaver som de gjorde tidligere (eksempelvis spirometri). Forsøket har også vist at oppgavene helsesekretærene hadde før, også er viktige i PHT, blant annet i å sikre generell pasientflyt, kommunikasjon, samhandling, flyt på skadestue, resepsjon, venterom og laboratorium. I løpet av forsøket har Helsedirektoratet understreket at det ikke var tenkt at helsesekretærene skulle få betydelig flere oppgaver ettersom PHT ikke innebærer økte ressurser til helsesekretærer.

4.4.3 Teamarbeid ut fra legekantoret

Flere av legekantorene samarbeidet godt med de øvrige kommunale helsetjenestene også før de ble PHT, blant annet gjennom tverrfaglige møter. Samtidig har PHT gitt legekantorene økte ressurser til å følge opp og få oversikt over nettverket og aktører rundt listeinnbyggerne, og dette har gitt mulighet til å samarbeide med andre aktører på en annen måte enn tidligere.

Flere av legekantorene har jobbet sammen med andre kommunale tjenester for å utvikle PHT sånn at det skal passe i den lokale settingen. I intervjuene har det blitt trukket frem at en viktig forutsetning for å få til dette er stabil bemanning over tid, slik at de ansatte i tjenestene kjenner hverandre og møtes jevnlig på tvers av tjenestene. Ved et legekantor deltar sykepleierne 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 listeinnbyggeres behov og kontakt med andre kommunale tjenester.

I de mindre folkerike kommunene har flere PHT-ledere hatt en dobbeltrolle som PHT-leder og kommuneoverlege. Dette har gitt PHT-lederen mulighet til å veilede både PHT-sykepleier og ansatte i andre kommunale tjenester for å unngå at de gir overlappende tjenester. I flere av de mindre folkerike kommunene har legekantoret koblet seg tettere på kommunens tildelingskontor, slik at legekantoret er oppdatert på hvilke tiltak som kan være aktuelle å sette inn hjemme hos deres listeinnbyggere. Dette har gitt mulighet til å gå inn i diskusjoner med tildelingskontoret med samme utgangspunkt, slik at de har gode forutsetninger for å sikre rett omsorgsnivå for den enkelte listeinnbygger.

I bydelene som er inkludert i forsøket virker det å være et mer distansert forhold mellom legekantor og hjemmetjeneste, og det er få etablerte samarbeidsarenaer hvor legekantor og hjemmetjeneste jevnlig møtes og hvor samarbeid tjenestene imellom er tema. I bydelene er PHT knyttet til noen få legekantor, og fordi flertallet av brukere av de kommunale tjenestene er knyttet til legekantor uten PHT, blir PHT mindre strukturerende for samarbeidet med de kommunale tjenestene. Noen legekantor har også mange brukere som ikke bor i den bydelen hvor legekantoret og forsøket er forankret, og dette gjør samarbeidet med andre tjenester i bydeler og kommune mer utfordrende.

Samlet sett virker PHT å gjøre legekantorene mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig virker PHT i begrenset grad å gi endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og kontakten med spesialisthelsetjenesten synes i hovedsak å foregå som før.

4.5 Sykepleierne: i tillegg til eller i stedet for fastlegene?

På hvilken måte legen og sykepleieren i PHT utfyller hverandre, har vært et sentralt spørsmål i evalueringen. Svarene fra spørreundersøkelsene blant ansatte på legekantorene viser at det vanligste er at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. I 2022 oppga 68 prosent av fastlegene dette, mens 20 prosent oppga at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver som kommer i tillegg til deres oppgaver, og i liten grad utfører oppgaver i stedet for at

fastlege gjør dem selv. En mindre andel av fastlegene (11 prosent) oppga at sykepleier hovedsakelig utfører oppgaver i stedet for at fastlege gjør dem selv. Spørsmålet om hvordan sykepleier i det enkelte primærhelseteam utfyller fastlegen, har blitt stilt hvert år i perioden 2019-2022, og oppfatningen om dette virker i liten grad å ha endret seg over tid (Tabell 7).

Tabell 7 Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege? 2019-2022. Prosentvis svarfordeling.

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

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

Det samme spørsmålet har også blitt stilt til sykepleierne, og i 2022 oppga de fleste (84 prosent) at de både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver (Tabell 8). Tilsvarende som for fastlegene virker det ikke å ha vært en betydelig endring i svarfordelingen over tid.

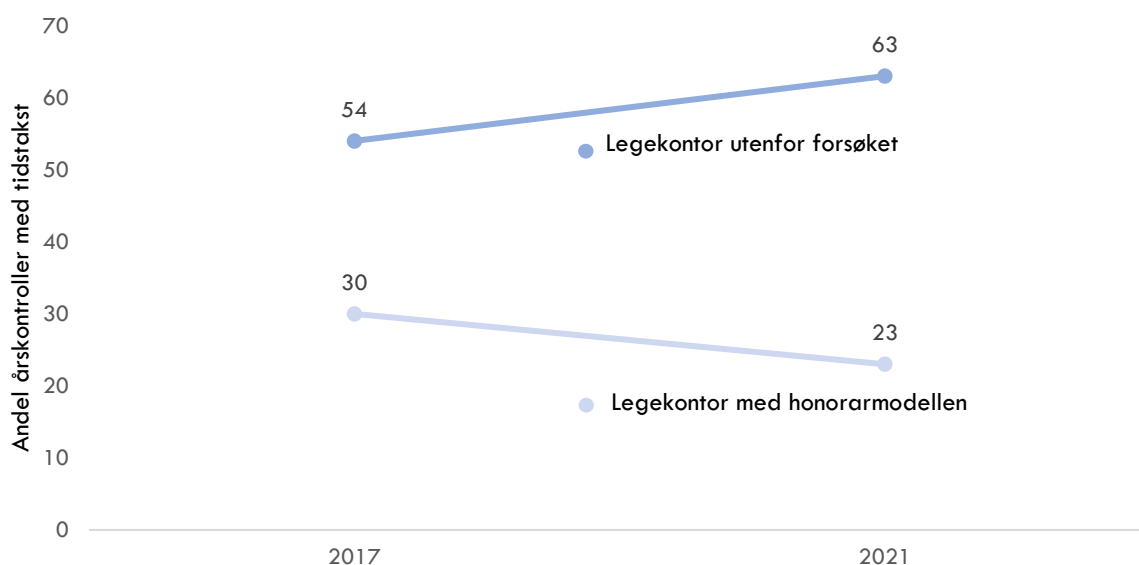
Tabell 8 Hvordan opplever du at du som sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller fastlegen? Hvis du ikke er med i PHT, vurder påstanden ut fra det inntrykket du har av samarbeidet mellom fastleger og sykepleiere i PHT ved ditt legekontor.

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

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

Analysene av registerdata gir også informasjon om hvordan sykepleier og lege utfyller hverandre. Årskontroll er en av arbeidsformene som Helsedirektoratet har identifisert som særlig relevant for PHT-kontorene, og vi har derfor undersøkt utviklingen i andelen årskontroller der det har blitt utløst en tidstakst. Dersom sykepleieren har gjort noe av arbeidet med årskontrollene, vil vi vente at dette kan redusere fastlegens arbeid og dermed andelen årskontroller der tidstaksten er utløst. Vi ser på legene som utløste taksten for årskontroll både i 2017 (før forsøket) og 2021. Fordi denne taksten ikke finnes i driftstilskuddsmodellen, er analysen avgrenset til leger med honorarmodellen. For legene med honorarmodellen finner vi at andelen årskontroller med utløst tidstakst har falt fra 2017 til 2021 (fra 30 til 23 prosent), mens det ved legekontorene utenfor forsøket har vært en økning i andelen årskontroller der det har blitt utløst en tidstakst (fra 54 til 63 prosent) (Figur 5). Dette kan tyde på at sykepleier avlaste fastlegene i arbeidet med årskontroller. Avlastning kan også skje for andre typer av årskontroll. Vi har ikke takster som registrerer dette, men har undersøkt om utviklingen i bruk av tidstakster er annerledes for fastleger i PHT enn for fastleger utenfor forsøket. Undersøkelsen kan tyde på at fastleger i PHT bruker færre tidstakster, men det er knyttet stor usikkerhet til resultatet (Tabell 36, «Tilleggsanalyser av registerdata»).

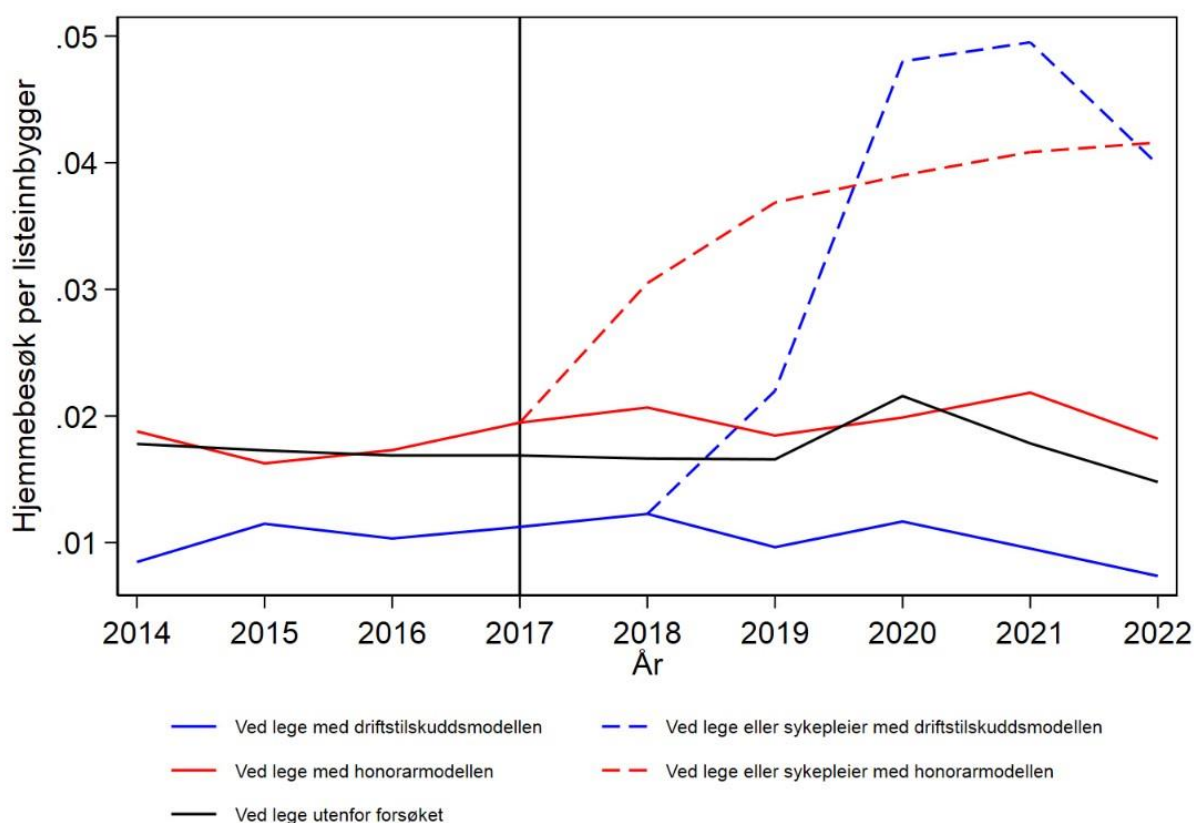
Figur 5 Andel årskontroller (takst 109) med tidstakst (2cd)



Merknad: Antall regninger med takst 109, og antall regninger med takst 109 og 2cd blant leger som tok takst 109 i 2017 og 2021. 2021 er siste tilgjengelige målepunkt fordi det ikke er mulig å identifisere årskontroll fra og med 1. juli 2022.

Når det gjelder hjemmebesøk, finner vi at dette i hovedsak er noe sykepleierne gjør i tillegg til det fastlegene vanligvis gjør (Figur 6). De stiplede røde og blå linjene viser utvikling i antall hjemmebesøk per listeinnbygger når vi ser på leger og sykepleier sammen, mens de heltrukne blå og røde linjene viser utvikling i antall hjemmebesøk per listeinnbygger for leger. For både honorar- og driftstilskuddsmodellen finner vi at det har vært en økning i antall hjemmebesøk per listeinnbygger etter at forsøket starter, og vi finner ikke en tilsvarende økning ved legekantorene utenfor forsøket (svart heltrukken linje). Når vi sammenligner de heltrukne linjene med de stiplede linjene, ser vi det er sykepleier som har stått for økning i antall hjemmebesøk per listeinnbygger.

Figur 6 Utvikling i antall hjemmebesøk per listeinnbygger, 2014-2022



Note: Blå heltrukken linje = (antall regninger i KUHR med takst 11ad, 11ak, 086a eller 086b blant listeinnbyggere på legekantor med DM) / (antall listeinnbyggere på legekantor med DM). Blå stiplet linje = (antall regninger i KUHR med takst 11ad, 11ak, 086a, 086b eller 088D blant listeinnbyggere på legekantor med DM) / (antall listeinnbyggere på legekantor med DM). Rød heltrukken linje = (antall regninger i KUHR med takst 11ad eller 11ak blant listeinnbyggere på legekantor med HM) / (antall listeinnbyggere på legekantor med HM). Rød stiplet linje = (antall regninger i KUHR med takst 11ad, 11ak, S3, S3a, eller S3b blant listeinnbyggere på legekantor med HM) / (antall listeinnbyggere på legekantor med HM). Sort linje = (antall regninger i KUHR med takst 11ad eller 11ak blant listeinnbyggere på legekantor utenfor forsøket med PHT) / (antall listeinnbyggere på legekantor utenfor forsøket med PHT).

Generelt finner vi en positiv sammenheng mellom takstgenererende sykepleierkontakter og legekonsultasjoner (Tabell 9). Fastleger som har listeinnbyggere med mange sykepleierkontakter, yter derfor selv mange konsultasjoner til sine listeinnbyggere. Dette tyder på at kontakter med sykepleier kommer i tillegg til kontakter med lege, og at leger med høy takstaktivitet oftere samarbeider med sykepleier. Vi har også undersøkt sammenhengen over tid og mellom legekantor. Vi observerer at sammenhengen avtar over tid og at det er stor variasjon mellom legekantorene.

Tabell 9 Sammenhengen mellom antall takstgenererende sykepleierkontakter og antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år

	Antall legekonsultasjoner	Endring i antall legekonsultasjoner hvis antall takstgenererende sykepleierkontakter øker med 1	N (antall fastleger)
Alle PHT-legekontor	2,82	1,81***	138
Driftstilskuddsmodellen	2,29	0,39	40
Honorarmodellen, opprinnelige legekontor	3,06	1,54**	78
Honorarmodellen, nye legekontor	2,98	-0,85	20

Note: Tabellen viser sammenheng mellom antall takstgenererende sykepleierkontakter og antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år i forsøksperioden (2018-2022 for opprinnelige PHT-legekontor og 2020-2022 for nye PHT-legekontor). Kolonne 2 viser antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år i forsøksperioden. Kolonne 3 viser et estimat på endringen i antall legekonsultasjoner per listeinnbygger per år hvis antall takstgenererende sykepleierkontakter per listeinnbygger per år øker med 1. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

4.6 Grensearbeid mot andre tjenester

Utprøvingen av PHT kan ses som et eksempel på grensearbeid i praksis. Behovet for grenseoppgang mellom PHT og øvrige helsetjenester var et tema som dukket opp i mange av intervjuene med medarbeiderne på legekontorene i PHT-forsøket allerede da forsøket startet i 2018 (Abelsen, et al., 2019a). Introduksjonen av nye roller og arbeidsmåter i én tjeneste (her: fastlegetjenesten) krever grenseoppgang mot andre tjenester for å samkjøre innsats og skape effektivitet. Langley og medarbeidere (2019) definerer grensearbeid som målbevisste individuelle og kollektive forsøk på å påvirke grenser og skillelinjer, som har betydning for grupper, profesjoner og organisasjoner. Grensearbeid foregår trolig kontinuerlig ved norske legekontor, uavhengig av om legekontoret er med i PHT-forsøket eller ikke. PHT-forsøket har imidlertid utfordret grenser og gitt grensearbeidet mellom tjenester ressurser og rammer som har gjort det både mer prioritert og mer tydelig. Grensearbeidet ble nærmere undersøkt i intervjustudiene som ble gjort i 2021 (Abelsen, et al., 2021).

Langley et al. (2019) skiller mellom konkurransepreget, samarbeidsorientert og sammenkoblende grensearbeid. Det konkurransepregede grensearbeidet handler om 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 konkurransepreget grensearbeid.

Informantene ga mange eksempler på at det samarbeidsorienterte grensearbeidet har foregått i stort monn. Det samarbeidsorienterte grensearbeidet handler om forhandling og nedtoning av betydningen av grenser for å utvikle og opprettholde godt 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. Informantene ga mange eksempler på at helsepersonell i PHT, og da særlig sykepleierne, og helsepersonell i andre kommunale tjenester i det daglige raskt finner fram til fungerende praktiske løsninger for pasienter.

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 var imidlertid nyanser i dette og gode eksempler på at sammenkoblende grensearbeid knyttet til spesifikke målgrupper for PHT og også foregikk med godt resultat i folkerike kommuner.

Funnet henger sammen med svakheter ved forsøksdesignet. I kommuner og bydeler hvor bare ett, eller et fåtall, av mange legekantor har prøvd ut PHT, blir PHT mer et internt legekantoransvar enn det som er tilfelle i de mindre folkerike kommunene hvor PHT har vært 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 ha vært hemmet av at mange legekantor og tilhørende listeinnbyggere ikke er inkludert i forsøket. Det er trolig en viktig årsak til at sammenkoblende grensearbeid har foregått der i mindre grad.

5. Erfaringer med PHT

Basert på en integrert analyse av en kvalitativ intervjustudie og en kvantitativ spørreundersøkelse blant pasienter, finner vi at PHT kan styrke den pasientopplevde kontinuiteten i behandling og oppfølging. Pasientene snakket om mer tid med PHT som ga dem bedre mulighet til å presentere sine medisinske problemer, bedre mulighet til å delta i behandlingsbeslutninger og til å gjennomføre behandling. PHT-oppfølgingen var preget av større grad av planlegging og mer koordinering, sammenlignet med den oppfølgingen de var vant med fra fastlegen alene. Funn fra spørreundersøkelser blant de ansatte på legekantorene viser at de fleste sykepleiere, helsesekretærer og fastleger overordnet sett virker å være fornøyd med arbeidshverdagen sin, og at flere opplever at PHT gitt økt arbeidstriausel. Fastlegene opplever å ha mer tid til kvalitetsarbeid, og de arbeider blant annet mer proaktivt enn før. Informanter i øvrig kommunal helsetjeneste opplever at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. PHT bidrar til avlastning og at ansatte i andre kommunale tjenester selv kunne gi en bedre tjeneste.

5.1 Pasient- og pårørende erfaringer med PHT

Som del av evalueringen av PHT-forsøket, er det gjennomført to studier med mål å kartlegge pasienters erfaringer med PHT. Den første var en kvalitativ intervjustudie som ble gjennomført i 2020 blant et utvalg med ti pasienter som hadde fått oppfølging fra PHT over tid og fire av disse pasientenes pårørende (Aandahl, et al., 2022). Den andre studien ble gjennomført i 2022 og var en kvantitativ spørreundersøkelse med svar fra 287 pasienter som nylig (dvs. siste to måneder) hadde hatt minst en konsultasjon med en PHT-sykepleier. I forbindelse med denne sluttrapporten er det gjennomført en integrert analyse av de to studiene. Integrasjonen av de to studiene skjedde også på designnivå ved at funn fra intervjustudien ble brukt til å utforme spørreundersøkelsen. Vi gjengir hovedtrekkene av den integrerte studien her. Studien er for øvrig publisert i form av en fagfelleurdert artikkel (Abelsen, Pedersen, Løyland, & Aandahl, 2023).

PHT utvider pasient-fastlegeforholdet med annet helsepersonell. Dette kan tenkes å virke negativt inn på kontinuiteten mellom pasient og fastlege som er et vesentlig kvalitetstrekk ved fastlegjetjenesten og et viktig mål med fastlegeordningen. Vi deler kontinuitet inn i tre typer (Haggerty, et al., 2003; Hjortdahl, 2015). Behandlingskontinuitet omfatter koordinering, integrering og tilpassing for å sikre et konsistent behandlingsforløp over tid og forskjellige behandlere. Informasjonskontinuitet knytter tjenester og omsorg gitt av en helsearbeider til en annen og fra en helsehendelse til en annen. Relasjonell kontinuitet handler dels om en varig terapeutisk relasjon mellom en pasient og en helsearbeider og dels om at denne relasjonen skal vedvare over ulike sykdomsløp. I den integrerte studien brukte vi disse tre typene kontinuitet som et rammeverk, for å utforske hvordan pasienter har opplevd endringer i kontinuitet når fastlegjetjenesten utvides til en teambasert tjeneste med PHT. Målet var videre å forstå mer om pasientenes preferanser for teambasert oppfølging på fastlegekontoret.

Behandlingskontinuitet

Pasientene som ble intervjuet, var mest opptatt av aspekter som kan forstås som behandlingskontinuitet. De snakket om at PHT-oppfølgingen var preget av større grad av planlegging samt mer koordinering, sammenlignet med den oppfølgingen de var vant med fra fastlegen. Pasienter med kroniske sykdommer som diabetes og kols snakket om etablering av en mer planlagt og systematisk oppfølging, og vekslende konsultasjoner med fastlege og sykepleier. Pasienter med behov for livsstilsendringer snakket om etablering av en tilpasset systematisk oppfølging med hyppig kontakt, hovedsakelig med sykepleier. Eldre, multisyke pasienter fortalte om en ny og hyppig kontakt med sykepleieren, som ofte kom hjem til dem for å gjennomføre prosedyrer og undersøkelser som de tidligere måtte til fastlegekontoret for. Pasientene ga uttrykk for økt tilfredshet og evne til å klare seg selv som følge av PHT-oppfølgingen og brukte uttrykk som «føle seg trygg», «(i)varettatt», «(sett og forstått)», «gladere», «mer motiver(t)» og «mer kompetent(t)» for å beskrive endringen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at pasienter med PHT-oppfølging har økt sin forståelse for og mestring av sine helseproblemer. Et flertall (74 prosent) av de spurte anga at helsen deres følges opp bedre enn tidligere. Videre rapporterte mer enn halvparten av de spurte at de i stor eller svært stor grad forstår sine

helseproblemer bedre (63 prosent), mestrer sine helserelaterte problemstillinger i større grad (57 prosent), føler seg trygge på at helsen blir ivaretatt (76 prosent) og er mer motivert til å ta vare på sin egen helse (67 prosent).

De aller fleste pasientene snakket i intervjuene om tid og at PHT-oppfølging ga dem mer konsultasjonstid enn tidligere. Dette funnet støttes av spørreundersøkelsen, der de fleste deltakerne rapporterte at sykepleieren har tilstrekkelig tid til dem (36 prosent i stor grad, 58 prosent i svært stor grad), og en stor andel var enig i at sykepleieren har mer tid til dem enn fastlegen (18 prosent er delvis enig og 41 prosent enig). I intervjuene fortalte pasienter at den ekstra tiden som følger med PHT-oppfølging – hovedsakelig med sykepleier – ga dem bedre mulighet til å presentere sine medisinske problemer, bedre mulighet til å delta i behandlingsbeslutninger, og bedre tid til å gjennomføre behandlingen. Pasientene snakket hovedsakelig om nytten av at sykepleierne ga dem mer tid enn de får hos fastlegen, men også i noen tilfeller om hvor tilfredsstillende det var når fastlegen og sykepleieren satte av konsultasjonstid til dem sammen.

Pasientene hadde gjerne en lang sykdomshistorie og erfaringer med et hjelpeapparat som i varierende grad hadde gitt effektiv hjelp. Fastlegen hadde tidligere henvist dem til tjenester og behandling utenfor fastlegekontoret. Det hadde ikke skapt den mer personlig tilpassede tjenesten de nå opplevde med PHT-oppfølging. Pasientene satte pris på sykepleiernes tilnærming med klare og konkrete råd. Sykepleiernes brede faglige kompetanse og erfaringsbaserte kunnskap om andre lokale helse- og hjelpetjenester ble fremhevet som særlig verdifull.

Flere av de eldre pasientene fortalte at PHT-sykepleieren hadde vært til god hjelp og fungert som en slags talsmann for dem for å sikre dem bedre dialog med, og oppfølging fra, hjemmetjenesten. Videre beskrev pasienter hvordan de hadde fått hjelp til å definere sine behov og hvordan behandlingsplanen deres skulle være. Flere påpekte at det å delta i denne samskapingen hadde vært en viktig læringsprosess.

Informasjonskontinuitet

Blant pasientene som ble intervjuet, var det overveiende multisyke eldre og de med psykiske lidelser som delte erfaringer om forbedret informasjonskontinuitet. Flere fortalte at de nå opplevde at viktige bekymringer de hadde tatt opp og informasjon de hadde delt med PHT-sykepleieren, var kjent for fastlegen og omvendt. De slapp å gjenta seg selv slik de var godt vant til å gjøre i møter med ulike helsepersonell. Dette gjorde at de følte seg trygge og ivaretatt.

Relasjonell kontinuitet

Ingen av pasientene som ble intervjuet, uttrykte noen form for misnøye med at fastlegen deres hadde introdusert en PHT-sykepleier i forholdet dem imellom. Flere pasienter snakket om PHT-sykepleieren som et bindeledd mellom dem og fastlegen, og at de nå kunne kontakte fastlegen indirekte via sykepleieren og avklare behovet for selv å ha direkte kontakt med fastlegen. Pasientene ga uttrykk for at de stolte på at fastlegen hadde kontroll med PHT-oppfølgingen. Flere snakket om fastlegens tilstedeværelse selv om pasienten fysisk møtte sykepleieren og følelsen av å ha fastlegen i ryggen og tilgjengelig dersom helsetilstanden deres tilsa behov for det. Flere påpekte at det var fastlegen som hadde beslutningsmyndighet for medisineringsen.

Funn fra spørreundersøkelsen tyder på at pasientene opplevde kontinuitet i forholdet til sykepleieren. De fleste hadde i hovedsak fått oppfølging fra samme sykepleier gjennom konsultasjonene (87,3 prosent). De fleste av de spurte (71 prosent) opplevde at fastlegen og sykepleieren jobbet som et team i oppfølgingen av helsen deres og at sykepleier og fastlege hadde et godt fungerende samarbeid med hensyn til oppfølging av deres helse (74 prosent). Videre var et flertall av respondentene uenige eller delvis uenige i påstanden om at de ikke ønsket å bli fulgt opp av sykepleieren ved fastlegekontoret (74 prosent var uenig, 4 prosent var delvis uenig). På spørsmål om respondentene syntes det var lettere å snakke med sykepleieren enn fastlegen, var rundt en tredjedel uenige eller delvis uenige, en tredjedel var verken enig eller uenig, og en tredjedel var enig eller delvis enig.

Konklusjon

Den integrerte studien bekreftet først og fremst et samsvar mellom funnene fra begge typer data. Funnene tyder på at PHT, sett fra et pasientperspektiv, kan styrke alle tre typer kontinuitet. Noen av funnene våre i den kvalitative studien er i tråd med funn fra de få tidligere kvalitative studiene utført for å utforske pasientenes erfaringer med PHT (Pullon S., McKinlay, Stubbe, Todd, & Badenhorst, 2011; Szafran, Kennett, Bell, & Green, 2018; Berkowitz, Eisenstat, Barnard, & Wexler, 2018). Imidlertid har ingen av dem spesifikt studert aspekter ved kontinuitet knyttet til PHT.

Szafran og medarbeidere (2018) fant at det å involvere annet helsepersonell utover legen i pasientbehandling øker pasienters læring og kunnskap om egen tilstand og håndteringen av den, og gjennom dette forbedres pasientenes livskvalitet. Våre funn er i tråd med dette ettersom PHT oppleves å ha gitt en ny ressurs som kan sette i gang læringsprosesser som gjør det mulig for pasienter å ta del i behandlingsplanlegging, og gjøre dem bedre i stand til å håndtere en kronisk helsetilstand.

Det er ingenting i våre funn som tilsier at pasientene ser PHT som en erstatning for pasient-fastlegeforholdet. Dette forholdet ser ut til å være en forutsetning for at pasientene opplever PHT-oppfølgingen positivt.

5.2 Erfaringer med PHT blant personellet på legekantorene i forsøket

I løpet av evalueringen av PHT-forsøket har det blitt innhentet data fra spørreundersøkelser og intervjuer for å kartlegge erfaringene til personellet ved PHT-kontor. Dette delkapitlet belyser hovedfunnene fordelt på følgende kategorier:

- Endringer i arbeidsinnhold
- Arbeidstrivsel
- Legenes syn på en mer proaktiv fastlegetjeneste
- Teameffektivitet

5.2.1 Endringer i arbeidsinnhold

I forkant og underveis i utprøvingen av PHT har vi hentet de ulike faggruppens erfaringer knyttet til hva deres arbeidsoppgaver, samt å ha andre faggrupper på legekantorets arbeidsoppgaver, innebærer. I dette delkapitlet ser vi nærmere på forventningene til hva arbeidsoppgavene til faggruppe i PHT skulle innebære, og om dette stemmer overens med hva det faktiske innhold i arbeidsoppgaver viste seg å bli.

I forkant av PHT-forsøket var det ventet at sykepleierne kom til å ta over arbeidsoppgaver som var preget av rutine og høy tidsbruk, i tillegg til å bidra med mer systematikk, kontinuitet, struktur og koordinering av tjenester (Abelsen, et al., 2019a). Det var også en forventning om at sykepleierne skulle bidra til en bedre koordinering av tjenester, bedre kommunikasjon med legekantoret, gi bedre tilgang til legetjenesten, og mer fleksibilitet og bedre kontinuitet for kronisk syke, samt ha arbeidsoppgaver tilknyttet opplæring og hjemmebesøk. Sett opp imot funn fra evalueringen, virker det som at forventningene til arbeidsoppgaver stemte overens med arbeidsoppgavene som sykepleierne fikk. Dette finner vi fra resultatene i spørreundersøkelsen fra statusrapport V, hvor flesteparten av sykepleierne oppga at de er litt eller helt enig i at de gjennomfører rutinepregede oppgaver (59 prosent) og tidskrevende oppgaver (82 prosent) (Aandahl, et al., 2022). Resultatene viste også at majoriteten var litt eller helt enig i at de kunne ta tak i mer krevende oppgaver enn tidligere fordi legen samarbeidet med dem (72 prosent) og at arbeidet var det mest faglig utfordrende arbeidet de hadde hatt som sykepleier (59 prosent).

I likhet med sykepleier, oppga de fleste fastlegene ved PHT-kontor at de er litt eller helt enig i at de kan delegere rutinepregede oppgaver (78 prosent), og tidskrevende oppgaver (81 prosent) til sykepleier som følge av PHT (Aandahl, et al., 2022). Videre oppgir halvparten at organiseringen ikke har påvirket deres arbeidsbelastning, mens om lag 40 prosent opplever at PHT har redusert belastningen deres. I tillegg opplever rett over halvparten (58 prosent) av fastlegene at de har en for stor arbeidsbelastning. Selv om dette er en høy andel, er det likevel lavere enn landsgjennomsnittet på 80 prosent som ble kartlagt i en annen studie hvor tilsvarende spørsmål ble stilt (Pedersen, et al., 2022). Resultatene kan derfor tyde på at fastlegen kan delegere tidskrevende oppgaver til sykepleier, og at dette kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen for noen.

Da forsøket med PHT startet opp, ventet tilnærmet 41 prosent av helsesekretærene at PHT i svært liten eller liten grad kom til å gi endringer i deres arbeidsoppgaver (Abelsen, et al., 2019a). Et fåtall trodde det i stor grad eller svært stor grad ville få en innvirkning på arbeidsoppgavene deres (Omtrent 6 prosent). Evalueringen viser at de fleste opplever å enten arbeide på samme måte som tidligere (49 prosent), eller arbeide på samme måte som tidligere med noen nye arbeidsoppgaver (34 prosent) (Aandahl, et al., 2022). Disse resultatene tyder på at PHT har hatt mindre påvirkning på arbeidsoppgavene til helsesekretærene, sammenlignet med de andre faggruppene på legekantoret. Dette kan også ses opp imot funn som tyder på at flere helsesekretærer i liten grad opplever å være en del av PHT (Abelsen, et al., 2021).

5.2.2 Arbeidstrivsel

Vi har innhentet erfaringer fra de tre faggruppene som inngår i PHT over hele evalueringsperioden. Samlet sett finner vi at sykepleiere, helsesekretærer og fastleger overordnet sett virker å være fornøyd med

arbeidshverdagen sin. Funn fra spørreundersøkelse peker på at de fleste ansatte ved PHT-kontor i stor eller svært stor grad er fornøyd med jobben sin ved legekantoret (henholdsvis 80 prosent av legene, 88 prosent av sykepleierne og 72 prosent av helsesekretærene) (Abelsen, et al., 2022).

I oppstartsfasen av utprøvingen av PHT, oppga de fleste sykepleierne at de alt i alt var fornøyd med jobben sin (Abelsen, et al., 2019a). Evalueringen etter det første året med PHT, viste at noen sykepleiere opplevde at det var tidkrevende å bygge gode relasjoner til mange ulike leger, spesielt vikarleger (Abelsen, et al., 2019). Dette gjaldt særlig sykepleiere som var en del av PHT-kontor som tidligere ikke hadde hatt sykepleiere. Senere i forsøket oppga de fleste sykepleierne at de i stor eller svært stor grad var fornøyd med flere aspekter av arbeidet sitt, herunder blant annet variasjon i arbeidsoppgaver (75 prosent), tildelt ansvar (93 prosent), tid til å fullføre oppgaver (75 prosent) og mulighet til å benytte egne evner (80 prosent). I tillegg oppga de fleste at PHT hadde en positiv påvirkning på de sosiale fellesskapet (87 prosent) og det faglige fellesskapet (90 prosent) (Abelsen, et al., 2022). Overordnet sett tyder resultatene fra undersøkelsene på at sykepleierne har en høy arbeidstrivsel. Selv om trivselen var høy i utgangspunktet, tyder resultatene på at PHT har bidratt til å øke denne ytterligere.

For helsesekretærer er det flere som opplever at deres rolle i PHT har vært noe uklar, og det har jevnlig blitt etterspurt retningslinjer for hvilke oppgaver helsesekretæren skal ha i PHT (Aandahl, et al., 2022). Funn fra undersøkelsene viser at flere helsesekretærer opplever å ikke ha noen rolle i PHT, eller at deres rolle er liten (Abelsen, et al., 2021; Aandahl, et al., 2022). På tross av dette, oppga de fleste helsesekretærene at PHT har hatt en positiv påvirkning på samlet trivsel i jobben (61 prosent), det sosiale fellesskapet (57 prosent) og det faglige fellesskapet (65 prosent) (Abelsen, et al., 2022). Innledningsvis i utprøvingen oppga de fleste helsesekretærene ved legekantorene at de, alt tatt i betraktning, var fornøyd med jobben sin (Abelsen, et al., 2019a). Helsesekretærer var særlig fornøyd med kollegaene og variasjonen i arbeidsoppgaver. Selv om helsesekretærene allerede før utprøvingen virket å være fornøyd, viser funnene fra evalueringen at PHT for noen har bidratt til økt arbeidstrivsel.

For fastlegene finner vi at PHT samlet sett har påvirket arbeidstrivselen på en positiv måte, selv om flere (49 prosent) i svært liten eller liten grad er fornøyd med egen arbeidsmengde (Abelsen, et al., 2022). Flere fastleger oppga blant annet at PHT har hatt en positiv påvirkning på samlet trivsel i jobben (62 prosent), det sosiale fellesskapet (70 prosent) og faglige fellesskapet (66 prosent). Resultater fra den innledende spørreundersøkelsen viser at fastlegene i utprøvingen var fornøyd med jobben sin (Abelsen, et al., 2019a). Tilsvarende som for de andre faggruppene, tyder disse resultatene på at selv om fastlegene i utgangspunktet virket å være fornøyd med jobben sin, har PHT bidratt til økt arbeidstrivsel.

5.2.3 Fastlegenes syn på en mer proaktiv fastlegeteneste

Primærhelsemeldingen peker på proaktivitet og forebygging som ønskede nye arbeidsformer i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Helsedirektoratets grunnlagsdokument som beskriver PHT-forsøket, nevnes det flere steder at PHT skal arbeide proaktivt (Helsedirektoratet, 2017). Det beskrives ikke noe nærmere hvordan begrepet proaktivitet skal forstås. I evalueringen har vi lagt til grunn at proaktivitet er tiltak for å løse eller forhindre et problem før det oppstår. I operasjonaliseringen av begrepet, inkluderer vi 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).

I intervjustudien som ble gjort blant helsepersonell på legekantorene da forsøket startet i 2018, kom det fram at noen fastleger mente at proaktivitet er et brudd med allmennt medisinsk tradisjon (Abelsen, et al., 2019a). Det er folks oppgave å oppsøke fastlegen – ikke omvendt. Forebygging og oppsøkende virksomhet har ikke vært en del av allmennt medisinen. Andre mente at manglende proaktivt arbeid handlet om mangel på kapasitet. Forventningene om en mer proaktiv arbeidsform ble av flere knyttet til sykepleierens rolle i PHT, forstått som at det var de som skulle arbeide proaktivt.

I spørreundersøkelsene som ble gjort blant helsepersonell på legekantorene i PHT-forsøket i 2020 (Abelsen, et al., 2021) og 2022 (Aandahl, et al., 2022) oppga majoriteten av fastlegene at de var delvis eller helt enig i at de bør jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere (2020: 67 prosent, 2022: 66 prosent). Videre var de fleste fastlegene delvis eller helt enig i at de bør vektlegge primærforebygging (2020: 79 prosent, 2022: 78 prosent) og i noe større grad delvis eller helt enig i at de bør vektlegge sekundærforebygging (2020: 84 prosent, 2022: 87 prosent). Fastlegene var relativt sett mindre enig i at de bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot sine listeinnbyggere (2020: 56 prosent, 2022: 45 prosent).

I intervjuundersøkelsen som ble gjort blant helsepersonell på legekantorene i PHT-forsøket i 2021, mente flertallet blant fastlegeinformantene at de ved eget legekantor jobbet mer proaktivt etter at de begynte med PHT enn det de gjorde tidligere (Abelsen, et al., 2022). Mange informanter trakk fram den systematiske gjennomgangen og søk i listene som et nytt og hjelpsomt verktøy for endring til en mer proaktiv arbeidsform med eksempelvis systematisk oppfølging av diabetespasienter og årskontroller av eldre pasienter. 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 legekantoret. Når det gjelder primærforebygging, pekte informanter på at fastleger ikke får betalt gjennom finansieringssystemet for å drive med det. Mange av informantene trakk fram to sider ved oppsøkende virksomhet som fastleger kan oppleve problematiske; inntrengingen i andres liv og det å skulle ta betalt for tjenester som folk i utgangspunktet ikke har bedt om.

5.2.4 Teameffektivitet

PHT-kantorene i forsøket har valgt ulike måter å organisere teamarbeidet på. Ved starten av forsøket opplevde helsepersonell på legekantorene at det tok tid å endre arbeidsformen, og implementere en ledelsesstruktur (Abelsen, et al., 2019). I spørreundersøkelsen gjennomført i 2022 fant vi at helsepersonellet ved legekantorene opplever at teamarbeidet i PHT generelt fungerer bra. De tre yrkesgruppene erfarte blant annet en stor enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet (Aandahl, et al., 2022). I samarbeidet mellom lege og sykepleier er det vanligste at sykepleier både utførte oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kom i tillegg til fastlegens oppgaver. De fleste sykepleierne oppga også at samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær var godt eller svært godt.

For å få en dypere innsikt i teameffektiviteten ved PHT-kantorer sett fra helsepersonellens perspektiv, gjorde vi i 2022 en kvalitativ studie med strukturerte intervjuer av nesten alt personell ved fem utvalgte legekantor med ulik finansiering, eierskap, sentralitet og bruk av sykepleiertakster. Intervjuguide og legekantorutvalgelse var basert på vår inngående kjennskap til PHT-kantorene gjennom tidligere innsamlet materiale, og var inspirert av Hackmans modell for teameffektivitet (Hackman, From causes to conditions in group research, 2012; Hackman, The design of work teams, 1987). Gjennom tverrgående, tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) fant vi fem overordnede tema med betydning for informantenes vurdering av teameffektiviteten:

- Teamarbeidets natur
- Eierskap til PHT
- Ledelse av makroteamet
- Individuell tilfredshet med PHT
- Resultater av PHT

Da vi deretter analyserte materialet fra hvert av de fem legekantorene for seg i lys av de fem overordnede temaene, fant vi at to av legekantorene hadde oppnådd høy grad av teameffektivitet på både makro- og mikroteamnivå. De hadde ulik finansiering, eierskap og sentralitet, men hadde til felles et godt strukturert teamarbeid, sterk eierskapsfølelse til PHT blant helsepersonellet, god og tydelig ledelse, høy individuell tilfredshet med å jobbe i team, økt arbeidstrivsel og et inntrykk av helsegevinst for pasientene som følge av teamarbeidet. De tre andre legekantorene hadde varierende eller ingen struktur på makroteamarbeidet, svak og varierende eierskapsfølelse til PHT blant helsepersonellet, dels fraværende ledelse og varierende individuell tilfredshet med å jobbe i team. Likevel beskrev de en opplevelse av økt kvalitet i pasientbehandlingen og til dels økt arbeidstrivsel.

Dybdestudien av teameffektivitet tyder på at det å utvikle reelle, effektive makroteam krever tydelig ledelse og omfattende, målrettet og tidkrevende endringsarbeid. Samtidig ser det ut til at mikroteam rundt den enkelte listeinnbygger kan fungere godt uavhengig av makroteamets beskaffenhet. Dette kan være et godt utgangspunkt for at fastlegene skal være ledere for sine mikroteam, og at tilrettelegging for å fremme utvikling av mikroteam innenfor og på tvers av legekantorenes vegger kan være fornuftig. Spesialistutdanningen i allmenntidmedisin kan være en gunstig arena for å gi legene kompetanse i ledelse av mikroteam. Dybdestudien viser også at det er viktig med tid og kompetanse til overordnet ledelse av makroteamet på legekantoret.

5.3 Erfaringer med PHT i øvrig kommunal helsetjeneste

I 2021 ble det gjennomført en intervjuundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus i seks kommuner og de tre bydelene i Oslo som har vært med i PHT-forsøket (Abelsen, et al., 2022). Formålet med intervjuene var å få fram kjennskap til og erfaringer med PHT. Et hovedfunn var at PHT gjennomgående hadde hatt mest betydning for hjemmetjenesten og langt mindre betydning for tjenester for psykisk helse og rus. Et annet vesentlig funn var at informantene opplevde at brukere med omfattende behov fikk

raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. Informantene fortalte videre at de opplevde at PHT bidro til avlastning og at de selv kunne gi en bedre tjeneste.

Informantene snakket om PHT-sykepleiernes funksjon på ulike måter. Mange informanter beskrev PHT-sykepleieren som et lett tilgjengelig bindeledd, som ga dem raskere tilgang til fastlegen enn før. Det ble beskrevet som en fordel å indirekte kunne «snakke» med fastlegen via PHT-sykepleieren, særlig når det haster. Noen informanter hadde imidlertid opplevd PHT-sykepleieren som et ekstra ledd som må forseres, for å nå fastlegen. PHT-sykepleiere ble videre omtalt som en faglig autoritet, og en god og tilgjengelig sparringpartner og støttespiller som gjerne selv har lang erfaring fra hjemmetjenesten. Informantene snakket også om PHT-sykepleierens viktige funksjon som fastlegens og fastlegekontorets utstrakte arm når de drar på hjemmebesøk til pasienter, tar blodprøver, gjør andre prosedyrer og vurderinger. Informantene snakket også om at PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten, utover det som er direkte sykdom.

Informantene hadde i hovedsak en oppfatning om at de og PHT-sykepleier i liten grad gjør overlappende arbeid. De 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. Flere mente at med PHT kommer man nærmere en mer ensartet praksis hvor tilgangen til fastlegetjenester blir mindre personavhengig. Informanter trakk imidlertid fram at det er opp til den enkelte fastlege å trekke PHT inn i pasientbehandlingen og at det er merkbart når PHT er fraværende for pasienter som vurderes å kunne ha nytte av mer oppfølging.

Blant informantene fra tjenester for psykisk helse og rus, var det flere som snakket om at de opplevde at samarbeidet med fastlegene alltid har variert med legens interesse for og kompetanse på psykisk helse – og kanskje i særdeleshet på rusavhengighet. De opplevde ikke at PHT hadde bidratt til en mer ensartet praksis. Flere informanter fortalte at det fortsatt er udekte behov når det gjelder somatisk helseoppfølging blant psykisk syke og rusavhengige.

6. Tjenesteendringer med PHT

I våre analyser med data fra Medrave, finner vi endringer med PHT i behandlingen av pasienter med diabetes. Resultater fra analyser av registerdata viser en større økning i tjenester til målgruppene for forsøket i PHT-kontor enn i legekantor utenfor forsøket. Vi deler legekantorene i grupper avhengig av hvor positive fastlegene er til teamarbeid. Målt på legekantornivå, finner vi at utviklingen i takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT, ikke er avhengig av hvor positive fastlegene er til teamarbeid. Vi deler også inn de enkelte fastlegene etter hvor mye de samarbeider med PHT-sykepleier og undersøker utviklingen i omfanget av helsetjenester som ytes. Målt på legenivå, finner vi for flere av målgruppene at omfanget av teamarbeid påvirker endring i ønskede tjenester positivt. Vi undersøker utvikling i kontinuitet målt ved Usual Provider of Care Index (UPC). UPC beskriver hvor stor andel av listeinnbyggerens kontakter som er med den legen listeinnbyggeren har mest kontakt med. UPC for PHT-kantorene ligger litt lavere enn UPC for alle legekantor i Norge. Vi finner tendenser til at antallet fastleger og antallet listeinnbyggere per legekantor har økt mer ved legekantor i PHT-forsøket enn i legekantor utenfor forsøket, men forskjellene er ikke statistisk signifikante. Ved legekantor både i og utenfor PHT-forsøket, har det over tid vært en reduksjon i antallet listeinnbyggere per fastlege. Vi undersøker til slutt utvikling i omfanget og sammensetning av kommunale tjenester til listeinnbyggere ved PHT-legekantor og i andre legekantor. Vi finner endring i nivå og sammensetning av omsorgstjenester blant listeinnbyggere ved PHT-legekantor.

6.1 Tjenesteyting og prosessmål med Medrave

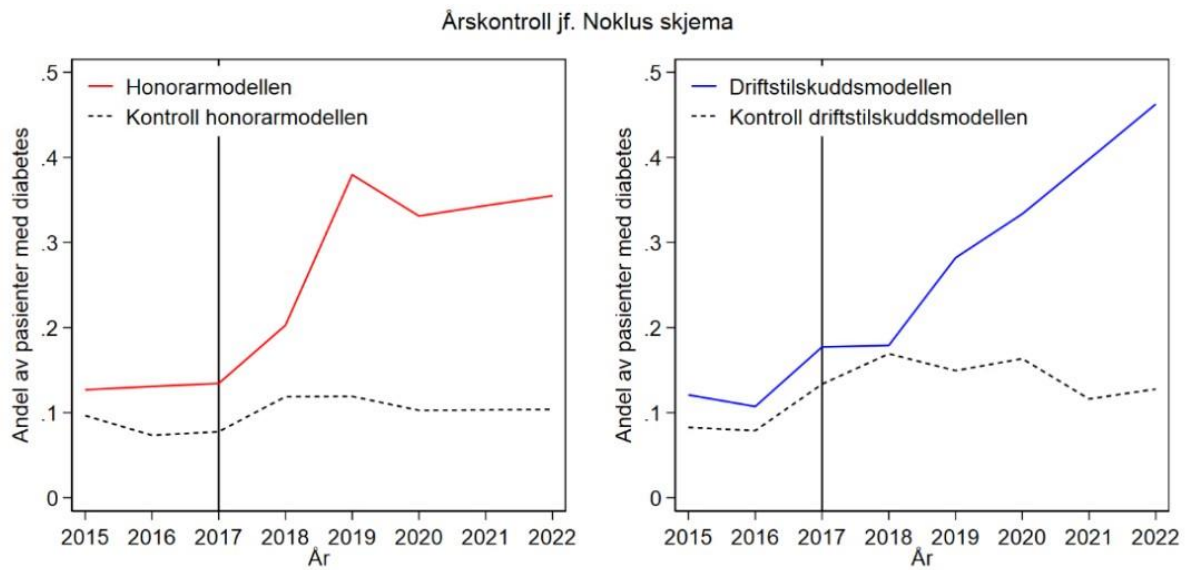
Medrave⁸ har utviklet programvare som bruker data fra de elektroniske pasientjournalene, som hjelpemiddel i kvalitetsarbeid på legekantorene. I evalueringen av PHT, har vi samarbeidet med Medrave om å beskrive utviklingen i et sett av indikatorer på legekantornivå. Indikatorene ble første gang beskrevet i statusrapport IV. I årets rapport undersøker vi igjen indikatorer fra Medrave. Vi har indikatorer fra 23 legekantor (10 flere enn i statusrapport IV) for perioden 2015 til 2022 («Data og metode»).

Indikatorer for listeinnbyggere med diabetes viser at andelen som har gjennomgått årskontroll med Noklus skjema, har økt mer for listeinnbyggere ved PHT-kontor enn for listeinnbyggere ved kontrollkontor. Forskjell-i-forskjeller (FIF) koeffisienten i Tabell 10, som viser hvordan indikator-verdien har endret seg på legekantor med honorarmodellen sammenlignet med kontrollkontor, er 0,16. Det tilsier at forskjellen i andelen med årskontroll mellom legekantor med honorarmodellen og kontrollkontor har økt med 16 prosentpoeng. Vi finner tilsvarende effekt på legekantor med driftstilskuddsmodellen, men effekten er ikke statistisk signifikant. Andelen av listeinnbyggere med diabetes med tegn på albuminuri har også økt, med 12 prosentpoeng, og skyldes trolig flere årskontroller. Vi finner ingen endring i andelen av listeinnbyggere med lav, middels eller høy verdi på langtidsblodsukker og blodtrykk. Andelen listeinnbyggere med diabetes som har målt blodtrykk, har imidlertid økt med 7 prosentpoeng på PHT-legekantor sammenlignet med kontrollkontor.

Indikatorer for pasienter med angst og depresjon har hatt stabil utvikling både på PHT-legekantor og kontrollkontor. Vi har én indikator for pasienter med kols; andelen av pasienter med kols som har fått kontroll innen 6 uker etter forverring. Det er registrert for få pasienter med forverring til å trekke slutninger basert på denne indikatoren. Til sist vil vi trekke fram indikatoren som viser andelen av pasienter med fire eller flere legemidler som har fått legemiddelgjennomgang i løpet av året. Figur 8 viser at flere får legemiddelgjennomgang både på PHT-legekantor og kontrollkontor.

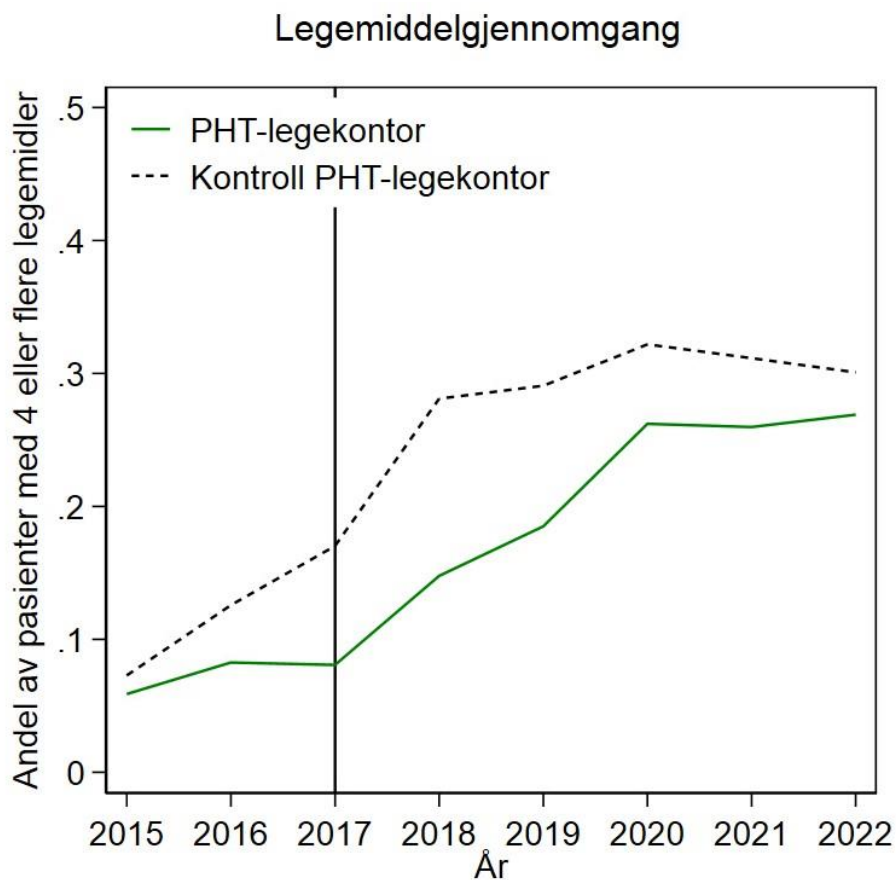
⁸ <https://medrave.no/>

Figur 7 Utvikling i andel av listeinnbyggere med diabetes med årskontroll jf. Noklus skjema



Note: Kilde: Medrave.

Figur 8 Utvikling i andel av listeinnbyggere med fire eller flere legemidler med legemiddelgjennomgang



Note: Kilde: Medrave.

Tabell 10 Forskjell-i-forskjeller analyse av utvalgte indikatorer i Medrave

Indikator	FiF	p-verdi	N
Andel av listeinnbyggere med diabetes med årskontroll			
Honorarmodellen	0,164	0,018	104
Driftstilskuddsmodellen	0,155	0,183	78
Andel av listeinnbyggere med diabetes med tegn på albuminuri	0,124	0,028	182
Andel av listeinnbyggere med diabetes som har målt HbA1c	0,055	0,184	182
Andel av listeinnbyggere med diabetes som har målt blodtrykk	0,067	0,005	182
Andel av listeinnbyggere med fire eller flere legemidler med LMG	-0,027	0,654	112

Note: Før-perioden er 2015 til 2017. Etter-perioden er 2018 til 2022. N = 112 for legemidler med LMG fordi vi har tatt ut legekantor hvor antall listeinnbyggere med fire eller flere legemidler er 0. Kilde: Medrave.

6.2 Målgruppens bruk av helsetjenester

I Tabell 11 og Tabell 12 sammenligner vi utviklingen i helsetjenestebruk på PHT-legekantor med legekantor utenfor forsøket fra før (2012-2017) til etter (2018-2022) forsøket startet. I analysen er listeinnbyggerne delt inn etter målgrupper for PHT-forsøket. Vi bruker forskjell-i-forskjeller (FiF) metoden, som er nærmere forklart i delen om registerdata i kapitlet Evalueringsdesign.

PHT-kantorene har endret seg både ved tilgang til en sykepleierressurs og ny organisasjons- og finansieringsmåte. Vi forventer at den samlede endringen har medført en økning i helsetjenester på PHT-kantorene sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. Tabell 11 og Tabell 13 viser at listeinnbyggere i målgruppene ved PHT-legekantor har flere konsultasjoner og hjemmebesøk, og at listeinnbyggere med diabetes type 2 har flere årskontroller. Det er store, positive koeffisienter på tjenestene telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter, men disse er ikke statistisk signifikante. Det betyr at det er for stor variasjon mellom PHT-kantorene til at vi kan forkaste null-hypotesen om at det ikke har vært noen endring. Flere av koeffisientene for flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasienter er positive og statistisk signifikante. Disse resultatene betyr at PHT-kantorene har hatt en større økning i tjenester til målgruppene for forsøket enn legekantorene utenfor forsøket, etter at PHT-forsøket startet.

Tabell 11 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk mellom PHT-legekontor og legekontor utenfor forsøket

	Legekonsultasjon		Lege- eller sykepleier-konsultasjon		Hjemmebesøk		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Listeinnbyggere med diabetes type 2	5,54	0,04	5,54	0,79***	0,04	0,11***	2142316
Listeinnbyggere med kols	5,84	0,14	5,84	0,80***	0,07	0,17***	1020504
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	5,51	0,01	5,51	0,29	0,04	0,04***	5217459
Listeinnbyggere med ruslidelse	5,61	-0,04	5,61	0,28	0,04	0,08***	640785
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	3,25	0,41*	3,25	0,07	0,12	0,20	172985
Skrøpelig eldre og multisyke	5,78	-0,01	5,78	0,45*	0,14	0,22***	1170435

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekontor eller legekontor utenfor forsøket. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekontor med høy grad av samarbeid i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om listeinnbyggeren tilhører et PHT-legekontor etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 12 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk mellom PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket

	Legevakt		Poliklinisk konsultasjon		Ikke-planlagt innleggelse		Privat spesialist		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Listeinnbyggere med diabetes type 2	0,51	-0,01	2,45	-0,03	0,38	-0,00	1,53	-0,01	2142316
Listeinnbyggere med kols	0,89	0,10	2,62	0,04	0,59	0,01	1,23	0,00	1020504
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	0,64	-0,00	1,45	-0,07	0,21	-0,01	1,07	0,02	5217459
Listeinnbyggere med ruslidelse	1,31	0,31	1,60	-0,18	0,57	0,05	0,54	-0,04	640785
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	0,96	-0,28*	1,95	-0,24	0,27	-0,05	0,30	0,04	172985
Skrøpelig eldre og multisyke	0,83	0,04	3,37	-0,02	0,73	0,01	2,15	-0,03	1170435

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor eller legekantor utenfor forsøket. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantor med høy grad av samarbeid i 2017. F er koeffisienten på variabelen som indikerer om listeinnbyggeren tilhører et PHT-legekantor etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 13 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk mellom legekantor med honorarmodellen og legekantor utenfor forsøket

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	Inngangsverdi	F	
Listeinnygger med diabetes type 2	1,34	0,17	0,06	- 0,01	0,14	0,04 ***	0,18	0,14 ***	21356 54
Listeinnygger med kols	1,60	0,30	0,07	- 0,02	0,16	0,04 *			10176 45
Listeinnygger med psykisk sykdom	1,04	0,01	0,10	- 0,03	0,22	0,02			52011 96
Listeinnygger med ruslidelse	2,00	0,34	0,15	- 0,02	0,45	0,13 *			63838 1
Listeinnygger med psykisk utviklingshemming	3,95	0,60	0,28	0,14	0,69	0,40			17236 4
Skrøpelig eldre og multisyke	2,67	0,45	0,20	- 0,02	0,17	0,06 *			11668 60

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

6.2.1 PHT og listeinnbyggere med utviklingshemming

En av målgruppene for PHT er listeinnbyggere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Det er ikke klart definert hvilke listeinnbyggere som inngår i denne gruppen. Gjennom evalueringen har vi tolket det slik at målgruppen omfatter listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming (heretter omtalt som utviklingshemmede).

Et landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til utviklingshemmede i 2016, avdekket til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet (Statens helsetilsyn, 2017). Intervju som ble gjort ved starten av PHT-forsøket i 2018 med ansatte i de kommunale tjenestene, som jobber med utviklingshemmede i de inkluderte forsøkskommunene, tydet på at det var stor variasjon i fastlegetjenestetilbudet til denne målgruppen (Abelsen, et al., 2021). I den grad informantene hadde forventninger til PHT, handlet de om håp om mer kontinuitet, prioritet, koordinering og fleksibilitet i fastlegetjenestene.

Funn fra intervju med helsepersonell på legekantorene i PHT-forsøket, viste at 10 av de 17 legekantorene gjorde særlige tiltak i en tidlig fase av forsøket for å vie målgruppen utviklingshemmede mer oppmerksomhet (Abelsen, et al., 2021). Tiltakene handlet i stor grad om å etablere mer systematisk kontakt med botilbud for utviklingshemmede (PU-boliger) og få på plass opplegg som sikrer gjennomføring av anbefalt årskontroll.

Vi har gjort registerdataanalyser som tyder på at utviklingshemmede listeinnbyggere vies noe mer oppmerksomhet enn tidligere (se Tabell 36 og Tabell 37 i «Tilleggsanalyser av registerdata»). Vi finner at 0,42 prosent av listeinnbyggerne ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen og 0,39 prosent av listeinnbyggerne ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er utviklingshemmet. Til sammenligning var 0,37 prosent av listeinnbyggere ved legekantor utenfor PHT-forsøket, utviklingshemmet. Det er stor variasjon i antall utviklingshemmede listeinnbyggere både mellom enkeltleger og legekantor. Få pasienter og små tall gjør at analyser av legetjenesteforbruket må tolkes med omhu. Ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen, har antall sykebesøk og andelen som får anbefalt årskontroll, økt mer enn ved legekantor utenfor forsøket. Men det er bare blant de fire legekantorene som har vært kortest i PHT-forsøket, at økningene er statistisk signifikant. Ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er antall sykebesøk uendret og på et noe høyere nivå enn blant legekantor utenfor PHT-forsøket hvor antallet sykebesøk har økt noe, men denne økningen er ikke statistisk signifikant. Antall konsultasjoner med utviklingshemmede har økt mer ved legekantor utenfor forsøket enn ved legekantorene i PHT-forsøket.

Registerdataanalysene tyder ikke på de helt store endringene samlet sett for målgruppen utviklingshemmede. I PHT-forsøket vet vi imidlertid basert på intervjustudier, at det har vært store forskjeller i legekantorenes tilnærming til denne målgruppen. Ett av legekantorene i PHT-forsøket har utmerket seg med en særlig stor innsats rettet mot utviklingshemmede listeinnbyggere. Dette har sammenheng med at legekantoret i en tidlig fase av forsøket fikk et større tilfang av utviklingshemmede listeinnbyggere. For å utforske hvordan PHT har blitt brukt i legekantorets oppfølging av de utviklingshemmede listeinnbyggerne, gjorde vi intervju med helsepersonell på det aktuelle legekantoret med PHT-leder, en lege og en PHT-sykepleier og i to ulike PU-boliger med tre vernepleiere og en pårørende (Abelsen, et al., 2021). Funn fra denne intervjustudien vitnet om at det hadde skjedd relativt store endringer i den medisinske oppfølgingen av de aktuelle utviklingshemmede listeinnbyggerne. Behandlingskontinuiteten hadde økt, blant annet som følge av at det systematisk ble gjennomført årskontroller og at personalet i PU-boligene hadde fått opplæring gjennom samarbeidet med PHT som gjorde at de kunne bidra i den medisinske oppfølgingen, i større grad og mer kompetent enn tidligere. Informasjonskontinuiteten hadde økt med den tette dialogen som nå foregikk om helsetilstandene til listeinnbyggerne mellom PHT og personalet i PU-boligene. Den relasjonelle kontinuiteten hadde økt betraktelig ved at det var det samme helsepersonellet som kom til listeinnbyggernes hjem. Det trygget listeinnbyggerne og bidro til mindre bruk av tvang. Med multimorbide listeinnbyggere virker det avgjørt å være en fordel med tett oppfølging fra PHT.

Blant våre informanter var det ulike syn på hvilken belastning og risiko fastleger løper med å ta på seg fastlegeansvar for alle beboere i en PU-bolig – og hvorvidt dette ansvaret hører hjemme i PHT, om det er forenelig med selvstendig næringsdrift, eller om det er en kommunal oppgave som best løses med en tilsynslegefunksjon. Analysen viser at både beboere og fastleger kan være godt tjent med en mer helhetlig og overordnet organisering (som eksempelvis PHT) enn de ordinære lege-pasientforholdene i fastlegeordningen. Sivilombudet besøkte i 2021 et utvalg utviklingshemmede bosatt i den aktuelle kommunen. I deres rapport som påpekte alvorlig rettssikkerhetssvikt, ble det trukket fram som positivt at beboerne som fikk oppfølging av PHT, gjennomgående syntes å ha fått en bedre og mer tilpasset helseoppfølging enn andre beboere (Sivilombudet, 2021). De hadde blant annet en bedre kartlagt helsetilstand og redusert bruk av legemidler mot utfordrende atferd.

6.3 Teameffektivitet på legekantornivå analysert med registerdata

I Kapittel 7.2 i Statusrapport V 2022 undersøkte vi om indikatorer på grad av teamarbeid på legekantornivå har betydning for helsetjenestene som ytes til målgruppene for forsøket. Vi brukte spørsmål fra spørreundersøkelsen til fastleger om teamarbeid. For hvert legekantor beregnet vi gjennomsnittlig prosentandel av fastleger som svarte positivt på spørsmål om teamarbeid, det vil si at de svarte “i stor” eller “i svært stor grad” på spørsmål om i hvilken grad de samarbeider med sykepleier om en gitt oppgave. Medianen på legekantornivå var 32 prosent. Legekantor hvor flere enn 32 prosent av fastlegene i snitt svarte positivt, tolker vi som legekantor med en høy grad av teamarbeid. De øvrige legekantorene tolker vi som legekantor med mindre grad av teamarbeid. Spørreskjemaene om teamarbeid som inngår i indikatoren og prosentandeler som svarte “i stor” eller “i svært stor grad”, finnes i «Vedlegg F, spørsmål 4 i Statusrapport V 2022».

I denne rapporten har analysene blitt oppdatert med data fra 2022. Tilsvarende som i fjor, finner vi ikke generelt grunnlag for å si at takstgenererende arbeidsmåter som Helsedirektoratet har trukket fram som aktuelle for PHT, øker mer i legekantor med høy grad av teamarbeid, enn i legekantor med mindre grad av teamarbeid.

Tabellene som framstiller resultatene fra forskjell i forskjeller analysene kan finnes i Tabell 37, Tabell 38 og Tabell 36 i «Tilleggsanalyser av registerdata».

6.4 Teameffektivitet på fastlegenivå analysert med registerdata

Indikatoren for teamarbeid på fastlegenivå, rangerer fastlegene etter andelen av listeinnbyggerne som har hatt takstgenererende sykepleierkontakt i 2019, det første hele året av forsøket. Fastlegene deles så inn i kvartiler som reflekterer grad av samarbeid mellom fastlege og PHT-sykepleier. Fastlegene i 4. kvartil samarbeidet mest med sykepleier, mens de i 1. kvartal samarbeidet minst med sykepleier.⁹

Først undersøker vi sammenheng mellom fastlegens kvartil-plassering og tilhørende listeinnbyggers bruk av helsetjenester i forsøksperioden. Vi finner at listeinnbyggere med diabetes type 2 med fastlege over 1. kvartil i snitt har flere konsultasjoner med fastlege eller sykepleier, flere hjemmebesøk, større sannsynlighet for konsultasjon med Noklus diabetesskjema og flere polikliniske konsultasjoner, sammenlignet med de som har fastlege i 1. kvartil. Skrøpelige eldre og multisyke med fastlege i 4. kvartil mottar flere legekonsultasjoner, flere konsultasjoner fra lege eller sykepleier, flere planlagte poliklinikkbesøk og flere konsultasjoner med privat spesialist, enn hva skrøpelige eldre og multisyke med fastlege i 1. kvartil gjør. Tabell 40 og Tabell 41 i «Tilleggsanalyser av registerdata» viser resultatene.

Vi har deretter undersøkt *utviklingen* av omfanget helsetjenester etter omfanget av teamarbeid på legenivå. Tabell 14 inkluderer alle PHT-kontor, mens Tabell 15 viser utviklingen for legekontor med honorarmodellen da tilsvarende takster ikke finnes i driftstilskuddsmodellen. Vi finner at listeinnbyggere med diabetes type 2 og fastlege i 3. og 4. kvartil, har fått en større økning i antallet konsultasjoner, hjemmebesøk, polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner med NOKLUS diabetesskjema enn hva pasienter med fastlege i 1. kvartil har fått. For eksempel har listeinnbyggere med diabetes type 2 og fastlege i 4. kvartil opplevd en økning på 0,85 flere lege- eller sykepleierkonsultasjoner og 0,63 flere polikliniske konsultasjoner enn listeinnbyggere med fastlege i 1. kvartil. Resultatene for de andre målgruppene varierer. Listeinnbyggere med psykisk sykdom og fastlege i 4. kvartil har fått en større økning i lege- og sykepleierkonsultasjoner samt hjemmebesøk og mindre økning i legevaktbesøk enn hva listeinnbyggere med fastlege i 1. kvartil har fått. Også listeinnbyggere med ruslidelse, psykisk utviklingshemming og skrøpelige eldre og multisyke har opplevd større økning i antall hjemmebesøk hvis de har fastlege i 4. kvartil enn hvis de har fastlege i 1. kvartil. Tabell 14 viser at for flere av tjenestene som involverer helsepersonell utenfor legekantoret, spiller graden av teamarbeid mellom fastlege og PHT-sykepleier en rolle for omfanget av anbefalte tjenester en listeinnbygger mottar.

⁹ Det påvirker ikke fordelingen om vi bruker nyere data enn fra 2019.

Tabell 14 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid målt på legenivå (Tilsvarende tabell 16 i statusrapport 2022 vedlegg E)

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleier- konsultasjon	Hjemme- besøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke- planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Listeinbyggere med diabetes type 2								
2. kvartil	-0,11	-0,01	0,02	0,15	0,94***	0,04	0,25	2755
3. kvartil	0,75**	0,88***	0,08**	0,24**	0,80**	0,06	0,19	4100
4. kvartil	0,60**	0,85***	0,11***	0,10	0,63**	0,03	0,07	5238
Listeinbyggere med kols								
2. kvartil	-0,10	-0,04	0,02	-0,11	-0,14	-0,00	0,27	1118
3. kvartil	0,81	0,97*	0,10	0,31	0,41	0,02	-0,08	2071
4. kvartil	0,82	1,26**	0,10	0,15	0,55	0,11	0,13	2390
Listeinbyggere med psykisk sykdom								
2. kvartil	-0,32	-0,36	-0,02	-0,26**	-0,05	0,01	0,11	6737
3. kvartil	0,10	0,19	-0,01	-0,27**	0,12	-0,02	0,08	8518
4. kvartil	0,20	0,46**	0,07**	-0,22*	-0,04	-0,03	0,19	10387
Listeinbyggere med ruslidelse								
2. kvartil	0,54	0,29	0,01	-0,51	0,12	-0,21	0,47*	846
3. kvartil	-0,60	-0,73	0,12	0,39	-0,02	-0,34*	0,20	1221
4. kvartil	-0,76	-0,56	0,15*	-0,48	-0,36	-0,33*	0,19	1206
Psykisk utviklingshemmede								
2. kvartil	-0,34	-0,30	0,08	-0,01	-0,30	-0,04	0,01	190
3. kvartil	0,24	0,17	-0,07	-0,25	0,04	0,05	-0,19	349
4. kvartil	-0,22	0,28	0,35*	-0,28	-0,69	0,03	0,07	460
Skrøpelig eldre og multisyke								
2. kvartil	0,06	0,10	-0,01	-0,31*	0,05	-0,04	0,10	1305
3. kvartil	0,69	0,86*	0,11	-0,00	0,78*	0,14	0,21	2559
4. kvartil	0,89*	1,31***	0,23***	0,03	0,68	0,29**	0,20	3032

Note: Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, O88b, O88cd eller O88ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, O86a, S3, S3a, S3b eller O88d. Hver celle er et estimat på forskjell i utvikling mellom listeinbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil før og etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 15 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid målt på legenivå. Legekontor med honorarmodellen (Tilsvarende tabell 17 i statusrapport 2022 vedlegg E)

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient	Noklus diabetesskjema	N
Listeinbyggere med diabetes type 2					
2. kvartil	-0,18	-0,06	0,01	0,21***	1770
3. kvartil	-0,23	-0,02	0,01	0,18***	3635
4. kvartil	0,17	-0,05	0,03	0,16***	4272
Listeinbyggere med kols					
2. kvartil	0,32	-0,04	0,03		932
3. kvartil	0,01	-0,08	0,01		1815
4. kvartil	1,33**	-0,05	0,07		1982
Listeinbyggere med psykisk sykdom					
2. kvartil	0,26	0,07*	0,04		3890
3. kvartil	-0,05	0,06**	0,01		8526
4. kvartil	0,54***	0,06**	0,02		7423
Listeinbyggere med ruslidelse					
2. kvartil	1,06	-0,05	-0,03		611
3. kvartil	0,35	-0,02	-0,14		1040
4. kvartil	1,80**	-0,13	0,12		952
Psykisk utviklingshemmede					
2. kvartil	-3,88*	0,00	0,07		120
3. kvartil	-0,07	0,21	1,89**		283
4. kvartil	-1,59	-0,23	-0,07		386
Skrøpelig eldre og multisyke					
2. kvartil	1,70***	-0,02	0,09*		1021
3. kvartil	0,41	0,01	-0,01		2133
4. kvartil	1,60***	-0,13*	0,06		2555

Note: Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012-2013) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på legekontor med honorarmodellen. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Hver celle er et estimat på forskjell i utvikling mellom listeinnbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil før og etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

6.5 Kontinuitet og listestørrelse

I Norge måles ofte kontinuitet i forholdet mellom listeinnbygger og fastlege ved hjelp av antallet år listeinnbyggeren har vært registrert med samme fastlege. Ulempen med indikatoren, er at den ikke beskriver hvor stor andel av listeinnbyggerens kontakter som faktisk er med denne fastlegen. Usual Provider of Care Index (UPC) ivaretar dette hensynet (Sidaway-Lee, Gray, & Evans, 2019; Hull, Williams, Schofield, Boomla, & Ashworth, 2022). UPC for et enkeltindivid er en brøk, der nevneren er det totale antallet allmennlegekonsultasjoner individet har i løpet av året. Telleren i brøken er antall konsultasjoner individet har med den allmennlegen individet konsulterer mest i løpet av det samme året. Vi har beregnet gjennomsnittet av listeinnbyggerens UPC på nasjonalt nivå og for gruppen av listeinnbyggere med lege som deltar i PHT med honorarmodellen og for gruppen av listeinnbyggere med lege som deltar i PHT med driftstilskuddsmodellen.¹⁰ Fra Tabell 16 ser vi at kontinuitetsindeksen (UPC) for alle legekantor i Norge var 83 prosent i 2021. Det betyr at 83 prosent av det samlede antallet konsultasjoner var med den legen gjennomsnittspasienten besøkte mest. PHT-kontorene ligger litt lavere enn dette nivået. Det ser ikke ut til at det er noen betydelige endringer i kontinuitetsindeksen etter at legekantorene ble PHT-kantor.

Tabell 16 Kontinuitetsindeksen (UPC) for gjennomsnittslisteinnbyggeren innen grupper av betalingsmodeller. 2012-2021

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Honorarmodellen	82 %	82 %	82 %	82 %	83 %	81 %	80 %	81 %	82 %	81 %
Driftstilskuddsmodellen	75 %	78 %	72 %	69 %	77 %	73 %	76 %	75 %	76 %	79 %
Alle legekantor	82 %	82 %	82 %	82 %	82 %	82 %	82 %	82 %	83 %	83 %

Kilder: Kilder: KUHR og FLO.

Tabell 17 viser antallet allmennleger en listeinnbygger har hatt kontakt med i løpet av året. Tallene gjenspeiler forskjellene og utviklingen i Tabell 16.

Tabell 17 Antall leger listeinnbyggeren har hatt kontakt med i løpet av året. Gjennomsnitt for grupper av betalingsmodeller. 2012-2021

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Honorarmodellen	1,75	1,77	1,76	1,80	1,76	1,82	1,85	1,84	1,78	1,86
Driftstilskuddsmodellen	2,06	1,90	2,23	2,41	1,95	2,10	1,99	2,05	1,96	1,88
Alle legekantor	1,77	1,77	1,78	1,78	1,77	1,78	1,78	1,78	1,74	1,75

I Tabell 18 sammenligner vi endringen i størrelsen på PHT-legekantor og landets øvrige legekantor målt i antall fastleger og listeinnbyggere fra 2018 til 2023. Sammenligningen gjelder for legekantor vi kan observere i både 2018 og 2023. Det betyr i praksis legekantor med samme organisasjonsnummer i 2018 og 2023. Vi ser tendenser til at antallet fastleger og antallet listeinnbyggere per legekantor har økt mer i PHT-legekantor enn i legekantor utenfor forsøket. Økningene er ikke statistisk signifikante. I begge typer av legekantor har det vært en reduksjon i antallet listeinnbyggere per fastlege. Reduksjonen er 65 listeinnbyggere i PHT-legekantor og 80 i øvrige legekantor. Det er ingen (statistisk signifikant) tendens til at ekstra ressurs i form av PHT-sykepleier har ført til lengre lister i PHT-legekantorene sammenlignet med øvrige legekantor. Dette resultatet samsvarer med hva

¹⁰ På side 35, i Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023), gis beskrivelser av kontinuitet der UPC indeksen på nasjonalt nivå er under 72% i 2021. UPC indeksen i ekspertutvalgets rapport er beregnet med bruk av en annen metode enn den som benyttes her. I denne rapporten er UPC beregnet for «(gjennomsnittslisteinnbyggeren)» ved å ta utgangspunkt i enkeltindividenes individuelle UPC. I ekspertutvalgets rapport beskrives UPC for «(gjennomsnittskonsultasjonen)».

fastlegene svarte i spørreundersøkelsen 2022. Da svarte 5,2 prosent av fastlegene at de kunne tenke seg å øke listetaket. Åttito prosent svarte at PHT ikke har påvirket ønsket om å endre listetaket.

Tabell 18 Utvikling i størrelse på legekantor fra 2018 til 2023

	PHT-legekantor		Legekantor utenfor forsøket		FiF
	2018	2023	2018	2023	
Antall fastleger	6,31	7,85	3,64	4,11	1,07
Antall listeinnbyggere	6120	7101	3945	4127	799

Note: N PHT-legekantor = 13, N legekantor utenfor forsøket = 995. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Kilde: Fastlegeregisteret.

6.6 Bruk av kommunale tjenester

Takster som synliggjør samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, finnes bare i honorarmodellen. I underkapitlet Målgruppenes bruk av helsetjenester fant vi at ved legekantor med honorarmodellen hadde *tverrfaglige samarbeidsmøte om enkeltpasient* økt både for listeinnbyggere med diabetes type 2, for listeinnbyggere med kols, for listeinnbyggere med ruslidelse og for skrøpelige eldre og multisyke. Den største koeffisienten finner vi for listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming. Samtidig gjør variasjonen mellom legekantorene at denne ikke blir statistisk signifikant.

Tabell 19 viser utviklingen i hjemmetjenester for listeinnbyggere som deltar i forsøket med PHT, sammenlignet med listeinnbyggere utenfor forsøket. Det er endring fra 2017 til 2022 som sammenlignes. Vi ser at prosentandelen som mottar praktisk bistand, har blitt redusert for listeinnbyggere i driftstilskuddsmodellen sammenlignet med listeinnbyggere utenfor forsøket. For listeinnbyggere i honorarmodellen har det vært en økning i andelen som mottar helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i andelen som mottar praktisk bistand sammenlignet med listeinnbyggere i legekantor utenfor forsøket. Det har dermed skjedd en endring i sammensetningen av tjenestene relativt til listeinnbyggere utenfor forsøket. En mulig forklaring kan være at PHT-sykepleier ved hjelp av hjemmebesøk har bidratt til at brukerne får en mer hensiktsmessig sammensetning av de kommunale omsorgstjenestene. I Statusrapport V fant vi også en reduksjon av omfanget av helsetjenester i hjemmet for listeinnbyggere ved legekantor med honorarmodellen (Aandahl, et al., 2022). Vi finner ikke en tilsvarende reduksjon i år. En grunn til dette kan være at utvalget har blitt oppdatert fra i fjor. Enkelte av resultatene kan dermed være følsomme for utvalgets sammensetning.

Tabell 19 Utvikling i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Legekantor med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen sammenlignet med legekantor utenfor forsøket (tilsvarende tabell 8-2 i statusrapport 2022).

	Prosentandel			Omfang		
	Inngangs-verdi	FiF	N	Inngangs-verdi	FiF	N
Driftstilskuddsmodellen						
Helsetjenester i hjemmet	37	4	379668	4,00	-0,55	121587
Praktisk bistand	28	-4*	379668	2,05	-0,59	79940
Honorarmodellen						
Helsetjenester i hjemmet	34	4*	382907	2,75	-0,19	122518
Praktisk bistand	28	-4*	382907	1,34	0,12	80747

Note: Prosentandel er prosentandel av listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 med helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Omfang er antall timer per uke helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand for listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 og som mottok helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Inngangsverdi er prosentandel og omfang på PHT-legekantor i 2017. FiF er forskjell i utviklingen i prosentandel og omfang på PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket før og etter forsøket startet. Perioden før start er 2017, perioden etter start er 2022. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KPR.

Datagrunnlaget for Tabell 19 er listeinnbyggere som var 80 år eller eldre i 2017 uavhengig av om de faktisk har mottatt tjenester fra PHT på legekantoret. Vi kunne også begrenset datagrunnlaget til de listeinnbyggerne som var 80 år og eldre i 2017 og som hadde mottatt tjenester fra PHT. Problemet med denne tilnærmingen er at vi ikke vet hvilke listeinnbyggere som ville mottatt tjenester fra PHT i kontrollgruppen. Tiltaksgruppen blir dermed forskjellig fra kontrollgruppen og vi vet ikke for mye av effektene som skyldes forskjeller i gruppene og hvor mye som skyldes effekten av PHT.

7. Hvordan har finansieringsmodellene fungert?

I dette kapitlet viser vi at både PHT-legekantor med honorarmodellen og PHT-legekantor med driftstilskuddsmodellen har opplevd en betydelig inntektsøkning i forsøksperioden. Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom finansieringsmodellene i utvikling av andelen av listeinnbyggere i målgruppene som mottar anbefalte tjenester (ekstensiv margin). Vi finner en tendens til hyppigere oppfølging av listeinnbyggere som har vært på legekantor med honorarmodell minst en gang i løpet av et år, enn av listeinnbyggere som har vært på legekantor med driftstilskuddsmodell minst en gang i løpet av et år. Konklusjonen er usikker siden det er mindre detaljert registrering av aktivitet i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen. Med utgangspunkt i helseøkonomisk litteratur avslutter vi kapitlet med en diskusjon av egenskapene ved de to finansieringsmodellene.

Kapittel 4 i Statusrapport V gir en detaljert beskrivelse av legekantorene i forsøket med PHT fordelt på de to finansieringsmodellene (Aandahl, et al., 2022). Blant de 17 legekantorene i forsøket, er det 11 (65 prosent) som er privat eid og 6 (35 prosent) som er kommunalt eid. I honorarmodellen finansieres fastlegene som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (som er ment å utgjøre 86 prosent av driftstilskuddet) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (som er ment å utgjøre 14 prosent av driftstilskuddet). Av de 17 legekantorene i forsøket, er det 12 som prøver ut honorarmodellen og 5 som prøver ut driftstilskuddsmodellen¹¹.

For at den økonomiske risikoen ved å delta i PHT-forsøket ikke skulle bli for stor, ble legekantorene i forsøket tilbudt en inntektsgaranti uavhengig av finansieringsmodell. Inntektsgarantien innebærer at «Helsedirektoratet kan justere rundsum- og listeinnbyggertilskuddet til den enkelte praksis dersom inntektene i forsøksperioden avviker vesentlig fra den inntekten praksisen hadde før oppstart av forsøket med primærhelseteam.» (Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 9a). For legekantor med driftstilskuddsmodellen vurderer Helsedirektoratet legekantorets samlede inntjening. For legekantor med honorarmodellen vurderes kun inntekter og kostnader ved å ansette sykepleier. For 2019 fikk 6 legekantor tilført midler, for 2020 fikk 8 legekantor tilført midler og for 2021 fikk 11 legekantor tilført midler. For 2022 og fram til avslutningen av forsøket fikk 12 legekantor tilført midler. Samtidig som inntektsgarantien reduserer den økonomiske risikoen ved å delta i forsøket, reduserer den også oppmuntringen til å sørge for tilstrekkelig takstbruk blant sykepleierne. 2020 og 2021 var spesielle år på grunn av pandemien. Inntektsgarantien ble avvirket samtidig med at forsøket med PHT ble avsluttet 31. mars 2023¹².

Legekantorene har selv valgt hvilken finansieringsmodell de prøver ut. De to finansieringsmodellene er regulert av en egen forskrift¹³. 10 av de 11 private legekantorene valgte honorarmodellen. 4 av de 6 kommunale legekantorene valgte driftstilskuddsmodellen. Disse 4 legekantorene har fastlønnede leger. Legene ved det ene kommunalt eide legekantoret med honorarmodellen, er ikke ansatt i kommunen selv om kommunen eier legekantoret. Her driver legene privat næringsdrift med utgangspunkt i en 8.2-avtale med kommunen. Øvrig personell ved legekantoret er ansatt i kommunen. Ved det andre kommunalt eide legekantoret som også har valgt honorarmodellen, har legene en lønnsavtale med fastlønn og bonus beregnet ut fra egen inntjening fra takstrefusjoner og egenandeler fra listeinnbyggere. Disse avtalene ble gitt som begrunnelse for valget av honorarmodellen (Abelsen, et al., 2019a).

Tabell 20 oppsummerer de tre dimensjonene: 1) eierskap til legekantoret, 2) fastlegens tilknytning og 3) finansieringsmodell som legekantorene i forsøket med PHT fordeler seg langs.

¹¹ Sagene lokalmedisinske senter gikk over fra driftstilskuddsmodellen til honorarmodellen fra august 2023. Austevoll Legesenter går over driftstilskuddsmodellen til honorarmodellen fra januar 2024.

¹² Foreløpige tall viser en tendens til at private legekantor uten 8.2 avtale og med moderat nivå på sykepleiertakster har økt antall sykepleiertakster etter at 31.3.2023.

¹³ Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam - Lovdata

Tabell 20 Kombinasjoner av finansieringsmodell, eierskap til legekantoret og fastlegens tilknytning i forsøket med PHT

	Honorarmodell		Driftstilskuddsmodell	
	Privat	Kommunalt	Privat	Kommunalt
Næringsdrivende	10		1	
Næringsdrivende med 8.2-avtale		1		
Ansatt med fast lønn og bonus		1		
Ansatt med fast lønn				4

7.1 Seleksjonen inn i finansieringsmodellene

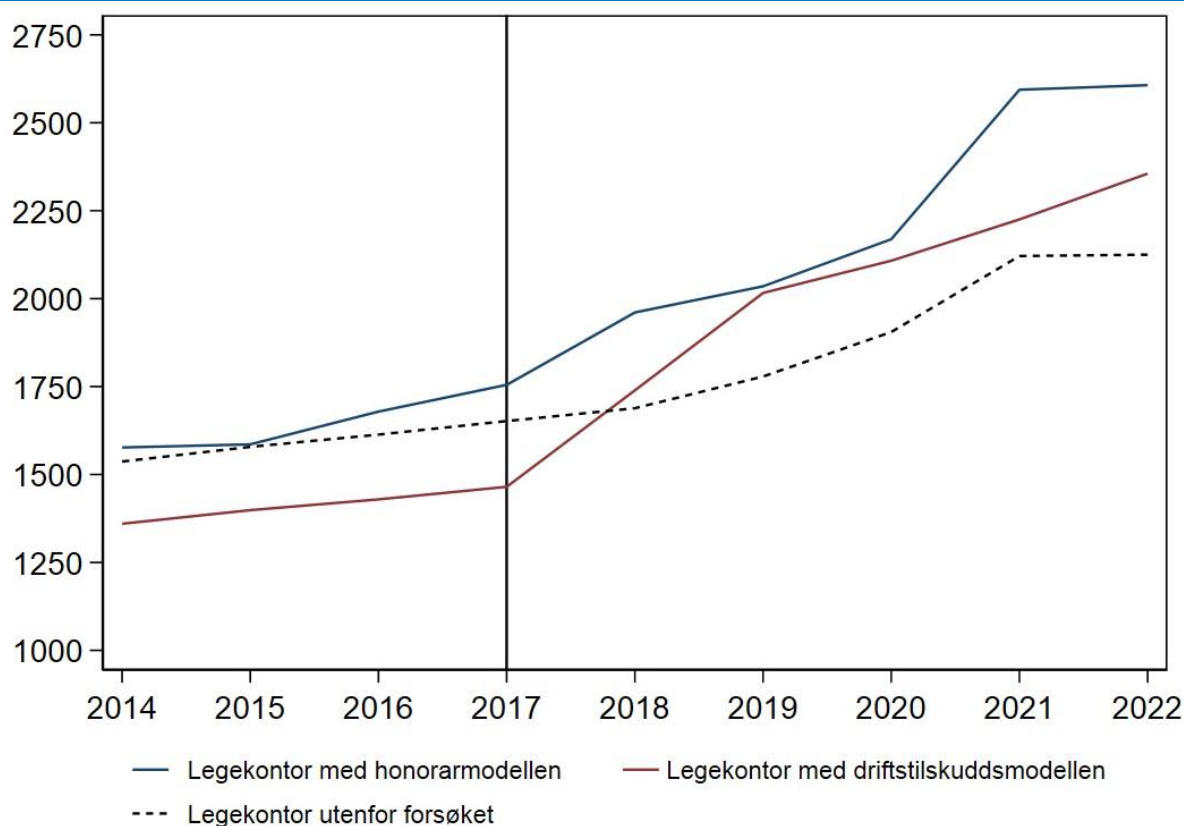
Kapittel 4.3 i Statusrapport V (2022) beskriver takstinntekter og listesammensetning ved legekantor i 2017 før PHT-forsøket startet avhengig av finansieringsmodellen de valgte (Aandahl, et al., 2022). Vi finner at gjennomsnittlige takstinntekter per listeinnbygger var 28 prosent større i 2017 i legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Denne forskjellen gjenspeiles i flere konsultasjoner per listeinnbygger ved legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. I 2017 var det 4 prosentpoeng flere listeinnbyggere over 60 år ved legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Siden eldre listeinnbyggere bruker flere helsetjenester enn unge listeinnbyggere, kan forskjellen i takstinntekter ha sammenheng med forskjeller i alderssammensetning. Vi fant også en tendens til at legekantor med honorarmodellen har en større andel pasienter diagnostisert med diabetes type 2 og psykisk sykdom sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. 7 av 8 legekantor med honorarmodellen hadde større takstinntekter per listeinnbygger i 2017, sammenlignet med det legekantoret med driftstilskuddsmodellen som hadde størst takstinntekter per listeinnbygger. Intervjuundersøkelsen som ble gjort ved starten av PHT-forsøket, fant at den viktigste begrunnelsen for å velge honorarmodellen, var at dette var en kjent modell som ikke ville kreve særlig omlegging (Abelsen, et al., 2019a). En endring til driftstilskuddsmodellen ville for næringsdrivende leger kreve reforhandling av eksisterende interne avtaler ved legekantorene. Dette ble ikke oppfattet å være særlig rasjonelt å gjøre for en da planlagt treårig forsøksperiode. Den nevnte intervjuundersøkelsen fant videre at den viktigste begrunnelsen for de kommunale legekantorene for å velge driftstilskuddsmodellen, var antagelsen om at den ville å gi bedre inntjening for kommunen enn eksisterende finansieringsmodell. Siden driftstilskuddsmodellen bygger på en gjennomsnittlig takstinntekt for en næringsdrivende fastlege, antok informantene at dette gjennomsnittet lå godt over den takstinntekten de fleste fastlønnsleger frambringer i eksisterende system.

7.2 Inntektsutvikling blant legekantor i honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen

Figur 9 sammenligner inntektsutviklingen i perioden 2012-2022 på PHT-legekantor med legekantor utenfor forsøket. Legekantorenes inntjening før forsøket startet, beregnes som takstinntjeningen fra listeinnbyggerne og basistilskuddet til fastlegene. Etter forsøket startet, beregnes inntjeningen til legekantorene utenfor forsøket som før forsøket startet, mens vi for PHT-legekantorene har tall for samlet inntekt fra Helsedirektoratet. Tilskuddet per fastlege som PHT-legekantorene har mottatt for å delta i forsøket, er ikke inkludert i Figur 9.¹⁴ Vi ser at for både PHT-legekantor med honorarmodellen og for PHT-legekantor med driftstilskuddsmodellen har det vært en betydelig inntektsøkning i forsøksperioden. Denne inntektsøkningen er ment å dekke de økte kostnadene med PHT inkludert kostnader til sykepleier.

¹⁴ Dette tilskuddet ble gitt som kompensasjon for merarbeid, plunder og heft ved å delta i prosjektet.

Figur 9 Utvikling i årlig inntjening per listeinnbygger etter finansieringsmodell, 2014-2022



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

Inntektsutviklingen varierer mellom PHT-legekantorene. Tabell 21 viser utviklingen i inntekter per listeinnbygger i hvert av de 13 PHT-legekantorene som startet i forsøket i 2018, sammenlignet med legekantor utenfor forsøket i tilsvarende periode (forskjell-i-forskjeller). Ingen av PHT-legekantorene har hatt en dårligere inntektsutvikling enn legekantorene utenfor forsøket. Det er variasjon fra null prosent til 65 prosent større inntektsutvikling enn legekantorene utenfor forsøket.

Tabell 21 Utvikling i inntjening i kroner per listeinnbygger fra perioden 2014-2017 til perioden 2018-2022 mellom PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket

Legekantor i forsøket	Inngangsverdi	FIF	Prosentvis endring
F	1503	273	18
B	1047	684	65
A	1402	514	37
Q	1615	1	0
N	1499	339	23
E	1275	130	10
G	1752	647	37
J	1696	91	5
M	1821	419	23
C	1595	119	7
D	1661	266	16
H	1730	489	28
P	1663	204	12

Note: FIF = (forskjell i inntjening per listeinnbygger på PHT-legekantoret i perioden 2014-2017 og 2018-2022) – (forskjell i inntjening per listeinnbygger på legekantor utenfor forsøket i perioden 2014-2017 og 2018-2022). Før forsøket startet beregner vi legekantorets inntjening som takstinntjeningen fra listeinnbyggere (fratrukket takster for legeerklæringer m.m. (L-takster og SPK-takster), takster for forbruksmateriell og takster for kontakter med turnusleger), og basistilskuddet til fastlegene (fratrukket knekkpunktstillegget). Etter forsøket startet, beregnes inntjeningen til legekantorene utenfor forsøket som før forsøket startet, mens vi for PHT-legekantorene har tall for inntjening fra Helsedirektoratet. Kilder: KUHR og Helsedirektoratet.

7.3 Oppfatninger om finansieringsmodellene fra spørreundersøkelsene

Funn fra spørreundersøkelsene belyser hvordan fastleger i PHT-forsøket oppfatter deres valgte finansieringsmodell. Blant annet oppgir flere fastleger at deres valgte finansieringsmodell bidrar til noe usikkerhet om kantorets inntektsopptjening (Abelsen, et al., 2019a; Abelsen, et al., 2019; Abelsen, et al., 2021). En større andel opplevde at finansieringsmodellen har bidratt til ingen eller lite usikkerhet, mens en mindre andel opplevde at finansieringsmodellen bidrar til stor usikkerhet. Resultatene fra 2021 viste at over halvparten av legene ved legekantor med honorarmodellen opplevde noe eller stor usikkerhet (56 prosent), mens i underkant av hver fjerde lege ved legekantorene med driftstilskuddsmodellen opplevde det samme (23 prosent) (Abelsen, et al., 2021).

68 prosent av legene med honorarmodellen oppga at de ikke jobber på en annen måte enn de ville gjort dersom legekantoret hadde hatt driftstilskuddsmodellen, mens 35 prosent av legene med driftstilskuddsmodellen oppga at de jobber på en annen måte enn de ville gjort dersom legekantoret hadde hatt honorarmodellen (Aandahl, et al., 2022).

Når det kommer til finansieringsmodellens tilpasning til teamarbeid, oppga over halvparten av fastlegene at finansieringsmodellene i stor eller svært stor grad er tilpasset teamarbeid (52 prosent), mens i overkant av hver tredje oppga at den i noen grad er det (36 prosent) (Aandahl, et al., 2022). Det var noe variasjon i oppfatningen til leger ved kontor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. På kontor med honorarmodellen oppga 43 prosent at de i stor grad eller svært stor grad opplevde at modellen er godt tilpasset teamarbeid, mens tilsvarende for kontor med driftstilskuddsmodellen var 85 prosent.

7.4 Finansieringsmodellenes egenskaper når det gjelder å nå målene med forsøket

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

Vi tar utgangspunkt i arbeidsformer og metoder som genererer takster og som beskrives i Helsedirektoratets grunnlagsdokument for PHT-forsøket (Helsedirektoratet, 2017). Utover arbeidsformene og metodene som er trukket frem, er tradisjonelle konsultasjoner fortsatt det viktigste verktøyet teamene har i møte med listeinnbyggerne. Å gi målgruppene mer oppmerksomhet krever mer kontakt og konsultasjoner. Flere korte konsultasjoner kan eventuelt erstattes med færre lange konsultasjoner. Vi har derfor sammenlignet honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen på bruk av konsultasjoner. Vi har også sammenlignet modellene med hensyn til listeinnbyggerens bruk av legevakt, poliklinikk og sykehusinnleggelser.

Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom finansieringsmodellene i utvikling av den ekstensive marginen. Dette gjelder både for tjenester på legekantoret, legevakt og i spesialisthelsetjenesten. Tabell 42 i «Tilleggsanalyser av registerdata» viser resultatene.

Vi har videre undersøkt den intensive marginen. Tabell 22 viser at listeinnbyggere med minst en legekonsultasjon ved legekantor med honorarmodellen, får 10 prosentpoeng flere legekonsultasjoner enn listeinnbyggere ved legekantor med driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet sammenlignet med før forsøket startet. Listeinnbyggerne får 11 prosentpoeng flere konsultasjoner med lege eller sykepleier. Denne økningen er begrenset til de som mottar minst en tjeneste fra legekantoret. For listeinnbyggere med psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming er det en større økning i antallet konsultasjoner ved legekantor med honorarmodellen, enn i legekantor med driftstilskuddsmodellen gitt at man allerede har mottatt en konsultasjon. Det kan tenkes at legekantor med driftstilskuddsmodellen har færre og lengre konsultasjoner enn hva de hadde før, siden det nå er mindre økonomisk oppmuntring enn før til å ha mange konsultasjoner. Dessuten overvurderer trolig koeffisienten den reelle forskjellen siden det er flere konsultasjonstakster for sykepleiere i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Vi finner ingen forskjeller mellom finansieringsmodellene i utvikling i bruk av legevakt. Vi finner en reduksjon i antallet ikke-planlagte innleggelser for målgruppene som helhet. En slik reduksjon finner vi også for skrøpelige eldre og multisyke som allerede har vært innlagt minst en gang. En helhetlig tolkning av resultatene er en tendens til hyppigere oppfølging av listeinnbyggere som har vært på legekantor med honorarmodellen minst en gang i løpet av et år enn det er blant listeinnbyggere som har vært på legekantor med driftstilskuddsmodellen minst en gang i løpet av et år. Denne konklusjonen er usikker siden det er flere konsultasjonstakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Det vil derfor trolig være konsultasjoner og andre tjenester som ikke har blitt registrert i legekantor med driftstilskuddsmodellen.

Den grunnleggende forskjellen mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen når det gjelder tilstedeværelsen av takster i honorarmodellen og fraværet av takster i driftstilskuddsmodellen, har vært tatt opp av informanter fra legekantorene som har driftstilskuddsmodellen i intervjuene gjentatte ganger i evalueringsperioden. Mange har pekt på at de ikke syns det er rett at modellene sammenlignes så direkte som det har blitt gjort i registerdataundersøkelsene i evalueringen, fordi modellene ikke er sammenlignbare. Flere informanter har ønsket større mulighet til å synliggjøre den aktiviteten som foregår innenfor driftstilskuddsmodellen. Informantene med driftstilskuddsmodellen har fortalt om konsultasjoner som varer lengre, fordi de behandler mange problemstillinger samtidig. Pasientene er gjerne eldre personer som har reist et stykke for å komme til lege, og da vurderes en lengre konsultasjon som den beste løsningen. En god del problematikk avklares i interne møter mellom lege og sykepleier på legekantoret og i tverrfaglige møter med aktører utenfor legekantoret. Denne aktiviteten er ikke mulig å synliggjøre for legekantor med driftstilskuddsmodellen. Evaluator foreslo tidlig i forsøket nulltakster (registrering av tjenester uten taksthonorar) for å kunne undersøke aktivitet i driftstilskuddsmodellen. Dette forslaget ble ikke fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 22 Prosentvis endring i antall tjenester per år etter at forsøket startet for listeinnbyggere som mottar minst en tjeneste (intensiv margin) i honorarmodellen i forhold til i driftstilskuddsmodellen

	Legekonsultasjon	Lege- eller sykepleier konsultasjon	Hjemmebesøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke-planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	10*	11*	-25	-3	-1	-6**	-3	834291
Listeinnbyggere med diabetes type 2	5	3	-26	1	-12***	0	-1	18922
listeinnbyggere med kols	13**	15**	-10	39	11	9	-27	5089
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	10*	11*	-41	-15	-3	-8	-16	35288
Listeinnbyggere med ruslidelse	-11	-11	29	7	-25**	3	-33	4275
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	-18	-23	-8	-2	-26*	31*	138*	1311
Skrøpelig eldre og multisyke	7	6	-8	-1	-1	-15**	-8	18950

Note: Hver celle viser et estimat på prosentvis endring i antall tjenester for listeinnbyggere på legekantor med honorarmodellen med minst 1 slik tjeneste sammenlignet med listeinnbyggere på legekantor med driftstilskuddsmodellen med minst 1 slik tjeneste, etter forsøket startet. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2æk, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2æk, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, S3, S3a, S3b, 086a eller 086d. Legevakt er regninger med takst 1ad, 1ak, 1bd, 1bk, 1g, 2ad, 2ae, 2ak, 2æk, 2fk, 11ad eller 11ak. Listeinnbyggere med diabetes type 2 er listeinnbyggere med regning med diagnose T90 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Listeinnbyggere med kols er listeinnbyggere med regning med diagnose R95 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Listeinnbyggere med psykisk sykdom er listeinnbyggere med regning med diagnose P72, P73, P, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Listeinnbyggere med ruslidelse er listeinnbyggere med regning med diagnose P15, P18 eller P19 (ICPC-2) i KUHR i perioden 2015-2017. Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming er listeinnbyggere med regning med diagnose P85 (ICPC-2) eller F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10) i KUHR i perioden 2015-2017. Skrøpelig eldre og multisyke er listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

7.5 Pasienttilpasset basistilskudd

Fram til 1. mai 2023 var basistilskuddet uavhengig av listeinnbyggernes egenskaper, som kjønn og alder.¹⁵ Fra og med 1. mai 2023 bidrar listeinnbyggerne ulikt etter antatt behov for fastlegetjenester. En detaljert beskrivelse av beregning av antatt behov finnes på Helfo sine hjemmesider (Helfo, 2023).

Pasienttilpasset basistilskudd ble innført etter at forsøket med PHT ble avsluttet. Siden også sykepleierkonsultasjoner genererer egenandeler og dermed basistilskudd, har det interesse å vite om effekten av endringen er forskjellig for legekantorene med PHT og for landets øvrige legekantor. I Tabell 23 sammenligner vi basistilskudd (kroner per listeinnbygger per måned) før og etter omlegging til pasienttilpasset basistilskudd. Vi ser at den prosentvise økningen for legekantor med honorarmodellen er noe større enn for legekantor utenfor forsøket.

Legekantor med driftstilskuddsmodell mottar driftstilskudd i stedet for ordinær finansiering. Kommunen tilføres samtidig midler til basistilskudd gjennom ordinært rammetilskudd fra staten. For å unngå endring i de ordinære overføringene, kommer basistilskuddet fra kommunen til fratrukk på det driftstilskuddet Helsedirektoratet

¹⁵ Fram til 1. mai 2023 var basistilskuddet per år 675 kroner per listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere 544 kroner per listeinnbygger for listeinnbyggere utover de 1000 første.

utbetaler til legekantor med driftstilskuddsmodellen. I Tabell 23 er endring i basistilskudd for legekantor med driftstilskuddsmodellen den beregnede endringen som ville ha funnet sted, dersom disse legekantorene hadde hatt honorarmodell.

Tabell 23 Basistilskudd per listeinnbygger per måned før og etter omlegging til pasienttilpasset basistilskudd, etter finansieringsmodell

Modell	1.1.2023	1.7.2023	%-endring	N
	Gjennomsnitt (min-maks)	Gjennomsnitt (min-maks)	Gjennomsnitt	
Legekantor utenfor forsøket	55 (50-89)	71 (58-115)	29	1286
Driftstilskuddsmodellen	56 (55-56)	70 (63-75)	25	5
Honorarmodellen (start i 2018)	55 (54-56)	74 (66-78)	34	8
Honorarmodellen (start i 2020)	56 (55-56)	72 (67-79)	29	4

Note: Kilde: Helfo/Basistilskuddsrapporter for fastlegeordningen.

7.6 Nærmere diskusjon av egenskapene ved de to finansieringsmodellene

Aktivitetene i PHT finansieres gjennom to alternative finansieringsmodeller. Det er to sentrale forskjeller mellom finansieringsmodellene. Den ene sentrale forskjellen er at mens legekantoret får utbetalt driftstilskuddet i driftstilskuddsmodellen, får den enkelte fastlege utbetalt basistilskudd og egne takstinntekter i honorarmodellen, og legekantoret får utbetalt tilskudd og takster som PHT-sykepleieren tjener inn. Den andre sentrale forskjellen er at inntektene i honorarmodellen er mer aktivitetsbasert enn hva inntektene i driftstilskuddsmodellen er. I driftstilskuddsmodellen kommer størsteparten av inntektene fra driftstilskuddet som i hovedsak avhenger av listeinnbyggernes antall, kjønn og alderssammensetning. I tillegg er halvparten av de aktivitetsavhengige egenandelene fra pasientene inkludert i driftstilskuddet. Driftstilskuddet er derfor nokså tilsvarende et aldersjustert basistilskudd (per capita tilskudd) og er tilnærmet uavhengig av legekantorets aktivitet. I honorarmodellen er praksisinntektene som fastlegene genererer, tilsvarende fordelt som for fastlegene utenfor forsøket. Det vil si at i overkant av 70 prosent av en fastleges praksisinntekt er aktivitetsbasert. Taksinntektene som sykepleierne genererer, kommer i tillegg.

Pasienttilpasset basistilskudd ble innført fra 1. mai 2023 (se nærmere omtale i avsnittene under overskriften Pasienttilpasset basistilskudd). Siden pasienttilpasset basistilskudd ble innført etter at forsøket med PHT ble avsluttet, påvirker ikke endret finansieringsmåte innholdet i denne rapporten. Siden PHT-kantorene finansieres fram til 1. juli 2024, påvirker pasienttilpasset basistilskudd legekantor med honorarmodellen i perioden etter forsøkets avslutning. Legekantor med driftstilskuddsmodellen påvirkes bare indirekte gjennom overføringer fra stat til kommune. Legekantor med honorarmodell påvirkes direkte gjennom fastlegenes basistilskudd.

Vi har tidligere i dette kapitlet beskrevet noen forskjeller i utfall mellom legekantor med driftstilskuddsmodell og honorarmodellen. Det er flere forhold som påvirker legers beslutninger og dermed bidrar til utfallene (Lian, 2022), blant annet:

- Kjennetegn ved listeinnbyggere
- Kjennetegn ved leger
 - Profesjonsetikk
 - Økonomisk rasjonalitet
 - Kompetanse
- Organisering og rammebetingelser
- Praktiske vurderinger

Tabell 24 oppsummerer noen hypoteser om egenskaper ved driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Det er grunn til å tro at egenskapene vil avhenge av om legekantoret har fastleger som er næringsdrivende med inntekter avhengig av egenandeler fra pasienter samt takstinntekter og tilskudd fra det offentlige, eller om legekantoret er kommunalt med ansatte fastleger med fast lønn. I praksis er det også en rekke mellomformer, som redegjort for i innledningen til dette kapitlet. I resonnementet under tar vi utgangspunkt i næringsdrivende

fastleger der fastlegens inntekter kommer fra egenandeler fra listeinnbyggere samt takstinntekter og tilskudd fra det offentlige. I Tabell 24 legges økonomisk rasjonalitet til grunn for fastlegens beslutninger som avveier listeinnbyggernes beste og egen inntekt. Resonnementene bygger på helseøkonomisk teori som støttes av empiriske undersøkelser. Resonnementene tar ikke høyde for de nevnte ikke-økonomiske forholdene som også påvirker legers beslutninger.

Tabell 24 Hypoteser om egenskaper ved driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen forutsatt næringsdrivende fastleger (dvs. ikke kommunalt ansatte på fast lønn).

Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Oppmuntring til å ha mange listeinnbyggere siden antallet listeinnbyggere har stor innvirkning på inntekter.	Aktivitetsbaserte takster medfører at det ikke har betydning for inntektene om det ytes mange tjenester til få listeinnbyggere eller færre tjenester til flere listeinnbyggere.
Utfordring med tilgjengelighet for listeinnbyggere med stort behov for helsetjenester hvis ikke driftstilskuddet gjenspeiler arbeidsmengden.	Tilgjengelighet for listeinnbyggere med stort behov avhenger av takstsystemets utforming. Dagens takstsystem gir større inntjening ved å ha mange, korte konsultasjoner med «lette» listeinnbyggere, enn lange, krevende konsultasjoner med «tunge» listeinnbyggere.
Leger som tar hånd om listeinnbyggere med store behov for tjenester, får mindre inntekt eller lengre arbeidstid enn de med «lettere» listeinnbyggere hvis ikke driftstilskuddet gjenspeiler arbeidsmengden.	Hvordan listeinnbyggerne påvirker fastlegens inntekt, avhenger av taksternes utforming. Siden dagens takstsystem gir større inntjening fra mange korte enn fra få og lange konsultasjoner, blir ikke fastlegen fullt ut kompensert for merarbeid knyttet til listeinnbyggere med stort behov for allmennelegetjenester.
God forutsigbarhet med hensyn til offentlige utgifter til allmennelegetjenesten.	Svakere forutsigbarhet med hensyn til offentlige utgifter til allmennelegetjenesten.
Liten forutsigbarhet med hensyn til inntekt per arbeidstid for legen.	God forutsigbarhet med hensyn til inntekt per arbeidstid for legen.
Legekontorets inntekter påvirkes lite av eksterne sjokk som for eksempel en pandemi, siden inntektene i mindre grad avhenger av aktivitet.	Legekontorets inntekter påvirkes av eksterne sjokk som for eksempel en pandemi, siden inntektene avhenger av aktivitet.
Kan bruke nødvendig tid/mer tid på listeinnbyggere som trenger det, og bruke tid på møter og tverrfaglig samarbeid uten å måtte tenke på tapt inntjening.	Mer tid til listeinnbyggere som trenger det, og tid på møter og tverrfaglig samarbeid har en kostnad for legen dersom denne virksomheten ikke har en takst.
Oppmuntrer til henvisning av listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten.	Oppmuntring til å henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten avhenger av takstsystemets utforming. Siden dagens takstsystem premierer mange, korte konsultasjoner, stimulerer det til å henvise listeinnbyggere heller enn å gjøre prosedyrer selv.
Oppmuntrer ikke til overaktivitet uavhengig av legedekning.	Oppmuntrer til overaktivitet hvis legedekningen er god.
Fravær av aktivitetsavhengige takster, gir større rom for at faglige hensyn styrer prioriteringene som gjøres.	Prioritering mellom listeinnbyggere kan påvirkes av hvilke aktivitetsavhengige takster som anses som lønnsomme og mindre lønnsomme.
Fravær av takster som belønner fastlegens individuelle aktivitet, kan oppmuntre til samarbeid.	Takster som belønner fastlegens individuelle aktivitet, oppmuntrer ikke uten videre til samarbeid.

Det er en stor internasjonal forskningslitteratur om egenskaper ved per capita-avlønning (per innbygger) (som driftstilskuddsmodellen kan sies å være) og aktivitetsbasert avlønning i form av takster (som honorarmodellen er). Kort oppsummert viser litteraturen at aktivitetsbasert avlønning stimulerer til et høyere aktivitetsnivå enn hva per capita-avlønning gjør.¹⁶ I tolkning av litteraturen er det viktig å være oppmerksom på at aktivitetsnivå i betydningen flere aktiviteter som synliggjøres ved takstbruk, ikke er ensbetydende med at det er de medisinske

¹⁶ Det har også betydning for aktivitet og produktivitet om den enkelte lege opptjener aktivitetsbasert avlønning for seg eller om legekantoret deler den samlede aktivitetsbaserte avlønning (Gaynor & Gertler, 1995). Sammenhengen kan variere avhengig av type virksomhet på legekantoret.

sett riktige tingene som gjøres. Kvantitet er ikke nødvendigvis ensbetydende med kvalitet. Et eksempel er van Dijk et al. (2013), som undersøker effektene av overgang til et blandet per capita og aktivitetsbasert avlønningssystem for allmennleger (fastleger) i Nederland i 2006. For pasientene i sosialforsikringssystemet fikk legene tidligere ren per capita-inntekt. Forfatterens hypotese var at disse pasientene ville oppleve flere legeinitierte kontakter etter introduksjon av aktivitetskomponenter i avlønningssystemet. Den empiriske undersøkelsen støtter denne hypotesen. Det ble flere legeinitierte ytelser spesielt i aldersgruppen 25 – 54 år – den presumtivt friskeste delen av befolkningen.

Med utgangspunkt i litteraturen, er en nærliggende hypotese at økningen i aktivitetsnivået vil være større i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Våre empiriske undersøkelser støtter hypotesen (se Tabell 6). Vi finner at økningen i antallet lege- og sykepleierkonsultasjoner er større i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen blant dem som har mottatt tjenester fra legekantoret. Dette resultatet er statistisk signifikant for noen av målgruppene i forsøket. Vi vet ikke hvor mye av økningen som skyldes at det er flere konsultasjonstakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen.

4 av de 5 legekantorene med driftstilskuddsmodellen er kommunale legekantor. Vi har tidligere referert at gjennomsnittlige takstinntekter per listeinnbygger var 28 prosent større i 2017 for legekantor med honorarmodellen, sammenlignet med legekantor med driftstilskuddsmodellen. Det er nærliggende å anta at noe av denne forskjellen har sammenheng med at kommunalt ansatte fastleger med fast lønn i mindre grad "oppmuntres" til takstinntjening enn næringsdrivende fastleger i private legekantor der fastlegenes inntekter er direkte avhengig av takstinntektene. Denne forskjellen gjør det økonomisk rasjonelt for kommunale legekantor med fastlønnede leger å velge driftstilskuddsmodellen der en større andel av inntektene er aktivitetsuavhengig. Vi vet ikke hvilke inntekter disse kommunale legekantorene ville hatt dersom de hadde valgt honorarmodellen. Systematikken i kombinasjonen eierskap og valgt finansieringsmodell blant legekantorene i PHT-forsøket, gjør evalueringen av finansieringsmodellene vanskelig.

Det er også andre egenskaper ved finansieringsmodellene som gjør honorarmodellen attraktiv for de private legekantorene. I fastlegeordningen er det den enkelte fastlege som inngår avtale med kommune og Helfo. Takstinntekter og basistilskudd overføres den enkelte fastlege månedlig. Dersom inntektene som fastlegene genererer, skal fordeles annerledes mellom fastlegene på legekantoret, må fastlegene avtale det seg imellom. I PHT-kantor med honorarmodellen er derfor avtalen mellom fastlegene om fordeling av inntekter og kostnader begrenset til PHT-sykepleier og andre ansatte samt infrastruktur.¹⁷ I driftstilskuddsmodellen må det avtales mellom fastlegene hvordan driftstilskuddet, som også omfatter legenes inntekter, skal fordeles. Det kan derfor være større risiko for interne konflikter enn hva det er i honorarmodellen. For ansatte leger med fast lønn er ikke denne problemstillingen aktuell.

Til tross for problemene med å avdekke årsakssammenhenger, er likevel evalueringen vi har gjort av finansieringsmodellene, relevant for en eventuell framtidig innføring av PHT i større skala. Så lenge det er valgfrihet mellom finansieringsmodeller, vil effektene av en systemendring avhenge av samme type seleksjon som har vært tilfellet i forsøket. Videre bruk av driftstilskuddsmodellen vil trolig forutsette endringer i hvordan fastlegeavtaler inngås. I dag er det kun mulig med individuelle fastlegeavtaler og ikke mulig å inngå avtale mellom kommune og legekantor. Det kan også vurderes et noe større element av aktivitetsbasert avlønning i driftstilskuddsmodellen. Det vil samtidig bidra til noe mer aktivitetsregistrering enn nå. Innføring av pasienttilpasset basistilskudd medførte ingen endring i driftstilskuddsmodellen. Det kan tenkes at legekantor med driftstilskuddsmodellen ser seg tjent med å bytte til honorarmodellen dersom pasienttilpasset basistilskudd medfører større inntekter med honorarmodellen enn med driftstilskuddsmodellen. Videreføring av driftstilskuddsmodellen vil derfor forutsette at modellen oppdateres parallelt med endringer som blir gjort i honorarmodellen.

¹⁷ I honorarmodellen tilfaller sykepleiernes takstinntekter legekantoret og ikke listeinnbyggerens fastlege. Tabell 4.2 i Statusrapport V viser variasjon mellom legekantorene i hvordan evt. netto kostnad til sykepleier fordeles mellom fastlegene. De fleste deler likt.

8. Samfunnsnytt av PHT

PHT innebærer endret organisering der fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeider som team. Under fastlegenes ledelse, skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi listeinnbyggere bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Arbeidet retter seg spesielt mot listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Vi vurderer at PHT trolig kan gi helsegevinster som sammen med de øvrige gevinstene kan veie opp for kostnadene av tiltaket. PHT kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt selv om vi ikke kan dokumentere dette med kvantitative data i de undersøkelsene vi har gjort. Vi har ikke vurdert om andre tiltak til samme kostnad ville gitt større nytte enn PHT.

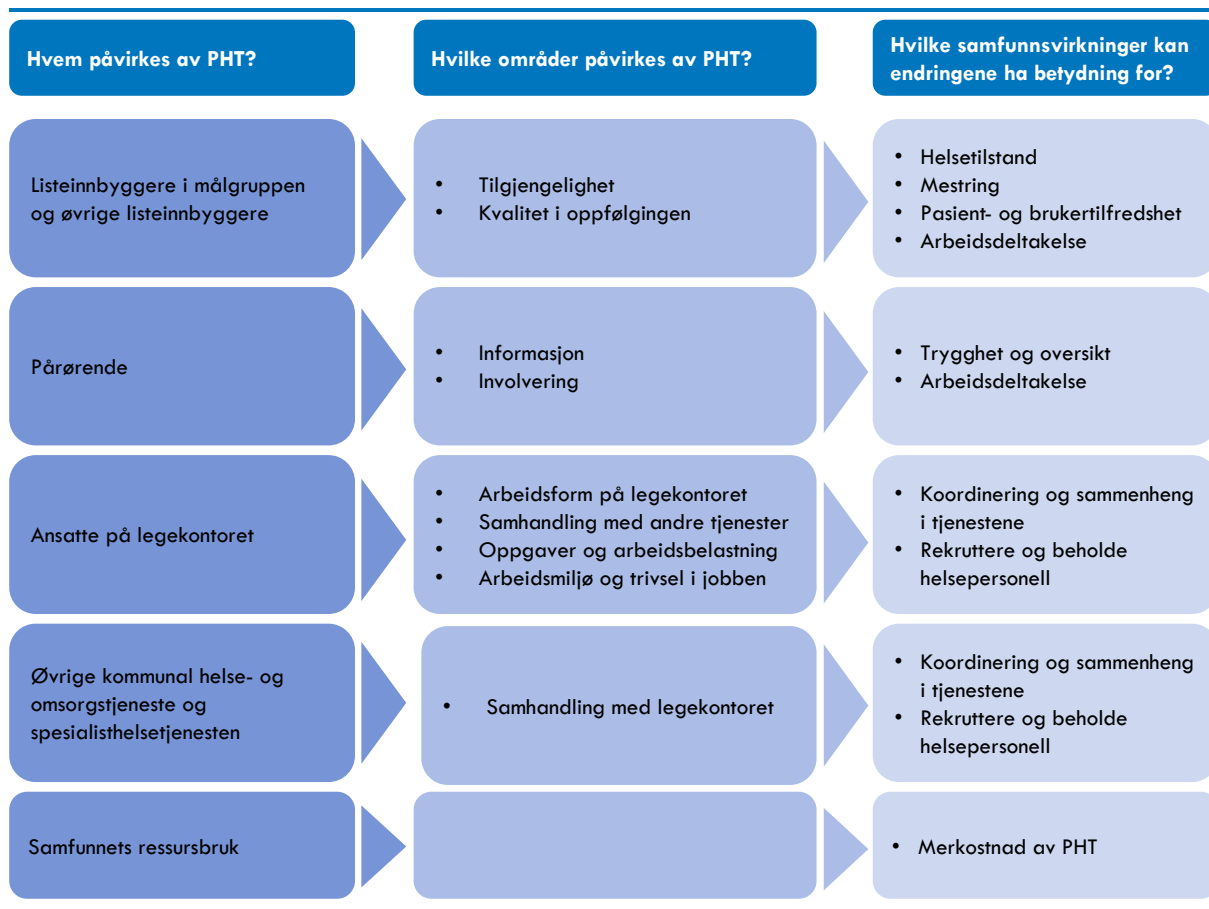
Kjernen i PHT handler om at legekantorene legger om til teambasert og tverrfaglig oppfølging, med en mer systematisk og proaktiv tilnærming til listeinnbyggerne. Helsedirektoratets rammer for forsøket har gitt legekantorene fleksibilitet til å tilpasse PHT til deres lokale kontekst, noe som har medført variasjon i både organisering av teamarbeid og målgruppene som legekantorene særlig har jobbet med. Denne variasjonen gjør det utfordrende å vurdere hvilke nyttevirkinger og kostnader PHT vil medføre hvis ordningen innføres nasjonalt. Dersom PHT utbredes i stor skala, er det grunn til å anta at legekantorene har lært fra årene med PHT-forsøket, og at de innretter PHT på en slik måte at det gir gevinster for listeinnbyggerne og helsepersonell, samtidig som de unngår dobbeltarbeid og unødvendige kostnader.

Formålet med PHT er å gi et bedre helsetilbud til listeinnbyggere med store behov for fastlegetjenester, blant annet personer med kronisk sykdom, samtidig som man styrker samhandlingen med andre tjenester. Dette er beskrevet i virkningskjeden (Figur 2). I dette kapitlet beskriver vi de ventede virkningene av PHT, både tilsiktede og utilsiktede. En artikkel om samfunnsnytt av PHT er også publisert i et fagfellevurdert tidsskrift (Pedersen, et al., 2023).

8.1 Hvem påvirkes av PHT?

PHT innebærer at arbeidsformen på legekantoret endres. I første omgang påvirker dette helsepersonellet på legekantoret som jobber på en ny måte, og dette får igjen betydning for listeinnbyggere i målgruppene for PHT, samt øvrige listeinnbyggere (Figur 10). Videre kan også pårørende bli påvirket av endringene PHT gir. Gjennom endringer i arbeidsform på legekantoret, kan også andre deler av helse- og omsorgstjenesten bli påvirket. For samfunnets ressursbruk kan PHT ha betydning i form av merkostnader knyttet til endret organisering og arbeidsform, men også reduserte eller unngåtte kostnader som følge av effektene av PHT.

Figur 10 Hvem påvirkes av PHT, hvilke områder påvirkes av PHT, og hvilke samfunnsvirkninger innebærer dette?



Merknad: Figuren er en illustrasjon av hvem som påvirkes av PHT og hvilke samfunnsvirkninger PHT kan gi, og forsøket er mer komplekst enn det som fremkommer av figuren.

Listeinbyggere i målgruppene og øvrige listeinnbyggere

Arbeidsformen i PHT legger større vekt på arbeid med kvalitetsforbedring, brukermedvirkning og tettere oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene. Dette påvirker tilbudet til listeinnbyggere i målgruppene, men også tilbudet til øvrige listeinnbyggere.

Pårørende

I tilfeller der PHT påvirker helsetilstanden til en listeinnbygger, samt oppgaver knyttet til uformell omsorg, kan PHT ha en innvirkning på de pårørendes liv og hverdag.

Helsepersonellet på legekantorene

PHT medfører en endret arbeidsform på legekantoret, der helsepersonellet jobber sammen i tverrfaglige team. Endringene gir de ansatte nye oppgaver og en annen oppgavedeling enn tidligere, i tillegg til å endre legekantorets samhandling med andre tjenester. Disse endringene påvirker helsepersonellet på legekantorene, både leger, sykepleiere, helsesekretærer og andre.

Ansatte i øvrige helse- og omsorgstjenester

Ansatte i øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt i spesialisthelsetjenesten, kan påvirkes av at legekantorene blir PHT. Arbeidsformen i PHT gir legekantorene mulighet til å samhandle med øvrige tjenester på en annen måte enn før, i tillegg til at listeinnbyggerne ved legekantoret får et annet tilbud enn tidligere.

Samfunnets ressursbruk

For samfunnets ressursbruk gir PHT virkninger i form av endrede kostnader på legekantoret, men PHT kan også påvirke omfanget av tjenester og kostnader i andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

8.2 Prissatte og ikke-prissatte virkninger av PHT

Som beskrevet i virkningskjeden (Figur 2, i kapitlet «Forsøket med primærhelseteam»), er rammebetingelser og ressursinnsats, aktiviteter og arbeidsprosesser, og brukereffekter, drivere for samfunnsvirkningene av PHT. Kostnadene ved PHT er knyttet til flere endringer og elementer, og de er derfor utfordrende å tallfeste. Kostnadene er både knyttet til tilførsel av sykepleier, endringer i arbeidsform og ledelse av legekantoret samt endringer i samhandling og bruk av andre tjenester. Det er enda mer utfordrende å tallfeste nyttevirkningene av PHT som endret helsetilstand og mestring, pasient- og brukertilfredshet og trygghet og oversikt for pårørende. I hovedsak behandler vi derfor virkningene som ikke-prissatte, men vi drøfter også hvor store gevinster i helserelatert livskvalitet som må til for å veie opp for kostnadene ved sykepleier.

I henhold til DFØs nye veileder i samfunnsøkonomisk analyse benytter vi verdimatrisemetoden for å vurdere de ikke-prissatte virkningene (DFØ, 2023) (se nærmere beskrivelse i «Rammeverk for vurdering av ikke-prissatte virkninger»). For å komme frem til den samfunnsøkonomiske verdien av de ikke-prissatte virkningene, gjør vi tre vurderinger:

- Hvor mange blir berørt av hver virkning?
- Hvor stor påvirkning vil tiltaket ha på hver enkelt berørt?
- Hvilken enhetsverdi skal benyttes?

Enhetsverdi, eller pris, er verdien av virkningen for befolkningen. For ikke-prissatte virkninger betyr det at man må gjøre en skjønnsmessig vurdering av hvilken verdi eller betydning virkningen har for befolkningens velferd, herunder se på kostnaden ved lignende tiltak som er innført. Skalaen for kvantum sier både noe om effekten er negativ eller positiv, og om omfanget er lite, middels eller stort (antall berørte og størrelsen på virkningen).

«Verdivurderingen» av ikke-prissatte virkninger basert på DFØs veileder gjøres ved å se kvantum (de to første vurderingene) og enhetsverdi (den tredje vurderingen) i lys av hverandre. Basert på verdimatrisen gir dette den samfunnsøkonomiske verdien (Tabell 25). Verdimatrisen gir en verdi på en nidelt skala fra «meget stor negativ» til «meget stor positiv». En svakhet ved metoden, er at verdien av hver samfunnsvirkning oppsummeres i én vurdering. Det er derfor nødvendig å lese begrunnelsen for hver virkning for å forstå vurderingen av kvantum og enhetsverdi. Selv om vurderingene i analysen skal være mest mulig faglige og objektive, vil vurderingene av både kvanta, enhetsverdi og samfunnsøkonomisk verdi være preget av skjønn.

I den samfunnsøkonomiske analysen av PHT gjennomført i 2021, benyttet vi pluss-minus-metoden, som da var den anbefalte metoden for vurdering av de ikke-prissatte virkningene i en samfunnsøkonomisk analyse. Begrunnelsen fra DFØ for å gå bort fra denne metoden, var at de ønsket å redusere risikoen for at beslutningstakere feilaktig legger sammen plusser og minuser for å vurdere samfunnsøkonomisk verdi av ulike tiltak.

Tabell 25 Verdimatrisen – verktøy for å finne den samfunnsøkonomiske verdien av ikke-prissatte virkninger.

Kvantum / Enhetsverdi	Liten	Middels	Høy
Stort, negativt	Middels negativ	Stor negativ	Meget stor negativ
Middels, negativt	Liten negativ	Middels negativ	Stor negativ
Lite, negativt	Ubetydelig/ingen	Liten negativ	Middels negativ
Verken positivt eller negativt	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen
Lite, positivt	Ubetydelig/ingen	Liten positiv	Middels positiv
Middels, positivt	Liten positiv	Middels positiv	Stor positiv
Stort, positivt	Middels positiv	Stor positiv	Meget stor positiv

Kilde: DFØs veileder i samfunnsøkonomisk analyse

Målet med mange tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er å bidra til bedre helse og livskvalitet i stort, og det er vanskelig å måle disse effektene. Som beskrevet i Blankholm-utvalgets utredning, vil den kommunale helse- og omsorgstjenesten ofte måtte forholde seg til flere problemer eller diagnoser av gangen, og i større grad ha som mål at pasienten/brukeren settes i stand til å mestre sin tilstand og leve et godt liv med

sykdom (NOU 2018:16). Spesielt den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil dermed i større grad ivareta et bredere sett av behov hos pasienten/brukeren, og ofte over en lenger tidsperiode, enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten. Blankholm-utvalget påpeker også at det er ulikheter i forskningsgrunnlaget og systematisk dokumentasjon for tiltak som igangsettes. For mange tiltak som iverksettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, finnes det lite systematisk dokumentasjon på effektene. Dette skyldes blant annet at det er mer krevende å gjennomføre randomiserte studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn på andre områder som for eksempel legemidler. Manglende kunnskap om effekten av tiltak, er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

8.2.1 Helsetilstand

Kvalitet i oppfølgingen

Intensjonen med PHT er å gi et bedre tilbud til listeinnbyggerne, og særlig til listeinnbyggere i målgruppene for PHT. Dersom oppfølgingen fra legekantoret ikke holder tilstrekkelig kvalitet, kan det gå på bekostning av helse, tilfriskningspotensial og livskvalitet for den enkelte. Mangelfull kvalitet i oppfølging kan også føre til at flere får behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Samtidig kan tettere oppfølging i noen tilfeller gjøre at plager og tilstander som kunne gått over av seg selv, eller med egenbehandling fra listeinnbyggeren, unødige blir fulgt opp i helsetjenesten (Moynihan, et al., 2013; Treadwell & McCartney, 2016).

PHT-lederne har jobbet systematisk med ledelse av legekantoret, og arbeidsformen på legekantorene har blitt utviklet slik at det blir lagt større vekt på kvalitetsforbedring, brukervedvirkning og tettere oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene. Formålet med arbeidet har vært å bidra til bedre kvalitet i oppfølgingen av listeinnbyggere i målgruppene. PHT legger også til rette for aktiviteter som forventes å gi økt kvalitet i tilbudet, som sykepleierkonsultasjoner, legemiddelgjennomgang, årskontroller, utarbeidelse av behandlingsplaner og hjemmebesøk. For eksempel har eldre, multisyke listeinnbyggere 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 for å få gjort.

Listeinnbyggerne som mottar helsehjelp fra PHT, samsvarer godt med målgruppene i forsøket. Av listeinnbyggerne ved legekantorene i forsøket, har 12 prosent mottatt helsehjelp av PHT i løpet av forsøksperioden (målt ved takstgenererende sykepleierkontakt).

Spørreundersøkelsen blant listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT, viste at flertallet (75 prosent) opplever at de samlet sett i stor eller svært stor grad får en bedre oppfølging av egen helse, sammenlignet med perioden før PHT. Dette stemmer også overens med funn fra intervjuene.

PHT kan også ha betydning for kvaliteten i tilbudet til øvrige listeinnbyggere. 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 vektlegging av veiledning og mestring. Samtidig kan PHT også innebære at det blir færre ressurser til listeinnbyggere som ikke er i målgruppene for PHT, fordi det er målgruppene som prioriteres av legekantoret.

Tilgjengelighet

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 et viktig helsepolitisk mål.

Funn fra intervjuene viser at PHT har skapt tilgjengelighet til fastlegetjenesten på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen på legekantoret. Flere som fortalte at de opplevde å ha god tilgjengelighet før PHT-forsøket, oppga at tilgangen hadde blitt enda bedre (Abelsen, et al., 2021). 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.

For noen listeinnbyggere 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 listeinnbyggerne: 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.

I intervjuer har pasienter og pårørende fortalt at de har opplevd økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. I spørreundersøkelsen blant pasienter som har fått oppfølging fra PHT, oppga 67 prosent at de er fornøyd med tilgjengeligheten til fastlegen (Aandahl, et al., 2022). Vi vet derimot lite om hvor stor andel av listeinnbyggerne i målgruppen som opplever at PHT har økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten. PHT kan også ha gjort at listeinnbyggere som ikke er i målgruppene har fått mindre tid og oppmerksomhet. Dette kan være en riktig prioritering dersom det innebærer at listeinnbyggere med mindre viktige behov ikke får oppfylt sine behov, men kan også være uheldig dersom listeinnbyggere med store behov (men som ikke er i målgruppene) i mindre grad enn tidligere får oppfylt sine behov. Evalueringen gir i liten grad kunnskap om dette.

Vurdering av betydning for listeinnbyggernes helsetilstand

Evalueringen viser at legekantorene med PHT arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst. Dette gjelder særlig for listeinnbyggere i målgruppene for PHT, og det er variasjon mellom legekantorene i hvilke målgrupper de har lagt mest vekt på å følge opp. Sammenlignet med perioden før PHT, opplever flertallet (75 prosent) at oppfølgingen de får nå i stor eller svært stor grad bidrar til at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse (Aandahl, et al., 2022). Litt over halvparten oppgir at de i stor eller svært stor grad har større motivasjon til å ta vare på egen helse (55 prosent), og rett under halvparten oppga at de i stor eller svært stor grad opplever å ha bedre livskvalitet (47 prosent), bedre helse alt i alt (40 prosent) eller mer stabil helse (47 prosent). Over halvparten av helsepersonellet på legekantorene mener at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til økt tilgjengelighet til tjenesten og bedre oppfølging og helse blant enkeltpersoner (Abelsen, et al., 2022).

PHT har trolig bidratt til bedre helsetilstand for listeinnbyggere som er svake etterspørrere. Ved flere legekantor i forsøket har de innført systematiske søk for å finne listeinnbyggere i målgruppen som ikke selv følger opp og ikke selv tar kontakt med legekantoret. PHT har bidratt til at legekantorene har mulighet til å bruke mer ressurser på å få kontakt med listeinnbyggerne, og dette har bidratt til at de når flere enn før.

Samlet sett peker funnene fra evalueringen i litt ulik retning når det gjelder betydningen av PHT for listeinnbyggernes helsetilstand. Funn fra intervjuer tyder på at både helsepersonellet på legekantorene og listeinnbyggerne selv opplever at PHT har bidratt til bedre helsetilstand for enkeltpersoner. Dette stemmer også overens med funnene fra spørreundersøkelsene. Analysene av registerdata viser blant annet at andelen som har hatt årskontroll for diabetes har økt, og at omfanget av hjemmebesøk har økt etter PHT. Samtidig viser ikke analysene av registerdata endringer i bruk av akutte tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Vi vurderer at verdien av bedre helsetilstand er «høy». Evalueringen tyder på at en del listeinnbyggere får bedre helsetilstand som følge av endringene PHT bidrar til. Samtidig er omfanget av disse endringene usikkert, men vi vurderer at omfanget er «lite, positivt». Samlet sett vurderer vi at virkningen på helsetilstand er «middels positiv».

8.2.2 Mestring

Å mestre egen helsetilstand handler om å ha kunnskap til å forstå kroppens symptomer og signaler, og å vite hva man kan gjøre for å unngå forverring. Listeinnbyggere som mestrer egen sykdom, kan i større grad være i stand til å iverksette riktige egentiltak ved en forverring av helsetilstanden, noe som kan redusere bruk av helsetjenester. Mestring av egen sykdom kan også føre til økt trygghet, ved at personen opplever å ha bedre kontroll over egen helsetilstand. Listeinnbyggere med god innsikt i egen sykdom vil også trolig i større grad enn andre etterspørre og motta helsehjelp som er godt tilpasset deres behov.

PHT legger vekt på opplæring og veiledning av listeinnbyggerne som får oppfølging. Over halvparten av helsepersonellet på legekantorene mener at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til bedre opplæring og mestring blant enkeltpasienter (Abelsen, et al., 2022). Fra intervjuene har vi 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 spørreundersøkelsen til listeinnbyggere som har fått oppfølging fra PHT, viser en positiv endring – 63 prosent oppga at PHT i stor eller svært stor grad har bidratt til at de forstår helseproblemene sine, og 57 prosent oppga at PHT i stor eller svært stor grad har bidratt til at de i større grad mestrer helseproblemene sine (Aandahl, et al., 2022).

Mestring henger tett sammen med trygghet og det å leve et godt liv til tross for sykdom, og vi vurderer at verdien av mestring er «høy». Omfanget av antall listeinnbyggere som får økt mestring som følge av PHT er

usikkert, men vi vurderer det som sannsynlig at omfanget av virkningen er «middels, positivt»). Samlet sett vurderer vi derfor at virkningen på mestring blant listeinnbyggerne er «stor positiv».

8.2.3 Pasient- og brukertilfredshet

Pasient- og brukertilfredshet handler om den individuelle evalueringen og opplevelsen av helsetjenestene man mottar.

Brukermedvirkning kan bidra til å sikre pasient- og brukertilfredshet. 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 opplever samtalene med sykepleier som god behandling. Som en del av PHT, har det også blitt lagt vekt på forebyggende arbeid og tettere oppfølging av enkeltpasienter. Evalueringen gir begrenset med kunnskap om hvordan PHT har påvirket listeinnbyggere som ikke er i målgruppene, og det kan tenkes at noen av disse har fått lavere pasient- og brukertilfredshet. På den andre siden kan de også ha opplevd nyttevirksomheter av at legekantorene jobber på en ny og mer systematisk måte.

Funn fra intervjuer med listeinnbyggere i målgruppene for PHT tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet. Listeinnbyggere virker å oppleve bedre kontinuitet med PHT, både som følge av mer dialog mellom ulike helsepersonell, og endringer i behandlingen som gir mer helhet og mer koordinering. Analyser av registerdata gir også indikasjon på økt tilfredshet blant listeinnbyggere ved legekantorer i PHT blant annet ved at det var færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen, enn fra legekantor utenfor forsøket. I spørreundersøkelsen blant listeinnbyggere som har fått oppfølging fra PHT, oppga 50 prosent at de i større grad opplever trygghet for at de blir ivare tatt på en god måte (i stor eller svært stor grad) (Aandahl, et al., 2022).

Samlet sett vurderer vi at pasient- og brukertilfredshet har en positiv verdi, men noe mindre enn helsetilstand og mestring. Vi vurderer derfor at verdien er «middels». Vi vurderer at omfanget av antall listeinnbyggere som opplever økt tilfredshet er på nivå med omfanget av listeinnbyggere som opplever økt mestring, og omfanget av virkningen er derfor «middels, positivt»), slik at den samlede vurderingen av konsekvensen av denne virkningen er «middels positiv».

8.2.4 Arbeidsdeltakelse for listeinnbyggere og pårørende

Arbeidsdeltakelse er viktig for den enkelte og for samfunnet som helhet. Deltakelse i arbeidslivet gir opplevelse av mestring, faglig og personlig utvikling, i tillegg til at jobben er en viktig arena for tilhørighet og sosiale nettverk. Dersom PHT kan bidra til at noen listeinnbyggere får økt sin arbeidsevne og -deltakelse, vil denne virkningen ha stor betydning for samfunnsnyttens av PHT.

En av målgruppene for PHT er listeinnbyggere med psykiske helseutfordringer, som er en gruppe med særlig risiko for å falle utenfor arbeidslivet. I 2016 var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser primærdiagnose til 36,8 prosent av alle mottakere av uføretrygd, tilsvarende 117 000 personer (NAV, 2021).

Dersom PHT bidrar til bedre helse og mestring for listeinnbyggere, kan det påvirke arbeidsevne og dermed arbeidsdeltakelse, både for listeinnbyggere og deres pårørende. Vi venter også at PHT for noen listeinnbyggere kan gi økt arbeidsdeltakelse gjennom redusert sykefravær. Listeinnbyggere og pårørendes arbeidsdeltakelse har ikke vært et tema i evalueringen, og vi har lite informasjon som belyser i hvilken grad PHT har påvirket arbeidsdeltakelse. Det har heller ikke vært et definert mål at PHT skal bidra til økt arbeidsdeltakelse. Vi vurderer derfor at virkningen av PHT for økt arbeidsdeltakelse for listeinnbyggere og pårørende har vært verken positiv eller negativ. PHT kan likevel ha bidratt til økt arbeidsdeltakelse for et begrenset antall personer. Særlig blant listeinnbyggere med psykiske helseproblemer og rusproblemer er det en betydelig andel i yrkesaktiv alder, og som kan ha stor nytte av oppfølging som kan øke arbeidsdeltakelsen.

Arbeidsdeltakelse har verdi for samfunnet, men likevel mindre enn verdien av helse og mestring. Vi vurderer derfor at verdien er «middels», men vi mangler dokumentasjon som viser at PHT bidrar til økt arbeidsdeltakelse for listeinnbyggerne og deres pårørende. Vi vurderer derfor at PHT bidrar til «ubetydelig eller ingen konsekvens») knyttet til økt arbeidsdeltakelse for listeinnbyggere og pårørende.

8.2.5 Trygghet og oversikt for pårørende

Pårørende er ofte listeinnbyggerens viktigste støttespiller, og flere har store ansvars- og omsorgsoppgaver. De pårørende er derfor en viktig ressurs for samfunnet, og det er viktig at kontakten de har med helsetjenesten bidrar til trygghet og oversikt.

Mange pårørende bruker mye tid på å være koordinator i helsetjenesten (Opinion, 2021). Evalueringen viser at PHT kan bidra til bedre koordinerte tjenester, særlig for de kommunale tjenestene, og dette kan også komme pårørende til gode. Videre har også flere av legekantorene med PHT jobbet systematisk med å utarbeide behandlingsplaner for listeinnbyggere med kols, diabetes, psykiske helseproblemer eller rusproblemer. 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.

Intervjuene der pårørende har deltatt, viser at også pårørende har satt pris på kontakten med sykepleier, og at dette bidrar til bedre oppfølging og avlastning (Abelsen, et al., 2021). Pårørende opplevde også at PHT-sykepleieren styrket deres posisjon i dialogen om oppfølgingen fra hjemmesykepleien. 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. Pårørende opplevde PHT-oppfølgingen som et svært positivt framskritt.

Samlet sett vurderer vi at trygghet og oversikt for pårørende har mindre verdi enn virkningene som har direkte påvirkning på listeinnbyggerne. Vi vurderer at verdien er «liten», og at omfanget av økt trygghet og oversikt som følger av PHT er «middels, positivt». Dette gir en «liten positiv» konsekvens.

8.2.6 Koordinering og sammenheng i tjenestene

PHT påvirker arbeidsprosessene på legekantoret og bidrar til tverrfaglig samarbeid internt på legekantoret, samt endret samhandling med tjenester utenfor legekantoret.

Godt koordinerte og sammenhengende tjenester er viktig for å sikre helhetlig oppfølging av listeinnbyggere med behov for oppfølging fra flere tjenester. Samhandling er nødvendig dersom ulike tjenester skal kunne dele informasjon og unngå unødvendig dobbeltarbeid og ressursbruk. Samhandling reduserer også risikoen for misforståelser og feil, og godt koordinerte tjenester kan bidra til en bedre pasientopplevelse.

PHT virker å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. PHT-sykepleieren oppleves blant annet som et viktig bindeledd til/fra fastlegen, som en nyttig sparringspartner og som fastlegens og legekantorets utstrakte arm når de er på hjemmebesøk hos pasienter. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. Vi har ikke holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer for spesialisthelsetjenestens samhandling med fastlegekantorene, og kontakten virker i hovedsak å foregå som før. Ettersom listeinnbyggere ved PHT-kantorene som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, utgjør en relativt liten andel av alle som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, kan det være mer utfordrende å få til endringer her enn i samhandlingen med den øvrige primærhelsetjenesten. Dette gjøre det også utfordrende å fange opp eventuelle endringer.

I intervjuene med listeinnbyggere fortalte listeinnbyggerne at de har opplevd endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering. I intervjuundersøkelsen blant ansatte i andre kommunale tjenester trakk flere informanter fram at listeinnbyggere med omfattende behov raskere får tilgang til fastlegen med PHT, i tillegg til å ofte få mer omfattende tjenester enn før. Deres erfaring er at PHT bidrar til mer helhetlig tenkning rundt listeinnbyggere som ikke begrenses til det listeinnbyggerne selv oppsøker legen for.

I spørreundersøkelsen blant listeinnbyggere som har fått oppfølging fra PHT, svarte 46 prosent at de opplever at tjenestene fra de ulike delene av helsetjenesten er bedre koordinert enn før, og 40 prosent svarte at dette ikke er relevant for dem.

Det foregår en rekke satsinger der bedre koordinering i helsetjenesten står sentralt, for eksempel strukturert, tverrfaglig oppfølgingsteam og digital hjemmeoppfølging. Vi vurderer derfor at koordinering og sammenheng i tjenestene har «middels» verdi, og at omfanget av endringen PHT har bidratt til mot mer koordinering og sammenheng er «middels, positivt», og samlet sett gir dette en «middels positiv» virkning.

8.2.7 Rekruttere og beholde helsepersonell

I handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 er et viktig mål å sikre økt rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten. Dette er ikke et direkte mål ved PHT, men funn fra evalueringen tyder likevel på at endringene som følger av PHT kan bidra til økt trivsel og attraktive arbeidsplasser.

PHT innebærer at man bruker helsepersonell på en ny måte. Tradisjonelt har norske fastlegekantor bestått av leger og helsesekretærer, men en del legekantor har også sykepleier ansatt. På landsbasis hadde 50 prosent av alle kommunale legekantor ansatt sykepleiere på legekantoret før PHT-forsøket startet, mens det tilsvarende tallet for privateide legekantor var 16 prosent (Abelsen, et al., 2022). Det er trolig stor variasjon i hvilke

oppgaver disse sykepleierne utfører. Ved legekantorene i forsøket hadde 10 av 17 sykepleiere ansatt før PHT-forsøket, men det har ikke vært noen automatikk i at det er de allerede ansatte sykepleierne som har gått inn i PHT.

PHT-sykepleieren gir legekantorene mulighet til å øke kvaliteten i tjenestene på legekantoret, men også til å overføre oppgaver fra legen til sykepleier. Spørreundersøkelsene blant ansatte på legekantorene viser at oppgavene sykepleier utfører både kommer i tillegg til og i stedet for fastlegens arbeid. Dette tyder på at sykepleieren både bidrar til kvalitetsheving og kapasitetsøkning. Samtidig viser ikke analysene av registerdata at legene øker sin takstfinansierte aktivitet. I spørreundersøkelsen gjennomført i 2022 oppga 41 prosent av legene at organiseringen som PHT har redusert arbeidsbelastningen, og dette kan tyde på at en del av legene tar ut den frigjorte tiden som redusert arbeidsbelastning og økt fritid fremfor å øke antallet konsultasjoner (Abelsen, et al., 2022).

I løpet av forsøket har det vært diskutert om det er en hensiktsmessig bruk av helsepersonell å ansette sykepleiere på legekantoret, og det har særlig blitt stilt spørsmål ved om PHT vil «tappe» andre tjenester for sykepleiere. Vår vurdering er at PHT legger til rette for at oppgaver løses på rett nivå, og at det ikke er nødvendig at legen er involvert i alle oppgavene som løses på legekantoret. Dersom fastlegene må bruke mye tid på å «detaljstyre» sykepleierne på legekantoret, vil dette ta mye tid og være lite motiverende både for fastlegene og sykepleierne.

På kort sikt kan stillingene som PHT-sykepleier gjøre at tilgangen på sykepleiere i andre deler av tjenesten påvirkes, men på lengre sikt er det grunn til å tro at både lønninger og utdanningssystem endres slik at behovet for helsepersonell i ulike tjenester dekkes.

Funn fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte på legekantorene i forsøket opplever at arbeidsmiljøet har blitt bedre etter at de ble PHT. I spørreundersøkelsen som ble sendt ut i forbindelse med statusrapport IV, oppga 62 prosent av fastlegene, 87 prosent av sykepleierne og 61 prosent av helsesekretærene at PHT hadde påvirket samlet trivsel i jobben positivt (Abelsen, et al., 2022). Derimot finner vi ikke statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger i allmennelegetjenesten ellers (Abelsen, et al., 2021). Videre tyder resultater fra spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser på at de ansatte opplever at de kan arbeide på en måte som gir bedre kvalitet, og dette kan på sikt gi økt attraktivitet for fastlegeyrket og bidra til stabilitet blant eksisterende fastleger.

Samlet sett vurderer vi at verdien av at helsepersonell brukes på en effektiv og hensiktsmessig måte er «middels». PHT innebærer en ny og teambasert arbeidsform på legekantoret, og evalueringen viser at dette kan gi økt trivsel både for legen og annet helsepersonell på legekantoret. Dette kan igjen virke positivt inn på muligheten til å rekruttere og beholde helsepersonell. Vi vurderer derfor at omfanget av virkningen er «lite, positivt». Den samlede konsekvensen for bruk av helsepersonell blir da «Liten positivt».

8.2.8 Merkostnaden av PHT

Ressursbruken ved PHT er knyttet til sykepleier, samt tidsbruk til ledelse av PHT og endring til en teambasert tjeneste. PHT kan også medføre kostnader til fysiske endringer på legekantorene – for eksempel dersom det er behov for å etablere et eget kontor for sykepleier. I forsøket har PHT-lederne fått tilbud om lederutdanning, og dersom ledere på nye legekantor som blir PHT også får dette, vil det være en kostnad ved PHT. Videre kan endringene som skjer på legekantorene som blir PHT, også få betydning for ressursbruken i andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Sykepleier

I forsøket har legekantorene blitt tilført finansiering for en sykepleierressurs, i størrelsesordenen ett sykepleierårsverk per 3 600 listeinnbyggere. Med gjennomsnittlig listelengde da forsøket startet (Helsedirektoratet, 2023), tilsvarer dette litt grovt regnet om lag en sykepleier (helt årsverk) per tre fastleger.

For å vite hva det vil koste å ansette sykepleiere på legekantorene, må vi først anslå hvor mange sykepleiere det vil være behov for å ansette. Før PHT-forsøket startet, hadde om lag 50 prosent av alle kommunale legekantor sykepleiere ansatt på legekantoret, mens det samme var tilfelle for 16 prosent av privateide legekantor (Abelsen, et al., 2021). 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 til sammen er om lag 340 sykepleierårsverk i

fastlegetjenesten (Tabell 26). Ikke alle sykepleierne er ansatt i 100 prosent-stilling, og noen av legekantorene har flere sykepleiere ansatt. Det faktiske antallet sykepleierårsverk ved legekantorene er derfor usikkert.

Tabell 26 Anslag på antall sykepleierårsverk ved legekantor i Norge ved oppstart av forsøket med PHT

	Anslag antall sykepleierårsverk
Kommunale legekantor	190
Privateide legekantor	150
Sum	340

Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM

Behovet for PHT-sykepleiere vil avhenge av hvor mange legekantor som vil bli PHT-legekantor. Tabell 27 angir antall legekantor etter antall listeinnbyggere, per 1. juli 2023. Dersom 25 prosent av dagens legekantor blir PHT (jevnt fordelt på legekantor av ulik størrelse), og gitt forutsetningene for dimensjonering av sykepleierressursen slik den har vært i forsøket, vil det innebære et behov for om lag 390 PHT-sykepleiere. Tilsvarende vil det være behov for om lag 1 180 PHT-sykepleiere dersom 75 prosent av dagens legekantor blir PHT. Vi vet ikke hvor mange av disse som kan rekrutteres blant sykepleiere som allerede er ansatt på legekantorene, og hvor mange som vil måtte rekrutteres fra andre steder.

Tabell 27 Antall legekantor etter antall listeinnbyggere, per 1. juli 2023

Antall listeinnbyggere (min)	Antall listeinnbyggere (maks)	Antall legekantor
15 300		2
14 100	15 299	2
11 700	14 099	2
11 400	11 699	3
10 200	11 399	12
7 800	10 199	61
7 500	7 799	16
6 300	7 499	94
3 900	6 299	460
3600	3899	70
2400	3599	270
	2 399	347
Sum		1 339

Helsedirektoratet har anslått at en sykepleierressurs i PHT i 2020 har en årsverkskostnad på 900 000 kroner¹⁸, inklusiv sosiale kostnader og overhead (f.eks. kontorplass). Justert til 2023-kroner tilsvarer dette 1 050 000 kroner. Dersom 25 prosent av dagens legekantor blir PHT, gir dette en årlig sykepleierkostnad på om lag 410 millioner kroner. Dersom 75 prosent av dagens legekantor blir PHT, blir den årlige sykepleierkostnaden anslagsvis 1,2 milliarder kroner. Vi mangler tallmessig dokumentasjon som viser at kostnadene til sykepleier veies opp av besparelser i fastlegetjenesten eller andre deler av helsetjenesten. Samtidig viser evalueringen at PHT gir mulighet for at sykepleier kan utføre oppgaver på en billigere måte enn fastlegen.

¹⁸ Enhetskostnaden er oppgitt i Helsedirektoratets egen kostnadsoversikt for PHT som evaluatør har fått tilgang til.

Ledelse og endringsarbeid

Innføring av PHT på legekantorene forutsetter at legekantorene bruker tid på endringsarbeid og implementering av den nye arbeidsformen, og at PHT-lederen bruker tid på ledelse av legekantoret. Det er usikkert hvor stort omfanget av dette ledelsesarbeidet er sammenlignet med ledelsesarbeidet ved vanlige legekantor. Ledelse ved norske fastlegekantor er lite utforsket; fastleger deler ofte på ledelsesfunksjoner, og hver fastlege er i stor grad sin egen leder (Gaski & Abelsen, 2020). Det er også variasjon i organiseringen, og dette gir ulike rammebetingelser for å drive ledelse på norske legekantor.

Uavhengig av PHT, vil det fremover trolig bli lagt vekt på større grad av tverrfaglig samarbeid i fastlegetjenesten, samt tettere integrasjon med andre tjenester. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennelegetjenesten skriver: «For å støtte deling av oppgaver med andre yrkesgrupper, foreslår ekspertutvalget blant annet å åpne for mer delegering og å innføre profesjonsnøytrale takster. Fastlegetjenesten bør bli bedre integrert med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. En slik omstilling vil kreve organisatoriske og finansielle endringer i retning av større enheter og tydeligere ledelse.» En slik endring vil på samme måte som omlegging til PHT kreve at det blir satt av tid til ledelse og endringsarbeid på legekantorene.

Dersom 25 prosent av dagens legekantor blir PHT, og omlegging til en ny arbeidsform innebærer at hvert legekantor bruker 20 timer mer i året på ledelse og endringsarbeid enn de ellers ville gjort, tilsvarer dette en årlig tidsbruk på om lag 6 700 timer. Dersom 75 prosent av dagens legekantor blir PHT, vil 20 timer arbeid knyttet til PHT tilsvare 20 100 timer.

Fra SLVs enhetskostnadsdatabase har vi anslag på verdien av tid for allmennpraktiserende lege og legespesialister (SLV, 2021). Basert på disse tallene og andelen fastleger som er spesialist i allmenntilleggsmedisin (63 prosent), beregner vi den vektete verdien av en arbeidstime for en lege. Justert til 2023-kroner blir verdien om lag 1 050 kroner per time.

Gitt anslagene over på antall timer som blir brukt på ledelse og endringsarbeid, finner vi at dersom 25 prosent av dagens legekantor blir PHT, vil kostnaden ved ledelse og endringsarbeid bli om lag 7 millioner kroner årlig. Tilsvarende vil kostnaden bli om lag 21 millioner kroner årlig dersom 75 prosent av dagens legekantor blir PHT.

I tillegg til tiden som har blitt brukt på ledelse, har PHT-lederne ved de deltakende legekantorene i forsøket fått tilbud om lederutdanning på BI (Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten). Som del av forsøket, har det blitt gitt finansiering for å dekke praksiskompensasjon under lederutdanning til en fastlege per deltakende legekantor. Utdanningen består av seks samlinger på tre til fire dager hver, tilsvarende om lag 160 arbeidstimer. I tillegg kommer tidsbruk til selvstudier og eksamen, samt kostnader til studieavgift, pensum, reise og opphold. Det er ikke grunn til å tro at alle ledere ved nye PHT-legekantor vil ta en slik utdanning, men det kan tenkes at noen flere enn ellers vil ta utdanningen.

Anslaget på tidsbruk knyttet til deltakelse på ledelsesutdanningen gir en kostnad på 170 000 kroner per lege som tar utdanningen. Dersom en ansatt fra 5 prosent av dagens legekantor tar en tilsvarende lederutdanning som den beskrevet over, vil tidskostnaden være om lag 11 millioner kroner. Dersom en ansatt ved 25 prosent av dagens legekantor tar lederutdanning fordi legekantoret blir PHT, vil tidskostnaden være om lag 57 millioner kroner.

Kostnadene til lederutdanningen vil være en investeringskostnad som kommer over flere år, og etter hvert vil det også komme nye leger til som tar utdanningen. Dersom PHT blir innført som en nasjonal ordning, vil det trolig være hensiktsmessig å tilpasse spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin slik at kompetanse på teamarbeid og ledelse blir vektlagt i utdanningen. Et mulig første steg kan være at teamledelse for egne listeinnbyggere blir et av læringsmålene i utdanningen.

Verktøy for kvalitetsforbedring

Medrave har utviklet programvare som bruker data fra de elektroniske pasientjournalene som hjelpemiddel i kvalitetsarbeid på legekantorene. I forsøket med PHT har Helsedirektoratet betalt for Medrave for alle legekantorene med journalsystemer som er kompatible med Medrave. Flere av legekantorene i forsøket hadde allerede Medrave før forsøket, og det er usikkert hvor mange flere leger som vil anskaffe Medrave dersom nye legekantor velger å bli PHT. I oktober 2023 var det 5 224 fastleger i Norge (Helsedirektoratet, 2023). Dersom 5 prosent av disse velger å kjøpe Medrave eller et tilsvarende program som følge av at legekantoret de jobber på blir PHT, tilsvarer dette om lag 250 fastleger. Dersom 20 prosent flere velger dette, tilsvarer det i overkant av 1 000 fastleger.

I 2023 var abonnementsavgiften for Medrave 3 600 kroner ekskl. mva. per lege per år. Dersom 25 prosent flere fastleger anskaffer Medrave fordi legekantoret de jobber på blir PHT, vil dette ha en årlig kostnad på i underkant av 5 millioner kroner ekskl. mva. Dersom 75 prosent flere fastleger anskaffer Medrave fordi legekantoret de jobber på blir PHT, vil dette ha en årlig kostnad på litt over 14 millioner kroner ekskl. mva.

Bruk av helse- og omsorgstjenester

Bedre oppfølging av målgruppene for PHT kan potensielt gi redusert behov for andre helse- og omsorgstjenester, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, ettersom pasientene kan få tettere oppfølging og «fanges opp» tidligere i forløpet. På den annen side er målgruppene for PHT valgt fordi de har store og sammensatte behov, og det er ikke nødvendigvis et mål å redusere bruken av andre tjenester. Tettere oppfølging fra PHT kan dermed gi økt bruk av tjenester, fordi man oppdager udekkede behov hos pasientene og ved behov henviser til andre deler av helsetjenesten og sørger for mer oppfølging fra kommunen. Oppfølgingen av kronisk syke pasienter er ofte basert på regelmessige kontroller, og det krever en omlegging til symptombasert oppfølging dersom det skal skje endringer i antall kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder helsetjenester i hjemmet, finner vi at prosentandelen i målgruppen som mottar praktisk bistand, har blitt redusert for listeinnbyggere i driftstilskuddsmodellen sammenlignet med listeinnbyggere utenfor forsøket. For listeinnbyggere i honorarmodellen har det vært en økning i andelen som mottar helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i andelen som mottar praktisk bistand sammenlignet med listeinnbyggere i legekantor utenfor forsøket.

For tjenester på legekantoret, viser analysene av registerdata at PHT-legekantorene har en større økning i tjenester til målgruppene enn hva legekantorene utenfor forsøket har, etter at forsøket med PHT startet. Vi finner også at tverrfaglige samarbeidsmøter om enkeltpasient har økt i legekantor med PHT både for personer med diabetes type 2, for personer med kols, for personer med ruslidelse og for skrøpelige eldre og multisyke.

Intervjustudien viser at pasientene opplever mer helhet og mer koordinering med PHT, og at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen og ofte mer omfattende tjenester enn før.

Vurdering av betydning for merkostnad av PHT

Dersom PHT gir bedre forebygging, kan listeinnbyggerne på kort sikt unngå å utvikle omfattende behov for helsetjenester. Samtidig kan de ved økt levealder få behov for ytterlige oppfølging av helsetjenesten. Gevinstene ved tiltaket kommer dermed i hovedsak i form av økt livskvalitet og helse, mens kostnadene kommer i form av budsjettmessige virkninger (kostnader knyttet til oppfølging og behandling, for eksempel medisinsk utstyr og personell).

Erfaringene med PHT viser at antall listeinnbyggere per sykepleier i PHT ser ut til å gi en passe stor arbeidsmengde. Legekantorene i forsøket har hatt 4 000 eller flere listeinnbyggere, og dimensjoneringen som har vært prøvd, kan være en god norm for legekantor av samme størrelse (eller større) som de som har vært med i forsøket. Mange mindre folkerike kommuner finansierer allerede en sykepleierressurs i fastlegetjenesten, og i disse kommunene kan det være aktuelt med en fleksibel praksis der man kan vurdere om denne ressursen (delvis) kan finansieres som del av PHT ved en eventuell utrulling av en nasjonal ordning.

Offentlige utgifter medfører en kostnad for samfunnet, såkalt skattefinansieringskostnad, som beregnes ved et påslag på 20 prosent. Skattefinansieringskostnaden må derfor inkluderes i all ressursbruk i det offentlige som endres som følge av PHT.

Ressursbruken i fastlegetjenesten utgjør en liten andel av den samlede ressursbruken i helse- og omsorgstjenesten, og samlet sett vurderer vi at virkninger som har betydning for ressursbruk, har «middels» verdi.

PHT gir økt ressursbruk på fastlegekantoret i form av sykepleierressursen. Mange legekantor har allerede sykepleier ansatt, og den nye arbeidsformen kan gi bedre bruk av deres kapasitet og kompetanse. En del av disse sykepleierne utfører trolig allerede oppgaver som overlapper med oppgavene til PHT-sykepleierne, mens andre har oppgaver som i større grad overlapper med oppgavene til helsesekretærer. PHT-sykepleier kan også avlaste fastlegen. Den nye arbeidsformen kan gi bedre koordinerte tjenester, og på denne måten gjøre at man unngår dobbeltarbeid og at kostbar behandling unngås. Med dagens kunnskap vurderer vi at de budsjettmessige merkostnadene ved PHT overstiger de budsjettmessige besparelsene i helsetjenesten. Det er samtidig utfordrende å konkludere om omfanget av merkostnaden er «lite, negativt» eller «middels, negativt». Basert på en samlet vurdering heller vi mot at omfanget er «middels, negativt». Den samlede virkningen bli da «middels negativt».

8.3 Følsomhetsanalyser

8.3.1 Hvor stor helsegevinst skal til for å veie opp for kostnaden ved PHT?

Merkostnaden per listeinnbygger som får helsehjelp fra PHT, avhenger av hvor mange listeinnbyggere hver sykepleier kan gi helsehjelp til. For å illustrere hvilken størrelsesorden på helsegevinster som må til for at PHT skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt, tar vi utgangspunkt i et legekontor med 5 200 listeinnbyggere og 1,5 sykepleierårsverk. Evalueringen viser at det er variasjon mellom legekantorene i andelen listeinnbyggere med en takstgenererende sykepleierkontakt, og i 2022 varierte andelen fra 3 til 15 prosent. Samlet sett finner vi at 15 prosent av listeinnbyggerne har hatt minst én takstgenererende sykepleierkontakt i forsøksperioden. Dersom 200 listeinnbyggere får helsehjelp fra PHT (tilsvarende om lag 4 prosent av listeinnbyggerne), gir dette en merkostnad per listeinnbygger på 9 450 kroner dersom vi legger til grunn Helsedirektoratets anslag på årsverkskostnaden for en sykepleier på 900 000 kroner 2020-kroner, tilsvarende 1 050 000 2023-kroner (Aandahl, et al., 2022). Vi inkluderer også skattefinansieringskostnaden.

I helseøkonomiske analyser benyttes kvalitetsjusterte leveår («quality-adjusted life years (QALYs)» på engelsk) som målenhet for helsegevinst. Hvorvidt et tiltak skal finansieres av det offentlige avhenger av myndighetenes betalingsvillighet for en ekstra enhet helsegevinst. Magnussen-utvalget vurderer at verdien av et kvalitetsjustert leveår avhenger av sykdommens alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), der verdien anslås til mellom 275 000 kr (360 000 2023-kroner) (for sykdommer med lav alvorlighet) til 825 000 kr (1 075 000 2023-kroner) (for sykdommer med høy alvorlighet). I veiledere for helseøkonomiske og samfunnsøkonomiske analyser benyttes ulike anslag for verdien av et leveår. Helsedirektoratet foreslår 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). Justert til 2023-kroner tilsvarer dette 1,9 eller 1,6 millioner kroner. PHT retter seg mot ulike brukere med ulike sykdommer og tilhørende varierende alvorlighetsgrad. Basert på en samlet vurdering av disse anbefalingene legger vi i terskelanalysen til grunn to ulike anslag for verdien av et kvalitetsjustert leveår: anslag a) på 500 000 kr og anslag b) tilsvarende 1,6 millioner kroner.

Gitt anslag a) på verdien per QALY (500 000 kroner), må disse listeinnbyggerne i gjennomsnitt ha en QALY-gevinst på 0,0189 for at tiltaket skal regnes som samfunnsøkonomisk lønnsomt (Tabell 28). Dersom vi legger til grunn anslag b) (1,6 millioner kroner), må hver listeinnbygger som får helsehjelp fra PHT ha en QALY-gevinst på 0,0059. Dersom flere listeinnbyggere får en helsegevinst som følge av oppfølging fra PHT, kreves det en lavere gjennomsnittlig QALY-gevinst for at PHT skal bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. Sammenlignet med litteratur som viser helsegevinsten av andre lignende tiltak, fremstår ikke den nødvendige gevinsten som urealistisk. En kunnskapsoppsummering av QALY-gevinst fra ulike studier viste at median gevinst (25. persentil-75. persentil) var 0,01 (0-0,03) for forebyggings tiltak, 0,03 (0,01-0,15) for livsstilsintervensjoner, 0,03 (0,03-0,20) for tiltak rettet mot mental helse, og 0,10 (0,02-0,56) for andre kroniske sykdommer (Wisløff, Hagen, Hamidi, & et al., 2014). Evalueringen av forsøk med digital hjemmeoppfølging viste en økning på 0,0161 QALYs for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (Løyland, et al., 2023). Et forsøk med hverdagsrehabilitering i norske kommuner viste en gjennomsnittlig helsegevinst på 0,015 (Senter for omsorgsforskning, 2016).

Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som sammen med de øvrige gevinstene, kan veie opp for kostnadene. Dette gjelder særlig for de fastlegene og legekantorene som kjennetegnes ved høy teameffektivitet. Dersom PHT gir en effektivitetsgevinst, reduseres helsegevinsten som skal til for å veie opp for kostnadene (dette diskuteres nærmere i neste delkapittel «Effektivitetsgevinst ved PHT»). PHT kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt selv om vi ikke kan dokumentere dette med kvantitative data i de undersøkelsene vi har gjort.

Tabell 28: Eksempel på merkostnad per listeinnbyggere per år som får helsehjelp av PHT og tilhørende helsegevinst

	200 listeinnbyggere får helsehjelp av PHT (~4 prosent av listeinnbyggerne)	900 listeinnbyggere får helsehjelp av PHT (~17 prosent av listeinnbyggerne)
Merkostnad per listeinnbygger per år som får helsehjelp av PHT (uten effektivitetsgevinst)	~9 450 kr	~2 100 kr
Antall QALYs som veier opp for kostnaden, gitt anslag a) (verdien av en QALY er 500 000 kroner)	0,0189	0,0042
Antall QALYs som veier opp for kostnaden, gitt anslag b) (verdien av en QALY er 1,6 mill. kroner)	0,0059	0,0013

8.3.2 Effektivitetsgevinst ved PHT

Erfaringene fra forsøket viser at det er stor variasjon i hvilke oppgaver PHT-sykepleierne gjør, og forsøket har ikke gitt klare svar på i hvor stor grad sykepleierne overtar oppgaver fra fastlegene. Oppgaver som overføres fra fastlege til sykepleier, innebærer at oppgavene løses på en billigere måte, og gitt at de løses til minst like god kvalitet, bidrar oppgaveoverføringen til en effektivitetsforbedring for samfunnet. Tiden som frigjøres ved at sykepleier gjør noen oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem, kan både tas ut som flere tjenester, som økt kvalitet og som fritid. Funnene fra evalueringen tyder på at PHT først og fremst har gitt økt kvalitet, og at fastlegene i liten grad har fått redusert sin arbeidsbelastning. Det er krevende å beregne hvor stor effektivitetsgevinsten er, men erfaringene fra forsøket er at den trolig er større enn null.

Selv om sykepleier kan frigjøre noe tid ved å gjøre oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem, bruker fastlegene også noe tid på å lede teamarbeidet. Dette gjelder både fastlegene som leder det enkelte mikroteam, og ledelsen av makroteamet på legekortnivå. Vi har ikke tilstrekkelig datagrunnlag til å si noe om omfanget av denne tidsbruken, og hvor mye tid som går med til ledelse sammenlignet med legekort som ikke er PHT. Evalueringen har vist at tydelig ledelse er avgjørende for at legekortene skal lykkes med PHT, og det er et arbeid som det må settes av tid til (Aandahl, et al., 2022).

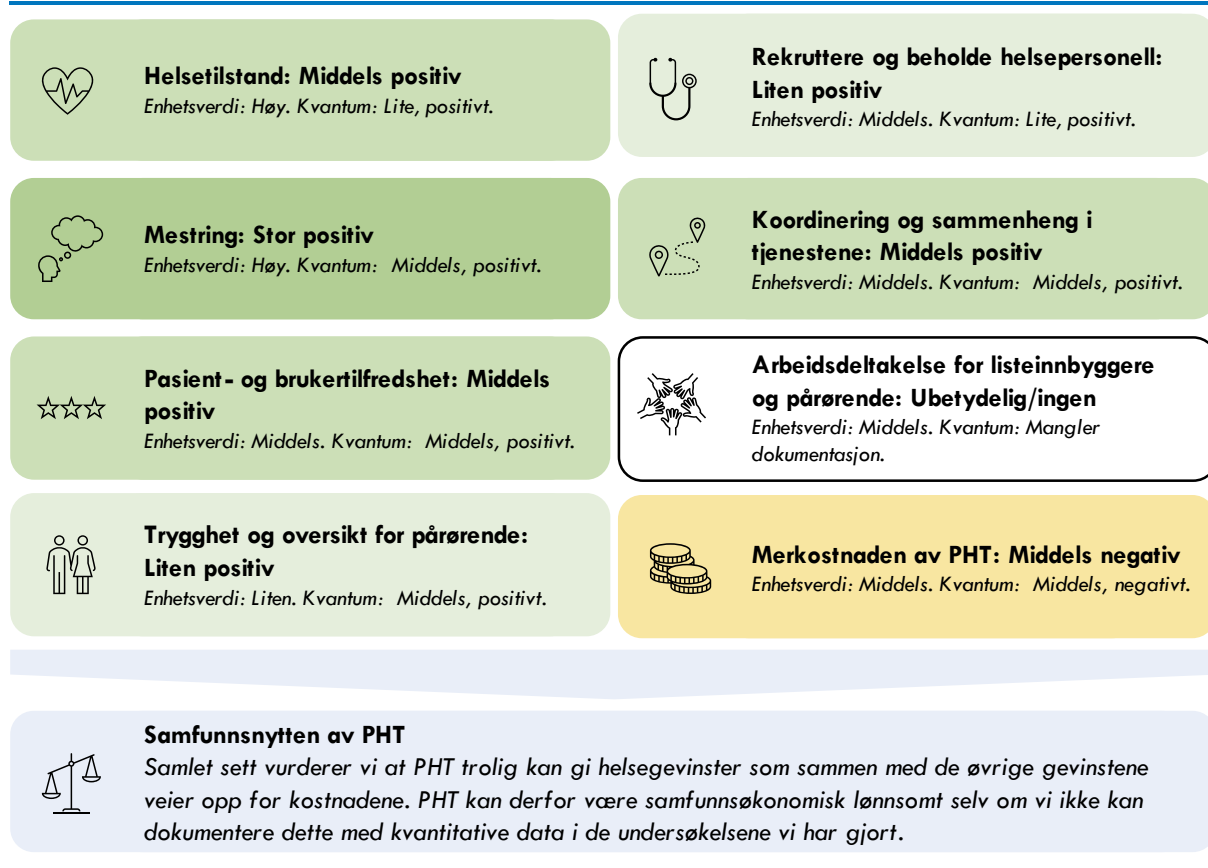
8.4 Samlet vurdering

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 ha stor betydning for samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Kjernen i PHT handler om at legekortene legger om til teambasert og tverrfaglig oppfølging, med en mer systematisk og proaktiv tilnærming. Oppfølgingen er særlig rettet mot listeinnbyggere med store og sammensatte behov. I forsøket har det vært rom for lokale tilpasninger av PHT, og dette har vært viktig for at legekortene har kunnet forme PHT til behovet i deres kommune. Slik PHT har vært prøvd ut, har det omfattet ekstra bemanning med sykepleier, ledelsesutdanning, tilpasset finansieringssystem, og mer systematisk oppfølging av målgruppene.

Vår vurdering av samfunnsnyttan av PHT er i hovedsak den samme som i 2021 (Abelsen, et al., 2021). Vi vurderer at PHT bidrar til flere positive virkninger for samfunnet. Evalueringen kan ikke fullt ut gi svar på hvor stort omfanget av virkningene er, men basert på det samlede informasjonsgrunnlaget har vi vurdert hver virkning med utgangspunkt i verdimatrisemetoden. Virkningene er oppsummert i Figur 11. Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som sammen med de øvrige gevinstene kan veie opp for kostnadene. PHT kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt selv om vi ikke kan dokumentere dette med kvantitative data i de undersøkelsene vi har gjort. Vi har ikke vurdert om andre tiltak til samme kostnad ville gitt større nytte enn PHT.

Figur 11 Oppsummering av virkningene av PHT



De viktigste nyttevirkningene til PHT er knyttet til bedre helsetilstand for listeinnbyggerne, som skapes gjennom økt kvalitet og tilgjengelighet til legekantoret. Videre bidrar PHT til økt mestring og forståelse for egen helsesituasjon, og økt pasient- og brukertilfredshet. Pårørende virker også å oppleve en positiv endring som følge av PHT, ved at de i større grad blir involvert og får den informasjonen de har behov for. Arbeidsformen i PHT bidrar til bedre koordinering og sammenheng i tjenestene. Helsepersonellet på legekantorene opplever økt trivsel i jobben, og dette kan bidra til rekruttering og å beholde helsepersonell i tjenestene. I tillegg muliggjør PHT at sykepleier kan utføre oppgaver i stedet for legen. Gitt at oppgaven blir gjort med samme tidsbruk og kvalitet, innebærer dette at oppgaven blir gjort på en billigere måte enn før. Samtidig er det stor usikkerhet knyttet til omfanget av flere av virkningene, og vi har i liten grad kunnet tallfeste nyttevirkningene. Hovedinntrykket er at PHT særlig har gitt en kvalitetsøkning til listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Innenfor rammene av dagens organisering og finansieringsmodell, synes PHT-modellen i liten grad å føre til kapasitetsøkning for legene.

9. Måloppnåelse

I dette kapitlet vurderer vi om effektmålene for forsøket med PHT er oppfylt. Samlet viser våre undersøkelser et potensial for bedre helse og mestringsevne for listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT. Med bakgrunn i resultatene fra undersøkelsene som er rettet mot brukerne av PHT, heller vi i retning av å konkludere med økt pasienttilfredshet med PHT. Data fra intervjustudier og spørreundersøkelser rettet mot brukere, ansatte på legekantorene og ansatte i andre kommunale tjenester tyder på at PHT bidrar til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen. Resultatene fra registerdata-undersøkelsene er mer åpne. Intervjuundersøkelser og spørreundersøkelser finner bedring av helse og mestring for pasienter med omfattende behov for helsetjenester. Med registerdata kan vi ikke forkaste null-hypotesen om at det ikke har vært noen endring i behovet for omfattende helsetjenester i PHT-kontor sammenlignet med kontrollkontor. Resultatene fra intervjustudien og spørreundersøkelsene tyder på bedre samhandling, særlig innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommuner der PHT-legekantorene utgjør en betydelig andel av legekantorene i kommunen. Til slutt i dette kapitlet diskuterer vi om forsøket med PHT har medført bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

I kravspesifikasjonen for evalueringsoppdraget ba Helsedirektoratet både om en samfunnsøkonomisk analyse og om at oppdraget skal søke å finne svar på om forsøket har effekt på målene som ble definert for forsøket. Vi gir derfor i dette kapitlet en vurdering av forsøkets resultater i lys av de definerte effektmålene.

Det overordnede målet med forsøket var å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. Effektmålene for forsøket med PHT er:

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

9.1 Evalueringsgrunnlag

I kapittel 9.2 i Statusrapport V 2022 oppsummerte vi kunnskapen om måloppnåelse så langt (Aandahl, et al., 2022). Vi viderefører oppsummeringen i denne sluttrapporten fra evalueringen.

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

I evalueringen har vi brukt data fra helseregistre og administrative registre for alle bosatte i Norge i perioden 2012-2022. Dataene gir et omfattende bilde av befolkningens bruk av helsetjenester. Vi kan også skille ut den delen av befolkningen som er listeinnbyggere på PHT-legekantorene og kan dermed sammenligne bruk av helsetjenester for listeinnbyggere på PHT-legekantor og andre legekantor. Samtidig kan vi ikke uten videre trekke slutninger fra bruk av helsetjenester til helsetilstand. Dersom listeinnbyggere på PHT-legekantor opplever større bruk av spesialisthelsetjenester enn hva listeinnbyggere på andre legekantor gjør, kan det skyldes at de har dårligere helse og større behov for helsetjenester. Men det kan også skyldes at de på grunn av bedre oppfølging på PHT-legekantor, blir hyppigere henvist til spesialisthelsetjenesten for undersøkelse og forebygging av sykdomskomplikasjoner. På tilsvarende måte kan økt bruk av omsorgstjenester både skyldes at

listeinnbyggerne har fått dårligere helse og at de blir bedre ivaretatt som et resultat av hjemmebesøk fra PHT-sykepleier.

Registerdata inneholder ikke informasjon om aktørenes motivasjon, fornøydhet eller oppfatninger om utviklingen i egen helse. Spørreundersøkelser kan innhente slike data fra et stort antall personer. Intervjuundersøkelser bidrar med dybdekunnskap fra et mindre antall personer og har særlig vært viktige for å forstå hvordan legekantorene jobber og bakgrunnen for variasjonen mellom legekantorene. Denne kunnskapen har vært sentral i tolkningen av funn fra både spørreundersøkelser og registerdata. Intervjuundersøkelsene har også gitt innsikt i pasienterfaringer på et dypere nivå enn det som er mulig ved bruk av spørreundersøkelser og registerdata. Samtidig gir intervjustudier begrenset mulighet til å innhente erfaringer fra et større antall informanter, noe som er styrken ved spørreundersøkelse og registerdataundersøkelse. Ved å kombinere intervju- og spørreundersøkelser, både blant pasienter og ansatte på legekantorene, kan vi vurdere variasjonen i erfaringer og trender i oppfatninger. Begge deler er avgjørende for å bedre forstå hvordan PHT utspiller seg på legekantorene, og hvilke konsekvenser PHT har for ansatte og listeinnbyggere.

I denne sluttvurderingen av måloppnåelse kan vi bygge på en årgang mer med registerdata enn vi kunne i vurderingen i fjor. Det foreligger også data fra sluttintervjuene med praksislederne og intervju med informanter fra ulike fagorganisasjoner og KS. Formålet med disse undersøkelsene har vært å bidra med kunnskap om framtidig utvikling av PHT og tverrfaglighet på legekantoret mer generelt.

Resultatene etter å ha inkludert en årgang til med registerdata, støtter opp om resultatene fra tidligere statusrapporter. Vi finner effekter i form av bedre oppfølging av listeinnbyggere på legekantoret, samtidig som vi finner små eller ingen effekter av PHT på bruk av legevakt, spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester. Stor variasjon i praksisutøvelse mellom PHT-kantorene gjør det vanskelig å identifisere statistisk signifikante effekter. Korona-pandemien har trolig også bidratt til at det er vanskeligere å finne effekter av PHT målt med registerdata enn det ellers ville ha vært. Forsøksdesignet skaper også utfordringer, som tidligere beskrevet.

9.2 Bedret helsetilstand og mestringssevne for pasienter/ brukere med oppfølging av PHT

Funn fra intervjuer og spørreundersøkelser til brukere og helsepersonell på legekantorene i PHT-forsøket samstemmer og tyder på bedret helsetilstand og mestringssevne for brukere med oppfølging fra PHT. I intervjuer har flere pasienter uttrykt at de opplever at PHT gir dem hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. I brukerundersøkelsen i 2022, oppga rett under halvparten at de sammenlignet med tiden før legekantoret ble PHT i stor eller svært stor grad opplever at oppfølgingen fra fastlege og sykepleier bidrar til at de har bedre livskvalitet (47 prosent), bedre helse alt i alt (40 prosent) og mer stabil helse (47 prosent) (Aandahl, et al., 2022). I intervjuer og spørreundersøkelser har helsepersonell ved legekantorene uttrykt at de arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper, særlig som følge av at de arbeider mer proaktivt, samt gjennomfører årskontroller for diabetes, årskontroller for eldre og legemiddelgjennomgang, utarbeider behandlingsplaner og gjennomfører hjemmebesøk som sekundærforebyggende tiltak. De ansatte har i spørreundersøkelsene opplyst at de i stor grad opplever at pasientene får bedre oppfølging og opplæring i egen sykdom, som videre bidrar til bedre helse og mestring. I 2023 er det gjort en integrert analyse av den kvalitative intervjustudien og den kvantitative spørreundersøkelsen til brukerne. Funnene fra intervjuer og spørreundersøkelse samsvarer. Sett fra et pasientperspektiv, kan PHT styrke alle tre typer kontinuitet, dvs. behandlingkontinuitet, informasjonskontinuitet og personlig/relasjonell kontinuitet.

Fra registerdata-undersøkelsene finner vi at legekantorene gir flere anbefalte tjenester til målgruppene for PHT. Det er en større økning i lege- og sykepleierkonsultasjoner enn hva det er for legekantor utenfor forsøket. Det er også en betydelig større økning i hjemmebesøk. For pasienter med diabetes type 2, er det nesten 80 prosent større økning i årskontroller enn hva det er for listeinnbyggere utenfor forsøket. Basert på disse funnene, kan vi slutte at sykepleierressursen som PHT-legekantorene har blitt tilført, har resultert i flere anbefalte tjenester til listeinnbyggerne i målgruppen for forsøket.

Helse og sykdom utvikler seg over tid, og ressurser som brukes på effektiv forebygging av sykdomskomplikasjoner i dag, kan medføre mindre eller utsatt ressursbruk til å behandle sykdomskomplikasjoner i framtiden. Samtidig kan tidlig oppdagelse og oppfølging også innebære at noe som ellers ville gått over av seg selv, eller som pasienten selv kunne håndtert, blir fulgt opp i helsetjenesten. Det trengs trolig en lengre oppfølgingsperiode enn forsøksperioden for å undersøke potensialet til PHT fullt ut.

Samlet viser undersøkelsene en endring av aktivitetene på PHT-legekantorene som gir et potensial for bedre helse og mestringsevne for listeinnbyggere som får oppfølging fra PHT, men våre undersøkelser gir ikke grunnlag for å tallfeste disse forbedringene.

9.3 Økt pasient- og brukertilfredshet

Intervjuer med pasienter i 2020 tyder på at PHT bidrar til økt brukertilfredshet (Abelsen, et al., 2021). Spørreundersøkelser til listeinnbyggerne viste at det for listepopulasjonen generelt ikke er signifikante endringer i fornøydhet med fastlege på PHT-kontor i forhold til kontrollkontor mellom 2018 og 2020. Spørreundersøkelsen viste samtidig metodiske utfordringer med å basere seg på at listeinnbyggere selv er i stand til å definere seg innenfor eller utenfor gruppen som får oppfølging fra PHT. Det viste seg ved at det var en betydelig andel av listeinnbyggerne i kontrollgruppen som svarte at de fikk oppfølging fra PHT. I brukerundersøkelsen i 2022 var de fleste respondentene tilfredse med oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege (Aandahl, et al., 2022). Flertallet av respondentene uttrykte at de ønsker å fortsette med oppfølging fra sykepleier. Det var ingen kontrollgruppe i brukerundersøkelsen, og undersøkelsen ble distribuert av legekantorene selv til pasienter som hadde mottatt oppfølging fra PHT.

Med bakgrunn i resultatene fra undersøkelsene som er rettet mot brukerne av PHT, heller vi i retning av å konkludere med økt pasienttilfredshet med PHT. Det er samtidig en svakhet at vi ikke kan referere til en kontrollgruppe når vi konkluderer. For brukerundersøkelsen utsendt i 2022 er mulige seleksjonsutfordringer en svakhet, da vi ikke vet om legekantorene har delt ut undersøkelsen til alle brukere i målgruppen, eller om den kun har blitt utdelt til fornøyde pasienter.

9.4 Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen

De kvalitative intervjuene med pasienter og pårørende viste at pasientene opplevde endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering. Intervjuundersøkelsen blant ansatte i andre kommunale tjenester viste 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.

I brukerundersøkelsen som ble gjort i 2022, svarte 46 prosent at de opplever at tjenestene fra de ulike delene av helsetjenesten er bedre koordinert enn før, og 40 prosent svarte at koordinering av tjenester ikke er relevant for dem (Aandahl, et al., 2022).

Årets registerdata-undersøkelser viser en økning i flerfaglig samarbeidsmøte for pasienter med diabetes type 2, kols, personer med ruslidelse og for skrøpelige eldre og multisyke. I statusrapport V 2022 undersøkte vi utvikling i tid til oppfølging fra legekantor etter utskrivning fra sykehus for pasienter tilknyttet PHT-kontor sammenlignet med øvrige legekantor (Aandahl, et al., 2022). Vi fant effekter i form av noe raskere oppfølging for pasienter med diabetes type 2 og for pasienter med ruslidelse. Når vi inkluderer data for 2022, finner vi ikke lenger disse effektene. Det tyder på at effektene vi fant, ikke er robuste.

Vi konkluderer at data fra intervjustudier og spørreundersøkelse tyder på at PHT bidrar til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen. Resultatene fra registerdata-undersøkelsene er mer åpne.

9.5 Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester

Utvikling av behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester er et krevende mål å undersøke. Registerdata er mest pålitelig for å undersøke denne problemstillingen, samtidig som det er vanskelig å skille mellom endringer i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester som skyldes bedre oppfølging av eksisterende sykdom og hva som skyldes senkomplikasjoner, som kunne vært unngått ved bedre oppfølging tidligere.

Fra våre undersøkelser av utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester for målgruppene i forsøket, kan vi ikke forkaste null-hypotesen om at det er samme utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester for listeinnbyggere i legekantor med PHT som det er for listeinnbyggere i kontrollgruppen. Vi har også laget undergrupper av fastleger avhengig av hvor ofte de arbeider i team med PHT-sykepleier, målt ved hvor stor andel av fastlegens listeinnbyggere som PHT-sykepleier har registrert takst for. Vi finner at pasienter med diabetes type 2 som har fastlege som arbeider mye i team med sykepleier, har større økning i polikliniske konsultasjoner enn pasienter

med diabetes type 2 som har fastlege som arbeider lite i team med sykepleier. Et annet resultat er at pasienter med psykisk sykdom som har fastlege som arbeider mye i team med sykepleier, har mindre økning i kontakter med legevakten enn pasienter med psykisk sykdom som har fastlege som arbeider lite i team med sykepleier.

Med registerdata har vi også undersøkt om det er noen sammenheng mellom utvikling i bruk av hjemmetjenester og PHT. Vi finner at prosentandelen som mottar praktisk bistand har blitt redusert for listeinnbyggere i driftstilskuddsmodellen sammenlignet med listeinnbyggere utenfor forsøket. For listeinnbyggere i honorarmodellen har det vært en økning i andelen som mottar helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i andelen som mottar praktisk bistand sammenlignet med listeinnbyggere i legekantor utenfor forsøket. Det har dermed skjedd en endring i sammensetningen av tjenestene relativt til listeinnbyggere utenfor forsøket. En mulig forklaring kan være at PHT-sykepleier ved hjelp av hjemmebesøk har bidratt til at brukerne får en mer hensiktsmessig sammensetning av de kommunale omsorgstjenestene. Det kan derfor være at PHT bidrar til avdekking av behov for tjenester som ellers ikke ville ha skjedd.

Med registerdata kan vi ikke forkaste null-hypotesen om at det ikke har vært endring i bruk av omfattende helse- og omsorgstjenester blant listeinnbyggere på PHT-kontor sammenlignet med kontrollkontor. Samtidig finner intervjuundersøkelser og spørreundersøkelser bedring av helse og mestring for pasienter med omfattende behov for helsetjenester. Det er eksempler fra intervju hvor informanter trekker fram at pasienter med kols som har fått egenbehandlingsplan og et endret samarbeid rundt seg, ikke blir så dårlige og redde som før. Forverringer fanges opp tidligere enn før og pasienter kan i henhold til egenbehandlingsplaner selv sette i gang tiltak med prednisolon og antibiotika. Kanskje er antallet pasienter som opplever slike endringer for få, i tillegg til at forsøket har pågått for kort tid, til at vi kan identifisere effekter i registerdata.

I tillegg skapte koronapandemien endringer i tilbudet av helsetjenester som kan gjøre det vanskeligere å identifisere effekter.

9.6 Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten

Intervjustudien med ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før (Statusrapport IV). Helsepersonellet på legekantorene i forsøket gjør den samme vurderingen. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. I en del av de folkerike kommunene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester, men også i disse kommunene er det viktige nyanser i hvordan PHT oppfattes. Intervjuundersøkelsen med ansatte i spesialisthelsetjenesten ga ikke holdepunkt for at PHT har skapt noen store endringer i samhandlingen med fastlegekantorene. Helsepersonellet på legekantorene i forsøket gjør den samme vurderingen.

I spørreundersøkelsen til ansatte på legekantorene i 2022 svarte de fleste fastlegene og helsesekretærene at PHT har hatt en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene. Blant fastlegene mente i overkant av halvparten at PHT har påvirket samhandlingen med den somatiske spesialisthelsetjenesten positivt. 76 prosent av helsesekretærene oppga det samme.

Det er en nær sammenheng mellom dette effektmålet og effektmålet om «Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget». Resultatene fra registerdata-analysene viser tendenser til bedre samhandling ved hjelp av flere tverrfaglige møter om enkeltpasienter.

Med utgangspunkt i resultatene fra intervjustudien og spørreundersøkelsene finner vi tendenser til bedre samhandling særlig innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommuner der PHT-legekantorene utgjør en betydelig andel av legekantorene i kommunen. Forsøksdesignet med ett og annet legekantor inkludert fra de store kommunene/bydelene setter samtidig begrensninger med tanke på å kunne undersøke dette effektmålet. Dimensjoneringen av forsøket hvor bare 17 av landets legekantor er med, begrenser hva en kan vente av bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

9.7 Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Vi har ikke funnet noen presisering av dette effektmålet i dokumenter som ligger til grunn for forsøket. Underkapitlet Merknadene av PHT beskriver ressursbruken forbundet med PHT. En snever tolkning av effektmålet er at denne merknaden på fastlegekantoret motsvares av redusert ressursbruk i andre deler av

helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsene med registerdata har ikke klart å finne en redusert ressursbruk i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig har intervjuundersøkelser og spørreundersøkelser funnet bedring av helse og mestring som kan medføre redusert behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Kanskje er antallet av disse pasientene for få samtidig som forsøket har pågått for kort tid, til at vi kan identifisere effekter i registerdata. En videre tolkning av effektmålet er at helseforbedringene for pasienter som mottar helsetjenester fra PHT, er store nok til å veie opp for kostnadene. I kapitlet Samfunnsnyttan av PHT viste vi hvor stor helsegevinsten målt i kvalitetsjusterte leveår minst må være for at PHT skal komme under den øvre grense myndighetene setter for helsetjenestekostnader per vunnet kvalitetsjustert leveår. Ved å sammenligne med andre tiltak til lignende målgrupper, fant vi at dette ikke virker urealistisk, men vi kan ikke konkludere ut fra data som har vært tilgjengelige i evalueringen. Forsøket og evalueringen gir derfor ikke grunnlag for å konkludere at forsøket med PHT har medført bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Det er samtidig viktig å understreke at det kan ha skjedd, men at vi ikke klarer å vise det med data fra forsøket.

10. PHT i framtidens helsetjeneste

Hensikten med dette avslutningskapitlet er å bevege oss litt ut av rammene for PHT-forsøket og få fram synspunkt, refleksjon og forslag om og hvordan en teambasert fastlegetjenesten for fremtiden kan utvikles. Vi presenterer funn fra sluttintervju med PHT-lederne og intervju med relevante fagforeningsrepresentanter og KS. Vi trekker også inn hva Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og Helsepersonellkommissjonen har ment om behovet teamarbeid og finansiering av dette. Vi avslutter kapitlet med noen vurderinger av hva som skal til for å sikre en hensiktsmessig bruk av helsepersonell i fastlegetjenesten. Vi understreker at nye profesjoner på legekantor må finansieres, det tar tid å utvikle teamarbeid og teamarbeid krever ledelsesressurser og oppslutning.

10.1 Funn fra sluttintervju med PHT-lederne

PHT-forsøket ble formelt avsluttet 31. mars 2023. Legekantorene i forsøket fikk imidlertid tilbud om å drifte videre ut 2023 med valgt finansieringsmodell inkludert tilskudd for sykepleier(e) og eventuell psykolog, men uten tilskuddet som gjennom forsøket ble utbetalt til legekantoret for den enkelte fastleges deltakelse og uten inntektsgarantien. Av de 17 legekantorene som har vært med i forsøket, var det 16 som takket ja til tilbudet om å fortsette som PHT ut 2023. I statsbudsjett for 2024, er det lagt inn finansiering for en forlengelse slik at legekantorene kan drifte med valgt finansieringsmodell til 1. juli 2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Ved årsskiftet til 2024, var det ytterligere ett legekantor som gikk ut av forsøket. På bakgrunn av forslag fra Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, har Helse- og omsorgsdepartementet varslet at endringer på kompetansefeltet vil bli sendt på høring våren 2024, mens øvrige endringer vil iverksettes fra 1. juli 2025 (Regjeringen.no, 2023).

I februar og mars 2023 ble det gjennomført sluttintervju med de 17 PHT-lederne i forsøket. Formålet med intervjustudien var å fange PHT-ledernes erfaringer med deltakelse i PHT-forsøket og få fram refleksjoner rundt måloppnåelsen med PHT, og deres tanker om en eventuell videreføring av PHT og framtidig ønsket innretning av PHT i fastlegetjenesten. I dette delkapitlet presenterer vi funn fra denne intervjustudien.

PHT-lederne fikk tilsendt en kortfattet intervjuguide med spørsmål om: deres vurdering av hovedmålet med PHT-forsøket; om PHT gir en bedre fastlegetjeneste enn den vanlige fastlegetjenesten; om ressursbruken i PHT-forsøket; hvilke elementer fra PHT-forsøket de ønsker de å kunne videreføre; hva som bør endres hvis PHT skal implementeres som del av fastlegetjenesten; PHTs plass i framtidens fastlegetjeneste.

10.1.1 Gir PHT en bedre fastlegetjeneste?

PHT-lederne var samstemte i sine vurderinger om at PHT har gitt bedre kvalitet på fastlegetjenester og bedre tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere i de definerte målgruppene. Den systematiske og proaktive tilnærmingen med PHT ble vurdert som en klar styrking av en fastlegeordning som i sin vanlige form, oppleves å ha for få ressurser og en for etterspørselsstyrt innretning, til å kunne nå svake etterspørere på en god nok måte. Det er imidlertid interessante nyanser i PHT-ledernes vurderinger.

En PHT-leder mente at selv om kvaliteten på fastlegetjenesten har økt med PHT, så er den fortsatt for lav. En annen PHT-leder mente at det er en klar svakhet ved forsøket at det mangler kvalitetsmål og data som kan dokumentere de kvalitetsforbedringene som helsepersonellet i forsøket sterkt mener er oppnådd. En tredje PHT-leder påpekte at de, tross flere forsøk, ikke hadde klart å nå psykisk syke og personer med ruslidelser i tilstrekkelig ønsket grad, mens andre PHT-ledere i sine vurderinger trakk fram muligheten PHT hadde gitt dem til å gi et bedre tilbud til nettopp denne målgruppen. Felles for de sistnevnte PHT-lederne var at de tilhørte legekantor som hadde hatt psykiatrisk sykepleier eller psykolog i PHT.

Selv om samtlige legekantor i forsøket synes å ha lyktes godt med å nå målgruppen kronisk syke, og da i særdeleshet personer med diabetes og kols, så mente flere av PHT-lederne at det er betimelig å stille spørsmål ved om det å bruke så mye ressurser på denne målgruppen er den beste ressursbruken, særlig sett i lys av det behovet som tegner seg framover for strammere prioritering av både helsetjenester og bruken av helsepersonell. Andre PHT-ledere var opptatt av de mulige forebyggende gevinstene som økt og mer systematisk oppfølgingen

av denne målgruppen kan gi. Flere mente at oppfølging av kronisk syke i større grad enn det som i dag er tilfelle, bør være en oppgave for fastlegetjenesten. Det ble videre påpekt fra flere av PHT-lederne, at fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten foreløpig ikke er tilstrekkelig samkjørt og at PHT bidrar til at det i noen grad gis dobbelt opp med tjenester til pasienter med kroniske sykdommer.

Utover virkningene av PHT for listeinnbyggerne, snakket mange av PHT-lederne om at forsøket har hatt positive ringvirkninger for fastlegekontoret som arbeidsfelleskap. Den nye og mer strukturerte oppfølgingen av listeinnbyggerne har smittet over på kontordriften. Sammen med de ledelseskraav som selve forsøket har stilt til den faglige teamledelsen, har dette gitt økt oppmerksomheten på behovet for å utvikle ledelsen av legekontoret og de administrative støttestrukturene der. Flere PHT-ledere fortalte at økte ressurser som har fulgt med forsøket, har gitt mulighet til nødvendig styrking av disse funksjonene og til nødvendige fysiske ombygginger. De er blitt større kollegium med mer fagkompetanse enn tidligere. Sykepleierne har, ifølge flere av PHT-lederne, i stor grad gitt kjærkommen avlastning for fastlegene og bidratt med ekstra kapasitet til å håndtere både tidkrevende problematik og akutte hendelser. En av PHT-lederne ved et kommunalt eid legekontor oppsummerte sin vurdering slik:

«Jeg vet ikke hvordan man måler om fastlegetjenesten er blitt bedre. Men jeg tenker jo at det at vi klarer å rekruttere, at legene blir her, at pasienten har lyst til å være her, at vi utvider med flere folk – i en privat bedrift ville jo det vært tegn på at det gikk bra.»

Flere PHT-ledere la vekt på at det er lettere å få til gode samhandlingsløp med andre tjenester når fastlegekontoret internt har fått flere fagpersoner å spille på og økt kapasitet. PHT-lederne hadde imidlertid litt ulik vurdering av hva PHT burde bidra til å styrke; det interne, daglige arbeidet på fastlegekontoret eller fastlegetjenestens samhandling med den øvrige kommunale helsetjenesten. Flere av PHT-lederne mente at mest oppmerksomhet bør ligge på å bedre fastlegetjenestens bidrag til en samlet styrket kommunehelsetjeneste slik at den kan gi prioritet til å ivareta de helsetjenestebehovene pasienter forventes å få dekt på kommunalt nivå, hvor trykket ventes å øke mye framover. Forsøksdesignets avgrensning til mikro- og makroteam inne på fastlegekontoret, ble av noen av PHT-lederne vurdert å ikke i tilstrekkelig grad understøtte behovet for å utvikle teamarbeidet ut mot andre kommunale tjenester.

10.1.2 Kunne ressursene i forsøket vært brukt bedre?

De fleste av PHT-lederne ga uttrykk for at de syns ressursene i forsøket har vært brukt på en god måte. Flere var tydelig på at de, sett i ettertid, ikke ville endret på noe når det gjelder ressursbruken.

Nesten alle PHT-lederne vurderte at ressursene som er brukt på sykepleierne i PHT, har vært meget vel anvendt. Men en PHT-leder ville, hvis valget var fritt, heller hatt en ekstra legeressurs og mente at de øvrige fastlegene på legekontoret ville gjort samme vurdering hvis de ble spurt. En annen PHT-leder som hadde sykepleiere på legekontoret før forsøket startet, mente at de av den grunn kunne hatt mer bruk for en fysioterapeut i PHT. En tredje PHT-leder mente at hvis de fritt hadde kunnet bruke pengene som har gått til sykepleierne i forsøket, så ville de brukt dem på å øke helsesekretærressursene og satset på å videreutdanne dem. Argumentet for en slik løsning, er at det oppleves som mer økonomisk bærekraftig for legekontoret og mulig å videreføre i etterkant av forsøket. Samme PHT-leder ville samtidig ha styrket psykiatritilbudet ved legekontoret og tilsatt psykiatrisk sykepleier tidligere enn det de gjorde og en psykolog hvis det hadde vært mulig. To av PHT-lederne var tydelig på at mulighet til å ansette sykepleiere i fastlegetjenesten er viktig all den tid de opplever store vanskeligheter med å rekruttere fastleger. Sykepleierne kan bidra til faglig stabilitet og har en kompetanse som gjør at de kan utføre en god del oppgaver i stedet for legen. De kan ønske seg flere fastleger, men fastleger er mangelvare. Det har imidlertid vært ganske enkelt å rekruttere godt kompetente sykepleiere til PHT. En av PHT-lederne fortalte:

«Vi hadde 60 søkere på sykepleierstillingen og vi er heldig hvis vi får én søker på en legestilling. Så det sier litt om forskjellen.»

Noen av PHT-lederne stilte spørsmål ved om det er fornuftig å bruke sykepleierressursen til selvstendige konsultasjoner slik den i stor grad har vært brukt i forsøket. En PHT-leder fortalte om hvordan de hadde erfart at en arbeidsdag bare fylt med til dels lange konsultasjoner ikke er en arbeidsmåte som en psykiatrisk sykepleier nødvendigvis trives med og at de har måttet utvikle en mer teambasert arbeidsmåte med mer variasjon, for å

holde på sin psykiatriske sykepleier. Flere legekantor har brukt sykepleiere og noen en helsesekretær i en koordinerende rolle for å følge opp pasienter som får tjenester fra mange ulike tjenestesteder, og PHT-leder mente at både legekantoret og pasienter får mye igjen for at noen tar et slikt koordinerende ansvar.

Flere PHT-ledere snakket om at det årlige tilskuddet de har fått per fastlege for å være med i forsøket, har vært veldig viktig. Tilskuddet er ment å dekke kostnader knyttet til tilpasninger i driften som følge av forsøket, herunder mer ledelse, teamutvikling, kompetanseheving og endring av lokaler, for å nevne noe. Legekantorene har brukt dette tilskuddet ulikt. Det har ved de fleste legekantor vært brukt på å få til fellesaktiviteter knyttet til fagutvikling og endringsarbeid som de ikke har hatt ressurser til tidligere. Tilskuddet har i stor grad bidratt til å skape eierskap til PHT og til at det har vært rom for å utvikle PHT tilpasset lokale forhold og behov. Flere har brukt midlene til å leie inn eksterne kompetanseressurser for å utvikle egen kompetanse på teamarbeid. Flere av PHT-lederne snakket om at de sett i etterkant, ville satt inn disse kompetanseutviklingstiltakene tidligere i prosessen og med større kraft for å kunne høste effektene tidligere. Det var bare én av PHT-lederne som snakket om inntektsgarantien som en viktig forutsetning for det de har fått til i forsøket. Uten den, ville de trolig ikke tatt seg den frihet å bruke tid på å jobbe metodisk med å utvikle en teambasert arbeidsmåte som passer for akkurat deres legekantor.

PHT-lederne var i stor grad enige om at forsøkets fokus på å styrke legelederskapet og øke legelederkompetansen har vært både riktig og viktig. PHT-lederne ved legekantor som har benyttet muligheten som forsøket har stilt til rådighet til å sende PHT-lederen eller andre fastleger på lederkurs, snakket om at dette har gitt et svært godt utbytte. Flere PHT-ledere fortalte at de ved starten av forsøket ikke skjønnte hvor viktig og nyttig den formelle lederopplæringen ville være.

10.1.3 Hva er viktig å kunne videreføre?

Flere av PHT-lederne var eksplisitt på at de ønsket å kunne beholde sykepleierne på legekantoret i etterkant av forsøket. Ved legekantor som hadde sykepleiere før forsøket startet, var det å kunne beholde sykepleierne tatt for gitt. PHT-lederne var opptatt av at sykepleiernes mulighet til å takste for sitt arbeid på selvstendig grunnlag blir videreført. Flere blant PHT-lederne ønsket et takstsystem som åpnet for at alle sykepleiere på legekantoret, ikke bare de som har deltatt i forsøket, og også andre enn sykepleiere, herunder helsesekretærer, skal kunne takste for sitt arbeid enten på selvstendig grunnlag eller på delegasjon fra fastlegen. PHT-lederen ved et av legekantorene som har prøvd ut psykolog, ønsket sterkt å kunne beholde psykolog også etter forsøket. Flere av PHT-lederne ga uttrykk for at takster alene ikke vil kunne finansiere hverken sykepleiere eller psykolog, og mente det var behov for videreføring av statlig lønnstilskudd eller at kommunen tar på seg et medfinansieringsansvar. En PHT-leder fortalte at de hadde søkt bydelen om finansiering for både sykepleiere, psykolog og fysioterapeut for å kunne videreføre PHT etter forsøkslutt, men hadde fått avslag. PHT-lederen fortalte:

«Vi avlaster hjemmesykepleien en god del. Dette er såpass synlig at her burde bydelen se at hvis vi mister sykepleiere, så vil de merke at de også mister ressurser. Jeg har til og med søkt skriftlig om det - både sykepleier og psykolog, og fysioterapeut. Svaret er at det er veldig gode tanker og at det er egentlig veldig mye riktig i det vi har skrevet, men de har ikke penger.»

Den systematiske og proaktive tilnærmingen til listepopulasjonen som er blitt utviklet som arbeidsmåte gjennom forsøket, var også noe PHT-lederne ønsket å videreføre. De ønsket også å videreføre selve teamarbeidet. PHT-lederne pekte på to viktige forutsetninger for at arbeidsmetodikken skal være mulig å videreføre. Den ene forutsetningen er at det finnes tid til ledelse. Den andre forutsetningen er at det finnes tid til at man kan ha interne møter på legekantoret for å understøtte og utvikle teamarbeidet både i makro- og mikroteam. Flere av PHT-lederne understreket viktigheten av å ha rom for å utvikle og prioritere den legefaglige ledelsen og at den særlig vil være viktig for teamarbeidet ut av legekantoret mot andre kommunale tjenester.

10.1.4 Hva bør endres?

Flere av PHT-lederne snakket om at det er nødvendig å endre den grunnleggende reaktive strukturen i helsetjenesten og kunne jobbe mer med primærforebygging av sykdom i fastlegetjenesten. PHT-lederne opplever at det er liten vilje til å investere i dette. Flere trakk fram at dagens takstsystem for finansiering av fastlegetjenesten ikke understøtter primærforebyggende aktivitet. Flere påpekte at dette arbeidet har lav faglig prestisje, og at PHT-forsøket er et skritt i riktig retning.

PHT-lederne var nokså samstemte om at målgruppene for forsøket overordnet sett har vært de riktige. Flere påpekte at det er viktig at PHT rettes mot spesifikke målgrupper. Folk flest trenger ikke dette tilbudet, det må rettes mot de med de største, udekte helsetjenestebehovene. PHT-lederne hadde ulike oppfatninger med hensyn til om andre målgrupper burde innlemmes. Noen mente at kreftpasienter spesifikt burde innlemmes, mens andre mente at kreftpasienter generelt er en sterk gruppe som får det de trenger uten PHT. Noen PHT-ledere mente at barn og unge med psykiske utfordringer spesifikt burde defineres inn som målgruppe, mens andre absolutt ikke var enig i at PHT var rett adresse for oppfølging av deres problematikk. En målgruppe som flere pekte på, uten motstemmer, var listeinnbyggere som er i kontakt med NAV for å avklare videre tilknytning til arbeidslivet hvor eksempelvis tidkrevende arbeid med å få fram gode og nødvendig funksjonsbeskrivelser er noe som kan legges til PHT.

PHT-lederne vurderte dels at sykepleierressursen sett i forhold til fastlegeressursen som del av forsøket, hvor den har vært i størrelsesforholdet 1:3, hadde vært ganske passelig, men kanskje noe høy – særlig i starten av forsøket hvor sykepleierne hadde lite å gjøre. Mange av legekantorene hadde allerede redusert sykepleierressursen fordi de så det som lite realistisk å kunne videreføre den på samme nivå som i forsøket, etter 31. mars 2023.

Mange av PHT-lederne mente at det er et langt større potensiale for mer oppgavedeling på legekantoret enn det som er tatt ut i PHT-forsøket. Flere snakket om at det er mange oppgaver særlig helsesekretærene kan læres opp til å gjøre som dreier seg om listeinnbyggere som ikke er i målgruppene for PHT-forsøket. Noen av PHT-lederne fortalte at de var i gang med å finne ut av hvordan de kunne bruke og utvikle helsesekretærens kompetanse. En PHT-leder fortalte at et generasjonsskifte blant helsesekretærene på legekantoret hadde gjort at de hadde fått inn helsesekretærer med mer blanke ark enn de helsesekretærene som hadde sluttet, hvor «arkene var renskrevet på hva deres oppgaver var». De ønsket å lære opp og bruke helsesekretærene til strukturert kartlegging og regulære kontroller av ulike pasientgrupper som ikke trenger den faglige tyngden til en sykepleier. Flere snakket om at de hadde god bruk for sykepleierens kompetanse i dette arbeidet. En av PHT-lederne sa det slik:

«Det er veldig mye som kan delegeres innad i et legesenter når det er system og organisering rundt det. Der er det mye å hente fortsatt. Det jobber vi med.»

10.1.5 Har PHT en plass i fremtidens helsetjeneste?

Samtlige PHT-ledere mente at PHT har en rolle å spille i fremtidens helsetjeneste. Et mindretall blant PHT-lederne mente at PHT også i fremtiden bør omfatte de samme faggruppene som i PHT-forsøket; fastlege, sykepleier og helsesekretær. Flertallet mente at fremtidens PHT bør kunne romme flere faggrupper i tillegg til sykepleier og helsesekretærer. Det ble særlig snakket om at psykolog, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog og farmasøyt bør kunne innlemmes i PHT. Det var variasjon i begrunnelsene PHT-lederne ga for å lande på disse to hovedstandpunktene. Det var ikke noe tydelig skille i oppfatning mellom PHT-ledere fra folkerike og mindre folkerike kommuner. Flertallet pekte på et profesjonsnøytralt takstsystem som nøkkelen til å få til mer flerfaglig praksis i fastlegetjenesten, og en bedre utnyttelse av det personellet som allerede jobber på legekantorene. En PHT-leder sa det slik:

«Hvis en mener alvor med å utnytte flere faggrupper innen fastlegetjenesten så må finansieringsmodellen tilpasses til det. Det kan godt være profesjonsnøytrale takster.»

Noen av PHT-lederne mente imidlertid at en finansiering uten takster, ville være en mer egnet finansieringsmåte. Flere av PHT-lederne var opptatt av finansieringen må ta høyde for at det er andre utgifter ved å ha ansatte enn bare lønn. Særlig i de større byene ble utgifter til kontorlokaler trukket fram som en betydelig utgift. Mange PHT-ledere i privateide legekantor var også opptatt av høye pensjonskostnader knyttet til det å ansette sykepleiere. En PHT-leder mente at det kunne være gunstig med en høy basisfinansieringsandel for sykepleiere i startfasen av en PHT-etablering, og at denne andelen gradvis trappes ned til et lavere nivå over tid og erstattes med en større andel aktivitetsbaserte takster.

Flere blant PHT-lederne hadde en pragmatisk holdning i spørsmålet om fagsammensetningen i PHT, hvor de mente at lokale forhold bør være bestemmende for hvordan det er hensiktsmessig å sette sammen det flerfaglige

teamet rundt fastlegen. Men de var samtidig nokså samstemte om at sykepleieren har en naturlig plass der. En av PHT-lederne oppsummerte dette slik:

«Sykepleier er den poteten da som er best å bruke på et legesenter. [...] Kall det gjerne flerfaglig og så kan en velge hva man har behov på det enkelte senteret. Men jeg tipper at man vil velge sykepleier i stor grad.»

Mens flere av PHT-lederne stort sett bare så muligheter og økt nytte i det å innlemme flere faggrupper i PHT på legekantoret, var det andre som så større utfordringer med dette. Flere mente at et tettere samarbeid med andre faggrupper ville kreve en helt annen koordinering enn det som er mulig for et lite, enkeltstående legekantor innenfor dagens fastlegeordning å ta ansvar for. Andre var opptatt av den «potensielt eksponentielle» kostnadsøkningen som man kan se for seg hvis flere andre private næringsdrivende faggrupper skal inn i en allerede etterspørselsdrevet fastlegetjeneste. En PHT-leder mente at det var viktig at det helsepersonellet som inngår i PHT ikke bare avdekker og bruker sjekklister, men bidrar til å ta beslutninger sammen med pasienten som trykker, gir livskvalitet og bidrar til å redusere helsetjenesteetterspørselen. Andre igjen var opptatt av potensialet for på den ene siden å skape større ulikhet med en mer pragmatisk fagsammensetning av PHT, og på den andre siden å redusere ulikhet. En PHT-leder mente eksempelvis at det ikke vil være mulig for legekantor i mindre sentrale strøk å bemanne PHT med så mye annet enn fastlege, sykepleier og helsesekretærer, og at PHT i en storby med god tilgang til både psykolog og fysioterapeut ville skape et geografisk ulikt helsetilbud. Mens en PHT-leder i en Oslo-bydel mente at muligheten for å innlemme eksempelvis psykolog i PHT ville kunne minske klaseskillet som i dag finnes i helsetilbudet til befolkningen. PHT-lederen forklarte:

«Det jo et hav av psykologer med avtale, men å komme inn hos dem er jo ganske vanskelig. Du kan ikke være somalisk kvinne med mye smerter og vondt i livet, med litt dårlig norsk, og tro at du skal få plass hos en avtalespesialist. Men hvis fastlegene kunne bidra til å få folk inn med PHT, ville det bli et mindre klassesdelt tilbud enn sånn det er i dag.»

10.2 Funn fra intervju med informanter fra ulike fagforeninger og KS

For å innhente innspill til nye måter å organisere fremtidens fastlegetjeneste, har vi gjennomført intervjuer med representanter fra en rekke fagforeninger som organiserer helsepersonell. Tema for intervjuene var deres vurderinger av forsøket med PHT, tverrfaglig arbeid og ulike faggruppers rolle i fremtidens fastlegetjeneste. Det er gjennomført intervjuer med representanter fra Allmennlegeforeningen, Fagforbundet, Helsesekretærforbundet i Delta, Jordmorforeningen, Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet, Norges Farmaceutiske Forening (Farmaceutene), Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Kiropraktorforening, Norsk Manuellterapeutforening, Norsk Sykepleierforbund og Psykologforeningen. I tillegg har vi gjennomført et intervju med representanter for KS.

10.2.1 Vurderinger fra Allmennlegeforeningen

Representanten fra Allmennlegeforeningens oppfatning var at PHT i all hovedsak bidrar til en kvalitetsøkning, og ikke en kapasitetsøkning. De ser at legekantorene som har vært med i forsøket har vært fornøyde med PHT, og at mange pasienter også er fornøyde med tilbudet, men mente likevel at hovedmålet med nye tiltak i fastlegeordningen bør være å sikre økt kapasitet. Deres inntrykk var at PHT ikke bidrar til at det blir løst flere oppgaver, at arbeidstiden for fastleger reduseres, at listelengder øker, eller at bruk av øvrige helsetjenester reduseres. De mente derfor at PHT ikke bør prioriteres fremfor andre tiltak som kan sikre at alle har en fastlege.

Representanten fra Allmennlegeforeningen var videre opptatt av at dersom fastlegeordningen skal tilføres penger, bør pengene i første omgang bidra til å sikre et tilstrekkelig antall leger. De var også opptatt av at det skal tilbys likeverdige tjenester, uavhengig av om et legekantor er PHT eller ikke. De pekte på at legekantorene i forsøket har blitt tilført betydelige ressurser, og at det har gjort at disse kantorene har en bedre økonomi enn andre legekantor.

Representanten fra Allmennlegeforeningen mente videre at det er viktig å sikre kontinuitet i lege-pasientforholdet. Det ble påpekt at det å styrke legekantoret med flere ressurser ikke bør gå på bekostning av

prinsippet om at alle skal ha en fastlege. Representanten mente at det er flere måter å jobbe med oppfølging på som ikke er begrenset til å introdusere mer personell til fastlegekontoret.

Representanten fra Allmennlegeforeningen var positiv til mulighetene for at ikke-medisinsk administrativt arbeid kan gjøres av andre. For de medisinske oppgavene, mente representanten at fastlegene er de mest effektive, fordi fastlegene kan benytte sin generalistkompetanse til å prioritere hva som er viktig.

Når det kommer til pasientgrupper, mente representanten fra Allmennlegeforeningen at særlig skrøpelige eldre, sårbare grupper og andre med større behov kan dra nytte av en tverrfaglig oppfølging. Representanten påpekte at det allerede finnes et system for dette, men at dette har et forbedringspotensial. For å få til et godt samarbeid mente representanten det er viktig å ha nok tid og ressurser, at faggruppene kjenner til hverandres kompetanse, samt at kommunen leder godt og har kjennskap til hvordan et fastlegekontor driftes. For å få til et godt samarbeid mente representanten at det er viktig å ha nok tid og ressurser, at faggruppene kjenner til hverandres kompetanse, samt at kommunen leder godt og har kjennskap til hvordan et fastlegekontor driftes. Representanten fra Allmennlegeforeningen understreket at fastlegene gjerne samarbeider tett med andre grupper som sykepleiere eller psykologer, men mente at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig at de er under samme administrativ enhet.

10.2.2 Vurderinger fra Norsk Sykepleierforbund

Representanten fra Sykepleierforbundet mente at PHT legger til rette for en ny og hensiktsmessig bruk av helsepersonellens kompetanse, og at PHT vil være en god utvikling av fastlegetjenesten.

Representanten fra Sykepleierforbundet trakk frem at en viktig effekt av PHT er at organiseringen har bidratt til å knytte kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten tettere sammen. Deres oppfatning var at PHT bygger en bro mellom legekantorene og hjemmetjenesten, og at den proaktive tilnærmingen og systematiske oppfølgingen fra PHT potensielt kan gjøre behovet for hjemmetjenesten mindre enn i dag. Representanten mente at sykepleier på legekantoret er en riktig bruk av sykepleierressursene i samfunnet, og at det vil være nødvendig at legekantorene tilføres sykepleierressurser for at de skal kunne møte veksten som kommer med eldrebølgen. Representanten fra Sykepleierforbundet mente at det ikke er grunn til å være bekymret for at PHT på lang sikt vil «tappe» øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste for sykepleiere, men pekte på behov for styrket bemanning i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Representanten fra Sykepleierforbundet pekte også på viktigheten av god ledelse av PHT-kantorene, men stilte seg spørrende til om det må være en lege som er leder. Basert på kunnskap om PHT, anså representanten det som like relevant å vurdere om en sykepleier kan være leder for legekantoret. Representanten mente det er viktigere at personen som får lederoppgaven er motivert og har de personlige egenskapene som skal til for å lede et legekantor der ulike personellgrupper skal jobbe sammen i team, enn at personen er lege.

Representanten fra Sykepleierforbundet mente at det fremover ikke er grunn til å frykte profesjonskamp mellom helsesekretærer og sykepleiere på legekantoret, men at det heller bør legges til rette for at de to yrkesgruppene kan lære av hverandre og få økt kompetanse.

Når det gjelder oppgavedeling mellom lege og sykepleier, pekte representanten fra Sykepleierforbundet på at sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) vil kunne avlaste legene i mye av det de gjør i dag. Representanten sammenlignet med erfaringer fra legevakt, der sykepleiere utreder mange av pasientene som kommer inn, og at legen deretter kan gjøre en rask vurdering og eventuelt skrive ut legemidler.

10.2.3 Vurderinger fra Helsesekretærforbundet

Representanten fra Helsesekretærforbundet mente PHT-forsøket har vist verdien av å jobbe i team på legekantorene, men at det har vært en ulempe at ikke helsesekretærrollen i teamet var definert fra starten.

Representanten fra Helsesekretærforbundet pekte på at legekantorene tradisjonelt sett har vært helsesekretærens arena. Ved starten av PHT-forsøket var det derfor en generell bekymring for at helsesekretærene skulle miste noen av sine oppgaver til sykepleier, særlig fordi helsesekretærens rolle var lite definert i grunnlagsdokumentet for PHT. Mange mente det var en risiko for dette dersom sykepleierne fikk for få andre oppgaver. Representanten fra Helsesekretærforbundets oppfatning er at dette har skjedd på enkelte legekantor, og at dette er uheldig for helsesekretærene. Representanten mente PHT fungerer best når sykepleieren jobber selvstendig med konsultasjon, og deres inntrykk var at sykepleier da er et godt supplement til legen og ikke «går i veien» for helsesekretæren.

Representanten fra Helsesekretærforbundet var skeptiske til sykepleiere som PHT-ledere. Representanten mente at historien til de to yrkesgruppene, og den tradisjonelle måten å drive legekantor på i Norge, gjør at mange helsesekretærer vil føle seg tryggere hvis det er en lege som leder legekantoret. Representanten påpekte at dersom sykepleiere kan være ledere for legekantoret, bør det også åpnes for at helsesekretærer kan være det, og at mange helsesekretærer har gått helsekoordinator-studiet.

Representanten fra Helsesekretærforbundet mente også at oppgavene helsesekretærene har i sin utdanning, og som sykepleierne ikke har, for eksempel oppgaver på lab, bør være forbeholdt helsesekretærene. Representanten pekte på at helsesekretærene kan bli usikre når sykepleierne kommer inn på deres områder, og at det kan være til hinder for et godt arbeidsmiljø. Basert på erfaringene fra forsøket, mente Helsesekretærforbundet at det er naturlig å snakke om både mikro- og makroteam i PHT, og at det er fornuftig at lege og sykepleier utgjør et team i teamet (mikroteamet). Helsesekretærforbundet ønsket seg samtidig en tydeligere beskrivelse av makroteamet, der de ulike profesjonene har klart definerte oppgaver.

Representanten fra Helsesekretærforbundet mente at samarbeidet mellom sykepleier og helsesekretær kan fungere godt, og at mange helsesekretærer har vært fornøyde med å få sykepleier inn på legekantoret. For noen har sykepleieren gitt helsesekretærene en person å sparre med, i tillegg til at de gir legekantoret et utvidet tilbud om oppfølging, for eksempel gjennom hjemmebesøk.

På spørsmål om hvordan Helsesekretærforbundet ser på å få andre yrkesgrupper inn på legekantoret, mente representanten at det fremstår relativt uproblematisk fra helsesekretærenes ståsted. Bekymringen for å miste oppgaver vil være mindre dersom det er andre yrkesgrupper med liten grad av overlappende kompetanse, som fysioterapeut eller psykolog, som kommer inn på legekantoret.

Når det gjaldt helsesekretærenes rolle i fremtidens fastlegetjeneste, trakk representanten fra Helsesekretærforbundet frem at helsesekretærene noen steder har fått en koordinatorrolle i PHT. Representanten mente at dette kan bli en viktigere rolle i fremtiden, og særlig dersom utviklingen går mot at flere profesjoner samles på legekantoret. Med flere profesjoner på samme kontor, vil helsesekretæren kunne få en rolle i å vurdere pasientene – for eksempel hvem som kan få time hos sykepleier, hvem som vil ha nytte av en konsultasjon hos fysioterapeut og hvem som bør rett til lege. Helsesekretærforbundet pekte samtidig på at de mente det var lite hensiktsmessig at sykepleier og helsesekretær på legekantoret ruller på oppgavene. Helsesekretærforbundet mente dette er en dårlig bruk av både helsesekretær og sykepleier, og at det er viktig å differensiere mellom de ulike yrkesgruppene oppgaver.

10.2.4 Vurderinger fra øvrige fagforeninger

Fra de øvrige fagforeningsrepresentantene¹⁹ var det gjennomgående et ønske om endringer som bidrar til bedre dialog mellom fastleger og annet helsepersonell. Flere representanter mente det er behov for en organisering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som i større grad legger til rette for at kompetansen til flere typer helsepersonell benyttes på en god måte. Flere mente at dette, i kombinasjon med tettere samarbeid på tvers av ulike faggrupper, kan bidra til å avlaste fastlegen.

Overordnet ønsket de fleste et bedre samarbeid med fastlege, og flere så fordeler med tverrfaglig arbeid. Noen mente at det kan være hensiktsmessig for deres faggruppe å jobbe side om side med fastlegene på legekantoret, mens andre ikke så for seg at det vil være hensiktsmessig å inngå som personell ved legekantoret. Dette virker å avhenge av om fagforeningene opplever at det er nok arbeid for deres faggruppe ved et legekantor, i tillegg til at preferanser for arbeidsrutiner virker å ha betydning.

Forslagene til hvordan ulike faggrupper kan inngå ved legekantorer inkluderer både heltid eller deltid på et legekantor, eller en med avtale om å rulle mellom flere fastlegekantor. En tredje variant er muligheten for samlokalisering av ulike helsetjenester som driftes selvstendig. Videre kom det frem at faggruppene som i dag ikke arbeider på legekantoret, i liten grad ønsker å arbeide på delegasjon fra fastlegen. Flere ønsket å jobbe selvstendig og selv vurdere hvilken oppfølging pasientene har behov for. I forlengelsen av dette, uttrykte en representant at finansieringsordningen burde legge til rette for at kommuner og fastleger selv kan tilpasse organisering etter det som passer best for dem.

Flere av fagforeningene pekte på at det i dag er pasientgrupper med udekkede behov. Dette inkluderer blant annet pasienter med livsstilssykdommer og utfordringer knyttet til kosthold, muskel- og skjelett problemer, hjerte-

¹⁹ Fagforbundet, Jordmorforeningen, Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet, Norges Farmaceutiske Forening (Farmaceutene), Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Kiropraktorforening, Norsk Manuellterapeutforening og Psykologforeningen.

og lungesykdommer, moderate og langvarige somatiske lidelser, kroniske helseplager, diabetes, kreft, samt skrøpelig eldre, pasienter med flere diagnoser og rus og psykiatri. Det er naturligvis noe variasjon i hvilke pasientgrupper som representantene mener at deres faggruppe kan bidra til å følge opp på legekantoret.

Representantene uttrykte at deres faggrupper kan bidra inn i en rekke aktiviteter ved fastlegekontoret for oppfølging av de ovennevnte pasientgruppene. Selv om disse oppgavene i dag til dels utføres av fastlegene, mente de det er rom for å gjøre dette mer systematisk og i større omfang. Dette inkluderer blant annet systematisk legemiddelgjennomgang, dialogmøter med NAV og oppfølging av pasienter med muskel- og skjelettplager. I tillegg ønsker flere representanter at deres faggruppe skal få jobbe forebyggende med pasienter, og at de tidligere skal komme i kontakt med pasienten for å unngå at sykdomsbildet forverres ytterligere. Flere oppgir at tidligere tilgang til pasienten kan bidra til gevinster som blant annet forebygging av funksjonsfall hos skrøpelige eldre, økt hverdagsmestring og samfunnsdeltakelse, samt lavere legemiddelbruk med mindre risiko for bivirkninger.

I intervjuene var det også enkelte som påpekte at det er viktig at man fremover går over til å tenke mer samlet på kommunens helse- og omsorgstjenester, og ikke ser på fastlegetjenesten som en isolert tjeneste på siden av den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

10.2.5 Vurderinger fra KS

Representantene fra KS mente økt bruk av tverrfaglighet i fastlegetjenesten, kan være en riktig utvikling av tjenesten.

Representantene fra KS løftet frem at PHT særlig synes å ha gitt pasienter med kols og diabetes bedre oppfølging. Samtidig mente representantene at det er andre grupper som vil skape de største utfordringene i den kommunale helsetjenesten i årene som kommer. De pekte på det stadig økende antallet eldre som en sentral utfordring og mente at denne gruppen i større grad burde blitt vektlagt i forsøket. Representantene fra KS savner en vurdering av andre alternativer når det gjelder organisering av samarbeid fastlegetjenesten og andre kommunale helsetjenester. Det er viktig å se på kommunenes samlede behov og ressursbruk.

Når det gjaldt å inkludere flere yrkesgrupper på fastlegekontoret, pekte representantene fra KS på at mange mindre folkerike kommuner allerede har «helsehus» der fastlege og andre faggrupper er samlokalisert, og at dette i mange tilfeller bidrar til enklere samhandling og tverrfaglig samarbeid. Representantene fra KS understreket at den enkelte kommune har best oversikt over de totale behovene for helsetjenester i kommunen, og at beslutningen om et legekantor f.eks. skal etablere et PHT, bør skje etter avtale med kommunen.

Representantene fra KS pekte på at det er en fare for dobbeltarbeid dersom flere faggrupper skal jobbe på legekantoret. Som eksempel pekte de på at psykolog på legekantoret kan gjøre at både fastlegen og psykologen snakker med pasienten om psykiske helseutfordringer, uten at de klarer å hente ut synergier eller fordeler av dette. Men det kan også bidra til at fastlegene frigjør tid. Tilsvarende pekte de på felleskonsultasjoner, altså konsultasjoner der mer enn én faggruppe deltar samtidig, som en ressurskrevende måte å organisere tjenesten på. De mente at en slik arbeidsform kan være aktuell og hensiktsmessig for noen pasientgrupper, men at det også kan være en ineffektiv bruk av ressurser.

Representantene fra KS påpekte videre at det er forskjell på å ansette f.eks. en sykepleier som skal jobbe på delegasjon fra fastlegen på legekantoret, og å ansette fagpersoner med definerte fagområder, som fysioterapeuter og jordmødre, men også sykepleiere som i dag har et selvstendig ansvar. Deres oppfatning var at en organisering der denne typen faggrupper jobber på delegasjon fra fastlegen ikke er å ta høyde for utviklingen som har skjedd innenfor de kommunale helsetjenestene. Selv om KS mente at det for flere yrkesgrupper er lite hensiktsmessig å jobbe på delegasjon fra fastlegen, understreket de at dette ikke er et hindre for at faggruppene kan jobbe tett sammen.

Dersom andre faggrupper skal inkluderes som ansatte på fastlegekontor, mente KS det er behov for å se på finansiering, og viste til eksempel med psykiatrisk sykepleier som er ansatt i kommunen kontra psykiatrisk sykepleier ansatt på fastlegekontor som begge gjør til dels samme oppgaver. Kostnadene til førstnevnte dekkes av kommunen og er gratis for pasienten. Sistnevnte vil ev. kunne ta takst, og pasienten må betale en egenandel. For den videre utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ønsket KS at man skal se på hvordan rammene bør endres for å legge til rette for mer koordinerte tjenester.

Videre pekte representantene fra KS på behovet for at helsepersonell som skal jobbe sammen, også får opplæring i tverrfaglig samarbeid som del av grunnutdanningen. Deres erfaring var at mange faggrupper ikke

har god nok kompetanse om hva andre faggrupper kan. De mente at noe av dette kan løses ved at faggruppene faktisk jobber sammen og lærer hverandre å kjenne, men at det også er behov for mer systematisk endring i utdanning slik at dette er noe fremtidig helsepersonell har med seg fra start.

10.3 Ekspertutvalgets anbefalinger om teamarbeid og finansiering

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmenlegetjenesten (ekspertutvalget) som leverte sin rapport i april 2023, har som del av sitt mandat, vurdert tiltak for å øke kapasiteten i fastlegetjenesten gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner og mer samarbeid (Ekspertutvalget for gjennomgang av allmenlegetjenesten, 2023). Ekspertutvalget mener at dersom flere faggrupper jobber i team rundt pasienten, kan det bidra til å avlaste fastlegen. Andre faggrupper vil samtidig være en faglig og kapasitetsmessig utvidelse som kan bedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Samtidig kan det være en kilde til overlapp, og økt og uhensiktsmessig ressursbruk dersom ikke oppgavedelingen er godt planlagt. Annet helsepersonell har en annen kompetanse enn fastlegen og kan bidra med komplementær kunnskap som kommer listeinnbyggerne til gode. Dette gjelder både innad i fastlegekontoret, men også ved at fastlegetjenesten i større grad integreres og deler på oppgavene med annet helsepersonell i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ekspertutvalget påpeker at per i dag begrenser finansieringen av fastlegetjenesten bruken av annet helsepersonell. Det følger av folketrygdloven § 5-4 at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Takstsystemet (Stønadsforskriften/Normaltariffen) begrenser med andre ord hvem som utfører oppgaver, siden det kun er leger som kan utløse takster på selvstendig grunnlag. Annet helsepersonell på fastlegekontorene er i dag legens medhjelpere og utfører direkte pasientarbeid på delegasjon fra legen. I henhold til medhjelperbestemmelsen i helsepersonelloven § 5 gjøres de pasientrettede oppgavene under kontroll og tilsyn av fastlegen, som er ansvarlig for tjenesten som ytes. Den enkelte fastlege må tilse pasienten for at arbeidet skal kunne utløse takst. Ekspertutvalget holder fram at dette skiller seg fra oppgavefordelingen mellom lege og annet helsepersonell i sykehus og den øvrige kommunehelsetjenesten, hvor den enkelte ansatte og faggruppe jobber mer selvstendig. Oppgavefordelingen er lederstyrt, og det er vanlig at det er utarbeidet rutiner for hvilke personell som kan gjøre hvilke oppgaver. Ansvaret inngår som en del av virksomhetens plikt til å etablere internkontrollsystem og sikre forsvarlig drift.

Ekspertutvalget har, med utgangspunkt i de begrensningene som ligger i dagens system, og i lys av erfaringene med PHT og basert på erfaringer fra Danmark, foreslått at finansieringssystemet for fastlegeordningen bør endres for å legge til rette for mer delegering til andre faggrupper som sykepleiere og helsesekretærer på fastlegekontor. Delegering har noen begrensninger ved at det kun er legeoppgaver som kan delegeres, fordi det er legetakster som skal benyttes. Det vil ikke være mulig å delegerer oppgaver som går ut over legens eget kompetansenivå, eksempelvis til fysioterapeuter og psykologer. Hvis delegering skal være eneste mulighet, vil det begrense bredden i mulige faggrupper på fastlegekontor.

Ekspertutvalget har i tillegg til delegering, foreslått å innføre profesjonsnøytrale takster. Dette er for å åpne for samarbeid med eksempelvis sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter som har en annen fagkompetanse enn fastlegen. Med profesjonsnøytral finansiering gis tjenesteyterne frihet til å velge hvilket personell som skal levere tjenestene. Samtidig flyttes mer av ansvaret for disse valgene ut til tjenesteyterne. Ekspertutvalget mener dette forutsetter et tydelig ansvar og en tydelig definert ledelse av virksomhetene som skal levere tjenestene. Forslaget om profesjonsnøytrale takster begrenses derfor til å gjelde for fastlegeselskap og kommunale legekantor. Den varierende ledelsesstrukturen og det individuelle utgangspunktet for dagens gruppe- og solopraksiser danner grunnlag for ekspertutvalgets anbefaling om avgrensning.

For å sikre kvalitet, anbefaler ekspertutvalget at det utarbeides en nasjonal veileder for hvilke oppgaver andre helsepersonellgrupper på fastlegekontoret kan utføre innenfor rammen av forsvarlighetskravet. Ekspertutvalget anbefaler videre at tiltak for kostnadskontroll utredes.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere innretningen på forslagene fra ekspertutvalget om endringer i finansieringen av fastlegeordningen²⁰. I oppdragsdokumentet

²⁰ TTB2023-35 Utredning og konkretisering av ekspertutvalgets forslag til endringer i finansieringen av fastlegeordningen og legevakt mv

slås det fast at målet med endringene er økt bærekraft, innovasjon og tverrfaglighet i fastlegeordningen. Som tidligere nevnt, tar regjeringen sikte på å iverksette endringer fra 1. juli 2025.

10.4 Helsepersonellkommissjonens anbefalinger/syn på teamarbeid

Helsepersonellkommissjonen hadde som sitt mandat, å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. Kommisjonen leverte sin rapport i februar 2023 (NOU 2023: 4). Kommisjonen pekte på at den demografiske utviklingen og medfølgende knapphet på helsepersonell gjør det viktig med tverrfaglighet for å få mest mulig ut av ressursene. I en nasjonal ordning med PHT kan det dermed bli lagt større vekt på avlastning og mindre vekt på kvalitetsforbedring enn det som har vært tilfellet i PHT-forsøket. En kan her også vise til Danmark, hvor sykepleiere på legekantoret muliggjør lengre pasientlister enn det som er tilfellet i Norge (Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, 2023).

Fremover kan tilgangen til helsepersonell bli mer begrenset enn den er i dag, og det vil bli behov for å tenke nytt rundt hvem som skal jobbe på legekantorene. Rekrutterings- og stabilitetsutfordringene er størst i distriktene, og fleksible og desentraliserte utdanninger på universitets- og høyskolenivå er et sentralt virkemiddel for å sikre helsepersonell i hele landet. I tillegg til å sikre tilgang på helsepersonell fra disse utdanningene, vil det også bli viktig å benytte den delen av arbeidsstyrken som ikke har utdanning fra universitet eller høyskole. Videregående skoler som tilbyr helse- og oppvekstfag, finnes i store deler av landet, og fagskolene er også i stor grad fordelt utover i landet. Helsesekretær og helsefagarbeider er eksempler på yrkesfaglige utdanninger som kan være relevante på legekantor.

Videre er helse- og omsorgstjenesten en arbeidsintensiv sektor, som sammenlignet med andre næringer, har en lavere produktivitet og produktivitetsvekst. Dersom et økende personellbehov bidrar til at sektoren vil utgjøre en større andel av landets sysselsatte, vil det kunne medvirke til, dersom alt annet er likt, at den samlede produktivitet til samfunnet faller (Finansdepartementet, 2020). Med dette som bakteppe, argumenterer Helsepersonellkommissjonen for viktigheten av en effektiv produksjon av helsetjenester, og finner i tillegg et behov for en bedret produktivitet i tjenestene. De mener at en måte å sikre produktivitet på, er å iverksette tiltak som tar sikte på å forbedre oppgavedelingen. I dette legges det blant annet at tjenester bemannes nedenfra og opp. Kommisjonen ser et behov for at tjenestene i større grad er forpliktet til å jobbe mer strukturert med oppgavedeling og organisering. De presiserer at deres anbefaling ikke er begrenset til oppgavedeling mellom sykepleiere, helsesekretærer og leger, men at det også inkluderer bruk av annet personell. Kommisjonen sine anbefalinger går derfor lenger i definisjonen av hvilke faggrupper bedre oppgavedeling bør omfatte, sammenlignet med det utprøvingen av PHT har gjort.

10.5 Hvordan sikre en hensiktsmessig bruk av helsepersonell i fastlegetjenesten?

Fastlegeordningen er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene er forskjellige både når det gjelder folketall og geografi. Dette gjør at kommunene organiserer tjenestene sine ulikt. I noen kommuner vil det være hensiktsmessig å plassere sykepleiere nær fastlegene i PHT, mens det i andre kommuner vil være mer hensiktsmessig med en annen organisering. Evalueringen av PHT har vist at det er ulikt på hvilken måte PHT har blitt del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten i folkerike og mindre folkerike kommuner. Erfaringene fra forsøket tyder på at det kan være nødvendig å tenke ulikt om teamorganisering og organisering av fastlegetjenesten i folkerike og mindre folkerike kommuner.

Det vil fremover være viktig at rammebetingelsene for fastlegeordningen legger til rette for en fleksibel, hensiktsmessig og konteksttilpasset bruk av både fastleger, sykepleierressurser og andre helsepersonellressurser. På denne måten kan hvert enkelt legekantor i samarbeid med kommunen vurdere om det er hensiktsmessig å ansette en sykepleier eller andre faggrupper hos dem. I dag er det legens arbeid som honoreres, og for å få til større fleksibilitet er det trolig nødvendig å endre på dette. Innføring av profesjonsnøytrale takster vil kunne gi legekantorene et annet økonomisk utgangspunkt for å innlemme andre faggrupper på legekantoret for å supplere og avlaste legene og gi bedre tjenester. Dette kan for eksempel være sykepleier, fysioterapeut, manuellterapeut, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, farmasøyt eller andre. Profesjonsnøytrale takster kan gi fleksibilitet til å benytte den kompetansen som er tilgjengelig og relevant i hver enkelt kommune. Det er videre grunn til å anta at behovet for å prioritere tjenester til de med de største behovene, vil øke.

Når nye faggrupper kommer inn på legekantorene, bør det legges til rette for en hensiktsmessig oppgavedeling. Erfaring fra en tidligere utredning viser at oppgavedeling kan skje enten som resultat av systematisk arbeid, eller som følge av knapphet på ressurser som tvinger frem en ny oppgavedeling (Oslo Economics, 2022). Systematisk arbeid med oppgavedeling innebærer gjerne kartlegging av oppgaver og tilgjengelig kompetanse, og påfølgende tildeling av oppgaver til faggrupper eller enkeltansatte. Melbye og medarbeidere (2022) hevder at oppgavedeling i norsk helsetjeneste hvor sykepleiere er involvert, i liten grad skjer systematisk og har følgelig i liten grad vært gjenstand for forskning. Dette tyder på at man kanskje har for liten oppmerksomhet om og styring med hvordan sykepleierressursene, som i dag åpenbart oppleves som et knapphetsgode både i kommunal helsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten, blir brukt.

Helsepersonellkommissjonen peker på at det fremover vil bli utfordrende å rekruttere og beholde tilstrekkelig helse- og omsorgspersonell i både sentrale og mindre sentral strøk. Samtidig vil mindre sentrale strøk ha færre personer i arbeidsfør alder i forhold til den eldre befolkning. Dette betyr at utfordringen påvirkes av den demografiske utviklingen med flere som har behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, i tillegg til at tilgangen på helse- og omsorgspersonell reduseres. Dette kan bidra til at utfordringen med å tilby helse- og omsorgstjenester blir særlig stor i distriktene. Det er derfor viktig at det skapes fleksibilitet eksempelvis i finansieringssystem som muliggjør en hensiktsmessig bruk av tilgjengelig helsepersonell.

Evalueringen har vist at det er viktig at alle på legekantoret har en tydelig rolle, og dette vil gjelde også fremover dersom nye faggrupper kommer inn der. Å avlaste fastlegen har ikke vært et mål i seg selv i forsøket med PHT. I løpet av forsøket har det likevel jevnlig vært en diskusjon om sykepleierens oppgaver kommer i stedet for eller i tillegg til fastlegens oppgaver. Det å tenke nytt rundt oppgavedelingen i helsetjenesten blir stadig oftere nevnt som et viktig virkemiddel for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Forsvarlighetskravet setter samtidig grenser for hvilke oppgaver ulike faggrupper kan utføre. Dersom det fremover blir slik at knapphet på fastlegens tid gjør at behovet for å organisere arbeidet på legekantoret på en annen måte blir større, kan dette bidra til et skift mot at sykepleier og helsesekretær i større grad enn det som har vært tilfelle i PHT-forsøket, gjør oppgaver i stedet for at legen gjør dem.

I utprøvingen av PHT har det blitt etterlyst en tydeligere beskrivelse av helsesekretærens rolle. Evalueringen har vist at helsesekretærene har en sentral rolle i arbeidet med PHT, og verdien av det administrative arbeidet som helsesekretærene utfører, er viktig for arbeidsflyten på kantoret. Ettersom timebestilling går fra å i hovedsak skje via telefon til nett, vil også helsesekretærens arbeidsressurs framover kunne frigjøres til å fylle andre roller enn før.

Vi har konkludert med at sykepleierne i forsøket i større grad har bidratt til økt kvalitet i oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene enn til å avlaste fastlegen. Resultatet samsvarer med effektmålene for forsøket, som vektlegger kvalitetsforbedring, og ikke produktivetsforbedring, på fastlegekantoret. I andre land, som for eksempel Frankrike, har man også observert at PHT bidrar til at legene i legekantor med PHT øker antallet pasienter uten å øke antallet tilbudte helsetjenester, samt bidrar til å gjøre legejobbene mer attraktive ved at det rekrutteres både unge leger og leger til distriktene (Cassou, Mousquès, & Franc, 2020; Loussouarn, Franc, Videau, & Mousquès, 2021; Chevillard & Mousquès, 2021).

Tilrettelegging for – og utvikling av – en fastlegetjeneste med en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom ulike faggrupper kan tenkes å være mindre ressurskrevende enn en snevert forhåndsdefinert normativ teamordning som forventes å være lik overalt. En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er ett av mange alternativer. Erfaringene fra forsøket tilsier at nye profesjoner på legekantor må finansieres, det tar tid å utvikle teamarbeid og teamarbeid krever ledelsesressurser. For å lykkes med en eventuell videre innføring av en teambasert fastlegeordning må det være en klar interesse for dette både blant kommuner som har ansvaret for fastlegetjenesten og blant fastleger som innenfor dagens system i hovedsak er selvstendig næringsdrivende og tilhørende autonome. Det er allerede betydelig mangfold i organiseringen av fastlegeordningen i norske kommuner. Mange legekantor, særlig kommunale legekantor i distrikt, har allerede sykepleiere i sin stab. Erfaringer fra PHT-forsøket tilsier at disse sykepleierens kompetanse kan utnyttes bedre og at det er potensiale for å få til en bedre oppgavedeling i fastlegetjenesten. Det virker rimelig å anta at det finnes oppgaver fastlegene gjør i dag som kunne vært gjort like bra og med samme tidsbruk av en sykepleier. Dagens finansieringssystem for fastlegetjenesten hvor det bare er fastlegens arbeid som honoreres, representerer en barriere for å realisere disse gevinstene.

Vår vurdering er at en mer teambasert fastlegetjeneste kan bidra til en tjeneste som bruker helsepersonellet på en bedre måte enn i dag. Omstilling til nye måter å jobbe på tar tid. Det er lange tradisjoner i fastlegetjenesten for at legen jobber selvstendig og med relativt lite involvering av annet helsepersonell. Den etablerte kulturen,

strukturen og finansieringen støtter i liten grad opp under arbeid på tvers av ulike faggrupper. Fastlegeordningen og dagens finansieringsmodell er i stor grad utformet med tanke på selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette kan hindre effektivt samarbeid. Mange vil imidlertid hevde at dagens legekantorbemanninger som i hovedsak består av fastleger og helsesekretærer, er svært effektive. Det foregår også mye effektivt samarbeid mellom fastleger og kommunal hjemmetjeneste og psykiatritjeneste, men mer på tross av enn på grunn av dagens organisering og finansiering. For å legge til rette for at legekantorene kan utvikle seg til å bli mer effektive team med flere faggrupper, er det nødvendig å innføre endringer som fremmer samarbeid og koordinering mellom helsepersonell. Slike endringer kan være endringer i avtaleverket, finansieringssystemet, tilbud om videreutdanning og kurs for å utvikle ferdigheter i ledelse, samarbeid og kommunikasjon, eller i bruk av digitale verktøy som fremmer enkel kommunikasjon og samarbeid.

11. Referanser

- Abelsen, B., Evenstad, Ø., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., . . . Sæther, E. M. (2021). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III*.
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., . . . Sæther, E. M. (2019a). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport I*.
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20prim%C3%A6rhelseteam%20-%20Sluttrapport%20for%202018%20%E2%80%93%202021%20\(Statusrapport%20IV\).pdf/_/attachment](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20prim%C3%A6rhelseteam%20-%20Sluttrapport%20for%202018%20%E2%80%93%202021%20(Statusrapport%20IV).pdf/_/attachment)
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H., Pedersen, K., . . . Sæther, E. (2019). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*.
- Abelsen, B., Pedersen, K., Løyland, H. I., & Aandahl, E. (2023). Expanding general practice with interprofessional teams: a mixed-methods patient perspective study. *BMC Health Services Research*.
- Andrew, S., & Halcomb, E. (2009). *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Blackwell Publis.
- Berkowitz, S. A., Eisenstat, S. A., Barnard, L. S., & Wexler, D. J. (2018). Multidisciplinary coordinated care for Type 2 diabetes: A qualitative analysis of patient perspectives. *Prim Care Diabetes*, ss. 218-23.
- Bonciani, M., Schäfer, W., Barsanti, S., Heinemann, S., & Groenewegen, P. P. (2018). The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Serv Res*, 18(1), ss. 1-22. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2913-4>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), ss. 77-101.
- Cassou, M., Mousquès, J., & Franc, C. (2020). General practitioners' income and activity: the impact of multi-professional group practice in France. . *The European Journal of Health Economics* (21), ss. 1295-1315.
- Cassou, M., Mousquès, J., & Franc, C. (2023). General Practitioners activity patterns: the medium-term impacts of Primary Care Teams in France. *Health Policy*, 136. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104868>
- Chevillard, G., & Mousquès, J. (2021). Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Soc Sci Med*.
- DFØ. (2023). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*.
- Difi. (2017). *Innbyggerundersøkelsen*. Hentet 10 26, 2018 fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne/fastlege>
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/no/pdfs/ekspertutvalgets-rapport-om-allmennlegetjenen.pdf>
- EY & Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra <https://vista-analyse.no/site/assets/files/6663/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Fetters, M., Curry, A. L., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health services research* , ss. 2134-2156.
- Finansdepartementet. (2020). *Meld. St. 14 (2020– 2021). Perspektivmeldingen 2021*.

- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional children*.
- Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), ss. 727-743. doi:<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>
- Gaski, M., & Abelsen, B. (2020). Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter. *Tidsskrift for velferdsforskning*, ss. 23, nr 4-2020, s. 281-293.
- Gilles de la Londe, J., Afrite, A., & Mousquès, J. (2023). How does the quality of care for type 2 diabetic patients benefit from GPs-nurses' teamwork? A staggered difference-in-differences design based on a French pilot program. *International Journal of Health Economics and Management*, ss. 1-34.
- Godager, G., Iversen, T., & Snilsberg, Ø. (2021). Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten. *Publication Series of The Norwegian Medical Society*.
- Guassora, A. D., Reventlow, S., & Malterud, K. (2022). *22 temateorier til kvalitativ forskning*. København: Fadl's forlag.
- Guba, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(117). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Hackman, J. (1987). The design of work teams. I J. Lorsch (Red.), *The handbook of organizational behavior* (ss. 315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hackman, J. (2012). From causes to conditions in group research. *Journal of Organizational Behavior*, 33, ss. 428-444.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, ss. 1219-1221.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), ss. 188-196. doi:<https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Helfo. (2023). *Beregning av basistilskudd før 1. mai 2023*. Hentet 2023 fra <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasienttilpasset-basistilskudd#beregningavbasistilskuddformai>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Høring - Gjennomføring av forsøk med primærhelseteam*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---gjennomforing-av-forsok-med-primarhelseteam/id2580609/?expand=horingsvar&lastvisited=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikret og teambasert*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Prop. 1 S (2023-2024). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/db237eb54f064a88834d8bc0afed4702/no/pdfs/prp202320240001hodddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Primærhelseteam. Kvalitet, Ledelse og Finansiering*.
- Helsedirektoratet. (2018). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2020). *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak - covid-19. Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023, 04 18). *Fastlegestatistikk*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
- Helsedirektoratet. (2023). *Statusrapport - Allmennelegetjenesten høsten 2023*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennelegetjenesten--statusrapport-hosten-2023/pdf-versjon-av-rapporten/Allmennelegetjenesten%20-%20statusrapport%20h%C3%B8sten%202023.pdf/_/attachment/inline/9ffedc55-b306-4abd-a2e8-1508e196eafe:99bbc20ed2bb1805
- Hjortdahl, P. (2015). *Personlig kontinuitet; - Det handler om kunnskap, tillit og koordinering!* Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hull, S. A., Williams, C., Schofield, P., Boomla, K., & Ashworth, M. (2022). Measuring continuity of care in general practice: a comparison of two methods using routinely collected data. *British Journal of General Practice*, ss. e773-e779.
- Hupe, P., & Hill, M. (2014). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance. Implementing Public Policy*.
- Iacus, S. M., King, G., & Porro, G. (2012). Causal inference without balance checking: Coarsened Exact Matching. *Political Analysis*, 20, 1-24.
- Johns Hopkins Medicine. (u.d.). *About the ACG® System*. Hentet 2023 fra <https://www.hopkinsacg.org/about-the-acg-system/>
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B. E., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process. *Academy of management annals*, ss. 704-736.
- Lian, O. S. (2022). *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Long, K., McDermott, F., & Meadows, G. (2018). Being pragmatic about healthcare complexity: Our experiences applying complexity theory and pragmatism to health services research. *BMC Medicine*.
- Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., & Mousquès, J. (2021). Can general practitioners be more productive? The impact of teamwork and cooperation with nurses on GP activities. *Health Economics*, 30(3), ss. 680-698.
- LS, M., KA, D.-C., MK, S., JM, L.-M., CE, B.-T., O, R.-L., & PA., P. (2021). The patient-centered medical home as an intervention strategy for diabetes mellitus: a systematic review of the literature. *Curr Diabetes Reviews* (17, 3), ss. 317-331.
- Løyland, H. I., Pedersen, K., Sten-Gahmberg, S., Harsheim, I. G., Sæther, E. M., Iversen, T., . . . Abelsen, B. (2023). Effekter, gevinster og kostnader ved digital hjemmeoppfølging – en samfunnsøkonomisk analyse basert på et pragmatisk randomisert forsøk. *Magma*.
- 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*, ss. 1973-1985.
- Melby, L., Haukelien, M., & Obstfelder, A. U. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvarsoppdeling og bruk av teknologi*.
- Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

- Mickan, S., Hoffman, S. J., & Nasmith, L. (2010). Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of Interprofessional Care*, ss. 492-502.
- Mousquès, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., & Yilmaz, E. (2010). Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health policy*, 98(2-3), ss. 131-143.
- Moynihan, R., Glasziou, P., Woloshin, S., Schwartz, L., Santa, J., & Godlee, F. (2013). Winding back the harms of too much medicine. *BMJ*. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.f1271>
- NAV. (2021, 12 2). Sykefraværstatistikk. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Nolte, E., & Knai, C. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems country reports. Observatory Studies Series 39. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Norman, R. M., Bjertnæs, Ø. A., Danielsen, K., & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. (PasOpp-rapport 2022:566)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Hentet fra Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023:4. (2023). Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Odgen, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, ss. 582-591.
- OECD. (2020). *Health Policy Studies. Realising the potential of primary health care*. Paris: OECD Publishing.
- Odgen, T., & Fixsen, D. L. (2015). Implementation science. *Zeitschrift für Psychologie*.
- Opinion. (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- O'Reilly, P., Lee, H. S., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PloS one*.
- Oslo Economics & Universitet i Oslo. (2023). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Evalueringsrapport II*. Hentet fra <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/05/HPA-evalueringssrapport-II-2023.pdf>
- Oslo Economics. (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*. Hentet fra <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/10/Oppgavedeling-i-sykehus-publisert.pdf>
- O'Sullivan, M., Cullen, W., & MacFarlane, A. (2015). Primary care teams in Ireland: a qualitative mapping review of Irish grey and published literature. *Ir J Med Sci*, 184(1), ss. 69-73. doi:<https://doi.org/10.1007/s11845-014-1128-x>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*.
- Pedersen, K., Løyland, H., Sæther, E. M., Sten-Gahmberg, S., Abelsen, B., Snilsberg, Ø., & Iversen, T. (2023). Primærhelseteam - en mer teambasert fastlegetjeneste. *Magma*. doi:<https://doi.org/10.23865/magma.v26.1421>
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of interprofessional care*, ss. 133-147.

- Pullon, S., McKinlay, E., & Dew, K. (2009). Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *British Journal of General Practice*. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp09X395003>
- Pullon, S., McKinlay, E., Stubbe, M., Todd, L., & Badenhorst, C. (2011). Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. *Journal of Primary Health Care*, ss. 128-35.
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., . . . Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*, 21(2), s. 32. doi:<https://doi.org/10.5334/ijic.5589>
- Regjeringen.no. (2023). *Rapport fra ekspertutvalget for allmennlegetjenesten sendes på høring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rapport-fra-ekspertutvalget-for-allmennlegetjenesten-sendes-pa-horing/id2986732/>
- Ringheim, G. (2017, 08 22). *I dag starter Høie pilotprosjekt med primærhelseteam*. Hentet 2023 fra Dagbladet: <https://www.dagbladet.no/nyheter/i-dag-starter-hoie-pilotprosjekt-med-primærhelseteam/68609716>
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. I A. Bryman, & R. G. Burgess, eds, *Analyzing Qualitative Data* (ss. 173–194). London: Routledge.
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73(4), ss. 433-450. doi:<https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41-55.
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9). doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Senter for omsorgsforskning. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner*.
- Sibbald, S. L., Misra, V., DaSilva, M., & Liciskai, C. (2022). A framework to support the progressive implementation of integrated team-based care for the management of COPD: a collective case study. *BMC Health Serv Res*, 22(1), ss. 1-11. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07785-x>
- Sidaway-Lee, K., Gray, D. P., & Evans, P. (2019). A method for measuring continuity of care in day-to-day general practice: a quantitative analysis of appointment data. *British Journal of General Practice*, ss. e356-e362.
- Sinaiko AD, L. M., PR, H., P, P., RJ, R., K, M.-L., K, F., & MB, R. (2017). Synthesis of research on patient-centered medical homes brings systematic differences into relief. *Health Affairs*, 36(3), ss. 500-508.
- Sivilombudet. (2021). *Besøk til boliger for personer med utviklingshemning i Kristiansand kommune*.
- SLV. (2021). *Enhetskostnadsdatabase*. Hentet fra [legemiddelverket.no: https://www.legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/metodevurdering-av-legemidler/dokumentasjon-for-metodevurdering/enhetskostnadsdatabase](https://www.legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/metodevurdering-av-legemidler/dokumentasjon-for-metodevurdering/enhetskostnadsdatabase)
- Somé, N. H., Devlin, R. A., Mehta, N., Zaric, G. S., & Sarma, S. (2020). Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113310>
- Srivastava, A., & Thomson, S. B. (2009). Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research. *JOAAG*, 4(2).
- Statens helsetilsyn. (2017). *Det gjelder livet*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Strumpf, E., Ammi, M., Fiset-Laniel, J., & Tousignat, P. (2017). The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics* (55), ss. 76-94.

- Szafran, O., Kennett, S., Bell, N., & Green, L. (2018). Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal of Primary Health Care*, 10(3), ss. 248-257.
- Telle, K., Abelsen, B., Elvestad, L. A., Grønvold, N. T., Iversen, T., Rashidi, K., & Sakshaug, T. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/no/pdfs/ekspertutvalgets-rapport-om-allmennlegetjenen.pdf>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Treadwell, J., & McCartney, M. (2016). Overdiagnosis and overtreatment: generalists — it's time for a grassroots revolution. *British Journal of General Practice*. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp16X683881>
- van den Berk-Clark, C., E, D., F, R., W, M., MA, P., R, H., . . . DF, S. (2018). Do patient-centered medical homes improve health behaviors, outcomes, and experiences of low-income patients? A systematic review and meta-analysis. *Health Services Research* (53), ss. 1777-1798.
- Van Dijk, C. E., van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & de Bakker, D. H. (2013). Moral hazard and supplier-induced demand: Empirical evidence in general practice. *Health Economics*, ss. 340-352.
- Winkelmann, J., Williams, G., Rijken, M., Polin, K., & Maier, C. (2022). Chronic conditions and multimorbidity: Skill-mix innovations for enhanced quality and coordination of care. I C. Maier, M. Kroezen, R. Busse, & M. Wismar (Eds.), *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care (European Observatory on Health Systems and Policies)* (ss. 152-220). Cambridge: Cambridge University Press. doi:<https://doi.org/10.1017/9781009031929.007>
- 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*, ss. Apr;32(4):367-75.
- World Health Organization (WHO). (2008). *The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now More Than Ever*. . Geneva: WHO.
- Xu, J. (. (2016). The patient-centered medical home and healthcare outcomes for older adults: a systematic review. . *Gerontologist* (56), ss. 405–406.
- Aandahl, E., Abelsen, B., Fosse, A., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H., . . . Sæther, E. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V*.

Vedlegg A Om forsøket

Tabell 29: Kriterier for grønt trafikklys (20.05.22)

Økonomi	Kommune- involvering (forankring)	Teamarbeid (inkl.ledelse)	Faglig profil (inkl. pasientfokus og samhandling med andre tjenester)	Motivasjon (fremoverlentheth og innovasjon)	Sårbarhet/ risiko for gjennom- føring (inkl. ramme- betingelser som ressurssituasjon og IKT)	Helhets- inntrykk
<p>Honorarmodellen: Takstinntjening fra sykepleier på over 40% i snitt, med ytterligere potensial for økt inntjening (mål om 50 %)</p> <p>Driftstilskuddsmodellen: Ingen likviditetsutfordringer eller andre forhold som påvirker prosjektdeltakelse negativt.</p>	<p>Tydlig forankring i kommunen.</p> <p>Kommunen har en organisering som sikrer prosjektfremdrift mht. sårbarhet. Den kommunale organiseringen bidrar til samarbeid med andre helse- og omsorgstjenester. Godt samarbeid mellom kommunal prosjektleder og praksisleder.</p>	<p>Har etablert gode strukturer og prosesser for teamarbeid. Høy grad av tillitt og samarbeid på tvers av faggruppene.</p> <p>De fleste fastlegene er aktivt involvert i arbeidet. De beste fokuserer på kontinuerlig kvalitetsforbedring av prosesser, og evaluerer og tilpasser løpende det interne samarbeidet, f.eks. ved bruk av utdelte team-verktøy.</p>	<p>Systematisk og proaktivt arbeid med målgruppene. Jobber kontinuerlig med å utforme og evaluere nye arbeidsformer i møte med pasientgrupper.</p> <p>Tett samarbeid med andre tjenester.</p> <p><i>(Tillegg for driftstilskuddsmodellen).</i></p> <p>Scorer høyt på kvalitetsbasert tilskudd.</p>	<p>Alle ansatte er motiverte for deltakelse i PHT. Praksisleder eller andre i praksisen deltar aktivt i den offentlige debatten/ på konferanser i regi av prosjektet, som pådriver for utviklingen av tjenesten. Praksisen søker å utnytte potensialet som ligger i deltakelse i pilot, bla.a. ved å utnytte rommet som tilskuddet gir for å jobbe med innovasjon.</p>	<p>Stabil personell-situasjon og lite vikarbruk.</p> <p>Rammebetingelser i kommune og internt i praksis, som EPJ, legger til rette for at praksisleder kan fokusere på PHT.</p> <p>Ved oppsigelse eller lengre fravær har praksisen gode rutiner for å redusere sårbarhet.</p>	<p>Subjektiv oppfatning av summen av de øvrige kategoriene, der «teamarbeid», «faglig profil», og «økonomi» veier tyngst.</p>

Merk: For enkelhets skyld utformer vi kun kriterier for «grønt lys». Gult eller rødt lys vil indikere manglende oppnåelse i forhold til forventninger gitt av kriteriet. Kriteriene endrer seg gjennom prosjektets levetid, da forventningen til utvikling og måloppnåelse stiger over tid. Kriteriene for å få «grønt lys» øker med andre ord over tid. Eksempelvis en praksis som scoret «grønt» i en kategori ett år, vil ved lite tegn til positiv utvikling innenfor kategorien, kunen scpes «gult» det neste året, uten at opplevd måloppnåelse nødvendigvis har blitt noe dårligere. Kilde: Helsedirektoratets prosjektgruppe for gjennomføring av PHT-forsøket.

Tabell 30 Ressursgruppen for PHT-forsøket

Representant	Organisasjon
Morten Slettmyr	Legeforeningen sentralt
Marte Kvittum Tangen	NFA/Legeforeningen
Nils Kristian Klev	Allmennlegeforeningen/Legeforeningen
Carl Magnus Jensen	Norsam/Legeforeningen
Jan Vegard Pettersen	NSF
Jarle Grumstad	NSF
Kai Ø. Brenden	NSF
Gro Bengtson	Delta
Emilie Storli	Fagforbundet
Anette Clausen	Psykologforeningen
Torun Risnes	KS
Martin Fjordholm	KS
Espen Rymoen	KS
Arnfinn Aarnes	FFO
Else Støring	Kreftforeningen

Tabell 31 Undervisninger for legekantorene i PHT-forsøket

2018				
Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
20.11. 2018	Skrøpelige eldre	Anette Hysten Ranhoff	Professor, klinisk institutt, Universitetet i Bergen	Universitetet i Bergen
2019				
Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
08.01. 2019	Samtaleterapi	Bjørnar Haugland	Spesialsykepleier psykiatri	Sørlandsparken legesenter
05.02. 2019	KOLS 1	Anders Østrem	Allmennlegespesialist og fastlege	Gransdalen legesenter
05.03. 2019	Demens 1	Rebecca Setsaas	Kommuneoverlege og fastlege	Kolbu legesenter og Østre Toten kommune

07.05.2019	Teamarbeid	Andreas Tvedt Segrov	Psykolog, leder EYs norske faggruppe for lederutvikling	EY
04.06.2019	KOLS 2	Anders Østrem	Allmennlegespesialist og fastlege, PHT-leder	Gransdalen legesenter
03.09.2019	Utviklingsforstyrrelser	Aleksander Notto Sandnes	Allmennlegespesialist og fastlege, PHT-leder	Sørlandsparken legesenter
15.10.2019	Pasienterfaringer med fastlegekontor i Norge 2018-2019	Hilde Hestad Iversen	Seniorforsker	Folkehelseinstituttet
05.11.2019	Demens 2	Rebecca Setsaas	Kommuneoverlege og fastlege	Kolbu legesenter og Østre Toten kommune

2020

Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
04.02.2020	Gode pasientforløp	Sigrid Askum	Fagleder	Kommunesektorens organisasjon (KS)
		Anders Vege	Fagleder	Folkehelseinstituttet
03.03.2020	Legemiddel-gjennomgang og samstemming	Morten Finckenhagen	Spesialist i allmenmedisin og overlege	Statens legemiddelverk
		Solrun Elvik	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
11.03.2020	Riktig takstbruk (Helfo)	Maria Hakvaag og	Seniorrådgiver	Helfo
		Torill Nydal	Seniorrådgiver	Helfo
26.05.2020	Beslutningsstøtte ved telefonkontakt	Siri-Linn Schmidt Fotland og Vivian Midtbø	Forsker III	NORCE Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin
09.06.2020	Motiverende samtale	Turid Nygaard Dager	Seniorrådgiver, psykologspesialist	Helsedirektoratet
01.09.2020	Tannhelse	Lars Martin Berg	Spesialtannlege	Trøndelag fylkeskommune, UiT Norges Artiske Universitet

06.10.2020	Beslutningsstøtte-verktøyet Legevaktindeks	Siri-Linn Schmidt Fotland og Vivian Midtbø	Forsker III	NORCE Nasjonalt kompetansesenter for legevakt medisin
03.11.2020	Medrave	Kjell-Arne Nordgård	Fastlege	Legegruppa SMS
11.2020	Kurs i sykepleiertakster for PHT - honorarmodellen	Maria Hakvaag og	Seniorrådgiver	Helfo
		Torill Nydal	Seniorrådgiver	Helfo
01.12.2020	Digital hjemmeoppfølging	Siw Helene Myhrer	Seniorrådgiver og prosjektleder for digital hjemmeoppfølging	Helsedirektoratet
		Jørgen Alexander Urnes	Medisinsk ansvarlig og fastlege	Edda legesenter

2021

Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
01.2021	Kurs i sykepleiertakster for PHT – driftstilskudds-modellen	Maria Hakvaag og	Seniorrådgiver	Helfo
		Torill Nydal	Seniorrådgiver	Helfo
12.01.2021	Faglige råd for rehabilitering av Covid-19-pasienter	Christina Stangeland Fredheim	Fastlege, spesialist i allmenmedisin	Fredrikstad kommune
02.02.2021	Med mestring som mål	Ann-Helen Henriksen	Spesialrådgiver, forsker	Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)
02.03.2021	Somatisk helse hos pasienter med psykisk lidelse	Petter Andreas Ringen	Spesialist i psykiatri, professor II	Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet
13.04.2021	Hvordan kan alle bidra til et godt team	Tord F. Mortensen	Psykolog	Handelshøyskolen BI
04.05.2021	Oppfølging av diabetespasienter	Kristian Jong Høines	Fastlege, spesialist i allmenmedisin	Tananger legesenter

08.06. 2021	Seneffekter etter kreftbehandling	Cecilie E. Kiserud	Ph.d, overlege og leder	Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling
05.10. 2021	Herredshusets PHT-metode for oppfølging av hjerteflimmer og blodfortynnende medisiner	Willem Leonard Den Ouden	Fastlege, spesialist allmenmedisin, PHT-leder	Herredshuset legesenter
01.11. 2021	Somatisk helse og levevaner hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer	Hanne Elisabet Strømsvik	Seniorrådgiver, psykologspesialist	Hesledirektoratet
13.12. 2021	Sørlandsparkens PHT-metode for oppfølging av pasienter med utviklingshemming	Aleksander Notto Sandnes	Fastlege, allmenlegespesialist, praksisleder PHT	Sørlandsparken legesenter
		Linda Torsvik	Rådgiver, vernepleier	Kristiansand kommune
		Stian Brødsjø	Prosjektleder, vernepleier	Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

2022

Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
11.01. 2022	Bruk av antikolinergika hos eldre, legemiddelgjennomgang og samarbeid	Torgeir Bruun Wyller	Professor, overlege	Oslo universitetssykehus, geriatrisk avdeling
		Tor Iversen	Professor	Universitetet i Oslo
08.02. 2022	Sluttevaluering PHT 2018-2021	Birgit Abelsen	Professor	Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT
		Hanna Løyland	Senior Economist	Oslo Economics
08.03. 2022	Diagnostisering av KOLS	Anders Østrem	Fastlege, spesialist i allmenmedisin og nestleder	Gransdalen legesenter og Lunger i praksis
10.05. 2022	PrEP og PHT	Thomas Tønseth	Fastlege, praksisleder	Brynsenglegene
		Hege Lind	Sykepleier	Brynsenglegene

07.06. 2022	Nyresykdom + administrative reaksjoner	Aleksander Notto Sandnes	Fastlege, allmennlegespesialist, praksisleder PHT	Sørlandsparken legesenter
11.10. 2022	ADHD i fastlegekontor	Gerd Signy Solberg Omland	Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, kommuneoverlege, leder for helsetjenesten, praksisleder PHT	Nærbø helsesenter, Hå kommune
13.12. 2022	Eldre og seksuell helse	Sara Hope Lygre	Rådgiver	Likestillingssenteret

2023

Dato	Tema	Foreleser	Stilling	Arbeidssted
17.01. 2023	Digital hjemmeoppfølging	Marius Tyssvang	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet
07.02. 2023	Kvalitetsutvikling i fastlegekontor	Nicolas Øyane	Allmennlegespesialist, fastlege, førsteamanuensis og daglig leder	Universitet i Oslo og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)
30.05. 2023	Ekspertutvalgets rapport	Marius Tyssvang, Ole Jørgen Grannes	Seniorrådgivere	Helsedirektoratet
12.09. 2023	Bærekraft i fastlegetjenesten	Erlend Tuseth Aasheim	Avdelingsdirektør og førsteamanuensis	Helsedirektoratet og Senter for bærekraft i helseutdanningene, UiO
10.10. 2023	Pasienter med rusmiddelavhengighet	Ivar Skeie	Spesialist i rus og avhengighetsmedisin	DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet
07.11. 2023	Slagpasienter i fastlegekontor	Bent Indredavik	Professor og avdelingssjef og faglig leder	NTNU og avdeling for hjerneslag, St. Olavs hospital og Norsk hjerneslagregister
12.12. 2023	Den nasjonale hjernehelsestrategien	Silja Nicoline Angellsen	Seniorrådgiver og prosjektleder	Helsedirektoratet

Kilde: Helsedirektoratet

Vedlegg B Data og metode

B.1 Registerdata

Vi bruker individdata som omfatter alle listeinnbyggere som deltar i forsøket med PHT i tillegg til listeinnbyggere som inngår 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 (nå Sikt). 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 avsluttende rapporten ble mottatt i periodene fram til og med første halvår 2023.

Tabell 32 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.

Tabell 32 Oversikt over registre og typer av variabler

Kilde	Variabler	Periode
Fastlegeregisteret	<ul style="list-style-type: none">- Helsepersonellnummer- Kjennetegn ved fastlegen: Kjønn, alder, spesialist i allmenntilleggsmedisin og/eller samfunnsmedisin, fastlønn/privat praksis, navn og nummer på praksiskommune, gruppepraksis, deltart/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 – 1. juli 2023
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege og PHT-sykepleier registrert ved takster	Fra 2012 – 30. juni 2023
Norsk Pasientregister (NPR)	<ul style="list-style-type: none">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 2023
Kommunalt Pasientregister (KPR)	KPR inneholder variabler som beskriver botype, omfang og sammensetning av hjemmetjenester samt funksjonsnivå.	Fra 2017 - april 2023
Dødsårsaksregisteret	Dødstidspunkt, dødsårsak (gruppert etter EU Shortlist)	Fra 2012 – des. 2021
SSB	Utdanning, inntekt og formue på individ og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus, fødselsår, døds måned, kjønn.	Fra 2012 – des. 2021

B.2 Analyse av registerdata

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

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

hvor y er utfallet for listeinnbygger i på legekantor j i periode t , a er enhetsfaste effekter, λ er tidsfaste effekter og ε er restleddet. Variabelen D er en indikator som er lik 1 for listeinnbyggere ved PHT-kontor etter forsøket startet. Vi kan tolke koeffisienten δ som effekten av PHT ved å anta parallelle utfallstrender, som betyr at utfallet ville utviklet seg likt på PHT-legekantor 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 λ . For utfall hvor antagelsen trolig ikke vil holde, kombinerer vi FiF med metoder for å velge ut legekantor som ikke deltar i forsøket, men som hadde lik utfallstrend som PHT-kontor før forsøket startet. I valget av legekantor til kontrollgruppen, 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 listeinnbyggerne, 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 å korrigere for utvelgelsen av PHT-legekantor ved å gjøre legekantorene i kontrollgruppen mest mulig like PHT-legekantorene når det gjelder observerbare kjennetegn. Vi bruker to teknikker for å få det til: coarsened exact matching (CEM) (Iacus, King, & Porro, 2012) og propensity score matching (PSM) (Rosenbaum & Rubin, 1983)²¹. CEM tar utgangspunkt i et lite antall kjennetegn og sammenligner PHT- og kontrollkontor langs disse kjennetegnene. Vi kan for eksempel skille mellom legekantor som har færre eller flere enn fem fastleger. Hvis det er flere av PHT-kantorene enn av kontrollkantorene som har flere enn fem leger, vil kontrollkantorene som har flere enn fem leger, bli vektet opp i sammenligningene. Med PSM tar vi utgangspunkt i et (stort) antall kjennetegn som vi tror påvirker praksis og beregner sannsynligheten for at legekantor med et sett av kjennetegn blir deltaker i forsøket. Deretter tilordnes som kontroll, det legekantoret som har en sannsynlighet som er mest mulig lik sannsynligheten til PHT-legekantoret. Tabell 33 illustrerer tankegangen. Ved hjelp av PSM er det estimert at PHT-legekantoret ABC har 80 prosent sjanse for å bli PHT-legekantor. Siden L3 er det legekantoret som har en sannsynlighet for å bli PHT-legekantor som er nærmest 80 prosent, blir L3 valgt som kontroll for Legekantoret ABC.

Tabell 33 Illustrasjon av valg av kontrollkontor ved propensity score matching (PSM)

Legekantor	L1	L2	Legekantoret 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 kontrollkantorene mest mulig like ved forsøksstart (balanse mellom kovariatene).

Tabell 34 sammenligner kontrollgruppene foreslått av CEM og PSM basert på kjennetegn vi tror er viktige uavhengig av problemstilling. Sammenlignet med gruppen som består av alle legekantor 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).

²¹ I tillegg ble Generalized boosted models (GBM) vurdert, men ikke brukt.

Tabell 34 Illustrasjon av valg av kontrollgruppe

	Driftstilskudds- modellen	Legekantor 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 (%)				
Minst sentral	60	24	60	73
Mindre sentral	0	24	0	6
Sentral	0	29	0	11
Mest 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 legekantor med kommunal eieform og sykepleier i 2017. Øvrige variable viser gjennomsnitt i perioden 2015 til 2017. “Beliggenhet” rangerer legekantorenes kommuner ut fra nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner ved hjelp av SSBs sentralitetsindeks (<https://www.ssb.no/klasse/klasseklassifikasjoner/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 legekantor med driftstilskuddsmodellen - gjennomsnitt av k for legekantor utenfor forsøket) / standardavvik av k for legekantor med driftstilskuddsmodellen.

B.3 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 C Tilleggsanalyser av registerdata

Tabell 35 Antall og andel årskontroller med tidstakst

	Legekantor med honorarmodellen		Legekantor utenfor forsøket	
	109(a, b) (med 2cd)	%-andel	109(a, b) (med 2cd)	%-andel
2017	298 (90)	30	12593 (6742)	54
2021	435 (101)	23	12937 (8201)	63

Merknad: Antall regninger med takst 109, og antall regninger med takst 109 og 2cd blant leger som tok takst 109 i 2017 og 2021. 2021 er siste tilgjengelige målepunkt fordi det ikke er mulig å identifisere årskontroll fra og med 1. juli 2022.

Tabell 36 Utvikling i bruk av tidstakst for fastleger i honorarmodellen sammenlignet med fastleger utenfor forsøket.

	Antall regninger med tidstakst			%andel konsultasjoner med tidstakst		
	Inngangsverdi	F	N	Inngangsverdi	F	N
Listeinnbyggere med diabetes type 2	2,12	-0,07	2135654	37	-2	1940713
Listeinnbyggere med kols	2,24	-0,11	1017645	38	-3	908401
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	2,42	-0,00	5201196	42	-0	4451999
Listeinnbyggere med ruslidelse	2,15	0,03	638381	38	-0	524077
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	0,94	-0,36***	172364	28	-6	135718
Skrøpelig eldre og multisyke	2,17	-0,00	1166860	37	-0	998550

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

Tabell 37 Tilsvarende tabell 7-3 i statusrapport 2022 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av samarbeid på legekontoret.

	Legekonsultasjon		Lege- eller sykepleier konsultasjon		Hjemmebesøk	
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF
Listeinnbyggere med diabetes type 2	5,58	-0,23	5,58	-0,04	0,02	0,01
Listeinnbyggere med kols	5,86	0,07	5,86	0,39	0,08	-0,06
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	5,57	-0,43	5,57	-0,31	0,06	0,02
Listeinnbyggere med ruslidelse	5,18	0,23	5,18	0,41	0,05	0,01
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	2,69	-0,94 ***	2,69	-0,92 **	0,43	0,06
Skrøpelig eldre og multisyke	6,49	-0,15	6,49	0,28	0,20	0,09

Note: Fastleger med liste på PHT-legekontor i hele perioden 2014-2022. Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2014-2022. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekontor med høy grad av samarbeid i 2017. FiF er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekontor med høy grad av samarbeid etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 38 Tilsvarende tabell 7-3 i statusrapport 2022 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av teamarbeid på legekantoret.

	Legevakt		Poliklinisk konsultasjon		Ikke-planlagt innleggelse		Privat spesialist		N
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	
Listeinbyggere med diabetes type 2	0,35	0,01	2,05	0,14	0,36	0,03	1,44	-0,05	14684
Listeinbyggere med kols	0,64	-0,07	1,89	-0,03	0,47	0,10	1,31	-0,15	6463
Listeinbyggere med psykisk sykdom	0,51	0,04	1,32	-0,19***	0,19	0,00	0,96	0,05	33501
Listeinbyggere med ruslidelse	0,94	-0,28	1,69	-0,46	0,50	-0,06	0,75	-0,08	4266
Listeinbyggere med psykisk utviklingshemming	0,76	-0,01	1,57	-0,47	0,20	0,01	0,37	0,22	1234
Skrøpelig eldre og multisyke	0,74	-0,21	2,66	0,08	0,55	0,12	2,29	0,31	8601

Note: Fastleger med liste på PHT-legekantor i hele perioden 2014-2022. Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2014-2022. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekantor med høy grad av teamarbeid i 2017. FiF er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekantor med høy grad av teamarbeid etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 39 Tilsvarende tabell 7-4 i statusrapport 2022 Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk etter grad av teamarbeid. Legekontor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient		Nødvendig samtale med pårørende		Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient		Noklus diabetesskjema		N
	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	Inngangsverdi	FiF	
Listeinbyggere med diabetes type 2	0,75	0,20	0,08	-0,02	0,17	0,00	0,29	0,07	12006
Listeinbyggere med kols	0,79	-0,23	0,07	-0,10	0,20	-0,05			5563
Listeinbyggere med psykisk sykdom	0,66	0,24	0,09	0,01	0,24	-0,00			26256
Listeinbyggere med ruslidelse	1,50	1,42	0,04	-0,08	0,55	0,09			3382
Listeinbyggere med psykisk utviklingshemming	2,30	2,74	0,24	-0,06	0,67	1,66			960
Skrøpelig eldre og multisyke	2,18	0,70	0,19	-0,11*	0,20	0,03			7419

Note: Fastleger med liste på legekontor med honorarmodellen i hele perioden 2014-2022. Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2014-2022. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Inngangsverdi er gjennomsnitt på legekontor med høy grad av teamarbeid i 2017. FiF er koeffisienten på variabelen som indikerer om pasienten tilhører et legekontor med høy grad av teamarbeid etter forsøket startet. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 40 Tilsvarende tabell 14 i statusrapport 2022 vedlegg E Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid.

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleier- konsultasjon	Hjemme- besøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke- planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Listeinbyggere med diabetes type 2								
2. kvartil	0,72**	0,96***	0,06	0,23**	0,85**	0,02	0,24	1488
3. kvartil	0,60**	0,91***	0,10**	0,12	0,90***	0,04	0,18	2163
4. kvartil	0,64*	1,00***	0,15***	0,06	1,16***	0,05	0,48**	2765
Listeinbyggere med kols								
2. kvartil	-0,13	0,16	0,06	-0,18	-0,07	-0,07	0,15	585
3. kvartil	-0,03	0,42	-0,05	-0,30	-0,39	-0,11	0,05	1069
4. kvartil	0,48	1,04	0,38**	-0,46	0,85	0,08	0,47	1189
Listeinbyggere med psykisk sykdom								
2. kvartil	0,00	0,15	0,01	0,19	0,30**	0,06**	0,20	3627
3. kvartil	-0,34*	-0,13	0,00	0,03	0,18*	0,04*	0,17	4617
4. kvartil	-0,10	0,33	0,08*	-0,03	0,39***	0,07**	0,80***	5485
Listeinbyggere med ruslidelse								
2. kvartil	-0,04	0,13	-0,01	0,31	0,46	0,27	-0,19	447
3. kvartil	-0,45	-0,21	0,13	1,40	0,27	0,19	-0,18	653
4. kvartil	-0,56	0,04	0,31**	0,35	0,78*	0,29	0,09	594
Listeinbyggere med psykisk utviklingshemming								
2. kvartil	-0,15	-0,19	0,08	0,59	-0,99	0,09	0,65	101
3. kvartil	0,04	-0,02	0,02	0,32	-0,01	0,14	0,16	189
4. kvartil	0,40	1,00	0,23	0,29	-0,54	0,09	0,12	253
Skrøpelig eldre og multisyke								
2. kvartil	0,27	0,27	0,04	0,05	-0,02	-0,06	-0,08	612
3. kvartil	0,11	0,31	0,15	0,04	0,89**	0,07	0,05	1150
4. kvartil	1,20**	1,48***	0,16	0,06	0,92*	0,16	0,51*	1471

Note: Fastleger med liste på PHT-legekantor i hele perioden 2018-2022. Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. Hver celle er et estimat på forskjellen mellom listeinbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilder: KUHR og NPR.

Tabell 41 Tilsvarende tabell 15 i statusrapport 2022 vedlegg E Forskjeller i helsetjenestebruk under forsøket etter grad av teamarbeid. Legekantor med honorarmodellen.

	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter	Nødvendig samtale med pårørende	Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient	Noklus diabetesskjema	N
Listeinbyggere med diabetes type 2					
2. kvartil	-0,31	-0,07*	-0,07*	-0,00	1027
3. kvartil	0,11	-0,08*	-0,06*	0,03	1907
4. kvartil	0,01	-0,03	-0,04	0,11***	2254
Personer med kols					
2. kvartil	-0,26	-0,17**	-0,02		539
3. kvartil	-0,99*	-0,37***	-0,04		916
4. kvartil	1,32**	-0,07	0,13**		997
Listeinbyggere med psykisk sykdom					
2. kvartil	-0,00	-0,03	-0,01		2223
3. kvartil	-0,02	-0,06***	-0,02		4619
4. kvartil	0,49***	0,01	-0,01		3886
Listeinbyggere med ruslidelse					
2. kvartil	1,43*	-0,11	0,11		351
3. kvartil	0,83	-0,06	0,08		527
4. kvartil	2,62***	0,00	0,14		483
Listeinbyggere med psykisk utviklingshemming					
2. kvartil	-2,20	-0,48*	-0,19		67
3. kvartil	1,23	-0,58**	0,50		163
4. kvartil	-0,19	-0,48*	-0,85		208
Skrøpelig eldre og multisyke					
2. kvartil	0,67	-0,31***	-0,04		538
3. kvartil	-0,41	-0,57***	-0,09*		941
4. kvartil	0,54	-0,25***	-0,06		1231

Note: Fastleger med liste på legekantor med honorarmodellen i hele perioden 2018-2022. Listeinbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-017), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2015-2017) og skrøpelig eldre og multisyke (listeinbyggere som var 65 år eller eldre i 2012 og som basert på registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skrøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte lista i hele eller deler av perioden 2018-2021. Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter er regninger med takst 1f eller S1b. Nødvendig samtale med pårørende er regninger med takst 612a, 612b, S1p eller S7p. Flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient er regninger med takst 14 eller S5. Noklus diabetesskjema er regninger med takst 109, 109a eller 109b. Hver celle er et estimat på forskjellen mellom listeinbyggere på lista til fastleger i et gitt kvartil og 1. kvartil. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001. Kilde: KUHR.

Tabell 42 Prosentvis endring i sannsynlighet for å motta minst en tjeneste per år i honorarmodellen i forhold til i driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet (ekstensiv margin).

	Lege- konsultasjon	Lege- eller sykepleier- konsultasjon	Hjemme- besøk	Legevakt	Poliklinisk konsultasjon	Ikke- planlagt innleggelse	Privat spesialist	N
Alle	2	2	0	2	-0	0	1	834291
Listeinnbyggere med diabetes type 2	4	3	0	1	-2	0	-2	18922
Listeinnbyggere med kols	2	2	1	9*	2	1	4	5089
Listeinnbyggere med psykisk sykdom	4*	3*	0	2	-0	1	0	35288
Listeinnbyggere med ruslidelse	4	3	1	-0	3	1	-4*	4275
Listeinnbyggere med psykisk utviklingshemming	6	7	6	-6	-0	0	-3	1311
Skrøpelig eldre og multisyke	4*	3*	0	5	-1	4	-2	18950

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

Vedlegg D Rammeverk for vurdering av ikke-prissatte virkninger

DFØ anbefaler at man i samfunnsøkonomiske analyser benytter verdimatrisemetoden for å vurdere den samfunnsøkonomiske verdien av ikke-prissatte virkninger (DFØ, 2023). Metoden er en kvalitativ metode som skal bidra til systematisk og dokumenterbar vurdering av de ikke-prissatte virkningene. For å komme frem til den samfunnsøkonomiske verdien av de ikke-prissatte virkningene, gjør man i analysen av ikke-prissatte virkningen tre vurderinger:

- Hvor mange som blir berørt av hver virkning
- Hvor stor påvirkning tiltaket vil ha på hver enkelt berørt
- Hvilken enhetsverdi som skal benyttes

«Verdivurderingen» av ikke-prissatte virkninger, gjøres ved å se kvantum (de to første vurderingene) og enhetsverdi (den tredje vurderingen) i lys av hverandre. DFØ har utarbeidet en verdimatrise som viser hvordan vurderingen langs de to dimensjonene oppsummeres i den samfunnsøkonomiske verdien av de ikke-prissatte virkningene (Tabell 43). DFØ anbefaler at man bruker en nidelt skala for å vurdere den samfunnsøkonomiske verdien av de ikke-prissatte virkningene:

- meget stor negativ virkning
- stor negativ virkning
- middels negativ virkning
- liten negativ virkning
- ubetydelig/ingen virkning
- liten positiv virkning
- middels positiv virkning
- stor positiv virkning
- meget stor positiv virkning

Vurderingen av kvantum er den samlede vurderingen av hvor mange som blir berørt av hver virkning, og hvor stor påvirkning hver enkelt berørt opplever. DFØ anbefaler at man bruker en syvdelt skala for å vurdere kvantumet:

- stort, negativt
- middels, negativt
- lite, negativt
- verken positivt eller negativt
- lite, positivt
- middels, positivt
- stort, positivt

Enhetsverdien angir hvordan virkningen påvirker befolkningens velferd. Vurderingen skal i størst mulig grad bygge på prinsippet om betalingsvillighet, slik at et gode er verdt det befolkningen er villig til å betale for å oppnå eller unngå virkningen. For å vurdere enhetsverdien anbefaler DFØ en tredelt skala:

- liten
- middels
- høy

Tabell 43 Verdimatrisen – verktøy for å finne den samfunnsøkonomiske verdien av ikke-prissatte virkninger

Kvantum / Enhetsverdi	Liten	Middels	Høy
Stort, negativt	Middels negativ	Stor negativ	Meget stor negativ
Middels, negativt	Liten negativ	Middels negativ	Stor negativ
Lite, negativt	Ubetydelig/ingen	Liten negativ	Middels negativ
Verken positivt eller negativt	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen	Ubetydelig/ingen
Lite, positivt	Ubetydelig/ingen	Liten positiv	Middels positiv
Middels, positivt	Liten positiv	Middels positiv	Stor positiv
Stort, positivt	Middels positiv	Stor positiv	Meget stor positiv

Kilde: DFØs veileder i samfunnsøkonomisk analyse

