Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Statusrapport III, januar 2021

Institutt for helse og samfunn, UiO
Oslo Economics
Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

osloeconomics

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

Om Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn (HELSAM) er et flerfaglig institutt ved det medisinske fakultet. HELSAM består av seks avdelinger; Allmennmedisin, 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.

Om Oslo Economics

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

Om 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 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

Forord 6

Sammendrag og konklusjoner 7

1. Innledning 11

1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT) 11

1.2 Evalueringsoppdraget 12

1.3 Viktige utfordringer i evalueringen 13

1.4 Funn fra statusrapport I 14

1.5 Funn fra statusrapport II 14

1.6 Om statusrapport III 15

2. Data og metode 16

2.1 Studier med registerdata 16

2.2 Spørreundersøkelse blant listeinnbyggere 18

2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved fastlegekontor 23

2.4 Intervjustudier 24

2.5 Oppsummering og konklusjon 26

3. Pasienter som får oppfølging av primærhelseteam 27

3.1 Målgruppen for primærhelseteam 27

3.2 Registerdataanalyse av pasienter som mottar oppfølging fra PHT 27

3.3 Svake etterspørrere 32

3.4 Systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging 33

3.5 Fastlegenes opplevelse av hvorvidt PHT bidrar til bedre oppfølging for ulike pasientgrupper 33

3.6 Oppsummering og konklusjon 35

4. Endring i arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret 36

4.1 Proaktivitet – hvordan jobber fastlegen proaktivt? 36

4.2 Brukermedvirkning 39

4.3 Behandlingsplan, legemiddelgjennomgang og diabetesoppfølging 40

4.4 Helsetjenester på legekontoret 47

4.5 Hjemmebesøk og samordning med andre tjenester 51

4.6 Oppsummering og konklusjon 54

5. Erfaringer med PHT fra et pasientperspektiv 56

5.1 Kontinuitet sett fra pasientens perspektiv 56

5.2 Tilgjengelighet med PHT 61

5.3 Proaktivitet – hvordan oppfatter pasientene det? 62

5.4 Hjelp til mestring 66

5.5 Oppsummering og konklusjon 69

6. Listeinnbyggernes vurderinger av fastlegetjenesten 70
6.1 Kontakt med legekontoret og primærhelseteam 71
6.2 Tilgjengelighet 72
6.3 Brukermedvirkning 75
6.4 Mestring av sykdom 77
6.5 Samarbeid og koordinering 78
6.6 Tilfredshet med fastlege og sykepleier 79
6.7 Oppsummering og konklusjon 81
7. PHT-forsøket og pasienter med utviklingshemming 83
7.1 Registerdataanalyser om tjenesteendringer for utviklingshemmede 84
7.2 Utfordringsbildet sett fra kommuner og bydeler ved starten av PHT-forsøket 85
7.3 Legekontorenes planer ved oppstart i 2018 85
7.4 Tiltak i 2019 86
7.5 Nye legekontors planer ved oppstart i 2020 86
7.6 Eksempel 1: Legetjeneste til beboere i PU-bolig før PHT 87
7.7 Eksempel 2: Legetjeneste til beboere i PU-boliger med PHT 88
7.8 Oppsummering og konklusjon 91
8. Pasientutfall og helseeffekter 93
8.1 Legevakt og spesialisthelsetjenester 93
8.2 Beskrivelse av dødelighet 97
8.3 Helserelatert livskvalitet 100
8.4 Oppsummering og konklusjon 102
9. Ressursbruk og kostnader ved PHT – første steg mot en samfunnsøkonomisk analyse 103
9.1 Ressursbruk knyttet til PHT 103
9.2 Kostnader knyttet til drift av PHT-legekontor 103
9.3 Kostnader knyttet til drift av piloten 105
9.4 Kostnader for listeinnbyggere 106
9.5 Samfunnsøkonomisk analyse i rapport 2021 107
9.6 Oppsummering og konklusjon 108
10. Avslutning 109
10.1 Tjenesteutvikling på legekontor med PHT 109
10.2 Tjenesteutviklingen belyst ved registerdata og spørreundersøkelse til listeinnbyggerne 110
10.3 Planer for arbeidet med evalueringen i 2021 112
Referanser 114
Vedlegg A Data og metode (UiO) 117

A.1 Registerdata 117
A.2 Spørreundersøkelse til listeinnbyggere 117
Vedlegg B Oppfølging fra fastlegekontoret under koronapandemien 120
B.1 Endringer i oppfølging og arbeidsmåte på grunn av koronapandemien 120
B.2 Listeinnbyggernes erfaringer under koronapandemien 123
Vedlegg C Kompletterende materiale 126
C.1 Spørreundersøkelse blant listeinnbyggere 126
C.2 Spørreundersøkelse blant fastleger 140
C.3 Spørreundersøkelse blant sykepleiere 181
C.4 Spørreundersøkelse blant helsesekretærer 197
C.5 Kompletterende materiale til kapittel 6 209
C.6 Kompletterende materiale til kapittel 8 227

Forord

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

Pasienten er det overordnede temaet for denne tredje statusrapporten fra evalueringsprosjektet. Vi prøver blant annet å finne svar på hvordan tilnærmingen til pasienten så langt er endret med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket opplever å få tjenester fra PHT.

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

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

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervjue. En særlig takk går til personell ved legekontorene i forsøket som med stor velvilje, har hjulpet oss med å gjøre intervjuavtaler. Vi vil også takke alle som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene. Til slutt vil vi takke alle, spesielt PHT-lederne og Helsedirektoratet, som har gitt innspill og kommentert foreløpige funn underveis i arbeidet med rapporten.

Rapporten kan refereres til på følgende måte: Abelsen B, Evenstad Ø, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2021) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III.

Oslo og Tromsø, januar 2021

Sammendrag og konklusjoner

I evalueringens tredje statusrapport har vi undersøkt hvordan tilnærmingen til pasienten så langt er endret med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket opplever å få tjenester fra PHT. Data fra intervjuer, spørreskjemaundersøkelse og registre viser at PHT bidrar til endringer i hvordan pasientarbeidet på fastlegekontoret foregår. Kvalitative funn tyder på at pasienter som er blitt fulgt opp av PHT over tid, opplever økt kontinuitet, tilgjengelighet og mestring av egen helsetilstand. Spørreundersøkelser og registerdatastudier gir foreløpig mer begrensede indikasjoner på tydelige effekter for målgruppen og for listeinnbyggere generelt. Vår tolkning er at det trolig vil ta tid før vi kan se slike effekter. Til neste års rapport vil vi blant annet gjøre mer detaljerte registerdatastudier for å avdekke virkninger for pasienter som får oppfølging fra PHT.

Forsøk med primærhelseteam (PHT)

Forsøket med PHT prøver ut teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Forsøket startet 1. april 2018 og skal vare ut mars 2023. Målet med det er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn den vanlige fastlegeordningen.

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

Evaluering av forsøket med PHT

Forsøket blir på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert av en forskergruppe fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet (UiT) og Oslo Economics (OE). Effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesiell vekt på å måle effektene for pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov. Denne tredje statusrapporten fra evalueringsprosjektet beskriver hvordan tilnærmingen til pasienten så langt er endret med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket opplever å få tjenester fra PHT. Rapporten beskriver status for forsøket per 2020.

Seleksjon av legekontor gir utfordring for evaluering og sammenligning av de to modellene. Elleve av de tolv legekontorene som prøver ut honorarmodellen, er private legekontor, mens fire av fem legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekontor. Dette gjør det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform. Siden vi ønsker kontrollkontor som er mest mulig like PHT-kontorene, inngår eierskapsform som et av kriteriene i valg av kontrollkontor i analyser av registerdata. Det betyr samtidig at vi ikke uten videre kan trekke konklusjoner fra PHT-forsøket til hele populasjonen av legekontor i Norge. I spørreundersøkelsen til listeinnbyggerne består kontrollgruppen til listeinnbyggerne fra legekontor med honorarmodellen av listeinnbyggere fra private legekontor, mens kontrollgruppen til listeinnbyggere fra legekontor med driftstilskuddsmodell består av listeinnbyggere fra kommunale legekontor. Dette medfører igjen et forbehold om at man ikke uten videre kan trekke konklusjoner fra PHT-forsøket til hele populasjonen av legekontor i Norge. I spørreundersøkelsen blant ansatte på legekontorene i PHT-forsøket, er det ingen kontrollgruppe, siden svarprosenten i den utvalgte kontrollgruppen er for liten.

Kapittel 2: Rapporten bygger på et bredt datagrunnlag bestående av registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer

I evalueringen bruker vi registerdata på individnivå fra blant annet KUHR, Norsk Pasientregister, Kommunalt Pasientregister, Dødsårsaksregisteret og Statistisk Sentralbyrå. Vi bruker statistiske metoder og

tilgjengelige data om legekontorene for å tildele et kontroll-legekontor til hvert av legekontorene som prøver ut PHT, for å kunne undersøke virkningene av PHT.

For å komplettere registerdataanalysene har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere over 18 år hos fastleger ved både forsøks- og utvalgte kontroll-legekontor i 2018 og 2020. Temaer i undersøkelsen er kontakt med fastlegekontoret, involvering av ulike typer helsepersonell i konsultasjonen, oppfølging fra fastlegekontoret, ventetid for å få time og for å komme inn til legen på fastlegekontoret, konsultasjonens varighet, tilfredshet med fastlegekontoret, oppfølging under koronapandemien samt opplevd helsetilstand.

Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse blant personell ved legekontor som inngår i forsøket med PHT og ved utvalgte legekontor i en kontrollgruppe. Temaer i undersøkelsene var samarbeid på legekontoret, oppfølging av listeinnbyggere, proaktivitet, effekter av PHT, finansiering, arbeid på legekontoret under koronapandemien og forventninger til PHT (for legekontor som er nye i utprøvingen).

Det er videre gjort kvalitative intervju med et utvalg informanter i gruppene pasienter og pårørende samt personell ved tre boliger for psykisk utviklingshemmede og personell ved legekontorene i forsøket. Hensikten med de kvalitative intervjuene er å få fram konkrete erfaringer med PHT og variasjon i disse. I denne sammenhengen bidrar intervjudata sammen med data fra spørreundersøkelsene til utdyping, nyansering og økt forståelse. Samtidig bidrar intervjudata med aspekter som ikke lar seg beskrive med kvantitative data.

Kapittel 3: Nesten 10 000 pasienter har så langt utløst sykepleiertakst

Vi bruker utløst sykepleiertakst som en indikator på at en pasient har fått helsehjelp fra PHT. På denne måten estimerer vi at i underkant av 10 000 listeinnbyggere, rundt ti prosent av listeinnbyggerne ved legekontorene i forsøket, har fått oppfølging fra PHT siden oppstart i 2018. Andelen som har mottatt helsehjelp fra PHT, har økt med 65 prosent sammenlignet med tallene fra statusrapporten i 2019. Sammenlignet med listeinnbyggerne som ikke har fått helsehjelp fra PHT, er en større andel i de eldre aldersgruppene. Nesten halvparten (47 prosent) av de som har fått helsehjelp fra PHT, har utløst en sykepleiertakst én gang, mens 23 prosent har utløst en sykepleiertakst fire ganger eller mer. Av de som hadde utløst en sykepleiertakst i løpet av de seks første månedene etter at forsøket startet, hadde rundt 25 prosent utløst en sykepleiertakst også 19-24 måneder inn i forsøket.

Rundt 27 prosent av de som har mottatt helsehjelp fra PHT ved legekontor med honorarmodellen, har mottatt helsehjelp for luftveisproblemer, herunder blant annet kols. Ved legekontor med driftstilskuddsmodellen, mottok omtrent 26 prosent av pasientene helsehjelp fra PHT for endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer, som inkluderer diabetes type 2. Forskjeller mellom legekontorene skyldes trolig dels forskjeller i sykepleiernes kompetanse og dels forskjeller i listesammensetning. I spørreundersøkelsen oppga majoriteten av fastlegene (54 prosent) at de de mener at PHT «i svært stor grad» bidrar til en bedre oppfølging av personer med diabetes, og mange (34 prosent) oppga det samme for personer med kols. Det var svakest oppslutning om at personer med rusavhengighet, utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelser, samt svake etterspørrere vil få bedre oppfølging med PHT.

Kapittel 4: Arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret er under endring

Dette kapittelet belyser utviklingen av arbeidsmåter som skal bidra til en bedre tjeneste.

Om lag halvparten av fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket siden start, opplever at fastlegene ved deres legekontor arbeider mer proaktivt enn før. Sekundærforebygging trekkes fram som den mest aktuelle formen for proaktivitet. Skrøpelige eldre og svake etterspørrere er de pasientgruppene det oppfattes som mest aktuelt å arbeide proaktivt med. Om lag halvparten av fastlegene og en noe større andel sykepleiere oppgir at legekontoret legger til rette for brukermedvirkning.

Femtifem prosent av fastlegene oppgir at de i stor eller svært stor grad mener at noen pasienter vil ha nytte av å ha en behandlingsplan. Samtidig er det færre pasienter som så langt har fått utarbeidet behandlingsplan enn det antall pasienter fastlegene mener dette er aktuelt for. Dette har sammenheng med uklarhet til krav om innholdet i behandlingsplanene. Det foreligger nå en anbefaling av maler for behandlingsplaner.

Det er en klar tendens til at PHT starter med de pasientgruppene som har størst volum, som pasienter med diabetes type 2 og kols. Årskontroll til pasienter med diabetes type 2 peker seg ut som den helsetjenesten med størst økning etter at forsøket startet. Fastlegene i honorarmodellen gjennomfører nå årskontroll med innsending av NOKLUS-skjema for over 30 prosent av pasientene med diabetes type 2.

Det er økning i antallet hjemmebesøk. Den vesentlige økningen skjer i hjemmebesøk fra sykepleier. Fra legekontor med honorarmodellen har det vært nesten en fordobling av antallet hjemmebesøk per listeinnbygger etter forsøk med PHT startet. Økningen av hjemmebesøk fra PHT i driftstilskuddsmodellen er mindre enn i honorarmodellen.

Koronapandemien har gitt utfordringer for PHT-legekontorene. Vi finner ingen forskjell i endring i det samlede antall konsultasjoner (konsultasjoner ved frammøte og elektroniske konsultasjoner) første halvår 2020 mellom legekontor med honorarmodellen og kontrollgruppen. For legekontor med driftstilskuddsmodellen har det vært en reduksjon i det samlede antallet konsultasjoner sammenlignet med kontrollgruppen. Reduksjonen har blant annet bakgrunn i at flere fastleger i kommunale legekontor fikk kommunale legeoppgaver under pandemien.

Kapittel 5: Pasientene erfarer bedre kontinuitet, tilgjengelighet og mestring

De kvalitative intervjuene med pasienter og pårørende gir innblikk i noen erfaringer med PHT over tid. Analysen gir eksempler på virkninger av PHT sett fra pasienters ståsted. Framstillingen bygger på kvalitative intervjudata med et fåtall informanter.

Sett fra pasientens perspektiv, er det mulig å oppnå bedre kontinuitet med PHT. Pasientene snakket mye om endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering som vi tolker som økt behandlingskontinuitet. Mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell med PHT gir indikasjon om økt informasjonskontinuitet. Sett fra pasientens side er det også tegn til at den relasjonelle kontinuiteten kan styrkes. Både pasienter og pårørende setter pris på kontakten med sykepleier, men ser den ikke som erstatning for relasjonen til fastlegen. Intervjuene tyder videre på at pasienter kan oppleve økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Flere pasienter fortalte at det er mye de kan avklare med sykepleieren uten at de trenger å kontakte fastlegen. De satte også pris på kontaktmulighetene som ikke innebærer tradisjonelle konsultasjoner på legekontoret.

Listeinnbyggerundersøkelsen tyder på at det er få pasienter som opplever proaktiv oppfølging fra sitt fastlegekontor. De fleste som har opplevd dette, har blitt kontaktet fordi de har en spesifikk diagnose. Det er signifikant flere menn, flere eldre og flere med langvarig sykdom i denne gruppen. De som oppga å ha opplevd å bli kontaktet uten selv å ha tatt kontakt først, var positive til denne oppfølgingen. Blant pasientene som er intervjuet, var det et fåtall som hadde opplevd å bli oppsøkt av PHT. Men de som hadde opplevd det, satte stor pris på oppfølgingen. Kapitlet viser også eksempler på hvordan PHT oppleves av pasienter som hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Pasientene snakket om virkninger som tyder på økt livskvalitet.

Kapittel 6: Foreløpig ingen signifikante endringer i brukeropplevelse relativt til kontrollgruppen

Gjennom spørreundersøkelser til listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut PHT og i en kontrollgruppe har vi i 2018 og 2020 belyst listeinnbyggernes erfaringer med PHT. Vi finner at listeinnbyggerne generelt og pasienter i målgruppen stort sett er fornøyde med fastlegetjenesten. Listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er mindre fornøyd med fastlegetjenesten enn listeinnbyggere ved legekontor med honorarmodellen og i kontrollgruppen. Det ser ikke ut som at dette skyldes driftstilskuddsmodellen i seg selv, siden denne forskjellen var til stede allerede i 2018. Vi finner ikke statistisk signifikante holdepunkter for at listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegetjenesten har endret seg relativt til kontrollgruppen etter forsøket med PHT startet. I 2020 har samfunnet generelt, og helsetjenesten spesielt, vært preget av koronapandemien. Dette har trolig påvirket listeinnbyggernes erfaringer med fastlegetjenesten, men det er vanskelig å forutsi hvordan.

Kapittel 7: Utviklingshemmede pasienter vies mer oppmerksomhet med PHT

Registerdataanalyser og intervju med ansatte på legekontorene i forsøket, tyder på at utviklingshemmede som gruppe, vies mer oppmerksomhet enn tidligere. Men det er fortsatt rom for forbedring. Det legges i større grad enn før til rette for å gjennomføre anbefalt årskontroll. Men andelen utviklingshemmede som fikk anbefalt årskontroll i 2019, var ikke mer enn rundt 10 prosent i 2019 ved legekontor som prøver ut honorarmodellen. I driftstilskuddsmodellen er ikke taksten for årskontroll inkludert.

Rapporten gir konkrete eksempler på helhetlig allmennmedisinsk oppfølging i regi av to legekontor i PHT-forsøket ved tre ulike boliger for utviklingshemmede (PU-boliger). Her har behandlingskontinuiteten økt, blant annet som følge av at det systematisk gjennomføres årskontroller og at personalet i PU-boligene har fått mer opplæring som gjør at de selv kan bidra i den medisinske oppfølgingen i større grad enn tidligere. Informasjonskontinuiteten har økt med den tette dialogen som foregår om helsetilstandene til beboerne mellom legetjenesten/PHT og personalet i PU-boligene. Den relasjonelle kontinuiteten har økt betraktelig. Det er det samme helsepersonellet som kommer til beboernes hjem. Det trygger beboerne og bidrar til mindre bruk av tvang. Dette gir utvilsomt en bedre fastlegetjeneste enn før. Eksemplene viser at dette går an å oppnå både med og uten PHT. En fast lege som kommer ut av legekontoret og til boligen er viktig for en god oppfølging av alle beboere i PU-boligen. Hvorvidt en PHT-sykepleier er viktig å koble på, synes å avhenge av helsetilstanden til beboerne og kompetansen blant personellet som er i PU-boligen til daglig. Med multimorbide beboere er det avgjort en fordel at sykepleierkompetanse er tilgjengelig.

Kapittel 8: Små endringer i bruk av spesialisthelsetjenester og helserelatert livskvalitet

Siden PHT forventes å gi bedre tilgjengelighet og oppfølging for målgruppene i PHT-forsøket, er det interessant å undersøke om bruken av legevakt blir påvirket. Vi finner ingen forskjell i tidsutvikling for bruk av legevakt for listeinnbyggere i legekontor med PHT sammenlignet med legekontor i kontrollgruppen. For pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom ved legekontor med honorarmodellen finner vi en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten sammenliknet med kontrollgruppen. Vi finner ingen andre forskjeller i utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester mellom listeinnbyggere i legekontor som prøver ut PHT og listeinnbyggere i kontrollgruppen.

Vi undersøker også dødeligheten blant listeinnbyggere som hører til legekontorene i PHT-forsøket og konkluderer med at det foreløpig er for tidlig å evaluere effekter på dødelighet av PHT.

I listeinnbyggerundersøkelsen ble det standardiserte spørreskjemaet EQ-5D-5L brukt for å identifisere eventuelle virkninger av PHT på helserelatert livskvalitet i målgruppen og blant listeinnbyggerne generelt. Spørreundersøkelsene er gjennomført som tverrsnittsundersøkelser, hvilket betyr at vi ikke kan observere individuelle endringer i helsetilstand over tid. Vi finner en nedgang i helserelatert livskvalitet ved legekontor med honorarmodellen sammenlignet med kontrollgruppen fra 2018 til 2020. Vi er usikre på hva dette skyldes, men en mulig forklaring er at legekontor med PHT har tiltrukket seg personer med helseutfordringer som har et ønske om tettere oppfølging av sin helse.

Kapittel 9: PHT medfører noen merkostnader for det offentlige – i 2021 vil vi måle disse opp mot samfunnsnytten ved PHT

De fleste offentlige kostnadene påløpt av PHT-legekontorene er kostnader som også ville påløpt i fravær av PHT. Det er likevel noen finansielle komponenter som skiller PHT-legekontorene fra legekontor uten PHT. For legekontor som prøver ut honorarmodellen, dreier det seg primært om et fast driftstilskudd per sykepleier, samt aktivitetsavhengige takster utløst av sykepleier. Driftstilskuddsmodellen skiller seg mye fra nåværende finansieringsordning, og det er derfor vanskelig å fastslå hva som er merkostnaden ved PHT under driftstilskuddsmodellen. Nøyaktig hvor mye av dette som utgjør merkostnader knyttet til PHT, vil inngå som en del av en omfattende samfunnsøkonomiske analyse i 2021.

Kapittel 10: Avslutning og planer for neste år

Intervjuer gir flere eksempler på hvordan PHT har ført til bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte helseutforinger. Resultatene fra registerdatastudier støtter opp om intervjuene for noen av målgruppene. Samtidig viser resultatene fra spørreundersøkelse til listeinnbyggerne og registerdatastudier i årets statusrapport begrensede effekter på målgruppene og listepopulasjonen samlet. Fra fjorårets kvalitative studier på legekontorene i forsøket vet vi at overgangen fra vanlig fastlegevirksomhet til PHT ikke er gjort med et knips. I neste års rapport vil vi gjøre mer detaljerte studier av registerdata for å avdekke effekter for pasienter som får oppfølging fra PHT. Vi vil også analysere effektmål som ikke har vært tema i årets evalueringsrapport. En viktig del av statusrapporten for 2021 vil være en samfunnsøkonomisk analyse hvor gevinster veies opp mot kostnader for å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved PHT. Her vil vi også se PHT i sammenheng med andre utprøvingsprosjekter i primærhelsetjenesten.

1. Innledning

Med denne rapporten beskriver vi for tredje gang status i forsøket med primærhelseteam. Denne gangen er hovedfokuset pasienten. Vi søker å få fram hvordan tilnærmingen til pasienten har endret seg med primærhelseteam og hvordan pasienter i målgruppene for forsøket opplever å få tjenester fra primærhelseteam. Her beskriver vi kort rammene for forsøket og evalueringen. Vi gir også en kortfattet oppsummering av sentrale funn fra de to forutgående statusrapportene.

1.1 Forsøket med primærhelseteam (PHT)

Forsøket med primærhelseteam (PHT) prøver ut en teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Legekontorene har søkt om å delta i forsøket og har selv valgt hvilken finansieringsmodell de ønsker å prøve ut. Forsøket startet 1. april 2018 og skal vare ut mars 2023.

Tabell 1-1 viser kjennetegn ved legekontorene i forsøket. Legekontorene er inkludert i to ulike perioder. De første 13 startet med PHT i perioden mellom 1. april og 1. november i 2018. De fire siste legekontorene ble inkludert i 2020 og startet med PHT i perioden mellom 1. mai og 1. august.

Tabell 1-1 Kjennetegn ved legekontorene i PHT-forsøket

Finansieringsmodell	Antall legekontor	Antall fastleger*	Antall sykepleiere	Antall helsesekretærer	Oppstart i forsøket
Honorarmodell	12	80	28	59	2018 og 2020
Driftstilskuddsmodell	5	29	11	17	2018
Totalt	17	110	39	76	

Merknad: Antall i de ulike personellgruppene er tall rapportert fra legekontorene til Helsedirektoratet (oppdatert per 16.10.2020).
***Angir antall fastlegeavtaler og inkluderer ikke vikarer.**

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

Målgruppen for forsøket er alle innbyggere på fastlegenes lister. Men PHT skal særlig rettes mot:

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

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

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

De to finansieringsmodellene som prøves ut, er ulike og regulert av en egen forskrift[2]. Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekontoret 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).

1.2 Evalueringsoppdraget

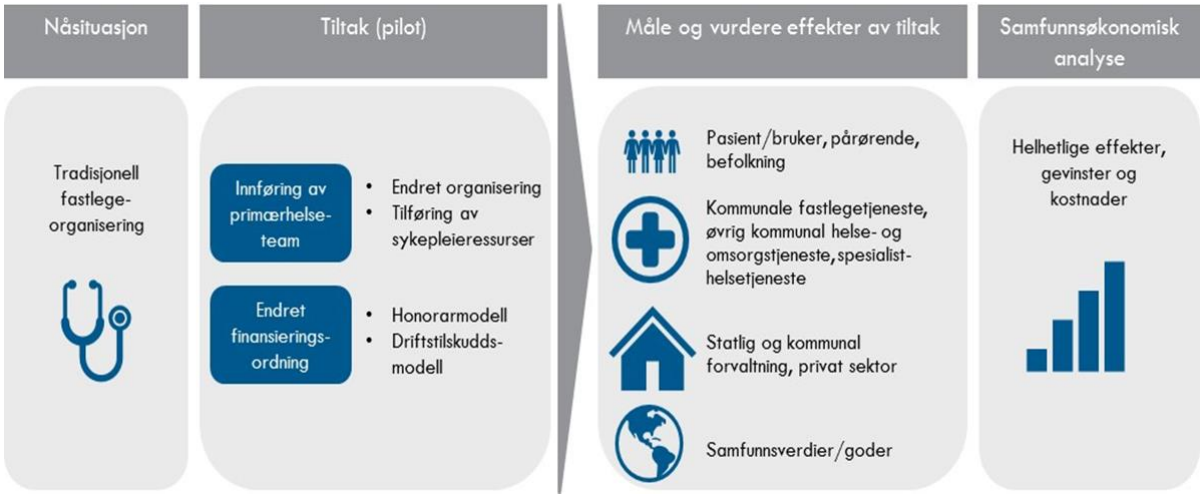
Oppdragsgiver har gitt en kravspesifikasjon for evalueringen. Effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste. Det skal legges spesielt vekt på å måle effektene for pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov som spesifisert i kapittel 1.1.

Effektmålene for forsøket er:

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

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

Figur 1-1 Oversikt over evalueringsoppdraget



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

[2] FOR-2020-10-28-2177 Forskrift om endring i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

1.3 Viktige utfordringer i evalueringen

Vi er interessert i å sammenligne måloppnåelse i de fastlegekontorene som deltar i forsøket, med hva måloppnåelsen ville vært dersom de samme legekontorene ikke deltok i forsøket (det kontrafaktiske). Vi vil da kunne si at forsøket er årsaken til de eventuelle effektene vi måler. Det oppstår et evalueringsproblem siden det kontrafaktiske forløpet ikke kan observeres. En må derfor prøve å finne hensiktsmessige sammenligningsenheter som har samme karakteristika som forsøksenhetene, både med hensyn til karakteristika som kan observeres, og med hensyn til karakteristika som ikke kan observeres. Det er spesielt vanskelig å korrigere for karakteristika som ikke kan observeres. En løsning er randomisering. Randomisering betyr at man ved loddtrekning deler potensielle legekontor i en forsøksgruppe som deltar i forsøket og en kontrollgruppe som ikke deltar. Når gruppeinndelingen er tilfeldig, vil forsøks- og kontrollgruppe i gjennomsnitt være identiske både når det gjelder observerbare og ikke-observerbare kjennetegn. En konsekvens av randomiseringen, er at vi kan anta at utviklingen i forsøksenhetene hadde vært identisk med utviklingen i kontrollenhetene, dersom forsøket ikke hadde blitt gjennomført. Utviklingen i kontrollenhetene er da en god tilnærming til det kontrafaktiske forløpet, og de kausale effektene av forsøket kan estimeres ved å sammenligne utviklingen i forsøksgruppen med utviklingen i kontrollgruppen.

Forsøket med PHT er ikke randomisert. Det er mange ledd i utvelgelsen av forsøkskommuner og legekontor som er med i forsøket. Kommunene som valgte å søke om deltakelse ved oppstart av forsøket, skiller seg sannsynligvis fra dem som valgte å la være å søke om deltakelse, på en måte som kan være av betydning for evalueringen. Eksempelvis kan kommuner som søkte om deltakelse, være mer proaktive og villige til å utvikle sine helsetjenester i utgangspunktet, hvilket kan bety at de også har bedre forutsetninger for å oppleve en positiv utvikling i helsetjenestetilbudet over tid enn kommunene som ikke søkte om deltakelse. Det andre leddet i utvelgelsen skjer blant legekontorene i kommunene som søkte om deltakelse. De legekontor som søkte om deltakelse, vil sannsynligvis skille seg fra dem som ikke søkte på en måte som kan være av betydning for måloppnåelsen. Kanskje er det slik at de legekontor som har størst sjanse for å lykkes med omlegging til PHT, søkte om deltakelse. Den tredje typen utvelgelse dreier seg om valget av finansieringsordning. Hvert legekontor kan i samråd med kommunen bestemme om finansieringen skal skje etter honorarmodellen eller driftstilskuddsmodellen. Det er sannsynlig at legekontorene velger den modellen de opplever vil være mest fordelaktig for egen drift, og at dette vil påvirke evalueringen av forsøket. Den fjerde formen for utvelgelse er selve valget av forsøkskommuner blant søkerne. Helsedirektoratet vurderte både objektive og subjektive kriterier i utvelgelsen. De subjektive kriteriene var bl.a. knyttet til forventet måloppnåelse. Flere kommuner og legekontor trakk seg i løpet av utvelgelsesprosessen. Det medførte at alle kommuner og legekontor som ønsket å delta da forsøket startet opp, fikk tilbud om å delta. I 2020 ble forsøket utvidet med fire nye legekontor. Det var et krav at de nye legekontorene skulle være fra de samme kommunene som allerede deltok i forsøket. Fem legekontor som søkte om å bli PHT-kontor, ble ikke valgt ut.

At forsøkskommunene og legekontorene som er med i forsøket er en selektert gruppe som sannsynligvis skiller seg fra kommunene og legekontor som ikke deltar, gjør det vanskelig å identifisere årsakssammenhenger. Forsøket i seg selv definerer ingen kontrollgruppe. Det er dermed en viktig oppgave i evalueringen å finne fram til legekontor og kommuner som ligner mest mulig på de som deltar i forsøket. I valget av kontrollgruppe kan man legge ulike kriterier til grunn. En vanlig metode, som ikke er aktuell i dette tilfellet, er å velge legekontor som søkte, men ikke ble valgt. I registerdataanalysen har vi valgt å legge mer formelle statistiske metoder til grunn for utvelgelsen av kontrollkontor. I spørreundersøkelsene har vi måttet legge skjønnsmessige vurderinger til grunn. Disse beskrives mer inngående i kapittel 2.

Seleksjon av legekontor gir utfordring for evaluering og sammenligning av de to finansieringsordningene. Elleve av de tolv legekontorene som prøver ut honorarmodellen, er private legekontor, mens fire av fem legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekontor. Dette gjør det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform. I kapittel 2.1redegjør vi for hvordan vi håndterer dette problemet i analyser av registerdata. Siden vi ønsker kontrollkontor som er mest mulig like PHT-kontorene, inngår eierskapsform som et av kriteriene i valg av kontrollkontor. Det betyr samtidig at vi ikke uten videre kan trekke konklusjoner fra PHT-forsøket til hele populasjonen av legekontor i Norge. I kapittel 2.2 og 2.3 redegjør vi for hvordan vi håndterer dette seleksjonsproblemet i analyser av data fra spørreundersøkelser av listeinnbyggere og av ansatte på lege-

kontorene. Kontrollgruppen til listeinnbyggerne fra legekontor med honorarmodellen består av liteinnbyggere fra private legekontor, mens kontrollgruppen til listeinnbyggere fra legekontor med driftstilskuddsmodell består av listeinnbyggere fra kommunale legekontor. Dette medfører igjen et forbehold om at man ikke uten videre kan trekke konklusjoner fra PHT-forsøket til hele populasjonen av legekontor i Norge. I spørreundersøkelsen blant ansatte på legekontorene i PHT-forsøket, er det ingen kontrollgruppe, siden svarprosenten i den utvalgte kontrollgruppen er for liten.

1.4 Funn fra statusrapport I

Den første statusrapporten bygger på datainnsamling i 2018 og gir en beskrivelse av ulike forhold ved starten av forsøket (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018). Seleksjonsproblematikken ved forsøket som er beskrevet i kapittel 1.3, ble viet en god del oppmerksomhet. Det ble understreket fra starten av evalueringen at mangel på randomisering av kommunene og legekontorsom inngår i forsøket, vil gjøre det vanskelig å identifisere effekter av PHT.

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

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

1.5 Funn fra statusrapport II

Den andre statusrapporten om forsøket bygger på datainnsamling i 2019 og viste at PHT fortsatt var i en oppbygningsfase. Det var stor variasjon mellom legekontorene både med hensyn til hvor langt de hadde kommet i å etablere PHT og i måten de hadde valgt å gjøre dette på. Flere PHT-ledere hadde erfart at endring av praksis og implementering av teamarbeid tar tid og er vanskelig å få til uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle. Lederopplæring og utvikling av ledelsesstruktur og lederrollen har skjedd parallelt med de øvrige endringene. PHT-lederne hadde tatt i bruk ulike strategier i implementeringsarbeidet som for eksempel å være pådriver og motivator, etablere strukturer for samarbeid, innføre strukturerte prosedyrer og sette i gang kompetanseheving.

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

Ved utgangen av juni 2019 hadde 7,6 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekontorene som prøver ut honorarmodellen og 6,4 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, mottatt helsehjelp som hadde utløst en sykepleier takst en eller flere ganger. Pasienter ble inkludert til oppfølging av PHT på tre ulike måter; 1) ved at den enkelte lege ad hoc trakk sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, 2) basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med et spesifikt kjennetegn (diagnose eller aldersgruppe), og 3) ved sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier var den første som ble involvert for å følge opp henvendelser til legekontoret. Så

godt som alle legekontor hadde valgt å rette innsatsen mot pasienter med diabetes, kols, psykiske lidelser og rus, samt gruppen eldre pasienter. Noen legekontor hadde også fokusert på personer med astma, livsstilsutfordringer og utviklingshemming.

1.6 Om statusrapport III

Det overordnede temaet for årets statusrapport fra evalueringen er pasienten. Vi søker blant annet å finne svar på hvordan tilnærmingen til pasienten så langt er endret med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket opplever å få tjenester fra PHT.

I **Kapittel 2**: Rapporten bygger på et bredt datagrunnlag bestående av registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer. Vi gir en beskrivelse av hvordan vi har gått fram for å etablere datasett fra helseregistre og administrative registre, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser, og hvordan vi har analysert dette datamaterialet. **Kapittel 3**: Nesten 10 000 pasienter har så langt utløst sykepleiertakst gir et innblikk i hvilke typer av pasienter som får oppfølging fra PHT og fastlegenes vurdering av hvilke pasientgrupper PHT egner seg for. **Kapittel 4**: Arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret er under endring handler om nye arbeidsmåter som skal bidra til en bedre tjeneste med PHT, og belyser hvordan tjenestene ved legekontorene endres. I **Kapittel 5**: Pasientene erfarer bedre kontinuitet, tilgjengelighet og mestring går vi tett på og belyser med utgangspunkt i kvalitative intervju med pasienter og pårørende, virkninger av PHT sett fra pasientens perspektiv. I **Kapittel 6**: Foreløpig ingen signifikante endringer i brukeropplevelse relativt til kontrollgruppen løfter vi blikket og studerer listeinnbyggernes erfaringer med PHT, belyst gjennom en spørreundersøkelse. For å identifisere eventuelle virkninger av PHT blant listeinnbyggere, sammenlikner vi med en tilsvarende spørreundersøkelse gjort ved starten av forsøket i 2018. **Kapittel 7**: Utviklingshemmede pasienter vies mer oppmerksomhet med PHT har oppmerksomheten rettet mot virkninger av PHT for utviklingshemmede pasienter. Også her går vi tett på med i hovedsak kvalitative data. I **Kapittel 8**: Små endringer i bruk av spesialisthelsetjenester og helserelatert livskvalitet retter vi oppmerksomheten mot effekter av PHT på tjenester utenfor legekontoret og målet om en bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Vi studerer endringer i bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester. I **Kapittel 9**: PHT medfører noen merkostnader for det offentlige – i 2021 vil vi måle disse opp mot samfunnsnytten ved PHT nærmer vi oss den samfunnsøkonomiske analysen som blir en viktig del av neste års statusrapport og gir vi en oversikt over det offentliges kostnader ved driften av legekontor med PHT og driften av selve forsøket. I **Kapittel 10**: Avslutning og planer for neste år samler vi trådene og oppsummerer tjenesteutviklingen slik den oppleves fra pasienters ståsted og vurderes av personellet ved legekontorene i PHT-forsøket, før vi stiller spørsmål om hvordan og hvorvidt det så langt er mulig å gjenfinne virkninger av tjenesteutviklingen på listeinnbyggernivå. Videre gir vi en status om effektmålene for evalueringen så langt.

I likhet med alt øvrig samfunnsliv, er også PHT-forsøket påvirket av koronapandemien. I kapittel 4 har vi inkludert et eget delkapittel som handler om hvordan tjenesteproduksjonen ved legekontorene både i og utenfor forsøket ble påvirket. Rapporten inneholder i tillegg et vedlegg (Vedlegg B) som analyserer spørsmål som ble stilt til fastleger, sykepleiere, helsesekretærer og listeinnbyggere om erfaringer og opplevelser fra det pågående koronapandemien. Pandemien har trolig påvirket svarene på en del av de øvrige spørsmålene i undersøkelsene, og det er viktig å ha dette i mente i tolkningen av resultatene.

2. Data og metode

Evaluering av forsøk med PHT er et omfattende og sammensatt prosjekt. Det har for det første sammenheng med hvordan forsøket er utformet, herunder utvelgelsen av de legekontorene som deltar i forsøket. Utvelgelsen gjør det komplisert å skille egenskaper ved legekontorene fra effekter av PHT. For det andre er det mangel på kvantitative data til å belyse helsetjenestenes kvalitet og helseeffekter for pasientene. Vi har derfor valgt å bruke både registerdata, spørreskjemadata og intervjudata. Tankegangen er at analysene av disse tre datakildene skal utfylle hverandre i evalueringen.

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

2.1 Studier med registerdata

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

Vi velger kontroll på legekontornivå. Hvert av legekontorene som inngår i PHT, får tilordnet ett eller flere legekontor som kontroll. I valget av legekontor som kontroll tar vi hensyn til kjennetegn som vi har tilgang til og som vi tror påvirker praksis. Dette kan være legekontorets eieform, kjennetegn ved fastlegene på legekontoret og kjennetegn ved pasientene, som kjønn, alder og forekomst av kroniske sykdommer. Vi ønsker at samlingen av de valgte kjennetegnene skal bli mest mulig like mellom PHT-kontor og kontrollkontor. Vi bruker to teknikker for å få det til: Coarsened exact matching (CEM) (Iacus , et al., 2012) og Propensity score matching (PSM) (Rosenbaum & Rubin, 1983)[3]. CEM tar utgangspunkt i et lite antall kjennetegn og sammenligner PHT- og kontrollkontor langs disse kjennetegnene. Vi kan for eksempel skille mellom legekontor som har færre eller flere enn fem fastleger. Hvis det er flere av PHT-kontorene enn av kontrollkontorene som har flere enn fem leger, vil kontrollkontorene som har flere enn fem leger, bli vektet opp i sammenligningene. I PSM tar vi utgangspunkt i et (stort) antall kjennetegn som vi tror påvirker praksis og beregner sannsynligheten for at legekontor med et sett av kjennetegn blir deltaker i forsøket. Deretter tilordnes som kontroll, det legekontoret som har en sannsynlighet som er mest mulig lik sannsynligheten til PHT-legekontoret. Tabell 2-1 illustrerer tankegangen. Ved hjelp av PSM er det estimert at PHT-legekontoret ABC har 80 prosent sjanse for å bli PHT legekontor. Siden L3 er det legekontoret som har en sannsynlighet for å bli PHT legekontor som er nærmest 80 prosent, blir L3 valgt som kontroll for Legekontoret ABC.

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

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

Hvilken av de to teknikkene som ligger til grunn for valg av kontrollgruppe, kan variere avhengig av problemstillingen vi undersøker. For eksempel kan teknikk for valg av kontrollgruppe, og følgelig kontrollgruppen selv, være ulik når vi undersøker årskontroll for diabetes versus legevaktbesøk. Valget er basert på den av teknikkene som gjør kjennetegnene ved forsøks- og kontrollkontorene mest mulig like

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

ved forsøksstart (balanse mellom kovariatene). Tabell 2-2 sammenligner kontrollgruppene foreslått av CEM og PSM basert på kjennetegn vi tror er viktige uavhengig av problemstilling. Sammenlignet med gruppen som består av alle legekontor i Norge utenfor forsøket, foreslår begge teknikkene kontrollgrupper som ligner mye mer på forsøksgruppa. Kontrollgruppene foreslått av CEM og PSM ligner mest på forsøksgruppa på syv kjennetegn hver. For å velge mellom kontrollgruppene beregner vi summen av standardiserte forskjeller. Summen av standardiserte forskjeller tar høyde for at noen kjennetegn måles med større sikkerhet og derfor bør veie tyngre når man skal avgjøre hva som tilsier at forsøks- og kontrollkontor er like. I dette eksempelet ville vi valgt kontrollgruppa foreslått av PSM fordi den hadde lavere sum av standardiserte forskjeller (1,1), sammenlignet med kontrollgruppa foreslått av CEM (2,1).

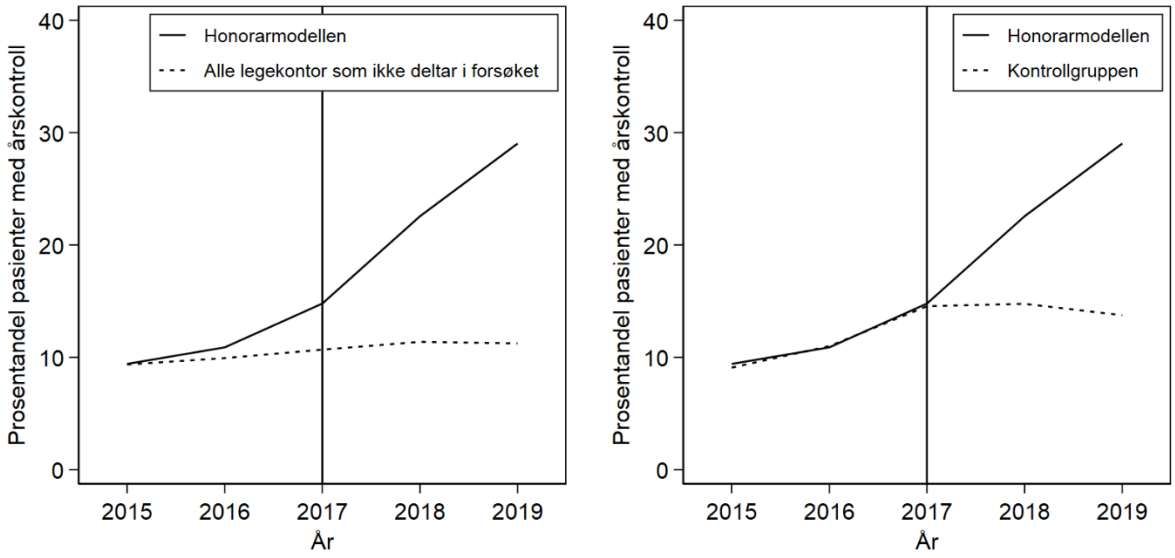
Tabell 2-2 Illustrasjon av valg av kontrollgruppe

	Driftstilskudds-modellen	Legekontor utenfor forsøket	Kontrollgruppe foreslått av PSM	Kontrollgruppe foreslått av CEM
Kommunal eieform (%)	80	23	70	80
Sykepleiere (%)	60	24	60	60
Endring inntjening med driftstilskudds-modellen (%)	52	15	46	52
Beliggenhet (%)				
Mest sentral	60	24	60	73
Sentral	0	24	0	6
Mindre sentral	0	29	0	11
Minst sentral	40	22	40	10
Antall fastleger	4.5	4.3	4.1	4.5
Antall pasienter per fastlege	897	1169	839	914
Kvinnelige fastleger (%)	54	41	58	51
Fastleger med fast lønn (%)	67	8	65	66
Fastleger med spesialistutdanning (%)	47	60	47	41
Ansatt i kommunen (år)	6.5	9.8	6.6	7.0
Sum standardiserte forskjeller		11.0	1.1	2.1
N	5	790	10	180

Merknad: De fleste tallene i tabellen er gjennomsnitt for legekontor i perioden 2015 til 2017. For eksempel hadde legekontor med driftstilskuddsmodellen i gjennomsnitt 4.5 fastleger i perioden 2015 til 2017. Variablene kommunal eieform og sykepleier viser hvor stor andel av legekontorene som hadde henholdsvis kommunal eieform og sykepleier i 2017. Variabelen beliggenhet rangerer kommunene hvor legekontorene befinner seg basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner ved hjelp av SSBs sentralitetsindeks, https://www.ssb.no/klass/klassifikasjo-ner/128. Til slutt, variabelen endring inntjening med driftstilskuddsmodellen sammenligner legekontorenes faktiske inntjening, med hva inntjening er estimert til å ville ha vært dersom legekontorene hadde driftstilskuddsmodellen. Den standardiserte forskjellen for hver av variablene k i tabellen er beregnet som: (gjennomsnittet til k for legekontor med driftstilskuddsmodellen – gjennomsnittet til k for legekontor utenfor forsøket) / standardavviket til k for legekontor med driftstilskuddsmodellen. Ved å summere standardiserte forskjeller for hver av variablene får vi tallet som er rapportert i tabellen, 11.0.

Valget av kontrollkontor kan få stor betydning for hvordan sammenligning av aktivitet i legekontor med PHT og andre legekontor blir. Figur 2-1 viser andel av pasienter med diabetes type 2 som har fått årskontroll fordelt på år. I figuren til venstre sammenlignes legekontor med honorarmodell med alle legekontor som ikke deltar i forsøket med PHT. I figuren til høyre skjer sammenligningen med en kontrollgruppe som er valgt ut med PSM. Vi ser at kontrollgruppe med PSM fører til at utviklingen før forsøket starter, blir mer parallell (parallelle trender). Sjansen blir dermed større for at avvik i trendene etter forsøket starter, har noe med forsøket å gjøre.

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



I rapporten bruker vi registerdata fra kilder som beskrives nærmere i vedlegg A.1. I kapittel 4 bruker vi vesentlig 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. I kapittel 8.1 om Legevakt og spesialisthelsetjenester bruker vi delvis data fra KUHR og delvis fra Norsk Pasientregister (NPR). Siden det er takster for legevaktkonsultasjoner, er KUHR-data egnet til dette formålet. For private spesialister som har avtale med et helseforetak, bruker vi delvis data fra KUHR og delvis fra NPR. For poliklinikk, dagbehandling og sykehusinnleggelser bruker vi data fra NPR. Vi presenterer både tall per år og tall per halvår. De årlige tallene går fram til og med 2019. De halvårlige tallene inkluderer 1. halvår 2020 for KUHR og 1. tertial 2020 for NPR. Registerdataundersøkelsene i denne statusrapporten omhandler PHT-legekontorene som har vært med fra starten. De fire legekontorene som kom med i forsøket i 2020, vil bli inkludert i registeranalysene i neste års statusrapport.

Dødelighetstallene som blir brukt i kapittel 8.2, bruker data som er levert av Statistisk Sentralbyrå.

2.2 Spørreundersøkelse blant listeinnbyggere

For å komplettere analysene basert på administrative registerdata, har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere over 18 år hos fastleger ved både forsøks- og utvalgte kontroll-legekontor (*listeinnbyggerundersøkelsen*). Formålet med undersøkelsen er å komplettere evalueringen med opplysninger om selvrapportert helse og helserelatert livskvalitet, samt opplysninger om brukererfaringer på fastlegekontoret. Undersøkelsen er godkjent av REK (saksnummer 2018/457). I forkant av undersøkelsen ble det utarbeidet en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i samråd med Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansekode 842070). Mer detaljert informasjon om spørreundersøkelsen finnes i vedlegg A.2, og utskrift av spørsmål og resultater er presentert i sin helhet i vedlegg C.1.

Utforming

Listeinnbyggerundersøkelsen i 2020 tok utgangspunkt i tilsvarende listeinnbyggerundersøkelse som ble gjennomført høsten 2018 i forbindelse med oppstarten av pilotprosjektet. Listeinnbyggerundersøkelsen 2020 ble oppdatert med enkelte nye spørsmål, og noen av spørsmålene fra undersøkelsen i 2018 ble tatt ut.

Temaer i undersøkelsen var:

- **Kontakt med fastlegekontoret:** Antall og type kontakter de siste 12 måneder, involvering av ulike typer helsepersonell i konsultasjonen, kontakt med sykepleier/helsesekretær og øvrig helsetjeneste de siste 12 månedene
- **Oppfølging fra fastlegekontoret:** Fastlegens utgangspunkt i oppfølgingen av helsen, proaktivitet i oppfølgingen
- **Tidsbruk på legekontoret:** Ventetid for å få time og for å komme inn til legen på fastlegekontoret, konsultasjonens varighet
- **Tilfredshet med fastlegekontoret:** Fornøydhet med ventetid, konsultasjonens varighet, brukermedvirkning, trygghet, henvisningspraksis, samarbeid mellom fastlege og øvrig helsepersonell/helsetjeneste, samt generell fornøydhet med fastlegen, sykepleier, og fastlegetjenesten
- **Oppfølging under koronapandemien:** Behov for oppfølging av helse fra fastlegekontoret under koronapandemien, hvorvidt oppfølgingen var knyttet til koronasmitte eller mistanke om dette, hvem pasienten fikk oppfølging fra, hvilken type oppfølging det var snakk om, samt fornøydhet med oppfølgingen.
- **Deltakelse i utprøvinger av fastlegetjenesten:** medisinsk avstandsoppfølging og PHT
- **Opplevd helsetilstand:** Reflektert ved det standardiserte spørreskjemaet EuroQol 5 dimensjoner/5 nivåer (EQ-5D-5L), samt en skala fra 0 til 100 og en egenvurdering av almenntilstand.

I tillegg til disse temaene ble det stilt spørsmål om respondentenes demografiske kjennetegn og utdannings-, og helsebakgrunn.

Målgruppe

Målgruppen for kartleggingen er voksne listeinnbyggere som er tilknyttet fastleger som er med i forsøket. Det var totalt 103 727 personer på disse fastlegenes lister i 2020, og fra det totale antallet listeinnbyggere trekker vi fra personer som er 18 år eller yngre. Pasientene ble identifisert av Fastlegeregisteret.

Utvelgelse av kontrollgruppe

Som beskrevet i kapittel 1.3, er det mange mulige kilder til seleksjon i forsøket. Vi valgte ut legekontor utenfor forsøket til en kontrollgruppe for å kunne kontrollere for noe av denne seleksjonen. Kontrollgruppen måtte velges ut på i en tidlig fase i evalueringen, før vi hadde tilgang til detaljerte opplysninger om legekontorene i forsøket, og særlig opplysninger om andre legekontor. Kontrollgruppen ble identifisert i to trinn. I første trinn identifiserte vi legekontor som oppfylte følgende kriterier:

- Legekontor som hadde søkt om deltakelse i forsøket, men takket nei til deltakelse
- Legekontor i kommuner/bydeler som deltar i forsøket, men som ikke deltar selv
- Legekontor i nærliggende kommuner til deltakende kommuner som i sin helhet omfattes av forsøket

Legekontor med to eller færre fastleger ble ekskludert fra listen. I andre trinn ble legekontor valgt ut fra listen over ved loddtrekking slik at hvert legekontor i forsøket fikk et kontrollkontor i samme kommune/bydel, eller et kontrollkontor i en nærliggende kommune, i de tilfeller hvor alle fastleger i en kommune deltar i forsøket. Kontrollgruppen består av til sammen 22 legekontor i 17 kommuner, med totalt 111 fastleger og 120 414 listeinnbyggere.

Legekontor som prøver ut honorarmodellen, skiller seg fra legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, blant annet ved at de sistnevnte i hovedsak er kommunale legekontor. Kommunale legekontor driftes ofte på en annen måte enn private legekontor, f.eks. ved at fastlegene i større grad har kommunale biverv, ved at pasientlistene i snitt er kortere og ved at arbeidstiden som regel er kortere. Av den grunn deler vi kontrollgruppen i to, slik at vi sammenligner PHT-legekontor med honorarmodellen med private legekontor i kontrollgruppen, mens PHT-legekontor med driftstilskuddsmodellen sammenlignes med kommunale legekontor i kontrollgruppen når vi sammenligner de to finansieringsmodellene med kontrollgruppen. Fire av legekontorene i kontrollgruppen er kommunale legekontor, mens øvrige er private.

Bruttoutvalg

Utvalgsstørrelsen ble fastsatt basert på styrkeberegninger, på vurderinger av forventet svarprosent og andre skjønnsmessige vurderinger. Grunnet lav forventet svarprosent (10-25 prosent) og at kun omtrent 70 prosent av befolkningen besøker fastlegen i løpet av et år (Difi, 2017), valgte vi et bruttoutvalg med 49 927 listeinnbyggere. Av disse var 33 264 listeinnbyggere tilknyttet fastleger i forsøket og 16 663 listeinnbyggere var tilknyttet fastleger ved legekontor i kontrollgruppen (i forholdet 2:1). Utvalget ble tilfeldig trukket fra studiepopulasjonen. Innad i forsøks- og kontrollgruppen er listeinnbyggerne stratifisert på legekontornivå, slik at legekontorenes andel av listeinnbyggerne i utvalget tilsvarer legekontorenes andel i det totale listeinnbyggergrunnlaget. Utvalget som mottok spørreundersøkelsen i 2020, er ikke det samme som mottok spørreundersøkelsen i 2018. Dette innebærer at sammenligning av resultater mellom 2018 og 2020, ikke skjer på individnivå, men på gruppenivå.

Distribusjon

Undersøkelsen ble administrert av Norsk Gallup, og ble distribuert per e-post og brev. Personer eldre enn 69 år og yngre personer uten registrert e-postadresse mottok spørreundersøkelsen per post (20 prosent av utvalget), mens de øvrige mottok undersøkelsen per e-post (80 prosent). Postaladresse ble koblet på de identifiserte listeinnbyggerne av Folkeregisteret. Norsk Gallup koblet e-postadresser fra DFØs kontakt- og reservasjonsregister (KRR).

Undersøkelsen ble distribuert i midten av september 2020. Det ble sendt ut to påminnelser til webutvalget og en til postalutvalget. Datainnsamlingen ble avsluttet 13. november 2020.

Frafallsanalyse

Bruttoutvalget ekskludert duplikater og ugyldige og mangelfulle postaladresser besto av 46 587 listeinnbyggere (Tabell 2-3). Etter endt datainnsamling sto vi igjen med 9 090 respondenter med påbegynt besvarelse og 8 727 respondenter med komplett utfylling, henholdsvis 20 og 19 prosent av utsendte skjemaer. Dersom vi regner responsen med utgangspunkt i første spørsmål, som andel av antatt kontaktede respondenter og korrigerer for metodebytte, utgjør den henholdsvis 15 og 14 prosent for webutvalgene og 39 og 40 prosent i postalutvalgene. Responsen er om lag den samme i forsøks- og kontrollgruppene innenfor samme metode, og datainnsamlingen har dermed tilsynelatende ikke medført vesentlige skjevheter når det gjelder sammensetningen av forsøks- og kontrollgruppe.

Tabell 2-3 Respons etter type utvalg

	Forsøksgruppen, N (%)		Kontrollgruppen, N (%)		Sum
	E-post	Post	E-post	Post	
Utsending					
Bruttoutvalg	30 368	2 896	15 185	1 478	49 927
Rensket bruttoutvalg	24 690	6 254	12 501	3 142	46 587
Kontakt	4 362 (18)	2 880 (46)	2 121 (17)	1 473 (47)	10 836 (23)
Bytter fra postal til web	410		200		
Justert utvalg	4 772	2 470	2 321	1 273	10 836
Frafall					
Manglende samtykke*	404	183	237	85	909
Ufullstendig utfylling	927		496		1 423
Besvarte spørreskjema**					
Påbegynt	3 701 (15)	2 423 (39)	1 717 (14)	1 249 (40)	9 090 (20)
Komplett	3 433 (14)	2 447 (39)	1 590 (13)	1 257 (40)	8 727 (19)

***For postalutvalg: postalsvar uten vedlagt samtykkeerklæring**
**** For postalutvalg: inkludert besvarelser uten samtykkeerklæring**
Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics.

Responsen varierer med alder og er høyere blant eldre enn yngre personer. Blant de yngste (18-29 år) finner vi undersøkelsens laveste respons på 5,6 prosent. Blant de eldste (70+) er den høyest med 39,8 prosent. Dette betyr at utvalget har aldersskjevhet i retning av de eldste over 70 år, og tilsvarende underrepresentasjon av de yngste under 30 år. Det endelige utvalget er ikke vektet siden det ikke ble innhentet opplysninger om hele studiepopulasjonen av personvernhensyn.

Tabell 2-4 Bruttoutvalg og respons etter alder. Antall og prosent.

	Bruttoutvalg, N (%)	Respons, N (%)
18-29	9 592 (19,2)	511 (5,6)
30-44	13 254 (26,5)	1 319 (14,5)
45-59	12 799 (25,6)	2 031 (22,3)
60-69	6 959 (13,9)	1 613 (17,7)
70+	7 321 (14,7)	3 616 (39,8)
Total	**49 925**	**9 090**

Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

Statistisk analyse av forskjeller mellom grupper

For å teste forskjeller mellom ulike grupper av respondenter, benyttet vi oss av enveis variansanalyse (ANOVA) og Pearsons kjikvadrattest. Hensikten med disse testene er å undersøke om ulike grupper er, eller svarer, forskjellig. I de tilfellene der analysevariabelen er numerisk av natur, benytter vi ANOVA. ANOVA sammenlikner gjennomsnitt mellom ulike grupper og oppgir P-verdien, som angir sannsynligheten for å observere de gjennomsnittsforskjellene vi faktisk observerer gitt at gruppene er like. En lav P-verdi tilsier en høy sannsynlighet for at det er forskjeller mellom gruppene. I de tilfeller der analysevariabelen er kategorisk, benytter vi oss av Pearsons kjikvadrattest. I likhet med ANOVA-testen ser vi her på forskjeller mellom grupper, men vi ser på forskjeller i andeler innenfor de ulike kategoriene stedet for forskjeller i gjennomsnitt. I tabellene der vi har benyttet kjikvadrattester, oppgir vi testens P-verdi, som kan tolkes likt som for ANOVA-testen.

Statistisk analyse av virkninger av PHT

I analysen av listinnbyggerundersøkelsen benytter vi oss også av opplysninger fra spørreundersøkelsen til listeinnbyggere i 2018 for å undersøke utvikling i utfall over tid. Spørreundersøkelsen i 2018 ble gjennomført kort tid etter at primærhelseteamene hadde startet sin praksis, og respondentene ble bedt om å vurdere sine erfaringer med fastlegetjenesten de siste tolv månedene. Fra statusrapporten fra evalueringen fra 2018 (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018) vet vi at primærhelseteamene fortsatt var i oppstartfasen på dette tidspunktet, og at få pasienter hadde fått oppfølging av PHT. Vi tolker derfor undersøkelsen i 2018 som en nullpunktmåling som gir innblikk i listeinnbyggernes brukererfaringer og opplevde helsetilstand i det PHT ble implementert.

Dette innebærer at vi kan undersøke utviklingen i selvrapportert helse og livskvalitet, samt brukeropplevelse i fastlegetjenesten for listeinnbyggerne over tid for å si noe om betydningen av PHT. Det bør poengteres at siden utvalget som besvarte undersøkelsen i 2020, ikke er det samme som i 2018, og siden det ikke er noen kobling mellom årene på individnivå, gjøres sammenligningen på gruppenivå. Vi observerer altså ikke utvikling for enkeltindivider. Som beskrevet i avsnitt 1.3, ville vi optimalt sett ha sammenlignet utviklingen blant listeinnbyggerne med den kontrafaktiske utviklingen, altså utviklingen som ville skjedd dersom PHT ikke hadde blitt innført. I fraværet av en randomisert kontrollgruppe, har vi konstruert en ikke-randomisert kontrollgruppe, som beskrevet over. Ved å sammenligne utviklingen i svarfordeling over tid blant listeinnbyggere ved PHT-legekontor, og listeinnbyggere i kontrollgruppen, kan vi under gitte forutsetninger anta at forskjeller i utviklingen skyldes implementeringen av PHT.

Den viktigste forutsetningen er at utviklingen i utfallsmålene i de to gruppene man sammenligner, ville vært identisk hvis det ikke hadde vært for innføringen av PHT. Denne forutsetningen, kjent som parallelltrend-forutsetningen, kan testes dersom man har data som strekker seg flere år tilbake i tid før implementeringen av PHT, hvilket vi i dette tilfellet ikke har. Man kan tenke seg flere grunner til at forutsetningen om parallelle trender ikke holder. Eksempler på dette er ulik (utvikling i) pasientpopulasjon ved legekontorene som prøver ut PHT og ved legekontorene i kontrollgruppen, eller ulik utvikling i respons og sammensetning av nettoutvalg, ulik drift eller ulike kulturer ved legekontorene, at kontrollgruppen påvirkes av tiltaksgruppen, eller ulike kommunale kjennetegn og utviklingstrekk. Noen av disse eksemplene kan testes empirisk, men ikke alle. Siden det ikke kan utelukkes at det mellom 2018 og 2020 ikke har vært andre endringer enn innføringen av PHT som kan ha påvirket utviklingen i utfallsmålene i de to gruppene, bør man være forsiktig med å tolke estimatene fra analysen som kausale årsakssammenhenger.

Det er likevel interessant å sammenligne utviklingen i utfall ved PHT-legekontor med kontrollgruppen. Vi bruker en forskjeller-i-forskjeller-strategi (Angrist & Pischke, 2008) til å undersøke utviklingen i listeinnbyggernes egenvurderte helse og livskvalitet, mestring, og fornøydhet med fastlegetjenesten, sammenlignet med kontrollgruppen. Svarene på spørreundersøkelsen utgjør et ubalansert respondentpanel (Baltagi, 2008), ettersom det ikke nødvendigvis er de samme respondentene som svarte på spørreundersøkelsen i 2018 som i 2020. Samtidig utgjør legekontorene et balansert panel. Vi utfører en flernivåanalyse (Luke, 2004) og estimerer en regresjonsmodell hvor vi skiller mellom listeinnbyggere som er tilknyttet legekontor i kontrollgruppen og listeinnbyggere som er tilknyttet legekontor som prøver ut honorar- eller driftstilskuddsmodell. Modellene vi estimerer har altså fire nivåer: Pasient har fotskrift i, fastlege har fotskrift j, legekontoret har fotskrift k, og t indikerer periode. Flernivådatametodene vi benytter, tar hensyn til uobserverbare faktorer på fastlege- og legekontornivå. Vi antar stokastiske legespesifikke effekter, u_j , og faste legekontoreffekter, α_k:

$$y_{ijkt} = \alpha_k + \beta_1 2020_t + \beta_2 HM_k * 2020_t + \beta_3 DM_k * 2020_t + \delta X_{ijkt} + u_j + \varepsilon_{ijkt} \quad (1)$$

$$i = 1, \dots, N\ ; j = 1, \dots, J; k = 1, \dots, K; t = 1, \dots, T$$

Vi bruker notasjonen y_{ijkt} for utfallsmålet. HM_k (DM_k) er en indikatorvariabel som tar verdien 1 om listeinnbyggeren tilhører et legekontor som prøver ut honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen) og 0 ellers. 2020_t er en indikatorvariabel som tar verdien 1 om svaret er avgitt i år 2020, og 0 hvis 2018. HM_k*2020_t (DM_k*2020_t) er en indikatorvariabel som tar verdien 1 dersom listinnbyggeren har avgitt sitt svar i 2020 og tilhører en praksis som prøver ut honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen), og 0 ellers. X_{ijkt} er en vektor med kontrollvariabler og ε_{ijkt} er et feilledd. Kontrollvariablene vi inkluderer varierer, men omfatter hvilken alderskategori respondenten faller inn under, respondentens kjønn, utdanningsnivå og yrkesstatus, antall kontakter med fastlegen de siste 12 månedene, hvorvidt respondenten har hatt kontakt med sykepleier på fastlegekontoret, antall år respondenten har gått hos sin nåværende fastlege, samt indikatorvariabler for legekontor. Inklusjonen av indikatorvariabler for legekontor, α_k, har som hensikt å kontrollere for faste legekontorkjennetegn som kan påvirke utfallsvariabelen. Dette betyr i praksis at nivåforskjeller mellom ulike legekontor fanges opp av legekontorvariabelen.

Regresjonskoeffisienten β_1 viser gjennomsnittlig endring i utfallsvariabelen ved legekontor som inngår i kontrollgruppen mellom år 2018 og 2020. β_2 og β_3 viser utvikling i utfall ved legekontor som prøver ut honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen) relativt til endringen ved legekontor i kontrollgruppen. For å få den totale endringen i utfallsvariabelen for legekontor med honorarmodellen (driftstilskuddsmodellen) summerer man β_1 og β_2 (β_1 og β_3).

Resultater fra regresjonene presenteres i tabeller hvor statistisk signifikante regresjonskoeffisienter er markert med stjerner. En stjerne (*) betyr at estimatet er statistisk signifikant på 5-prosentnivå, og to stjerner (**) betyr at estimatet er signifikant på 1-prosentnivå.

For å analysere endringer i respondentenes helserelaterte livskvalitet (EQ-5D-5L) ble respondentene bedt om å svare på fem helserelaterte spørsmål, med fem svaralternativer, og svarene på disse spørsmålene ble benyttet for å generere et mål på helserelatert livskvalitet (se avsnitt om EQ-5D-5L på i Vedlegg A.2). EQ-5D-5L-skalaen har en øvre grense på 1 og en konsentrasjon av svar på «1» (beste svaralternativ på hvert spørsmål). Slik sensurering av den avhengige variabelen gjør at standardforutsetninger for vanlig lineær regresjonsanalyse ikke er oppfylt. For å ta hensyn til sensureringen benytter vi en TOBIT-modell med en øvre sensur på 1 når vi analyserer utvikling i helserelatert livskvalitet.

Svarene på mange av spørsmålene oppgis på en Likert-skala, og kan eksempelvis deles inn i kategorier som spenner fra «svært misfornøyd» til «svært fornøyd» eller «i liten grad» til «i stor grad». Avstanden mellom «svært misfornøyd» og «litt misfornøyd» er ikke nødvendigvis den samme som mellom «litt misfornøyd» og «hverken misfornøyd eller fornøyd». Svarkategoriene har en entydig ordning fra lavere til høyere verdier, og kan dermed forstås som ordinale variabler. I regresjonene der vi benytter data fra spørreundersøkelsen, spesifiserer vi ordinale, logistiske regresjonsmodeller (OLR) for å ta hensyn til at de avhengige variabler er på ordinal form.

2.3 Spørreundersøkelse blant personell ved fastlegekontor

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant personell ved legekontor som inngår i forsøket med PHT og ved utvalgte legekontor i en kontrollgruppe.

Vi utarbeidet til sammen åtte spørreskjema, ett for hver av yrkesgruppene i PHT ved henholdsvis legekontor som er nye i utprøvingen, legekontor som har deltatt siden start og legekontor i kontrollgruppen. Sykepleiere og helsesekretærer ved legekontor i kontrollgruppen fikk samme spørreskjema. Utvalget omfattet således fastleger, sykepleiere og helsesekretærer på legekontor som deltar i forsøket med PHT og på legekontor som ikke deltar i forsøket med PHT. Temaer i undersøkelsene var:

- Samarbeid på legekontoret, herunder arbeidsdeling og synergier
- Oppfølging av listeinnbyggere, herunder oppfølging av ulike pasientgrupper
- Proaktivitet, herunder fastlegens rolle og hvilke grupper det er aktuelt å jobbe mer proaktivt med
- Effekter av PHT
- Finansiering, herunder usikkerhet knyttet til inntekt
- Arbeid på legekontoret under koronapandemien, herunder oppfølging av pasienter i risikogruppen
- Forventninger til PHT (for legekontor som er nye i utprøvingen)

For å kartlegge personellets oppfatninger av de ovennevnte temaene, har vi hovedsakelig benyttet to typer spørsmålsformuleringer:

- Spørsmål med formatet «I hvilken grad opplever du at» med forhåndsdefinerte svaralternativer «ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad» og «i svært stor grad»
- Påstander med svaralternativer helt uenig, delvis uenig, verken enig eller uenig, delvis enig, og helt enig

Vi åpnet også opp for at man kunne svare «vet ikke» på de ulike spørsmålene. Etter flere av de lukkede spørsmålene, åpnet vi for at respondenten kunne utdype svarene sine i fritekst. Fritekstsvarene ble lest og sammenfattet av evaluator. Vi har beregnet andelene av respondentene som svarte de ulike alternativene ved hvert spørsmål/påstand.

På grunn av at både antall legekontor og antall personer som arbeider på fastlegekontor, er lite, er vår tolkning av resultatene først og fremst kvalitativ. Likevel ønsker vi å kvantitativt beskrive forskjeller i oppfatninger og erfaringer blant ulike yrkesgrupper og mellom personell på legekontor med de to finansieringsmodellene. For enkelte spørsmål har vi derfor gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper (f.eks. fastleger med ulik finansieringsmodell, ulike yrkesgrupper). Ettersom utvalget er lite, har vi benyttet Fishers eksakte test for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen. Vi har benyttet et signifikansnivå på 5 prosent.

Fire legekontor ble inkludert i forsøket i 2020. Fastleger ved disse kontorene besvarte en kortere versjon av spørreundersøkelsen enn fastleger ved kontor som hadde vært med siden starten av forsøket. I analysen av resultatene framgår det at fastleger ved de nye legekontorene i forholdsvis stor grad oppga «vet ikke» som svaralternativ. Av den grunn er ikke fastlegene ved de nye kontorene inkludert i enkelte analyser i rapporten.

Vi har også blitt gjort oppmerksom på at det ved enkelte legekontor nylig hadde blitt ansatt nytt personell da undersøkelsen ble gjennomført, og disse hadde begrensede forutsetninger for å svare på undersøkelsen.

Distribusjon

E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til lederne ved legekontorene. Mottakeren ble bedt om å videresende undersøkelsen til alle fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som arbeider ved fastlegekontoret. Undersøkelsen ble sendt ut første gang 3. juni 2020. Det ble sendt to påminnelser fra evaluator og en fra Helsedirektoratet. Påminnelsen fra Helsedirektoratet ble kun sendt til legekontor med lav svarprosent. Undersøkelsen ble avsluttet 1. juli 2020.

Studiepopulasjon

Totalt samtykket 193 personer til å delta i spørreundersøkelsen, hvorav 163 arbeidet ved legekontor som deltar i forsøket med PHT.

Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ved legekontorene med PHT var 77, 72 og 65 prosent for henholdsvis fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som deltar i forsøket (Tabell 2-5). Svarprosenten i de ulike yrkesgruppene ble beregnet basert på Helsedirektoratets oversikt over antall og type ansatte ved de ulike legekontorene, supplert med løpende informasjon fra de ulike legekontorene om eventuelle permisjoner og langtidssykemeldinger. Ved enkelte legekontor har de sykepleiere som ikke er ansatt som PHT-sykepleier, men disse ble også bedt om å svare på undersøkelsen. Ettersom det kan være avvik mellom antall registrerte og faktiske ansatte på de ulike legekontorene, er svarprosenten omtrentlig.

Svarprosenten i kontrollgruppen var meget lav. Kun 12 av ca. 111 fastleger besvarte undersøkelsen, hvilket tilsvarer en svarprosent på rundt 10 prosent. På grunn av den lave svarprosenten og mulig seleksjon blant legene som har besvart undersøkelsen, brukes ikke disse besvarelsene i rapporten.

Tabell 2-5 Antall og andel respondenter i spørreundersøkelsene etter yrkesgruppe og finansieringsmodell.

	Antall respondenter (svarprosent)	Honorarmodellen (svarprosent)	Driftstilskuddsmodellen (svarprosent)
Fastleger	81 (77%)	59 (78%)	22 (76%)
Sykepleiere	38 (72%)	28 (82%)	10 (53%)
Helsesekretærer	44 (65%)	34 (67%)	10 (59%)

I Tabell 2-6 viser vi kjennetegn som beskriver fastlegene som svarte på undersøkelsen. Om lag halvparten av fastlegene (56 prosent) hadde en listelengde på mellom 1 000 og 1 499 listeinnbyggere. Listelengden var betraktelig kortere blant fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen, hvilket er i tråd med funn fra statusrapporten fra 2019 (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019). 63 prosent av fastlegene hadde en eller flere bistillinger, og andelen var høyere blant fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Dette henger sammen med at disse kontorene i hovedsak er kommunale fastlegekontor.

Tabell 2-6 Kjennetegn ved fastleger i spørreundersøkelsen 2020, prosent

	Alle fastleger	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Listelengde			
Færre enn 500	12,3	6,8	27,3
500-749	12,3	3,4	36,4
750-999	14,8	15,3	13,6
1000-1249	33,3	44,1	4,5
1250-1499	23,5	25,4	18,2
Flere enn 1500	3,7	5,1	0,0
Andel med et eller flere biverv	62,9	56,9	78,2

2.4 Intervjustudier

Til denne statusrapporten er det gjort kvalitative intervju med et lite utvalg informanter i gruppene pasienter og pårørende samt personell ved nye legekontor i forsøket.

Datainnsamlingen blant pasienter og pårørende er godkjent av REK (Ref. 28436 Pasienterfaringer med PHT) og meldt til NSD personvernombudet for forskning (prosjektnummer 405955). Formålet med intervjuene med pasienter og pårørende som ble gjort våren 2020 var å fange opp deres erfaringer med PHT.

Det ble i perioden mai til august gjort oppstartintervju med PHT-leder, leger og PHT-sykepleiere ved de fire nye legekontorene som ble inkludert i forsøket i 2020. Disse fulgte samme framgangsmåte og intervjuguide som ved intervjuene som ble gjort ved oppstart ved de 13 legekontorene som ble inkludert i forsøket i 2018. Datainnsamlingen er meldt til NSD personvernombudet for forskning (prosjektnummer 58134)

Intervjuene er brukt i to ulike studier. Studie 1 har utgangspunkt i pasienter som selv kan snakke om sine erfaringer (se kapittel 5), mens studie 2 omhandler pasienter i målgruppen med utviklingshemming og funksjonsnedsettelser som ikke er intervjuet direkte, men hvor andre har snakket på deres vegne (se kapittel 7). I studie 2 er det i tillegg brukt intervju som ble gjort med personell på legekontorene i forsøket og med ansatte i helsetjenesten i tilhørende kommuner og bydeler i 2018 og 2019 som del av evalueringen, samt intervju som ble gjort med ansatte på de fire nye legekontorene som kom med i forsøket i 2020.

Kvalitative intervju en godt etablert og effektiv datainnhentingsmetode som er egnet til å få fram informanters erfaringer og oppfatninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Hensikten her er å få fram konkrete erfaringer med PHT og variasjon i disse. I denne sammenhengen bidrar intervjudata sammen med data fra spørreundersøkelsene til utdyping, nyansering og økt forståelse. Men også med aspekter som ikke lar seg beskrive med kvantitative data.

I det videre beskriver vi flere detaljer rundt data og metoder i studie 1 og 2.

2.4.1 Studie 1: Pasienter og pårørende

Informantene som inngår i studie 1, har tilknytning til fire av legekontorene i PHT-forsøket – ett som prøver ut driftstilskuddsmodellen og tre som prøver ut honorarmodellen. De fire legekontorene ble valgt ut av evaluator av bekvemmelighetshensyn. Informantene er valgt ut av personellet på legekontorene. Vi ba om hjelp til å rekruttere pasienter i målgruppene som hadde fått oppfølging fra PHT over tid, som var i stand til å uttrykke seg muntlig, og ville være komfortabel med å bli intervjuet om sine erfaringer med PHT. I tillegg måtte pasientene ha et stabilt forhold til sin fastlege og primært ha blitt fulgt opp for dagens diagnoser og plager før PHT ble etablert for å kunne gjøre før/etter vurderinger. Dette er altså helt opplagt en selektert gruppe som må antas å ha hatt god nytte av PHT. Historiene vi har fått høre, handler i hovedsak om PHT-oppfølging som har fungert godt.

Vi intervjuet til sammen 10 pasienter og 4 pårørende. Det var pasientenes valg å inkludere de pårørende for å supplere sin egen informasjon. To av de pårørende var ektefellene som var til stede i pasientintervjuet, mens intervjuene med henholdsvis en mor og en datter ble gjort i etterkant av de respektive pasientintervjuene. Pasientene inkluderte 5 menn og 5 kvinner i alderen 28 til 89 år. Alle de pårørende var kvinner.

De fleste av pasientene som er intervjuet, hadde flere diagnoser og helseutfordringer, og en langvarig sykdomshistorie. De kan plasseres innenfor tre av målgruppene for PHT-forsøket: personer med kronisk sykdom, personer med psykisk sykdom og rusmisbruk og skrøpelige eldre.

Vi brukte en kort intervjuguide som ble sendt til informantene på forhånd, med noen sentrale temaområder. Disse handlet om pasienters helsetjenestebruk både før og etter etableringen av PHT, opplevelse av det å motta oppfølging fra PHT, kontinuitet og opplevde verdier av denne oppfølgingen sammenlignet med den vanlige fastlegeoppfølgingen de hadde tidligere.

Intervjuene ble gjort mellom desember 2019 og mars 2020, før koronautbruddet i Norge. Pasientintervjuene ble gjort ansikt til ansikt av én intervjuer hjemme hos informantene eller på fastlegekontoret. De varte mellom 23 og 56 minutter (gjennomsnitt: 38 minutter) De to pårørendeintervjuene ble gjort på telefon og varte henholdsvis 10 og 13 minutter (gjennomsnitt: 11,5 minutter). Intervjuene tok form som en i hovedsak åpen samtale hvor vi la vekt på å la informantene snakke fritt om temaene. Informantene ga skriftlig samtykke til deltakelse og til lydopptak av intervjuene som ble transkribert ordrett i etterkant.

Intervjuene er analysert etter hovedprinsippene i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Trinnene i analysen er: 1) bli kjent med intervjumaterialet, 2) identifisere foreløpige tema, 3) justere og presisere

tema og undertema, 4) identifisere meningsbærende utsagn innenfor det enkelte tema og 5) kondensere meningsinnhold. Den empiriske analysen ble supplert med forskningslitteratur om kontinuitet, tilgjengelighet og mestring.

2.4.2 Studie 2: Pasienter med utviklingshemming og funksjonsnedsettelser

For å beskrive utfordringer ved legetjenester til utviklingshemmede før PHT-forsøket startet og forventninger til PHT, ble det gjennomført intervju ved oppstart med ansatte i kommunene som er med i forsøket. Til denne studien ga ni av intervjuene relevant informasjon.

For å beskrive *planer og utvikling av tjenester* til utviklingshemmede pasienter ved legekontorene som er med i PHT-forsøket, er det gjennomført en innholdsanalyse av alle intervju gjort med PHT-ledere (30 intervju) og leger (42 intervju) i 2018, 2019 og 2020. Intervjuguidene til disse intervjuene er beskrevet i statusrapport I og II (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018; Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019).

For å beskrive *erfaringer med et endret tjenestetilbud* til utviklingshemmede ved legekontor i PHT-forsøket er det gjennomført en analyse av intervju knyttet til to legekontor i PHT-forsøket. I tilknytning til det ene legekontoret har vi analysert intervju som ble gjennomført i 2018, med en leder ved et bofellesskap for utviklingshemmede (PU-bolig), PHT-leder og en lege. Intervjuguider er beskrevet i statusrapport I (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018). I tilknytning til det andre legekontoret, har vi analysert to intervju gjort med tre vernepleiere ansatt ved to ulike PU-boliger, og et intervju gjort med en pårørende - alle disse intervjuene ble gjort våren 2020. Informantene er valgt ut av personellet på legekontorene. Intervjuguiden var den samme som ble brukt i pasientintervjuene beskrevet under studie 1 over. I tillegg har vi analysert intervju gjort i 2019 med PHT-lederen, en lege og en sykepleier ved det aktuelle legekontoret. Intervjuguider er beskrevet i statusrapport II (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019).

2.5 Oppsummering og konklusjon

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

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

Det er mangel på kvantitative data til å belyse helsetjenestenes kvalitet og helseeffekter for pasientene. I evalueringen er derfor intervjustudier sentralt for å oppnå dybdekunnskap som verken spørreundersøkelser eller registerdata kan tilby. Spørreskjema og registerdata kan derimot tilby data som omfatter et større antall enheter enn hva intervjudata kan. Tankegangen er dermed at analysene av disse tre datakildene skal utfylle hverandre i evalueringen.

3. Pasienter som får oppfølging av primærhelseteam

Basert på registerdata om utløste sykepleiertakster estimerer vi at rundt ti prosent av listeinnbyggerne som er eller har vært tilknyttet legekontor med PHT, har fått oppfølging fra PHT siden oppstart av forsøket i 2018. Pasientgruppen samsvarer godt med målgruppen for forsøket, som beskrevet av Helsedirektoratet (2017). Fastlegene vurderer at personer med kols og diabetes i størst grad vil kunne få bedre oppfølging med PHT. Rundt halvparten av pasientene som har fått oppfølging av PHT, har kun hatt kontakt med PHT-sykepleier én gang.

Det overordnede temaet for årets statusrapport fra evalueringen er pasienten, og i dette kapittelet gir vi et innblikk i hvilke typer av pasienter som får oppfølging fra PHT. Vi starter med Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppen for PHT ved oppstarten av forsøket, og går så videre til å beskrive pasientene som har fått oppfølging fra PHT siden oppstarten av piloten. Vi belyser også fastlegenes vurdering av hvilke pasientgrupper PHT retter seg mot, og hvordan pasienter som egner seg for oppfølging av PHT, kan identifiseres.

3.1 Målgruppen for primærhelseteam

I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket (Helsedirektoratet, 2017, s. 4) presiseres det at målgruppen for forsøket med PHT er alle innbyggere på fastlegenes lister. Samtidig skal det være særlig fokus på pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov. Disse målgruppene er nærmere beskrevet i kapittel 1.1.

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

3.2 Registerdataanalyse av pasienter som mottar oppfølging fra PHT

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

Tabell 3-1 viser antall pasienter som har vært i kontakt med PHT-sykepleier siden forsøket startet våren 2018. Datagrunnlaget er antallet kontakt- og konsultasjonstakster som PHT-sykepleierne sender til HELFO. Både frammøte, telefon, elektronisk kontakt og hjemmebesøk er regnet med. Merknaden under Tabell 3-1 gir en detaljert oversikt over hvilke takster som er brukte i beregningen. Legekontor med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen har hatt ansvar for henholdsvis 23 768 og 71 100 personer gjennom forsøksperioden[4]. Tabell 3-1 viser at rundt 9 prosent (2 055) av listeinnbyggerne ved legekontor med driftstilskuddsmodellen har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier en eller flere ganger så langt i forsøksperioden. Tilsvarende tall for legekontor med honorarmodellen er rundt 11 prosent

[4] Antallet er noe høyere i dag sammenlignet med før forsøket startet. Kun to legekontor har kortet listene (marginalt), begge med honorarmodellen.

(7 661). For både driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen er dette en økning på 65 prosent sammenlignet med tallene fra statusrapporten i 2019.[5]

Innenfor hver av finansieringsmodellene er det betydelig variasjon mellom legekontorene i antall pasienter som har vært i kontakt med PHT-sykepleier. Dette skyldes trolig i stor grad forskjeller i legekontorenes størrelse (antall pasienter og antall PHT-sykepleiere, ikke minst). Det er også nivåforskjeller mellom driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Hvor mye av denne forskjellen som skyldes at tilgjengelige takster er færre i driftstilskuddsmodellen enn i honorarmodellen, vet vi ikke.

Tabell 3-1 Antall unike listeinnbyggere som har fått helsehjelp fra PHT-sykepleier siden forsøket startet

	Honorarmodellen			Driftstilskuddsmodellen		
	Antall	**Gjennomsnitt per legekontor [min-maks]**	**Prosentandel av listepopulasjonen [min-maks]**	**Antall**	**Gjennomsnitt per legekontor [min-maks]**	**Prosentandel av listepopulasjonen [min-maks]**
Unike pasienter med kontakt med PHT-sykepleier	7661	958 [375-1529]	11 [7-18]	2055	411 [166-717]	9 [4-16]

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

Tabell 3-2 viser hvordan pasientene som har hatt kontakt med PHT-sykepleier, fordeler seg på kjønn, alder og utdanning. Sammenlignet med listeinnbyggerne som ikke har vært i kontakt med PHT-sykepleier, er en større andel av de som har vært i kontakt med PHT-sykepleier, i de eldre aldersgruppene. De som har vært i kontakt med PHT-sykepleier, har også lavere utdanning, hvilket har sammenheng med at de er eldre.[6]

[5] Prosenttallene i statusrapporten 2019 er 6,4 prosent av listeinnbyggerne i driftstilskuddsmodellen og 7,6 prosent av listeinnbyggerne i honorarmodellen.

[6] Vi har også beregnet hvor mange av pasientene som ikke har hatt kontakt med PHT-sykepleier i løpet av forsøksperioden, som har hatt kontakt med fastlege i løpet av forsøksperioden. Det er 18711 (86 %) pasienter i driftstilskuddsmodellen og 57178 (90 %) pasienter i honorarmodellen.

Tabell 3-2 Listeinnbyggere fordelt på kjønn, aldersgruppe og utdanning avhengig av om de har vært i kontakt med PHT-sykepleier

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen	
	Kontakt med PHT-sykepleier	Ikke kontakt med PHT-sykepleier	Kontakt med PHT-sykepleier	Ikke kontakt med PHT-sykepleier
	Antall (prosent)	Antall (prosent)	Antall (prosent)	Antall (prosent)
Kjønn				
Kvinner	4069 (53)	31493 (50)	1045 (51)	10729 (49)
Menn	3592 (47)	31933 (50)	1010 (49)	10984 (51)
Alder				
0-30 år	1293 (17)	28033 (44)	283 (14)	9836 (45)
31-50 år	1584 (21)	17231 (27)	465 (23)	6780 (31)
51-60 år	1167 (15)	7663 (12)	346 (17)	2102 (10)
61-70 år	1388 (18)	5715 (9)	408 (20)	1601 (7)
71-80 år	1336 (17)	3190 (5)	374 (18)	926 (4)
81-90 år	753 (10)	1239 (2)	148 (7)	361 (2)
90 år eller eldre	140 (2)	368 (1)	31 (1)	104 (1)
Utdanning*				
Grunnskole	2126 (32)	9295 (24)	596 (32)	3692 (27)
Videregående skole	3065 (46)	15758 (41)	820 (45)	4813 (35)
Høyere utdanning	1423 (22)	13582 (35)	430 (23)	5108 (38)
N	7661	63439	2055	21713

Merknad: Antallet personer er beregnet utfra de som hele eller deler av forsøksperioden har vært på listene til de aktuelle legekontorene.

*** Høyeste fullførte utdanning for pasienter 25 år eller eldre i 2017. Kilde: Fastlegeregisteret, KUHR og SSB**

Hvordan de som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, fordeler seg på de vanligste diagnosegruppene i diagnosesystemet ICPC-2, blir vist i Tabell 3-3. Rundt 27 prosent (2088) av de som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier ved legekontor med honorarmodellen, har mottatt helsehjelp for luftveisproblemer, hvilket inkluderer kols. Ved legekontor med driftstilskuddsmodellen mottar personer oftest helsehjelp fra PHT-sykepleier for endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer. Omtrent 26 prosent (548) av pasientene er i denne kategorien, som inkluderer diabetes type 2. Forskjeller mellom legekontorene skyldes trolig dels forskjeller i sykepleiernes kompetanse og dels forskjeller i listesammensetning.

Tabell 3-3 Antall listeinnbyggere som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier fordelt på de fem vanligste diagnosegruppene

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen	
	Totalt antall pasienter	Gjennomsnitt per legekontor [min-maks]	Totalt antall pasienter	Gjennomsnitt per legekontor [min-maks]
Luftveier	2088	261 [64-893]	332	66 [11-130]
Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	1923	240 [106-465]	548	110 [85-139]
Psykisk	1401	175 [42-465]	106	21 [1-49]
Hud	870	109 [21-446]	162	32 [3-75]
Hjerte-karsystemet	853	107 [66-180]	191	38 [10-90]

Merknad: Fem vanligste diagnosegrupper unntatt "allment og uspesifisert": luftveier (kols og astma), endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer (diabetes), psykisk (demens, schizofreni, angstlidelse depressiv lidelse og psykisk utviklingshemming), hud (sår) og hjerte- karsystemet (hypertensjon og hjertesvikt). Kilde: ICPC-2 diagnoser fra KUHR

I Tabell 3-4 har vi framstilt antall personer med diagnoser som det er ønskelig at PHT prioriterer og prosentandel av disse som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier. I både honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen har halvparten av pasientene som har diabetes type 2, hatt kontakt med PHT-syke-

pleier. For pasienter med kols er andelen 50 for legekontorer med honorarmodellen og 39 for legekontor med driftstilskuddsmodellen. Andelen er lavere for personer med ruslidelse og/eller psykisk sykdom, psykisk utviklingshemmede samt for skrøpelige eldre.

Diagnosefordelingene i Tabell 3-3 og Tabell 3-4 samsvarer godt med diagnosefordelingen fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen og med de prioriterte pasientgrupper i forsøket.

Tabell 3-4 Personer med diagnoser som er prioritert i forsøket, og andel av disse som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier fordelt på legekontor med honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen

	Honorarmodellen		Driftstilskuddsmodellen	
	Antall	% [min-maks]	Antall	% [min-maks]
Diabetes type 2	2370	50 [31-72]	762	50 [45-56]
KOLS	1021	50 [21-81]	361	39 [23-48]
Ruslidelse	934	21 [14-31]	420	14 [9-24]
Psykisk sykdom	3993	20 [14-30]	1385	16 [9-26]
Psykisk utviklingshemming	374	30 [13-75]	123	11 [0-25]
Skrøpelig eldre	1218	39 [14-71]	372	35 [20-50]

Merknad: Antall pasienter med diabetes type 2, kols, ruslidelse, psykisk sykdom eller psykisk utviklingshemming er de som har fått tildelt relevante diagnoser fra ICPC-2 eller ICD-10 før 2015. Diabetes type 2: T90 (ICPC-2), E11 (ICD-10). KOLS: R95 (ICPC-2), J41, J42, J44 (ICD-10). Ruslidelse: P15, P18, P19 (ICPC-2), F10-F19 (ICD-10). Psykisk sykdom: P72, P76 (ICPC-2), F20, F32, F33 (ICD-10). Psykisk utviklingshemming: P85 (ICPC-2), F7, F840, F842, F845, F848, F849, G80, Q871, Q90, Q934 (ICD-10). Kilder: KUHR, NPR

Tallene i Tabell 3-1 til Tabell 3-5 viser personer som har vært i kontakt med PHT-sykepleier minst én gang. De uttrykker dermed ikke hvor mange som får oppfølging av PHT over tid. Tabell 3-5 viser antall kontakter for de som har hatt minst en kontakt med PHT-sykepleier. I parentes oppgis hvor stor prosentandel av pasientene som har hatt et gitt antall kontakter med PHT. Vi ser at rundt halvparten av pasientene har hatt én kontakt i forsøksperioden fram til utgangen av august 2020. Det er rundt 20 prosent som har hatt fire kontakter eller fler.

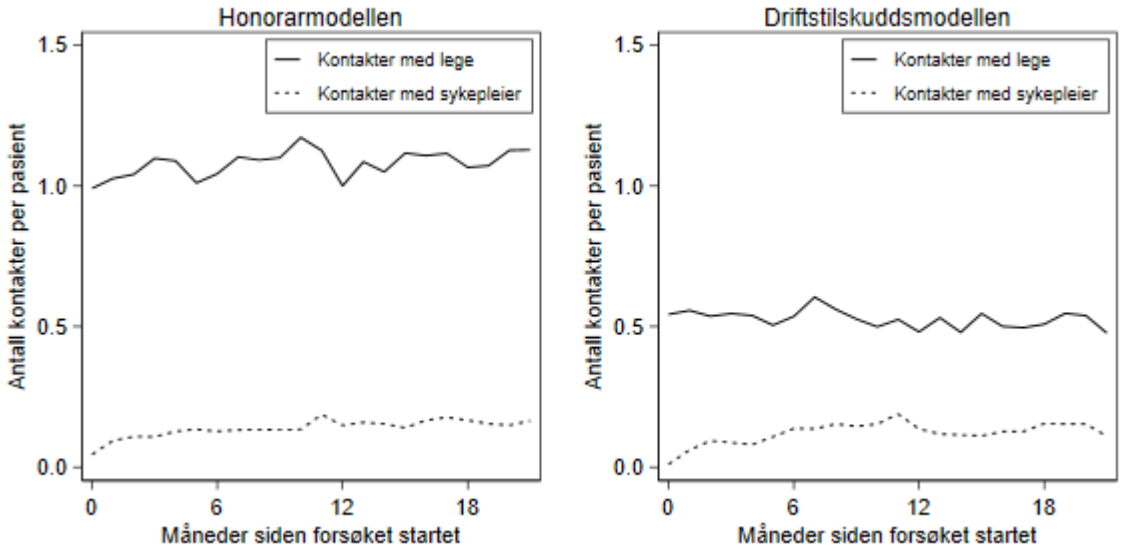
Tabell 3-5 Antall (prosent) kontakter med PHT for de som har hatt minst en kontakt

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen
Antall kontakter med PHT	**Antall (prosent)**	**Antall (prosent)**
1	3512 (46)	1062 (52)
2-3	2297 (30)	621 (30)
4-9	1324 (17)	281 (14)
10 eller flere	528 (7)	91 (4)
N	7661	2055

Kilde: KUHR

Vi har også beregnet hvordan kontaktene i løpet av forsøket så langt har fordelt seg på leger og sykepleiere for de pasientene som har vært i kontakt med PHT-sykepleier. Figur 3-1 viser at personer som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier med honorarmodellen, i gjennomsnitt har hatt én kontakt med lege og rundt 0,1 kontakter med sykepleier per måned i forsøksperioden. Tilsvarende tall for driftstilskuddsmodellen er 0,5 kontakter med lege og 0,1 kontakter med sykepleier per måned.

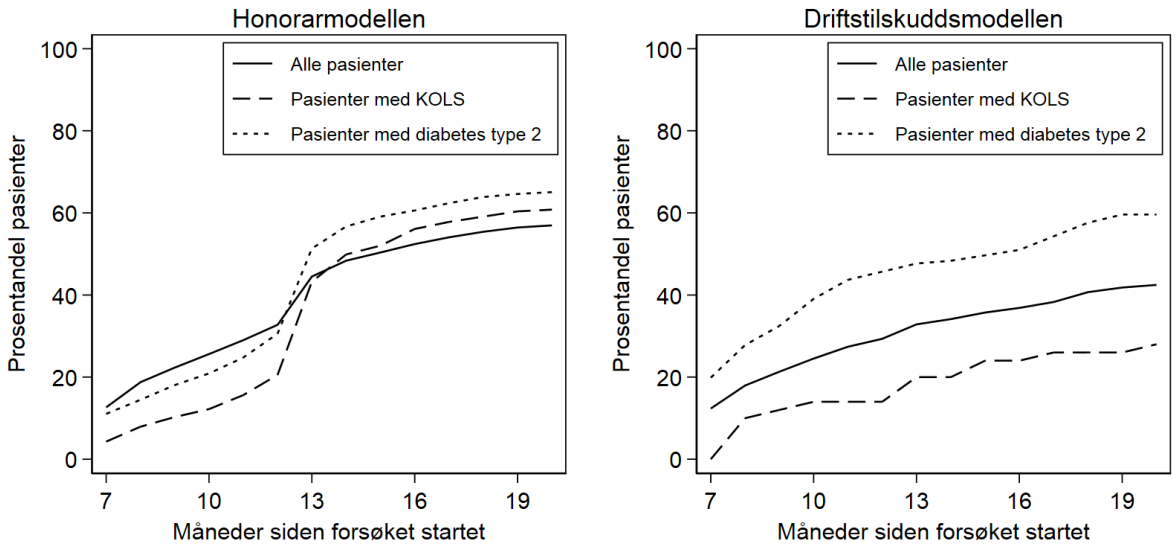
Figur 3-1 Kontakter med lege og sykepleier per måned for pasienter som har vært i kontakt med PHT-sykepleier



Merknad: Figuren omfatter personer som har vært på listen til samme legekontor så langt i forsøksperioden og mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier (1611 med driftstilskuddsmodellen og 6608 med honorarmodellen). Kilde: KUHR

Figur 3-2 beskriver kontinuiteten i oppfølgingen fra PHT fordelt på sentrale diagnosegrupper og type legekontor. Figuren viser hvor stor prosentandel av de som mottok helsetjenester fra PHT i løpet av forsøkets seks første måneder, som også mottok helsetjenester fra PHT i løpet av månedene 7 til 20 siden forsøket startet. Figuren viser at rundt 60 prosent av pasientene med diabetes som mottok helsehjelp fra PHT-sykepleier i honorarmodellen i løpet av de seks første månedene av forsøket, også mottok helsehjelp 7 til 20 måneder etter at forsøket startet. Hoppet ved 12 måneder kan tenkes å skyldes årskontroller. Tilsvarende tall for driftstilskuddsmodellen er noe lavere. Disse funnene stemmer godt overens med tallene over, som viser at de fleste har hatt kontakt med PHT-sykepleier en eller et fåtall ganger, mens et mindretall av pasientene har hatt mange kontakter med PHT. Behovet for vedvarende oppfølging fra PHT varierer mellom pasienter. Noen pasienter vil kun ha behov for oppfølging av PHT i kortere perioder, mens andre får mer vedvarende oppfølging. I kapittel 5.1beskriver vi hvordan pasienter verdsetter kontinuitet og oppfølging over tid.

Figur 3-2 Kontinuitet i oppfølging fra PHT



Merknad: Figuren tar utgangspunkt i personer som mottok helsehjelp fra PHT-sykepleier i løpet av de seks første månedene av forsøket. Kurven viser hvor stor andel av disse som også mottok helsehjelp fra PHT-sykepleier i perioden 7 til 20 måneder etter forsøket startet.
Kilde: KUHR

3.3 Svake etterspørrere

En gruppe som PHT skal rette sin virksomhet mot er svake etterspørrere, altså listeinnbyggere som har behov for allmennmedisinske tjenester, men som ikke selv etterspør dette. Det er uklart hvor mange som er svake etterspørrere, og disse kan være vanskelige for PHT å identifisere. Det er også utfordrende å identifisere slike pasienter i registerdata.

I spørreundersøkelsen til fastleger som deltar i forsøket, oppga 23 prosent av fastlegene som hadde vært med siden oppstart av forsøket, at de i stor eller svært stor grad opplever at de har listeinnbyggere som er svake etterspørrere, mens 57 prosent oppga at de i noen grad har listeinnbyggere som er svake etterspørrere. 20 prosent oppga at de i stor grad har listeinnbyggere som er svake etterspørrere (Tabell 3-6). Det er ikke signifikant forskjell mellom legene med honorarmodellen og legene med driftstilskuddsmodellen i hvilken grad de opplever at de har listeinnbyggere som er svake etterspørrere (Fishers eksakte test, p=0,176).

Fastleger ved legekontor som ble med i utprøvingen i 2020, oppgir i mindre grad enn andre fastleger at de har svake etterspørrere på listen. Hvorvidt dette skyldes forskjeller i listesammensetning eller bedre kjennskap til den egne pasientlister, vet vi ikke.

Tabell 3-6 I hvilken grad fastlegene opplever at de har listeinnbyggere som er "svake etterspørrere". Prosentvis svarfordeling.

	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskudds-modellen)	Opprinnelige PHT (alle)	Nye PHT	Alle
Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0
I liten grad	26	9	20	38	24
I noen grad	54	64	57	44	54
I stor grad	21	23	22	6	19
I svært stor grad	0	5	2	6	3
Vet ikke	0	0	0	6	1
N	**43**	**22**	**65**	**16**	**81**

Spørsmål: I hvilken grad opplever du at du har listeinnbyggere som er «svake etterspørrere», dvs. at de ikke selv etterspør helsehjelp som de har behov for? N=81

Videre ble det stilt spørsmål om i hvilken grad fastlegene vurderer at de klarer å fange opp og tilby helsehjelp til listeinnbyggere som er svake etterspørrere. Ved legekontorene som har vært med siden forsøket startet, oppga 28 prosent av fastlegene at de i stor eller svært stor grad opplever at de klarer å fange opp svake etterspørrere, mens 62 prosent oppga at de i noen grad opplever dette. Blant fastleger ved legekontor som ble med i forsøket i år, var det større usikkerhet knyttet til i hvilken grad man klarer å fange opp denne pasientgruppen (se spørsmål 13 i vedlegg C.2).

3.4 Systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging

I statusrapport II (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019) ble det identifisert tre måter å inkludere pasienter som følges opp av PHT på. Første måte var ved at den enkelte lege ad hoc trekker sykepleier inn i oppfølging av enkeltpasienter, andre måte var basert på systematiske søk etter listeinnbyggere med spesifikke kjennetegn, og tredje måte var sykepleierinitiert oppfølging eller oppfølging hvor sykepleier er den første som involveres for å følge opp henvendelser som kommer fra andre enn medarbeidere ved legekontoret.

I spørreundersøkelsen til fastleger oppga 81 prosent av fastlegene ved legekontor som har deltatt i PHT-forsøket siden start, at de eller andre ansatte på legekontoret har gjort en systematisk gjennomgang av deres pasientliste for å identifisere egnede pasienter for PHT. Ved de nye legekontorene var den tilsvarende andelen 50 prosent (se spørsmål 20 i vedlegg C.2).

Fastlegene som oppga at de hadde gjort en systematisk gjennomgang av pasientlisten, ble spurt om hvilke karakteristikker 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 legekontoret (12 prosent) (se spørsmål 21 i vedlegg C.2).

3.5 Fastlegenes opplevelse av hvorvidt PHT bidrar til bedre oppfølging for ulike pasientgrupper

Hvilke pasientgrupper som oppfattes som egnede for oppfølging fra PHT, har betydning for utbredelsen av PHT. Vi har spurt fastlegene i hvilken grad de opplever at PHT bidrar til bedre oppfølging for utvalgte pasientgrupper. Svarfordelingen presenteres i Tabell 3-7.

Resultatene tyder på at fastlegenes opplevelse av forbedret oppfølging ikke er den samme for alle pasientgrupper, da svarfordelingen avhenger av hvilken pasientgruppe spørsmålet stilles for. 33,8 prosent av respondentene mener at PHT «i svært stor grad» bidrar til en bedre oppfølging av personer med kols, og den tilsvarende andelen er 53,8 prosent for personer med diabetes. Når samme

spørsmålet stilles for personer med rusavhengighet, personer med utviklingshemming, personer med fysiske funksjonsnedsettelser og personer som er «svake etterspørrere», ser vi at svarfordelingen blir en annen: For personer med rusavhengighet og for personer med utviklingshemming er det det kun 4,6 prosent av fastlegene som opplever at PHT «i svært stor grad» bidrar til bedre oppfølging, og den tilsvarende andelen for personer med fysiske funksjonsnedsettelser er 1,5 prosent. For personer som er «svake etterspørrere» er andelen 6,2 prosent. For personer med rusavhengighet og personer med utviklingshemming er fastlegene mer tilbøyelige til å svare «Ikke i det hele tatt» enn hva tilfeller er for de øvrige pasientgruppene, og vi ser at 13,8 prosent av fastlegene svarer at PHT «Ikke i det hele tatt» bidrar til bedre oppfølging av personer med rusavhengighet og personer med utviklingshemming.

Vi har analysert materialet ved bruk av en multinomisk logistisk regresjon der ti pasientgrupper og fem svarkategorier ble inkludert i én og samme modell. En slik analyse gjør det mulig å teste hvorvidt de observerte forskjellene mellom svarfordelingene er et resultat av tilfeldigheter (*nullhypotesen*) eller om svarfordelingene faktisk avhenger systematisk av hvilken pasientgruppe det spørres om (*alternativhypotesen*). Resultatene tyder på at det er systematiske forskjeller i svarfordelingen mellom pasientgruppene (p-verdi<0,001 i en sannsynlighetsratio-test). Analyseresultatene tyder på at de tydeligste forskjellene vi kan observere i Tabell 3-7 også er statistisk signifikante (markert med stjerner).

Tabell 3-7 «I hvilken grad opplever du at primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging for pasienter/brukere i følgende grupper?» N=65 fastleger som har deltatt i forsøket siden oppstart. Prosentvis svarfordeling.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	3,1	6,2	15,4	38,5**	33,8***	3,1	65
Personer med diabetes	0,0***	3,1	9,2	33,8**	53,8***	0,0	65
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	7,7	13,8	36,9	26,2	10,8	4,6	65
Personer med psykiske lidelser	7,7	10,8	36,9	24,6	15,4	4,6	65
Personer med rusavhengighet	13,8*	26,2	33,8	12,3*	4,6*	9,2	65
Personer med utviklingshemming	13,8*	16,9	29,2	21,5	4,6*	13,8	65
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	4,6	21,5	43,1	20,0*	1,5**	9,2	65
Skrøpelige eldre	0,0***	6,3	26,6	37,5	25,0	4,7	64
Personer med andre store og sammensatte behov	3,1	4,7*	43,8	26,6	12,5	9,4	64
Personer som er «svake etterspørrere»	1,5	20,0	38,5	24,6	6,2*	9,2	65
Alle pasientgrupper samlet	5,6	13,0	31,3	26,5	16,8*	6,8	65

Merknad: *(**)[***] indikerer at den relative hyppigheten i bruk av svarkategorien for pasientgruppen er signifikant forskjellig fra øvrige pasientgrupper med p-verdi <0.05(p-verdi <0.01)[p-verdi <0.001]. P-verdier er beregnet for tosidig test ved anvendelse av multinomisk logistisk regresjon med 10 pasientgrupper og 5 svarkategorier. «Vet ikke»-svar ble ekskludert fra analysen.

Oppsummert tyder denne analysen på at fastlegene samlet sett vurderer at PHT i større grad vil kunne bidra til bedre oppfølging for personer med kols og diabetes, enn for andre nevnte pasientgrupper. På den annen side, vurderer fastlegene at PHT i mindre grad vil bidra til bedre oppfølging av personer med rusavhengighet, utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelser og svake etterspørrere. Det sistnevnte er interessant, med tanke på at både skrøpelige eldre og svake etterspørrere er løftet fram av Helsedirektoratet som grupper som PHT skal fokusere på. En mulig forklaring på dette er at gruppene skrøpelige eldre og svake etterspørrere er vanskelige å avgrense og vurdere, og at det dermed er vanskelig å se for seg hvordan pasientene betraktet som en gruppe, skal kunne dra nytte av oppfølging fra PHT. Videre kan det tenkes at pasienter som er skrøpelige eldre eller svake etterspørrere i praksis ofte også har andre tilstander, definert ved de øvrige svaralternativene. En annen mulig forklaring kan være at legekontorene i startfasen av forsøket i stor grad har konsentrert PHT-innsatsen om

pasienter med kroniske sykdommer. Enkelte av pasientgruppene som flest fastleger vurderer at i mindre grad vil få bedre oppfølging med PHT, som personer med rusavhengighet, utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelser, utgjør for de fleste fastlegene en liten andel listepopulasjonen, og det kan derfor ta lenger tid å høste erfaringer. Dette kan også forklare hvorfor få fastleger opplever at disse gruppene vil få bedre oppfølging.

Det samme spørsmålet ble stil til sykepleiere ved legekontorene. Svarfordelingen blant disse skiller seg noe fra den blant fastlegene ved at sykepleierne er noe mer positive til i hvilken grad PHT kan bidra til bedre oppfølging av personer med kols og diabetes, og ikke minst skrøpelige eldre (se spørsmål 9 i vedlegg C.3).

3.6 Oppsummering og konklusjon

Som beskrevet innledningsvis, er det utfordrende å identifisere hvilke pasienter som har fått helsehjelp av PHT i registerdata. Vi har brukt en indikator for «helsehjelp fra PHT-sykepleier» der dette er definert ved at helsehjelpen har utløst utvalgte sykepleiertakster. Dette fanger trolig ikke opp all helsehjelp fra PHT, og det må derfor tolkes som et nedre anslag på omfanget av helsehjelp fra PHT. Basert på denne tilnærmingen finner vi at nesten 10 000 pasienter har fått oppfølging fra et PHT siden oppstarten av forsøket. Dette tilsvarer ti prosent av listeinnbyggerne ved legekontorene som prøver ut PHT. Antall pasienter som har fått oppfølging fra PHT har økt med 65 prosent siden 2019. Personer som får oppfølging fra PHT er eldre enn den gjennomsnittlige listepopulasjonen. Blant de som har hatt kontakt med PHT-sykepleier, er diagnoser knyttet til luftveier (inkludert kols) og endokrine, metabolske og ernæringsmessige diagnoser (inkludert diabetes) vanligst. Mange har også diagnoser knyttet til psykisk helse, hud og hjerte-karsystemet. Beskrivelsen av pasientene som har fått oppfølging fra PHT basert på registerdata, stemmer godt overens med målgruppene slik de var beskrevet av Helsedirektoratet ved oppstart av forsøket.

Rundt halvparten av personene som har vært i kontakt med PHT-sykepleier, er oppført med én kontakt med PHT-sykepleier siden oppstart av forsøket, og kun 20 prosent har hatt fire kontakter eller fler. Av de som hadde minst en kontakt med PHT-sykepleier i løpet av de seks første månedene etter at forsøket startet, hadde rundt 25 prosent kontakt med PHT-sykepleier også 19-24 måneder inn i forsøket. Det framstår som at mange har behov for oppfølging fra PHT i en avgrenset tidsperiode, men at enkelte får oppfølging over lang tid.

Funn fra spørreundersøkelsen blant fastleger som deltar i piloten, indikerer at fastlegene til en viss grad har personer som kan klassifiseres som svake etterspørrere på sine lister, og at det ikke er alle som vurderer at de klarer å fange opp og tilby disse helsehjelp. På spørsmål om hvilke pasientgrupper fastlegene vurderer at vil få bedre oppfølging med PHT, er det størst enighet om at personer med kols og diabetes vil få bedre oppfølging. Det er svakest oppslutning om at personer med rusavhengighet, utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelser, samt svake etterspørrere vil få bedre oppfølging med PHT. Pasienter med psykisk sykdom er den største gruppen blant dem som er prioritert i forsøket (Tabell 3-4), samtidig som de ikke er blant de pasientgruppene som fastlegene mener har mest å vinne på PHT.

4. Endring i arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret

I dette kapittelet belyser vi utviklingen av arbeidsmåter som skal bidra til en bedre tjeneste. Vi beskriver først begrepet proaktivitet og fastlegenes oppfatninger av proaktivitet på legekontoret. Deretter belyser vi tilrettelegging for brukermedvirkning. Behandlingsplan kan være et viktig arbeidsredskap i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. Vi beskriver hvor utberedt behandlingsplan er i PHT. Herunder viser vi også utviklingen i årskontroll til pasienter med diabetes type 2 etter at forsøket startet. Vi beskriver også utviklingen i hjemmebesøk, og særlig hjemmebesøk fra sykepleier, siden forsøket startet.

Helsedirektoratets grunnlagsdokument om PHT-forsøket beskriver flere arbeidsformer som skal bidra til en bedre tjeneste (Helsedirektoratet, 2017). Nedenfor beskriver vi utviklingen av flere av dem.

4.1 Proaktivitet – hvordan jobber fastlegen proaktivt?

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) peker på proaktivitet og forebygging som nye arbeidsformer i primærhelsetjenesten. Fra å ha et perspektiv der tjenesten bare responderer på individuell etterspørsel, må tjenestene endres til å ha et mer aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for. Målet er å nå personer som i for liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelser kan forhindres gjennom forebygging, tettere, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering.

I grunnlagsdokumentet *Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering* nevnes det flere steder at primærhelseteamet skal arbeide proaktivt (Helsedirektoratet, 2017). I kapittelet *Arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste* står det blant annet at «primærhelseteamet skal være proaktiv i sin kontaktform» og at «primærhelseteamet skal arbeide proaktivt med å identifisere personer med risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov, hvor målet er å forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse». Grunnlagsdokumentet beskriver ikke nærmere hva som legges i begrepet proaktivitet, og det har derfor til en viss grad vært opp til de ansatte ved legekontorene å definere hva de legger i begrepet.

Vi forstår proaktivitet som et tiltak for å løse eller forhindre et problem før det oppstår. Proaktivitet kan ses på som et bredt begrep som inkluderer *primærforebygging* (forhindre utbrudd eller forekomst av sykdom), *sekundærforebygging* (forhindre forverring av sykdom som allerede har oppstått), eller *oppsøkende virksomhet* (som innebærer en viss grad av paternalisme, for eksempel ved at helsetjenesten tar initiativ til utredning av pasientens behov).

Ved oppstarten av forsøket med PHT ble fastlegenes refleksjoner rundt proaktivitet belyst gjennom en intervjustudie som er beskrevet i statusrapport I. Noen fastleger pekte da på proaktivitet som et tradisjonsbrudd i allmennmedisin. En av legene pekte på at proaktivitet først og fremst er et kapasitetsspørsmål, og at det ses som en utfordring å ikke ha kapasitet til å følge opp det du ønsker. Flere informanter snakket på ulike måter om at det må lages systemer som sikrer bedre oppfølging og kontroll, men var samtidig bekymret for en utvikling hvor legekontoret bruker tid på å kontrollere de friske. Forventningene til proaktivitet i PHT ble av flere knyttet til sykepleierens nye rolle og ikke til endring av legens rolle. Flere framhevet at en sykepleier kan være en ressurs for å komme i kontakt med pasienter som unngår legekontoret. Proaktivitet ble av mange forbundet med hjemmebesøk, og mange forventet at sykepleierne ville ha bedre tid enn legen, slik at de for eksempel kunne gjøre en systematisk vurdering av hjemmesituasjonen som et utgangspunkt for en plan for videre behandling, som legges sammen med legen (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018).

I spørreundersøkelsen til fastlegene ble det stilt spørsmål om i hvilken grad fastlegene er enige i at de bør vektlegge ulike former for proaktivt arbeid i oppfølgingen av sine listeinnbyggere. Om lag en tredjedel (31 prosent) oppga at de er helt enig i at de som fastlege bør jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere, og ingen var helt uenig i dette (Tabell 4-1). Sett i lys av funnene fra statusrapport I fra

2018, kan funnene fra spørreundersøkelsen tyde på at en del fastleger har endret oppfatning av proaktivitet i fastlegetjenesten i løpet av prosjektperioden og at de nå er mer positive til å arbeide proaktivt.

Videre ble fastlegene bedt om å ta stilling til hvilken grad de er enige i at de som fastleger bør vektlegge primærforebygging og sekundærforebygging for sine listeinnbyggere. Sekundærforebygging i form av å forhindre sykdom som allerede har oppstått blir trolig av mange fastleger oppfattet som en mer naturlig del av tradisjonen innen allmennmedisin enn primærforebygging, og for eksempel har mange av legekontorene innført systematisk innkalling til årskontroll for personer med kols og diabetes. I spørreundersøkelsen oppga 57 prosent av fastlegene som har deltatt siden start at de er helt enig i at de bør vektlegge sekundærforebygging for sine listeinnbyggere, mens 41 prosent oppga at de er helt enige i at de bør vektlegge primærforebygging for sine listeinnbyggere (Tabell 4-1).

Fastlegene ble også bedt om å ta stilling til i hvilken grad de er enige i at de som fastleger bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot sine listeinnbyggere. Funnene fra intervjuundersøkelsen i statusrapport I viser at dette er en form for proaktivitet som mange av fastlegene var skeptiske til å drive med, og flere fastleger var bekymret for en utvikling hvor legekontoret bruker tid på å kontrollere de friske. Dette stemmer overens med funnene fra spørreundersøkelsen fra 2020, der andelen fastleger som oppga at de er helt enige i at de bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot sine listeinnbyggere (18 prosent), var lavere enn for de andre formene for proaktivitet som fastlegene tok stilling til (Tabell 4-1).

Funnene fra spørreundersøkelsen kan tyde på at proaktivitet i PHT i større grad er knyttet til en endring av fastlegens rolle enn det mange trodde ved oppstart av forsøket. Dette står ikke i motsetning til at sykepleierens rolle er sentral for innfasing av en mer proaktiv arbeidsmåte, men mange av fastlegene ser ut til å mene at de også selv bør være del av utviklingen mot å jobbe mer proaktivt enn før.

Blant fastlegene som er ansatt ved legekontor som er nye i forsøket, var andelen som var helt enig i de ulike påstandene om proaktivitet lavere enn blant fastlegene ved legekontor som har deltatt siden start, men forskjellene var ikke signifikante. 13 prosent oppga at de var helt enig i at de bør jobbe mer proaktivt med sine listeinnbyggere, 25 og 27 prosent oppga at de var helt enige i at de bør vektlegge henholdsvis primærforebygging og sekundærforebygging for sine listeinnbyggere. Ingen var helt enige i at de bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot sine listeinnbyggere. De lavere andelene blant fastlegene som er nye i forsøket, kan bety at deltakelse i PHT over tid påvirker fastlegenes innstilling til proaktivitet, eller det kan skyldes at de nye fastlegene har en annen oppfatning av hva som legges i begrepet enn fastlegene ved legekontor som har deltatt siden start. Det kan også hende at fastlegene ved de opprinnelige primærhelseteamene har hatt en annen oppfatning om proaktivt arbeid siden før de ble med i forsøket.

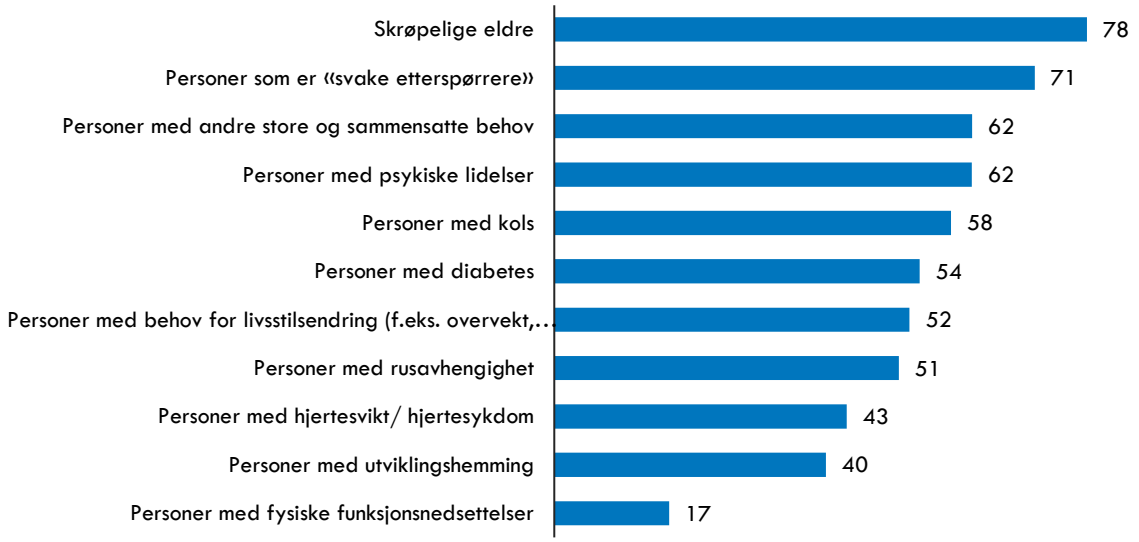
Tabell 4-1: I hvilken grad fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start er enige i at de bør vektlegge ulike former for proaktivitet. Prosentvis svarfordeling.

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	0	9	17	4	31	2
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0	11	9	39	41	0
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0	2	9	31	57	2
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	2	15	18	45	18	2

Spørsmål: Hvor enig eller uenig er du i at du som fastlege…: Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere / Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere / Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere / Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere. N=65

Fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start, oppga at de opplever at det er mest aktuelt å arbeide mer proaktivt med skrøpelige eldre (78 prosent), personer som er «svake etterspørrere» (71 prosent), personer med store og sammensatte behov (62 prosent) og personer med psykiske lidelser (62 prosent) (Figur 4-1).

Figur 4-1 Hvilke pasientgrupper fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start opplever at det er mest aktuelt å arbeide mer proaktivt med. Prosentvis svarfordeling



Spørsmål: Hvilke pasientgrupper er det mest aktuelt å arbeide mer proaktivt med? Tabellen angir andelen som har krysset av for denne gruppen. Flere svar var mulig. N=65

Fastlegene ble også spurt om i hvilken grad de opplever at fastlegene ved deres legekontor arbeider mer proaktivt med listeinnbyggere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp. Om lag halvparten (48 prosent) av fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket siden start, oppga at de opplever at fastlegene ved deres legekontor arbeider mer proaktivt. Mange (38 prosent) oppga at de i stor eller svært stor grad opplever dette, mens en liten andel (6 prosent) oppga at de i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever dette (spørsmål 15 vedlegg C.2).

I spørreundersøkelsen ble fastleger og sykepleiere spurt om å oppgi konkrete eksempler på hvordan fastlegene og/eller sykepleier/helsesekretær i primærhelseteamet har arbeidet proaktivt med pasienter. Eksempler på proaktivt arbeid som ble oppgitt var:

- Kalle inn personer over 75 år til kartleggingssamtale
- Kalle inn personer med kols til årskontroll
- Kalle inn personer med diabetes til årskontroll og samtale om kosthold og vekt
- Kalle inn personer ved reseptfornyelse når de ikke har vært til kontroll på en stund
- Sette opp kontrolltime for pasienter som har lett for å falle ut av oppfølgingsopplegg
- Identifisere pasienter som bruker nyretoksiske medikamenter som ikke har vært inne til kontroll av nyrefunksjon og tilby en time
- Tilbud om motiverende samtaler
- Invitere personer med psykiske lidelser og rusproblematikk til somatiske kontroller
- Utarbeide behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner
- Identifisere personer som bruker fire eller flere medikamenter og gjennomfører legemiddelgjennomgang
- Gjennomføre legemiddelgjennomgang for personer som blir skrevet ut fra sykehus med endret medisinliste
- Ringe eldre og andre skrøpelige pasienter i forbindelse med koronapandemien og høre hvordan de har det
- Tilby gruppetrening til skrøpelige eldre og pasienter med sykdommer som gjør dem tungpustne

- Tilby røykesluttsamtaler
- Aktiv oppfølging etter mottatt epikrise for personer psykiske lidelser og rusproblematikk
- Kartlegge hjelpebehov hos personer med rusproblematikk
- Hjemmebesøk for kartlegging av hjemmemiljø

4.2 Brukermedvirkning

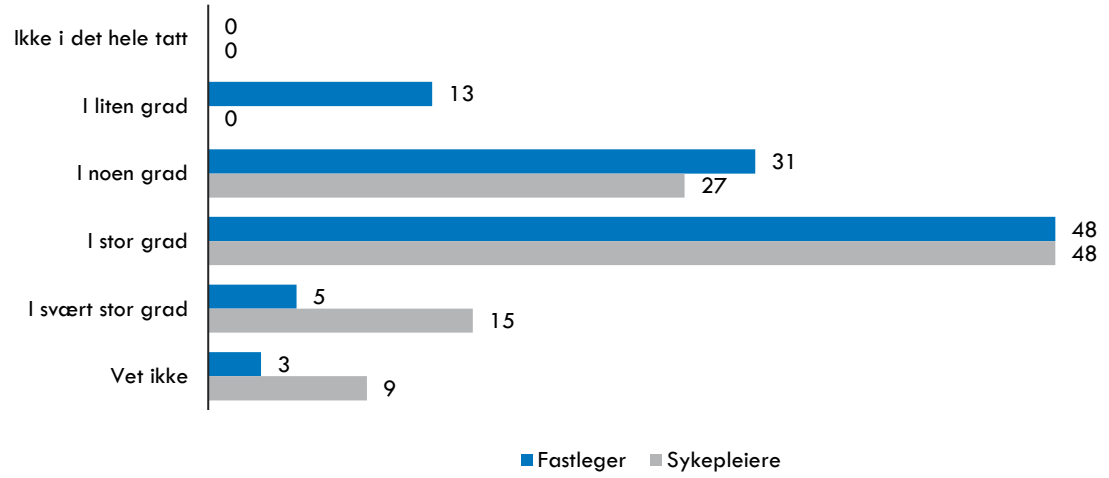
Brukermedvirkning skal bidra til å styrke legitimiteten til tjenesten og sikre kvaliteten. I statusrapporten i 2018 beskrev vi at det var ulike forståelser av hva brukermedvirkning er eller bør være, enten brukermedvirkning forstås med utgangspunkt i individnivået eller på et kollektivt nivå gjennom interesseorganisasjoner. Under arbeidet med statusrapport II (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019) kom det fram at fokuset på brukermedvirkning foreløpig var lite framtredende ved legekontorene i forsøket og i liten grad konkretisert.

I spørreundersøkelsen til fastlegene spurte vi i hvilken grad de opplever at behandlingen som gis ved fastlegekontoret, legger til rette for brukermedvirkning. Om lag halvparten (53 prosent) av fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket siden start, oppga at de i stor eller svært stor grad opplever at behandlingen som gis ved fastlegekontoret legger til rette for brukermedvirkning (Figur 4-2). Omtrent en av tre av disse fastlegene (31 prosent) oppga at de opplever at behandlingen som gis ved fastlegekontoret, i noen grad legger til rette for brukermedvirkning. Få leger (13 prosent) svarte «i liten grad», og ingen oppga at de ikke i det hele tatt opplever at behandlingen legger til rette for brukermedvirkning.

Sykepleierne ble stilt samme spørsmål som fastlegene om brukermedvirkning. Blant sykepleierne var det større oppslutning om at behandlingen i stor eller svært stor grad legger til rette for brukermedvirkning. 64 prosent av sykepleierne ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start, svarte dette sammenlignet med 53 prosent av fastlegene. Blant sykepleierne var det ingen som oppga at behandlingen ikke i det hele tatt eller i liten grad legger til rette for brukermedvirkning.

At sykepleiernes og fastlegenes oppfatning om dette er noe ulik, kan skyldes at sykepleierne og fastlegene jobber på ulike måter, og at sykepleierne i større grad har erfaring fra behandling av pasienter der det blir lagt til rette for brukermedvirkning. En mulig forklaring på dette er at sykepleierne har bedre tid til pasientene enn det fastlegene har, og at dette bidrar til å muliggjøre brukermedvirkning. En annen mulig forklaring er at fastlegene og sykepleierne behandler ulike medisinske problemstillinger, og at det er mer relevant med brukermedvirkning for problemstillingene hvor sykepleierne deltar i behandlingen.

Figur 4-2 I hvilken grad fastlegene og sykepleierne ved legekontor som har deltatt siden start opplever at behandlingen som gis ved fastlegekontoret legger til rette for brukermedvirkning. Prosentvis svarfordeling.



Spørsmål: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning? Med brukermedvirkning menes at pasienter skal medvirke i valg og utforming av eget behandlingstilbud. N=64 for fastleger og N=33 for sykepleiere. Spørreundersøkelse gjennomført blant legekontor med PHT i juni 2020.

4.3 Behandlingsplan, legemiddelgjennomgang og diabetesoppfølging

4.3.1 Behandlingsplan

I Helsedirektoratets grunnlagsdokument om PHT-forsøket er det beskrevet flere arbeidsformer og metoder som vurderes som aktuelle for primærhelseteamene utover tradisjonelle konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Arbeidsformene og metodene skal bidra til en bedre tjeneste. En av disse arbeidsmetodene er behandlingsplan. 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 primærhelseteamet. I driftstilskuddsmodellen er det en egen takst for utarbeidelse av behandlingsplan for pasienter med kols eller diabetes (takst 089a), og fra 1. januar 2021 er det også en takst for utarbeidelse av behandlingsplan for pasienter innenfor psykisk helse og rus (089c).

Fra starten av 2020 hadde de fem fastlegekontorene med driftstilskuddsmodellen tre ulike maler for behandlingsplan til uttesting. Testperioden måtte forlenges på grunn av koronapandemien, men testperioden ble oppsummert med en anbefaling av maler for kols og diabetes, samt en generisk plan som kan brukes for andre pasientgrupper. Det er etter dette også utarbeidet en mal for behandlingsplan for pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Det arbeides med å få disse malene integrert i EPJ-systemene. Helsedirektoratet har parallelt med dette iverksatt et eget prosjekt for utvikling av digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan. Erfaringene med behandlingsplaner i PHT er viktige for dette prosjektet, og det er derfor etablert et tett samarbeid mellom disse prosjektene.

Flere av PHT-lederne ved legekontorene som har deltatt i utprøvingen av PHT siden start, ga i slutten av 2019 tilbakemelding om at det hadde vært uklarhet rundt hva som er regnet som en gyldig behandlingsplan. Dette gjorde at man var forsiktige med å bruke taksten, fordi man var usikker på om kravene til å utløse taksten var oppfylt.

Blant fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket med PHT siden start, oppga over halvparten (55 prosent) i spørreundersøkelsen at de i stor eller svært stor grad mener at noen pasienter vil ha nytte av å ha en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet (spørsmål 24 i vedlegg C.2). 38 prosent av fastlegene oppga at de i noen grad mener at noen pasientgrupper vil ha nytte av å ha en behandlingsplan, 2 prosent oppga at de i liten grad mener dette og ingen oppga at de ikke i det hele tatt mener dette.

De fleste fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket med PHT siden start, mener at personer med kols (82 prosent), personer med diabetes (78 prosent), personer med hjertesvikt/hjertesykdom

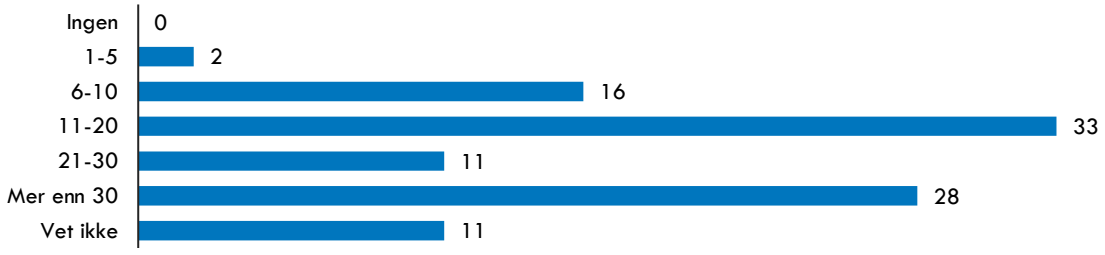
(71 prosent), personer med andre store og sammensatte behov (62 prosent) og personer med psykiske lidelser (61 prosent) har nytte av en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet (Figur 4-3). Det er også en stor andel av fastlegene som mener at skrøpelige eldre (46 prosent), personer med rusavhengighet (45 prosent) og personer med utviklingshemming (31 prosent) vil ha nytte av en slik behandlingsplan. En liten andel mener personer med fysiske funksjonsnedsettelser (14 prosent) vil ha nytte av en slik behandlingsplan.

Figur 4-3 Andel fastleger ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start, som mener ulike pasientgrupper har nytte av en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet. Prosentvis svarfordeling.

Spørsmål: Hvilke pasientgrupper mener du har nytte av en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet? N=65. Spørreundersøkelse gjennomført blant legekontor med PHT i juni 2020.

Fastlegene ble også bedt om å oppgi et anslag på hvor mange listeinnbyggere på deres liste det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for. Svarfordelingen blant fastleger ved legekontor som har deltatt i PHT-forsøket siden start, vises i Figur 4-4. Av de 64 fastlegene som svarte på spørsmålet, var det 62 prosent som anslo at de har 30 eller færre listeinnbyggere som det er relevant å utarbeide behandlingsplan for, mens 28 prosent anslo at de har mer enn 30 listeinnbyggere det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for. Ingen av fastlegene oppga at de ikke har noen listeinnbyggere det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for, men 11 prosent oppga at de ikke visste hvor mange dette er relevant for. Fastlegene har varierende listelengder, men tallene indikerer at majoriteten av legene mener at det er relevant å utarbeide behandlingsplan for 1-3 prosent av listeinnbyggerne på sin liste.

Figur 4-4 Fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start sitt anslag på hvor mange av deres listeinnbyggere det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for. Prosentvis svarfordeling.

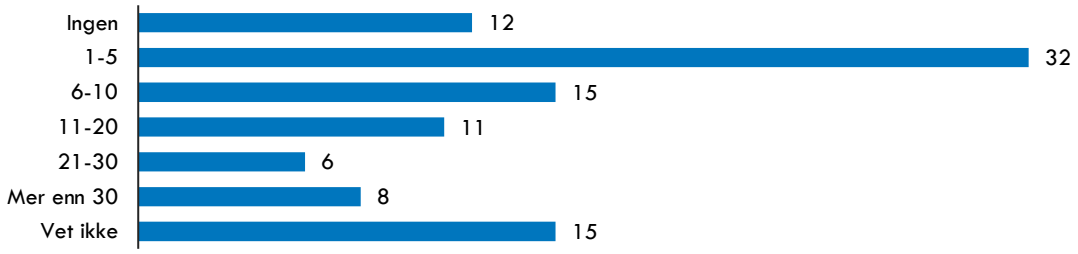


Spørsmål: Hvor mange av dine listeinnbyggere mener du det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. N=64. Spørreundersøkelse gjennomført blant legekontor med PHT i juni 2020.

Fastlegene ble også spurt om hvor mange listeinnbyggere de hadde utarbeidet behandlingsplan for. Nesten halvparten (47 prosent) av fastlegene ved legekontor som har deltatt i PHT-forsøket siden start,

oppga at de har mellom 1 og 10 listeinnbyggere med en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller noen andre i primærhelseteamet (Figur 4-5). 25 prosent av fastlegene oppga at de har mer enn 10 listeinnbyggere med en slik behandlingsplan, mens 15 prosent ikke visste hvor mange.

Figur 4-5 Fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start sitt anslag på hvor mange av deres listeinnbyggere som har en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller noen andre i primærhelseteamet. Prosentvis svarfordeling.



Spørsmål: Hvor mange av dine listeinnbyggere har en behandlingsplan utarbeidet av deg eller andre i primærhelseteamet? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. N=64. Spørreundersøkelse gjennomført blant legekontor med PHT i juni 2020.

I spørreundersøkelsen til fastleger ved PHT-kontor som har deltatt siden oppstart at forsøket, stilte vi også spørsmål om hvilke elementer som gir fastlegene motivasjon til å utarbeide behandlingsplan (spørsmål 28 i vedlegg C.2). De fleste fastlegene oppga at de motiveres av at det øker kvaliteten på behandlingen (77 prosent), det strukturerer teamarbeidet (58 prosent) og at det bidrar til mestring blant pasientene (51 prosent). Mange fastleger (46 prosent) oppga også at å sikre brukermedvirkning er en motivasjonsfaktor for å utarbeide behandlingsplan.

Blant fastlegene ved legekontor som har deltatt siden start, oppga 36 prosent av fastlegene med driftstilskuddsmodellen og 19 prosent av legene med honorarmodellen at de i stor eller svært stor grad opplever at nytten ved å utarbeide en behandlingsplan oppveier tidskostnaden (spørsmål 29 i vedlegg C.2). 32 og 44 prosent av legene med henholdsvis driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen oppga at de i noen grad opplever dette. 14 prosent av legene med driftstilskuddsmodellen og 19 prosent av legene med honorarmodellen oppga at de i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever at nytten ved å utarbeide en behandlingsplan oppveier tidskostnaden. I begge finansieringsmodellene var det en del leger (19 og 18 prosent i henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) som svarte «vet ikke». Dette indikerer at fastlegenes opplevelse av at det er tidkrevende å utarbeide en behandlingsplan kan stå i veien for videre spredning av behandlingsplan. Det gjenstår å se hvordan fastlegenes innstilling til behandlingsplan utvikler seg gjennom forsøksperioden.

I driftstilskuddsmodellen inngår utarbeiding av behandlingsplan med behandlingsmål, og strukturert oppfølging av plan og mål som en del av beregningsgrunnlaget for driftstilskuddet (takst 089a). I perioden våre data dekker, er det pasienter med diabetes og kols som er aktuelle. I hele forsøksperioden til og med første halvår 2020 er taksten brukt 375 ganger. Det betyr at under to prosent av listepersonene har fått en behandlingsplan etter disse kriteriene. Dette er en betydelig mindre andel enn den andelen pasienter som er aktuelle for behandlingsplan, utgjør av listeinnbyggerne. Det er stor variasjon mellom legekontorene. Pågående utarbeiding av mer detaljert beskrivelse av behandlingsplan skal bidra til at taksten blir mer brukt.

4.3.2 Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er også en av arbeidsformene som trekkes fram som relevante for primærhelseteamene utover tradisjonelle konsultasjoner i Helsedirektoratets grunnlagsdokument om PHT-forsøket (Helsedirektoratet, 2017). Det følger av fastlegens medisinske koordineringsrolle at fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til sine listeinnbyggere. Fastlegen skal gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig utfra en medisinsk vurdering for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer. Helsedirektoratet har en veileder for legemiddelgjennomgang (Helsedirektoratet, 2015). Primærhelseteamet kan kartlegge hvilke pasienter på fastlegens liste som har behov for legemiddelgjennomgang, og sikre at gjennomgangen blir utført i tråd med god praksis.

I driftstilskuddsmodellen inngår systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege *og sykepleier* som en del av beregningsgrunnlaget for driftstilskuddet (takst 089b). I hele forsøksperioden til og med første halvår 2020 er taksten brukt 1299 ganger. Det betyr at vel fem prosent av listeinnbyggerne har fått en legemiddelgjennomgang etter disse kriteriene. Det har vært en økning over tid fram til første halvår 2020. Det er stor variasjon mellom legekontorene. Ett legekontor står for nesten halvparten av takstbruken.

Et kriterium for å utløse takst 089b er at fastlege og sykepleier gjennomfører legemiddelgjennomgangen sammen. I spørreundersøkelsen ble fastlegene spurt om det hender at de gjør systematisk legemiddelgjennomgang uten sykepleier, hvilket i så fall vil innebære at takst 089b ikke kan utløses (spørsmål 22 i vedlegg C.2). 59 prosent av fastlegene ved legekontor med driftstilskuddsmodellen, oppga at de som oftest gjør legemiddelgjennomgang uten sykepleier og 41 prosent oppga at de av og til gjør det. Ingen av fastlegene med driftstilskuddsmodellen oppga at de aldri gjør systematisk legemiddelgjennomgang uten sykepleier, og det var heller ingen som oppga at de alltid gjør det sammen med sykepleier.

For legekontor med honorarmodellen finnes det en egen takst for systematisk legemiddelgjennomgang (takst 2ld). Honoraret for denne taksten er 174 kroner (Den norske legeforening, 2019). Taksten for legemiddelgjennomgang kan ikke kombineres med tidstakst (takst 2cd) som kan brukes for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 minutter. Honoraret for denne taksten er 211 kroner (Den norske legeforening, 2019). På grunn av forskjellen i honorar, velger trolig en del fastleger heller å bruke tidstakst enn taksten for legemiddelgjennomgang når de gjør systematisk legemiddelgjennomgang. I spørreundersøkelsen oppga 58 prosent av legene ved legekontor med honorarmodellen som har vært med siden start, at de av og til bruker tidstaksten i stedet for taksten for legemiddelgjennomgang (spørsmål 23 i vedlegg C.2). Ni prosent oppga at de aldri gjør dette, mens 26 prosent oppga at de som oftest gjør dette.

Resultatene fra spørreundersøkelsen har betydning for tolkingen av takstdata om legemiddelgjennomgang, ved at takstdata trolig underestimerer omfanget av legemiddelgjennomgang i begge finansieringsmodellene.

4.3.3 Årskontroll til pasienter med diabetes type 2

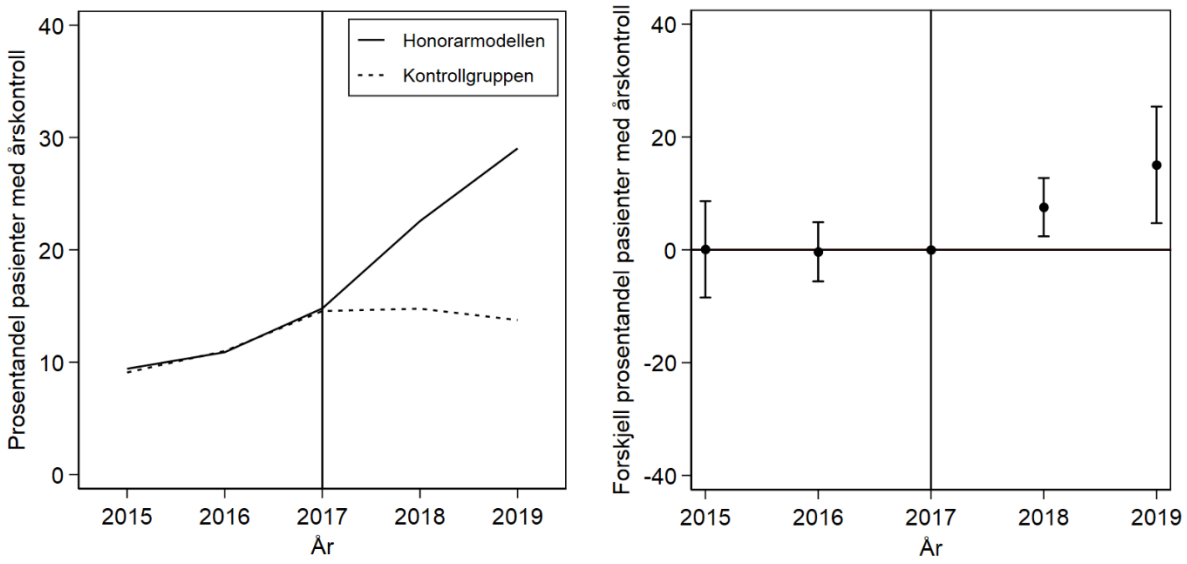
I de nasjonale faglige retningslinjer for diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet (2020) at fastlegen gjennomfører en utvidet årlig kontroll (Årskontrollen). Dette er en utvidet konsultasjon for å:

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

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

Figur 4-6 viser en betydelig økning i andelen pasienter med diabetes type 2 som har mottatt årskontroll etter 2017 i legekontor med honorarmodellen. Hendelsesdiagrammet til høyre i Figur 4-6 viser at økningen i forhold til kontrollgruppen er statistisk signifikant.

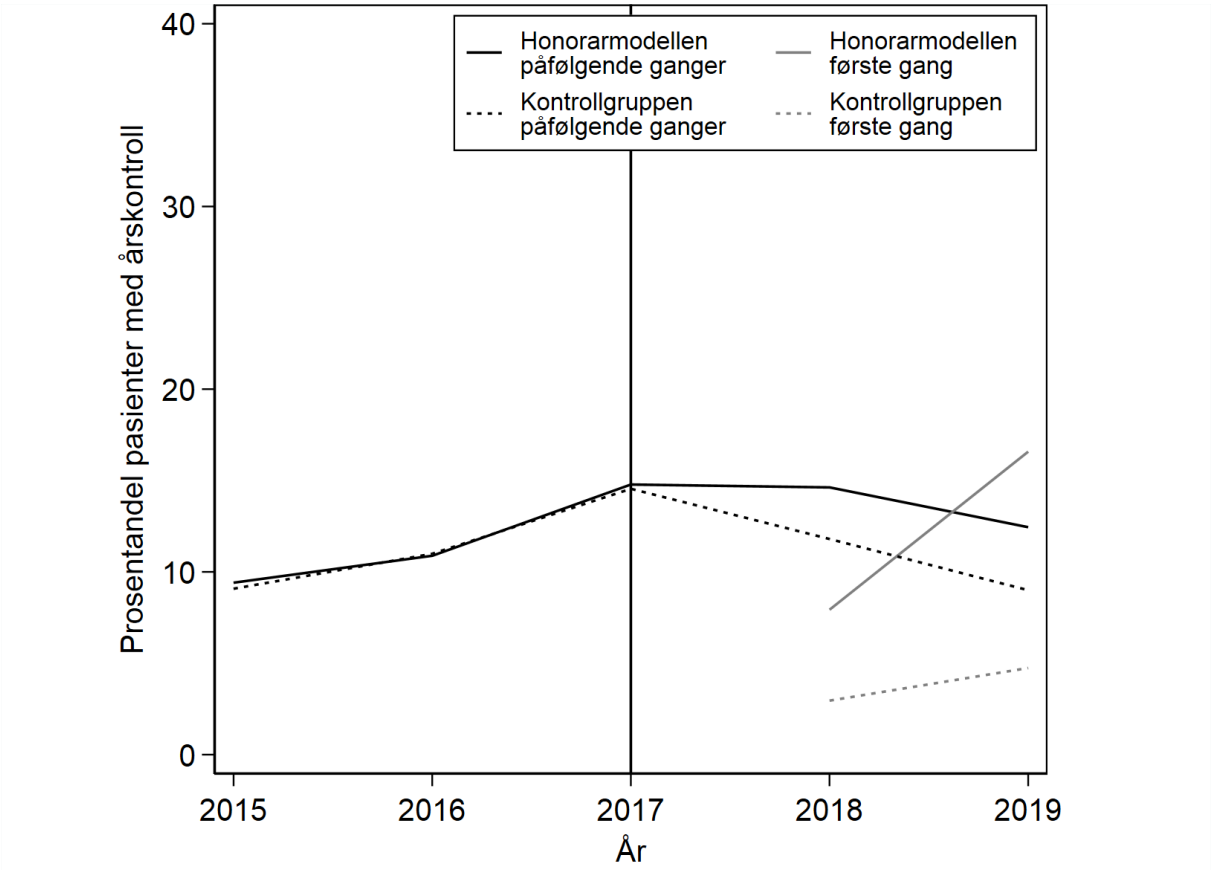
Figur 4-6 Prosentandel av pasientene med diabetes type 2 som har mottatt minst en årskontroll i løpet av et år



Merknad: Antall årskontroller er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 109, 109a (første gangs utfylling NOKLUS diabetesskjema) og 109b (andre og senere gangs utfylling) er brukt i løpet av et år. Antallet pasienter med diabetes type 2 er de som har fått tildelt en diabetes type 2 diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 før 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT. Søylene i figuren til høyre viser forskjell mellom PHT og kontroll med 95% konfidensintervall.

Fra 2018 ble det innført en egen takst for førstegangs årskontroll (109a). Kronebeløpet denne taksten utløser, er større enn kronebeløpet som taksten for påfølgende årskontroller (109b) utløser. Figur 4-7 viser fordelingen av disse takstene fra 2018. Vi ser at økningen i første gangs årskontroll har vært betydelig større i legekontor med honorarmodellen enn i kontrollgruppen som ikke deltar i forsøket med PHT.

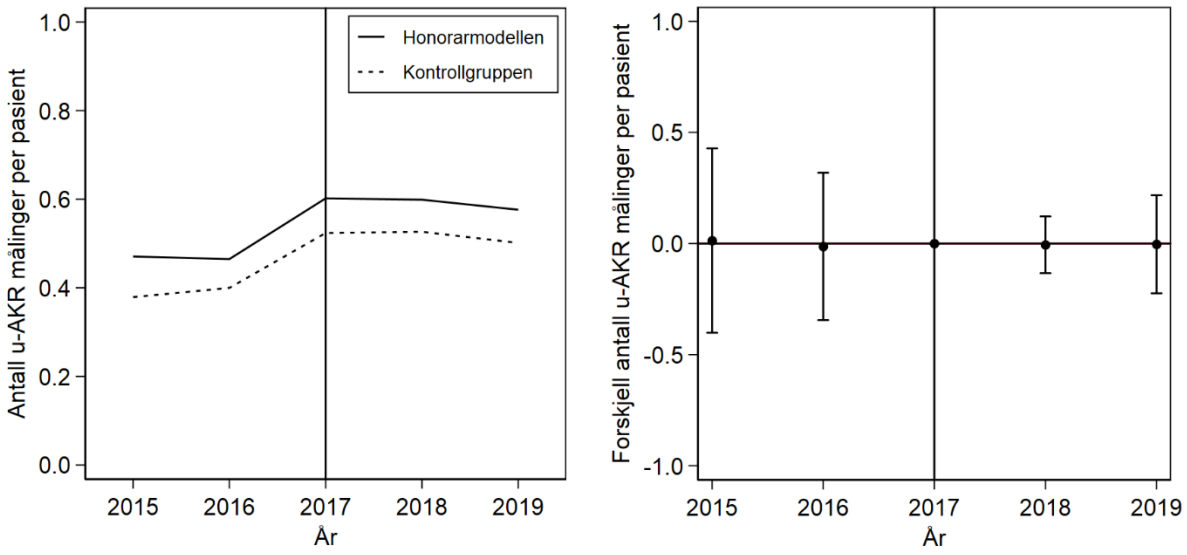
Figur 4-7 Andelen av pasientene med diabetes type 2 som har mottatt årskontroll fordelt på første gang og påfølgende ganger



Merknad: Første gang er identifisert ved takst 109a. Følgende ganger er identifisert med takst 109b.

Økt albuminutskillelse i urinen (albuminuri) er et tidlig tegn på nyreskade og en risikomarkør for hjerte- og kar sykdom. Helsedirektoratet anbefaler at pasienter med diabetes bør undersøkes med måling av u-AKR årlig, og eventuelt oftere ved mistanke om progressiv sykdom. Figur 4-8 viser at det ikke har vært noen forskjell mellom legekontorer med honorarmodellen og tilordnet kontrollgruppe på andel pasienter med diabetes type 2 som får målt u-AKR (takst 712) minst årlig etter at forsøket startet.

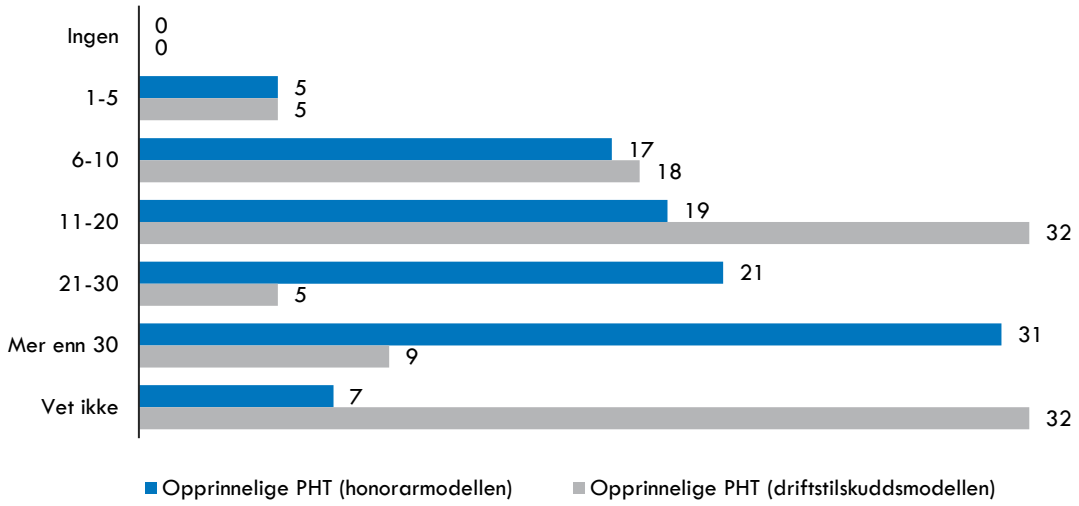
Figur 4-8 Gjennomsnittlig antall u-AKR målinger per pasient med diabetes type 2 per år



Merknad: Antall målinger er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 712 er brukt i løpet av et år. Antallet pasienter med diabetes type 2 er de som har fått tildelt en diabetes type 2 diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 før 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT.

Vi supplerer opplysningene fra registerdata med opplysninger fra spørreundersøkelsene. Dette er spesielt viktig siden det ikke er opplysninger om årskontroll for legekontorene med driftstilskuddsmodellen etter at forsøket startet. Det kommer fram at fastlegene som prøver ut honorarmodellen, i snitt sender inn Noklus-diabetesskjema for betydelig flere diabetespasienter enn fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Blant legekontorene som har vært med i PHT siden utprøvingen startet opp, oppga 31 prosent av fastlegene med honorarmodellen at de årlig sender inn Noklus-diabetesskjema for mer enn 30 pasienter med diabetes type 2 (Figur 4-9). Det tilsvarende tallet for leger med driftstilskuddsmodellen var 9 prosent, men det er viktig å huske at fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen i snitt har kortere pasientlister enn fastleger som prøver ut honorarmodellen. Derfor er tallene ikke direkte sammenlignbare Andelen som svarte «vet ikke» var 7 prosent blant legene med honorarmodellen og hele 32 prosent blant legene med driftstilskuddsmodellen. Det er uvisst hva den høye andelen blant fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen skyldes. For fastlegene med honorarmodellen er det godt samsvar mellom opplysningene fra registerdata og opplysningene fra spørreundersøkelsen.

Figur 4-9: For hvor mange pasienter med diabetes type 2 fastlegene sender inn Noklus-diabetes-skjema. Prosentvis svarfordeling.



Spørsmål: For hvor mange av dine pasienter med diabetes type 2 sender du (eventuelt i samarbeid med sykepleier) årlig inn Noklus-diabetesskjema til Norsk diabetesregister for voksne? N=42 for opprinnelige PHT med honorarmodellen og N=22 for opprinnelige PHT med honorarmodellen. Spørreundersøkelse gjennomført blant legekontor med PHT i juni 2020.

4.4 Helsetjenester på legekontoret

4.4.1 Spirometri til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

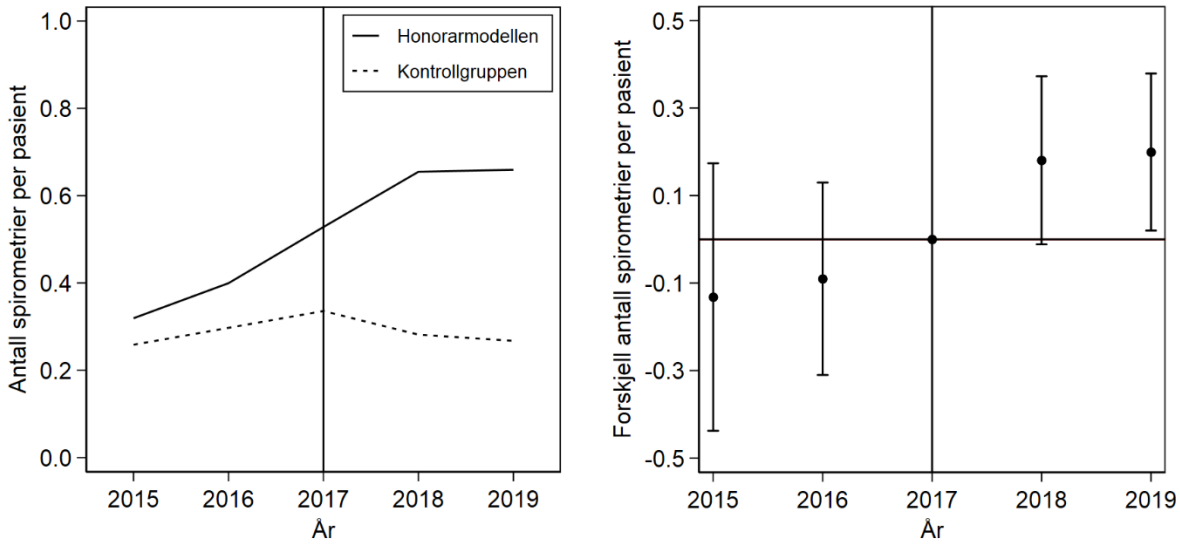
Spirometri er en lungefunksjonsprøve. Målingene gir informasjon om lungenes og luftveienes funksjon. Pasienten puster inn i et spirometer via et munnstykke. Det måles to egenskaper ved lungene: Mengde luft som pustes ut og strømningshastigheten til denne luften.

I nasjonal veileder beskriver Helsedirektoratet (2009, p. 17) disse oppfølgingsrutinene hos allmennlege for pasienter med kols:

- Minst en gang i året ved stabil mild til moderat kols
- Minst to ganger årlig ved stabil alvorlig kols
- Innen fire uker etter utskriving fra sykehus

Det er ikke eksplisitt uttrykt at spirometri skal inngå i disse undersøkelsene hos fastlegen. Vi har likevel i Figur 4-10 beskrevet utviklingen i andelen av pasienter med diagnostisert kols som får minst en spirometri i løpet av et år. Figuren til venstre sammenligner utviklingen i legekontorene som praktiserer honorarmodellen med tilordnet kontrollgruppe av legekontorer som ikke deltar i PHT. Figuren til høyre er et hendelsesdiagram som viser forskjellene mellom de to gruppene med 95 prosent konfidensintervall i forhold til året før PHT ble introdusert. Det er en statistisk signifikant økning i antallet spirometrier i legekontor med honorarmodellen i forhold til de andre legekontorene i 2019.

Figur 4-10 Gjennomsnittlig antall spirometrier per pasient med kols per år

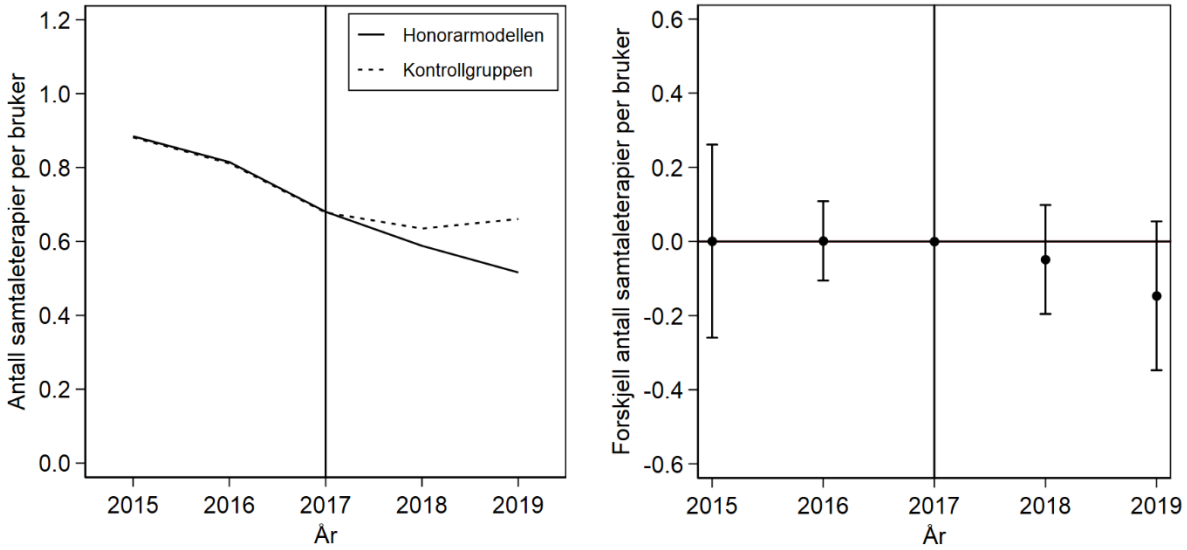


Merknad: Antall spirometrier er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 507c er brukt i løpet av et år. Antallet pasienter med kols er de som har fått tildelt en kols-diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 før 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT.

4.4.2 Tjenester til brukere med psykiske helseutfordringer og rusmiddelmisbruk

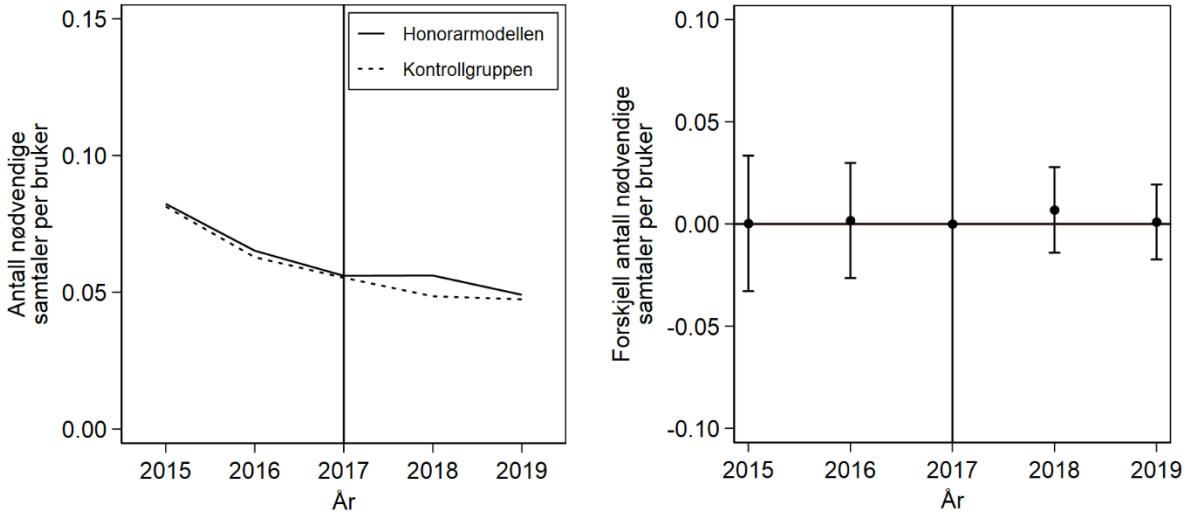
Brukere med psykiske helseutfordringer og rusmiddelmisbruk er en av målgruppene i prosjektet. Det er en egen takst (takst 615) for samtaleterapi med allmennlege av minst 15 minutters varighet med pasienter med psykiske lidelser. Figur 4-11 viser andelen av pasienter med de aktuelle diagnosene som har mottatt minst en slik samtaleterapi fordelt på år. Vi finner ingen tegn til at denne andelen har økt mer for pasienter med fastlege i honorarmodellen enn for pasienter i kontrollgruppen. Vi finner heller ingen tegn til at nødvendig samtale med pårørende for denne målgruppen øker mer blant legekontorene med honorarmodellen enn blant øvrige legekontor (Figur 4-12).

Figur 4-11 Gjennomsnittlig antall samtaleterapier per bruker med diagnoser innenfor psykiatri og rus per år



Merknad: Antallet samtaleterapier er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 615 er brukt i løpet av et år. Antallet brukere med psykiatri- og rusdiagnoser har fått tildelt en eller flere av disse diagnosen før 2015: ICPC-2 kodene P15, P18 og P19 og ICD-10 kodene F10-F20.Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT. Søylene i figuren til høyre inkluderer 95% konfidensintervaller.

Figur 4-12 Gjennomsnittlig antall nødvendige samtaler med pårørende/foresatt til brukere med diagnoser innenfor psykiatri og rus per år.



Merknad: Antallet samtaler er identifisert ved hjelp av takst 612a i KUHR.

4.4.3 Endring i omfang og sammensetning av tjenester etter koronapandemien

Fra mars 2020 ble det en betydelig reduksjon i helsetjenester som ytes ved frammøte på legekontor. Vi har undersøkt graden av substitusjon mellom konsultasjon med frammøte og elektronisk konsultasjon etter at pandemien ble erklært, ved å beskrive summen av konsultasjoner. For honorarmodellen viser venstre del av Figur 4-13 summen av konsultasjoner per listeinnbygger og halvår. Høyre del av Figur

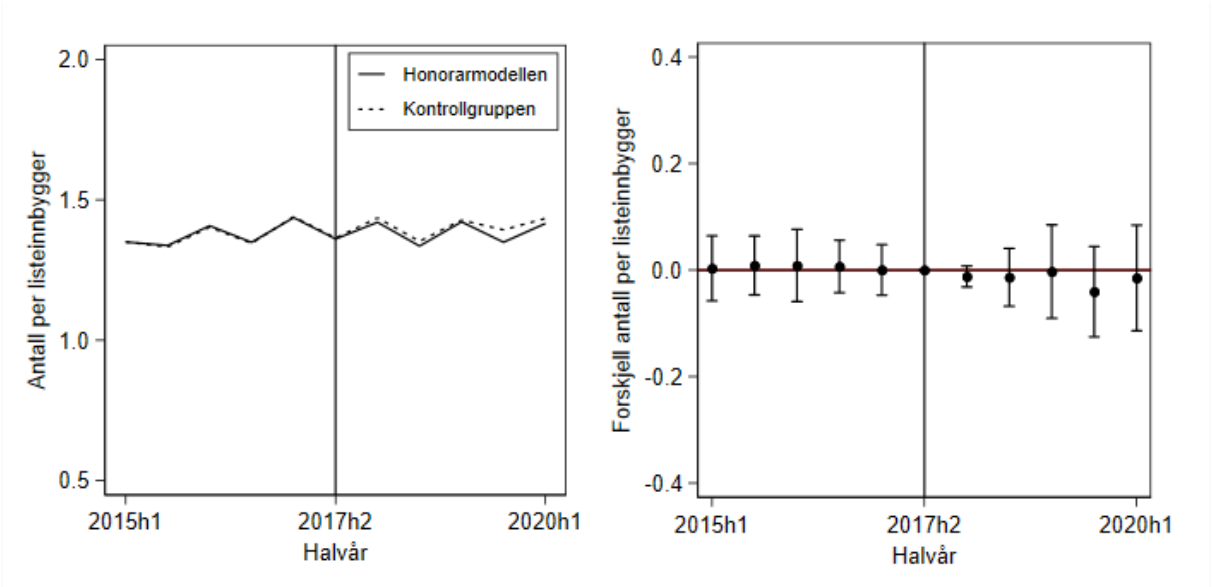
4-13 Legekonsultasjoner per listeinnbygger og halvår i legekontor med honorarmodellen og i kontrollkontorene. Søylene uttrykker 95 prosent konfidensintervall. Det er ingen statistisk signifikant forskjell i første halvår 2020 i forhold til halvåret før forsøket med PHT startet. Figur 4-14 er tilsvarende Figur 4-13, men nå for legekontor med driftstilskuddsmodellen. Vi ser fra høyre del av Figur 4-14 Samlet antall legekonsultasjoner per listeperson og halvår i legekontor med driftstilskuddsmodellen og i legekontor som ikke deltar i forsøketi kontrollgruppen første halvår 2020.

Vi har også gjort tilsvarende beskrivelser av utviklingen i sykepleierkonsultasjoner. Vi finner en reduksjon i det samlede antallet konsultasjoner (frammøte og elektronisk) i driftstilskuddsmodellen, mens antallet i honorarmodellen er tilnærmet uendret. Reduksjonen i legekonsultasjonene i driftstilskuddsmodellen blir dermed ikke kompensert av økning i sykepleiekonsultasjoner.

Fire av de fem legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunale legekontor. Et inntrykk fra kontakt med praksisledere i disse legekontorene, er at kapasiteten i PHT ved flere av kontorene har vært redusert i perioden med koronapandemi på grunn av kommunalt smittevernarbeid. I tillegg beskrives en økning i aktivitet som ikke har generert takster samt kanskje en annen takstprofil enn hva de private legekontorene har. Det er samtidig variasjon mellom de kommunale legekontorene i endring i antall legekonsultasjoner første halvår 2020. Det ene private legekontoret som prøver ut driftstilskuddsmodellen, har en annen utvikling i konsultasjoner under pandemien enn hva de kommunale legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, har.

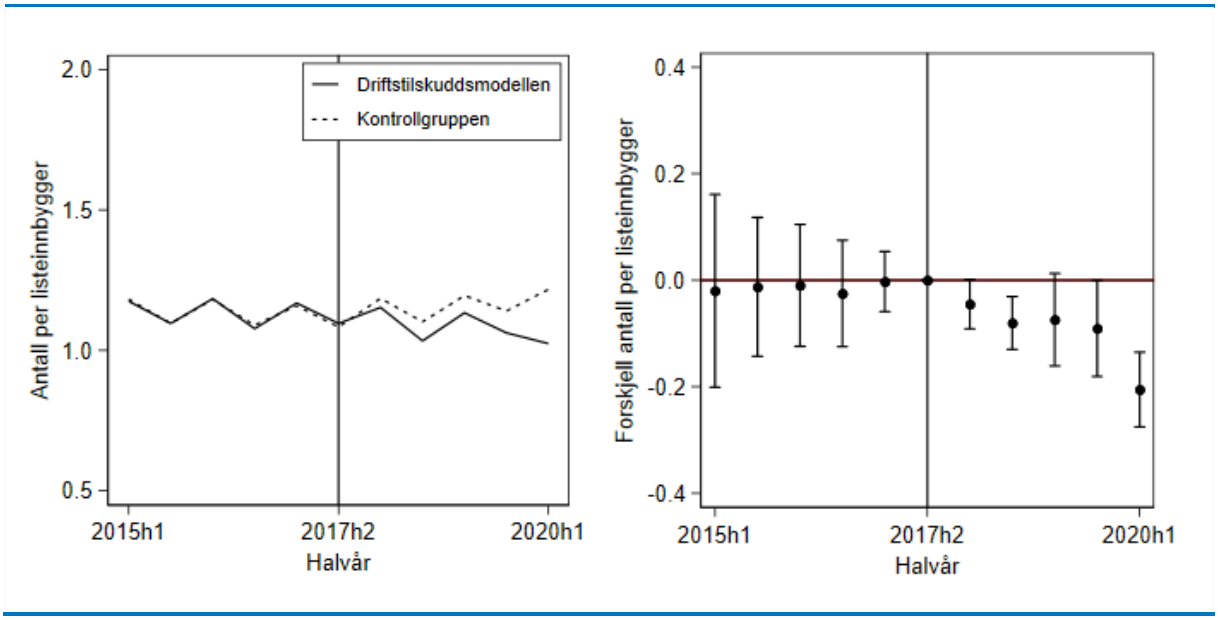
Under koronapandemien ble det innført enkelte nye takster. Det var takst 2af, som kan brukes ved tverrfaglig konsultasjon via video- og/eller telefon mellom fastlege og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og takst 6a som kan brukes når fastlegen gjennomfører en systematisk risikokartlegging av egne listeinnbyggere. Begge disse takstene er brukt lite. Takst 2af er brukt 12 ganger blant legekontor med honorarmodellen og null ganger blant legekontor med driftstilskuddsmodellen. Takst 6a er brukt 15 ganger blant legekontor med honorarmodellen og 4 ganger blant legekontor med driftstilskuddsmodellen. Dette er tilsvarende bruk som for gjennomsnittet av Norges øvrige legekontor.

Figur 4-13 Legekonsultasjoner per listeinnbygger og halvår i legekontor med honorarmodellen og i kontrollkontor



Merknad: Figuren framstiller summen av legekonsultasjoner med frammøte identifisert med takst 2ad og elektroniske legekonsultasjoner identifisert med takst 2ae.

Figur 4-14 Samlet antall legekonsultasjoner per listeperson og halvår i legekontor med driftstilskuddsmodellen og i legekontor som ikke deltar i forsøket



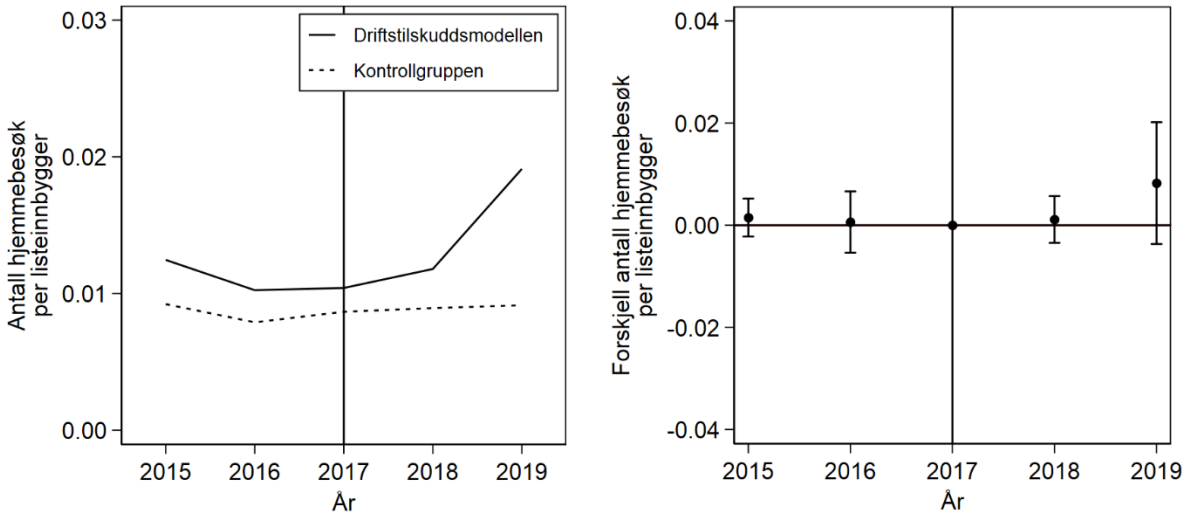
Merknad: Figuren framstiller summen av legekonsultasjoner med frammøte og elektroniske legekonsultasjoner. I driftstilskuddsmodellen er legekonsultasjoner identifisert med takst 2ad/074a og takst 2ae/074ae. Legekonsultasjoner i kontrollgruppen identifiseres med takstene 2ad og 2ae.

4.5 Hjemmebesøk og samordning med andre tjenester

4.5.1 Hjemmebesøk

Vi har sammenlignet utviklingen i hjemmebesøk fra legekontor med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen i forhold til legekontor i kontrollgruppen. Venstre del av Figur 4-15 viser at antallet hjemmebesøk per listeinnbygger har økt mer i legekontor med driftstilskuddsmodellen enn i kontrollgruppen og at størstedelen av økningen har funnet sted etter at det ble innført takst for hjemmebesøk fra sykepleier i 2019. Høyre del av Figur 4-15 viser at økningen i forhold til kontrollgruppen ikke er statistisk signifikant.

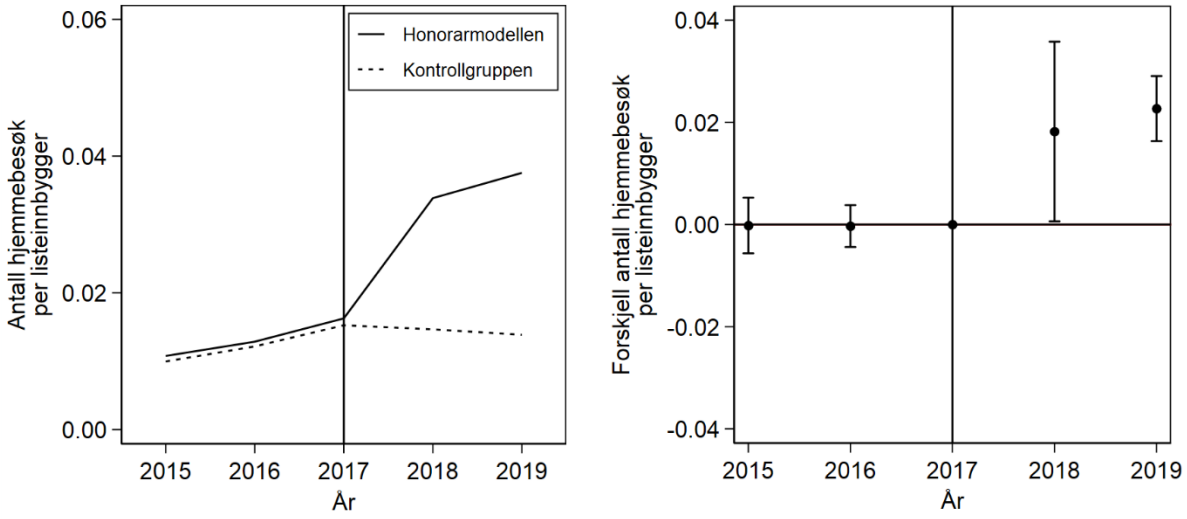
Figur 4-15 Antall hjemmebesøk per listeinnbygger fra legekontor med driftstilskuddsmodellen



Merknad: Hjemmebesøk identifiseres i driftstilskuddsmodellen med taksten 11ad før de ble med i forsøket og med 086a og 088d etter at de ble med i forsøket. Takst 088d er sykepleiertakst. Hjemmebesøk identifiseres i kontrollgruppen med taksten 11ad.

Figur 4-16 viser tilsvarende tall for legekontor med honorarmodellen. Den vesentlige økningen skjer i hjemmebesøk fra sykepleier. Takst for hjemmebesøk av sykepleier ble innført for honorarmodellen da forsøket startet. Sammenlignet med driftstilskuddsmodellen ser vi at økningen i hjemmebesøk startet tidligere i honorarmodellen. Vi vet ikke om den skyldes den økonomiske oppmuntringen som ligger i taksten eller at sykebesøk i driftstilskuddsmodellen ikke ble registrert før taksten ble innført. Økningen i hjemmebesøk for legekontor med honorarmodellen i forhold til kontrollgruppen er statistisk signifikant.

Figur 4-16 Antall hjemmebesøk per listeinnbygger fra legekontor med honorarmodellen

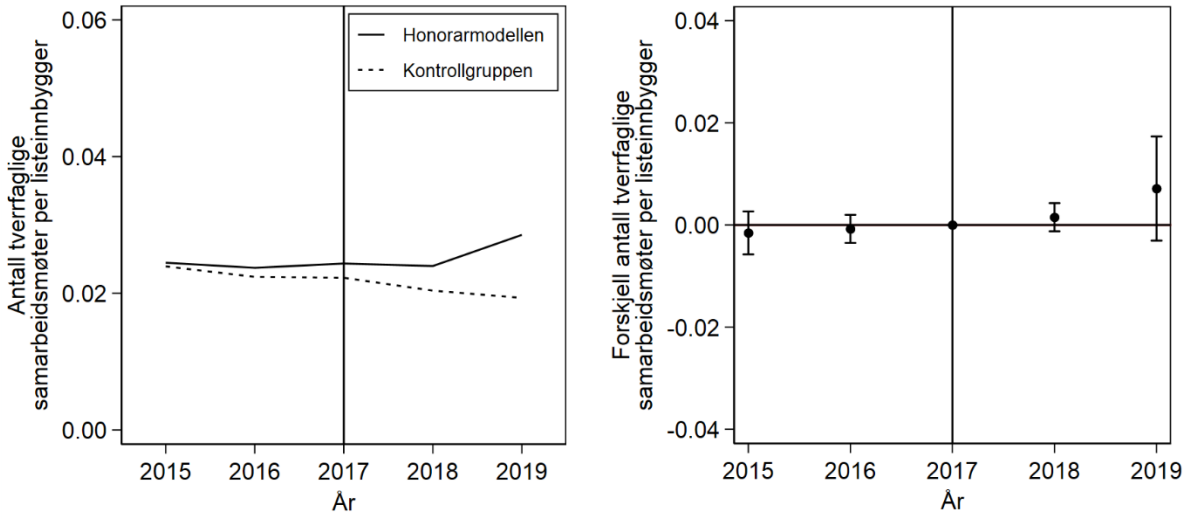


Merknad: Hjemmebesøk identifiseres i honorarmodellen med takstene 11ad, S3a, S3b der de to siste er sykepleiertakster. Hjemmebesøk identifiseres i kontrollgruppen med taksten 11ad.

4.5.2 Tverrfaglige samarbeidsmøter

I normaltariffen er det en egen takst (takst 14) for møtegodtgjørelse når legen deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter. Denne taksten gjelder ikke for driftstilskuddsmodellen. I honorarmodellen er det også en tilsvarende takst for sykepleier (Takst S5). Taksten er brukt for mindre enn tre prosent av antallet listeinnbyggere per år. Venstre del av Figur 4-17 gir inntrykk av at det har skjedd en økning i legekontor med honorarmodellen i forhold til kontrollgruppen etter at forsøket startet. Høyre del av Figur 4-17 viser at økningen ikke er statistisk signifikant.

Figur 4-17 Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per listeinnbygger fra legekontor med honorarmodellen



Merknad: Tverrfaglige samarbeidsmøter identifiseres i honorarmodellen med takstene 14 og S5 der den siste er sykepleiertakst og betydelig bidragsyter. Tverrfaglige samarbeidsmøter identifiseres i kontrollgruppen med takst 14.

I statusrapport II fant vi at de fleste fastleger og sykepleiere mente at sykepleier både utførte oppgaver i stedet for at legen gjør dem selv og oppgaver som kom i tillegg til legens oppgaver. Oppgavene som fastlegene i størst grad hadde delegert til sykepleiere, var direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk), direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede, samt kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten. Det samme spørsmålet om hvilke oppgaver fastlegene har delegert ble stilt i årets spørreundersøkelse. Oppgavene som flest fastleger i stor eller svært stor grad hadde delegert til sykepleier, var de samme som i 2019, og blant fastlegene ved legekontor som har deltatt i forsøket siden start, oppga 34 prosent at de i stor eller svært stor grad har delegert direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede, 31 prosent oppga at de i stor eller svært stor grad har delegert direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) og 31 prosent oppga at de i stor eller svært stor grad har delegert kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (Tabell 4-2). Dette er omtrent på samme nivå som i 2019, da andelen som svarte det samme var 29, 31 og 25 prosent. Fastlegene hadde i liten grad delegert bort tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV).

Tabell 4-2 I hvilken grad fastlegene ved legekontor som har deltatt siden start har delegert ulike oppgaver til sykepleier. Prosentvis svarfordeling.

	Ikke i det hele tatt eller i liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke
Direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede (konsultasjon)	11	55	34	0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	25	42	31	2
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	33	42	22	3
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	22	45	31	2
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	66	23	9	2
Andre administrative oppgaver	44	40	15	2

Spørsmål: I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. N=64

4.6 Oppsummering og konklusjon

Kapitlet belyser utviklingen av arbeidsmåter som skal bidra til en bedre tjeneste. Vi beskriver først begrepet proaktivitet og fastlegenes oppfatninger av proaktivitet på legekontoret. Om lag halvparten av fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket siden start, opplever at fastlegene ved deres legekontor arbeider mer proaktivt enn før. Sekundærforebygging trekkes fram som den mest aktuelle formen for proaktivitet. Skrøpelige eldre og svake etterspørrere er de pasientgruppene det oppfattes som mest aktuelt å arbeide proaktivt med.

Kapitlet beskriver også utvikling av tilrettelegging for brukermedvirkning. Om lag halvparten av fastlegene og en noe større andel sykepleiere oppgir at legekontoret legger til rette for brukermedvirkning.

Femtifem prosent av fastlegene oppgir at de i stor eller svært stor grad mener at noen pasienter vil ha nytte av å ha en behandlingsplan. Samtidig er det færre pasienter som så langt har fått utarbeidet behandlingsplan enn det antall pasienter fastlegene mener dette er aktuelt for. Dette har sammenheng med uklarhet til krav om innholdet i behandlingsplanene. Etter uttesting er det nå en anbefaling av maler for pasienter med kols, diabetes, med psykiske problemer og rus samt en generisk plan som kan brukes for andre pasientgrupper.

Legemiddelgjennomgang er også en av arbeidsformene som trekkes fram som relevante for primærhelseteamene. I driftstilskuddsmodellen inngår systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege og sykepleier som en del av beregningsgrunnlaget for driftstilskuddet (takst 089b). Vel fem prosent av listeinnbyggerne har fått en legemiddelgjennomgang etter disse kriteriene. Det er stor variasjon mellom legekontorene. Ett legekontor står for nesten halvparten av takstbruken. Siden over halvparten av fastlegene i driftstilskuddsmodellen oppgir at de som oftest gjør legemiddelgjennomgang uten sykepleier, undervurderer trolig takstbruken det faktiske omfanget av legemiddelgjennomgang i driftstilskuddsmodellen.

Årskontroll til pasienter med diabetes type 2 peker seg ut som den helsetjenesten med størst økning etter at forsøket startet. Fastlegene i honorarmodellen gjennomfører nå årskontroll med innsending av Noklus-skjema for over 30 prosent av sine pasienter med diabetes type 2. Det er godt samsvar mellom tallene fra registerdata og hva fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen. Det er større økning i andelen av pasienter med diabetes type 2 som får årskontroll i honorarmodellen enn det er i kontrollkontorene etter at forsøket med PHT startet. Det er ikke takst for årskontroll i driftstilskuddsmodellen. Derfor kjenner vi heller ikke omfanget av årskontroll blant legekontorene med driftstilskuddsmodellen. Behandlingsplan i driftstilskuddsmodellen, som også omfatter årskontroll, er fortsatt i oppstartfasen.

PHT skal tilrettelegge for hjemmebesøk fra sykepleier og/eller fastlege. Fra legekontor med honorarmodellen har det vært nesten en fordobling av antallet hjemmebesøk etter forsøk med PHT startet. Den vesentlige økningen skjer i hjemmebesøk fra sykepleier. Takst for hjemmebesøk av sykepleier ble innført for honorarmodellen da forsøket startet. Økningen av hjemmebesøk fra PHT i driftstilskuddsmodellen er mindre enn i honorarmodellen. Økningen i hjemmebesøk for legekontor med honorarmodellen i forhold til kontrollgruppen er statistisk signifikant.

Koronapandemien har gitt utfordringer for PHT-legekontorene. Fra registerdata finner vi en betydelig reduksjon i antallet legekonsultasjoner med frammøte i første halvår 2020. Denne reduksjonen oppveies i noen grad av elektroniske konsultasjoner. Vi finner ingen forskjell i reduksjon i det samlede antall konsultasjoner første halvår 2020 mellom legekontor med honorarmodellen og andre legekontor. For legekontor med driftstilskuddsmodellen har det vært en reduksjon i det samlede antallet konsultasjoner sammenlignet med kontrollgruppen.

Vi har rapportert om sentrale endringer i arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret siden forsøket med PHT startet. Data fra intervjuer, spørreskjemaundersøkelse og registre viser at PHT bidrar til endringer i hvordan pasientarbeidet på fastlegekontoret foregår. Det er en klar tendens til at dette arbeidet starter med de pasientgruppene som har størst volum, som pasienter med diabetes type 2 og kols.

5. Erfaringer med PHT fra et pasientperspektiv

Dette kapitlet belyser pasienter og pårørendes erfaringer med PHT. Analysen gir eksempler på virkninger av PHT sett fra pasienters perspektiv og viser hvordan kontinuitet og tilgjengelighet kan øke med PHT. Den viser også hvordan pasienter opplever proaktiv virksomhet fra legekontoret og hvordan PHT gir hjelp til mestring. Framstillingen bygger i all hovedsak på kvalitative intervjudata med informanter som får eller har fått oppfølging fra PHT.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i de kvalitative intervjuene som er gjort med ti pasienter og fire pårørende. Detaljer rundt datainnsamlingen er beskrevet i kapittel 2.4.1. Formålet med intervjuene er å få fram ulike erfaringer med PHT. Analysen belyser fire hovedtema: kontinuitet sett fra pasientens perspektiv, tilgjengelighet med PHT, hvordan det oppleves å bli utsatt for proaktivitet og hjelp til mestring. Temaet om proaktivitet er supplert med data fra listeinnbyggerundersøkelsen (beskrevet i kapittel 2.2).

Det er viktig å være klar over at vi har intervjuet et lite og selektert utvalg pasienter. De kan alle plasseres innenfor tre av målgruppene for PHT-forsøket som pasienter med kronisk sykdom, psykisk sykdom og rusmisbruk samt skrøpelige eldre. Hensikten med intervjuene er å få fram eksempler på pasienterfaringer og variasjon i disse. Som det framgår av kapittel 3.2, er det et fåtall pasienter ved legekontorene i forsøket som har fått tjenester fra PHT – 11 prosent ved legekontor som prøver ut honorarmodellen og 9 prosent ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Tabell 3-5 viser at rundt halvparten av de som har fått tjenester fra PHT, har hatt kontakt med PHT-sykepleier bare én gang. De vi har intervjuet er valgt ut fordi de har hatt kontakt med PHT over tid. De har i tillegg hatt en relasjon til sin fastlege som har vært stabil over tid før forsøket med PHT startet. Videre vil vi legge til at de vi har snakket med er godt fornøyd med den oppfølgingen de har fått fra PHT.

5.1 Kontinuitet sett fra pasientens perspektiv

Kontinuitet er en viktig kvalitetsindikator i allmennmedisinsk sammenheng (Hjortdahl & Laerum, 1992; Hjortdahl & Borchgrevink, 1991; Freeman & Hughes, 2010). Et overordnet mål med innføringen av fastlegeordningen var å fremme kontinuitet (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)). Hetlevik og Gjesdal (2012) viste at 78 prosent av alle konsultasjoner ved norske legekontor i 2009 var med pasientens egen fastlege. Andelen var høyere for eldre pasienter (86 prosent for pasienter som var 60 år eller eldre) og pasienter med et høyt antall konsultasjoner som indikerer kroniske tilstander (83 prosent for de som hadde 11 eller flere konsultasjoner i 2009), og lavere for bosatte i mindre folkerike kommuner (68 prosent for de som bodde i kommuner med under 10 000 innbyggere). Tallene indikerer at kontinuitet i lege-pasient forholdet er høy i Norge sammenliknet med andre land (ibid). Internasjonale studier tyder på at endringer fra oppfølging av lege til oppfølging fra et team som inkluderer legen, kan ha negativ innvirkning på kontinuitet (Rodriguez, et al., 2007; Guthrie & Wyke, 2006). Av den grunn, og fordi kontinuitet står såpass sentralt i forbindelse med fastlegeordningen, tenker vi at det er interessant å utforske sammenhengen mellom PHT og kontinuitet.

5.1.1 Tre typer kontinuitet

Vi kan definere kontinuitet som i hvilken grad en rekke adskilte helsehendelser oppleves sammenhengende og håndtert i samsvar med pasientens medisinske behov og personlige situasjon. Kontinuitet kan vurderes fra ulike ståsted. Her er vi opptatt av kontinuitet sett fra pasientens perspektiv. Kontinuitet kan videre deles inn i tre typer: behandlingskontinuitet, informasjonskontinuitet og relasjonell kontinuitet (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. Informasjonen kan være sykdoms- eller personfokusert. Den skriftlig dokumenterte informasjonen som lagres og kan gjenfinnes i pasientens journal, er ofte konsentrert om den medisinske tilstanden. Kunnskap om pasientens preferanser, verdier og personlige situasjon er viktig for å

knytte sammen hendelser og sikre at tjenester tilpasses behov. Denne kunnskapen er i noen grad taus og lagres vanligvis i minnet til helsepersonellet som er i kontakt med pasienten.

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 allmennmedisinsk sammenheng står lege/pasient-relasjonen sentralt, og internasjonal forskningslitteratur tyder på at det gjerne er denne relasjonen som utfordres av teambaserte tjenester (Guthrie & Wyke, 2006).

Vi bruker dette teoretiske rammeverket for å strukturere analysen av erfaringene til pasienter som har fått tjenester over tid fra PHT. Pasientene brukte ikke selv begrepene behandlingskontinuitet, informasjonskontinuitet eller personlig kontinuitet. Det gjorde heller ikke intervjuerne.

5.1.2 Behandlingskontinuitet

Alle de ti pasientene vi har intervjuet, fortalte at det hadde skjedd relativt store endringer i måten de er fulgt opp for sine plager fra den vanlige fastlegeoppfølgingen til oppfølging fra PHT. Endringene handler om større grad av kontinuitet og plan i behandlingen, samt mer helhet og koordinering fra fastlegekontorets side. Sykepleierne har i liten grad overtatt de oppgavene fastlegene har hatt, men kommer som et tillegg og bidratt med noe nytt – herunder mer tid - som pasientene har satt stor pris på. Pasienter med kroniske sykdommer som diabetes og kols, fortalte om etablering av planlagt og systematisk oppfølging og vekslende konsultasjon med henholdsvis lege og sykepleier. Pasienter med behov for livsstilsendringer fortalte om etablering av tilrettelagte systematiske forløp med hyppig kontakt i en periode, i hovedsak med sykepleier. Eldre, multisyke pasienter fortalte om en ny tett og hyppig kontakt med sykepleier som ofte kommer hjem til dem og gjennomfører prosedyrer og undersøkelser som de tidligere måtte komme til legekontoret å få gjort.

Mer tid har ulik betydning

Den ekstra tiden PHT har stilt til rådighet ga pasienter i) bedre muligheter til å legge fram sitt ærend, ii) bedre mulighet til å være med å bestemme behandling og ikke minst iii) tid til gjennomføring av behandling. Pasientene snakket i hovedsak om nytten av at sykepleierne ga dem mer tid enn det de får med legen, men også i enkelte tilfeller om hvor tilfredsstillende det var når legen og sykepleieren samtidig satte av tid til dem.

Pasientene var innforstått med at legen har en svært begrenset tidsressurs å gi dem og at de må være skjerpet og konsentrert om medisinske problemstillinger når de konsulterer legen. En eldre pasient fortalte hvordan det at sykepleieren nå var der og alltid hadde god tid, gjorde henne rolig. Tidligere kunne hun vært urolig og stresset før legetimer fordi hun var redd for å glemme det hun skulle si. En annen pasient beskrev at hastigheten i legekonsultasjoner gjerne endte med at han måtte komme tilbake for ny konsultasjon fordi legen ikke hadde tid til å høre ut det han hadde å si. Legekonsultasjonene var til dels fortsatt sånn, men situasjonen opplevdes mer tilfredsstillende fordi han nå kunne gå til en etterfølgende konsultasjon med en sykepleier som hadde mer tid:

> *"det er ikke noe hast ut og inn liksom"*

Pasientene har vært med på å definere hva de trenger hjelp til og hvordan den videre oppfølgingen skal være. Flere pekte på at det å være med å legge premissene for oppfølgingen, har vært en læringsprosess. En pasient fortalte hvordan han sammen med sin lege og sykepleiere hadde deltatt i en nyttig dialog som ga innsikt i eget sykdomsbilde. Den gjorde han oppmerksom og trygg på hva han selv kunne gjøre for å bedre egen helse. Han fikk informasjon om hvorfor prøver ble tatt og betydningen av resultatene. Dette gjorde han mer kompetent til å være med å bestemme tiltakene som etter hvert ble satt i verk. Med PHT-oppfølging hadde han lagt om livsstilen radikalt og gått ned 30 kilo. Han fortalte at dette ikke ville vært mulig uten denne læringsprosessen. Fastlegen ga han for flere år siden et kostholdshefte som skulle hjelpe han ned i vekt. Dette tiltaket var lite virksomt og ga ingen endring fordi han på egenhånd ikke var i stand til å omsette kostholdsheftet til livsstilsendring. En annen pasient fortalte også om betydningen av å ha tid til å kunne gå i dybden på én ting og lære om kosthold og livsstilsendring av sykepleieren.

Flere opplevde at samtalene med sykepleieren var god behandling. En pasient med kompleks problematikk som omfattet både henne selv og et sykt familiemedlem, fortalte om hvordan sykepleieren ga

råd som bidro til at hun klarte å sortere og prioritere nødvendige gjøremål. Gjøremålene handlet blant annet om hvordan hun skulle håndtere og få gjennomslag i hjelpeapparatet for familiemedlemmets hjelpebehov. Om kontakten med fastlegen sa hun:

> *"Du har jo ikke lange tiden der inne [...] jeg er ikke i tvil om at min fastlege sikkert kunne kommet med gode råd [...] men hun som lege, kan jo ikke sitte og snakke med meg i en time [...] for meg handler det om tid."*

En psykisk syk pasient fortalte hvor viktig det var at sykepleieren hadde betrygget henne om at de ikke hadde dårlig tid til å finne fram til et egnet behandlingsopplegg som var riktig for henne. Hun måtte ikke forte seg å bli frisk. Hennes mor utdypet dette med bakteppe i datterens tidligere behandlingserfaring i en mer strømlinjeformet og avgrenset spesialisthelsetjeneste:

> *"Det virker som at de på en måte har tid til hver pasient. Du får ikke beskjed om at nå har du ti timer og hvis ikke du har blitt bra på ti timer, så kan vi ikke hjelpe deg."*

Mer helhet

Flere pasienter hadde en lang historie med sykdom og erfaring med et hjelpeapparat som i varierende grad opplevdes å ha gitt virksom hjelp tidligere. De har hatt en langvarig relasjon til fastlegen som tidligere har henvist dem videre i hjelpeapparatet, noe som i liten grad har skapt den helheten de nå opplevde med PHT. En pasient med psykisk og somatisk sykdom og en historie med rus, som hadde erfaring med virkningsløse henvisninger, fortalte at det med PHT var laget et behandlingsløp ved legekontoret hvor fastlege og sykepleiere sammen ga helhetlig og regelmessig helsehjelp som ble planlagt i lag med pasienten. Pasienten mente at han var blitt et nytt menneske av dette og trakk fram at mange ulike forhold som tid, tillit, god dialog og konkrete råd, sammen hadde skapt en helhet som ga gode resultater. Sykepleiernes tilnærming med tydelige og konkrete råd ble framhevet som virkningsfull hjelp av flere av pasientene.

Videre ble sykepleiernes brede fagkompetanse og erfaringsbaserte kjennskap til andre tjenester og kommunal virksomhet trukket fram som en helhetsskapende faktor. En pasient som tidligere hadde gått til behandling hos psykolog, fortalte hvordan oppfølgingen fra sykepleieren opplevdes å passe bedre fordi den strakk seg utover en rent medisinskfaglig håndtering:

> *"hvis du snakker med en psykolog så skjønner de kanskje ikke helt hva somatisk sykdom handler om, men det gjør jo (sykepleieren) [...] hun forstår både det fysiske og det psykiske jeg står i [...] og så kjenner hun helsetjenestene i bydelen, som vi er brukere av, sånn at det er ikke så vanskelig for meg å skulle forklare alt [...] hun forstår hva jeg sier og kommer med tydelige råd [...] er bedre på å se helheten, ikke tenker sånn, helt sånn klinisk, men ser hele pakken"*

Mer koordinert

Pasientene har gitt ulike eksempler på at de opplever å få en mer koordinert tjeneste enn før. Dette fordi mer behandling gis på legekontoret av lege og sykepleier. Flere pasienter fortalte at de opplever et godt samarbeid mellom lege og sykepleier og at dette bidrar til at de føler seg ivaretatt. En pasient sa:

"jeg syns de har så godt samarbeid [...] de fyller hverandre ut [...] du føler deg så ivaretatt når det er to stykker som utfyller hverandre så godt"

Andre pasienter hadde opplevd at sykepleieren har stått for mye av oppfølgingen og at legen har vært mer i bakgrunnen. Dette var gjerne pasienter med én kronisk sykdomsdiagnose hvor behovet for oppfølging er mindre komplekst enn for de multisyke pasientene. Sykepleieren oppleves å ha en særlig kompetanse som matcher pasientens behov godt. En pasient med diabetes sa det slik:

"... akkurat på den spesifikke tingen som feilte meg så er sykepleier flinkere, eller hun har mer erfaring, hun er jo spesialist på akkurat det området. Så jeg føler egentlig at hun er flinkere på akkurat den tingen enn legen er. Så ja, jeg syns det funker utrolig bra. Jeg er veldig fornøyd med måten det blir gjort på."

Vi har videre hørt om eksempler hvor andre hjelpeinstanser (som andre behandlere og saksbehandlere hos NAV) har blitt invitert til konsultasjon og møter med pasienten på legekontoret som ledd i et koordinert behandlingsopplegg hvor gjerne sykepleier er til stede, eller at sykepleier eller lege blir med pasienten til møter med andre hjelpeinstanser for å støtte og trygge pasienten, sikre dem tilgang og at de blir hørt. En pasient fortalte at det har vært til stor hjelp «å ha alt under samme tak» og slippe henvisningene til videre oppfølging med andre hjelpere andre steder:

"det beste som liksom har hjulpet meg, er å ikke gå frem og tilbake til nye folk hele tiden"

5.1.3 Informasjonskontinuitet

Blant pasientene vi har intervjuet, var det særlig multisyke eldre og pasienter med psykisk sykdom som trakk fram erfaringer som tyder på at de opplevde bedret informasjonskontinuitet med PHT. De fortalte at de nå opplever at viktige ting de har tatt opp med sykepleieren er kjent for legen og vice versa. De slipper å gjenta seg selv slik de gjerne er godt vant til i møte med ulikt helsepersonell. En pasient fortalte om hvordan dette ga en følelse av trygghet og ivaretakelse.

En pasient la vekt på at informasjonsutvekslingen som han opplever skjer mellom lege og sykepleier uten at han selv er til stede, gjør at særlig legen synes å forstå hans situasjon bedre enn før og gjør at legen kan bidra med mer tilpasset hjelp enn det han har opplevd å få tidligere:

"jeg merker og at de snakker om meg, selv om de har taushetsplikt, men de vet alle sammen godt hva som skjer med meg [...] jeg føler i hvert fall at jeg har blitt spesielt godt tatt vare på [...] før, da var det jo liksom bare en og annen legetime [...] nå har jo (lege og sykepleier) snakket i sammen [...] da har de forstått enda mer"

De multisyke eldre pasientene som vi har intervjuet, hadde tjenester fra hjemmesykepleien. De og en pårørende snakket alle om at sykepleieren i PHT hadde styrket deres posisjon i dialogen med hjemmesykepleien og i noen grad overtatt deres posisjon. Den pårørende fortalte:

"Hvis det er noe med hjemmesykepleien, så kan vi henvende oss til (sykepleieren) for hun har jo kontakt med dem. Og de av hjemmesykepleierne som er her, vet veldig godt hvem (sykepleieren) er. [...] Jeg tror de har faste møter."

Flere av de eldre pasientene fortalte at sykepleier har vært til god hjelp og fungert som en slags advokat for dem, for å sikre dem bedre oppfølging fra hjemmetjenesten. Det var imidlertid ikke alle blant pasientene som opplevde at de eller PHT-sykepleieren ble hørt. En pasient hadde gjentatte opplevelser med dårlig sårbehandling fra hjemmetjenesten som ikke opplevdes å bli bedre selv om PHT-

sykepleieren hadde dialog med hjemmetjenesten om dette. Pasienten var imidlertid oppløftet av strategidiskusjoner med sykepleieren om hvordan de kunne løfte problemstillingen på andre måter overfor hjemmetjenesten og opplevde sykepleieren som en god alliert i forbedringsarbeidet.

5.1.4 Relasjonell kontinuitet

Pasientene vi har intervjuet hadde i utgangspunktet en etablert relasjon med sin fastlege. Et spørsmål er på hvilken måte denne relasjonen påvirkes av at en sykepleier bringes inn. Pasientene synes å etablere liknende en-til-en relasjoner med sykepleier. Et interessant aspekt er hvor sterk og varig denne relasjonen vil bli og på hvilken måte den skiller seg fra og bidrar inn i relasjonen mellom pasient og fastlege. Foreløpig har det gått for kort tid til at det er mulig å undersøke aspekter knyttet til den relasjonelle kontinuiteten mellom pasient og sykepleier over ulike sykdomsløp. Flere av pasientene fortalte også om kontakten med sykepleier som noe som hadde pågått en periode, og som var, eller var i ferd med å fases ut.

Det var ingen av pasientene som problematiserer eller var misfornøyd med at fastlegen hadde bragt en sykepleier inn i relasjonen dem imellom – snarere tvert imot. Men to pasienter fortalte at de i forkant var skeptisk til sykepleieren og måtte overtales til å ta imot tilbudet. Skepsisen skyldtes for begge tidligere dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. Begge erfarte imidlertid en sykepleier som de fort etablerte en god og fruktbar relasjon til, samtidig som den gode relasjonen til fastlegen ble opprettholdt. Den ene pasienten vektla opplevelsen av at sykepleieren og fastlegen fungerte som et team, samtidig som hen var trygg på at relasjonen til fastlegen er stabil:

> *"For meg har det funket med sykepleieren, og det syns jeg jo er veldig fint. Jeg var jo litt skeptisk til det [...] jeg vet at fastlegen stiller opp om jeg skulle trenge henne [...] det er veldig gøy når det funker [...] jeg har veldig tillit til sånn som de jobber her [...] jeg føler at det er et team"*

Flere pasienter snakket om sykepleieren som et bindeledd mellom dem og fastlegene. Dette kan tolkes sett fra pasientens perspektiv, som at sykepleieren kan bidra til å styrke relasjonen mellom pasient og lege. En pasient sa at sykepleieren bidro til å styrke hennes sin posisjon i relasjonen med legen. Det er ikke noe i pasientintervjuene som tyder på at pasientene oppfatter at PHT skal erstatte en-til-en-relasjonen mellom lege og pasient. Relasjonen synes å være en forutsetning for at PHT skal fungere. Pasientene er trygg på at det er fastlegen som styrer det som skjer med dem på legekontoret, slik en av dem sa:

> *"(fastlegen) er jo på en måte sjefen i opplegget"*

5.1.5 Oppsummert om kontinuitet og PHT

Våre funn basert på intervju med pasienter og pårørende tyder på at alle de tre typene kontinuitet kan styrkes med PHT. Noen av våre funn er i tråd med funn fra de få tidligere kvalitative studiene som er gjort internasjonalt for å utforske pasienters erfaringer med PHT. Ingen av disse har imidlertid spesifikt studert kontinuitet og PHT. Ett aspekt som pasientene i vår studie snakket mye om, var viktigheten av at PHT ga dem mer tid til delta i behandlingsbeslutninger og utføre behandling. Pullon og medarbeideres studie fra New Zealand (2011), fant også at pasienter satte pris på ekstra tid og oppmerksomhet fra PHT-sykepleier. Dette indikerer at PHT både i norsk og New Zealandsk sammenheng, handler om en utvidet tjeneste der det sykepleierne gjør hovedsakelig kommer som et tillegg til det fastlegene gjør, og ikke som en erstatning. I en slik sammenheng er økt tjenestekvalitet og fornøyde pasienter et forventet resultat. Våre funn er videre i tråd med Szafran og medarbeidere (2018) som fant at det å involvere annet helsepersonell enn legen i pasientoppfølgingen, gir pasienter økt tilgang til læring og kunnskap om egen helse som gjøre dem bedre i stand til å håndtere egen sykdomstilstand. Berkowitz og medarbeidere (2018) fant at diabetespasienter er svært åpne for å motta behandling fra PHT. Pasientene i vår studien, med sine ulike kroniske og komplekse tilstander, tolkes også som åpne for teambehandling. En viktig forutsetning for dette synes imidlertid å være at de samtidig kan opprettholde en-til-en-forholdet til sin fastlege.

Våre funn indikerer at det sett fra pasientenes perspektiv er en fordel at sykepleiere har kommet inn i fastlegekontorene med en annen kompetanse og en annen tilnærming enn fastlegen. Flere av pasientene ga uttrykk for at en del av det de lurer på og snakker med sykepleieren om, ikke er spørsmål de ville stilt fastlegen. Flere syntes det er lettere å "snakke" med fastlegen via sykepleieren, og at sykepleieren er med på å styrke forholdet deres til fastlegen, noe som kan indikere at PHT kan bidra til å utjevne asymmetri i forholdet mellom fastlege og pasient.

5.2 Tilgjengelighet med PHT

God tilgjengelighet til helsetjenester er i likhet med kontinuitet, et høyt verdsatt helsepolitisk mål. Det er også et uttalt mål at PHT skal bidra til å bedre tilgjengeligheten til tjenesten (Helsedirektoratet, 2017). I forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, ble pasienterfaringer undersøkt (Iversen, et al., 2019). Her kom det fram at fastleger har et forbedringspotensial når det gjelder tilgjengelighet. Nesten hver tredje pasient oppga at de må vente mer enn to dager ved behov for å få time raskt, mens drøyt en av tre opplevde at de må vente mer enn en uke for å få time når behovet ikke er akutt. Rask tilgang til helsehjelp kan stå i kontrast til kontinuitet fordi det kan være vanskelig å oppnå begge deler samtidig – eksempelvis i situasjoner hvor en fastlege opplever stor pågang fra for mange pasienter. Det å bygge team rundt legen kan være én måte å øke pasienters tilgang til helsehjelp. I England har helsemyndighetene de siste tiårene vært opptatt av å øke tilgjengeligheten og har blant annet gått bort fra fastlegeordning til ordninger hvor pasienter registrerer tilhørighet til et legekontor (Hjortdahl, 2015).

Blant pasientene vi intervjuet, var det flere som fortalte at de i utgangspunktet, før PHT-forsøket, opplevde å ha god tilgjengelighet og kort ventetid for konsultasjon med sin fastlege. Med PHT var tilgangen til helsehjelp blitt enda bedre. Dette skyldtes at sykepleier oppleves å være mer tilgjengelig enn fastlegen. Pasientene fortalte at det går raskere å få time hos sykepleier, de er mer tilgjengelig på telefon og digitale plattformer, og de gir i større grad tjenester hjemme – særlig til eldre pasienter som på grunn av svekket helse, har fysiske vansker med å komme til legekontoret.

Flere pasienter fortalte at de hadde fått direktenummer til sykepleier og opplevde at de kunne ta kontakt på telefon når som helst og få raskt svar. Flere fortalte at de også lett fikk kontakt via digital plattform enten med videosamtale eller skriftlige meldinger. En pasient med angstproblematikk fortalte at helsesekretærene som sitter i resepsjonen, kjenner hans situasjon og kan gi han raskt fysisk tilgang til sykepleier når han oppsøker legekontoret gjerne uten noen forhåndsavtale. Pasienter fortalte at de nå kan kontakte fastlegen indirekte via sykepleieren og avklare nødvendigheten av å selv ha direkte kontakt med fastlegen. En pasient som nokså nylig hadde fått en kronisk sykdom fortalte hvordan PHT bidro til både tilgjengelighet og forenkling. Han sa:

> *"Hvis det er noe jeg trenger eller noe jeg lurer på så er det enklere å bare få en time hos sykepleier og så diskutere med henne og så tar hun det med legen. […] Med en sykepleier som er litt mer tilgjengelig, så blir jo hele helsesystemet litt mer tilgjengelig og litt enklere å hanskes med syns jeg."*

En pårørende fortalte at den økte tilgjengeligheten med PHT opplevdes svært avlastende. Hennes mor kunne nå ringe direkte til sykepleier, og ikke til henne, og få svar på sine mange spørsmål. Det at sykepleier kom på hjemmebesøk gjorde også at hun og øvrige pårørende slapp å bruke tid på å få moren, som ikke kan gå selv, til legekontor for nødvendige rutineundersøkelser. Hun sa:

> *"Før så var det jo vi som pårørende som måtte kjøre henne til og fra lege. Etter hvert har jo helsetilstanden hennes blitt sånn at det ikke er alle biler hun kommer inn i så vi må jo ha ekstra, bestille taxi, det er jo mye mer jobb."*

Flere pasienter fortalte imidlertid at det virket som sykepleier hadde fått mer å gjøre etter hvert og at de var mindre tilgjengelig enn de var ved starten av PHT-forsøket.

Økt tilgjengelighet

Pasienter og pårørende vi intervjuet opplevde økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Tilgjengelighet ble skapt på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen på legekontoret.

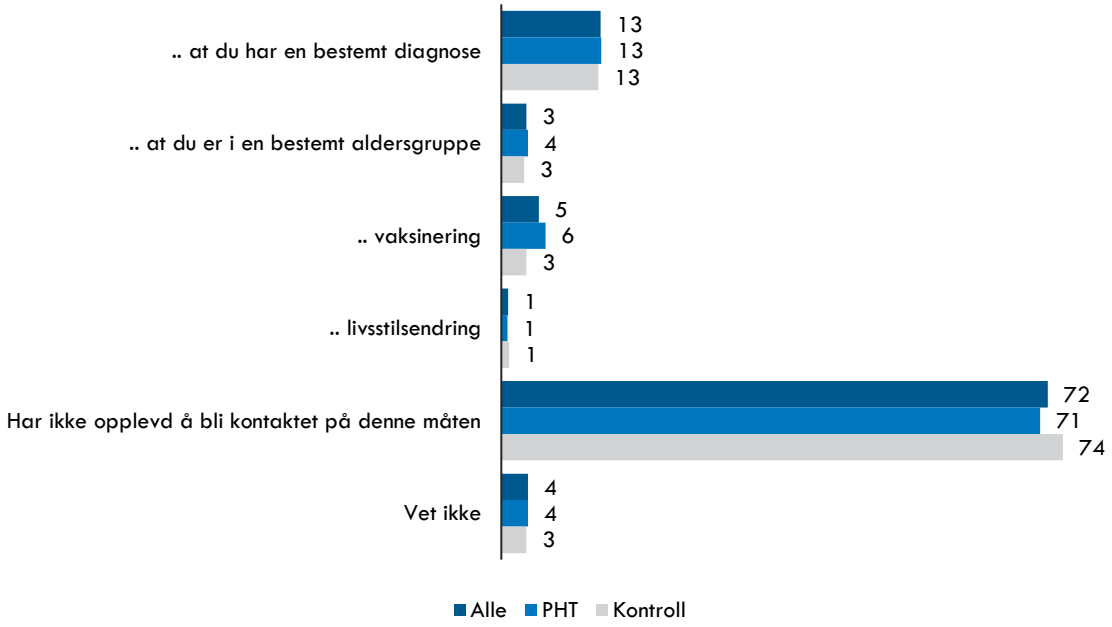
5.3 Proaktivitet – hvordan oppfatter pasientene det?

I rapportens kapittel 4.1 drøfter vi hvordan vi forstår begrepet proaktivitet, og særlig proaktiv oppfølging fra legekontoret. Vi viste også hvilke holdninger fastleger har til proaktiv oppfølging av listeinnbyggere, basert på vår spørreundersøkelse til personell på fastlegekontor. I det neste avsnittet presenterer vi funn fra vår spørreundersøkelse til listeinnbyggere, som belyser listeinnbyggernes opplevelser av proaktiv oppfølging fra fastlegekontoret. Videre bruker vi data fra pasientintervjuene for å belyse hvordan det kan oppleves å bli utsatt for proaktiv oppfølging.

5.3.1 Erfaringer med proaktiv oppfølging blant listeinnbyggere

Nesten to av ti som svarte på listeinnbyggerundersøkelsen, oppga at de hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret uten å selv ha tatt kontakt først (Figur 5-1). Over halvparten av disse (13 prosent av alle som svarte på spørsmålet) oppga at kontakten var forbundet med at de har en bestemt diagnose, mens mellom en og fem prosent oppga å ha blitt kontaktet på grunn av at de er i en bestemt aldersgruppe, for vaksinering, med tanke på livsstilsendring eller annen oppfølging. Det er statistisk signifikante forskjeller i denne typen kontakt mellom listeinnbyggere som er tilknyttet PHT-legekontor og legekontor i kontrollgruppen (med unntak av livsstilsendring). Menn oppga i større grad enn kvinner at de hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret på denne måten (Tabell 5-1). Sannsynligheten for å ha blitt kontaktet økte også med alder, og den var høyere blant personer som oppga at de hadde en langvarig sykdom.

Figur 5-1 Har du opplevd å bli kontaktet av fastlegekontoret uten at du selv har tatt kontakt først i forbindelse med... (flere svar mulig, prosentandel som svarte ja på hvert alternativ)



Merknad: N=7924

Tabell 5-1 Andel av listeinnbyggere tilknyttet PHT-legekontor som har opplevd å bli kontaktet av legekontoret (uavhengig av årsak til kontakt i figuren over) fordelt på personkjennetegn. Prosentandeler.

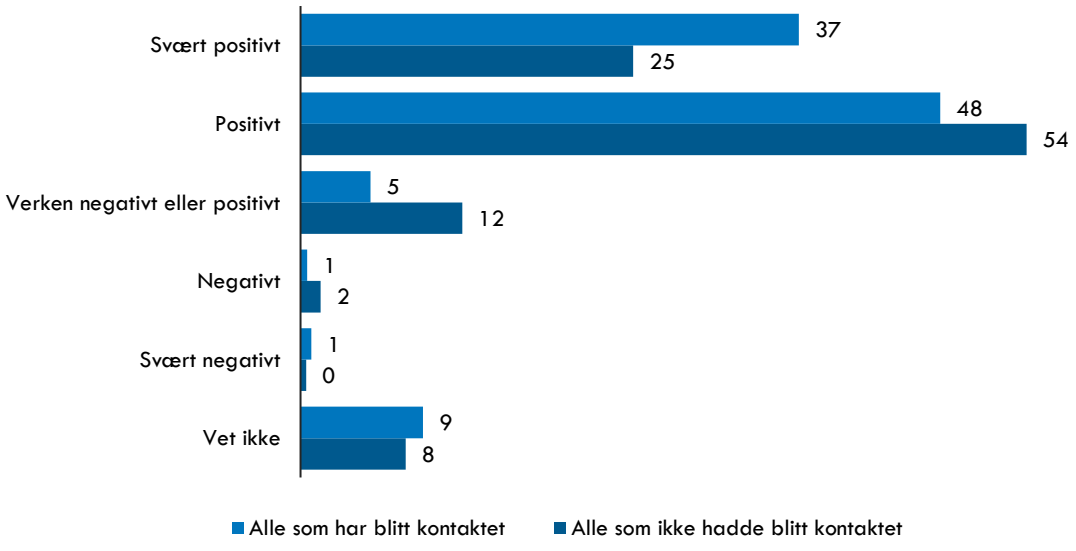
		Andel som har blitt kontaktet av fastlegekontoret	p-verdi
Alle		29,4	
Kjønn	Kvinner	26,7	0,000
	Menn	32,5	
Aldersgruppe	18-34 år	17,4	0,000
	35-54 år	16,4	
	55-69 år	29,4	
	70 år eller eldre	40,3	
Langvarig sykdom	Har langvarig sykdom	33,8	0,000
	Har ikke langvarig sykdom	19,5	

Merknad: Tabellen oppgir prosentandel av listeinnbyggerne tilknyttet PHT-legekontor som oppgir at de har eller ikke har blitt kontaktet av fastlegekontoret uten å selv ta kontaktet først med ulike personkjennetegn. Kjikvadrattesten er brukt for å beregne statistisk signifikans mellom gruppene. P-verdi under 0,05 indikerer at gjennomsnittet i de to gruppene er forskjellig med 95 prosent sannsynlighet. N=2251.

Videre stilte vi spørsmål om hvordan listeinnbyggerne som hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret, opplevde denne kontakten. Hele 85 prosent opplevde denne kontakten som positiv eller svært positiv, og kun 2 prosent opplevde kontakten som negativ eller svært negativ («Alle som hadde blitt kontaktet» i Figur 5-2). Listeinnbyggere ved PHT-legekontor var mer positivt innstilt til slik kontakt enn listeinnbyggere i kontrollgruppen.

De som ikke hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret på denne måten, ble stilt spørsmål om hva de ville synes om å bli kontaktet uten å selv ta kontakt først («Alle som ikke hadde blitt kontaktet» i Figur 5-2). 79 prosent av de som svarte på spørsmålet, oppga at de ville oppfatte slik kontakt som positiv eller svært positiv, og kun rundt 2 prosent oppga at de ville oppleve det som negativt.

Figur 5-2 PHT-listeinnbyggernes opplevelse av at fastlegekontoret tok kontakt



Merknad: Personer som hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret uten å selv ha blitt kontaktet først ble stilt følgende spørsmål: Hvordan opplevde du å bli kontaktet på denne måten? (N=1429) Personer som *ikke* hadde blitt kontaktet av fastlegekontoret uten å selv ha blitt kontaktet først ble stilt følgende spørsmål: Hva ville du synes hvis du ble kontaktet av fastlegen uten at du selv hadde tatt kontakt først? (N=4197)

5.3.2 Tre pasienters opplevelser av å bli oppsøkt av PHT

Flere av pasientene i intervjustudien har blitt «utsatt for» oppsøkende virksomhet fra PHT, forstått som at enten lege eller sykepleier har drevet oppsøkende virksomhet rettet mot pasienten. De har enten tatt kontakt for å få pasienten inn til oppfølging, eller tatt kontakt når pasienten har uteblitt fra avtalt time. Vi har illustrert hvordan pasientene kan oppleve proaktiv oppfølging fra legekontorets side gjennom å la tre ulike pasienter beskrive sine opplevelser av dette (illustrasjonsbildene har ikke noe med informantene å gjøre).

Ung pasient med langvarige psykiske problemer: trygghet og hjelp på egne premisser

Den første pasienten som vi slipper til, er en ung pasient som har hatt langvarige psykiske problemer. Pasienten fortalte om sine erfaringer fra tidligere helseoppfølging med både DPS og et kommunalt tilbud, og hvordan disse tilbudene ikke ble til hjelp for henne. Hun fortalte at hun fikk beskjed fra DPS om å ta seg sammen, og at minstekravet var at hun måtte komme seg til DPS på egen hånd. På dette tidspunktet klarte ikke pasienten å komme seg ut av leiligheten selv. Etter at pasienten ikke klarte å komme seg til timer der, fikk hun beskjed da hun ringte dit at hun ikke var pasient der lengre. Det kommunale tilbudet klarte hun heller ikke å benytte seg av:

> *«det ble bare for mye å skulle reise til byen på et helt nytt sted med helt nye mennesker»*

Pasienten fortalte om at det noen ganger har vært for vanskelig å komme til legekontoret til avtalt konsultasjon hos sykepleieren, og har avbestilt konsultasjonen. Sykepleieren ringte da for å høre hvordan det gikk, eller ga tilbud om konsultasjon over telefon eller video. Dette satte pasienten stor pris på, og det bidro til å trygge pasienten. Pasienten beskrev sykepleieren slik:

> *«...ringer allikevel, eller sånn, altså bare for å høre at det går bra, og bare for å si fra at jeg blir ikke irritert når du ikke kommer. Og det går helt fint at man er dårlig en dag, jeg vil bare høre at det går bra. Og så ses vi neste time. Bare vit at jeg er ikke sur på deg, du er ikke til bry, det er ingen som er skuffet.»*

Foto: unsplash.com

«Dårlig etterspørrer» i 70-årene med diabetes og pusteproblemer: læring og trygghet

Den andre pasienten er en mann i 70-årene med diabetes og pusteproblemer, og en som er enig i at han kan plasseres i kategorien «dårlig etterspørrer» etter legetjenester. Pasienten, som vanligvis gruet seg for legebesøk, ble oppringt av legesenteret og invitert til å delta i en undersøkelse av 70-åringer:

> *«en telefon da sånn som jeg fikk, det var slags inngangsportal følte jeg»*

Pasienten syntes i ettertid at dette var en god måte å komme inn i fastlegesystemet på. Dette ble starten på en oppfølging i regi av PHT som har gitt gode effekter for pasienten. Pasientens ektefelle uttrykte at telefonen var gull verdt. Ektefellen fortalte at pasienten var deprimert, og satt der og ble tykkere og tykkere, surere og surere, og ville ingenting uansett hva hun foreslo. Ektefellen sa at hun nå har fått en «ny» mann. Pasienten var selv veldig begeistret etter den første samtalen:

«at jeg lissom hadde fått vite en del grunnleggende ting om meg selv. … Jeg visste at det var dårlig form på meg i hvert fall, det var det ingen tvil om, men og så få kartlagt litt, bare sånn, og så gikk vi mer i dybden på ting.»

Foto: unsplash.com

Over en periode var det flere konsultasjoner på en til to timer. Pasienten beskrev at det var litt mer enn det der kvarteret legen har tid til, og da ble han veldig trygg. Dette ga ham en trygghet på at det er ikke så farlig å gå til legen. Pasienten mente at han har lært mye om helse, og at de forebygger sykdom nå. Han beskrev seg selv som en som ikke har brukt å fortelle ting til helsevesenet; en som har holdt tilbake. Med invitasjonen fra legekontoret til undersøkelse av 70-åringer fikk han fortelle om hvordan han selv ser på helsen.

Pasienten beskrev at oppfølging kom fra det han oppfattet som et team med ulike helsepersonell på legekontoret, deriblant både sykepleier og fastlege.

«dette er helt nytt, for jeg drømte ikke om at det gikk an å ha det så greit når du kom på et besøk hos legen.»

Pårørende til langvarig syk: å bli forstått

Den tredje pasienten er samtidig en pårørende til en pasient som har vært langvarig og alvorlig syk, noe som har gått ut over pasientens egen helse og deltakelse i arbeidslivet. Pasienten hadde som pårørende mange års erfaring med mange deler av helsetjenesten, både primær- og spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren i PHT ble beskrevet som et helsepersonell som så og forstod situasjonen, som veldig få har sett og forstått. Forståelsen omfattet både det fysiske og det psykiske pasienten stod i. Pasienten beskrev at sykepleieren kunne være veldig tydelig og konkret midt oppi et stort hjelpeapparat som ikke fungerte. Hun viste til at nettopp tydelighet har vært savnet i kontakten med helsevesenet opp igjennom årene, og ingen som egentlig vil ta ansvar:

«man skylder på noen eller det er ikke min avdeling eller mitt bord»

Foto: unsplash.com

Et lite stykke ut i oppfølgingen droppet pasienten avtalt time hos PHT-sykepleieren i en vanskelig situasjon. Dette ble fulgt opp med en telefon fra sykepleieren. Denne innhentingen ble møtt positivt fra pasienten:

«…jeg syns det er kjempebra, ja. Igjen så har ikke jeg vært borti så mange som bryr seg mere enn en millimeter… Og det har bare skjedd en gang at jeg lissom ikke kom til timen, men at hun da forstod at da var jeg, jeg var helt utenfor, jeg hadde ikke sovet … det handler jo om at de forstår det på en måte. At ikke det skulle bli noe issue»

Pasienten syntes at det at sykepleieren ringte, viste at sykepleieren tar oppfølgingen seriøst:

> *«Det viser meg veldig mye om hvem (sykepleieren) er, og at hun tar det seriøst, og at hun også ville sjekke, for hun vet at det har vært noen ganger hvor det har vært så tøft … det er jo det man savner når man står i tøffe tak at det er noen andre der som kan fange deg opp… Det er derfor vi er her, vi trenger hjelp. Det er jo, vi er ikke her for moro skyld.»*

Pasienter er positive til å bli kontaktet av legekontoret

Spørreundersøkelsen til listeinnbyggerne viste at de aller fleste så positivt på å bli kontaktet av legekontoret uten å selv ha tatt kontakt først. Med de tre pasienthistoriene viste vi eksempler på hvordan pasientopplevelsene av å bli oppsøkt av legekontoret, ikke overraskende, har blitt sett positivt på. Dette må ses i sammenheng med at informantene er en selektert gruppe av pasienter som har fått mer helsehjelp enn tidligere, og informantene ble valgt ut av legekontorene. Pasientopplevelsene av proaktiv oppfølging ble ikke tatt med i denne rapporten for å «bevise» hvor positivt proaktiv oppfølging fra PHT kan oppfattes. Hensikten med å gjengi disse historiene, var å formidle hvordan pasientene har opplevd proaktiv oppfølging, enten ved at det har gitt trygghet og en følelse av å få hjelp på egne premisser, det har gitt læring, eller en følelse av å bli forstått av helsepersonellet.

5.4 Hjelp til mestring

Mens spesialisthelsetjenesten i møte med enkeltpasienter i stor grad har oppmerksomhet på én avgrenset problemstilling eller én enkelt diagnose, vil ofte primærhelsetjenesten forholde seg til flere diagnoser om gangen, og vil i større grad ha som mål at pasienten settes i stand til å mestre den tilstanden man har. Mestring er derfor et tema i analysen av pasientintervjuene. Begrepet mestring er satt sammen av flere aspekter. Hvilke aspekter ved mestring man legger vekt på, varierer med hvilken fagtradisjon man tilhører. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH[7]) anser individorienterte og sosialt orienterte mestringsteorier som mest relevante for å forstå og styrke mestring hos personer som har langvarige helseutfordringer, og deres pårørende. Perspektivene vektlegger egenskaper både ved individet og ved den sosiale situasjonen for å belyse hva som fremmer eller hemmer mestring. Vi oppfatter mestring som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, og relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjon han eller hun er i, inkludert hvordan helsepersonell møter pasienten - forstått som en faktor som kan skape vilkår for mestring. I dette avsnittet beskriver vi eksempler på hvordan pasienter har opplevd oppfølging fra PHT som hjelp til mestring.

5.4.1 PHT-sykepleieres kompetanse og erfaring verdsettes

PHT-sykepleieres erfaring og kompetanse gir hjelp til mestring. Noen stikkord går igjen når de intervjuede pasientenes snakker om PHT-sykepleierne og kommer med beskrivelser av dem. Det første kan summeres opp med ordet kompetanse, forstått som å være dyktig eller kvalifisert. Tre av de 10 pasientene som ble intervjuet, hadde diabetes og eventuelle tilleggslidelser. Alle disse hadde erfaring fra en periode med flere konsultasjoner og en ganske tett oppfølging fra sykepleier i PHT, i tillegg til jevnlig oppfølging fra fastlege. En av pasientene med diabetes og overvekt beskrev livsstilsendringen som han har fått hjelp til fra PHT med at «det er jo (sykepleieren) som kan dette». En annen diabetespasient i 50-årene med nylig oppstått diabetes, beskrev sitt inntrykk av PHT-sykepleieren slik:

> *«… får veldig inntrykk av at hun er veldig flink på dette der og har drevet mye med diabetes.»*

Den andre karakteristikken som er framtredende i pasientenes beskrivelser av PHT-sykepleiere, er erfaring. Pasientene snakket om ulike typer erfaring, og brorparten gjaldt erfaring med oppfølging av spesifikke diagnoser. En type erfaring som pasienter beskrev at PHT-sykepleiere hadde, var erfaring

[7] https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_mestring1.pdf

med å forholde seg til og dra nytte av andre deler av helsetjenesten. Dette kunne være både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. En pasient med psykiske problemer fortalte et eksempel på hvordan PHT-sykepleieren fra tidligere hadde kjennskap til en som kunne drive en spesiell behandling (lysterapi) som kan hjelpe for posttraumatisk stresslidelse og spesielt for flashbacks, noe som syntes å ha vært til stor hjelp for denne pasienten:

> *«Så da hadde vi flere timer sammen med en som jobber egentlig på sykehuset, som kom da bare fordi hun kjenner (sykepleieren) og for å være grei. Som hjalp også veldig, som har gjort en så stor forskjell på de flashbackene jeg har, at de er mye mer, ja det går an å leve med.»*

5.4.2 Relasjoner og samspill i pasienters møter med PHT

Videre er relasjoner til og samspill mellom informantene og PHT-sykepleierne beskrevet. Beskrivelsene er ulike, og preget både av pasientenes ulike diagnoser, situasjonene den enkelte var i, og også hvilken erfaring de hadde med helsehjelp fra tidligere.

En mann i 50-årene med nylig oppstått diabetes, var klar på at relasjonen til PHT-sykepleieren var preget av at han stolte veldig på denne og på kompetansen om diabetes, og at det også var lettere å snakke med PHT-sykepleieren enn med fastlegen:

> *«..terskelen er gjerne mindre for å snakke med (sykepleieren) om ting og da trenger jeg gjerne ikke, hvis jeg skal ha en time hos fastlegen som er veldig opptatt så, jeg kan gjerne spare meg en del timer hos (fastlegen) istedenfor å, ved å bruke sykepleieren. For det er jo oftest småting som hun kan svare på bedre enn fastlegen.»*

En av de andre informantene med diabetes og i tillegg en hjertelidelse, karakteriserte relasjonen til PHT-sykepleieren som et personlig forhold som oppstår når man forholder seg til noen gang etter gang. Han ga uttrykk for at det blir på et personlig plan ved at man føler seg fortrolig med vedkommende. Informanten fortalte at han i bakhodet kjente på en frykt for å bli stående helt for seg selv i en stor jobb med å legge om livsstilen uten å lykkes. Han beskrev samspillet med PHT-sykepleieren som at de sammen diskuterte kostholdet, mosjonen og rutinene som må til for å endre livsstil. Informanten følte seg forpliktet til å følge opp de helt konkrete rådene han fikk fra PHT-sykepleieren, og hvordan konsultasjonene kunne oppfattes som underveiskontroller og at han ble holdt litt i ørene samtidig som han fikk god drahjelp:

> *«...og man har et regelmessig oppmøte lissom, man føler seg jo også litt forpliktet til at, nei jeg vil jo ikke skuffe dem heller, dem legger jo ned både tid og penger i dette her. Både helsevesenet og, ja norske stat eller hva man skal kalle det og, og sånn så, men det er den der bakenforliggende frykten om pensjonstilværelse i rullestol som, som har gjort at, som har vært hovedgreia da. Men også det tilbudet jeg har fått her med (PHT-sykepleieren).»*

En informant i en kompleks og sammensatt livssituasjon beskrev relasjonen til PHT-sykepleieren som at denne framstod som en sparringspartner som forstod både det psykiske og somatiske, som informanten stod i. Informanten beskrev seg selv som ærlig og ikke redd for å si ting. Relasjonen var slik at informanten følte seg sett og forstått av PHT-sykepleieren, og relasjonen var preget av tillit og trygghet. Kontinuitet ble sett på som avgjørende for å bygge en slik relasjon. Informanten fortalte at sykepleieren kunne være veldig tydelig på å si hva hun måtte gjøre, forstod hva informanten sa og kom med tydelige råd. Dette gjaldt for eksempel å sortere ut hva som hastet mest, og hva som var viktigst å gjøre. Informanten fortalte om sin erfaring med omfattende kontakt med et stort utvalg helsepersonell over en periode på 20 år:

«Det er jo noe med det, match, jeg matcher ikke alle jeg altså … du må tørre å si fra til meg ellers så kommer jo ikke jeg videre. Så, og da har (sykepleieren) kunnet vært streng og si ja men da kommer det ikke til å skje noe. Så, så det er litt sånn som jeg liker.»

En mann i 70-årene med flere diagnoser, og som i mange år unngikk å oppsøke fastlegekontoret, ga uttrykk for at han likte dialogen med PHT-sykepleieren; både det å snakke og utveksle synspunkter, og å lære om seg selv og egen sykdom.

«det som var veldig greit følte jeg, det var det at kunne ha dialog på det, prøve forskjellige medisiner.»

Flere av legekontorene i PHT-piloten har ansatt psykiatriske sykepleiere. En ung informant med psykiske problemer og ikke så gode erfaringer fra DPS var veldig klar i sin karakteristikk av relasjonen til PHT-sykepleieren, etter at hun tidligere hadde følt seg som en kasteball og at ingen egentlig skjønte hva hun trengte hjelp til. Informanten framhevet at relasjonen var trygg, og at PHT-sykepleieren tok henne på alvor:

«det første jeg sa … etter timen med (PHT-sykepleieren) var at han ser meg (litt latter). Han klarte å se med en gang på en måte hvor problemene lå og hvor skoen trykket».

5.4.3 Pasienten blir trygg, glad, motivert, kompetent, ivaretatt og finner ro

Delkapitlet har fokusert på beskrivelser av pasienters opplevelser av hjelpen de får fra PHT til mestring av sin sykdom og sin situasjon. Ulike typer kompetanse og erfaring har stått sentralt i informantenes karakteristikker av PHT-sykepleierne. Beskrivelsene av relasjoner til og samspill med PHT-sykepleierne syntes å være preget av at disse pasientene har oppfattet at de er godt ivaretatt, sett, forstått, tatt med i dialog og tatt på alvor. En felles oppfatning blant informantene, var at de var fornøyde med oppfølgingen fra PHT. Dette må selvsagt tolkes i lys av hvordan informantene ble valgt ut, og at dette utvalget ikke kan ses på som representativt for alle pasienter som er fulgt opp av PHT. Hovedformålet har imidlertid ikke vært å finne ut om de er fornøyde, men å beskrive på hvilke måter de har opplevd oppfølgingen fra PHT. Som avslutning på dette avsnittet, presenteres noen pasienters egne ord om hva oppfølgingen fra PHT har gjort med dem.

Pasient med diabetes og hjertelidelse:

«Så det er en lang mental prosess å, å legge til side dårlige vaner man har hatt i et helt liv. Og da er det til stor hjelp å ha et oppmøte med en person hvor du da vet det at om to uker eller om fire uker da skal du dit. Man blir absolutt ekstra motivert på grunn av det, uten tvil. Og det gjør det mye lettere»

Pasient i gruppen skrøpelige eldre med diabetes og hjertelidelse:

«Når du kommer dit bort så har du lissom ikke, du har lissom ikke, det feiler deg ikke noe. Mm. For du blir lissom så glad når du ser de og du vet du får hjelp og, så.»

Pasient i gruppen skrøpelige eldre samt pårørende som svarte på spørsmål om hva slags virkninger de opplever av å ha et primærhelseteam:

«Jeg føler meg trygg.»

«Så, jeg blir jo trygg fordi han er trygg… Og det er jo veldig betryggende å vite at vi har sånt legekontor. For det er jo ikke mange som har.»

En pasient med psykiske problemer og tidligere rusproblemer beskrev at han hadde funnet ro. En annen pasient med psykiske problemer forklarte:

«Og det også er veldig, føles veldig trygt da, mm. Det har gjort at jeg har følt meg veldig ivaretatt.»

En pasient med diabetes og tilleggslidelser ga uttrykk for å ha blitt mer kompetent på egen helse:

«jeg ble veldig trygg på og fant ut veldig mye om meg selv. Og mitt sykdomsbilde. Og hva jeg bør gjøre».

5.5 Oppsummering og konklusjon

De kvalitative intervjuene med pasienter og pårørende gir innblikk i noen erfaringer med PHT over tid. Disse tyder på at det sett fra pasientens perspektiv, er mulig å oppnå bedre kontinuitet med PHT. Pasientene snakket mye om endringer i behandlingen med mer helhet og mer koordinering som vi tolker som økt behandlingskontinuitet. Mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell med PHT gir indikasjon om økt informasjonskontinuitet. Sett fra pasientens side, er det også tegn til at den relasjonelle kontinuiteten kan styrkes. Både pasienter og pårørende setter pris på kontakten med sykepleier, men ser den ikke som erstatning for relasjonen til fastlegen. Intervjuene tyder videre på at pasienter kan oppleve økt tilgjengelighet til helsetjenester med PHT. Flere pasienter fortalte at det er mye de kan avklare med sykepleieren uten at de trenger å bry fastlegen. De satte også pris på kontaktmulighetene som ikke innebærer tradisjonelle konsultasjoner på legekontoret. Listeinnbyggerundersøkelsen tyder på at det er få pasienter som opplever proaktiv oppfølging fra sitt fastlegekontor. De fleste som har opplevd dette, har blitt kontaktet fordi de har en spesifikk diagnose. Det er signifikant flere menn, flere eldre og flere med langvarig sykdom i denne gruppen. De som oppga å ha opplevd å bli kontaktet uten selv å ha tatt kontakt først, var positive til denne oppfølgingen. Blant pasientene som er intervjuet, var det et fåtall som hadde opplevd å bli oppsøkt av PHT. Men de som hadde opplevd det, satte stor pris på oppfølgingen. Kapittelet viser også eksempler på hvordan PHT oppleves av pasienter som hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Pasientene snakket om virkninger som tyder på økt livskvalitet.

6. Listeinnbyggernes vurderinger av fastlegetjenesten

I dette kapittelet belyser vi listeinnbyggernes erfaringer med PHT, belyst gjennom spørreundersøkelser i 2018 og 2020. Vi finner at listeinnbyggerne stort sett er fornøyde med fastlegetjenesten, men vi finner ikke grunnlag for at listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegetjenesten har endret seg etter at forsøket med PHT startet. Listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er generelt mindre fornøyd med fastlegetjenesten enn listeinnbyggere ved legekontor med honorarmodellen og i kontrollgruppen, men dette ser ut å skyldes seleksjon av legekontor inn i forsøket snarere enn driftstilskuddsmodellen i seg selv.

I Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket med PHT, står det at evalueringen skal belyse virkninger av PHT både for pasienter og brukere av PHT og for den generelle listepopulasjonen. Det skal blant annet måles effekter på tilgjengelighet, kontinuitet og brukertilfredshet. For å identifisere eventuelle virkninger av PHT på disse utfallsmålene har vi i to omganger, i 2018 og i 2020, gjennomført en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere som er tilknyttet legekontor som prøver ut PHT og legekontor i en kontrollgruppe, bestående i hovedsak av legekontor som søkte om deltakelse i forsøket, legekontor i kommuner som har legekontor i forsøket og legekontor i nærliggende kommuner til de som prøver ut PHT (for en nærmere beskrivelsen av undersøkelsen, se kapittel 2.2).

Ifølge *Primærhelseteam – Kvalitet, ledelse og finansiering* (Helsedirektoratet, 2017) skal PHT rette sin virksomhet mot alle innbyggere på fastlegenes pasientlister, men enkelte målgrupper vil prioriteres. I tråd med våre beskrivelser tidligere i denne rapporten, forventer vi at effekter av PHT i første omgang vil kunne identifiseres blant pasienter som prioriteres for oppfølging av PHT. I kapittel 5 viste vi eksempler på at PHT har ført til forbedringer i oppfølgingen av enkelte pasienter. I dette kapittelet undersøker vi om slike erfaringer kan identifiseres i et større datagrunnlag bestående av grupper av pasienter og brukere som har fått oppfølging fra PHT. Vi undersøker også om vi kan spore effekter av PHT i den generelle listepopulasjonen.

Det har imidlertid vist seg ikke å være enkelt å identifisere listeinnbyggere som har fått oppfølging fra PHT i dataene fra spørreundersøkelsen. Det er nesten like mange i kontrollgruppen som oppgir å ha fått oppfølging av PHT som ved PHT-legekontor. Samtidig er det nesten like mange respondenter som ikke vet om de har fått oppfølging fra PHT, hvilket indikerer at det er stor usikkerhet rundt hvem som faktisk har fått oppfølging fra PHT. Som vi skal vise i dette kapittelet, har vi brukt ulike tilnærminger for å avgrense studiepopulasjonen til personer som er i målgruppen for PHT.

Det er også noen metodiske utfordringer knyttet til seleksjon inn i forsøket, som beskrevet i kapittel 1.3. Erfaringene til listeinnbyggerne som nå omfattes av forsøket med PHT, tilsvarer ikke nødvendigvis erfaringene man ville identifisere dersom PHT hadde blitt implementert på andre legekontor. Videre står fastlegeordningen overfor store utfordringer. Fastlegene har i flere år meldt om at de stadig får flere oppgaver på sitt bord, og at den totale arbeidsbelastningen er for stor. På toppen av dette, har koronapandemien medført store utfordringer for fastlegetjenesten og for helsetjenesten generelt i 2020. De to sistnevnte forholdene kan bety at listeinnbyggere opplever et dårligere, eller i hvert fall et annet tilbud hos fastlegen i 2020 sammenlignet med i 2018, uten at dette nødvendigvis har noe med innføringen av PHT å gjøre.

Vi vet også at legekontorene som deltar i forsøket, er svært ulike. Dette gjelder særlig skillet mellom kontorene som prøver de to ulike finansieringsmodellene. Kontorene som prøver ut honorarmodellen, er i hovedsak private legekontor, mens kontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen med ett unntak er kommunale legekontor. For å ta hensyn til dette, har vi i sammenligningen delt kontrollgruppen i private og kommunale legekontor, slik at legekontorene med honorarmodellen sammenlignes med private legekontor i kontrollgruppen og legekontorene med driftstilskuddsmodellen sammenlignes med kommunale legekontor i kontrollgruppen. Enkelte legekontor har gjennomgått omstruktureringer og har periodevis

hatt høy vikarbruk, noe som kan påvirke listeinnbyggernes opplevelse av legekontoret. Pasientsammensetningen varierer også mellom kontorene, hvilket kan påvirke hvordan legekontoret drives og pasientenes erfaringer med tjenesten.

Alt dette tilsier at det er mange forhold som kan innvirke på listeinnbyggernes erfaringer med legekontoret, utover innføringen av PHT. Utformingen av forsøket byr på begrensede muligheter for å kontrollere for slike «andre» forhold, og resultatene som beskrives i dette kapittelet, må derfor tolkes med forsiktighet.

6.1 Kontakt med legekontoret og primærhelseteam

Av til sammen 8 822 respondenter som svarte på undersøkelsen og svarte på spørsmål om hvor mange ganger i løpet av de siste tolv månedene de hadde hatt kontakt med fastlegen, oppga 7,7 prosent at de ikke hadde vært i kontakt med fastlegekontoret (og 0,6 prosent oppga at de ikke visste om de hadde vært i kontakt med fastlegekontoret de siste tolv månedene) (Tabell C.1-3). Dette innebærer at 91,7 prosent av respondentene hadde vært i kontakt med fastlegen minst én gang i løpet av de siste tolv månedene. Til sammenligning oppga 91 prosent i Folkehelseinstituttets undersøkelse om pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019 at de hadde vært hos fastlegen de siste 12 månedene (Iversen, et al., 2019), mens 85 prosent av respondentene i Innbyggerundersøkelsen 2017 om fastlegetjenesten (Digitaliseringsdirektoratet, 2017) og 75 prosent av respondentene i SSBs levekårsundersøkelse 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2019) om forbruk av helsetjenester, oppga at de hadde vært i kontakt med fastlegetjenesten de siste 12 månedene. Forklaringen på avviket i de to sistnevnte undersøkelsene er trolig at både Innbyggerundersøkelsen og Levekårsundersøkelsen også omhandler andre temaer enn erfaringer med fastlegetjenesten, og at flere som ikke hadde hatt kontakt med fastlegen, trolig tok seg tid til å svare på disse undersøkelsene. Respondenter i vår undersøkelse som ikke hadde vært i kontakt med fastlegekontoret siste 12 måneder, ble rutet til slutten av undersøkelsen og inngår ikke i analysene i dette kapittelet.

De fleste (54 prosent) hadde vært i kontakt med fastlegen 2-5 ganger, mens 14 prosent hadde vært i kontakt med fastlegen én gang og 24 prosent hadde vært i kontakt med fastlegen flere enn fem ganger. I vedlegg C.1 finnes utfyllende informasjon om hvilken type kontakt respondentene hadde med fastlegekontoret.

For å prøve å identifisere listeinnbyggere som har fått oppfølging av PHT, har vi stilt flere spørsmål i undersøkelsen. I det første spørsmålet spurte vi direkte om listeinnbyggeren har fått oppfølging av PHT. 8,5 prosent av listeinnbyggerne i forsøksgruppen oppga at de hadde fått oppfølging fra PHT, fordelt på 9,2 prosent ved legekontor med honorarmodellen og 8,9 prosent ved legekontor med driftstilskuddsmodellen som hadde vært med siden oppstart i 2018, og 6,4 prosent ved nye PHT-legekontor (Tabell 6-1). Disse tallene ligger ikke langt fra de vi finner i registerdata i kapittel 3.2 (hhv. 11 og 9 prosent). At også 6,8 prosent av respondentene ved private legekontor i kontrollgruppen og 8,7 prosent av respondentene ved kommunale legekontor i kontrollgruppen oppgir å ha fått oppfølging av PHT, samt at drøyt sju prosent av respondentene ved PHT-legekontor svarer «vet ikke» indikerer likevel at listeinnbyggerne ikke nødvendigvis *vet* om de har fått oppfølging av PHT. Vi har av den grunn valgt å ikke legge stor vekt på dette spørsmålet i de videre analysene av listeinnbyggerundersøkelsen.

Tabell 6-1 Andel av listeinnbyggerne som oppgir å ha mottatt oppfølging fra PHT i løpet av de siste 12 månedene.

	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppe, privat	Kontrollgruppe, kommunal
Ja	9,2	8,9	6,4	6,8	8,7
Nei	83,8	83,7	86,1	84,7	81,3
Vet ikke	7,1	7,5	7,5	8,6	10,0
Observasjoner	2879	765	1076	1987	289

Merknad: Spørsmålsstillingen lød: «Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt oppfølging fra primærhelseteam?» Over spørsmålet fikk respondenten en definisjon av primærhelseteam, definert som «…et team bestående av en fastlege, sykepleier og helsesekretær på legekontoret. Primærhelseteamet arbeider med mål om å gi pasienter en bedre fastlegetjeneste gjennom økt tilgjengelighet, større bredde og økt kvalitet i oppfølgingen.»

Det ble også stilt spørsmål om hvorvidt listeinnbyggerne har hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær på fastlegekontoret, utover korte henvendelser i skranken. Kontakt med sykepleier på legekontoret kan

gi en indikasjon på om man har fått oppfølging fra et PHT, men det er også mulig at enkelte som oppgir å ha hatt kontakt med sykepleier ikke har fått oppfølging av PHT. Det er også sannsynlig at listeinnbyggere ikke alltid vet om en ansatt på legekontoret er helsesekretær eller sykepleier, og for å unngå forvirring knyttet til spørsmålsstillingen ble det derfor besluttet også å inkludere helsesekretær i spørsmålsformuleringen. Av respondentene som i løpet av de siste 12 månedene hadde vært i kontakt med fastlegekontoret, svarte 44,3 prosent at de hadde vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær utover korte henvendelser ved skranken. Blant listeinnbyggere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen oppgir enn større andel (48,7 prosent) at de har vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær, og denne forskjellen er statistisk signifikant.

Av de som oppga å ha hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær, oppga 67,3 prosent at de hadde hatt konsultasjon/oppfølging på fastlegekontoret, 21,9 prosent oppga å ha hatt en samtale på telefon, og 20,0 prosent oppga at de hadde fått annen oppfølging (Tabell C.1-9 i Vedlegg C.1). 1,9 prosent oppga å ha fått hjemmebesøk av sykepleier. Andelen var høyere blant listeinnbyggere ved etablerte PHT-legekontor (2,8 prosent i honorarmodellen og 2,2 prosent i driftstilskuddsmodellen), enn ved nye PHT-legekontor (1,2 prosent) og ved private legekontor i kontrollgruppen (0,7 prosent) eller kommunale legekontor i kontrollgruppen (2,4 prosent). Forskjellen mellom etablerte PHT-legekontor og andre var statistisk signifikant, og bygger dermed opp under funnene i kapittel 4.5.

Alle spørsmålene som er drøftet over, ble også stilt i spørreundersøkelsen 2018. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i andelen respondenter som hadde vært i kontakt med legekontoret, eller i fordelingen av antall kontakter med legekontoret mellom 2018 og 2020. Derimot var det en statistisk signifikant nedgang i andelen som oppga å ha vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær, fra i snitt 48,9 til 44,3 prosent. Denne nedgangen var omtrent like stor ved alle typer av legekontor. Ser vi derimot nærmere på hvilken type kontakt respondentene hadde hatt med sykepleier/helsesekretær, ser vi at andelen som oppga å ha hatt konsultasjon med sykepleier/helsesekretær økte fra 43,8 til 48,6 prosent blant respondenter ved PHT-legekontor som har vært med siden oppstart, og fra 44,6 til 47,6 prosent i kontrollgruppen. Bare den førstnevnte forskjellen var statistisk signifikant. Det var en signifikant nedgang i andelen som oppga å ha hatt oppfølging med sykepleier/helsesekretær over telefon, og denne var omtrent like stor ved PHT-legekontor og i kontrollgruppen. Det var også en statistisk signifikant økning i andelen respondenter som oppga å ha fått hjemmebesøk fra sykepleier/helsesekretær blant respondenter ved PHT-legekontor (fra 1,6 til 2,2 prosent). Vi fant ikke tilsvarende økning i kontrollgruppen.

6.2 Tilgjengelighet

I tidligere undersøkelser av fornøydhet med fastlegetjenesten, har det kommet fram at det er et forbedringspotensial knyttet til tilgjengelighet (Iversen, et al., 2018). Et formål med PHT er å bedre tilgjengeligheten til fastlegetjenesten, for listeinnbyggerne generelt, og for listeinnbyggere med store og sammensatte problemer spesielt. Når man tilfører ressurser til legekontoret i form av sykepleier, forventes tilgjengeligheten til tjenesten å øke. I dette avsnittet analyserer vi listeinnbyggernes erfaringer knyttet til tilgjengelighet, målt ved ventetid for å få time.

I spørreundersøkelsen 2020 ble det stilt to spørsmål om hvor lenge listeinnbyggerne måtte vente for å få time. I disse spørsmålene skilte vi mellom ventetid i tilfeller hvor det er behov for å få time raskt, og tilfeller hvor det ikke hastet å få time.[8] 20,8 prosent av respondentene oppga at de ikke hadde hatt behov for å få en time raskt hos fastlegen det siste året. 24,6 prosent av respondentene som hadde behov for hjelp raskt, fikk time samme dag; 22,5 prosent måtte vente én til to dager og 29,5 prosent hadde måttet vente mer enn to dager (Tabell C.1-16 i vedlegg C.1). Til sammenligning oppga 47 prosent i Folkehelseinstituttets undersøkelse om pasienterfaringer at de hadde fått time samme dag sist de hadde behov for time hos legen raskt; 22 prosent fikk time neste dag; 11 prosent fikk time etter to dager og de resterende 21 prosentene fikk time etter mer enn to dager (Iversen, et al., 2019).

Når det gjelder bestilling av timer som ikke haster, er ventetidene betydelig lenger. 5,7 prosent oppga å vanligvis få time samme eller neste dag, mens 45,5 prosent oppga å få time innen sju dager. 26

[8] I 2018 kun ble stilt et spørsmål om ventetid: «Hvor mange dager måtte du vente på å få time siste gang du bestilte time hos fastlegen?». Spørsmålene er derfor ikke direkte sammenlignbare.

prosent måtte vanligvis vente én til to uker, og 14,9 prosent oppga å måtte vente mer enn to uker (Tabell C.1-17 i vedlegg C.1). I Folkehelseinstituttets undersøkelse om pasienterfaringer oppga 14 prosent at de vanligvis får time samme eller neste dag når de ikke har behov for akutt hjelp, og 64 prosent oppga å vanligvis få time innen syv dager. 23 prosent oppga at de vanligvis får time etter en til to uker og 13 prosent får vanligvis time etter mer enn to uker (Iversen, et al., 2019). Det kan se ut til at listeinnbyggerne ved legekontor som deltar i utprøvingen av primærhelseteam opplever noe lengre ventetid enn listeinnbyggere generelt. På begge spørsmålene om ventetid er det en tendens mot at listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen opplever lengre ventetider, og forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant. Dette henger trolig ikke sammen med driftstilskuddsmodellen som sådan, men med at de fleste kontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen er kommunale legekontor med mer begrensede åpnings- og arbeidstider.

Respondentene ble stilt spørsmål om hvor fornøyd de er med ventetid for å få time. Svarene er oppgitt på en skala mellom 0 og 100, hvor 0 er svært misfornøyd og 100 er svært fornøyd. Gjennomsnittlig score for alle respondenter er 70,0, med et standardavvik på 30,1 (Tabell 6-2). Listeinnbyggere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen er gjennomgående mindre fornøyde med ventetiden for å få time enn andre. Det er ikke statistisk signifikant forskjell mellom listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut honorarmodellen, ved nye PHT-legekontor og legekontor i kontrollgruppen. Det samme spørsmålet om fornøydhet med ventetid for å få time stilt i Digitaliseringsdirektoratets innbyggerundersøkelse fra 2017, og gjennomsnittlig score var da 73,9, med et standardavvik på 27,3 (Digitaliseringsdirektoratet, 2017). Listeinnbyggerne ved legekontor som deltar i utprøvingen, ser med andre ord ut til å være omtrent like fornøyde som respondentene i innbyggerundersøkelsen. Den noe lavere gjennomsnittsscoren kan skyldes dårligere tilgjengelighet under koronautbruddet, men dette vet vi ikke sikkert.

Vi har også undersøkt sammenhengen mellom kjennetegn ved respondenten og fornøydhet med ventetid for å få time blant respondenter ved legekontor som har vært med i forsøket siden 2018 (se andre del av Tabell C.5-1 i Vedlegg C.5). Menn er i snitt mer fornøyde enn kvinner, og eldre er mer fornøyde enn yngre respondenter. Det ser også ut som at personer med bedre egenvurdert helse, og personer som ikke har en langvarig sykdom, er mer fornøyd med ventetiden enn andre. Det er ingen signifikant sammenheng mellom antall kontakter med fastlegen det siste året og fornøydhet. Derimot er det en positiv og signifikant sammenheng mellom antall år man har gått hos sin fastlege og fornøydhet. Listeinnbyggere som oppgir å ha hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær utover korte henvendelser ved skranken oppgir å være mer fornøyd enn personer som ikke har være i kontakt med sykepleier/helsesekretær.

Tabell 6-2 Listeinnbyggernes fornøydhet med ventetid for å få time

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	70,1	30,1	6851	
Type legekontor				0,000
Honorarmodellen	72,3	28,9	2826	
Driftstilskuddsmodellen	63,2	31,9	749	
Nye PHT-legekontor	69,4	30,7	1053	
Kontrollgruppe, privat	70,0	30,3	1992	
Kontrollgruppe, kommunal	69,4	30,4	301	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? ..Ventetid for å få time». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Spørsmålet om fornøydhet med ventetid for å få time ble også stilt i tilsvarende spørreundersøkelse i 2018, og vi har dermed mulighet å analysere utviklingen over tid. I Tabell 6-3 bruker vi forskjeller-i-forskjeller analyse for å undersøke utviklingen i svarfordelingen over tid blant listeinnbyggere ved legekontor som har prøvd ut PHT siden 2018 og listeinnbyggere ved legekontor i kontrollgruppen. Det metodiske rammeverket er nærmere beskrevet i kapittel 2.2.

Hver kolonne i tabellen representerer en separat regresjon, med ulike kontrollvariabler og/eller ulike utvalg. I de to første kolonnene inkluderer vi alle respondenter, mens vi i kolonne tre til fem avgrenser utvalget til pasientgrupper som har større sannsynlighet for å ha fått oppfølging fra PHT. I kolonne 1

inkluderer vi indikatorvariabler for hvilket legekontor respondenten tilhører (ikke vist i tabell av plassbesparende hensyn), en indikatorvariabel for om respondenten har svart på undersøkelsen i år 2020, og indikatorvariabler som viser om respondenten har en fastlege som prøver ut hhv. honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen og har besvart undersøkelsen i 2020. Ved å kontrollere for legekontor, avgrenser vi sammenligningen over tid til å skje innenfor hvert legekontor, og tar dermed høyde for at det kan være en forskjell i nivået på fornøydhet ved de ulike fastlegekontorene. Regresjonskoeffisienten for *År 2020* viser gjennomsnittlig utvikling i fornøydhet med å få time mellom 2018 og 2020 ved legekontor som inngår i kontrollgruppen. Regresjonskoeffisienten for *Honorarmodellen * 2020* viser utviklingen i fornøydhet med å få time ved legekontor som prøver ut honorarmodellen relativt til utviklingen ved kontrollkontorene, og *Driftstilskuddsmodellen * 2020* viser på tilsvarende måte utviklingen i fornøydhet med å få time ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen.

Kolonne 1 i Tabell 6-3 viser at det ikke har vært noen signifikant endring i fornøydhet med ventetid for å få time ved legekontor som inngår i kontrollgruppen mellom 2018 og 2020 (*År 2020*), og at endringen ved legekontor som prøver ut PHT ikke er signifikant forskjellig fra kontrollgruppen (*Honorarmodellen * 2020* og *Driftstilskuddsmodellen * 2020*).

I kolonne 2 kontrollerer vi i tillegg for kjennetegn ved listeinnbyggerne, herunder kjønn, aldersgruppe, indikator for langvarige helseplager, egenvurdert helse, antall kontakter med fastlegekontoret de siste tolv månedene, og antall år hos nåværende fastlege. Dette fører til noe mer presis estimering av regresjonskoeffisientene, men vi kan fortsatt ikke påvise noen signifikant utvikling i fornøydhet med ventetid for å få time.

Hittil har vi undersøkt utviklingen i fornøydhet for listepopulasjonen samlet, men i kolonne 3 til 5 snevrer vi inn analysen til grupper som med større sannsynlighet har fått tettere oppfølging av PHT og som dermed kan ha opplevd en større endring enn den gjennomsnittlige listeinnbyggeren. Fordi det er noe usikkerhet knyttet til hvem som faktisk har fått oppfølging fra PHT, har vi undersøkt tre underutvalg av listeinnbyggere som har større sannsynlighet for å ha vært i kontakt med PHT enn gjennomsnittet. Disse er personer over 70 år, personer med langvarige sykdommer og personer som oppgir å ha vært i kontakt med sykepleier. Vi finner ingen signifikante endringer i fornøydhet med ventetid for å få time når vi avgrenser analysen til disse tre underutvalgene. Det er uklart om resultatene er reelle, eller om de skyldes at utvalget er for lite, men det vil være viktig å følge utviklingen videre i evalueringsperioden.

Tabell 6-3 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med ventetid for å få time

Utvalg:	(1) **Alle**	(2) **Alle**	(3) **>70**	(4) **Langvarig sykdom/helseplager**	(5) **Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	-1.061	-0.709	0.109	0.0152	1.585
	(1.784)	(1.729)	(2.601)	(2.013)	(2.388)
Honorarmodellen * 2020	-3.299	-2.740	-3.502	-2.435	-6.390
	(2.632)	(2.518)	(3.557)	(2.855)	(3.392)
Driftstilskudds-modellen * 2020	2.005	2.097	-1.133	1.983	1.950
	(3.635)	(3.491)	(5.365)	(4.038)	(4.604)
Konstantledd	56.01**	24.49**	49.53**	16.57*	22.75*
	(4.548)	(6.570)	(11.42)	(7.457)	(8.886)
sigma_u					
Konstantledd	8.383**	7.627**	7.304**	7.605**	8.556**
	(0.560)	(0.567)	(1.112)	(0.702)	(0.839)
sigma_e					
Konstantledd	39.61**	38.30**	38.15**	38.66**	39.12**
	(0.350)	(0.351)	(0.649)	(0.442)	(0.540)
Observasjoner	11724	10807	3748	6894	5057
chi2	527.4	1138.9	427.9	813.6	631.5
p	5.12e-88	5.63e-203	5.41e-61	9.92e-137	1.95e-99
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Vi har brukt en multinomisk logit-modell for å estimere sammenhengen mellom fornøydhet med ventetid for å få time og en rekke forklaringsvariabler. Utover forklaringsvariablene som framgår av tabellen, inkluderer vi i kolonne 2 og 3 indikatorvariabler for legekontor. I kolonne 3 inkluderer vi i tillegg kontroller for kjønn aldersgruppe, indikator for langvarige helseplager, egenvurdert helse, antall kontakter med fastlegekontoret siste 12 måneder, og antall år hos nåværende fastlege. Standardfeil i parentes. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent nivå.**

6.3 Brukermedvirkning

Som også drøftet i kapittel 4.2, er en målsetning med PHT å legge til rette for bedre brukermedvirkning i oppfølgingen fra fastlegekontoret. I spørreundersøkelsen til listeinnbyggere ble det derfor stilt spørsmål om i hvilken grad man opplever at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten i oppfølgingen av helsen. 70,7 prosent av listeinnbyggerne oppga at de opplever at fastlegen i stor grad tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten i oppfølgingen, mens henholdsvis 21,5 og 7,8 prosent svarte at de i noen og i liten grad opplever dette (Tabell 6-4). Listeinnbyggere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen og ved kommunale legekontor i kontrollgruppen opplevde i mindre grad enn andre at fastleger tar utgangpunkt i hva som er viktig for respondenten i oppfølgingen av helsen (henholdsvis 58,2 prosent og 65,9 svarte i stor grad). Disse forskjellene var også til stede i 2018, og derfor er det trolig at lavere fornøydhet skyldes andre kjennetegn ved disse legekontorene enn innføringen av PHT.

Blant listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut PHT, øker opplevelsen av at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten med alder, og listeinnbyggere med bedre egenvurdert helse opplever dette i større grad enn andre. Det er også en positiv sammenheng mellom opplevelsen av at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten og antall kontakter med fastlegen det siste året, antall år man har gått hos fastlegen, og kontakt med sykepleier. Kjønn og langvarig sykdom hos pasienten er derimot ikke korrelert med opplevelsen av at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Tabell 6-4 I hvilken grad opplever du at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg i oppfølgingen av helsen din?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	7,8	21,5	70,7	7452	
Type legekontor					0,000
Honorarmodellen	7,9	20,3	71,8	3089	
Driftstilskuddsmodellen	11,5	30,3	58,2	792	
Nye PHT-legekontor	6,5	18,3	75,3	1145	
Kontrollgruppe, privat	7,2	20,8	72,0	2122	
Kontrollgruppe, kommunal	6,7	27,4	65,9	314	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «I hvilken grad opplever du at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg i oppfølgingen av helsen din?». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Spørsmålet over ble ikke stilt i undersøkelsen 2018. Derimot ble det begge årene stilt spørsmål om fornøydhet med mulighet til å påvirke behandlingen en får hos fastlege, og hos sykepleier. Gjennomsnittlig score på fornøydhet med å påvirke behandling en får hos fastlegen er 79,3 (Tabell 6-5). Det er statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike gruppene av legekontor, og legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen skiller seg ut med en noe lavere score enn de andre kontorene (også kommunale legekontor i kontrollgruppen).

Tilsvarende score for sykepleier er noe høyere, 81,3, men det kan ikke utelukkes at dette skyldes tilfeldigheter (Tabell 6-6). Her er det heller ingen statistisk signifikante forskjeller mellom ulike typer av legekontor.

Tabell 6-5 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får hos fastlegen

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	79,3	22,5	6081	
Type legekontor				0,000
Honorarmodellen	79,3	22,2	2489	
Driftstilskuddsmodellen	75,9	23,6	667	
Nye PHT-legekontor	81,7	21,4	948	
Kontrollgruppe, privat	79,2	23	1714	
Kontrollgruppe, kommunal	80,2	20,7	263	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får». «Vet ikke» og «ikke relevant»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Tabell 6-6 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder mulighet for å påvirke behandlingen din?

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	81,3	21,0	2177	
Type legekontor				0,061
Honorarmodellen	81,6	21,0	896	
Driftstilskuddsmodellen	78,0	22,7	286	
Nye PHT-legekontor	82,5	19,6	304	
Kontrollgruppe, privat	81,8	21,3	568	
Kontrollgruppe, kommunal	82,4	18,1	123	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder mulighet for å påvirke behandlingen din?». «Vet ikke» og «ikke relevant»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Når vi analyserer utvikling i fornøydhet med mulighet til å påvirke behandlingen en får hos fastlegen i Tabell C.5-4 vedlegg C.5, finner vi at respondenter ved legekontor i kontrollgruppen har blitt mer fornøyd over tid, men kun når vi kontrollerer for pasientsammensetning (kolonne 2). Dette innebærer at det ved legekontor i kontrollgruppen er en overvekt av listeinnbyggere med individuelle kjennetegn som i snitt er mindre fornøyd med sin mulighet til å påvirke behandlingen man får fra fastlegen. Ved

legekontor som prøver ut honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, ser vi ingen signifikant endring i fornøydhet med muligheten til å påvirke behandlingen man får hos fastlegen.

Når vi avgrenser utvalget til personer som med større sannsynlighet har fått tettere oppfølging av PHT (personer over 70 år, personer med langvarige helseplager eller personer som har hatt kontakt med sykepleier), finner vi en signifikant økning på rundt 6 poeng ved legekontor i kontrollgruppen. Blant listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut honorarmodellen er endringen like stor, men med motsatt fortegn. Ved legekontor med driftstilskuddsmodellen kan vi ikke påvise noen signifikant endring i fornøydhet med muligheten til å påvirke behandlingen man får hos fastlegen.

Ser vi isteden på listeinnbyggernes fornøydhet med å påvirke behandlingen de får hos sykepleier, finner vi ingen signifikante endringer i fornøydhet over tid (Tabell C.5-5 vedlegg C.5).

6.4 Mestring av sykdom

Mestring av egen sykdom var også et tema i listeinnbyggerundersøkelsen. 65,5 prosent av respondentene oppga at fastlegetjenesten i stor grad bidro til mestring av egen sykdom og egne plager, mens 27,7 prosent svarte i noen grad og 6,8 prosent svarte at fastlegetjenesten i liten grad bidro til mestring av egen helse (Tabell 6-7). Igjen skiller listeinnbyggere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen seg ut ved at de i mindre grad enn de øvrige legekontorene oppgir at fastlegetjenesten hjelper dem med å meste sykdommene eller plagene deres.

Blant listeinnbyggere ved fastlegekontor som deltar i forsøket, mener menn i større grad enn kvinner, og eldre i større grad enn yngre at fastlegetjenesten bidrar til mestring av egen sykdom. Andre personkjennetegn vi har analysert, er også korrelert med svarfordelingen på spørsmålet, ved at personer med bedre egenvurdert helse, med flere antall år hos fastlegen, og personer som har hatt kontakt med sykepleier, i større grad mener at fastlegetjenesten bidrar til mestring. Forholdet mellom spørsmålet og antall kontakter med fastlege siste år er ikke-lineært. Interessant nok oppgir personer med langvarige helseplager i mindre grad enn andre at fastlegetjenesten bidrar til mestring av egen sykdom. Undersøkelsen gjennomført av Folkehelseinstituttet om pasienterfaringer i fastlegetjenesten i 2018/2019 viste det samme – respondenter med langvarige helseproblemer oppga at fastlegetjenesten i mindre grad bidro til mestring.[9] Dette kan bety at pasienter med langvarige sykdommer bygger opp egenmestringskompetanse, slik at fastlegen spiller en mindre rolle for mestring av egen sykdom enn for pasienter som ikke har langvarige helseplager. En annen mulig forklaring er at pasienter med langvarige sykdommer også følges opp i spesialisthelsetjenesten, og at det først og fremst er oppfølgingen de får der som bidrar til mestring

Tabell 6-7 Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	6,8	27,7	65,5	7242	
Type legekontor					0,000
Honorarmodellen	6,0	27,8	66,2	2998	
Driftstilskuddsmodellen	11,6	35,4	52,9	773	
Nye PHT-legekontor	6,7	24,3	69,0	1120	
Kontrollgruppe, privat	6,5	26,3	67,2	2044	
Kontrollgruppe, kommunal	5,5	29,6	64,8	307	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine? «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Vi har også analysert utvikling i opplevelse av mestring over tid, men finner ingen signifikante endringer over tid (se Tabell C.5-7 i Vedlegg C.5).

[9] Indikatoren for mestring besto av tre spørsmål: om fastlegen gjør pasienten i bedre stand til å henholdsvis forstå og mestre helseproblemer, i tillegg holde seg frisk.

6.5 Samarbeid og koordinering

Samarbeid og koordinering i PHT handler både om samarbeidet som skjer innad på legekontoret mellom helsesekretær, sykepleier og fastlege, og samarbeidet mellom legekontoret og øvrige helsetjenester. Et av effektmålene for pilotprosjektet er at PHT skal bidra til «bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget», mens et annet prosjektmål beskriver at PHT skal bidra til «bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten». Effektmålene kan forstås som en overordnet målsetting for hva PHT gjennom bedre samarbeid og koordinering skal bidra til, men det gis ingen nærmere beskrivelser av hva dette konkret innebærer.

Begrepene samarbeid, koordinering og samhandling benyttes ofte om hverandre, og det eksisterer mange ulike definisjoner av begrepene. Koordinering og samhandling brukes ofte når det er snakk om at ulike aktører bringes sammen slik at verdien av arbeidet, eller muligheten for å lykkes, øker ved at de arbeider sammen. Samarbeid forutsetter ofte i mindre grad et spesifikt mål. Samtidig uttrykker alle begrepene en interesse om å redusere fragmenteringen i tjenesteyting og å skape bedre sammenheng i tjenestene til den enkelte tjenestemottaker, og det er dette vi fokuserer på i evalueringen.

6.5.1 Samspill mellom lege og sykepleier

Tanken med PHT er, som det også framgår av navnet, at fastlege og sykepleier skal samarbeide om oppfølgingen av pasienter. Personer som oppga å ha hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær utover korte henvendelser ved skranken ble derfor stilt spørsmål om i hvilken grad man synes at fastlege og sykepleier/ helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte. 70,1 prosent av alle respondentene opplevde at fastlege og sykepleier/helsesekretær i stor grad utfylte hverandre på en hensiktsmessig måte (Tabell 6-8). Listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, opplever i mindre grad at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte enn listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut honorarmodellen og private legekontor i kontrollgruppen, men skårer omtrent likt som kommunale legekontor i kontrollgruppen. Det er heller ingen statistisk signifikant forskjell mellom legekontor med honorarmodellen og private legekontor i kontrollgruppen. Vi kan derfor ikke konkludere med at listeinnbyggere ved legekontor som har PHT, opplever at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en bedre eller dårligere måte enn ved legekontor i kontrollgruppen.

Når vi sammenligner listeinnbyggere med ulike personkjennetegn, ser vi stort sett de samme mønstrene som vist i avsnittene over. Alder, egenvurdert helse, langvarig sykdom og antall år hos fastlegen ser ut til å ha betydning for listeinnbyggernes vurderinger (Tabell C.5-8 i vedlegg C.5).

Dette spørsmålet ble ikke stilt i undersøkelsen i 2018, og vi kan derfor ikke undersøke utvikling i svarfordeling over tid.

Tabell 6-8 I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	4,8	25,1	70,1	3041	
Type legekontor					0,007
Honorarmodellen	4,4	24,0	71,6	1227	
Driftstilskuddsmodellen	7,5	30,7	61,7	358	
Nye PHT-legekontor	4,8	23,1	72,1	463	
Kontrollgruppe, privat	4,3	24,0	71,7	851	
Kontrollgruppe, kommunal	4,9	32,4	62,7	142	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte?». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

6.5.2 Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie/hjemmetjeneste og sykehus

Respondentene ble også bedt om å vurdere et eventuelt samarbeid mellom fastlegen og hjemmesykepleie/hjemmetjeneste. Svarene er gjengitt i På tilsvarende måte ble respondentene bedt om å vurdere

samarbeidet mellom fastlege og sykehus. Svarene er gjengitt i Tabell 6-10. 51,2 prosent av respondentene besvarte spørsmålet, mens de resterende svarte «vet ikke» eller «ikke relevant». Blant de som svarte på spørsmålet, var gjennomsnittlig score på 80,7 på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er svært misfornøyd og 100 er svært fornøyd.

Analyser av utviklingen mellom 2018 og 2020 viser ingen signifikante endringer i tilfredshet med samarbeid mellom fastlege og hjemmetjenesten, eller mellom fastlege og sykehus over tid.

Tabell 6-9. 16,3 prosent av respondentene i 2020 besvarte spørsmålet (øvrige svarte «ikke relevant» eller «vet ikke»). Blant de som svarte på spørsmålet var gjennomsnittlig score 75,5 på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er svært misfornøyd og 100 er svært fornøyd. I likhet med spørsmålet overfor ser vi at fornøydhet er korrelert med alder i den forstand at respondentene i de yngste aldersgruppene er minst fornøyde, og at fornøydhet stiger med respondentens alder. Vi ser også at fornøydheten er høyere jo flere år respondenten har gått hos sin nåværende fastlege.

På tilsvarende måte ble respondentene bedt om å vurdere samarbeidet mellom fastlege og sykehus. Svarene er gjengitt i Tabell 6-10. 51,2 prosent av respondentene besvarte spørsmålet, mens de resterende svarte «vet ikke» eller «ikke relevant». Blant de som svarte på spørsmålet, var gjennomsnittlig score på 80,7 på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er svært misfornøyd og 100 er svært fornøyd.

Analyser av utviklingen mellom 2018 og 2020 viser ingen signifikante endringer i tilfredshet med samarbeid mellom fastlege og hjemmetjenesten, eller mellom fastlege og sykehus over tid.

Tabell 6-9 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	75,5	25,3	1197	
Type legekontor				0,043
Honorarmodellen	76,3	24,1	491	
Driftstilskuddsmodellen	69,6	25,8	149	
Nye PHT-legekontor	76,5	27,5	159	
Kontrollgruppe, privat	76,1	25,6	325	
Kontrollgruppe, kommunal	78,1	25,1	73	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste». «Vet ikke» og «ikke relevant»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

Tabell 6-10 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Samarbeid mellom fastlege og sykehus

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	80,7	24	3795	
Type legekontor				0,001
Honorarmodellen	80,4	23,9	1531	
Driftstilskuddsmodellen	76,3	25,8	405	
Nye PHT-legekontor	81,5	23,8	523	
Kontrollgruppe, privat	82,1	23,6	1125	
Kontrollgruppe, kommunal	82,5	22,5	211	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Samarbeid mellom fastlege og sykehus» «Vet ikke» og «ikke relevant»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

6.6 Tilfredshet med fastlege og sykepleier

Økt pasient- og brukertilfredshet er et av effektmålene for forsøket med PHT. Mange ulike faktorer kan påvirke tilfredsheten med fastlegetjenesten, blant annet flere av elementene vi har sett nærmere på tidligere i dette kapittelet. Oppsummert kan man si at kvaliteten på tjenesten på individnivå avhenger av tilgjengelig, effektiv klinisk behandling, mellommenneskelige relasjoner og organisering av tjenesten (Lester & Roland, 2009).

Spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant listeinnbyggere i 2018 viste at respondentene som hadde hatt kontakt med legekontoret de siste 12 månedene alt i alt var fornøyde med fastlegen. Respondentene i aldersgruppen 18 til 34 år var i minst grad fornøyde, mens respondentene i aldersgruppen 70 år eller eldre var mest fornøyde (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018).

I Tabell 6-11 presenterer vi resultater fra spørreundersøkelsen i 2020. Respondentene ble bedt om å vurdere sin fornøydhet med fastlegen langs sju dimensjoner.[10] Vi har aggregert disse til et samlet score på fornøydhet med fastlegen, og skalert svarene slik at en person som ga fastlegen høyeste score langs alle dimensjonene fikk en score på 100, og en person som ga laveste score lange alle dimensjonene ga en score på 0. Listeinnbyggerne som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene, var i gjennomsnitt meget fornøyde med sine erfaringer med fastlegen (gjennomsnittlig score på 86,6). Igjen skiller listeinnbyggere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen seg ut, med lavere gjennomsnittlig fornøydhet (81,9).

Fire av fem legekontor med driftstilskuddsmodellen er kommunale legekontor, og det har blitt foreslått at dette kan være en mulig forklaring på hvorfor listeinnbyggerne ved legekontorene med driftstilskuddsmodellen i snitt er mindre fornøyde. Fastlegene ved kommunale legekontor har i mindre grad enn privatpraktiserende leger mulighet til å bruke overtid for å komme ajour med arbeidet, og mange av legene har også andre oppgaver i kommunen og jobber derfor ikke klinisk med pasienter hver dag. Dette kan bidra til dårligere tilgjengelighet og på denne måten mindre fornøyde listeinnbyggere.

For å undersøke denne hypotesen har vi skilt kommunale og private legekontor i kontrollgruppen, og sammenlignet disse med legekontor med driftstilskuddsmodellen. Kommunale legekontor i kontrollgruppen har en gjennomsnittlig fornøydhetsscore som tilsvarer gjennomsnittet for de private legekontorene. Basert på denne undersøkelsen ser det derfor ikke ut til å være slik at fastlønnede leger jevnt over har mindre fornøyde listeinnbyggere enn privatpraktiserende fastleger. Funnene samsvarer med de fra Folkehelseinstituttets undersøkelse av pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019, som viste at det ikke var noen signifikant sammenheng mellom hvorvidt fastlegen er fastlønnet og om man alt i alt er fornøyd med fastlegen (Iversen, et al., 2019). Det er uvisst hva den lavere fornøydheten ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen skyldes, når det ikke skyldes det kommunale eierskapet i seg selv. En mulig forklaring er at to av kontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen i sin tid ble etablert for å ta seg av svake pasientgrupper, og at dette kan ha sammenheng med utfallet på fornøydhet.

Når vi analyserer sammenhengen mellom pasientkjennetegn og fornøydhet, finner vi stort sett de samme mønstrene som drøftet tidligere i dette kapittelet (Tabell C.5-12 i vedlegg C.5).

[10] Spørsmålet som ble stilt var «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens/sykepleiers evne til..?» og de sju dimensjonene var .. Å behandle deg med respekt.. Å lytte.. Å snakke med deg.. Å forklare beslutninger.. Å gi veiledning / råd.. Å følge deg opp.. Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov.

Tabell 6-11 Listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegen

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	86,6	19,0	6172	
Type legekontor				0,000
Honorarmodellen	86,7	18,8	2540	
Driftstilskuddsmodellen	81,9	20,8	625	
Nye PHT-legekontor	88,6	17,7	968	
Kontrollgruppe, privat	87,1	19,2	1764	
Kontrollgruppe, kommunal	86,1	19,3	275	

Merknad: Poengsummen er beregnet på grunnlag av sju underspørsmål. Spørsmålstillingen lød: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens/sykepleiers evne til..?.. Å behandle deg med respekt.. Å lytte.. Å snakke med deg.. Å forklare beslutninger.. Å gi veiledning / råd.. Å følge deg opp.. Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov». Det ble kalkulert en samlet poengsum mellom 0 og 100, der 0 tilsvarer respondenter som har svart «svært misfornøyd» på samtlige spørsmål, mens 100 tilsvarer respondenter som har svart «svært fornøyd» på alle spørsmål. «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA-testen for varians er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at det er signifikante forskjeller i fornøydhet mellom gruppene.

De samme spørsmålene om fornøydhet ble stilt til respondenter som oppga å ha hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær utover korte henvendelser ved skranken. Resultatene er gjengitt i Tabell 6-12. Gjennomsnittlig score var 84,0, altså noe lavere enn for fastlegene, men vi kan ikke utelukke at dette skyldes tilfeldigheter. Også her ser vi at gjennomsnittlig score er lavere ved legekontor med driftstilskuddsmodellen, men forskjellen er mindre, og ikke statistisk signifikant.

Tabell 6-12 Listeinnbyggernes fornøydhet med sykepleier

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	84,0	19,5	1794	
Type legekontor				0,059
Honorarmodellen	84,4	19,0	738	
Driftstilskuddsmodellen	80,7	21,1	230	
Nye PHT-legekontor	83,9	18,6	256	
Kontrollgruppe, privat	84,2	20,4	474	
Kontrollgruppe, kommunal	86,9	17,2	96	

Merknad: Se merknad under Tabell 6-11.

I Tabell C.5-12 og Tabell C.5-13 i Vedlegg C.5 undersøker vi utviklingen i listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegen og sykepleier over tid. Vi har estimert tilsvarende regresjonsmodell som i avsnittene over, men denne gangen simultant for de sju spørsmålene som også er brukt i Tabell 6-11og Tabell 6-12. Vi finner ingen signifikant endring over tid i kontrollgruppen, og heller ikke blant listeinnbyggere ved PHT-legekontor (Tabell C.5-12 i vedlegg C.5). Unntaket er at listeinnbyggere ved legekontor i kontrollgruppen som har vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær i snitt har blitt mer fornøyd med fastlegen. Når vi i Tabell C.5-13 i Vedlegg C.5 studerer fornøydhet med sykepleier, finner vi en signifikant økning i fornøydhet over tid i kontrollgruppen (med unntak av gruppen over 70 år, hvor vi ikke finner en signifikant endring), men ingen signifikant forskjell mellom denne og listeinnbyggere ved PHT-legekontor.[11]

6.7 Oppsummering og konklusjon

Formålet med å gjennomføre en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut PHT og i en kontrollgruppe var å belyse listeinnbyggernes erfaringer med PHT. Vi finner at listeinnbyggerne stort sett er fornøyd med tilbudet de får hos fastlegen. På en skala fra 0 til 100, hvor 0 var «svært misfornøyd» og 100 var «svært fornøyd», ga listeinnbyggerne fastlegene en samlet score på

[11] Vi ser også det samme mønsteret når vi analyserer svar på spørsmålet «Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?» i Tabell C.5-15 i vedlegg C.5 .

86,6. Sykepleier fikk tilsvarende en gjennomsnittlig score på 84. Dette gjelder både PHT-legekontor og kontrollgruppen.

71 prosent svarte at de i stor grad opplever at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten i oppfølgingen av deres helse, og 66 prosent syntes at fastlegetjenesten i stor grad bidrar til at de mestrer deres sykdom eller plager. Blant de som hadde fått oppfølging av sykepleier/helsesekretær, oppga 70 prosent at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte. Listeinnbyggerne var også fornøyd med fastlegens samhandling med hjemmetjenesten (gjennomsnittlig score på 76 på en skala mellom 0 og 100) og med sykehuset (81 på en skala mellom 0 og 100). I likhet med hva tidligere undersøkelser har funnet, ser det ut å være mest forbedringspotensial på tilgjengelighet, her målt ved fornøydhet med ventetid for å få time. På dette spørsmålet fikk fastlegene en gjennomsnittsscore på 70.

Listeinnbyggere ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er mindre fornøyd med fastlegetjenesten enn listeinnbyggere ved legekontor med honorarmodellen og i kontrollgruppen i 2020. Siden disse forskjellene var til stede allerede i 2018, skyldes det trolig ikke driftstilskuddsmodellen i seg selv, men heller andre forhold ved disse legekontorene. Siden fire av fem legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen er kommunale legekontor, har kommunalt eierskap blitt løftet fram som en mulig forklaring på hvorfor legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen scorer dårligere. Når vi sammenligner legekontor med driftstilskuddsmodellen med kommunale legekontor i kontrollgruppen, finner vi imidlertid begrenset støtte for denne hypotesen. Langs enkelte dimensjoner scorer også kommunale legekontor i kontrollgruppen noe dårligere enn gjennomsnittet, men det gjelder langt fra alle dimensjoner ved brukertilfredshet som vi har undersøkt. På skrivende tidspunkt er det derfor fortsatt uklart hva som er forklaringen til at legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, scorer lavere enn andre legekontor som er med i undersøkelsen. En mulig forklaring kan være at to av legekontorene i sin tid ble etablert for å ta seg av sårbare pasientgrupper, og at dette kan påvirke både driften og pasientsammensetningen på en måte som påvirker fornøydhet negativt. Vi vil undersøke mulige forklaringer videre i senere evalueringsrapporter.

Vi finner ikke holdepunkter for at listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegetjenesten har endret seg relativt til kontrollgruppen etter forsøket med PHT startet. Det er likevel et gjennomgående ikke-signifikant mønster at utviklingen i fornøydhet ved legekontor med honorarmodellen er svakere enn ved legekontor i kontrollgruppen. Dette kan tenkes ha sammenheng med at legekontor med driftstilskuddsmodellen startet på er lavere nivå, og at det derfor kan være enklere å oppnå enn forbedring, sammenlignet med både legekontor i kontrollgruppen og legekontor som prøver ut honorarmodellen. Siden disse tendensene ikke er statistisk signifikante, har vi ikke lagt særlig vekt på disse i fortolkningen av resultatene, men det er vel verdt å følge med på videre i evalueringen.

I 2020 har samfunnet generelt, og helsetjenesten spesielt, vært preget av koronapandemien. Dette har trolig påvirket listeinnbyggernes erfaringer med fastlegetjenesten, men det er vanskelig å forutsi hvordan. Våren 2020 stengte mange legekontor for en periode, og de fleste gikk i stor grad over til digital oppfølging. For mange har dette resultert i at fastlegetjenesten har vært mer utilgjengelig enn vanlig. Samtidig rapporterer fastlegene om at enkelte grupper, særlig i risikogruppen som i stor grad sammenfaller med målgruppen for PHT, kan ha fått tettere oppfølging (Figur B.1-2 i vedlegg B.1). Fastlegene har også i flere år meldt om at deres arbeidsbelastningen er for stor. Sammen kan dette bety at en del listeinnbyggere opplever et dårligere, eller i hvert fall et annet tilbud hos fastlegen i 2020 sammenlignet med i 2018, uten at dette nødvendigvis har noe med innføringen av PHT å gjøre.

Dette gjør at det er noe usikkerhet knyttet til resultatene fra listeinnbyggerundersøkelsen, og det er ikke mulig å trekke konklusjoner uten at det blir gjort flere undersøkelser.

7. PHT-forsøket og pasienter med utviklingshemming

Dette kapitlet har oppmerksomheten rettet mot personer med utviklingshemming - en av målgruppene for PHT. Våre funn tyder på at utviklingshemmede vies noe mer oppmerksomhet ved legekontorene i forsøket enn tidligere. Men det er fortsatt rom for forbedringer. Kapitlet belyser noen gode eksempler på hvordan beboere i tilrettelagte bofellesskap (PU-boliger) kan følges opp av fastlege – både med og uten PHT.

En av målgruppene for PHT er personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet, 2017). Det er ikke klart definert hvilke personer som inngår i denne gruppen. Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander som er knyttet til kognitive, språklige og sosiale vansker. I sin definisjon av personer med funksjonsnedsettelser, inkluderer Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet personer med utviklingshemming, og i tillegg personer med bevegelseshemming, synshemming, hørselshemming og psykososiale funksjonsnedsettelser[12]. Karlsen og medarbeidere (2019) viser til at utviklingshemmede kan identifiseres ut fra en medisinsk diagnose, mens de øvrige er vanskeligere å identifisere. I PHT-sammenheng, har vi så langt inntrykk av at det er psykisk utviklingshemmede (heretter omtalt som utviklingshemmede) som er hovedmålgruppen.

På starten av 1990-tallet ble særomsorgen for utviklingshemmede lagt ned og HVPU-reformen gjennomført (Søbye, 1994). Reformen innebar at ansvaret for integrering ble lagt på kommunalt nivå og utviklingshemmede skal benytte seg av kommunens ordinære tjenester og tilbud - blant annet fastlegetjenesten. Dette innebærer at utviklingshemmede er spredd på fastlegers lister hvor de som hovedregel utgjør et lite antall av listeinnbyggerne. Mange utviklingshemmede bor i dag i tilrettelagte bofellesskap – her omtalt som PU-boliger. Vi har ikke sikre tall på antall utviklingshemmede i Norge. I forskningen om forekomst, spriker anslagene. Meld. St. nr.45 (2012-2013) viser til et anslag på 1,5 prosent av befolkningen.

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming (Statens helsetilsyn, 2017). Det ble gjennomført tilsyn med 57 kommuner og i 45 av disse ble det avdekket til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet. I noen kommuner var svakhetene mange og store, og tjenesteytingen framsto tilfeldig. I mange tilsyn ble det påpekt som en alvorlig styringssvikt at kommunens ledelse ikke følger godt nok med på om brukerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester og at de ikke etterspør informasjon om tjenestene fungerer som forutsatt. Fylkesmennene påpekte brudd på kravene til forsvarlige helsetjenester i hjemmet, inklusive legemiddelbehandling, og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling i mer enn halvparten av kommunene. Med noen svært få unntak, fant imidlertid tilsynet at kommunen overholder plikten til å medvirke til at brukeren kommer i kontakt med og ledsages til fastlege. I de kommunene der det ble avdekket svikt på dette området, ble det beskrevet mangel på rutiner og tydelig ansvar for å sørge for legetimer og for å følge bruker til lege.

I dette kapitlet presenterer vi først noen registerdataanalyser om legetjenester til utviklingshemmede pasienter ved legekontorene i forsøket. Deretter kommer vi inn på legetjenestebehov blant utviklingshemmede slik det ble beskrevet av informanter i kommuner/bydeler i intervju gjort ved oppstart av PHT-forsøket. Videre beskriver vi planer og tiltak ved legekontorene i PHT-forsøket for å legge til rette for å gi allmennlegetjenester til målgruppen utviklingshemmede. Grunnlaget for denne beskrivelsen er intervju med personell på legekontorene i PHT-forsøket, personell ansatt i PU-boliger og en pårørende (se kapittel 2.4 for detaljer). I første del beskriver vi utfordringsbildet sett fra kommuner/bydeler da forsøket startet. Videre beskriver vi legekontorenes kontakt med og planer for målgruppen ved oppstart og iverksatte tiltak i en tidlig fase av forsøket. Til slutt beskrives noen konkrete eksempler på oppfølging av beboere i tre ulike PU-boliger før vi oppsummerer om endringer i pasientoppfølgingen. Vi understreker at framstillingen er basert på en kvalitativ studie hvor hensikten ikke er å dra generelle slutninger om hele målgruppen, men å gå litt avgrenset i dybden.

[12] https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/

7.1 Registerdataanalyser om tjenesteendringer for utviklingshemmede

Før vi går inn i den kvalitative analysen, presenterer vi noen analyser om legetjenester til utviklingshemmede[13] basert på registerdata. Vi finner at 0,6 prosent av listeinnbyggerne både ved legekontor som prøver ut honorarmodellen og legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er utviklingshemmet. Det er stor variasjon i antall utviklingshemmede listeinnbyggere både mellom enkeltleger og legekontor. Få pasienter og små tall gjør at analyser av legetjenesteforbruket må tolkes med omhu.

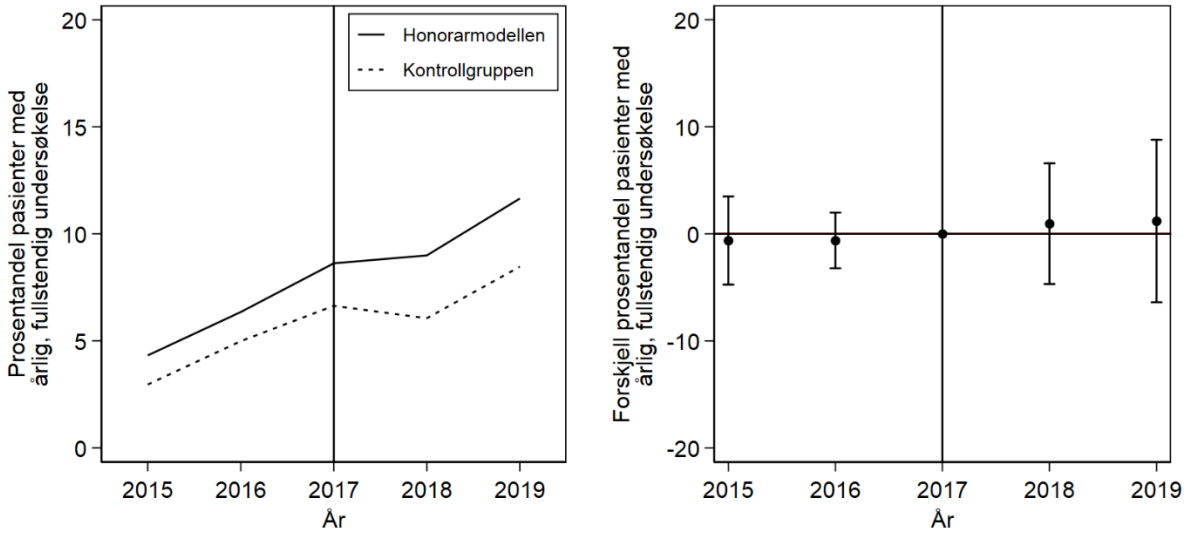
I perioden 2015 til 2019 har gjennomsnittlig antall konsultasjoner til utviklingshemmede per år ligget på 4 for legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen og 3,1 for legekontor som prøver ut honorarmodellen. Konsultasjonsnivået er signifikant høyere ved legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen[14]. Noen konsultasjoner skjer ved hjemmebesøk. Fra 2018 har sykepleiere bidratt med konsultasjoner til denne gruppen. I perioden 2015 til 2019 har det gjennomsnittlige antall årlige konsultasjoner per utviklingshemmet listeinnbygger ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen økt noe sammenliknet med kontrollgruppen. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Økningen kan tilskrives økt konsultasjonsfrekvens ved ett legekontor. I samme periode finner vi at det gjennomsnittlige antallet årlige konsultasjoner per utviklingshemmet listeinnbygger ved legekontor som prøver ut honorarmodellen ikke skiller seg nevneverdig fra det vi finner i kontrollgruppen. En nedgang mellom 2018 og 2019 ved legekontorene med honorarmodellen kan knyttes til ett legekontor og skyldes trolig langtids sykefravær, hvor vikar(er) ikke opprettholder konsultasjonsnivået for denne gruppen.

Som en indikator på om målgruppen utviklingshemmede får bedre oppfølging enn tidligere, har vi telt opp andelen av listeinnbyggere ved legekontor i PHT-forsøket som prøver ut honorarmodellen med relevante diagnoser som får årlig fullstendig undersøkelse ved legekontoret (takst 660). Figur 7-1 viser for det første at det er en økende andel i målgruppen som får denne typen undersøkelse og at andelen i 2019 var kommet opp i omtrent 10 prosent ved legekontorene med honorarmodellen i forsøket. Gjennomsnittet av legekontor med honorarmodellen skiller seg ikke signifikant ut fra gjennomsnittet av kontrollkontorene. Det er en betydelig variasjon i gjennomføringen av årlig fullstendig undersøkelse innen legekontorene med honorarmodellen. Takst 660 brukes ikke driftstilskuddsmodellen.

[13] I likhet med Karlsen, et al. (2019), Tabell 4.4 s. 17) har vi lagt disse ICD-10 diagnosene til grunn: F7 Utviklingshemmet, F840 Barneautisme, F841 Atypisk autisme, F842 Retts syndrom, F845 Asbergers syndrom, F848 Annen spesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, F849 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, G80 Cerebral parese, Q871 Cornelia de Langes syndrom, Q90 Downs syndrom 3607 3772 3932, Q934 Cri de Chat syndrom. I tillegg er P85 i ICPC-2 benyttet.

[14] Lineær regresjon gir p-verdi på 0.11 når man tar hensyn til at pasienter på samme legekontor ikke er uavhengige. På fastlegenivå er differansen signifikant med p-verdi på 0.04. Poisson regresjon viser at forskjellen er signifikant på 5 prosent nivå, både på fastlegenivå og legekontornivå. Poisson regresjon kan være å foretrekke framfor lineær regresjon siden utfallet er positive heltall.

Figur 7-1 Andel av pasientene med utviklingshemming som har mottatt minst en årlig fullstendig undersøkelse i løpet av et år



7.2 Utfordringsbildet sett fra kommuner og bydeler ved starten av PHT-forsøket

Intervjuene som ble gjort ved starten av PHT-forsøket med ansatte i de kommunale tjenestene som jobber med utviklingshemmede, tolkes som at fastlegetjenestetilbudet til denne målgruppen kjennetegnes av stor variasjon. Siden målgruppen i stor grad er spredd på ulike fastleger, blir tilbudet til den enkelte i noen grad bestemt av den enkelte fastleges interesse og kompetanse – eller mangel på så dann. I noen få av kommunene i forsøket var tilbudet preget av større grad av plan og likhet fra legekontorets side i form av en målrettet tilnærming som blant annet innbefattet gjennomføring av anbefalt årskontroll og prioritering av deltagelse i ansvarsgruppemøter. I de øvrige kommunene tok flere informanter opp utfordringer knyttet til stor ressursbruk forbundet med å få utviklingshemmede til lege, legenes manglende forståelse og kunnskap om komplekse somatiske og psykiske helseplager i pasientgruppen og legenes manglende prioritering av deltagelse i ansvarsgruppemøter. I flere kommuner pekte informanter på at ustabilitet og mye vikarbruk i fastlegetjenesten var uheldig for denne gruppen. Mangler i fastlegetjenestetilbudet til målgruppen ble påpekt i forsiktige ordelag. En informants uttalelse tjener som en god oppsummering av det vi ble fortalt om legetjenestetilbudet:

> *«Det kan bli bedre, absolutt. Men jeg sier ikke at det er dårlig, for det er det ikke»*

I den grad informantene hadde forventninger til PHT, handlet de om håp om mer kontinuitet, prioritet, koordinering og fleksibilitet fra fastlegetjenesten. Særlig så informantene større muligheter for å flytte tjenestene til utviklingshemmede ut av legekontorene og hjem til utviklingshemmede pasienter med PHT.

7.3 Legekontorenes planer ved oppstart i 2018

Ingen av informantene ved de 13 legekontorene som startet i PHT-forsøket i 2018, fortalte ved oppstart om noen konkrete planer om å gjøre noe mer eller annerledes for målgruppen utviklingshemmede. Ved ett legekontor fortalte PHT-lederen om at det allerede før PHT-forsøket, var etablert faste årlige møter mellom fastleger og utviklingshemmedes primærkontakt i hjemmesykepleien. Ved et annet legekontor var en av legene fastlege for alle beboerne i en PU-bolig. Vi kommer tilbake til dette eksemplet (se Eksempel 1 under).

Det at den enkelte fastlege og legekontoret som helhet hadde få utviklingshemmede på sine lister, ble trukket fram som hovedforklaringen på at målgruppen utviklingshemmede ikke ble prioritert i PHT-forsøkets oppstartsfase.

7.4 Tiltak i 2019

Intervjurunden som ble gjennomført på legekontorene i 2019, viste at det hadde skjedd endringer knyttet til oppfølging av målgruppen utviklingshemmede ved åtte av de 13 legekontorene som da var inkludert i forsøket. Ved legekontoret som allerede før PHT-forsøket hadde etablert faste årlige møter mellom fastleger og utviklingshemmedes primærkontakter, fortalte PHT-sykepleierne om at de nå deltok i oppfølgingen av noen utviklingshemmede pasienter. Ved fire legekontor var det etablert, eller i ferd med å etableres, et opplegg for gjennomføring av årskontroll av utviklingshemmede. Ved ett av disse legekontorene fortalte leger om at det hadde vært overraskende vanskelig å få gjennomført årskontroller fordi det blant ansatte i PU-boligene hadde vært lite interesse for å bidra til dette. Ved ett annet av disse legekontorene fortalte PHT-leder at de fra legekontorets side hadde oppfordret kommunens miljøterapeutiske avdeling og sørge for at det ble bestilt årskontroll for alle utviklingshemmede brukere bosatt i kommunen, uavhengig av hvilken fastlege de hadde. Ved det sjette legekontoret fortalte PHT-lederen om at PHT nå ga tjenester til utviklingshemmede hjemme i deres boliger, uten at dette spesifikt ble omtalt som årskontroller.

Ved det sjuende legekontoret hadde en av fastlegene fått ansvar for beboerne ved PU-boligen i kommunen. Det var ordnet slik at alle beboerne nå hadde denne legen som sin fastlege. Det var blitt gjennomført årskontroller og legen kom til boligen i sykebesøk slik at beboerne slapp å komme til legekontoret. Legekontoret hadde også tilrettelagt for bedre og regelmessig oppfølging av kommunens utviklingshemmede barn i samarbeid med helsestasjonen.

Ved det åttende legekontoret hadde det skjedd omfattende endringer. Fastlegene ved legekontoret hadde ved oppstart av forsøket totalt sett veldig få utviklingshemmede pasienter. Fordi en fastlege i kommunen som hadde mange utviklingshemmede på sin liste, hadde pensjonert seg, hadde mange av disse pasientene valgt en fastlege med ledig kapasitet ved dette aktuelle legekontoret. Da vi gjennomførte intervju våren 2019, hadde legekontoret på kort tid fått over 40 nye utviklingshemmede pasienter. De fleste av disse var beboere i ulike PU-boliger. Mulighetsrommet som PHT skaper for å ivareta utviklingshemmede pasientene, ble trukket fram som forklaring på denne utviklingen. Vi kommer tilbake til også dette eksemplet (se Eksempel 2 under).

7.5 Nye legekontors planer ved oppstart i 2020

I 2020 ble fire nye legekontor innlemmet i PHT-forsøket. Det ble gjennomført samme type intervju med personalet ved oppstart ved disse legekontorene som de vi gjennomførte ved oppstart av de 13 opprinnelige legekontorene i forsøket i 2018. Ved de 13 opprinnelige legekontorene ble det ikke gjennomført intervju med personalet i 2020.

To av de nye legekontorene i forsøket, hadde ingen planer om å tilrettelegge særskilt for utviklingshemmede pasienter. Dette ble forklart med at legekontorene hadde få pasienter i målgruppen og oppfattet at disse ble godt ivaretatt.

Ved det tredje legekontoret fortalte PHT-leder at de i startfasen hadde prioritert to andre målgrupper, men at det neste som sto for tur var å få til et systematisk opplegg for gjennomføring av årskontroller for utviklingshemmede. I intervjuet med legene ved kontoret kom det fram at flere av dem allerede gjennomførte slike årskontroller og gjerne selv dro ut til PU-boliger for å gjøre sin del av dette arbeidet, mens pasientene måtte komme til legekontoret for å ta tilhørende blodprøver.

Ved det fjerde legekontoret som ligger i samme kommune som det tidligere nevnte legekontoret, som i 2019 økte antall utviklingshemmede pasienter med over 40, fortalte PHT-lederen at de hadde sagt ja til å ta ansvar for en PU-bolig med voksne autister. PHT-lederen mente at måten det nevnte legekontoret med mer enn 40 ekstra utviklingshemmede pasienter arbeidet med denne målgruppen, hadde skapt en viss presedens og forventning i kommunen om at de skulle gjøre noe liknende.

PHT-lederen var blitt kontaktet av personell ved PU-boligen når det ble kjent at legekontoret skulle inn i PHT-forsøket, fordi PU-boligen ønsket PHT-tilbudet. Rent praktisk er PHT-lederen nå blitt fastlege for

alle beboerne i den aktuelle PU-boligen. PHT-lederen fortalte at han oppfatter at de ansatte ved PU-boligen ser det mer hensiktsmessig å ha ett fastlegekontor å forholde seg til, enn at hver beboer har fastlege ved ulike legekontor. Det er lettere å koordinere tjenester og koble hjemmebesøk. PHT-ledere viste til at legekontoret (beskrevet i eksempel 2) «har noen litt alrighte resultater å vise til som gjør at vi tenker det høres både lurt og riktig ut å gjøre det på den måten». Planen er å knytte en av de to PHT-sykepleierne ved legekontoret til oppfølgingen av beboerne i PU-boligen og at PHT-lederen sammen med sykepleieren skal ha primæransvar for oppfølgingen.

PHT-lederen fortalte at det hadde vært et dilemma å bestemme seg for å gå inn i samarbeidet med PU-boligen. Han var opptatt av at legekontorene i kommunen som er med i PHT-forsøket, ikke skal blir en «go to place» for alle pasienter med spesielle behov og bli en urimelig stor belastning for fastlegene. Hvis de baserer seg på en drift hvor sykepleier skal være tett involvert i kontakt med enkelt boliger og tunge brukergrupper, og sykepleierressursen forsvinner etter endt forsøk, så ser han for seg at alt arbeidet faller på fastleger. Valget de står overfor da er ifølge PHT-lederen, å gjøre en jobb med lav kvalitet eller redusere listene og tape økonomisk - men gjøre en god jobb for de tunge brukerne. PHT-lederen trakk fram at det blant utviklingshemmede finnes grupper med et veldig stort pleie- og omsorgsbehov. PU-boligene er i hovedsak bemannet med vernepleiere og mangler medisinskfaglig oppfølging. Han er i utgangspunktet skeptisk til å bruke PHT til å dekke et opplagt behovet denne målgruppen har for mer medisinskfaglig oppfølging. Oppfølging fra en lege med en liten kommunal bistilling ville ifølge PHT-lederen vært en bedre løsning.

7.6 Eksempel 1: Legetjeneste til beboere i PU-bolig før PHT

Framstillingen i dette eksemplet bygger på intervju med en PHT-leder, en lege og en leder ved en PU-bolig gjort i 2018. PHT-ledere og legen jobber på et kommunalt eid legekontor. Noen år før PHT-forsøket startet, gikk legekontoret ut med informasjon til alle PU-boliger i bydelen om at legekontoret hadde en tilgjengelig legeressurs som kunne knyttes til PU-boliger. Tilbudet handlet i utgangspunktet om en tilsynslegefunksjon for disse boligene hvor en lege skulle gjøre systemarbeid - ikke overta fastlegeansvaret for de som hadde fastleger andre steder - men være en medisinsk ressurs for boligen. Både PHT-lederen og legen fortalte om et blandet mottak av tilbudet.

Tilbudet ble tatt godt imot ved en liten PU-bolig som har etablert et godt og varig samarbeid med legekontoret. Legen omtalte dette som «en bolig som fungerer meget godt» med «en leder som har veldig bra kontroll». Det ble tidlig sørget for at legen ble fastlege for de fem eldre beboerne. Lederen ved PU-boligen fortalte om beboere med store medisinske utfordringer og sammensatte bistandsbehov som for å nevne noe, inkluderte alvorlige hjerneskader, autisme, epilepsi, sirkulasjonsproblemer, astma, sår, næring og medisiner via sonde, angst, manglende språk og utagerende atferd. Tvangstiltak og narkose for å utføre medisinske undersøkelser, er i noen tilfeller nødvendig. Lederen mente at de skilte seg ut blant PU-boligene i bydelen med beboere med et særlig stort behov for medisinsk oppfølging.

Både legen og lederen for boligen fortalte om mer kontinuitet i oppfølgingen av beboerne. Legen kommer med jevne mellomrom til PU-boligen og har da satt av en time eller to. Tiden brukes enten til å diskutere mer generelle medisinske forhold rundt beboerne med leder og eventuelt øvrig personale, eller til spesifikke problemstillinger knyttet til den enkelte beboer – mer som et slags sykebesøk. Legen vurderte at beboerne får ganske gode legetjenester, men at det kunne vært avsatt mer fast tid til ivaretakelsen av oppgaven.

Lederen ved PU-boligen satte stor pris på den tette kontakten og muligheten til å få legen hjem til beboerne. Hun fortalte om ukentlig kontakt med fastlegen knyttet til en eller flere beboere og et unikt samarbeid hvor hun og legen hadde hatt faste møter hvor de gikk gjennom status på hver enkelt. Dette hadde blant annet resultert i nye utredninger av enkelte beboere hvor diagnoser var blitt endret. Det er ellers mye justeringer og endringer i medisiner. Det tette samarbeid med legen hadde også resultert i at vernepleierne i boligen hadde fått opplæring i å utføre enkelte prosedyrer som tidligere ble gjort av legen. Lederen ønsket at legen generelt hadde mer tid og spesielt mulighet til å komme ved akutte hendelser. Men som regel ble det i slike tilfeller hjemmebesøk fra legevakten. Lederen fortalte ellers om et godt samarbeid om beboerne med både legevakt og nevrologisk spesialisthelsetjeneste.

Legen så ikke ved starten av forsøket for seg at PHT ville kunne bidra med noe mer enn det legen allerede bidro med i den aktuelle PU-boligen. Men i noen av de større PU-boligene i bydelen «hvor jeg

ikke opplever at den faglige kompetansen på de medisinske tingene er så stor […] kan det jo hende at man kunne hatt nytte av en sykepleier». Legen pekte blant annet på at det var behov for at noen holdt oversikt og sørget for at beboerne får gjennomført anbefalt årskontroll.

Lederen ønsket seg i utgangspunktet mer legetid, men så ikke bort fra at en dyktig sykepleier kan utfylle legens rolle. Lederen var spent på om PHT ved legekontoret ville medføre endringer for dem og sa:

> *«Det er jo det jeg håper da med sånn type tjenestetilbud som dette her med primærhelseteam, at det vil være enda lettere å tilrettelegge for det spesielle behovet de enkelte brukerne har. […] Nå unnlater vi å ta enkelte undersøkelser ikke sant, fordi det er vanskelig å gjennomføre.»*

7.7 Eksempel 2: Legetjeneste til beboere i PU-boliger med PHT

Framstillingen bygger på intervju med en PHT-leder, en lege, en PHT-sykepleier gjort i 2019, og intervju med tre vernepleiere ansatt i to ulike PU-boliger og en pårørende til en beboer i en av PU-boligene gjort i 2020.

Legekontoret som dette eksemplet er hentet fra, gikk inn i PHT-forsøket med erfaring med oppfølging av fire-fem ganske velfungerende utviklingshemmede listeinnbyggere som kom til legekontoret ved behov. På relativt kort tid økte imidlertid legekontorets pasientpopulasjon med utviklingshemmede med over 40. De fleste av disse er som tidligere nevnt, beboere i ulike PU-boliger. Majoriteten av dem står på listen til en fastlege som begynte ved legekontoret etter oppstarten av PHT. Legen hadde ledig plass på sin liste og mange utviklingshemmede pasienter hadde behov for ny fastlege fordi den de hadde pensjonerte seg. Situasjonen var på ingen måte planlagt, men vurdert som mulig å håndtere av legekontoret, fordi de har PHT. De utviklingshemmede pasientene følges opp av en PHT-sykepleier, den aktuelle fastlegen og av PHT-lederen som fungerer som det informantene selv kalte «en overlege i PHT».

Sykepleieren har gjort en omfattende kartleggingsjobb med de nye pasientene og har, ifølge PHT-lederen, på kort tid opparbeidet seg en betydelig kompetanse på oppfølging av utviklingshemmede pasienter fordi antallet av dem er så stort. De medisinske utfordringene og bistandsbehovene i pasientpopulasjonen beskrives som svært variert og i mange tilfeller som store. Også her handler det om pasienter med hjerneskader, kompliserte epilepsisyndrom, autisme, Downs syndrom, hjertesvikt, aldring, fysisk utagering, manglende språk og behov for tvang - for å nevne noe. Riktig medisinering av utviklingshemmede pasienter ble trukket fram som en stor utfordring og et område som PHT-lederen har interessert seg særlig for. Sykepleieren fortalte at mange pasienter har kompliserte epilepsitilstander hvor riktig medisinering kan gjøre stor positiv forskjell og også om pasienter som var medisinert med «gamle haldolmedisiner» og at det har vært «mye jobb å fase ut de gamle førstegenerasjonsmedisinene og få de over på moderne medisiner».

Sykepleieren fortalte om stor variasjon i PU-boligene hvor legekontoret nå har listeinnbyggere. På den ene siden boliger av god standard med stabilt og godt kvalifisert personell, på den andre siden det hun karakteriserte som underbemannede boliger med lavt kvalifisert personell - «det er jo ikke vernepleiere, det er ikke sykepleiere, det er sånn mannen i gata» - som gjerne er alene på vakt, og en boligstandard betegnet som «skikkelig falleferdig». Sykepleieren fortalte at hun «er litt sånn sjokkert» over botilbudet til noen av de eldre, utviklingshemmede beboerne som legekontoret nå følger opp.

7.7.1 Kjennetegn ved PHT-oppfølgingen og erfaringer ved PU-bolig 1

Siden pasientene ikke kan snakke for seg selv i dette tilfellet, er to vernepleiere intervjuet for å anskueliggjøre virkningene av PHT for pasientene i den aktuelle PU-boligen. Begge har jobbet lenge i den døgnbemannede boligen og kan sammenlikne situasjonen med og uten PHT. I boligen er det åtte beboere med store medisinske behov og tiltagende alderdomssvekkelse – én litt yngre og resten i aldersspennet mellom 50 og 65 år.

Legen som er fastlege for majoriteten av de utviklingshemmede pasientene ved legekontoret, er fastlege for alle de åtte beboerne. PHT er koblet på alle pasientene og en av de tre sykepleierne ved legekontoret jobber fast med disse pasientene. Det er sykepleieren som har den daglige kontakten med PU-boligen. Personalet kan ringe henne direkte og hun er ofte innom i boligene og tar prøver og gjør kliniske vurderinger. Hun har med seg utstyr som gjør at hun eksempelvis kan ta blodprøver, måle blodtrykk, ta CRP og EKG. Hun har også med utstyr for videooppkobling til konsultasjon med lege ved legekontoret.

Ved årskontroller drar sykepleieren alltid først ut til pasienten, kartlegger og tar blodprøver og andre målinger. Deretter gjennomfører fastlegen resten av årskontrollen i PU-boligen. Sykepleieren er da alltid med fastlegen ut. Utenom årskontrollene, er det PHT-lederen som tar seg av pasientenes medisinske problemstillinger. Dette forklares med at PHT-lederen har kapasitet som fastlegen ikke har, og en særlig kompetanse og interesse for pasientgruppen.

Vernepleierne fortalte at beboerne tidligere hadde hatt fastlege ved et legekontor som i svært liten grad var tilrettelagt for utviklingshemmede pasienter. Legen kom til boligen i sykebesøk ved noen svært sjeldne tilfeller, men som hovedregel måtte pasientene komme til legekontoret. En av de sykeste beboerne kom seg ikke til fastlegen fordi heisen der var for trang for rullestolen. For henne var legevakten alternativet. Ved PU-boligen måtte de gjerne leie inn ekstra personell når noen skulle til lege, fordi det måtte være flere pleiere med. De ble gjerne sittende å vente – ofte ganske lenge - på et overfylt venterom, gjerne sammen med et «ganske bredt spekter av klientell […] mange av de på LAR behandling» og måtte ofte bruke makt for å få en frustrert og oppkavet pasient inn til legen som hadde begrenset med tid. Det ble til at de bare «tok det som hastet». En av vernepleierne medga at:

> *«vi gikk jo ofte ut derfra med litt sånn blandede følelser og hadde jo gjerne fått en ny medisin»*

Da fastlegen pensjonerte seg, ble pasientene flyttet over til fastlegen ved legekontoret med PHT. En av beboerne ble like etter veldig syk og de trodde hen skulle dø. De tok kontakt med legekontoret og opplevde å få svært god hjelp og oppfølging. PHT-sykepleieren kom til boligen og «overtok litt på en måte». Hun gjorde kliniske målinger og vurderinger, koblet inn legen som satt i gang behandling, trygget personalet og snakket med pårørende. Det viste seg å være en kraftig infeksjon som lot seg behandle uten at beboerne trengte å forlate boligen. Etter det begynte et tett samarbeid med PHT.

Vernepleierne fortalte om store positive endringer både når det gjelder kvalitet og kontinuitet i den medisinske oppfølgingen av beboerne. I begynnelsen og periodevis er PHT «massivt inne, med mye kontakt», så er det perioder med mindre kontakt. De opplever at sykepleieren er svært tilgjengelig og at hele personalgruppen i PU-boligen har lett tilgang til henne. Det er tatt initiativ til å justere medisineringen av to av beboerne med epilepsidiagnoser. Det er trappet betydelig ned på medisinene og beboerne framstår «mye mer våken, mye mer til stede og med mye mer livsglede». Ved andre beboere har den tette oppfølgingen fra PHT avdekket både matintoleranse og diabetes som ikke tidligere var kjent. Vernepleierne fortalte at bruken av tvang var redusert kraftig og vurderte at enkelte av beboerne har fått en betydelig økt livskvalitet.

Vernepleierne fortalte at de er overrasket over at de bruker lege ganske mye mindre enn de gjorde før. Dette handler dels om at sykepleieren gjør en del som de brukte lege til tidligere, men også at personalet i boligen gjør mer medisinsk arbeid enn før. De har blant annet skaffet utstyr som gjør at de selv kan måle blodtrykk og ta CRP og har også fått opplæring av sykepleier og lege i å observere og vurdere beboerne. De kan kontakte lege på video og få veiledning og støtte i observasjons- og vurderingssituasjoner. De har jobbet med å konkretisere «en magefølelse om at det er noe galt» hvor de tidligere kontaktet lege eller legevakt og bare kunne melde at en beboer var «blitt dårlig». Nå har de målt puls, blodtrykk og temperatur før de ringer, og vet hvor normalnivået for disse målingene ligger for den enkelte beboer. De opplever at de tar styringen selv på en annen måte enn før og i mindre grad vurderer at det er nødvendig at beboerne konsulterer lege. Men når de tar kontakt med lege, så er de mye mer tydelig på hvorfor de tar kontakt og opplever å få hjelp. En av vernepleierne oppsummerte med at de «står igjen med masse nye kunnskaper og trygghet». De fortalte videre at de sparer ressurser på at de nå i veldig liten grad trenger å leie inn ekstra personell for å følge beboere til lege.

Vernepleierne sa at det de opplevde som viktigst, var «at det er kontinuitet og at det er lett å kommunisere med dem». Det mente at det ikke handlet om den spesielle sykepleieren, eller den spesielle legen, men mest det at «det er de samme» som beboerne og personalet har kontakt med. En av vernepleierne oppsummerte situasjonen med PHT med følgende utsagn:

> *«Jeg tror hvis vi skulle satt oss ned og så kommet med et sånt drømme...*
> *- sånn kunne vi tenkt oss å hatt det - så hadde det jo vært noe lignende det som er nå.»*

7.7.2 Kjennetegn ved PHT-oppfølgingen og erfaringer ved PU-bolig 2

I tilknytning til den andre PU-boligen intervjuet vi en vernepleier og en pårørende til en beboer. Vernepleieren ble ansatt ved boligen høsten 2018 og var med på skiftet fra vanlig fastlegetjeneste til PHT. PU-boligen har fem voksne beboere i aldersspennet mellom 20 og 40 år. De har en egen sykepleier i staben. En autismediagnose er beboernes hoveddiagnose. De har lite språk og flere har tilleggsdiagnoser. Fire av beboerne har epilepsi eller har blitt diagnostisert med det som barn, og hadde stått på de samme medisinene i mange år.

Tidligere hadde alle beboerne forskjellige fastleger ved ulike legekontor. Nå har alle fastlege ved legekontoret med PHT, men de har ulike fastleger der. I praksis er det imidlertid en lege som i all hovedsak står for den medisinske oppfølgingen av beboerne og kontakten med PU-boligen. PHT-sykepleieren er lite inne i bildet sammenliknet med PU bolig 1 som er beskrevet over. Hun er innom av og til og tar blodprøver og er noen ganger med legen for å bli kjent med beboerne.

Vernepleieren innledet intervjuet med å si om overgangen til et legekontor med PHT:

> *«Jeg har sett en forskjell, og i tillegg så har jeg fått mye informasjon fra mine medkolleger som har jobbet her i flere år da, som har sett en ganske markant forskjell.»*

Vernepleieren fortalte om en prosess hvor legetjenesten er flyttet hjem til beboere som har hatt mange traumatiske opplevelser på legekontor. De var spent på hvordan det ville bli å «ta de traumatiske hendelsene hjem». De opplever at legen kommer i sivile klær og er på en måte på vanlig besøk. Vernepleieren fortalte at legen henvender seg til beboeren, stiller spørsmål som beboerne kanskje ikke kan svare på, men som personell fra PU-boligen svarer på «og så har vi på en måte en samtale hvor vi inkluderer alle tre da». Vernepleieren fortalte at det virker som beboerne er trygge på å få legen hjem på besøk, fordi de er i trygge omgivelser, i sitt eget hjem og har kontroll. Hun forteller at det er merkbart mindre bruk av tvang nå for å blant annet å få tatt prøver av beboere. Tilnærmingen blir helt annerledes. Det bli mer tid når legen kommer på hjemmebesøk, enn de tidligere kjappe besøkene på legekontoret.

Mye av den medisinske oppfølgingen har kretset rundt beboernes epilepsidiagnoser og medisinjusteringer. Vernepleieren fortalte om beboere som hadde stått på de samme medisinene i 8-10 år uten endring. Hun fortalte at de i starten hadde jevnlige videomøter med legen hvor de «bare diskuterte medisiner og beboere og ting vi lurte på sånn generelt». Etter hvert tok legen initiativ til å justere medisineringen. Ifølge vernepleieren fordi beboerne sto på høye medisindoser som det kunne være hensiktsmessig å forsøke å trappe ned. Personalet ved PU-boligen har deltatt i justeringsprosessen og fått opplæring i å observere og vurdere beboerne underveis. De laget «noe som het funksjonell analyse» for å observere og registrere atferd, sånn at de kunne gi en systematisk rapport til legen. I starten var det bare vernepleieren og sykepleieren i PU-boligen som deltok på møtene med legen. Etter hvert kom beboernes primærkontakter med for både å rapportere og holde seg informert. Vernepleieren så det som en læringsprosess som det var viktig at så mange av personalet i PU-boligen tok del i. Vernepleieren fortalte at beboerne fortsatt har jevnlig kontakt med nevrolog og andre spesialister spesialisthelsetjenesten og at det ikke er noen endring der. Men når hun er med beboere til nevrolog, så orienterer hun legen i etterkant og «holder kommunikasjon oppe om hva som foregår».

Vernepleieren fortalte videre at legen har deltatt i noen møter med kommunens habiliteringstjeneste sammen med personell fra PU-boligen, beboers pårørende eller verge. Det har aldri skjedd før at en lege har vært med på disse møtene. Men hun har opplevd legens deltakelse som veldig nyttig.

Vernepleieren sa at «jeg hører jo meg selv si at det er fint for oss». Hun fortalte at det personalet i PU-boligen satte mest pris på, var den tette oppfølgingen både av beboerne og personalet. Hun sa at behovet for dette har vist seg å være større enn det hun hadde tenkt i utgangspunktet. Hun fortalte at personalet ofte hadde snakket om at det bør være en tettere medisinsk oppfølging. Nå når de har fått det «så ser man jo hvor utrolig deilig det er da». Om beboerne sa hun at:

> *«endringene og den konstante oppfølgingen er med på å hjelpe de til å få et mere friskere liv»*

Den pårørende fortalte om en helt annen type oppfølging av sønnens epilepsisykdom enn før, selv om sønnen har hatt legen som sin fastlege i mange år før PHT ble etablert. Legen er nå tett på, gjør medisinjusteringer fortløpende og observerer virkninger i samarbeidet med personalet i boligen. Tidligere var medisineringen fulgt opp av en nevrolog som sønnen, ifølge pårørende, hadde sporadisk kontakt med. Den pårørende vurderte denne oppfølgingen som litt tilfeldig og lite planmessig. Sønnen har med mer kontinuerlig medisinsk oppfølging fått en helt annen og mer våken hverdag. Han oppleves å være mer kontaktsøkende enn det han var tidligere. Den pårørende sa:

> *«for oss har det vært veldig, veldig positivt […] han er en helt annen person nå enn det han var før»*

Den pårørende er opptatt av at det forgår en kontinuerlig dialog rundt beboerne som ikke selv kan kommunisere om sine plager. Den tette dialogen som nå er etablert mellom personalet i PU-boligen og PHT, så han som en stor fordel - «det er et skritt fremover».

7.8 Oppsummering og konklusjon

Én utfordring med målgruppen utviklingshemmede, er at den er liten i totalt omfang og spredd blant landets fastleger. Den enkelte fastlege har dermed som regel, veldig få utviklingshemmede listeinnbyggere. Det virker derfor i utgangspunktet hensiktsmessig å bruke PHT til å rette en mer samlet oppmerksomhet mot utviklingshemmede listeinnbyggerne ved det enkelte legekontor – selv om gruppen samlet sett også da vil være ganske liten i de fleste tilfeller.

Registerdataanalyser og intervju med ansatte på legekontorene i forsøket, tyder på at utviklingshemmede som gruppe, vies mer oppmerksomhet enn tidligere. Men det er fortsatt rom for forbedring. Det legges i større grad enn før til rette for å gjennomføre anbefalt årskontroll – i alle fall på legekontor som prøver ut honorarmodellen. Men andelen som fikk årskontroll i 2019, var ikke mer enn rundt 10 prosent. I driftstilskuddsmodellen er ikke taksten for årskontroll inkludert.

De få, konkrete eksemplene på helhetlig allmennmedisinsk oppfølging ved PU-boliger som er trukket fram i dette kapitlet, vitner om endringer som har gitt økt kontinuitet i oppfølgingen av de aktuelle utviklingshemmede beboerne. Behandlingskontinuiteten er økt, blant annet som følge av at det systematisk gjennomføres årskontroller og at personalet i PU-boligene har fått mer opplæring som gjør at de selv kan bidra i den medisinske oppfølgingen i større grad enn tidligere. Informasjonskontinuiteten har økt med den tette dialogen som foregår om helsetilstandene til beboerne mellom legetjenesten/PHT og personalet i PU-boligene. Den relasjonelle kontinuiteten har økt betraktelig. Det er det samme helsepersonellet som kommer til beboernes hjem. Det trygger beboerne og bidrar til mindre bruk av tvang. Dette gir utvilsomt en bedre fastlegetjeneste enn før. Eksemplene viser at dette går an å oppnå både med og uten PHT. En fast lege som kommer ut av legekontoret og til boligen er viktig for en god oppfølging av alle beboere i PU-boligen. Hvorvidt en PHT-sykepleier er viktig å koble på, synes å avhenge av helsetilstanden til beboerne og kompetansen blant personellet som er i PU-boligen til daglig. Med multimorbide beboere virker det avgjort å være en fordel at sykepleierkompetanse er tilgjengelig. Det at mange i målgruppen kan ha betydelig behov for sykepleiertjenester, gjør det betimelig å

reise et prinsipielt spørsmål om dette er noe som bør dekkes i boligen selv eller om det er en tjeneste- som best kan dekkes via fastlege og PHT.

Det er ulike erfaringer med hensyn til viktigheten av at alle beboere har samme fastlege. I to av PU-boligeksemplene hadde alle beboere samme fastlege. Men fastlegen var ikke overlatt alene med ansvaret. I det ene tilfellet, er fastlegen kommunalt ansatt og tilbudet til PU-boligen om forsterket lege-oppfølging var i utgangspunktet ment som en tilsynslegefunksjon (systemnivå) – uten noen kobling til PHT. I det andre tilfellet er fastlegen selvstendig næringsdrivende og forsterket med PHT. I den tredje PU-boligen finner vi en variant hvor beboerne har fastleger ved samme legekontor og en av disse har hovedkontakten med PU-boligen som ledd i oppfølging fra PHT. Blant våre informanter er det ulikt syn på hvilken belastning og risiko leger 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 nærings-drift, 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. Statens helsetilsyn har i rapporten «Det gjelder livet» (2017) invitert til diskusjon om det kan tenkes alternative måter å organisere (deler av) tjenestene til utviklingshemmede som på en bedre måte kan ivareta kravene til forsvarlige tjenester. I en slik diskusjon er det betimelig å drøfte hvilken rolle PHT kan ha.

8. Pasientutfall og helseeffekter

I dette kapitlet beskriver vi mulige egenskaper ved PHT som går utover virksomheten på legekontoret. Vi beskriver først utviklingen i bruk av legevakt for listeinnbyggere i PHT og sammenligner med listeinnbyggere ved landets øvrige legekontor. Vi sammenligner deretter utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester for listeinnbyggere i PHT med listeinnbyggere i kontrollgruppen. Vi sammenligner også for undergrupper av listeinnbyggere, som for eksempel pasienter med diabetes type 2. For å vurdere helseeffekter av PHT beskriver vi utvikling i dødelighet blant listeinnbyggerne i forsøket med PHT. Til slutt sammenligner vi utviklingen i selvrapportert helserelatert livskvalitet blant listeinnbyggere i forsøket med PHT og listeinnbyggere i kontrollgruppen.

I Kapittel 4 beskrev vi endringer i arbeidsmåter og helsetjenester på legekontoret utløst av forsøket med PHT. Vi fant indikatorer på bedre oppfølging av pasientgrupper med kroniske sykdommer. I dette kapitlet stiller vi spørsmålet om dette forbedringsarbeidet har gitt konsekvenser for bruk av helsetjenester utover fastlegekontoret. Dette er et sentralt spørsmål i evalueringen fordi det angår to mål med PHT: positiv helseeffekt blant pasienter og bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Dersom PHT har medført bedre tilgjengelighet og kanskje positive helseeffekter for pasientene, kan det det tenkes at omfang og sammensetning av legevakttjenester og spesialisthelsetjenester blir påvirket. Sandvik et al. (2012) undersøker variasjoner i bruk av legevakt med utgangspunkt i regningskort og fastlegedata. De finner stor variasjon i bruk av legevakt og konkluderer at bedre tilgjengelighet på dagtid kan medføre mindre bruk av legevakt. Siden PHT innebærer bedre oppfølging av prioriterte pasientgrupper, er det interessant å undersøke om utviklingen av bruk av legevakt for listeinnbyggere i PHT er annerledes enn utviklingen i bruk av legevakt for listeinnbyggere i de utvalgte kontrollkontorene. Noen typer av sykehusinnleggelser kunne trolig vært unngått ved bedre oppfølging i primærhelsetjenesten. Slike innleggelser har i litteraturen fått betegnelsen Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). ACSC kan identifiseres ved hjelp av ICD-10 kodeverket (Sundmacher, et al., 2015). Vi undersøker utviklingen i innleggelser med ACSC både for listeinnbyggerne som helhet og for noen av målgruppene for PHT. Andre typer av sykehuskontakter kan være en indikator på god oppfølging på fastlegekontoret. Et eksempel er henvisning til øyeundersøkelse etter årskontroll for diabetes.

8.1 Legevakt og spesialisthelsetjenester

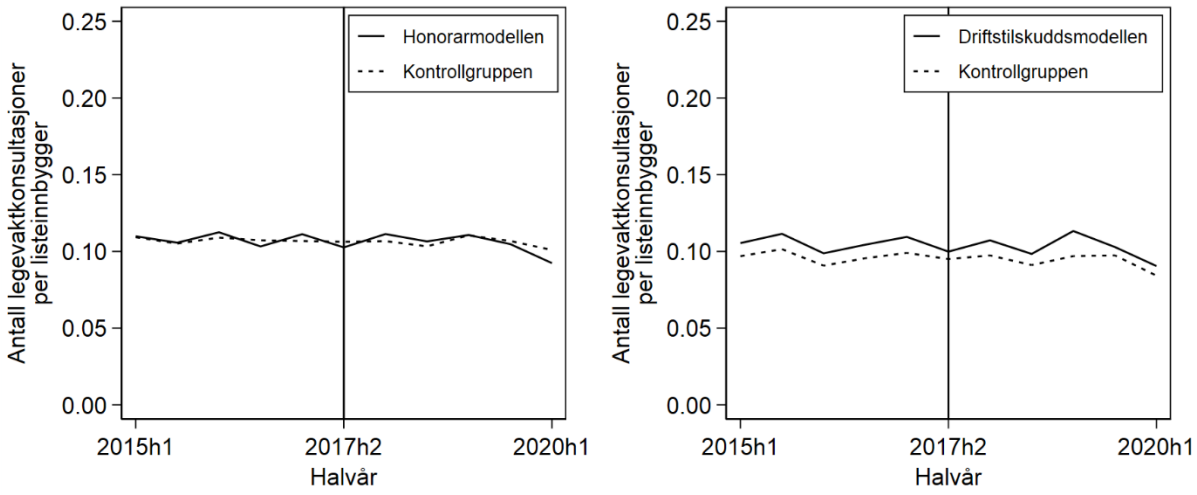
8.1.1 Bruk av legevakt

Kommunal legevakt er et tilbud til befolkningen først og fremst når fastlegekontoret er stengt. Legevakt organiseres ulikt i kommunene avhengig av blant annet kommunestørrelse og sentralitet. Det kan være legevaktsamarbeid mellom flere kommuner. I de minst folkerike og minst sentrale kommunene er andelen fastleger i legevaktordningen betydelig høyere enn i mer folkerike og sentrale kommuner (Abelsen & Brandstorp, 2017). I de mest folkerike kommunene har legevakten gjerne egne leger ansatt. Pasienter vil oppsøke legevakten ved akutt sykdom de ikke kan vente med til fastlegekontoret åpner neste dag. Flere mekanismer kan ligge til grunn for at PHT kan påvirke bruken av legevakt. Bedre oppfølging av pasienter med kronisk sykdom kan medføre mindre bruk av legevakt både fordi det blir sjeldnere akutt sykdomsforverring og fordi pasientene blir tryggere på sin sykdom og på hvilke forverringer som kan håndteres neste dag når fastlegekontoret åpner.

Figur 8-1 framstiller antall legevaktbesøk per listeinnbygger per halvår hos legekontor med henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Venstre del av figurene viser opptellinger for honorarmodellen, mens høyre del viser opptellinger for driftstilskuddsmodellen. Reduksjonen i halvårstallene for 1. halvår 2020 gjenspeiler virkningene av koronapandemien på kontakt med legevakten. Verken for honorarmodellen eller driftstilskuddsmodellen er det noe tegn til at forskjellen mellom legekontorene med PHT og legekontorene som er i kontrollgruppen, blir endret etter at forsøket starter.

Siden PHT berører et mindretall av pasientene, kan man argumentere for at utvalget bør begrenses til de pasientgruppene som legekontorene oppgir at får behandling av PHT. Vi har derfor gjort separate beskrivelser for pasienter med kols og diabetes type 2. Resultatene er beskrevet i Figur C.6-1 for honorarmodellen og i Figur C.6-2 for driftstilskuddsmodellen i vedlegg C.6. Vi finner ingen tendens til at bruk av legevakt går ned etter at forsøket startet for pasienter i honorarmodellen i forhold til pasienter med fastlegekontor i kontrollgruppen. I Figur C.6-2 er det en tendens til at antall legevaktbesøk for pasienter med kols i driftstilskuddsmodellen har blitt noe redusert etter oppstart, men endringen er ikke statistisk signifikant. Figur C.6-3 og Figur C.6-4 i vedlegg C.6 viser legevaktbesøk for pasienter med rus- og psykiatridiagnoser samt for skrøpelige eldre identifisert som pasienter som har hatt hjemmesykepleie en eller flere ganger i perioden 2017 – 2019. Det er ingen klare tendenser til endringer i tiltaksgruppen i forhold til kontrollgruppen etter at forsøket startet.

Figur 8-1 Antall legevaktkonsultasjoner per halvår per listeinnbygger ved legekontor som praktiserer honorarmodellen og ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen.



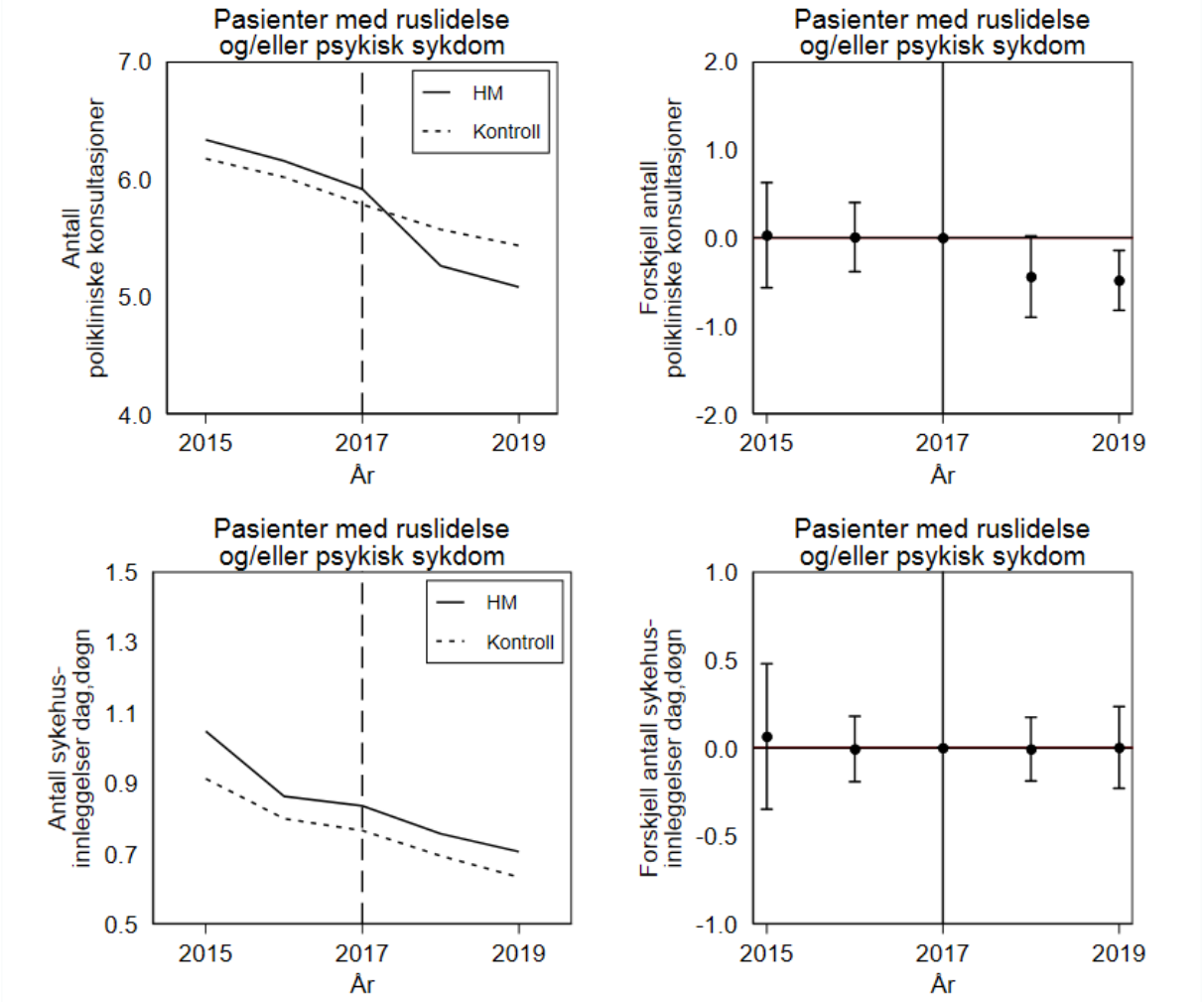
Merknad: Kilde er KUHR. Antallet besøk er telt opp ved hjelp av konsultasjonstakstene 2ad og 2ak. Figuren til venstre framstiller antall legevaktkonsultasjoner per listeinnbygger per halvår i honorarmodellen. Figuren til høyre viser tilsvarende for driftstilskuddsmodellen.

8.1.2 Bruk av spesialisthelsetjenester

Figur 8-2 framstiller utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester for pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom. Pasienter fra legekontor som prøver ut honorarmodellen, er sammenlignet med pasienter fra kontrollkontor. Etter at forsøket med PHT startet, finner vi en reduksjon i antallet polikliniske konsultasjoner for pasienter i PHT-gruppen i forhold til kontrollgruppen. Vi finner ingen forskjell på antallet sykehusinnleggelser mellom gruppene.

Forskjellen vi finner for polikliniske konsultasjoner, kan ha sammenheng med virksomheten i PHT. To av legekontorene har ansatt psykolog og psykiatrisk sykepleier. Vi finner imidlertid ingen forskjell på utvikling i antallet polikliniske konsultasjoner for pasienter fra disse kontorene sammenlignet med pasienter fra de andre PHT-kontorene med samme finansieringsordning.

Figur 8-2 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år for pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom ved legekontor som praktiserer honorarmodellen



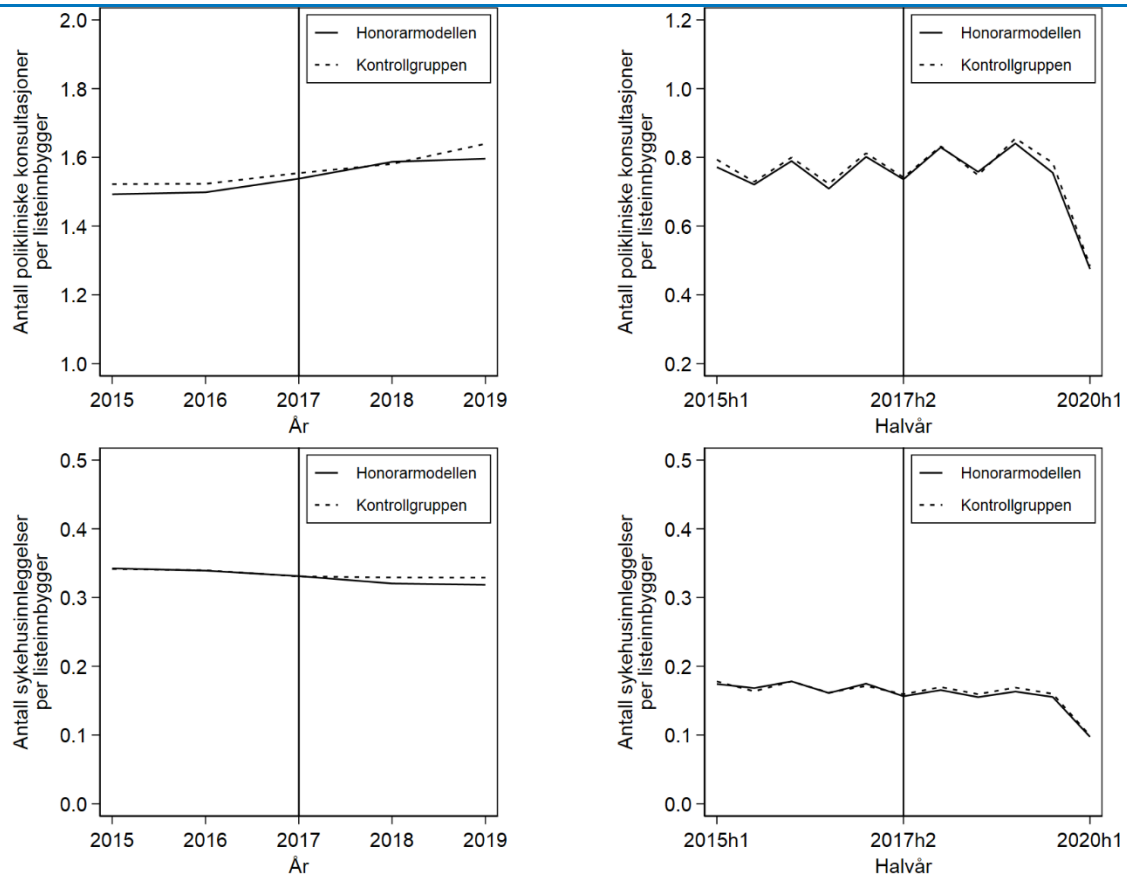
Merknad: Spesialisthelsetjenestene omfatter somatikk sykehus, avtalespesialister, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Figur 8-3 og Figur 8-4 viser antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per halvår og per år per listeperson for alle listepersoner ved legekontor som praktiserer henholdsvis honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Pandemien gjør at de halvårlige tallene viser betydelig redusert antall fra andre halvår 2019 til første halvår 2020. De årlige tallene viser ingen endringer for legekontor med honorarmodellen etter at forsøket startet. Det kan se ut som at det har vært en økning i innleggelsene for legekontorene med driftstilskuddsmodellen i forhold til kontrollgruppen, men denne endringen er ikke statistisk signifikant. I Vedlegg C.6 har vi spesielt framstilt utviklingen i innleggelser med diagnoser som beskriver ACSC. Vi finner ingen forskjeller i utviklingen for pasienter fra PHT-kontorene sammenlignet med utviklingen for pasienter fra kontroll-kontorene.

I vedlegg C.6 framstiller vi også bruk av spesialisthelsetjenester for pasientgrupper som er prioritert i forsøket med PHT. Bruk av spesialisthelsetjenester for pasienter med kols er beskrevet i Figur C.6-5 og Figur C.6-6. Figurene viser en svak tendens til reduksjon i polikliniske konsultasjoner og innleggelser for pasienter fra legekontor med begge finansieringsmodeller, men ingen av endringene er statistisk signifikante. Figur C.6-7 og Figur C.6-8 viser tilsvarende tall for diabetes type 2. Det er ingen signifikante endringer etter oppstart av forsøket med PHT. Figur C.6-10 viser polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser (inkludert både sykehus, avtalespesialister, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) for pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom fra legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. I motsetning til honorarmodellen finner vi nå ingen reduksjon i antallet

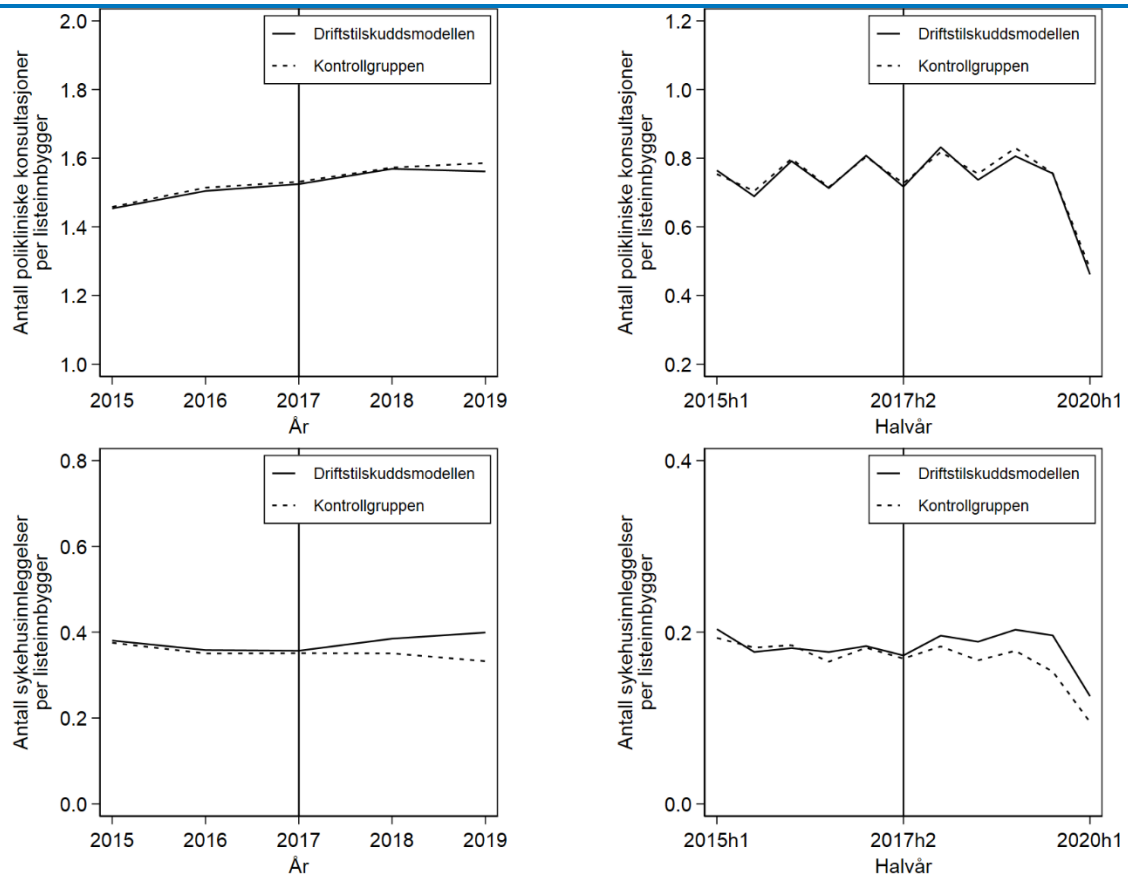
polikliniske konsultasjoner sammenliknet med kontrollgruppen. Vi finner ingen endringer i bruk av spesialisthelsetjenester for skrøpelige eldre som her er definert som personer over 80 år som har mottatt helsetjenester i hjemmet i perioden 2017 - 2019. Vi ser at halvårstallene er preget av sesongvariasjoner.

Figur 8-3 Antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per listeinnbygger per halvår og per år ved legekontor som praktiserer honorarmodellen



Merknad: Kilde er NPR. Antall er telt opp ved hjelp av antallet registreringer. Figuren til venstre framstiller antallet besøk per år og figuren til høyre framstiller antallet besøk per halvår.

Figur 8-4 Antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per listeinnbygger per halvår og per år ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen



Merknad: Kilde er NPR. Antall er telt opp ved hjelp av antallet registreringer. Figuren til venstre framstiller antallet besøk per år og figuren til høyre framstiller antallet besøk per halvår.

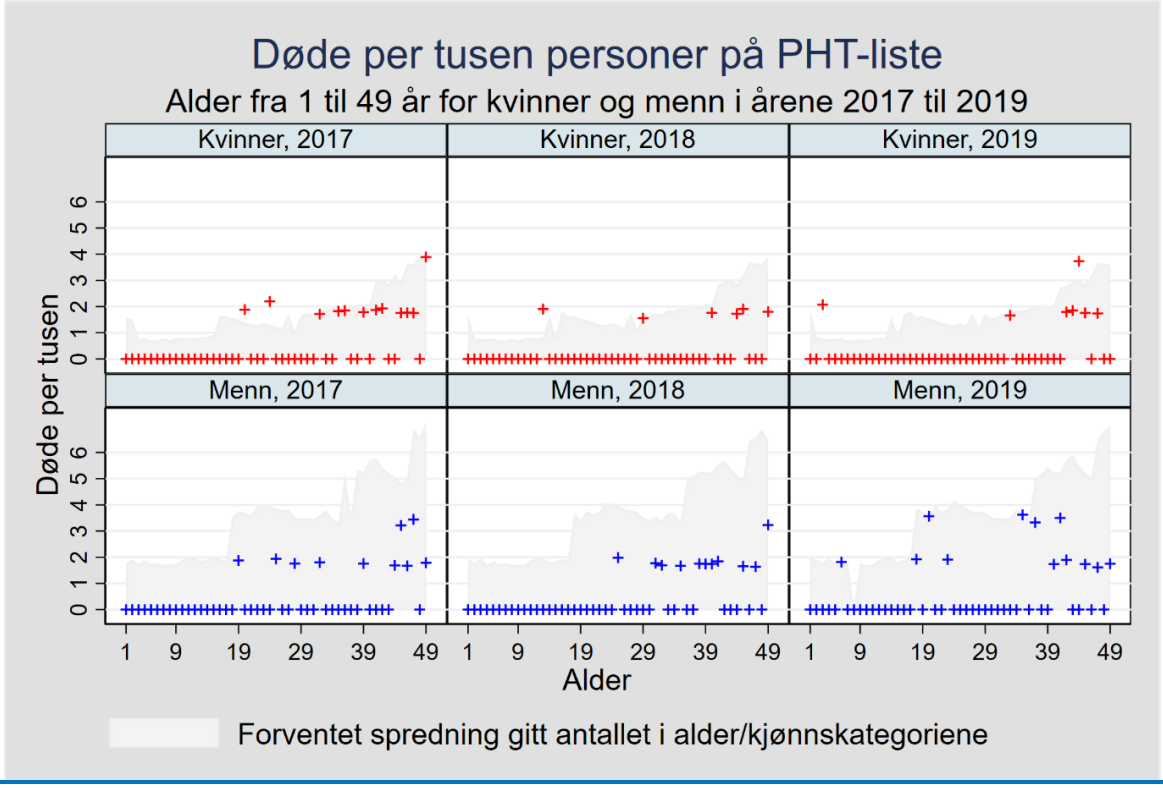
8.2 Beskrivelse av dødelighet

Dødelighet er et mye brukt utfallsmål for tiltak i helsetjenesten. Generelt er det nødvendig å benytte statistiske metoder for å redegjøre for hvorvidt observerte forskjeller i dødelighet mellom grupper av personer eller mellom perioder for samme gruppe er større enn det som kan forventes. Dersom en studerer en populasjon med tilstrekkelig mange individer, kan en skille mellom tilfeldige- og signifikante avvik fra en forventet dødelighetsrate, eller tidligere års dødelighetsrate. For små grupper vil forskjeller mellom år påvirkes mye av tilfeldig variasjon. I dette avsnittet beskriver vi den observerte dødeligheten for personer som har fastlege som nå deltar i PHT. Vi viser at forventet variasjon i ettårig dødelighetsrater er stor for PHT populasjonen sett under ett. Vi viser også at spredningen som inneholder normal variasjon i dødelighetsraten er større jo høyere alderen er.

Listetilhørighet hos en fastlege som deltar i PHT, definerer en populasjon som inkluderte N=79 228 personer ved inngangen til 2017. Denne definisjonen inkluderte N=81 278 personer i 2018, og N=81 880 personer i 2019. Vi har beregnet ettårige dødelighetsrater i PHT ved å bruke forholdet mellom antallet personer i hvert årskull- og kjønnskategori som døde i løpet av et år, og antallet personer i samme årskull- og kjønnskategori som levde ved inngangen til det samme året. Alder er definert som alder ved inngangen til året.

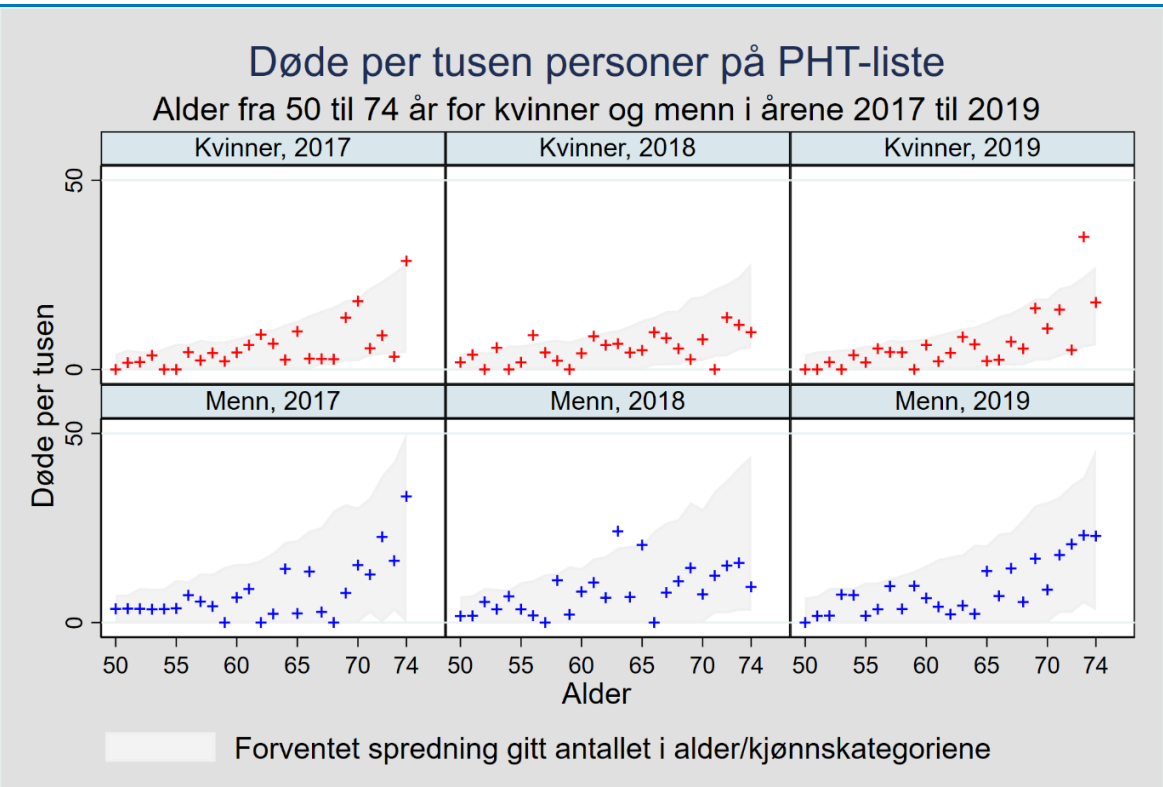
I Figurene 8-5(A)-8-7(C) beskrives den observerte dødelighetsraten for alders- og kjønnskategorier blant PHT-listeinnbyggere i årene 2017-2019. Første akse i figurene angir alder ved død og andre akse angir døde per tusen innbyggere. Dødelighetsrater for de yngste i alderen 1-49 år beskrives i del A. Dødelighetsrater for alderen 50-74 år beskrives i del B, og for alderen 75-100+ år i del C av figuren.

Figur 8-5 (A) Dødelighet blant listepersoner i alderen 1-49. Personer med fastlege som deltar i PHT forsøket.



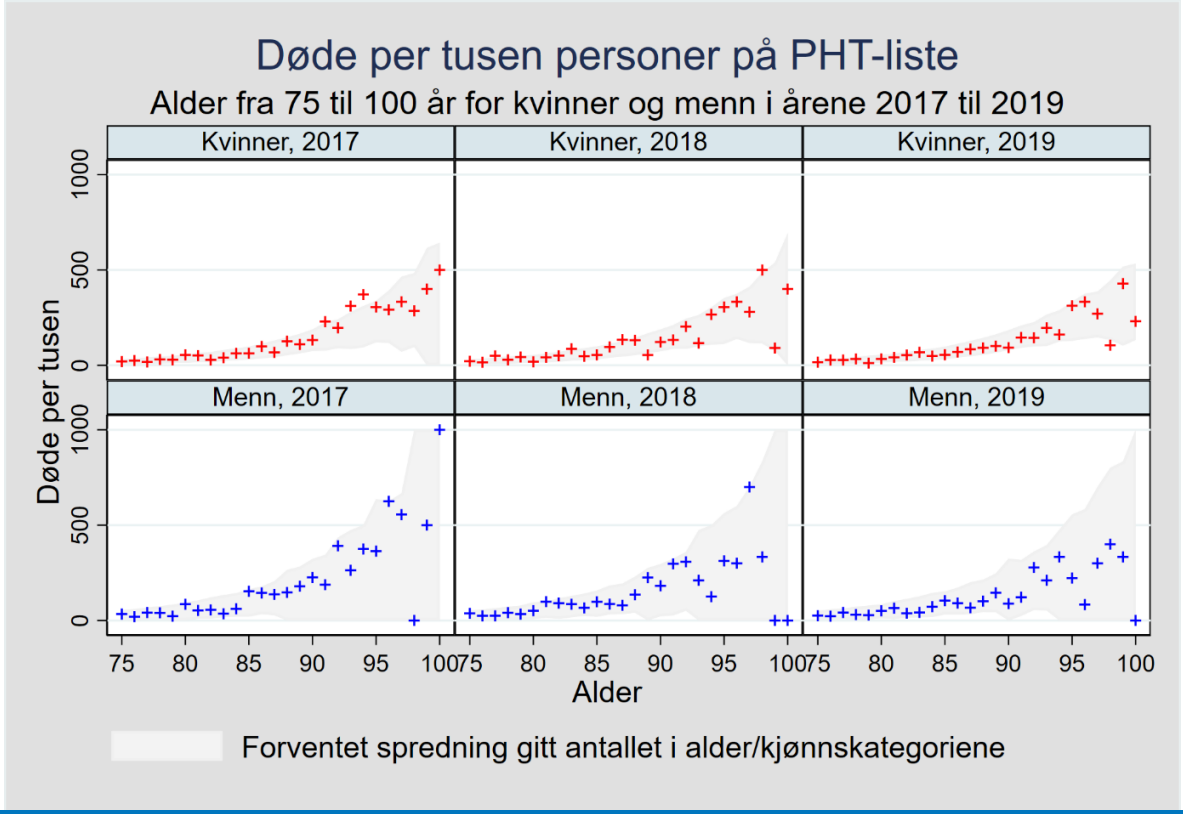
Merknad: Kilder SSB (Folkeregisteret) og Helsedirektoratet (Fastlegedatabasen).

Figur 8-6 (B) Dødelighet blant listepersoner i alderen 50-74. Personer med fastlege som deltar i PHT forsøket.



Merknad: Kilder SSB (Folkeregisteret) og Helsedirektoratet (Fastlegedatabasen).

Figur 8-7 (C) Dødelighet blant listepersoner i alderen 75-100. Personer med fastlege som deltar i PHT forsøket.



Merknad: Kilder SSB (Folkeregisteret) og Helsedirektoratet (Fastlegedatabasen).

Skalaen på andreaksen er ulik i del A, del B og del C, siden de ulike aldersgrupperingene har svært ulike nivå på både forventet dødelighet, og variasjon i dødelighet. Død er en svært sjelden hendelse for de aller yngste, og svært vanlig hendelse for de aller eldste. Gitt størrelsen på PHT-populasjonen vil det ofte være slik at ettårig dødelighetsrate blir null for en rekke yngre årskull. I del A ser vi at døde per tusen i årene 2017-2019 blir null for de fleste årskull av barn. I motsatt ende av aldersfordelingen er det annerledes. De aller eldste årskullene består av svært få personer, og den forventede dødeligheten er høy. Det innebærer at det ikke vil være uvanlig om ettårig dødelighetsrate blir null av tusen for de eldste kullene. Det innebærer også at det heller ikke vil være uvanlig at en av fire blant de aller eldste dør i løpet av et år.

Spredningen som inneholder normal variasjon i ettårige dødelighetsrater, er bestemt av forventet dødelighetsrate i et årskull og størrelsen på årskullet. Vi har beregnet den forventede spredningen for dødelighetsratene ved å bruke gjennomsnittet for beregnede ettårige dødssannsynligheter fra SSB i perioden 2015-2019, samt antallet personer i de ulike årskull- og kjønnskategoriene ved inngangen til året. Alder er definert som alder ved inngangen til året. Den forventede spredningen for dødelighetsratene er det skraverte feltet i figurene. Det skraverte område kan forstås som et 98 % konfidensintervall for dødeligheten i en spesifikk alders- og kjønnskategori.[15]

Vi ser at det grå arealet er smalest blant de yngste, der den forventede dødeligheten er lavest og årskullet størst. Det grå arealet blir bredere når årskullenes alder blir større, og vi kan følge hvorledes spredningen vokser gradvis fra venstre side av del A til høyre side av del C. Vi ser at det grå arealet er bredest blant de eldste, der den forventede dødeligheten er høyest og antallet personer færrest. Det er få personer som er eldre enn hundre år, og vi ser derfor at spredningen er særlig stor blant de aller eldste. Vi ser at det i enkelte alders- og kjønnskategoriene er svært stor spredning. For eksempel vil det for et fødselskull med menn i sekstiårene på PHT liste ikke nødvendigvis være uvanlig at det

[15] Merk at det skraverte område ikke kan brukes for å teste generelle hypoteser om avvik fra forventet dødelighet på nasjonalt nivå for PHT populasjonen samlet. For å teste hypoteser vedrørende samlet dødelighet er det nødvendig å beregne spredningsmål for PHT populasjonen samlet.

skjer over 15 dødsfall per tusen innbyggere i et år. Samtidig vil det heller ikke være sjeldent at et helt kull menn i sekstiårene på PHT liste overlever.

Denne beskrivelsen viser at PHT-populasjonens størrelse gjør at spredningen som inneholder normal variasjon i den ettårige dødelighetsraten er stor. For å evaluere virkningen av PHT på dødelighet er det derfor nødvendig med observasjon over en lengre tidsperiode for å skille mellom tilfeldig variasjon og systematiske endringer i dødeligheten. Årsaken er at eventuelle effekter på dødelighet må forventes å være relativt små, og at PHT-tiltak trolig må virke over noe tid for at endringene i dødelighet skal kunne bli målbare. Vi konkluderer med at det foreløpig er for tidlig å evaluere effekter på dødelighet av PHT.

8.3 Helserelatert livskvalitet

I spørreundersøkelsen til listeinnbyggere har vi stilt spørsmål knyttet til helserelatert livskvalitet og egenvurdert helse. Formålet har vært å identifisere eventuelle virkninger av PHT på helsetilstanden til listeinnbyggerne. Spørreundersøkelsene er gjennomført som tverrsnittsundersøkelser, hvilket betyr at sammenligningen av helsetilstand over tid foregår på gruppenivå. Vi kan altså ikke observere individuelle endringer i helsetilstand over tid. Dette betyr også at resultatene kan påvirkes av eventuelle endringer i utvalgsseleksjon over tid.

Det standardiserte spørreskjemaet EQ-5D-5L ble brukt til å måle helserelatert livskvalitet. Deskriptiv statistikk for utvalget i 2020 er presentert i Tabell 8-1.

Tabell 8-1 Helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-5L spørreskjema

	Antall	Gjennom-snitt	Standard-avvik	Median	Min	Max	Andel «11111»
Alle	7439	0,793	0,190	0,837	-0,358	1	24,7
Honorarmodellen	3071	0,791	0,182	0,837	-0,358	1	23,3
Driftstilskuddsmodellen	812	0,789	0,196	0,837	-0,244	1	25,2
Nye PHT	1125	0,792	0,196	0,837	-0,352	1	25,2
Kontroll, privat	2106	0,796	0,198	0,837	-0,358	1	26,5
Kontroll, kommunal	325	0,796	0,180	0,837	-0,015	1	23,7
Kvinner	4135	0,783	0,191	0,813	-0,358	1	22,7
Menn	3302	0,805	0,188	0,837	-0,358	1	27,2
18 – 34 år	648	0,811	0,198	0,837	-0,038	1	31,8
35 – 54 år	1816	0,793	0,200	0,837	-0,352	1	26,3
55 – 69 år	1949	0,798	0,182	0,837	-0,244	1	24,8
70 år eller eldre	3026	0,785	0,188	0,837	-0,358	1	22,2

Merknad: Verdi for helserelatert livskvalitet er beregnet basert på engelsk tariff. «11111» angir en helsetilstand der man ikke opplever noen problemer med noen av de fem dimensjonene i EQ-5D-5L-skjemaet.

I Tabell 8-2 analyserer vi utviklingen i helserelatert livskvalitet blant listeinnbyggerne mellom 2018 og 2020 ved hjelp av forskjeller-i-forskjeller-analyse, som beskrevet i kapittel 2.2 og brukt i kapittel 6. Analysen avdekker om det har vært ulik utvikling i helserelatert livskvalitet ved PHT-kontor, sammenlignet med kontrollgruppen.

Hver kolonne i tabellen representerer en separat regresjonsanalyse, med ulike kontrollvariabler og/eller ulike utvalg. I de to første kolonnene inkluderer vi alle respondenter, mens vi i kolonne tre til fem avgrenser utvalget til pasientgrupper som har større sannsynlighet for å ha fått oppfølging fra PHT. I kolonne 1 inkluderer vi indikatorvariabler for hvilket legekontor respondenten tilhører (ikke vist i tabell av plassbesparende hensyn), en indikatorvariabel for om respondenten har svart på undersøkelsen i år 2020, og indikatorvariabler som viser om respondenten har en fastlege som prøver ut hhv. honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen og har besvart undersøkelsen i 2020. Ved å kontrollere for legekontor, avgrenser vi sammenligningen over tid til å skje innenfor hvert legekontor, og tar dermed høyde for at det kan være en forskjell i nivået helserelatert livskvalitet ved de ulike fastlegekontorene. Regresjonskoeffisienten for *År 2020* viser gjennomsnittlig utvikling i helserelatert livskvalitet mellom 2018 og

2020 ved legekontor som inngår i kontrollgruppen. Koeffisienten i kolonne 1 viser at det ikke har vært noen signifikant endring i helserelatert livskvalitet ved disse legekontorene. Regresjonskoeffisienten for *Honorarmodellen * 2020* viser utviklingen i helserelatert livskvalitet ved legekontor som prøver ut honorarmodellen relativt til utviklingen ved kontrollkontorene, og *Driftstilskuddsmodellen * 2020* viser på tilsvarende måte utviklingen i helserelatert livskvalitet ved legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen.

Tabell 8-2: Utvikling i helserelatert livskvalitet (EQ5D)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	0.004	0.004	0.013	-0.011	0.003
	(0.007)	(0.007)	(0.011)	(0.009)	(0.011)
Honorarmodellen * 2020	-0.019*	-0.019*	-0.017	-0.002	-0.031*
	(0.009)	(0.009)	(0.015)	(0.011)	(0.015)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	-0.009	-0.008	-0.025	0.001	0.006
	(0.014)	(0.014)	(0.022)	(0.016)	(0.021)
Alder					
35-54		-0.015		-0.002	-0.027*
		(0.008)		(0.011)	(0.014)
55-69		-0.028**		0.008	-0.035*
		(0.008)		(0.011)	(0.014)
70+		-0.058**		-0.016	-0.055**
		(0.008)		(0.011)	(0.013)
Kvinne		-0.044**	-0.051**	-0.042**	-0.033**
		(0.004)	(0.006)	(0.005)	(0.007)
Konstantledd	0.807**	0.862**	0.776**	0.746**	0.830**
	(0.019)	(0.020)	(0.035)	(0.024)	(0.030)
sigma_u					
Konstantledd	0.000**	0.000	0.015*	0.000	0.000**
	(0.000)	(0.023)	(0.008)	(0.010)	(0.000)
sigma_e					
Konstantledd	0.241**	0.239**	0.232**	0.223**	0.240**
	(0.002)	(0.002)	(0.003)	(0.002)	(0.003)
Observasjoner	13621	13613	5573	7927	5618
chi2	132.593	310.307	129.174	161.882	127.539
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Merknad: EQ-5D-5L er beregnet på grunnlag av pasientenes svar på hvorvidt de opplever problemer knyttet til gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Nærmere beskrivelse av metoden finnes i vedlegg A.2. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 1, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet. Kontroller for legekontorer er inkludert i regresjonsanalysen, men utelatt fra denne tabellen. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Vi finner nedgang i helserelatert livskvalitet på -0,019 ved legekontor med honorarmodellen, sammenlignet med legekontor i kontrollgruppen, og denne koeffisienten er statistisk signifikant på 5-prosent nivå. Gitt at gjennomsnittlig score ligger rundt 0,79, tilsvarer dette en nedgang på 2,5 prosent. Dette resultatet står seg i kolonne 3, hvor vi i tillegg kontrollerer for forskjeller i alders- og kjønnssammensetning. Vi finner ingen signifikant endring ved legekontor med driftstilskuddsmodellen.

Vi har gjennomført tilsvarende analyse som over for pasientgrupper som med større sannsynlighet har fått tettere oppfølging av PHT, herunder pasienter over 70 år (kolonne 3 i Tabell 8-2), pasienter som oppgir å ha langvarige plager (kolonne 4), og pasienter som oppgir å ha vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær utover korte henvendelser ved skranken (kolonne 5). Våre analyser viser at det ikke er noen signifikant forskjell i utviklingen i helserelatert livskvalitet mellom listeinnbyggere som omfattes av forsøket med PHT og listeinnbyggere i kontrollgruppen i de to førstnevnte pasientgruppene. Blant listeinnbyggere som oppgir å ha fått oppfølging av sykepleier gjenfinner vi imidlertid den negative utviklingen i helserelatert livskvalitet blant listeinnbyggere ved legekontor med honorarmodellen.

Det er uvisst hvordan et slikt resultat skal tolkes. En strikt tolkning ville være at honorarmodellen fører til dårligere helserelatert livskvalitet, sammenlignet med kontrollgruppen. Det kan imidlertid være andre

uobserverte forhold som påvirker utviklingen i helserelatert livskvalitet blant listeinnbyggerne. Det kan for eksempel tenkes at innføringen av PHT har bidratt til at flere pasienter med helseutfordringer har søkt seg til PHT-legekontor for å få tettere oppfølging.

Når vi på tilsvarende måte har analysert utviklingen i svarfordelingen på spørsmål om egenvurdert helsetilstand, finner vi ingen signifikante endringer i over tid (ikke vist i rapport). Vi vil derfor ikke legge altfor mye vekt på den negative regresjonskoeffisienten, men kan i hvert fall ikke konkludere med at PHT har ført til en signifikant forbedring av helserelatert livskvalitet for listepopulasjonen, relativt til kontrollgruppen.

8.4 Oppsummering og konklusjon

I dette kapitlet undersøker vi mulige sammenhenger mellom PHT og variabler som ligger utenfor legekontorets direkte kontroll. Siden PHT medvirker til bedre tilgjengelighet og oppfølging for grupper av listeinnbyggere som er prioritert i forsøket, er det interessant å undersøke om bruken av legevakt og spesialisthelsetjenester blir påvirket. Vi finner ingen forskjell i bruk av legevakt for listeinnbyggere i legekontor med PHT sammenlignet med legekontor i kontrollgruppen. For pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom i legekontor med honorarmodellen finner vi en reduksjon i antallet polikliniske konsultasjoner sammenliknet med kontrollgruppen. Dette resultatet kan skyldes at denne pasientgruppen har fått bedre oppfølging på legekontoret etter at forsøket med PHT startet. Andre grunner er også mulige.

Kapitlet gir også en beskrivelse av dødeligheten i PHT-populasjonen. Denne beskrivelsen viser at PHT-populasjonens størrelse gjør at spredningen som inneholder normal variasjon i den ettårige dødelighetsraten er stor. For å evaluere virkningen av PHT på dødelighet er det derfor nødvendig med observasjon over en lengre tidsperiode for å skille mellom tilfeldig variasjon og systematiske endringer i dødeligheten. Årsaken er at eventuelle effekter på dødelighet må forventes å være relativt små, og at PHT-tiltak trolig må virke over noe tid for at endringene i dødelighet skal kunne bli målbare. Vi konkluderer med at det foreløpig er for tidlig å evaluere effekter på dødelighet av PHT.

Spørsmål om helserelatert livskvalitet og egenvurdert helse er inkludert i listeinnbyggerundersøkelsen ved bruk av det standardiserte spørreskjemaet EQ-5D-5L. Formålet med spørsmålene er å identifisere eventuelle virkninger av PHT på helsetilstanden til listeinnbyggerne. Spørreundersøkelsene er gjennomført som tverrsnittsundersøkelser, hvilket betyr at sammenligningen av helsetilstand over tid foregår på gruppenivå. Vi kan altså ikke observere individuelle endringer i helsetilstand over tid. Dette betyr også at resultatene kan påvirkes av eventuelle endringer i utvalgsseleksjon over tid. For personer over 70 år og for personer med langvarig sykdom og helseplager finner vi ingen endring i helserelatert livskvalitet. For respondentene samlet finner vi en nedgang i helserelatert livskvalitet ved legekontor med honorarmodellen fra 2018 til 2020 sammenlignet med kontrollgruppen. En strikt tolkning er at PHT har ført til dårligere helserelatert livskvalitet ved legekontor med honorarmodellen, men det er mer trolig at utviklingen skyldes andre uobserverbare forhold. En mulighet er for eksempel at pasienter med store helseutfordringer har søkt seg til PHT-legekontor for å få tettere oppfølging av PHT. Dette har vi sett eksempler på i kapittel 7, når det gjelder utviklingshemmede, og det er ikke umulig at det også kan gjelde andre pasientgrupper.

9. Ressursbruk og kostnader ved PHT – første steg mot en samfunnsøkonomisk analyse

PHT innebærer en ressursinnsats både på legekontorene, gjennom oppfølgingen fra kommunene og i helseforvaltningen. Som del av statusrapporten 2021 vil det bli utarbeidet en samfunnsøkonomisk analyse der man ser på samfunnsnytte og -kostnad i sammenheng. I denne statusrapporten begrenser vi analysen til kun å omfatte det offentliges kostnader ved driften av legekontor med PHT og driften av selve pilotprosjektet.

9.1 Ressursbruk knyttet til PHT

Per november 2020 er det totalt 183 fastlege-, sykepleier-, psykolog- og helsesekretærårsverk tilknyttet forsøket[16]. Ved legekontorene som prøver ut honorarmodellen er det 74 fastlegeårsverk, 21,6 sykepleierårsverk og 41,3 helsesekretærårsverk. I tillegg er det et halvt psykologårsverk på legekontoret Best helse.

Ved legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen er det 27 fastlegeårsverk, 6,6 sykepleierårsverk og 12,2 helsesekretærårsverk. Det er ingen psykologer tilknyttet forsøket med PHT ved legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen.

Tabell 9-1 Årsverk tilknyttet legekontor som prøver ut PHT

	Antall fastleger	Antall sykepleier-årsverk	Antall helsesekretær-årsverk	Antall psykolog-årsverk
Honorarmodellen	74	21,6	41,26	0,5
Driftstilskuddsmodellen	27	6,62	12,15	0
Sum	**101**	**28,22**	**53,41**	**0,5**

Merknad: Annet helsepersonell, for eksempel laboratorieansatte og administrativt personell utover helsesekretærer, er ikke inkludert i oversikten. Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

I 2019 var det totalt 263 448 pasientkontakter (konsultasjon, enkel pasientkontakt, hjemmebesøk, tverrfaglig møte eller lignende) ved legekontorene i pilotprosjektet. Gjennomsnittlig var det 21 954 pasientkontakter per måned. Ved fastlegekontorene som prøver ut honorarmodellen, var det 18 521 pasientkontakter per måned i 2019, mens det var 3 433 pasientkontakter per måned ved legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Antallet leger og listeinnbyggere ved legekontorene varierer, og disse tallene kan derfor ikke sammenlignes uten en grundigere analyse.

Tabell 9-2 Gjennomsnittlig antall pasientkontakter ved PHT-legekontor per måned i 2019

	Antall pasientkontakter per måned
Honorarmodellen	18 521
Driftstilskuddsmodellen	3 433
Sum	**21 954**

Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

9.2 Kostnader knyttet til drift av PHT-legekontor

I dette avsnittet belyser vi det offentliges kostnader knyttet til drift av legekontor som prøver ut PHT. Vi ser bort fra det offentliges kostnader knyttet til drift av pilotprosjektet som omtales i neste kapittel. Vi tar utgangspunkt i tall for 2019, som er det siste hele kalenderåret, for hvilke data er tilgjengelige.

[16] Utover dette kan det tilkomme andre typer annet personell, for eksempel ansatte i laboratorium, sykepleiere som ikke er ansatte som sykepleiere i PHT, og administrativt personell.

Mange av disse kostnadene ville oppstått også uavhengig av organiseringen som PHT, og de utgjør derfor ikke nødvendigvis merkostnadene knyttet til organiseringsformen og de tilhørende finansieringsmodellene. I utprøvingen av PHT prøves det ut to finansieringsmodeller, og kostnadene ved drift av legekontor med PHT avhenger av hvilken av modellene vi ser på. Den sentrale forskjellen mellom finansieringsmodellene er at honorarmodellen har mer aktivitetsbasert finansiering enn driftstilskuddsmodellen.

Honorarmodellen er en videreføring av hovedmodellen for finansiering av fastleger. Fastlegetjenesten finansieres av kommunalt basistilskudd, som er avhengig av hvor mange listeinnbyggere fastlegen har, aktivitetsavhengige takster fra staten og egenbetaling fra pasientene. I forsøket med PHT er det to nye komponenter: et fast driftstilskudd per sykepleier (det forutsettes at tre fastleger deler en sykepleier) og aktivitetsavhengige takster utløst av sykepleieren.

I driftstilskuddsmodellen erstattes nåværende ordning for finansiering av fastleger med en modell som i mindre grad avhenger direkte av aktivitetene i fastlegekontoret. Driftstilskuddsmodellen består av driftstilskudd og pasientbetalinger. I modellen er det lagt til grunn at driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (86 prosent) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (14 prosent). Den faktiske fordelingen mellom listeinnbyggertilskuddet og kvalitetstilskuddet kan variere noe. Listeinnbyggertilskuddets størrelse avhenger av listeinnbyggernes alder og kjønn, levekår og reiseavstand. Levekår er basert på forventet levealder for innbyggerne i kommunen eller bydelen hvor fastlegekontoret er lokalisert, mens reiseavstand er basert på reiseavstand innen sonen og til nabokrets i kommunen. Listeinnbyggernes helsetilstand skulle opprinnelig også inngå som et kriterium i beregningen av listeinnbyggertilskuddet, men det har i løpet av prosjektperioden blitt vurdert at det er for komplisert å utarbeide en tilstrekkelig god indikator for helsetilstand. Tilskuddet basert på resultat og kvalitet avhenger av dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste, andel helsepersonell med spesialisering, andel (pasientgruppe kols og diabetes) med behandlingsplan/behandlingsmål, andel med gjennomført medikamentgjennomgang og dekningsgrad for timebestilling digitalt.

For legekontorene med honorarmodellen er det offentliges kostnader hovedsakelig knyttet til basistilskudd, tilskudd for sykepleier, samt takst- og egenandelsrefusjon for lege og sykepleier. I 2019 utgjorde det offentliges kostnader til drift av de åtte legekontorene med honorarmodellen 101,0 millioner kroner (Tabell). Til legekontorene ble det utbetalt totalt 29,9 millioner kroner i basistilskudd, 7,3 millioner kroner i driftstilskudd for sykepleier og 62,7 millioner kroner i takst- og egenandelsrefusjon fra Helfo.

For legekontor med driftstilskuddsmodellen står driftstilskuddet og basistilskuddet for hoveddelen av det offentliges kostnader. I 2019 utgjorde det offentliges kostnader til drift av legekontorene med driftstilskuddsmodellen 37,8 millioner kroner (Tabell 9-3).

Et viktig spørsmål i evalueringen, er hva det offentliges merkostnad ved PHT er sammenlignet med organiseringen legekontorene hadde før. Som del av evalueringen skal det i 2021 utarbeides en samfunnsøkonomisk analyse av PHT, og som del av den samfunnsøkonomiske analysen vil vi gjøre en detaljert analyse av merkostnadene ved PHT. For å gi et grovt anslag på de årlige merkostnadene for det offentlige ved PHT, har vi i denne rapporten inkludert en forenklet analyse.

Dersom vi for legekontorene med honorarmodellen antar at legenes takstbruk og listelengde er tilsvarende det de ville ha vært uten PHT, vil merkostnaden for det offentlige være tilskuddet til sykepleier og sykepleierrefusjon. Dette er en forenklet tilnærming, og basert på utviklingen i takstbruk belyst i statusrapport II, er det særlig grunn til å tro at legenes takstbruk ikke er den samme som den ville ha vært uten PHT. Endret takstbruk kan både innebære en kostnadsøkning og en besparelse for det offentlige. Man kan for eksempel tenke seg at mange av konsultasjonene hos sykepleier ville vært legekonsultasjoner dersom legekontorene ikke var PHT, og at sykepleierrefusjonene derfor ikke utelukkende er merkostnader. I 2019 var tilskuddet per sykepleierårsverk 50 prosent av 875 000 kroner, og det ble utbetalt 7 286 397 kroner i tilskudd for sykepleier fra Helsedirektoratet til legekontorene med honorarmodellen (Tabell 9-3). Takst og egenandelsrefusjon for sykepleier fra Helfo utgjorde 2 649 091 kroner det samme året. Samlet tilskudd til sykepleier og sykepleierrefusjon til legekontorene med honorarmodellen utgjorde dermed 9 935 488 kroner i 2019.

Det er utfordrende å identifisere merkostnaden knyttet til PHT ved legekontorene med driftstilskuddsmodellen. Vi vet at legekontorene med driftstilskuddsmodellen i gjennomsnitt har oppnådd større inntektsøkning enn legekontorene med honorarmodellen, og vi kan derfor anta at beregningene av merkostnaden ved PHT ved legekontor med honorarmodellen er et nedre anslag for økningen i det offentliges kostnader ved PHT ved legekontor med driftstilskuddsmodellen. I den samfunnsøkonomiske analysen som gjennomføres som del av evalueringen i 2021, vil vi gå nærmere inn på spørsmålene knyttet til merkostnader og besparelser som følge av PHT.

Tabell 9-3 Det offentliges utgifter ved drift av legekontor med PHT, 2019

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Totalt
Basistilskudd	29 931 113	-	39 899 797
Tilskudd til sykepleiere	7 286 397	-	7 286 397
Tilskudd til psykolog	338 710	-	338 710
Driftstilskudd*	-	32 535 786	22 567 102
Fastlegerefusjon	45 334 606	192 641	45 527 248
Sykepleierrefusjon	2 649 091	-	2 649 091
Inntektsgaranti	831 632	133 720	965 352
Turnusleger	-	1 700 000	1 700 000
Avregning 2019	-	10 109	10 109
Egenandeler frikort	9 759 316	2 118 136	11 877 452
Øvrige egenandeler**	4 916 613	1 106 947	6 023 560
Sum	**101 047 478**	**37 797 339**	**138 844 818**

*** Inkludert basistilskudd og avregnede egenandeler (kun driftstilskuddsmodellen). Driftstilskuddet skal erstatte basistilskudd og fastlegerefusjoner.**
**** Refundert av Helfo pga. frikort eller andre fritaksårsaker.**
Merknad: Det deltok åtte legekontor med honorarmodellen og fem legekontor med driftstilskuddsmodellen i pilotprosjektet i 2019. Ettersom det er variasjon i antall fastleger og listeinnbyggere ved de ulike legekontorene, er det ikke mulig å sammenligne kostnader knyttet til finansieringsmodellene basert på tallene i tabellen. Kilde: Helsedirektoratet

Kostnadene knyttet til drift av PHT-legekontor i 2020 vil trolig skille seg noe fra kostnadene i 2019. På grunn av koronautbruddet fikk mange pasienter egenandelsfritak i 2020, og dette har gjort at det offentliges utgifter har økt, mens pasientbetalingene har gått tilsvarende ned. Legekontorenes inntekter har ikke blitt påvirket av at flere pasienter fikk egenandelsfritak.

9.3 Kostnader knyttet til drift av piloten

Organisering med PHT er prøvd ut som et pilotprosjekt, og driften av pilotprosjektet medfører en del kostnader som vil bortfalle dersom organisering med PHT går over fra prosjekt til ordinær drift. Før pilotprosjektet startet opp, ble det nedlagt et betydelig arbeid med å planlegge og forberede prosjektet. Vi går ikke nærmere inn på disse kostnadene her, men fokuserer på kostnadene ved drift av prosjektet i 2019.

9.3.1 Arbeid hos Helsedirektoratet og Helfo

Helsedirektoratet har en prosjektgruppe bestående av elleve personer med ansvar for ulike områder knyttet til drift og utvikling av prosjektet. De ansatte i prosjektet har i varierende grad også andre arbeidsoppgaver i Helsedirektoratet. Prosjektgruppens mandat er å sikre vellykket prosjektgjennomføring av PHT i kommunene. Dette omfatter å drifte de ulike delområdene, utvikle piloten og gjennomføre nødvendige tilpasninger i rammebetingelser for deltakerne underveis.

Videre har Helsedirektoratet gitt Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Oslo Economics i oppdrag å evaluere pilotprosjektet. Denne rapporten er en del av evalueringen. Det er faste årlige kostnader knyttet til evalueringen, i tillegg til at Helsedirektoratet bruker ressurser på møter med evalueringsgruppen og øvrig oppfølging av evalueringen.

For drift av pilotprosjektet var kostnadene i Helsedirektoratet knyttet til lønn og sosiale utgifter, innleid prosjektstøtte, evaluering og øvrige driftsutgifter 13,6 millioner kroner i 2019 (Tabell 9-3). I tillegg kommer noe ressursbruk hos Helfo som ikke er inkludert.

9.3.2 Oppfølging og tilbud til legekontorene

Det er lagt opp til at legekontorene og kommunene selv skal planlegge, gjennomføring og implementere endringer som følge av prosjektet. For å muliggjøre dette, mottar legekontorene og kommunene i prosjektet tilskudd fra Helsedirektoratet, som kan brukes innenfor gitte rammer. Tilskuddet skal blant annet dekke kostnader knyttet til tilpasninger i driften som følge av piloten, herunder ledelse, teamutvikling, administrative systemer, rapportering og deltakelse i teknisk tilrettelegging av journalsystemer. I 2019 ble det utbetalt om lag 2,3 millioner kroner i tilskudd til kommunene og 10,4 millioner kroner i tilskudd til legekontorene (Tabell 9-3).

Tabell 9-3 Kostnader ved drift av pilot, 2019

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Totalt
Lønn og sosiale utgifter, evaluering og øvrige driftsutgifter			13 598 015
Tilskudd til kommuner	1 560 000	723 667	2 283 667
Tilskudd til legekontor	7 590 000	2 816 000	10 406 000
Sum	**9 150 000**	**3 539 667**	**26 287 682**

Merknad: Tilskuddet til kommunene var 26 000 kroner per fastlege i 100-prosentstilling, mens tilskuddet til legekontorene var 132 000 kroner per fastlege i 100-prosentstilling. Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

Kostnadene ved drift av pilot har blant annet gått til støtte til legekontorene gjennom møter, kurs og opplegg for erfaringsdeling. Ved en eventuell nasjonal utrulling av PHT som organiseringsform, vil legekontorene trolig ikke få samme type oppfølging og tilbud som legekontorene i pilotprosjektet har fått. Det er vanskelig å si hva denne oppfølgingen har betydd for planleggingen og implementeringen på legekontorene som er med i forsøket, og hva det vil si for eventuelle nye legekontor at de ikke får en tilsvarende tett oppfølging.

I prosjektet har det også blitt tilrettelagt for tilpasninger i journalsystemene (EPJ) for alle legekontorene som deltar i piloten, og kostnadene til opplæring for sykepleierne fra EPJ-leverandørene har blitt dekket av Helsedirektoratet. Legekontorene har også fått dekket inntil 50 000 kroner (per legekontor) til videokonferanseutstyr. Videre har praksislederne ved de deltakende legekontorene fått tilbud om lederutdanning på BI (Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten), og det har blitt gitt finansiering for å dekke praksiskompensasjon under lederutdanning til en fastlege per deltakende legekontor.

I pilotprosjektet har det også vært gitt en inntektsgaranti til legekontorene på grunn av usikkerhet knyttet til fastlegenes inntekter. Ordningen skal redusere den økonomiske risikoen for praksisene knyttet til å prøve ut finansieringsmodellene. Inntjeningen sammenlignes med inntjeningsnivået før pilotprosjektet, og inntektsgarantien skal sikre at fastlegene ikke opplever en vesentlig endring i inntekt. I 2019 ble det utbetalt 1,2 millioner kroner som følge av garantien for å dekke redusert inntjening ved enkelte legekontor.

9.4 Kostnader for listeinnbyggere

Listeinnbyggerne ved legekontor med PHT har samme rett til tjenester og helsehjelp som listeinnbyggere ved andre legekontor. I utgangspunktet medfører ikke PHT noen merkostnader for listeinnbyggerne, og egenandelene for konsultasjon og oppfølging fra fastlegen er de samme som ved legekontorene som ikke deltar i pilotprosjektet. Listeinnbyggeres kostnader ved bruk av fastlegetjenesten består av egenandeler og egenbetaling.

For listeinnbyggerne skiller PHT seg først og fremst fra den vanlige organiseringen av legekontor ved at man kan få tilgang til konsultasjon og oppfølging hos sykepleier i stedet for eller i tillegg til konsultasjon hos fastlegen. Dersom konsultasjon hos sykepleier skjer samme dag som konsultasjon hos fastlege, har det ikke vært mulig å kreve egenandel for begge konsultasjonene (sykepleiertakst S2b - Oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag). Dette betyr at dersom en listeinnbygger har en konsultasjon hos sykepleier som kommer i tillegg til de konsultasjonene personen ellers ville hatt hos fastlegen, medfører det ikke en merkostnad for listeinnbyggeren så lenge konsultasjonen hos sykepleier og fastlege skjer på samme dag. Dersom konsultasjonen derimot ikke skjer på samme dag, medfører sykepleiekonsultasjonen en merkostnad for personen fordi den da må betale egenandel

begge gangene. Oversikt over takstene for sykepleiere i PHT med honorarmodellen framgår i kapittel II i *Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam*.

PHT kan også ha betydning for listeinnbyggernes kostnader ved at de får tjenester fra legekontoret på en annen måte enn tidligere. Dersom PHT innebærer en ny måte å tilby tjenester på som medfører flere eller dyrere konsultasjoner, betyr dette økte kostnader for listeinnbyggerne. Tilsvarende kan man også tenke seg at PHT tilbyr tjenester på en måte som medfører færre eller billigere konsultasjoner. I 2019 betalte listeinnbyggerne ved legekontorene i pilotprosjektet totalt 30,3 millioner kroner i egenandeler (Tabell 9-4).

Tabell 9-4 Listeinnbyggernes kostnader, 2019

	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Totalt
Egenandel og egenbetaling	**25 054 442**	**5 282 057**	**30 336 499**

Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

9.5 Samfunnsøkonomisk analyse i rapport 2021

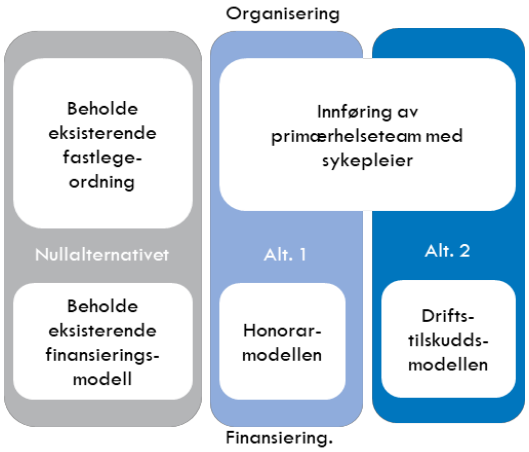
For å kunne sammenligne PHT med andre tiltak, skal det i 2021 gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse. Målsettingen for analysen er å se helhetlige effekter, gevinster og kostnader knyttet til PHT. Vi vil identifisere eventuelle gevinster og kostnader i samfunnet og i helsetjenesten også utover fastlegetjenesten, eksempelvis gjennom endret bruk av legevakt og tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Parallelt med forsøksordningen med PHT er det igangsatt flere utprøvinger som er delvis overlappende. Eksempler på slike utprøvinger er pilot med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og utprøving av digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging). For å kunne se disse tiltakene i sammenheng, samt gjøre sammenligninger på tvers av tiltakene, er det behov for en samfunnsøkonomisk analyse. Den samfunnsøkonomiske analysen av PHT skal inngå som del av rapporten som leveres til Helsedirektoratet i 2021. Her vil vi utrede og oppsummere de samfunnsøkonomiske konsekvensene av forsøksordningen, og vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet på bakgrunn av disse. Analysen vil baseres på funn fra hele forsøksperioden fram til og med 2021.

Datagrunnlaget for den samfunnsøkonomiske analysen vil være data fra primærhelseteamene og kommunene, samt nasjonale registerdata. Dataene som er innhentet i forbindelse med evalueringen vil trolig være tilstrekkelig for å svare ut spørsmålene i den samfunnsøkonomiske analysen, men ved behov vil vi supplere med ytterligere datainnhenting.

Det er to alternativer som skal utredes i den samfunnsøkonomiske analysen. I det første alternativet gjennomføres ny organisering med tilhørende endring i arbeidsformer i PHT, finansiert ved honorarmodellen. I det andre alternativet gjennomføres tilsvarende endring i organisering og arbeidsformer, men finansiert ved driftstilskuddsmodellen. Disse alternativene skal måles opp mot nullalternativet, som er en videreføring av dagens fastlegeordning med etablert finansieringsordning. Alternativene illustreres i Figur 9-1.

Figur 9-1 Alternativer for organisering og finansiering av PHT



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

Den samfunnsøkonomiske analysen vil gjennomføres i henhold til veilederen for samfunnsøkonomisk analyse (Direktoratet for økonomistyring, 2014). Vi vil også basere oss på veilederen for økonomisk evaluering av helsetiltak (Helsedirektoratet, 2012), samt prioriteringsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

9.6 Oppsummering og konklusjon

I denne kapittelet har vi begrenset vårt fokus til det offentliges kostnader ved PHT i 2019. De fleste kostnadene påløpt av PHT-legekontorene er kostnader som også ville påløpt i fravær av PHT. Det er likevel noen finansielle komponenter som skiller PHT-legekontorene fra legekontor uten PHT. For legekontor som drifter honorarmodellen dreier det seg primært om et fast driftstilskudd per sykepleier, samt aktivitetsavhengige takster utløst av sykepleier. Driftstilskuddsmodellen skiller seg mye fra nåværende finansieringsordning, og det er derfor vanskelig å fastslå hva som er merkostnaden ved PHT under driftstilskuddsmodellen. I 2019 utgjorde det offentliges kostnader til drift av de åtte legekontorene med honorarmodellen om lag 101,0 millioner kroner, mens kostnader til drift av legekontor med driftstilskuddsmodellen i 2019 utgjorde 37,8 millioner kroner. Nøyaktig hvor mye av dette som utgjør merkostnader knyttet til PHT vil inngå som en del av en omfattende samfunnsøkonomiske analyse i 2021.

I vår forenklede analyse har vi beregnet det offentliges kostnader til drift av pilotprosjektet til 26,3 millioner kroner i 2019. Disse kostnadene består av lønn og sosiale utgifter, evaluering og øvrige driftsutgifter, samt tilskudd til kommuner og legekontor i forbindelse med planlegging, gjennomføring og implementering av endringer som følge av PHT-prosjektet. Mange av disse kostnadene er implementeringskostnader som ikke videreføres ved fremtidig drift av PHT.

Som del av statusrapporten 2021 vil det bli utarbeidet en samfunnsøkonomisk analyse der vi analyserer samfunnsnytte og -kostnad ved PHT i sammenheng.

10. Avslutning

Helsedirektoratet har satt følgende effektmål for forsøket:

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

Fokus i årets statusrapport har vært pasienten. Vi har særlig vært opptatt av de to første kulepunktene i effektmålene. Effektmål knyttet til koordinering, samarbeid og samhandling, samt samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten vil få oppmerksomhet i neste års statusrapport.

I dette kapitlet fokuserer vi først på tjenesteutviklingen slik den oppleves fra pasienters ståsted og vurderes av personellet ved legekontorene i PHT-forsøket, før vi stiller spørsmål om hvordan og hvorvidt det er mulig å gjenfinne virkninger av tjenesteutviklingen på de prioriterte målgruppene og på listeinnbyggerne mer generelt. Til slutt skisserer vi sentrale punkter i neste års evalueringsarbeid.

10.1 Tjenesteutvikling på legekontor med PHT

Tjenesteutviklingen som ligger i overgangen fra oppfølging av fastlege til oppfølging av PHT, kan oppsummeres på følgende måte med utgangspunkt i pasienters ståsted basert på kvalitative intervju: Diabetes- og kols-pasienter fortalte om konkret opplæring og veiledning om blant annet sykdomsmestring og livsstilsendring. Psykisk syke fortalte blant annet at de lærte å bruke konkrete verktøy for å kunne bevege seg ute blant folk og generelt takle hverdagen. De pekte på at de har fått hjelp på egne premisser. De har blitt sett og forstått og har oppnådd trygghet i relasjonen til PHT-sykepleier og økt sin livskvalitet. Pasienter med ulike diagnoser fortalte om opplevelser av lettere tilgjengelig helseoppfølging. Eldre multisyke pasienter samt pårørende til og ansatte som arbeidet med psykisk utviklingshemmede, pekte på at hjemmebesøk har gitt trygghet og at man unngår terskler for bruk av fastlegetjenester som transport og oppmøte på legekontor - med andre ord bedre tilgjengelighet til legetjenester for pasienter med åpenbare behov. Pasienter uttrykte på ulikt vis hvordan oppfølging fra PHT oppleves som hjelp til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. Intervjuene viste også at sett fra pasientens perspektiv, er det mulig å oppnå bedre kontinuitet med PHT. Mer helhet og mer koordinering medfører økt behandlingskontinuitet. Mer dialog om pasienten mellom ulikt helsepersonell gir økt informasjonskontinuitet. Det er også tegn til at den relasjonelle kontinuiteten kan styrkes. En viktig forutsetning for dette synes å være at pasienter kan opprettholde en-til-en-forholdet til sin fastlege samtidig som de får en mer teambasert oppfølging.

Med kvalitative intervju kommer vi tett på pasienter som vi vet har erfart å få tjenester over tid fra PHT. Men antallet informanter er lite og utvalget er selektert (intervjuer med ti pasienter, fem pårørende og tre ansatte i PU-bolig), og metoden er ikke egnet til å generalisere om virkninger av PHT generelt for pasienter. Resultatene fra pasient- og pårørendeintervjuene bekrefter imidlertid resultatene fra fjorårets statusrapport (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019), som viste at sykepleiers inntreden på legekontorene innebar mer struktur og systematikk i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom, og inkluderte et fokus på mer veiledning og mestring.

Spørreundersøkelsen blant fastlegene som har vært med i forsøket fra start, viste at det er størst enighet om at personer med kols og diabetes vil få bedre oppfølging med PHT. Det er svakest oppslutning om at personer med rusavhengighet, utviklingshemming, fysiske funksjonsnedsettelser og svake etterspørrere vil få bedre oppfølging med PHT. En mulig forklaring på dette er at disse gruppene for de fleste fastleger utgjør en liten andel av listeinnbyggerne, de kan ha ulike behov som ikke kan møtes med standardiserte opplegg på samme måte som eksempelvis diabetespasienter og at det derfor kan ta lenger tid å høste erfaringer med hvordan PHT kan inngå i oppfølgingen.

Om lag halvparten av fastlegene ved legekontor som har vært med i forsøket fra start, oppga at de opplever at fastlegene ved deres legekontor arbeider mer proaktivt enn før. Skrøpelige eldre og svake etterspørrere oppleves å være de pasientgruppene det er mest aktuelt å arbeide proaktivt med. Om lag halvparten av fastlegene og en noe større andel sykepleiere oppga at legekontoret legger til rette for brukermedvirkning. Færre pasienter enn fastlegene mener det er aktuelt for, har så langt fått utarbeidet behandlingsplan. Dette kan ha sammenheng med at utarbeiding av behandlingsplaner ikke er vanlig i fastlegetjenesten. Maler for behandlingsplaner var ikke på plass ved starten av forsøket og utvikles og prøves ut på legekontorene underveis i forsøket.

Fra fjorårets kvalitative studier på legekontorene i forsøket (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019), vet vi at overgangen fra vanlig fastlegevirksomhet til PHT ikke er gjort med et knips. Rammene for forsøket, slik det er beskrevet av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017), er svært fleksible. Dette har vi pekt på tidligere som en årsak til tidkrevende endringsprosesser. Det er imidlertid ikke gitt at endringsprosessene ville vært mindre tidkrevende med et mer ferdigspikret definert innhold og en mer detaljert implementeringsplan. De fleksible rammene for forsøket er trukket fram som en vesentlig forutsetning for at det er interessant for legekontorene å delta i forsøket. Alle legekontorene har brukt tid på å «designe» PHT basert på sitt utgangspunkt. Dette gir ulike lokale prosesser og grobunn for ulike resultat på legekontornivået. Det tar tid for de involverte å finne sine arbeidsoppgaver og roller i PHT. Det tar tid å bygge tillit, endre tradisjoner og arbeidsmåter, og etablere en klarere ledelse enn det som tradisjonelt finnes på norske legekontor. Innsatsen sett under ett blant legekontorene i forsøket, har særlig vært konsentrert om å øke kvaliteten på behandlingen av kronisk syke pasienter. Legekontorene har startet med kronisk syke av flere grunner. Pasientgruppene har et visst volum og det er mulig å lage systematiske opplegg hvor sykepleierkompetansen og -kapasiteten kan sikres brukt, selv om fastlegen ikke har gått fullt og helt inn i PHT-arbeidet med hud og hår. Dette betyr ikke at det nødvendigvis er kronisk syke pasienter som vil dominere PHT-arbeidet framover. Våre undersøkelser tyder på at PHT i betydelig grad brukes til å gi bedre oppfølging av pasienter med krevende og sammensatte diagnoser. Tuckmans utviklingsstadiummodell (1965) for å forstå grupper som skal løse oppgaver sammen – med fasene forming, storming, norming, performing – kan brukes som bakteppe for å forstå tjenesteutviklingen med PHT ved legekontorene i forsøket. Trolig begynner de opprinnelige legekontorene i forsøket å nærme seg performing-fasen, selv om det også bør legges til grunn at koronapandemien har forstyrret og forsinket prosessene.

10.2 Tjenesteutviklingen belyst ved registerdata og spørreundersøkelse til listeinnbyggerne

Forrige delkapittel viser hvordan det har skjedd endringer i måten legekontorene i PHT-forsøket arbeider på, og endringer i hvordan pasienter blir møtt og fulgt opp av PHT. Oppdragsgiver ønsker også at effektene av PHT-forsøket skal måles for alle innbyggerne som følges opp av PHT og mer generelt for alle innbyggerne på fastlegens liste. For å undersøke dette bruker vi registerdata og spørreundersøkelser blant listeinnbyggere. En utfordring er at pasienter som følges opp av PHT, kan være vanskelig identifiserbare. Dette gjelder både i spørreundersøkelsene, hvor mange pasienter ikke vet om de er fulgt opp av PHT, og i registerdata, hvor det er bruk av sykepleiertakster som identifiserer hvorvidt en pasient er fulgt opp av PHT. Vi vet at helsesekretærer gjør en del arbeid på delegasjon fra leger, i alle fall ved enkelte legekontor, som ikke fanges opp av sykepleiertakster.

At vi i registerdataanalysene bruker utløst sykepleiertakst som indikator på tjenester fra PHT, kan bidra til at omfanget av pasienter som har kontakt med PHT, i noen grad undervurderes. Dette gjelder særlig i driftstilskuddsmodellen der sykepleier ikke kan skrive takst hvis pasienten konsulterer fastlegen samme dag. Vi antar imidlertid at registerdataundersøkelser vil fange opp pasienter som følges opp av PHT over tid. Siden oppstarten av forsøket har nesten 10 000 pasienter fått oppfølging som har utløst en sykepleiertakst. Dette tilsvarer ti prosent av listeinnbyggerne ved legekontorene som prøver ut PHT. Varigheten av oppfølgingen varierer. Halvparten har hatt en takstgenererende kontakt med sykepleier én gang. Fjorårets statusrapport avdekket at sykepleier ofte benyttes for å kartlegge situasjonen for en pasient (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019). For pasienter som kun har hatt kontakt med PHT-sykepleier én gang, kan det ha vært en kartleggende kontakt som har avklart at det ikke er behov for mer oppfølging som involverer PHT-syke-

pleier. Det utelukker ikke at det kan ha vært behov for tjenester fra fastlegen eller annet helsepersonell. Vi har også hørt eksempler på at personer i en akutt krise kan ha god nytte av en konsultasjon med sykepleier uten at de har behov for noen videre oppfølging. Sykepleier kan både utgjøre en buffer i tilgjengelighet til fastlegen og en utvidet kompetanse som kan gi et kvalitativt mye bedre tilbud enn legevakten – som er det alternativet mange har i dag når fastlegen ikke har tid. Andelen listeinnbyggere som så langt er fulgt opp på en måte som har utløst sykepleiertakster over tid, tilsvarer rundt fem prosent. For øvrig stemmer beskrivelsen basert på registerdata av pasientene som har utløst sykepleiertakst, godt overens med målgruppene for PHT slik de var beskrevet av Helsedirektoratet ved oppstart av forsøket.

I analyser basert på registerdata, gjenfinner vi tydelige spor av en mer proaktiv arbeidsform ved legekontorene i PHT-forsøket sammenliknet med kontrollkontor utenfor forsøket. Analysene tyder på at pasienter med definerte kroniske sykdommer får tettere oppfølging. Pasienter med diabetes type 2 og kols er de to store undergruppene der vi finner signifikante endringer. Dette samsvarer med fastlegenes oppfatning i årets spørreundersøkelse og med funn fra intervju gjort i forbindelse med fjorårets statusrapport (Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019). Blant diabetespasientene knyttet til legekontorene som prøver ut honorarmodellen, er det en betydelig økning i andelen som får årskontroll. For pasienter med kols, er det en økning i andel pasienter som blir undersøkt ved hjelp av spirometri. Driftstilskuddsmodellen har ikke takster som gjør tilsvarende registrering mulig, men en takst for utarbeiding av behandlingsplan for pasienter med diabetes og kols. Denne taksten er så langt lite brukt. Det arbeides nå med en presisering av begrepet behandlingsplan som skal tilrettelegge for at det blir lettere å bruke taksten. Registerdataanalysen viser videre en betydelig økning i hjemmebesøk for legekontor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. Ved legekontor med driftstilskuddsmodellen er det også en tendens til økning i hjemmebesøk, men det er ingen signifikant forskjell sammenliknet med kontrollgruppen.

Så langt finner vi ingen forskjeller mellom listeinnbyggere i legekontor som prøver ut PHT og listeinnbyggere i andre legekontor når det gjelder utvikling i bruk av legevakt. Vi har ved hjelp av registerdata sammenlignet utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester for pasienter fra legekontor i PHT-forsøket med pasienter i kontrollgruppen. Etter at forsøket med PHT startet, finner vi en reduksjon i antallet polikliniske konsultasjoner for pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom fra legekontor som prøver ut honorarmodellen sammenlignet med pasienter fra kontrollgruppen. Vi finner ingen forskjeller i utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester mellom pasienter fra PHT-kontor og andre kontor for de andre målgruppene i forsøket eller for listeinnbyggerne mer generelt. Kanskje har det gått for kort tid til at vi kan forvente å finne slike forskjeller.

Intensjonen med spørreundersøkelsen til listeinnbyggerne er å sammenligne listeinnbyggere som hører til fastlegekontor som er med i PHT-forsøket med listeinnbyggere ved legekontor som ikke er med i forsøket (kontrollgruppen). I listeinnbyggerundersøkelsen var det en nesten like stor andel av listeinnbyggerne ved kontroll-legekontor som oppga å ha fått oppfølging av PHT, som andelen listeinnbyggere ved PHT-kontor. Dette indikerer at listeinnbyggerne ikke nødvendigvis vet om de har fått oppfølging av PHT. Dette trenger ikke å bety noe annet enn at primærhelseteamene sjeldent omtaler seg som primærhelseteam i kontakt med pasientene. For eksempel viste et av intervjuene at en pasient konsekvent omtalte sykepleieren i PHT som «ernæringsterapeuten», og pasienten var ukjent med begrepet primærhelseteam, selv om pasienten hadde gått til jevnlig oppfølging der i et knapt år. Men resultatet tyder på at analyser som baserer seg på egendefinert oppfølging fra PHT, så langt bør tolkes med forsiktighet.

I listeinnbyggerundersøkelsen finner vi ingen signifikant forskjell i egenvurdert helse i undersøkelsen gjort i 2018 sammenliknet med undersøkelsen gjort i 2020, relativt til kontrollgruppen. Blant listeinnbyggerne ved legekontor med honorarmodellen var det ingen endring i egenvurdert helse for personer over 70 år eller for personer med langvarige helseplager. For listeinnbyggerne som helhet i PHT-kontor med honorarmodellen var det en signifikant nedgang i helserelatert livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen. Siden sammenligningen foregår på gruppenivå, impliserer ikke nedgangen en nedgang i enkeltpersoners helserelaterte livskvalitet. Vi har også undersøkt listeinnbyggernes opplevelse av hvorvidt fastlegetjenesten bidrar til mestring av egne sykdommer og plager, opplevelse av brukermedvirkning og fornøydhet med ulike aspekter ved fastlegetjenesten. Vi finner heller ingen signifikante endringer mellom 2018 og 2020, sammenlignet med kontrollgruppen. Når vi tolker disse resultatene, er det viktig å ha i mente at primærhelseteamene fokuserer på pasienter i målgruppen for PHT, som

utgjør en begrenset andel av listepopulasjonen, og det er derfor uvisst om vi kan forvente å se utslag i fornøydhet for listepopulasjonen som helhet. Videre er det verdt å notere at listeinnbyggerne generelt er fornøyde med fastlegetjenesten, og at det derfor kan være vanskelig å oppnå en stor forbedring. Utover dette er det viktig å ha i bakhodet at 2020 har vært et veldig spesielt år, som trolig har påvirket kontakten med fastlegetjenesten for de aller fleste.

10.3 Planer for arbeidet med evalueringen i 2021

I årets rapport har vi undersøkt hvordan tilnærmingen til pasientene så langt er endret med PHT, hvordan helsetjenestene pasientene mottar, er endret og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene samt listeinnbyggerne generelt opplever endringene. I neste års rapport vil vi gi en mer helhetlig evaluering av måloppnåelse for alle effektmålene.

Så langt mulig, vil vi i neste års statusrapport gjøre mer detaljerte undersøkelser med registerdata. Siden PHT kan medføre bedre tilgjengelighet til legekontoret for grupper av pasienter, er det i evalueringen interessant å undersøke om det er endring i utvikling i bruk av legevakt for listeinnbyggere i PHT-kontorene sammenligning med utvalget av kontrollkontor. I årets rapport finner vi ingen slike endringer verken for listeinnbyggerne under ett eller for undergrupper av listeinnbyggere med kroniske sykdommer. Kanskje er det slik at PHT ikke påvirker bruk av legevakt? Eller er det slik at mer detaljerte undersøkelser vil vise effekter vi ikke har funnet så langt?

I årets rapport finner redusert bruk av poliklinikk for pasienter med rusdiagnoser og psykiatriske diagnoser sammenlignet med kontrollgruppen. Vi finner ingen endringer i bruk av spesialisthelsetjenester for andre målgrupper, som pasienter med diabetes, kols og skrøpelige eldre. Vi finner heller ingen endringer i utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester for listeinnbyggere i PHT-kontor samlet sett sammenlignet med listeinnbyggere fra kontrollkontor. Vi har også gjort spesielle undersøkelser av innleggelser for diagnoser som i litteraturen antas å kunne påvirkes av kvalitet i primærhelsetjenesten (ACSC). Kanskje er det for få listeinnbyggere som er omfattet av PHT, til at det gir utslag i undersøkelser med registerdata? Kanskje har det gått for kort tid fra PHT ble innført? Manglende effekter kan også skyldes at analysene ikke var tilstrekkelig detaljerte. Kanskje er det slik at PHT vil medføre flere forebyggende undersøkelser og utredninger i spesialisthelsetjenesten for å forhindre framtidige innleggelser som skyldes sykdomskomplikasjoner? Da må vi i så fall gå detaljert til verks for å finne egnede kombinasjoner av diagnoser og prosedyrer. Det vil vi arbeide med i 2021. Vi vil også gjøre mer detaljerte undersøkelser av tjenester til skrøpelige eldre. Dette vil både omfatte avgrensning av gruppen skrøpelige eldre og hvilke tjenester de mottar sammenlignet med kontrollgruppen.

Det har også kommet fram at det er forskjeller i resultater mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen langs flere dimensjoner. Det gjelder for eksempel pasienterfaringer i form av tilgjengelighet og brukermedvirkning, utvikling i aktivitet under korona pandemien samt utvikling i hjemmebesøk. Hva betyr finansieringsordningen for disse forskjellene? Hva betyr eierskap? Samtidig er det ikke ubetydelig variasjon i resultater mellom legekontor innenfor hver av modellene. Hva kommer denne variasjonen fra? Har den alltid vært der? Betyr det at kjennetegn ved det enkelte legekontor betyr mer enn finansieringsmåte? Og medfører disse kjennetegnene at en finansieringsmodell oppfattes som mer attraktiv enn en annen? I statusrapport 2021 vil vi forsøke å analysere disse problemstillingene nærmere.

Helsedirektoratet gjennomfører for tiden flere tilgrensende utprøvingsprosjekt i primærhelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging og strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er to slike prosjekter som i alle fall delvis har overlappende målgruppe med PHT. Tre av kommunene som prøver ut PHT prøver samtidig ut digital hjemmeoppfølging, og en kommune prøver ut PHT og strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. I neste års statusrapport vil vi prøve å se disse tiltakene i sammenheng for å lære mer om hvordan de utfyller hverandre.

En viktig del av statusrapporten for 2021 vil være en samfunnsøkonomisk analyse av ordningen med PHT. I den samfunnsøkonomiske analysen skal gevinster veies opp mot kostnader, for å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved PHT. To år etter forsøkets oppstart finner vi ved hjelp av intervjudata en klar tjenesteutvikling. Samtidig finner vi fra spørreundersøkelser og registerdata noen endringer i form av bedre oppfølging og helsetjenestebruk for målgruppene. Vi finner så langt ingen positive endringer i målgruppenes brukeropplevelse, egenvurderte helse og helserelaterte livskvalitet. Vi

har med andre ord ikke klart å påvise kvantifiserbare gevinster ved PHT av særlig stort omfang. Gjennom intervjuer med fastleger og pasienter får vi samtidig inntrykk av at arbeidsmåtene på fastlegekontorene er endret til det bedre, og at dette har kommet pasientene til gode. Spørsmålet er om disse kvalitative effektene veier opp for merkostnaden ved PHT. Kunne tilsvarende endring vært realisert ved en annen ressursbruk? Kanskje vil effektene av PHT bli mer målbare etter et år til med forsøk og data? Det er da også relevant å spørre seg om framtidige fastlegekontor som skal implementere PHT-organiseringen, vil klare å høste de samme gevinstene uten den støtten legekontorene som deltar i forsøket, har fått fra Helsedirektoratet.

Referanser

Abelsen, B. & Brandstorp, H., 2017. *Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling,* Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Angrist, J. & Pischke, J. S., 2008. *Mostly Harmless Econometrics.* s.l.:Princeton University Press.

Anvik, C. H. et al., 2019. *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov,* Forskningsrådet: s.n.

Baltagi, B. H., 2008. *Econometric Analysis of Panel Data.* 4 red. Chichester: John Wiley & Sons.

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*, 12(3), pp. 218-223.

Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.

Den norske legeforening, 2019. *Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020.* s.l.:s.n.

Difi, 2017. *Innbyggerundersøkelsen.* [Internett]
Available at: https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne/fastlege
[Funnet 26 10 2018].

Digitaliseringsdirektoratet, 2017. *Innbyggerundersøkelsen 2017.* [Internett]
Available at: https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017
[Funnet 17 11 2020].

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

Freeman, G. & Hughes, J., 2010. *Continuity of care and the patient experience. An Inquiery into the Quality of General Practice in England,* London: The King's Fund.

Griffin, B. A. et al., 2017. Chasing balance and other recommendations for improving nonparametric propensity score models. *Journal of Causal Inference,* pp. 1-18.

Guthrie, B. & Wyke, S., 2006. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Medicine*, 7(11).

Haggerty, J. et al., 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, Volum 327, pp. 1219-1221.

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

Helsedirektoratet, 2009. *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging,* Oslo: Helsedirektoratet.

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

Helsedirektoratet, 2015. *Veileder om legemiddelgjennomganger,* s.l.: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2017. *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering,* s.l.: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2020. *Diabetes: Nasjonal faglig retningslinje,* Oslo: Helsedirektoratet.

Hetlevik, Ø. & Gjesdal, S., 2012. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*, 30(4), pp. 214-221.

Hjortdahl, P., 2015. *Personlig kontinuitet; - Det handler om kunnskap, tillit og koordinering!,* Oslo: Universitetet i Oslo.

Hjortdahl, P. & Borchgrevink, C., 1991. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 303(6811), pp. 1181-1184.

Hjortdahl, P. & Laerum, E., 1992. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, 304(6837), pp. 1287-1290.

Iacus , S. M., King, G. & Porro, G., 2012. Causal inference without balance checking: Coarsened Exact Matching. *Political Analysis,* Volum 20, pp. 1-24.

Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A. & Holmboe, O., 2018. *Brukererfaringer med fastlegetjenesten. Samenstilling og analyse av tilgjengelige datakilder,* s.l.: Folkehelseinstituttet.

Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A. & Holmboe, O., 2019. *Pasienterfaringer med fastleger og fastlegekontor 2018/19,* Oslo: Folkehelseinstituttet.

Karlsen, T. H., Wettergreen, . J. & Jensen, A., 2019. *Utredning av ny levekårsstatistikk for personer med funksjonsnedsettelse, Notater 2019/42,* Oslo: Statistisk sentralbyrå .

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interviews learning the craft of qualitative research interviews*. 3rd Edition red. Los Angles: Sage Publications.

Lester, H. & Roland, M., 2009. *"4. 1 Performance measurement in primary care." Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. s.l.:s.n.

Luke, D. A., 2004. *Multilevel modeling*. 3 red. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ot.prp. nr. 99 (1998-99), u.d. *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen),* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Pullon, S. et al., 2011. Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. *Journal of Primary Health Care 2011*, 3(2), pp. 128-135.

Rodriguez, H., Rogers, W., Marshall, R. & Safran, D., 2007. Multidiciplinary Primary Care Teams: Effects on the Quality of Clinician-Patient Interactions and Organizational Features of Care. *Medical Care*, 45(1), pp. 19-27.

Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B., 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika ,* 70(1), pp. 41-55.

Sandvik, H., Hunskår, S. & Diaz, E., 2012. Fastlegepasienters bruk av legevakt. *Tidsskrift for den Norske Legeforening,* Volum 132, pp. 2272-2276.

St.meld.nr.47, 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. s.l.:Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Statens helsetilsyn, 2017. *Det gjelder livet,* Oslo: Statens helsetilsyn.

Statistisk sentralbyrå, 2019. *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. [Internett]
Available at: https://www.ssb.no/statbank/list/helseforhold
[Funnet 17 11 2020].

Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W. & et al., 2015. Which hospitalisations are ambulatory care care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany.. *Health policy,* 119(11), pp. 1415-23.

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), pp. 248-257.

Søbye, E., 1994. HVPU-reformen: Intensjoner og forløp. *Samfunnsspeilet*, Issue 1, pp. 32-35.

Tuckman, B., 1965. Developmental sequence in small groups. *Psychological bulletin*, 63(6), pp. 384-399.

Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018. *Evaluering av pilot-prosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordningen, Statusrapport I,* Oslo: s.n.

Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2019. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger, Statusrapport II,* s.l.: s.n.

Vedlegg A Data og metode (UiO)

A.1 Registerdata

Vi bruker individdata som omfatter alle listeinnbyggere som deltar i forsøket med PHT i tillegg til listeinnbyggere som vil inngå i kontrollgruppen. Søknad ble sendt REK Sør-Øst 25.9.2018 og dispensasjon fra taushetsplikten ble innvilget 8.2.2019. Personvernkonsekvensvurdering (DPIA) ble utarbeidet i samarbeid med NSD. Utøver av behandleransvaret godkjente prosjektet 3.4.2019 under forutsetningen av at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig etter GDPR art. 4 (7). Søknader om tilgang til individdata ble deretter sendt Statistisk Sentralbyrå (sosioøkonomiske variabler), Helsedirektoratet (Fastlegeregisteret, KUHR, Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt Pasientregister (KPR) og IPLOS) og Folkehelseinstituttet (Dødsårsaksregisteret). Data til denne statusrapporten ble mottatt i perioden mai – oktober 2020.

Tabell A.1-1 Oversikt over registre og typer av variabler

Kilde	Variabler	Periode
Fastlegeregisteret	-Helsepersonellnummer -Kjennetegn ved fastlegen: Kjønn, alder, spesialist i allmennmedisin og/eller samfunnsmedisin, fastlønnet/privat praksis, navn og nummer på praksiskommune, gruppepraksis, deltar/deltar ikke i forsøk med PHT. -Kjennetegn ved pasientliste: Antall menn/kvinner i 5-årige alderskategorier. -Maksimal listelengde. -Brutto avgang og brutto tilgang på listen siden forrige uttak - Antall på venteliste - Har legen praksis i flere kommuner	Fra 2012 – juli 2020
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege og PHT-sykepleier registrert ved takster	Fra 2012 – august 2020
Norsk Pasientregister (NPR)	Kontaktdata fra NPR – somatikk, NPR - psykisk helsevern for voksne, NPR - psykisk helsevern for barn og unge, NPR – rehabiliteringsinstitusjoner, NPR – avtalespesialister, NPR - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Fra 2012 – april 2020
Kommunalt Pasientregister (KPR)	KPR inneholder variabler som beskriver botype, omfang og sammensetning av hjemmetjenester samt funksjonsnivå.	Fra 2017 - april 2020
Dødsårsaksregisteret	Dødstidspunkt, dødsårsak (gruppert etter EU Shortlist)	Fra 2012 – des. 2018
SSB	Utdanning, inntekt og formue på individ og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus, fødselsår, dødsmåned, kjønn.	Fra 2012 – des. 2019

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

A.2 Spørreundersøkelse til listeinnbyggere

Distribusjon

Undersøkelsen ble administrert av Norsk Gallup, og ble distribuert per e-post og brev. Personer eldre enn 69 år og yngre personer uten registrert e-postadresse mottok spørreundersøkelsen per post (20 prosent av utvalget), mens de øvrige mottok undersøkelsen per e-post (80 prosent). Bruttoutvalget på 49 927 listeinnbyggere fordelte seg på 9 411 postale mottakere og 40 516 web-mottakere. Til sammen 3 325 personer ble fjernet fra utvalget på grunn av duplikate e-postadresser eller ugyldige og mangelfulle postaladresser. Etter denne justeringen bestod bruttoutvalget av til sammen 46 587 listeinnbyggere, fordelt på 30 944 personer i forsøksgruppen (24 690 web-mottakere og 6 254 postal-

mottakere) og 15 643 personer i kontrollgruppen (12 501 web-mottakere og 3 142 postal-mottakere).

Undersøkelsen ble distribuert i midten av september 2020. Det ble sendt ut to påminnelser til webutvalget og en til postalutvalget. Datainnsamlingen ble avsluttet 13. november 2020.

I 2018 ble det tilrettelagt for engelsk skjema i webversjonen. Antall brukere var lavt, og det ble ikke prioritert å oversette undersøkelsen i 2020. Median intervjutid (i webversjon) var 12 minutter.

Frafallsanalyse

I Tabell A.2-1 sammenligner vi nettoutvalget for spørreundersøkelsen med listepopulasjonen per 1.7. 2020 (som er datoen når bruttoutvalget ble trukket).

Tabell A.2-1 Sammenligning av nettoutvalg for spørreundersøkelsen og listepopulasjonen

	Listeinnbyggere med PHT (inkl. nye legekontor)		Listeinnbyggere i kontrollgruppen	
	Nettoutvalg	Listepopulasjon per 1.7 2020	Nettoutvalg	Listepopulasjon per 1.7 2020
Menn				
18-29	96 (1,7)	7146 (8,1)*	38 (1,4)	7456 (8,3)*
30-44	275 (4,7)	11259 (12,8)	137 (5,0)	11565 (12,8)
45-59	555 (9,5)	11300 (12,9)	266 (9,7)	10916 (12,1)
60-69	515 (8,9)	5898 (6,7)	256 (9,3)	5800 (6,4)
70+	1180 (20,3)	5680 (6,5)	552 (20,1)	5682 (6,3)
Kvinner				
19-29	203 (3,5)	6590 (7,5)	93 (3,4)	7078 (7,8)
30-44	536 (9,2)	10860 (12,4)	241 (8,8)	11469 (12,7)
45-59	739 (12,7)	10391 (11,8)	350 (12,7)	10589 (11,7)
60-69	557 (9,2)	5672 (6,5)	237 (8,6)	5630 (6,2)
70+	1181 (20,3)	6654 (7,6)	578 (21,0)	6797 (7,5)
Sum		43294 (49,2)		45090 (50,0)
Total	5644 (100)	87907 (100)	2748 (100)	90205 (100)

Merknad: * 20-29 år

Utforming og analyse

Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i undersøkelsen som ble gjennomført høsten 2018 i forbindelse med oppstarten av pilotprosjektet. Undersøkelsen ble oppdatert av medarbeidere ved Oslo Economics våren 2020 i samråd med hele forskergruppen. Noen spørsmål ble hentet fra Innbyggerundersøkelsen (Difi, 2017) og Levekårsundersøkelsen om helse 2015 (Statistisk Sentralbyrå) for å kunne sammenligne resultater med en bredere listeinnbyggergruppe. I forbindelse med utviklingen av spørreundersøkelsen i 2018 ble det innhentet innspill fra Helsedirektoratet og fra prosjektets referansegruppe, med representanter for blant andre Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Helsesekretærforbundet og KS.

For å kartlegge hvordan listeinnbyggere bruker fastlegetjenesten i dag, i hvilken grad de opplever at de har tilgang til nødvendig helsehjelp, tilfredshet med tjenesten og opplevd helsetilstand, har vi hovedsakelig benyttet spørsmål med formatet «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med» med forhåndsdefinerte svaralternativer -3 til +3 der -3 tilsvarer «svært misfornøyd» og +3 tilsvarer «svært fornøyd». Vi åpnet også opp for at man kunne svare «vet ikke», og på enkelte spørsmål var det også mulig å svare «ikke relevant».

I analysene er svarere skalert slik at 0 tilsvarer «svært misfornøyd» og 100 tilsvarer «svært fornøyd». For å analysere listeinnbyggernes fornøydhet med fastlege (Tabell C.5-12) og sykepleier (Tabell C.5-13) har vi benyttet syv underspørsmål som har blitt brukt simultant i regresjonene. På disse spørsmålene har vi kontrollert for tilfeldige variasjoner på individnivå, i og med at de samme individene svarte på de ulike underspørsmålene. Vi kontrollerte også for individuelle forskjeller mellom ulike fastleger.

I tillegg til å beregne gjennomsnittlig score har vi også beregnet andelene av respondentene som svarte de ulike alternativene ved hvert spørsmål/påstand.

Nærmere om måling av livskvalitet ved bruk av EQ-5D-5L

Et av utfallsmålene i forsøket med PHT er pasientenes helsetilstand. For å måle helsetilstand og tilhørende helserelatert livskvalitet benyttet vi det validerte spørreskjemaet EuroQol 5 Dimensions 5 Levels (EQ-5D-5L). Skjemaet omfatter fem dimensjoner av helse, herunder gange, personlig stell, evne til å gjennomføre vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. For hver av disse dimensjonene angir pasientene et nivå fra 1-5, som beskriver grad av helseproblemer innenfor hver dimensjon (ingen problemer, litt problemer, moderate problemer, alvorlige problemer, ekstreme problemer). Svarkombinasjonen av nivå innenfor hver dimensjon muliggjør til sammen 3125 ulike helsetilstander. Det er utviklet forskningsbaserte metoder for å tilordne en livskvalitetsverdi som maksimalt kan ta verdien1,0 til hver av de 3125 kombinasjonene, og flere land har utarbeidet såkalte tariffer som angir en livskvalitetsvekt for hver av helsetilstandene. Det finnes ingen slik tariff utviklet for Norge, men norske helsemyndigheter anbefaler bruk av den britiske tariffen (Statens Legemiddelverk, 2018). Denne har en minimumsverdi på -0,594, der en score på null tilsvarer død, mens en negativ poengsum tilsvarer en helsetilstand verre enn døden.

Vedlegg B Oppfølging fra fastlegekontoret under koronapandemien

Koronapandemien har i stor grad preget samfunnet i 2020, og helsetjenesten har vært særlig berørt. Tilgangen til fastlegetjenesten har for mange vært begrenset, blant annet fordi en del konsultasjoner har blitt gjennomført på video eller telefon og fordi man ikke har skullet oppsøke legekontoret dersom man har luftveissymptomer eller har vært i nærkontakt med en bekreftet koronasmittet. Enkelte legekontor har også måttet holde stengt på grunn av smitte eller karantene.

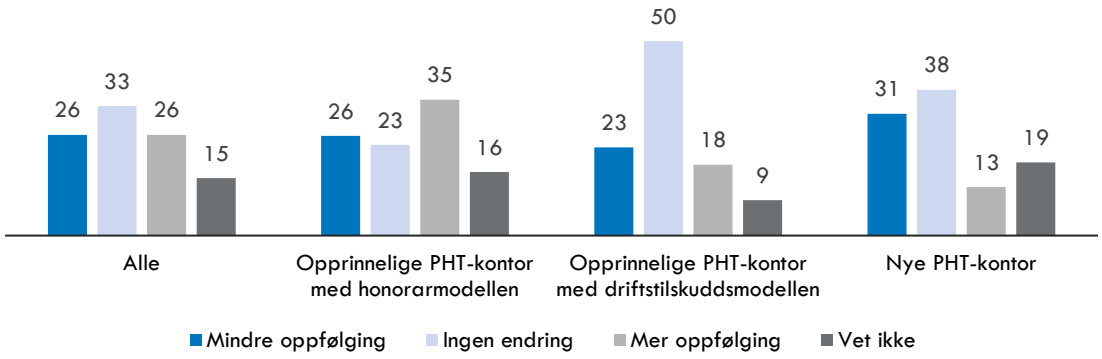
Som del av spørreundersøkelsene til både fastleger, sykepleiere, helsesekretærer og listeinnbyggere ble det stilt spørsmål knyttet til respondentenes erfaringer og opplevelser fra tiden under det pågående koronapandemien. Formålet med spørsmålene var å belyse hvordan de ulike aktørene har vært påvirket, samt hvilke erfaringer de har gjort seg. Koronapandemien har trolig påvirket svarene på en del av de øvrige spørsmålene i undersøkelsene, og det er viktig å ha dette i mente i tolkningen av resultatene. Svarene på spørsmålene relatert til koronapandemien gir også en bedre forståelse av hvordan både befolkningen og primærhelsetjenesten har vært påvirket av koronapandemien.

B.1 Endringer i oppfølging og arbeidsmåte på grunn av koronapandemien

I fastlegeundersøkelsen ba vi respondentene svare på hvorvidt de opplever at ulike pasientgrupper mottar mer eller mindre oppfølging, eller hvorvidt det ikke er noen endring.

Når det gjelder pasienter som befinner seg i risikogruppen for covid-19, oppga 26 prosent av fastlegene at de opplever at pasienter som befinner seg i risikogruppen for covid-19 har fått mindre oppfølging som følge av koronapandemien (Figur B.1-1). En like stor andel oppga at de opplever at denne gruppen har fått mer oppfølging som følge av koronapandemien, og 33 prosent oppga at det ikke hadde vært noen endring. Fastlegene ser med andre ord ut til å være delt i sin oppfatning om hvordan oppfølgingen av pasienter som befinner seg i risikogruppen for covid-19 har blitt påvirket. Når vi sammenligner fastleger ved legekontor med ulike finansieringsmodeller, ser det ut til at fastleger som prøver ut honorarmodellen i større grad enn fastleger ved legekontor med driftstilskuddsmodell og ved nye PHT-legekontor oppgir at pasienter i risikogruppen har fått tetter oppfølging, men forskjellen mellom de ulike modellene er ikke signifikant (Fishers eksakte test, P=0,431). Det er uklart hva som kan forklare at det ser ut som det kan være forskjeller mellom gruppene, men en mulighet er at fastlegene ved legekontor som prøver ut honorarmodellen i større grad fulgte opp pasienter i risikogruppen for å veie opp for lavere pågang som følge av koronapandemien.

Figur B.1-1 På hvilken måte fastlegene opplever at samlet oppfølging av pasienter i risikogruppen for covid-19 har endret seg som følge av koronautbruddet, prosentvis svarfordeling



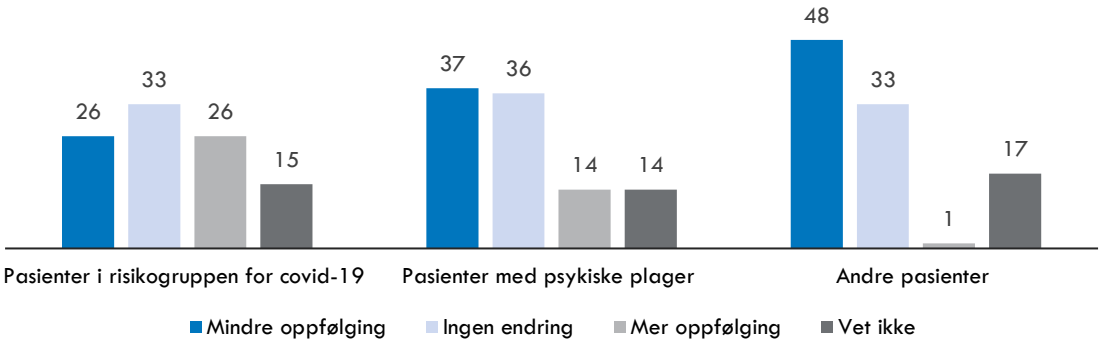
Merknad: N=81 Spørsmål: Hvordan har samlet oppfølging av følgende pasientgrupper endret seg som følge av koronautbruddet? Pasienter i risikogruppen for covid-19.

Når det kommer til pasienter med psykiske plager, oppga 37 prosent av fastlegene at denne pasientgruppen har fått mindre oppfølging etter koronautbruddet (Figur B.1-2). Omtrent like mange (36 prosent) oppga at det ikke har vært noen endring i oppfølgingen av pasienter i denne gruppen.

Fastlegene ble også spurt om hvordan oppfølgingen av andre pasienter enn pasienter i risikogruppen for covid-19 og pasienter med psykiske plager har endret seg som følge av koronapandemien. Nesten halvparten av fastlegene (48 prosent) oppga at denne pasientgruppen har fått mindre oppfølging (Figur B.1-2). Det ser med andre ord ut til at «andre pasienter» er gruppen som i størst grad har opplevd å få mindre oppfølging av fastlegen som følge av koronautbruddet. Blant fastlegene ved legekontor som har deltatt i utprøvingen siden start, oppga 68 prosent med driftstilskuddsmodellen at denne pasientgruppen har fått mindre oppfølging, mens 42 prosent med honorarmodellen oppga det samme. Forskjellen er ikke signifikant på et 5 prosent signifikansnivå (Fishers eksakte test, P=0,053). Blant leger ved fastlegekontor som er nye i PHT-prosjektet oppga 31 prosent at de opplever at andre pasienter har mottatt mindre oppfølging som følge av koronapandemien.

Fastlegenes svar på hvordan oppfølgingen av ulike pasientgrupper har endret seg som følge av koronapandemien, tyder på at en tendens der fastlegene har fokusert på pasienter i risikogruppen for covid-19, mens andre pasientgrupper har fått mindre oppfølging. Dette er viktig bakgrunnsinformasjon for analysene av svarene fra listeinnbyggerundersøkelsen.

Figur B.1-2 På hvilken måte fastlegene opplever at samlet oppfølging av ulike pasientgrupper har endret seg som følge av koronautbruddet, prosentvis svarfordeling

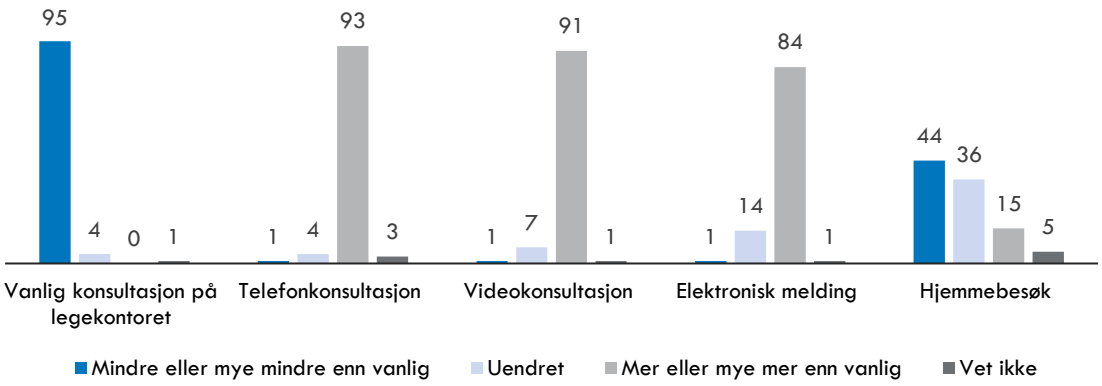


Merknad: N=81. Spørsmål: Hvordan har samlet oppfølging av følgende pasientgrupper endret seg som følge av koronautbruddet? Pasienter i risikogruppen for covid-19/Pasienter med psykiske plager/Andre pasienter

Fastlegene ble også bedt om å svare på hvordan oppfølging av listeinnbyggere, fordelt på ulike typer oppfølging, har vært under koronapandemien sammenlignet med normalsituasjonen. 95 prosent av respondentene oppga at vanlige konsultasjoner på legekontoret har blitt mindre eller mye mindre vanlig (Figur B.1-3). Tilsvarende oppga 93, 91 og 84 prosent at henholdsvis telefonkonsultasjon, videokonsultasjon og elektronisk melding har blitt brukt mer eller mye mer enn vanlig. Der er noe mer spredning i hvordan bruken av hjemmebesøk har endret seg under koronapandemien – 44 prosent oppga at det har blitt brukt mindre eller mye mindre enn vanlig, 36 prosent oppga at bruken er uendret og 15 prosent oppga at de har brukt hjemmebesøk mer eller mye mer enn vanlig.

Kort oppsummert ser vi at mange fastleger opplever at antall konsultasjoner på legekontorene har blitt kraftig redusert, og blitt erstattet av telefon- eller videokonsultasjoner. Det kan tenkes at pasienter opplever telefon- eller videokonsultasjoner annerledes enn konsultasjoner der de får mulighet til å møte fastlegen ansikt til ansikt. Dette kan påvirke pasientenes opplevelse av fastlegekontorene i 2020 og er derfor viktig bakgrunnsinformasjon for analysen av listeinnbyggerundersøkelsen. Det er viktig å unngå å attribuere endringer i ulike fornøydhetsmål til PHT dersom endringene i virkeligheten skyldes endringer i konsultasjonsform som følge av tiltak mot koronapandemien.

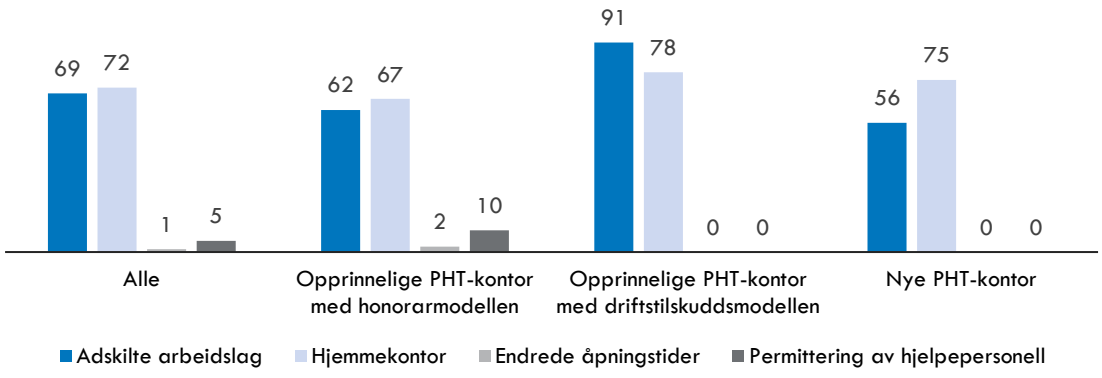
Figur B.1-3 Hvordan oppfølgingen av fastlegenes listeinnbyggere har vært under koronautbruddet sammenliknet med normalsituasjonen, prosentvis svarfordeling



Merknad: N=81. Spørsmål: Hvordan har oppfølgingen av dine listeinnbyggere, fordelt på ulike typer oppfølging, vært under koronautbruddet sammenliknet med normalsituasjonen?

I fastlegeundersøkelsen ble respondentene også spurt om på hvilke måter driften av legekontoret har endret seg som følge av koronapandemien. Den største endringen ligger i at flere har at implementert adskilte arbeidslag og hjemmekontor. 69 prosent av fastlegene oppga at de har innført adskilte arbeidslag på legekontoret (Figur B.1-4). Blant fastlegene ved legekontor som prøver ut honorarmodellen og som har vært med siden starten var andelen 62 prosent, mens det tilsvarende tallet for fastleger med driftstilskuddsmodellen var 91 prosent. Dette kan skyldes at flere av legekontorene med driftstilskuddsmodellen er det eneste legekontoret i kommunen, og at det derfor har vært særlig viktig å sørge for at ikke alle de ansatte blir smittet eller havner i karantene samtidig. Videre oppga 72 prosent av respondentene at de har implementert hjemmekontor. Andelen som har gjort dette er relativt lik på tvers av finansieringsmodellene. Nesten ingen av respondentene oppga at de har hatt endrede åpningstider på legekontoret eller har måttet permittere hjelpepersonell som følge av koronapandemien.

Figur B.1-4 På hvilke måter driften av fastlegekontoret har endret seg som følge av koronautbruddet, prosentvis svarfordeling



Merknad: N=81. Spørsmål: På hvilke måter har driften av fastlegekontoret endret seg som følge av koronautbruddet? Adskilte arbeidslag/Hjemmekontor/Endrede åpningstider/Permittering av hjelpepersonell

B.2 Listeinnbyggernes erfaringer under koronapandemien

I listeinnbyggerundersøkelsen ba vi respondentene om å ta stilling til hvorvidt de har hatt behov for oppfølging av helsen sin fra fastlegekontoret under koronapandemien. En tredjedel av respondentene oppga at de ikke har hatt behov for oppfølging fra fastlegekontoret, og andelen er forholdsvis lik på tvers av ulike typer av legekontor er forholdsvis jevn. Mer enn én fjerdedel (27,3 prosent) svarte at de har tatt kontakt, men blitt bedt om å kontakte en annen helsetjeneste. Blant PHT-legekontorene samlet er denne andelen på 26,3 prosent, mens den i kontrollgruppen ligger på 29,5 prosent. Forskjellen er statistisk signifikant. 10,4 prosent av respondentene sier at de har hatt behov for oppfølging av helsen fra fastlegekontoret under koronapandemien, men at de ikke har tatt kontakt på grunn av koronapandemien. Andelen som svarer dette, er relativt lik på tvers av de ulike gruppene av legekontor. På spørsmål om de har fått oppfølging av helsen sin fra fastlegekontoret under koronapandemien svarer 27,2 prosent av respondentene «Ja, og har fått oppfølging fra fastlegekontoret». Blant respondenter som er listeinnbyggere ved PHT-legekontor svarer 28,1 prosent at de har hatt behov for oppfølging og fått oppfølging fra fastlegekontoret, mens den tilsvarende andelen blant respondenter som er listeinnbyggere i legekontor tilhørende kontrollgruppen er på 25,4 prosent. De ulike PHT-modellene skiller seg ikke vesentlig fra hverandre, mens forskjellen mellom PHT-legekontorene samlet og kontrollgruppen er statistisk signifikant.

Tabell B.2-1 Har du hatt behov for oppfølging av helsen din fra fastlegekontoret under koronautbruddet?

	Alle	PHT	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen	Nye PHT-legekontor	Kontroll-gruppen
Ja, har tatt kontakt, men blitt bedt om å kontakte en annen helsetjeneste	27,33	26,30	26,76	26,37	25,02	29,46
Ja, men har ikke tatt kontakt på grunn av koronautbruddet	10,40	10,44	10,63	9,96	10,27	10,33
Nei, har ikke hatt oppfølgingsbehov	33,23	33,16	32,75	32,56	34,69	33,37
Ja, og har fått oppfølging fra fastlegekontoret	27,19	28,05	27,94	27,58	28,65	25,42
Vet ikke	1,85	2,06	1,92	3,52	1,38	1,41
Observasjoner	7584	5106	3124	823	1159	2478

Respondentene som oppga å ha hatt et oppfølgingsbehov, ble spurt om oppfølgingsbehovet var knyttet til koronasmitte eller mistanke om dette. 12,9 prosent svarte bekreftende på dette spørsmålet. De ulike gruppene skiller seg ikke vesentlig på dette spørsmålet. 84,2 prosent av respondentene svarer avkreftende på spørsmålet. Av svarene på dette spørsmålet framgår det at de aller fleste pasienter har hatt oppfølgingsbehov knyttet til andre ting enn korona. Samtidig vil den reelle fordelingen skille seg noe fra denne, da det kan tenkes at mange som har andre oppfølgingsbehov vegrer seg for å kontakte fastlegen grunnet koronapandemien.

Tabell B.2-2 Var oppfølgingsbehovet ditt knyttet til koronasmitte eller mistanke om dette?

	Alle	PHT	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen	Nye PHT-legekontor	Kontroll-gruppen
Ja	12,87	12,81	12,93	12,27	12,89	13,02
Nei	84,15	84,16	84,12	82,67	85,43	84,12
Vet ikke	2,98	3,03	2,94	5,05	1,68	2,86
Observasjoner	2284	1585	951	277	357	699

De som hadde fått oppfølging på fastlegekontoret ble bedt om å svare på hvem de fikk oppfølging av på fastlegekontoret (utover korte henvendelser på telefon eller i skranken). Tre fjerdedeler (75,7 prosent) svarte at de fikk oppfølging av fastlegen. Andelen ser ut til å være høyest blant de nye PHT-legekontorene (82,7 prosent) og lavest blant legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen (63,2 prosent). En kjikvadrattest av samtlige grupper tilsier at forskjellene er statistisk signifikante. 18,5 prosent av respondentene svarte at de fikk oppfølging av sykepleier. Her skiller legekontorene tilhørende driftstilskuddsmodellen seg klart ut fra de andre med en andel på 24,9 prosent. Forskjellen mellom driftstilskuddskontorene og alle andre grupper er signifikant. Det kan se ut til at sykepleiere på legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen i større grad tar seg av oppgaver som på andre legekontor tilfaller fastlegen.

Tabell B.2-3 Hvem fikk du oppfølging av på fastlegekontoret (utover korte henvendelser på telefon eller i skranken)?

	Alle	PHT	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen	Nye PHT-legekontor	Kontroll-gruppen
Fastlege	75,66	75,95	77,00	63,16	82,68	75,00
Sykepleier	18,46	18,26	17,54	24,91	15,22	18,92
Andre	8,63	8,51	8,58	11,23	6,30	8,92
Vet ikke	4,81	4,91	4,58	7,37	3,94	4,59
Observasjoner	2432	1692	1026	285	381	740

Vi ønsket å undersøke hvilken form for oppfølging listeinnbyggerne fikk fra fastlegekontoret under koronapandemien (utenom korte henvendelser på telefon eller i skranken). 63,4 prosent av respondentene svarte at de har mottatt konsultasjon på fastlegekontoret. Andelen er høyest blant fastlegekontorene som prøver ut honorarmodellen (64,4 prosent) og lavest blant legekontorene som tilhører driftstilskuddsmodellen (59,5 prosent). Forskjellen mellom driftstilskuddskontorene og de andre legekontor er ikke statistisk signifikant. 28,8 prosent av respondentene svarte at de har fått oppfølging i form av telefonkonsultasjon. Andelen er høyest blant legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen (32,8 prosent) og lavest blant legekontorene i kontrollgruppen (24,9 prosent). En kjikvadrattest av samtlige grupper tilsier at forskjellene er statistisk signifikante. 9,4 prosent av respondentene oppga at de har fått oppfølging via videokonsultasjon. Her er forskjellene mellom de ulike gruppene små og ikke-signifikante. 1,2 prosent av respondentene svarer at de har mottatt oppfølging i form av hjemmebesøk. Andelen er høyest blant legekontor som prøver ut honorarmodellen (2,2 prosent) og lavest blant respondenter fra kontrollgruppen (0,4 prosent). 4,3 prosent av respondentene sier at de har blitt henvist til legevakt. Andelen er høyest blant legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen (7,4 prosent) og lavest blant de nye PHT-legekontorene. Forskjellene mellom de ulike gruppene er statistisk signifikante. 6,1 prosent av respondentene svarte at de har mottatt en annen oppfølging.

Tabell B.2-4 Hva slags oppfølging fikk du fra fastlegekontoret (utover korte henvendelser på telefon eller i skranken)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskudd-smodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Konsultasjon på fastelegekontoret	63,40	63,33	64,36	59,51	63,42	63,55
Telefonkonsultasjon	28,77	30,45	31,35	32,75	26,32	24,93
Videokonsultasjon	9,36	9,06	8,89	8,45	10,00	10,03
Elektronisk melding	21,35	21,45	17,87	20,77	31,58	21,14
Hjemmebesøk	1,24	1,60	2,15	1,06	0,53	0,41
Henvisning til legevakt	4,33	4,03	3,61	7,39	2,63	5,01

Annen oppfølging	6,06	6,22	6,25	7,04	5,53	5,69
Vet ikke	3,75	3,85	3,42	8,10	1,84	3,52
Observasjoner	2426	1688	1024	284	380	738

Fornøydhet med oppfølgingen under koronapandemien

I listeinnbyggerundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til hvor fornøyde eller misfornøyde de var med tilgang til og oppfølging fra fastlegekontoret under koronapandemien. Svaralternativene var rangerte fra -3 «svært misfornøyd» til 3 «svært fornøyd». Vi regnet ut gjennomsnittscoren for de ulike gruppene og benyttet og t-tester for forskjeller i de tilfellene der vi ønsket å se på forskjeller mellom to grupper, og variansanalyser (ANOVA) for å teste for forskjeller i gjennomsnitt mellom flere ulike grupper. Gjennomsnittscore på fornøydhet med tilgang til fastlegekontoret under korona var 1,921 for alle legekontorene samlet. De nye PHT-legekontorene skårer høyest (2,094) mens legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen skårer dårligst (1,483). En t-test for forskjeller mellom driftstilskuddskontorene og alle andre legekontorer viser at det er signifikante forskjeller på gjennomsnittscore (P=0,000). Det samme finner vi ved en variansanalyse av forskjeller i gjennomsnitt mellom alle de ulike gruppene. Dette kan skyldes at flere av legekontorene med driftstilskuddsmodellen er kommunale legekontor med regulert arbeidstid, og at de ansatte derfor i mindre grad enn fastlegene som er selvstendig næringsdrivende kan jobbe utover ettermiddagen for å få ned ventetiden. På spørsmål om fornøydhet med oppfølgingen fra fastlegekontoret under koronapandemien får legekontorene en samlet score på 1,887. Også her skiller legekontorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen seg negativt ut, med en gjennomsnittscore på 1,421. Forskjellene er statistisk signifikante, både når vi sammenligner driftstilskuddskontorene med de andre legekontorene og når vi ser på variasjoner mellom alle de ulike gruppene. Det er likevel viktig å huske på at forskjellen i fornøydhet ikke nødvendigvis skyldes hvilken finansieringsmodell legekontorene benytter seg av, som også diskutert i kapittel 6. I og med at driftstilskuddsmodellen kun blir prøvd ut av fem legekontor, kan det tenkes at forskjellene i fornøydhetscore kan skyldes iboende karakteristika ved legekontorene, og ikke nødvendigvis finansieringsmodellen de prøver ut. Det kan også skyldes at flere av disse legekontorene er de eneste i sin kommune, og at dette påvirker tilfredsheten blant listeinnbyggerne fordi de har liten mulighet til å bytte dersom de er misfornøyde. En annen mulighet er at listeinnbyggerne ved disse legekontorene på andre måter skiller seg fra listeinnbyggerne ved de andre legekontorene på en måte som gjør at de er mindre fornøyde med fastlegetjenesten.

Tabell B.2-5 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende under koronautbruddet?

	Alle	PHT	Honorar-modellen	Driftstilskudds-modellen	Nye PHT-lege-kontor	Kontroll-gruppen
Tilgangen til fastlege-kontoret ditt	1,921	1,893	1,932	1,483	2,094	1,984
	(1,428)	(1,440)	(1,448)	(1,561)	(1,258)	(1,400)
Oppfølgingen fra fastlege-kontoret ditt	1,887	1,869	1,919	1,421	2,073	1,929
	(1,431)	(1,442)	(1,435)	(1,513)	(1,339)	(1,405)
Antall observasjoner	2301	1598	971	267	360	703

Vedlegg C Kompletterende materiale

C.1 Spørreundersøkelse blant listeinnbyggere

Tabell C.1-1 Samtykke

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja, jeg ønsker å delta i studien	99.38	99.30	99.26	99.51	99.26	99.55
Ja, som nærmeste pårørende er jeg villig til å la min nærstående delta i prosjektet	0.62	0.70	0.74	0.49	0.74	0.45
Observasjoner	8933	6012	3638	1020	1354	2921

Tabell C.1-2 Hvordan fyller du ut skjemaet?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg fyller ut selv	96.22	96.56	96.63	96.08	96.73	95.53
Jeg får hjelp til å fylle ut av en pårørende	3.78	3.44	3.37	3.92	3.27	4.47
Observasjoner	8659	5841	3533	994	1314	2818

Tabell C.1-3 Hvor mange ganger har du vært i kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ingen kontakt	7.70	7.57	6.73	10.20	7.89	7.95
1 gang	14.25	13.73	13.87	13.40	13.62	15.31
2-5 ganger	54.00	54.02	55.50	50.90	52.38	53.96
6-12 ganger	19.01	19.25	18.54	19.80	20.76	18.51
13 eller flere ganger	4.47	4.75	4.64	5.00	4.84	3.89
Vet ikke	0.58	0.67	0.72	0.70	0.52	0.38
Observasjoner	8822	5942	3598	1000	1344	2880

Tabell C.1-4 I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Akutt sykdom	19.21	19.78	19.84	22.16	17.89	18.04
Legesjekk (ny sykdom)	32.26	31.97	31.62	33.18	32.03	32.85

Kontroll (av tidligere diagnose, oppfølging, kronisk lidelse)	58.01	57.70	59.95	50.84	56.59	58.64
Helseattest	9.27	9.08	9.73	8.21	7.97	9.65
Vaksine	20.13	20.86	21.47	18.90	20.65	18.61
Fornyelse av resept	53.96	54.76	54.05	53.54	57.56	52.30
Svangerskap/graviditet	2.08	2.32	1.63	4.84	2.36	1.60
Annen sammenheng	15.79	16.18	15.72	16.99	16.83	15.00
Vet ikke	0.32	0.29	0.33	0.22	0.24	0.38
Observasjoner	8073	5440	3321	889	1230	2633

Tabell C.1-5 Hva slags kontakt har du hatt med fastlegekontoret de 12 siste månedene? Merk alle som passer

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Brukt fastlegekontorets nettsider til informasjonsinnhenting	15.25	15.29	14.35	17.03	16.60	15.15
Brukt fastlegekontorets selvbetjeningsløsninger på nett	27.54	28.53	26.58	26.45	35.33	25.50
Snakket med fastlegen på telefon	29.24	30.96	31.76	34.73	26.05	25.69
Snakket med sykepleier / helsesekretær på telefon	38.77	37.83	35.48	44.61	39.28	40.73
Snakket med fastlegen på legekontoret (konsultasjon)	74.22	74.50	76.60	71.74	70.83	7363
Snakket med sykepleier på legekontoret (konsultasjon)	16.96	17.50	17.29	22.59	14.38	15.84
Sendt/mottatt e-post, melding fra webskjema, el,l,	18.61	19.18	18.74	18.27	21.04	17.44
Sendt/mottatt brev over nett (sikker digital post)	13.93	13.87	11.38	18.73	17.09	14.05
Sendt/mottatt brev på papir	4.97	4.83	4.72	6.13	4.19	5.27
Annen kontakt	5.34	5.39	5.60	5.56	4.68	5.23
Vet ikke	0.50	0.43	0.45	0.68	0.16	0.65
Observasjoner	8021	5401	3303	881	1217	2620

Tabell C.1-6 Hvor sjelden eller ofte involverer fastlegen annet helsepersonell ved fastlegekontoret i konsultasjonen med deg (for eksempel å få en fornyet vurdering eller i forbindelse med prøvetaking)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen

Aldri	20.87	20.41	20.36	22.83	18.78	21.82
Sjelden	38.32	39.33	39.73	38.70	38.73	36.23
Ofte	21.62	21.93	22.14	20.05	22.70	20.99
Hver gang	8.07	7.66	8.06	5.91	7.85	8.94
Vet ikke / Ikke relevant	11.11	10.68	9.71	12.51	11.94	12.01
Observasjoner	7802	5263	3202	863	1198	2539

Tabell C.1-7 Hvilket annet helsepersonell er inkludert? Merk alle som passer

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Annen fastlege	12.02	13.00	12.02	14.31	14.77	9.97
Sykepleier	21.07	21.84	22.88	28.46	14.46	19.45
Helsesekretær	22.38	21.95	19.67	25.04	26.07	23.27
Laboratorieansatt	56.54	58.08	60.10	47.69	59.67	53.31
Annen person	5.59	5.91	6.38	4.32	5.70	4.93
Observasjoner	6399	4332	2679	671	982	2067

Tabell C.1-8 Har du de siste 12 månedene vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær på fastlegekontoret, utover korte henvendelser på telefon i skranken?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja	44.32	44.50	43.62	48.65	43.85	43.94
Nei	53.29	53.27	54.17	49.12	53.86	53.33
Vet ikke	2.39	2.23	2.20	2.23	2.29	2.72
Observasjoner	7742	5207	3175	853	1179	2535

Tabell C.1-9 I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær? Merk alle som passer

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Konsultasjon / oppfølging på fastlegekontoret	67.26	67.62	67.82	68.36	66.47	66.52
Samtale / oppfølging på telefon	21.90	22.01	21.04	22.95	23.84	21.69
Hjemmebesøk	1.90	2.33	2.82	2.17	1.16	0.99
Gruppeoppfølging	0.38	0.43	0.72	0.00	0.00	0.27
Annet	20.04	20.54	19.81	21.26	21.90	18.99
Vet ikke	2.07	1.86	2.02	1.69	1.55	2.52
Observasjoner	3424	2313	1383	414	516	1111

Tabell C.1-10 Hvor mange ganger har du vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær de siste 12 månedene?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen

1 gang	23.08	23.61	24.87	22.91	20.83	21.96
2-5 ganger	59.31	59.45	59.75	57.64	60.12	59.01
6-12 ganger	12.21	11.87	10.89	14.04	12.77	12.90
13 eller flere ganger	2.67	2.42	1.62	3.20	3.93	3.20
Vet ikke	2.73	2.64	2.87	2.22	2.36	2.93
Observasjoner	3367	2274	1359	406	509	1093

Tabell C.1-11 I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
I liten grad	4.36	4.52	3.97	6.65	4.31	4.03
I noen grad	22.61	22.49	21.69	27.09	20.94	22.87
I stor grad	63.26	62.93	64.56	54.43	65.36	63.95
Vet ikke	9.76	10.06	9.78	11.82	9.39	9.15
Observasjoner	3370	2277	1360	406	511	1093

Tabell C.1-12 I hvilken grad opplever du at fastlege tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg i oppfølgingen av helsen din?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
I liten grad	7.51	7.82	7.66	10.69	6.21	6.87
I noen grad	20.62	20.57	19.67	28.20	17.53	20.73
I stor grad	67.86	67.71	69.60	54.17	72.32	68.18
Vet ikke	4.01	3.90	3.07	6.93	3.94	4.22
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Observasjoner	7763	5230	3187	851	1192	2533

Tabell C.1-13 Har du opplevd å bli kontaktet av fastlegekontoret uten at du selv har tatt kontakt først i forbindelse med...

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
.. at du har en bestemt diagnose	12.99	13.11	13.97	11.98	11.58	12.73
.. at du er i en bestemt aldersgruppe	3.32	3.46	3.43	2.30	4.38	3.02
.. vaksinering	4.93	5.81	5.52	3.92	7.94	3.13
.. livsstilsendring	0.87	0.82	0.74	1.04	0.91	0.97
Har ikke opplevd å bli kontaktet på denne måten	71.59	70.62	69.97	75.23	69.07	73.61
.. annen oppfølging	5.94	6.01	6.07	4.95	6.62	5.80
Vet ikke	3.47	3.54	3.92	3.46	2.56	3.33
Observasjoner	7924	5340	3263	868	1209	2584

Tabell C.1-14 Hvordan opplevde du å bli kontaktet på denne måten?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Svært negativt	0.53	0.77	0.58	1.83	0.58	0.00
Negativt	0.57	0.49	0.46	0.46	0.58	0.76
Verken negativt eller positivt	5.70	5.18	5.43	5.96	4.06	6.83
Positivt	47.17	47.45	48.61	48.62	43.77	46.59
Svært positivt	35.49	37.02	36.14	30.73	43.19	32.17
Vet ikke	10.54	9.10	8.78	12.39	7.83	13.66
Observasjoner	2088	1429	866	218	345	659

Tabell C.1-15 Hva ville du synes hvis du ble kontaktet av fastlegen uten at du selv hadde tatt kontakt først?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Svært negativt	0.40	0.36	0.23	0.84	0.33	0.48
Negativt	1.64	1.50	1.33	1.40	2.06	1.91
Verken negativt eller positivt	11.91	11.96	11.90	12.36	11.81	11.82
Positivt	52.89	53.92	54.92	50.98	53.41	50.81
Svært positivt	25.04	24.47	23.26	27.25	25.68	26.17
Vet ikke	8.13	7.79	8.35	7.16	6.72	8.80
Observasjoner	6287	4197	2562	712	923	2090

Tabell C.1-16 Sist du hadde behov for en time hos fastlegen din raskt, når fikk du time?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Samme dag	24.63	25.03	27.00	18.55	24.38	23.80
Neste dag	13.31	13.65	14.26	13.56	12.06	12.62
Etter 2 dager	9.23	9.17	9.50	9.51	8.04	9.35
Etter mer enn 2 dager	29.51	29.35	26.81	36.27	31.22	29.83
Har ikke bestilt denne typen time siste 12 måneder	20.79	20.36	20.11	19.02	21.98	21.69
Vet ikke	2.53	2.44	2.32	3.09	2.31	2.72
Observasjoner	7662	5158	3148	841	1169	2504

Tabell C.1-17 Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen (se bort fra timer med raskt behov for hjelp)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
0-1 dag	5.66	6.26	7.21	5.45	4.32	4.42
2-3 dager	13.74	13.97	15.52	13.20	10.37	13.27
4-7 dager	26.05	25.82	27.09	23.12	24.37	26.53
8-14 dager	25.99	25.48	23.58	24.46	31.29	27.02

Mer enn 2 uker	14.92	14.82	13.28	19.13	15.82	15.13
Har ikke bestilt denne typen time siste 12 måneder	9.39	9.32	9.26	8.84	9.85	9.53
Vet ikke	4.25	4.33	4.06	5.81	3.98	4.10
Observasjoner	7527	5062	3079	826	1157	2465

Tabell C.1-18 Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. De som svarte Vet ikke eller Ikke relevant er ikke regnet med. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ventetid for å få time	1.204	1.208	1.335	0.790	1.163	1.195
	(1.804)	(1.798)	(1.733)	(1.912)	(1.839)	(1.819)
Ventetid på fastlegekontoret	1.183	1.208	1.281	1.051	1.128	1.131
	(1.717)	(1.722)	(1.708)	(1.701)	(1.764)	(1.707)
Konsultasjonens varighet	1.729	1.732	1.706	1.624	1.873	1.722
	(1.435)	(1.427)	(1.459)	(1.423)	(1.330)	(1.453)
Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får	1.757	1.756	1.755	1.556	1.900	1.758
	(1.347)	(1.340)	(1.334)	(1.416)	(1.283)	(1.363)
Tiden du får til å forklare situasjonen din	1.905	1.900	1.884	1.796	2.015	1.916
	(1.375)	(1.362)	(1.372)	(1.350)	(1.336)	(1.403)
Hvor trygg du er hos fastlegen	2.213	2.223	2.245	1.987	2.328	2.192
	(1.256)	(1.237)	(1.220)	(1.329)	(1.193)	(1.294)
Henvisningspraksis til videre undersøkelse/spesialist	2.123	2.118	2.146	1.871	2.210	2.133
	(1.342)	(1.332)	(1.306)	(1.474)	(1.278)	(1.364)
Mulighet for å møte din egen fastlege hver gang	1.843	1.804	1.930	0.955	2.051	1.923
	(1.619)	(1.658)	(1.544)	(2.022)	(1.484)	(1.535)
Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste	1.533	1.506	1.578	1.174	1.591	1.588
	(1.519)	(1.515)	(1.447)	(1.550)	(1.651)	(1.528)
Samarbeid mellom fastlege og sykehus	1.844	1.797	1.824	1.575	1.893	1.929
	(1.440)	(1.456)	(1.435)	(1.550)	(1.425)	(1.406)
Observasjoner	7598	5110	3117	832	1161	2488

Tabell C.1-19 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens evne til ..?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Å behandle deg med respekt	2.427	2.424	2.445	2.218	2.506	2.433
	(1.076)	(1.081)	(1.063)	(1.214)	(1.013)	(1.067)
Å lytte	2.294	2.291	2.285	2.125	2.421	2.300
	(1.164)	(1.147)	(1.150)	(1.232)	(1.060)	(1.198)
Å snakke med deg	2.302	2.295	2.300	2.106	2.411	2.316
	(1.150)	(1.146)	(1.141)	(1.242)	(1.071)	(1.157)
Å forklare beslutninger	2.236	2.218	2.242	1.931	2.350	2.273
	(1.186)	(1.191)	(1.162)	(1.357)	(1.110)	(1.176)
Å gi veiledning / råd	2.149	2.127	2.142	1.837	2.286	2.194
	(1.224)	(1.226)	(1.214)	(1.347)	(1.137)	(1.218)
Å følge deg opp	1.845	1.816	1.872	1.391	1.949	1.905
	(1.502)	(1.510)	(1.478)	(1.673)	(1.430)	(1.484)
Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov	1.986	1.972	2.004	1.685	2.081	2.015
	(1.354)	(1.349)	(1.332)	(1.443)	(1.305)	(1.364)
Observasjoner	7632	5131	3141	819	1171	2501

Tabell C.1-20 Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du i alt?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Hvor fornøyd er du, alt i alt?	2.093	2.073	2.102	1.736	2.235	2.134
	(1.338)	(1.356)	(1.337)	(1.495)	(1.259)	(1.301)
Observasjoner	7557	5090	3107	822	1161	2467

Tabell C.1-21 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder...?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Konsultasjonens varighet	2.083	2.064	2.078	2.020	2.064	2.123
	(1.161)	(1.173)	(1.174)	(1.203)	(1.142)	(1.135)
Mulighet for å påvirke behandlingen din	1.854	1.836	1.869	1.663	1.906	1.895
	(1.263)	(1.269)	(1.256)	(1.382)	(1.180)	(1.248)
Hvor trygg du føler deg	2.235	2.217	2.231	2.131	2.251	2.273
	(1.126)	(1.135)	(1.147)	(1.170)	(1.071)	(1.106)
Oppfølgingen du får	6.040	6.016	6.058	5.830	6.060	6.092
	(1.255)	(1.254)	(1.248)	(1.345)	(1.176)	(1.256)
Observasjoner	2710	1846	1107	346	393	864

Tabell C.1-22 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleiers evne til...?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Å behandle deg med respekt	2.283	2.277	2.314	2.126	2.299	2.297
	(1.079)	(1.090)	(1.055)	(1.219)	(1.062)	(1.055)
Å lytte	2.152	2.143	2.181	1.959	2.193	2.170
	(1.139)	(1.135)	(1.104)	(1.285)	(1.070)	(1.146)
Å snakke med deg	2.156	2.138	2.164	1.982	2.202	2.191
	(1.123)	(1.128)	(1.103)	(1.281)	(1.042)	(1.114)
Å forklare beslutninger	2.016	2.013	2.057	1.801	2.076	2.023
	(1.219)	(1.199)	(1.183)	(1.347)	(1.084)	(1.262)
Å gi veiledning / råd	1.992	1.989	2.022	1.803	2.068	1.997
	(1.222)	(1.206)	(1.187)	(1.328)	(1.123)	(1.258)
Å følge deg opp	1.819	1.792	1.847	1.537	1.869	1.878
	(1.405)	(1.413)	(1.382)	(1.529)	(1.366)	(1.387)
Å tilpasse tilbudet til dine behov	1.906	1.887	1.929	1.683	1.952	1.948
	(1.313)	(1.299)	(1.291)	(1.367)	(1.243)	(1.344)
Observasjoner	2840	1914	1160	347	407	926

Tabell C.1-23 Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
I liten grad	6.42	6.65	5.68	10.73	6.36	5.94
I noen grad	26.07	26.56	26.25	32.66	23.05	25.06
I stor grad	61.58	61.05	62.65	48.75	65.51	62.67
Vet ikke	5.94	5.74	5.43	7.87	5.08	6.33
Observasjoner	7699	5189	3170	839	1180	2510

Tabell C.1-24 Har du hatt behov for oppfølging av helsen din fra fastlegekontoret under koronautbruddet?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja, har tatt kontakt, men blitt bedt om å kontakte en annen helsetjeneste	27.33	26.30	26.76	26.37	25.02	29.46
Ja, men har ikke tatt kontakt på grunn av koronautbruddet	10.40	10.44	10.63	9.96	10.27	10.33
Nei, har ikke hatt oppfølgingsbehov	33.23	33.16	32.75	32.56	34.69	33.37
Ja, og har fått oppfølging fra fastlegekontoret	27.19	28.05	27.94	27.58	28.65	25.42

Vet ikke	1.85	2.06	1.92	3.52	1.38	1.41
Observasjoner	7584	5106	3124	823	1159	2478

Tabell C.1-25 Var oppfølgingsbehovet ditt knyttet til koronasmitte eller mistanke om dette?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
	pct	pct	pct	pct	pct	pct
Ja	12.87	12.81	12.93	12.27	12.89	13.02
Nei	84.15	84.16	84.12	82.67	85.43	84.12
Vet ikke	2.98	3.03	2.94	5.05	1.68	2.86
Observasjoner	2284	1585	951	277	357	699

Tabell C.1-26 Hvem fikk du oppfølging av på fastlegekontoret (utover korte henvendelser på telefon eller i skranken)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Fastlege	75.66	75.95	77.00	63.16	82.68	75.00
Sykepleier	18.46	18.26	17.54	24.91	15.22	18.92
Andre	8.63	8.51	8.58	11.23	6.30	8.92
Vet ikke	4.81	4.91	4.58	7.37	3.94	4.59
Observasjoner	2432	1692	1026	285	381	740

Tabell C.1-27 Hva slags oppfølging fikk du fra fastlegekontoret (utover korte henvendelser på telefon eller i skranken)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Konsultasjon på fastelegekontoret	63.40	63.33	64.36	59.51	63.42	63.55
Telefonkonsultasjon	28.77	30.45	31.35	32.75	26.32	24.93
Videokonsultasjon	9.36	9.06	8.89	8.45	10.00	10.03
Elektronisk melding	21.35	21.45	17.87	20.77	31.58	21.14
Hjemmebesøk	1.24	1.60	2.15	1.06	0.53	0.41
Henvisning til legevakt	4.33	4.03	3.61	7.39	2.63	5.01
Annen oppfølging	6.06	6.22	6.25	7.04	5.53	5.69
Vet ikke	3.75	3.85	3.42	8.10	1.84	3.52
Observasjoner	2426	1688	1024	284	380	738

Tabell C.1-28 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende under koronautbruddet?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Tilgangen til fastlegekontoret ditt	1.921	1.893	1.932	1.483	2.094	1.984
	(1.428)	(1.440)	(1.448)	(1.561)	(1.258)	(1.400)

Oppfølgingen fra fastlegekontoret ditt	1.887	1.869	1.919	1.421	2.073	1.929
	(1.431)	(1.442)	(1.435)	(1.513)	(1.339)	(1.405)
Observasjoner	2301	1598	971	267	360	703

Tabell C.1-29 Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt oppfølging fra medisinsk avstandsoppfølging?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja	7.10	7.35	7.98	7.42	5.65	6.57
Nei	86.60	86.73	86.21	85.77	88.78	86.33
Vet ikke	6.30	5.92	5.81	6.81	5.57	7.10
Observasjoner	7439	5018	3046	822	1150	2421

Tabell C.1-30 Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt oppfølging fra primærhelseteam?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja	8.02	8.50	9.17	8.89	6.41	7.03
Nei	84.26	84.28	83.78	83.66	86.06	84.23
Vet ikke	7.72	7.23	7.05	7.45	7.53	8.74
Observasjoner	6996	4720	2879	765	1076	2276

Tabell C.1-31 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært på sykehuspoliklinikk eller hos legespesialist?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ingen	43.65	44.28	42.90	45.05	47.44	42.33
1 gang	22.35	21.41	22.40	21.18	18.93	24.28
2-5 ganger	27.47	27.73	28.00	26.77	27.72	26.93
6-12 ganger	4.41	4.48	4.36	4.73	4.63	4.25
13 eller flere ganger	1.26	1.31	1.54	1.29	0.72	1.16
Vet ikke	0.86	0.77	0.80	0.97	0.56	1.04
Observasjoner	8234	5553	3371	930	1252	2681

Tabell C.1-32 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært innlagt på sykehuset (akutt eller planlagt innleggelse)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ingen	81.10	81.06	80.83	80.33	82.18	81.19
1 gang	13.33	13.17	13.43	12.56	12.91	13.66
2-5 ganger	4.74	4.95	4.93	5.71	4.45	4.30
6-12 ganger	0.35	0.35	0.34	0.76	0.09	0.34
13 eller flere ganger	0.10	0.10	0.10	0.00	0.18	0.09
Vet ikke	0.39	0.37	0.37	0.63	0.18	0.43
Observasjoner	7201	4851	2963	788	1100	2350

Tabell C.1-33 Har du i løpet av de siste 12 månedene vært på legevakt eller hatt kontakt med legevaktlege?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ingen	73.08	72.74	72.52	66.88	77.50	73.76
1 gang	17.53	17.67	17.79	19.92	15.75	17.24
2-5 ganger	8.34	8.47	8.49	11.68	6.12	8.08
6-12 ganger	0.47	0.49	0.47	0.89	0.27	0.42
13 eller flere ganger	0.10	0.12	0.17	0.00	0.09	0.04
Vet ikke	0.49	0.51	0.57	0.63	0.27	0.46
Observasjoner	7302	4901	3002	788	1111	2401

Tabell C.1-34 Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt habiliterings- eller rehabiliteringstjeneste (f.eks. hos fysioterapeut)?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ingen	80.01	79.67	79.11	79.34	81.38	80.72
1 gang	3.63	3.92	4.70	2.55	2.82	3.02
2-5 ganger	6.37	6.56	6.15	7.91	6.72	5.96
6-12 ganger	4.21	4.11	4.29	3.44	4.09	4.43
13 eller flere ganger	4.92	4.83	4.77	5.74	4.36	5.11
Vet ikke	0.86	0.91	0.98	1.02	0.64	0.77
Observasjoner	7193	4844	2959	784	1101	2349

Tabell C.1-35 Hva er din alder?

	Alle	
	Antall	Prosent
18-34	779	9.63
35-54	2017	24.93
55-69	2089	25.82
70+	3207	39.63
Observasjoner	8092	

Tabell C.1-36 Er du mann eller kvinne?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Mann	43.92	43.80	43.20	42.02	46.73	44.17
Kvinne	56.05	56.16	56.80	57.98	53.10	55.83
Annet	0.03	0.04	0.00	0.00	0.17	0.00
Observasjoner	7654	5148	3153	833	1162	2506

Tabell C.1-37 Hva er din hovedkilde til livsopphold?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen

Yrkesaktiv (også sykemeldt)	39.09	39.67	38.00	43.75	41.26	37.91
Arbeidsledig / arbeidssøkende	1.53	1.60	1.49	2.28	1.38	1.40
Uføretrygdet	5.94	5.99	5.91	5.53	6.55	5.83
Pensjonist	49.40	48.60	50.46	44.59	46.43	51.04
Student	2.13	2.22	2.19	1.92	2.50	1.96
Annet	1.91	1.93	1.94	1.92	1.89	1.88
Observasjoner	7644	5138	3145	832	1161	2506

Tabell C.1-38 Hva er din høyeste fullførte utdanning?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Grunnskole / folkeskole / realskole	17.55	16.77	16.58	16.14	17.74	19.16
Videregående opplæring (allmenfag / yrkesfag)	22.22	21.58	22.70	20.87	19.04	23.53
Yrkesutdanning ved fagskole	15.99	15.54	15.72	15.66	14.99	16.91
Universitet / høgskole	44.24	46.10	44.99	47.33	48.23	40.40
Observasjoner	7611	5121	3136	824	1161	2490

Tabell C.1-39 Hvor lenge har du gått hos nåværende fastlege?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Mindre enn 1 år	8.38	9.16	8.67	17.97	4.21	6.78
1-5 år	33.91	33.48	27.82	47.77	38.61	34.80
6-10 år	23.54	23.05	23.88	20.63	22.53	24.54
11 eller flere år	32.29	32.58	38.36	9.53	33.36	31.68
Vet ikke / ønsker ikke oppgi	1.89	1.73	1.27	4.10	1.29	2.21
Observasjoner	7635	5141	3149	829	1163	2494

Tabell C.1-40 Har du langvarige sykdommer eller helseproblemer, både sesongbetonte- eller som kommer og går, og som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Ja	62.98	63.02	63.60	60.70	63.11	62.89
Nei	37.02	36.98	36.40	39.30	36.89	37.11
Observasjoner	7355	4957	3025	799	1133	2398

Tabell C.1-41 Opplever du problemer på noen av de følgende områdene?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen

Kroniske luftveissykdommer (f,eks, kronisk bronkitt, kols, astma eller emfysem)	18.28	18.12	18.30	18.35	17.48	18.59
Diabetes	10.84	11.14	10.71	10.52	12.73	10.23
Utviklingshemming	0.43	0.35	0.31	0.62	0.28	0.60
Funksjonsnedsettelse	21.02	21.42	21.84	20.00	21.26	20.19
Psykiske lidelser	9.16	9.48	8.94	9.48	10.91	8.50
Rusmiddelproblemer	0.84	0.67	0.57	1.24	0.56	1.20
Kreft	7.97	8.07	8.53	7.22	7.41	7.77
Ingen av disse	41.80	41.82	41.60	45.36	40.00	41.77
Vet ikke / ønsker ikke oppgi	3.97	3.81	3.28	3.92	5.17	4.32
Observasjoner	4629	3123	1923	485	715	1506

Tabell C.1-42 Hvordan vurderer du helsen din, sånn i alminnelighet?

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Svært dårlig	0.70	0.57	0.61	0.72	0.34	0.96
Dårlig	7.74	7.81	8.00	7.46	7.56	7.58
Verken dårlig eller god	21.84	22.17	22.25	22.14	21.99	21.15
God	47.85	47.19	47.40	47.41	46.48	49.20
Svært god	21.34	21.61	21.10	21.30	23.20	20.79
Vet ikke	0.54	0.64	0.64	0.96	0.43	0.32
Observasjoner	7624	5132	3137	831	1164	2492

Tabell C.1-43 EQ-5D-5L 1: Gange

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg har ingen problemer med å gå omkring	73.33	72.99	72.87	73.19	73.17	74.04
Jeg har litt problemer med å gå omkring	16.42	16.56	17.19	16.79	14.70	16.12
Jeg har middels store problemer med å gå omkring	6.31	6.49	6.59	6.52	6.19	5.95
Jeg har store problemer med å gå omkring	3.39	3.51	3.18	2.90	4.82	3.14
Jeg er ute av stand til å gå omkring	0.55	0.45	0.16	0.60	1.12	0.76
Observasjoner	7620	5132	3141	828	1163	2488

Tabell C.1-44 EQ-5D-5L 2: Personlig stell

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg	93.19	93.11	93.18	93.12	92.91	93.37
Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg	4.91	5.06	5.10	4.71	5.19	4.62
Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg	1.34	1.37	1.37	1.21	1.47	1.29
Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg	0.38	0.33	0.25	0.72	0.26	0.48
Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg	0.17	0.14	0.10	0.24	0.17	0.24
Observasjoner	7612	5123	3138	828	1157	2489

Tabell C.1-45 EQ-5D-5L 3: Vanlige gjøremål

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	74.20	73.86	73.65	74.33	74.07	74.91
Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	16.60	16.87	17.23	16.10	16.45	16.06
Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	5.88	5.99	6.05	6.30	5.60	5.66
Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	2.71	2.72	2.63	2.54	3.10	2.69
Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål	0.61	0.57	0.45	0.73	0.78	0.68
Observasjoner	7601	5110	3123	826	1161	2491

Tabell C.1-46 EQ-5D-5L 4: Smerter/ubehag

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg har verken smerter eller ubehag	30.77	30.06	29.30	30.45	31.84	32.23
Jeg har litt smerter eller ubehag	46.48	47.12	47.60	46.57	46.21	45.17
Jeg har middels sterke smerter eller ubehag	16.06	16.14	16.20	16.37	15.83	15.87

Jeg har sterke smerter eller ubehag	5.75	5.80	6.07	5.66	5.16	5.64
Jeg har svært sterke smerter eller ubehag	0.95	0.88	0.83	0.96	0.95	1.09
Observasjoner	7605	5123	3130	831	1162	2482

Tabell C.1-47 EQ-5D-5L 5: Angst/depresjon

	Alle	PHT	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodellen	Nye PHT-legekontor	Kontrollgruppen
Jeg er verken engstelig eller deprimert	70.27	69.50	70.00	68.66	68.76	71.86
Jeg er litt engstelig eller deprimert	20.96	21.59	21.56	21.95	21.41	19.65
Jeg er middels engstelig eller deprimert	5.99	6.08	5.71	5.49	7.48	5.82
Jeg er svært engstelig eller deprimert	2.34	2.42	2.31	3.41	2.00	2.18
Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert	0.44	0.41	0.42	0.49	0.35	0.49
Observasjoner	7559	5086	3117	820	1149	2473

Tabell C.1-48 EQ5D_VAS

	(1)				
	count	mean	sd	max	min
Alle	7639	71.42	19.38	100	0
Kvinner	4215	71.25	19.61	100	0
Menn	3313	71.79	19.02	100	0
18-34 år	662	74.69	18.82	100	10
35-54 år	1847	71.42	19.53	100	0
55-69 åt	1999	71.23	19.16	100	0
70+ år	3131	70.84	19.49	100	0
PHT	5153	71.28	19.41	100	0
Honorarmodellen	3146	71.28	19.55	100	0
Driftstilskuddsmodellen	834	70.97	19.37	100	10
Nye PHT-legekontor	1173	71.52	19.08	100	4
Kontrollgruppe	2486	71.69	19.31	100	0
N	7639				

C.2 Spørreundersøkelse blant fastleger

Listeinnbyggere

1. Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste per i dag?

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Færre enn 500	10,8	9,3	27,3	0,0	12,3	0,0
500-749	14,0	4,7	36,4	0,0	13,6	16,7
750-999	19,4	20,9	13,6	0,0	14,8	50,0
1000-1249	31,2	32,6	4,5	75,0	33,3	16,7
1250-1499	20,4	25,6	18,2	25,0	23,5	8,3
Flere enn 1500	4,3	7,0	0,0	0,0	3,7	8,3
N	**93**	**43**	**22**	**16**	**81**	**12**

Samarbeid og arbeidsdeling på fastlegekontoret

2. I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	3,7	2,3	4,5	6,3
I noen grad	19,8	25,6	9,1	18,8
I stor grad	42,0	32,6	63,6	31,3
I svært stor grad	28,4	39,5	22,7	12,5
Vet ikke	6,2	0,0	0,0	31,3
N	**81**	**43**	**22**	**16**

3. I hvilken grad har du delegert følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. Dette spørsmålet er kun stilt til original PHT. *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 3: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede (konsultasjon)	3,1	7,8	54,7	32,8	1,6	0,0	64
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	6,3	18,8	42,2	23,4	7,8	1,6	64
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	6,3	26,6	42,2	17,2	4,7	3,1	64
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	7,8	14,1	45,3	20,3	10,9	1,6	64
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	35,9	29,7	23,4	3,1	6,3	1,6	64
Andre administrative oppgaver	8,1	35,5	40,3	12,9	1,6	1,6	62

Spørsmål 3: Original PHT med honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede (konsultasjon)	2,3	9,3	51,2	34,9	2,3	0,0	43
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	7,0	16,3	41,9	27,9	7,0	0,0	43
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	4,7	27,9	41,9	16,3	7,0	2,3	43
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	9,3	14,0	46,5	18,6	11,6	0,0	43
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	34,9	30,2	23,3	4,7	7,0	0,0	43
Andre administrative oppgaver	11,6	34,9	39,5	11,6	0,0	2,3	43

Spørsmål 3: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede (konsultasjon)	4,8	4,8	61,9	28,6	0,0	0,0	21
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjem-mebesøk) eller e-konsultasjon	4,8	28,6	38,1	14,3	9,5	4,8	21
Tid brukt på pasientrela-tert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	9,5	19,0	42,9	23,8	0,0	4,8	21
Kommunikasjon med helse-personell i andre deler av helsetjenesten	4,8	14,3	47,6	19,0	9,5	4,8	21
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetje-nesten (f.eks. med NAV)	42,9	28,6	19,0	0,0	4,8	4,8	21
Andre administrative opp-gaver	0,0	36,8	42,1	15,8	5,3	0,0	19

4. **Hvordan opplever du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) utfyller deg som fastlege?** Dette spørsmålet er kun stilt til original PHT. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorar-modellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)
Sykepleier utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv.	6,2	4,8	8,7
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.	21,5	23,8	17,4
Sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver.	72,3	71,4	73,9
N	**65**	**42**	**23**

5. **Tenk på tiden før koronautbruddet begynte. Hvor mange ganger per uke vil du anslå at sykepleier i primærhelseteam fulgte opp dine pasienter i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos deg samme dag?** Dette spørsmålet er kun stilt til original PHT. *Prosentvis fordeling*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)
Ingen	18,5	4,7	40,9
1-2	46,2	46,5	45,5
3-5	23,1	27,9	13,6
6-10	9,2	14,0	0,0
11-20	1,5	4,7	0,0
Mer enn 20	1,5	2,3	0,0
N	**65**	**43**	**22**

6. I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ikke i det hele tatt	1,2	2,3	0,0	0,0
I liten grad	7,4	4,7	9,1	12,5
I noen grad	30,9	30,2	27,3	31,3
I stor grad	37,0	41,9	50,0	12,5
I svært stor grad	12,3	18,6	9,1	0,0
Vet ikke	11,1	2,3	4,5	43,8
N	**81**	**43**	**22**	**16**

7. På hvilken måte har helsesekretær en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Velg det alternativet du opplever passer best, selv om flere alternativer kan være relevante. Dette spørsmålet er kun stilt til original PHT. *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 7: Alle

Helsesekretæren har stort sett mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen.	9,2
Helsesekretæren arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen.	40,0
Helsesekretæren arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver.	35,4
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver, samtidig som flere av tidligere oppgaver er overført til annet personell.	10,8
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver.	4,6
N	**65**

Spørsmål 7: Original PHT med honorarmodellen

Helsesekretæren har stort sett mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen.	7,0
Helsesekretæren arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen.	41,9
Helsesekretæren arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver.	32,6
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver, samtidig som flere av tidligere oppgaver er overført til annet personell.	14,0
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver.	4,7
N	**43**

Spørsmål 7: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

Helsesekretæren har stort sett mistet/gitt fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen.	13,6
Helsesekretæren arbeider på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen.	36,4
Helsesekretæren arbeider stort sett på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men har fått noen nye arbeidsoppgaver.	40,9
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver, samtidig som flere av tidligere oppgaver er overført til annet personell.	4,5
Helsesekretæren arbeider på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og har fått flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver.	4,5
N	**22**

8. I hvilken grad opplever du at dere arbeider som et team på legekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	3,3	4,7	4,5	0,0	3,8	0,0
I noen grad	22,8	23,3	22,7	26,7	25,0	8,3
I stor grad	51,1	51,2	54,5	56,7	51,3	50,0
I svært stor grad	20,7	20,9	18,2	13,3	17,5	41,7
Vet ikke	2,2	0,0	0,0	13,3	2,5	0,0
N	**92**	**43**	**22**	**15**	**80**	**12**

9. Har du øvrige kommentarer til teamarbeid i primærhelseteam?

a. 26 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Fortsatt en ny måte å jobbe på for mange, så innkjøring tar tid.
- PHT gir bedre oppfølging av enkelte pasientgrupper som følges parallelt av sykepleiere.
- Sykepleiers rolle er lite definert, noe som gjør det vanskelig å delegere arbeidsoppgaver.
- Har vært nyttig med PHT i Covid-19 perioden.
- Nye fastleger i PHT har ikke kommet ordentlig i gang enda og har lite erfaringer.

Samhandling

10. **Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder?** Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT og kontrollgruppen. *Skala fra -3 til 3 hvor -3 er veldig misfornøyd og 3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Alle	Ny PHT	Kontroll
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1,3 (1,1)	0,7 (1,1)	2,1 (0,5)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg o.l.)	0,8 (1,4)	0,2 (0,8)	1,5 (1,5)
Fysioterapeut	1,3 (1,3)	0,6 (1,3)	2 (0,9)
Andre deler av primærhelsetjenesten	0,8 (1,1)	0,2 (0,7)	1,5 (0,9)
N	**26**	**14**	**12**

11. **Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med?** Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT og kontrollgruppen. *Skala fra -3 til 3 hvor -3 er veldig misfornøyd og 3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Alle	Ny PHT	Kontroll
Spesialisthelsetjenesten	1,1 (1,0)	0,8 (1,1)	1,4 (0,7)
NAV	0,0 (1,5)	-0,4 (1,3)	0,5 (1,6)
N	**26**	**14**	**12**

Oppfølging av listeinnbyggere

12. I hvilken grad opplever du at du har listeinnbyggere som er «svake etterspørrere», dvs. at de ikke selv etterspør helsehjelp som de har behov for? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	25,8	25,6	9,1	37,5	23,5	41,7
I noen grad	54,8	53,5	63,6	43,8	54,3	58,3
I stor grad	16,1	20,9	22,7	6,3	18,5	0,0
I svært stor grad	2,2	0,0	4,5	6,3	2,5	0,0
Vet ikke	1,1	0,0	0,0	6,3	1,2	0,0
N	**93**	**43**	**22**	**16**	**81**	**12**

13. I hvilken grad opplever du at du klarer å fange opp og tilby helsehjelp til listeinnbyggere som er «svake etterspørrere»? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	16,1	9,3	9,1	37,5	14,8	25,0
I noen grad	54,8	65,1	54,5	37,5	55,6	50,0
I stor grad	22,6	16,3	36,4	12,5	22,2	25,0
I svært stor grad	3,2	7,0	0,0	0,0	3,7	0,0
Vet ikke	3,2	2,3	0,0	12,5	3,7	0,0
N	**93**	**43**	**22**	**16**	**81**	**12**

14. I hvilken grad opplever du at primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging for pasienter/brukere i følgende grupper? Dette spørsmålet er kun stilt til original PHT. *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 14: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	3,1	6,2	15,4	38,5	33,8	3,1	65
Personer med diabetes	0,0	3,1	9,2	33,8	53,8	0,0	65
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	7,7	13,8	36,9	26,2	10,8	4,6	65
Personer med psykiske lidelser	7,7	10,8	36,9	24,6	15,4	4,6	65
Personer med rusavhengighet	13,8	26,2	33,8	12,3	4,6	9,2	65
Personer med utviklingshemming	13,8	16,9	29,2	21,5	4,6	13,8	65
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	4,6	21,5	43,1	20,0	1,5	9,2	65
Skrøpelige eldre	0,0	6,3	26,6	37,5	25,0	4,7	64
Personer med andre store og sammensatte behov	3,1	4,7	43,8	26,6	12,5	9,4	64
Personer som er «svake etterspørrere»	1,5	20,0	38,5	24,6	6,2	9,2	65
Andre	5,3	14,0	45,6	3,5	1,8	29,8	57

Spørsmål 14: Original PHT med honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	2,3	9,3	11,6	39,5	32,6	4,7	43
Personer med diabetes	0,0	4,7	9,3	34,9	51,2	0,0	43
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	7,0	18,6	25,6	32,6	11,6	4,7	43
Personer med psykiske lidelser	4,7	11,6	37,2	25,6	16,3	4,7	43
Personer med rusavhengighet	14,0	32,6	32,6	7,0	4,7	9,3	43
Personer med utviklingshemming	16,3	20,9	30,2	14,0	7,0	11,6	43
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	2,3	27,9	39,5	18,6	2,3	9,3	43
Skrøpelige eldre	0,0	4,7	25,6	34,9	30,2	4,7	43
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	4,7	39,5	27,9	18,6	9,3	43
Personer som er «svake etterspørrere»	0,0	23,3	30,2	27,9	9,3	9,3	43
Andre	2,6	13,2	57,9	2,6	2,6	21,1	38

Spørsmål 14: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	4,5	0,0	18,2	40,9	36,4	0,0	22
Personer med diabetes	0,0	0,0	9,1	36,4	54,5	0,0	22
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	9,1	4,5	54,5	18,2	9,1	4,5	22
Personer med psykiske lidelser	13,6	13,6	36,4	18,2	13,6	4,5	22
Personer med rusavhengighet	13,6	18,2	36,4	18,2	4,5	9,1	22
Personer med utviklingshemming	9,1	9,1	27,3	36,4	0,0	18,2	22
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	9,1	9,1	50,0	22,7	0,0	9,1	22
Skrøpelige eldre	0,0	9,5	28,6	42,9	14,3	4,8	21
Personer med andre store og sammensatte behov	9,5	4,8	47,6	28,6	0,0	9,5	21
Personer som er «svake etterspørrere»	4,5	13,6	59,1	13,6	0,0	9,1	22
Andre	10,5	15,8	26,3	5,3	0,0	42,1	19

Proaktivitet

15. I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam på ditt legekontor arbeider mer proaktivt med listeinnbyggere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 15: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke relevant	N
Fastlegene	3,2	8,6	48,4	28,0	3,2	8,6	0,0	93
Sykepleierne	0,0	4,4	33,0	33,0	14,3	12,1	3,3	91
Helsesekretærene	8,7	26,1	38,0	13,0	1,1	13,0	0,0	92

Spørsmål 15: Original PHT med honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	4,7	48,8	39,5	2,3	4,7	43
Sykepleierne	0,0	2,3	30,2	44,2	18,6	4,7	43
Helsesekretærene	9,3	23,3	37,2	18,6	2,3	9,3	43

Spørsmål 15: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	4,5	4,5	45,5	31,8	0,0	13,6	22
Sykepleierne	0,0	4,8	19,0	47,6	9,5	19,0	21
Helsesekretærene	9,5	19,0	47,6	9,5	0,0	14,3	21

Spørsmål 15: Nye PHT

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	6,3	6,3	56,3	0,0	12,5	18,8	16
Sykepleierne	0,0	0,0	43,8	12,5	12,5	31,3	16
Helsesekretærene	6,3	31,3	25,0	6,3	0,0	31,3	16

Spørsmål 15: Forsøk

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke rele-vant	N
Fastlegene	3,7	4,9	49,4	28,4	3,7	9,9	0,0	81
Sykepleierne	0,0	2,5	30,0	37,5	16,3	13,8	0,0	80
Helsesekretærene	10,0	22,5	37,5	13,8	1,3	15,0	0,0	80

Spørsmål 15: Kontrollgruppe

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke rele-vant	N
Fastlegene	0,0	33,3	41,7	25,0	0,0	0,0	0,0	12
Sykepleierne	0,0	18,2	54,5	0,0	0,0	0,0	27,3	11
Helsesekretærene	0,0	50,0	41,7	8,3	0,0	0,0	0,0	12

***16.* Hvor enig eller uenig er du i at du som fastlege bør…:** *Prosentvis fordeling*

Spørsmål 16: Alle

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	2,2	11,8	23,7	36,6	24,7	1,1	93
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	8,7	13,0	39,1	39,1	0,0	92
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	1,1	13,0	31,5	53,3	1,1	92
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	4,3	18,3	25,8	37,6	12,9	1,1	93

Spørsmål 16: Originale PHT med honorarmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	0,0	7,0	18,6	44,2	27,9	2,3	43
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	9,3	9,3	39,5	41,9	0,0	43
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	2,3	9,3	32,6	53,5	2,3	43
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	0,0	14,0	20,9	46,5	16,3	2,3	43

Spørsmål 16: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	0,0	13,6	13,6	36,4	36,4	0,0	22
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	14,3	9,5	38,1	38,1	0,0	21
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	0,0	9,1	27,3	63,6	0,0	22
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	4,5	18,2	13,6	40,9	22,7	0,0	22

Spørsmål 16: Nye i PHT

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	6,3	12,5	37,5	31,3	12,5	0,0	16
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	0,0	25,0	50,0	25,0	0,0	16
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	0,0	33,3	40,0	26,7	0,0	15
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	0,0	25,0	43,8	31,3	0,0	0,0	16

Spørsmål 16: Forsøk

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	1,2	9,9	21,0	38,3	28,4	1,2	81
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	8,8	12,5	41,3	37,5	0,0	80
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	1,3	13,8	32,5	51,3	1,3	80
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	1,2	17,3	23,5	42,0	14,8	1,2	81

Spørsmål 16: Kontrollgruppe

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Bør jobbe mer proaktivt med dine listeinnbyggere	8,3	25,0	41,7	25,0	0,0	0,0	12
Bør vektlegge primærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	8,3	16,7	25,0	50,0	0,0	12
Bør vektlegge sekundærforebygging for dine listeinnbyggere	0,0	0,0	8,3	25,0	66,7	0,0	12
Bør drive oppsøkende virksomhet rettet mot dine listeinnbyggere	25,0	25,0	41,7	8,3	0,0	0,0	12

17. Hvilke pasientgrupper er det mest aktuelt å arbeide mer proaktivt med? *Tabellen angir andelen som har krysset av for denne gruppen. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Personer med kols	57,0	59,5	56,5	75,0	61,7	25,0
Personer med diabetes	54,8	61,9	39,1	81,3	59,3	25,0
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	40,9	50,0	30,4	50,0	44,4	16,7
Personer med psykiske lidelser	64,5	57,1	69,6	62,5	61,7	83,3
Personer med rusavhengighet	52,7	47,6	56,5	43,8	49,4	75,0
Personer med utviklingshemming	40,9	47,6	26,1	43,8	40,7	41,7
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	17,2	21,4	8,7	25,0	18,5	8,3
Skrøpelige eldre	76,3	85,7	65,2	87,5	80,2	50,0
Personer med andre store og sammensatte behov	59,1	61,9	60,9	56,3	60,5	50,0
Personer med behov for livsstilsendring (f.eks. overvekt, røykeslutt)	47,3	54,8	47,8	50,0	51,9	16,7
Personer som er «svake etterspørrere»	62,4	64,3	82,6	37,5	64,2	50,0
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

Spørsmål 17: Andre

- 3 personer svarte på spørsmålet.

Tilbakemelding:

- Astma
- Kreft
- Ungdom

18. Har du konkrete eksempler på hvordan du eller andre ansatte ved fastlegekontoret har arbeidet proaktivt med pasienter?

a. 34 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Endring av livsstil hos diabetikere.
- Bedring av styrke og balansetrening hos eldre og skrøpelige.
- Skapt trygghet for hjemmeboende.

- Vært tidlig ute ved livskriser og forebygget sykmeldinger.
- Legemiddelgjennomganger.
- Kalle inn pasienter med DMII og KOLS til kontroller.
- Sette opp kontrolltime for pasienten som har lett for å falle ut av oppfølgingsopplegg (diabetes, hypotyreose, hjertesvikt).
- Under koronautbruddet er alle pasienter over 80 år samt kjente skrøpelige pasienter blitt ringt opp fra vår sykepleier for å høre hvordan de har det.
- Vi har prøvd å følge opp aktivt etter mottatt epikriser for psyk og rusavhengige for å sikre oppfølging.
- Fysisk aktivitet sammen med pasienter.

19. Har du andre kommentarer knyttet til fastlegekontorets proaktive arbeid?

a. 22 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Utfordrende å kalle inn pasienter som ikke selv ønsker det.
- Fokus på proaktive arbeid med sykepleier og fastlege i spissen bidrar til målrettet og effektiv forebygging av sykdom.
- Ønsker å kunne gå mer i hjemmebesøk.
- Krever mye ressurser at sykepleier må kontakte pasientene.

Identifisering av pasienter

20. Har du eller andre ansatte på legekontoret gjort en systematisk gjennomgang av din pasientliste (enten ved hjelp av journalsystemet, tilleggsprogrammer som Medrave, eller manuelt) for å identifisere egnede pasienter for primærhelseteam? *Prosentvis fordeling*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ja	76,5	88,4	72,7	50,0
Nei	14,8	9,3	4,5	43,8
Vet ikke	8,6	2,3	22,7	6,3
N	**81**	**43**	**22**	**16**

21. Hvis ja på spm 20: Hvilke karakteristikker så dere etter i den systematiske listegjennomgangen? *Tabellen angir andelen som har krysset av for denne gruppen. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
En bestemt aldersgruppe	35,8	47,6	39,1	0,0
Bestemte diagnoser	69,1	73,8	73,9	50,0
Pasienter med hyppig kontakt med legekontoret	12,3	16,7	13,0	0,0
Pasienter med sjelden kontakt	18,5	31,0	8,7	0,0
Antall legemidler	48,1	54,8	60,9	12,5
Risikoscore (ACG)	17,3	23,8	13,0	6,3
Vet ikke	1,2	2,4	0,0	0,0
N	**81**	**42**	**23**	**16**

Spørsmål 21: Annet

- 4 personer svarte på spørsmålet.

Tilbakemelding:

- Dårlige etterspørrere
- Risiko Covid-19

Legemiddelgjennomgang

22. Hender det at du gjør systematisk legemiddelgjennomgang uten sykepleier? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Aldri	3,7	7,0	0,0	0,0
Av og til	23,5	18,6	40,9	12,5
Som oftest	71,6	72,1	59,1	87,5
Vet ikke	1,2	2,3	0,0	0,0
N	**81**	**43**	**22**	**16**

23. Hender det at du bruker tidstakst (2cd) istedenfor takst 2ld når du gjør systematisk legemiddelgjennomgang i tråd med Helsedirektoratets veileder? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Aldri	14,8	9,3	22,7	18,8
Av og til	38,3	58,1	0,0	37,5
Som oftest	18,5	25,6	0,0	31,3
Ikke relevante takster	23,5	2,3	77,3	0,0
Vet ikke	3,7	4,7	0,0	6,3
Ikke relevant	1,2	0,0	0,0	6,3
N	**81**	**43**	**22**	**16**

Behandlingsplan

24. I hvilken grad mener du at noen pasientgrupper vil ha nytte av å ha en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	1,1	2,3	0,0	0,0	1,2	0,0
I noen grad	45,2	39,5	36,4	43,8	39,5	83,3
I stor grad	38,7	39,5	50,0	31,3	42,0	16,7
I svært stor grad	8,6	16,3	4,5	6,3	9,9	0,0
Vet ikke	6,5	2,3	9,1	18,8	7,4	0,0
N	**93**	**43**	**22**	**16**	**81**	**12**

25. Hvilke pasientgrupper mener du har nytte av en behandlingsplan utarbeidet av fastlegen eller andre i primærhelseteamet? *Tabellen angir andelen som har krysset av for denne gruppen. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Personer med kols	75,3	73,8	95,7	50,0
Personer med diabetes	75,3	71,4	91,3	62,5
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	63,0	71,4	69,6	31,3
Personer med psykiske lidelser	61,7	69,0	47,8	62,5
Personer med rusavhengighet	44,4	50,0	34,8	43,8
Personer med utviklingshemming	28,4	33,3	26,1	18,8
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	12,3	14,3	13,0	6,3
Skrøpelige eldre	46,9	57,1	26,1	50,0
Personer med andre store og sammensatte behov	59,3	64,3	56,5	50,0
Vet ikke	7,4	7,1	0,0	18,8
N	**81**	**42**	**23**	**16**

Spørsmål 25: Andre

- 2 personer svarte på spørsmålet.

Tilbakemelding:

- Astma
- Kreft

26. Hvor mange av dine listeinnbyggere mener du det er relevant å utarbeide en behandlingsplan for? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ingen	0,0	0,0	0,0	0,0
1-5	2,5	2,4	0,0	6,3
6-10	13,8	16,7	13,6	6,3
11-20	26,3	33,3	31,8	0,0
21-30	13,8	7,1	18,2	25,0
Mer enn 30	25,0	28,6	27,3	12,5
Vet ikke	18,8	11,9	9,1	50,0
N	**80**	**42**	**22**	**16**

27. Hvor mange av dine listeinnbyggere har en behandlingsplan utarbeidet av deg eller andre i primærhelseteamet? Vi er ute etter et omtrentlig anslag. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ingen	18,5	16,3	4,5	43,8
1-5	29,6	34,9	27,3	12,5
6-10	12,3	14,0	18,2	6,3
11-20	8,6	7,0	18,2	0,0
21-30	4,9	4,7	9,1	0,0
Mer enn 30	6,2	9,3	4,5	0,0
Vet ikke	19,8	14,0	18,2	37,5
N	**81**	**43**	**22**	**16**

28. Hvilke elementer gir deg motivasjon til å utarbeide behandlingsplan: *Tabellen angir andelen som har krysset av for dette alternativet. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Det bidrar til mestring blant pasientene	50,5	52,4	47,8	56,3	51,9	41,7
Det sikrer brukermedvirkning	45,2	40,5	56,5	37,5	44,4	50,0
Det strukturerer teamarbeidet	52,7	61,9	52,2	43,8	55,6	33,3
Det øker kvaliteten på behandlingen	74,2	78,6	73,9	75,0	76,5	58,3
Det utløser en takst	11,8	7,1	4,3	18,8	8,6	33,3
Vet ikke	9,7	9,5	0,0	18,8	8,6	16,7
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

Spørsmål 28: Andre

- 1 person svarte på spørsmålet.

Tilbakemelding:

- Bedre prognose av sykdom

29. I hvilken grad opplever du at nytten ved å utarbeide en behandlingsplan oppveier tidskostnaden? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ikke i det hele tatt	3,7	7,0	0,0	0,0
I liten grad	12,3	11,6	13,6	12,5
I noen grad	34,6	44,2	31,8	12,5
I stor grad	19,8	18,6	31,8	6,3
I svært stor grad	1,2	0,0	4,5	0,0
Vet ikke	28,4	18,6	18,2	68,8
N	**81**	**43**	**22**	**16**

30. For hvor mange av dine pasienter med diabetes type 2 sender du (eventuelt i samarbeid med sykepleier) årlig inn Noklus-diabetesskjema til Norsk diabetesregister for voksne? *Prosentvis fordeling*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ingen	6,6	0,0	0,0	26,7	5,1	16,7
1-5	5,5	4,8	4,5	0,0	3,8	16,7
6-10	14,3	16,7	18,2	0,0	13,9	16,7
11-20	22,0	19,0	31,8	13,3	22,8	16,7
21-30	14,3	21,4	4,5	20,0	16,5	0,0
Mer enn 30	18,7	31,0	9,1	13,3	20,3	8,3
Vet ikke	18,7	7,1	31,8	26,7	17,7	25,0
N	**91**	**42**	**22**	**15**	**79**	**12**

31. I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning? Med brukermedvirkning menes at pasienter skal medvirke i valg og utforming av eget behandlingstilbud. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	11,0	14,3	9,1	13,3	12,7	0,0
I noen grad	34,1	26,2	40,9	33,3	31,6	50,0
I stor grad	47,3	50,0	45,5	40,0	46,8	50,0
I svært stor grad	3,3	7,1	0,0	0,0	3,8	0,0
Vet ikke	4,4	2,4	4,5	13,3	5,1	0,0
N	**91**	**42**	**22**	**15**	**79**	**12**

Påstander om primærhelseteam

32. Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til: *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 32: Alle

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	2,5	6,2	28,4	46,9	16,0	81
Bedre helse blant enkeltpasienter	1,3	0,0	25,0	42,5	31,3	80
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	1,3	5,0	50,0	32,5	11,3	80
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	1,3	1,3	18,8	43,8	35,0	80
Større tilfredshet blant pårørende	1,2	2,5	32,1	39,5	24,7	81
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	2,5	3,8	31,3	45,0	17,5	80
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	1,2	4,9	21,0	45,7	27,2	81
Å frigjøre tid for fastleger	13,6	12,3	28,4	27,2	18,5	81
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	3,7	3,7	30,9	42,0	19,8	81
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	9,9	8,6	39,5	32,1	9,9	81
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	13,6	14,8	44,4	18,5	8,6	81
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	1,2	0,0	22,2	39,5	37,0	81
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	1,2	0,0	19,8	42,0	37,0	81

Spørsmål 32: Originale PHT

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	3,0	4,6	20,0	52,3	20,0	65
Bedre helse blant enkeltpasienter	1,5	0,0	17,2	43,7	37,5	64
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	1,6	4,7	40,6	39,0	14,1	64
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	1,5	1,6	17,2	42,2	37,5	64
Større tilfredshet blant pårørende	1,5	3,1	30,8	36,9	27,7	65
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	3,2	4,7	23,4	48,4	20,3	64
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	1,5	6,2	13,9	47,7	30,8	65
Å frigjøre tid for fastleger	10,7	13,9	20,0	33,9	21,5	65
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	1,5	3,0	27,7	44,6	23,1	65
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	9,2	7,7	33,8	38,5	10,8	65
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	13,9	13,9	40,0	23,1	9,2	65
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	1,5	0,0	18,5	40,0	40,0	65
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	1,5	0,0	16,9	40,0	41,6	65

Spørsmål 32: Originale PHT med honorarmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	2,3	4,7	14,0	53,5	25,6	43
Bedre helse blant enkeltpasienter	2,3	0,0	16,3	46,5	34,9	43
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	2,4	2,4	40,5	38,1	16,7	42
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	2,3	0,0	18,6	41,9	37,2	43
Større tilfredshet blant pårørende	2,3	0,0	27,9	39,5	30,2	43
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	4,8	2,4	19,0	52,4	21,4	42
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	2,3	9,3	7,0	55,8	25,6	43
Å frigjøre tid for fastleger	9,3	14,0	16,3	41,9	18,6	43
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	2,3	2,3	18,6	51,2	25,6	43
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	9,3	7,0	27,9	44,2	11,6	43
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	14,0	16,3	32,6	27,9	9,3	43
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	2,3	0,0	14,0	44,2	39,5	43
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	2,3	0,0	9,3	46,5	41,9	43

Spørsmål 32: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	4,5	4,5	31,8	50,0	9,1	22
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	19,0	38,1	42,9	21
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	9,1	40,9	40,9	9,1	22
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	4,8	14,3	42,9	38,1	21
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	9,1	36,4	31,8	22,7	22
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0,0	9,1	31,8	40,9	18,2	22
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	0,0	27,3	31,8	40,9	22
Å frigjøre tid for fastleger	13,6	13,6	27,3	18,2	27,3	22
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	4,5	45,5	31,8	18,2	22
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	9,1	9,1	45,5	27,3	9,1	22
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	13,6	9,1	54,5	13,6	9,1	22
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	27,3	31,8	40,9	22
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	31,8	27,3	40,9	22

Spørsmål 32: Nye i PHT

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	12,5	56,3	31,3	0,0	16
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	56,3	43,8	0,0	16
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	6,3	81,3	12,5	0,0	16
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	25,0	56,3	18,8	16
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	31,3	56,3	12,5	16
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0,0	0,0	62,5	37,5	0,0	16
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	0,0	50,0	43,8	6,3	16
Å frigjøre tid for fastleger	25,0	6,3	56,3	6,3	6,3	16
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	12,5	6,3	43,8	31,3	6,3	16
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	12,5	12,5	62,5	6,3	6,3	16
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	12,5	25,0	56,3	0,0	6,3	16
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	37,5	43,8	18,8	16
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	31,3	56,3	12,5	16

Forventninger til primærhelseteam

33. I hvilken grad forventer du at ordningen med primærhelseteam vil gi en bedre oppfølging av følgende pasient-/brukergrupper? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	0,0	37,5	31,3	6,3	25,0	16
Personer med diabetes	0,0	6,3	50,0	31,3	6,3	6,3	16
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	25,0	43,8	12,5	0,0	18,8	16
Personer med psykiske lidelser	0,0	18,8	43,8	18,8	12,5	6,3	16
Personer med rusavhengighet	0,0	25,0	31,3	18,8	6,3	18,8	16
Personer med utviklingshemming	0,0	6,3	50,0	12,5	6,3	25,0	16
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	6,3	6,3	50,0	0,0	0,0	37,5	16
Skrøpelige eldre	0,0	6,3	25,0	25,0	18,8	25,0	16
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	6,7	46,7	20,0	6,7	20,0	15
Personer med behov for livsstilsendring (f.eks. overvekt, røykeslutt)	0,0	18,8	18,8	37,5	6,3	18,8	16
Personer som er «svake etterspørrere»	6,3	6,3	25,0	18,8	6,3	37,5	16

34. I hvilken grad forventer du at ordningen med primærhelseteam vil påvirke muligheten for brukermedvirkning? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
0,0	6,3	31,3	12,5	0,0	50,0	16

35. I hvilken grad forventer du at ordningen med primærhelseteam vil påvirke koordinering og sammenheng i tjenestetilbudet? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
0,0	12,5	43,8	31,3	0,0	12,5	16,0

36. Hvordan forventer du at sykepleier i det enkelte primærhelseteam (som du inngår i) vil utfylle deg som fastlege? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Sykepleier vil hovedsakelig utføre oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver, og i liten grad utføre oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv.	12,5
Sykepleier vil hovedsakelig utføre oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv.	6,3
Sykepleier vil både utføre oppgaver i stedet for at jeg gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til mine oppgaver.	81,3
N	**16**

37. I hvilken grad planlegger du å delegere følgende oppgaver fra deg til sykepleier? Ta utgangspunkt i arbeidet med pasienter som får oppfølging fra primærhelseteam. Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede (konsultasjon).	50,0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon.	31,3
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede).	0,0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten.	12,5
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV).	0,0
Andre administrative oppgaver.	6,3
N	**16**

38. På hvilken måte forventer du at helsesekretær vil ha en funksjon/rolle i primærhelseteam ved ditt legekontor? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Helsesekretæren vil stort sett miste/gi fra seg oppgaver til sykepleier etter primærhelseteam-organiseringen.	12,5
Helsesekretæren vil arbeide på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen.	50,0
Helsesekretæren vil stort sett arbeide på samme måte som før primærhelseteam-organiseringen, men få noen nye arbeidsoppgaver.	31,3
Helsesekretæren vil arbeide på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og vil få flere nye arbeidsoppgaver i tillegg til alle tidligere oppgaver.	0,0
Helsesekretæren vil arbeide på en ny måte etter primærhelseteam-organiseringen, og vil få flere nye arbeidsoppgaver, samtidig som flere av tidligere oppgaver blir overført til annet personell.	6,3
N	**16**

Oppfølging av listeinnbyggere under koronautbruddet

39. Hvordan har samlet oppfølging av følgende pasientgrupper endret seg som følge av koronautbruddet? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 39: Alle

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	25,8	38,7	22,6	12,9	93
Pasienter med psykiske plager	38,7	37,6	11,8	11,8	93
Andre pasienter	48,4	34,4	1,1	16,1	93

Spørsmål 39: Original PHT med honorarmodellen

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	25,6	23,3	34,9	16,3	43
Pasienter med psykiske plager	37,2	39,5	4,7	18,6	43
Andre pasienter	41,9	39,5	0,0	18,6	43

Spørsmål 39: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	22,7	50,0	18,2	9,1	22
Pasienter med psykiske plager	40,9	31,8	22,7	4,5	22
Andre pasienter	68,2	18,2	0,0	13,6	22

Spørsmål 39: Nye i PHT

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	31,3	37,5	12,5	18,8	16
Pasienter med psykiske plager	31,3	37,5	18,8	12,5	16
Andre pasienter	31,3	43,8	6,3	18,8	16

Spørsmål 39: Forsøk

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	25,9	33,3	25,9	14,8	81
Pasienter med psykiske plager	37,0	35,8	13,6	13,6	81
Andre pasienter	48,1	33,3	1,2	17,3	81

Spørsmål 39: Kontrollgruppe

	Mindre oppfølging	Ingen endring	Mer oppfølging	Vet ikke	N
Pasienter i risikogruppen for covid-19	25,0	75,0	0,0	0,0	12
Pasienter med psykiske plager	50,0	50,0	0,0	0,0	12
Andre pasienter	50,0	41,7	0,0	8,3	12

***40.* Hvordan har oppfølgingen av dine listeinnbyggere, fordelt på ulike typer oppfølging, vært under koronautbruddet sammenliknet med normalsituasjonen?** *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 40: Alle

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	48,9	46,7	3,3	0,0	0,0	1,1	92
Telefonkonsultasjon	0,0	2,2	6,5	45,2	44,1	2,2	93
Videokonsultasjon	1,1	0,0	10,8	35,5	51,6	1,1	93
Elektronisk melding	0,0	1,1	18,3	36,6	43,0	1,1	93
Hjemmebesøk	16,1	25,8	38,7	12,9	1,1	5,4	93

Spørsmål 40: Original PHT med honorarmodellen

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	46,5	51,2	0,0	0,0	0,0	2,3	43
Telefonkonsultasjon	0,0	2,3	4,7	44,2	44,2	4,7	43
Videokonsultasjon	0,0	0,0	11,6	39,5	46,5	2,3	43
Elektronisk melding	0,0	2,3	16,3	34,9	44,2	2,3	43
Hjemmebesøk	18,6	27,9	34,9	9,3	2,3	7,0	43

Spørsmål 40: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	61,9	38,1	0,0	0,0	0,0	0,0	21
Telefonkonsultasjon	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	22
Videokonsultasjon	0,0	0,0	4,5	36,4	59,1	0,0	22
Elektronisk melding	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	22
Hjemmebesøk	18,2	27,3	27,3	22,7	0,0	4,5	22

Spørsmål 40: Nye i PHT

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	43,8	37,5	18,8	0,0	0,0	0,0	16
Telefonkonsultasjon	0,0	0,0	6,3	50,0	43,8	0,0	16
Videokonsultasjon	6,3	0,0	0,0	43,8	50,0	0,0	16
Elektronisk melding	0,0	0,0	25,0	31,3	43,8	0,0	16
Hjemmebesøk	12,5	18,8	56,3	12,5	0,0	0,0	16

Spørsmål 40: Forsøk

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	50,0	45,0	3,8	0,0	0,0	1,3	80
Telefonkonsultasjon	0,0	1,2	3,7	45,7	46,9	2,5	81
Videokonsultasjon	1,2	0,0	7,4	39,5	50,6	1,2	81
Elektronisk melding	0,0	1,2	13,6	39,5	44,4	1,2	81
Hjemmebesøk	17,3	27,2	35,8	13,6	1,2	4,9	81

Spørsmål 40: Kontrollgruppe

	Mye mindre enn vanlig	Mindre enn vanlig	Uendret	Mer enn vanlig	Mye mer enn vanlig	Vet ikke	N
Vanlig konsultasjon på legekontoret	41,7	58,3	0,0	0,0	0,0	0,0	12
Telefonkonsultasjon	0,0	8,3	25,0	41,7	25,0	0,0	12
Videokonsultasjon	0,0	0,0	33,3	8,3	58,3	0,0	12
Elektronisk melding	0,0	0,0	50,0	16,7	33,3	0,0	12
Hjemmebesøk	8,3	16,7	58,3	8,3	0,0	8,3	12

41. På hvilke måter har driften av fastlegekontoret endret seg som følge av koronautbruddet? *Tabellen angir andelen som har krysset av for dette alternativet. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Adskilte arbeidslag	65,6	61,9	91,3	56,3	69,1	41,7
Hjemmekontor	66,7	66,7	78,3	75,0	71,6	33,3
Endrede åpningstider	1,1	2,4	0,0	0,0	1,2	0,0
Permittering av hjelpepersonell	8,6	9,5	0,0	0,0	4,9	33,3
Vet ikke	5,4	4,8	4,3	6,3	4,9	8,3
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

Spørsmål 41: Andre

- 29 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Tatt inn vikar
- Ikke møtes til lunsj eller andre pauser
- Digitale møter
- Smitteverntiltak
- Avstand i ventesoner
- Justering timebøker
- Mindre tilbud og færre vanlige konsultasjoner
- Leger har også jobbet på feberoliklinikk og i smitteoppsporing
- Videokonsultasjon
- Var forbigående

42. Har samarbeidet mellom de ansatte om enkeltpasienter endret seg som følge av koronautbruddet?

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Mindre samarbeid	14,1	21,4	13,6	0,0	15,0	8,3
Ingen endring	53,3	35,7	63,6	68,8	51,3	66,7
Mer samarbeid	20,7	28,6	13,6	25,0	22,5	8,3
Vet ikke	12,0	14,3	9,1	6,3	11,3	16,7
N	**92**	**42**	**22**	**16**	**80**	**12**

43. Har samarbeidet mellom ditt legekontor og andre kommunale tjenester endret seg som følge av koronautbruddet?

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Mindre samarbeid	17,6	14,3	28,6	18,8	19,0	8,3
Ingen endring	45,1	40,5	42,9	56,3	44,3	50,0
Mer samarbeid	31,9	38,1	28,6	18,8	31,6	33,3
Vet ikke	5,5	7,1	0,0	6,3	5,1	8,3
N	**91**	**42**	**21**	**16**	**79**	**12**

Oppfølging av pasienter i risikogruppen for covid-19

44. I hvilken grad opplevde du at du hadde oversikt over hvilke enkeltpasienter på din liste som var i risikogruppen for covid-19 da pandemien startet? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	7,5	11,6	4,5	6,3	8,6	0,0
I liten grad	12,9	9,3	18,2	12,5	12,3	16,7
I noen grad	52,7	44,2	59,1	56,3	50,6	66,7
I stor grad	19,4	23,3	13,6	18,8	19,8	16,7
I svært stor grad	3,2	7,0	0,0	0,0	3,7	0,0
Vet ikke	4,3	4,7	4,5	6,3	4,9	0,0
N	**93**	**43**	**22**	**16**	**81**	**12**

45. I hvilken grad har du tatt kontakt med pasienter i risikogruppen uten at de har tatt kontakt med deg først? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ikke i det hele tatt	19,6	7,0	14,3	37,5	15,0	50,0
I liten grad	34,8	27,9	42,9	43,8	35,0	33,3
I noen grad	27,2	37,2	23,8	18,8	28,8	16,7
I stor grad	12,0	14,0	19,0	0,0	13,8	0,0
I svært stor grad	4,3	9,3	0,0	0,0	5,0	0,0
Vet ikke	2,2	4,7	0,0	0,0	2,5	0,0
N	**92**	**43**	**21**	**16**	**80**	**12**

46. Hvordan har du jobbet med oppfølging av pasienter i risikogruppen for covid-19 etter korona-utbruddet? *Tabellen angir andelen som har krysset av for dette alternativet. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Profylaktisk vaksine-ring	23,7	35,7	17,4	12,5	25,9	8,3
Informasjon om smit-tevern	32,3	45,2	30,4	12,5	34,6	16,7
Avstandsoppføl-ging/digital hjemme-oppfølging	29,0	47,6	21,7	12,5	33,3	0,0
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

Spørsmål 46: Andre

a. 6 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Kartlegging behov for hjemmesykepleier
- Kontroller
- Oppsøkende helsehjelp

Smittevern

47. I hvilken grad har følgende yrkesgrupper på legekontoret utarbeidet rutiner for smittevern i forbindelse med det pågående koronautbruddet? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 47: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke relevant	N
Fastleger	0,0	2,2	5,4	43,0	47,3	2,2	0,0	93
Sykepleierne	7,7	4,4	13,2	36,3	26,4	8,8	3,3	91
Helsesekretærene	8,8	12,1	9,9	34,1	26,4	8,8	0,0	91
Andre ansatte	14,1	2,8	7,0	21,1	21,1	26,8	7,0	71

Spørsmål 47: Original PHT med honorarmodell

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastleger	0,0	2,3	7,0	53,5	34,9	2,3	43
Sykepleierne	0,0	0,0	16,3	48,8	30,2	4,7	43
Helsesekretærene	7,1	14,3	9,5	38,1	23,8	7,1	42
Andre ansatte	11,8	2,9	8,8	26,5	26,5	23,5	34

Spørsmål 47: Original PHT med driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastleger	0,0	0,0	0,0	36,4	59,1	4,5	22
Sykepleierne	4,5	9,1	18,2	31,8	27,3	9,1	22
Helsesekretærene	13,6	9,1	9,1	31,8	22,7	13,6	22
Andre ansatte	5,9	0,0	5,9	17,6	35,3	35,3	17

Spørsmål 47: Nye i PHT

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastleger	0,0	6,3	18,8	18,8	56,3	0,0	16
Sykepleierne	42,9	7,1	7,1	7,1	14,3	21,4	14
Helsesekretærene	13,3	13,3	6,7	26,7	33,3	6,7	15
Andre ansatte	40,0	10,0	0,0	10,0	0,0	40,0	10

Spørsmål 47: Forsøk

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastleger	0,0	2,5	6,2	42,0	46,9	2,5	81
Sykepleierne	8,9	5,1	15,2	35,4	26,6	8,9	79
Helsesekretærene	10,1	12,7	8,9	34,2	25,3	8,9	70
Andre ansatte	14,8	3,3	6,6	21,3	23,0	31,1	61

Spørsmål 47: Kontrollgruppe

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastleger	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	12
Sykepleierne	0,0	0,0	0,0	41,7	25,0	8,3	12
Helsesekretærene	0,0	8,3	16,7	33,3	33,3	8,3	12
Andre ansatte	10,0	0,0	10,0	20,0	10,0	0,0	10

Finansiering

48. Opplever du usikkerhet om legekontorets inntektsopptjening knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt legekontor?

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (drifts-tilskuddsmodellen)	Ny PHT
Ingen usikkerhet	14,8	4,7	36,4	12,5
Liten usikkerhet	24,7	23,3	31,8	18,8
Noe usikkerhet	24,7	32,6	0,0	43,8
Stor usikkerhet	14,8	20,9	4,5	12,5
Vet ikke	21,0	18,6	27,3	12,5
N	**81**	**43**	**22**	**16**

49. Du har svart at du opplever stor usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved ditt fastlegekontor. Kan du utdype ditt svar?

a. 9 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Dårligere inntjening under Covid-19-pandemien.
- Stor variasjon i antall pasienter daglig.
- Mye ulønnet planlegging.
- Store utgifter til lønn, tilrettelegging og daglig drift.

Arbeidstilfredshet

50. I hvilken grad er du fornøyd med følgende? *Skala fra -3 til 3 hvor -3 er veldig misfornøyd og 3 er veldig fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ansvaret du er tildelt	1,3 (1,2)	1,4 (1,1)	1,8 (0,7)	0,4 (1,4)	1,3 (1,2)	1,4 (1,6)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	1,6 (1,1)	1,6 (1,0)	1,9 (0,8)	0,8 (1,3)	1,6 (1,1)	1,7 (1,4)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	-0,3 (1,7)	0,0 (1,6)	0,5 (1,7)	-1,8 (1,1)	-0,2 (1,7)	-0,8 (1,3)
Kollegene dine og øvrige ansatte	2,2 (0,9)	2,1 (1,0)	2,1 (0,8)	2,3 (1,2)	2,1 (1,0)	2,5 (0,7)
Muligheten til å bruke dine evner	2,0 (1,0)	2,0 (0,9)	2,2 (0,8)	1,5 (1,5)	1,9 (1,0)	2,2 (0,7)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	1,5 (1,2)	1,6 (1,1)	1,8 (1,0)	0,9 (1,6)	1,5 (1,2)	1,6 (1,1)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1,2 (1,2)	1,2 (1,2)	1,1 (1,2)	1,1 (1,2)	1,1 (1,1)	1,6 (1,5)
Arbeidsmengden din	-0,5 (1,7)	-0,4 (1,5)	0,4 (1,7)	-2,1 (0,9)	-0,5 (1,7)	-0,8 (1,5)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	-0,1 (1,8)	0,0 (1,7)	0,7 (1,7)	-1,2 (1,6)	0,0 (1,8)	-0,4 (1,7)
Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	1,6 (1,2)	1,6 (1,1)	2,0 (0,7)	0,7 (1,8)	1,5 (1,3)	1,8 (0,6)
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

51. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

- 14 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er:

- Driftstilskuddsmodellen har gitt trygghet i denne perioden.
- Bør etablere bedre samarbeid mellom andre helsetjenester.
- Fordel å kunne diskutere med andre når problemstillingene er vanskelige.
- Sparer tid når sykepleierne utfører tester.
- Flere mener også at PHT ikke avlaster eller gir ekstra oppgaver.

Arbeidshverdag og tidsbruk

52. Tenk på tiden før koronautbruddet. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver i en gjennomsnittlig arbeidsuke? Dette spørsmålet er kun stilt til nye i PHT. *Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Ny PHT
Direkte pasientkontakt	63,1 (11,5)
Pasientrelatert etterarbeid (uten at pasienten er til stede)	25,6 (10,2)
Pasientrelaterte møter (med annet helsepersonell, NAV o.l.)	6,8 (5,2)
Offentlig allmennmedisinsk arbeid/kommunal bistilling	1,4 (5,0)
Andre administrative oppgaver og opplæring	7,5 (5,3)
N	**16**

Din bakgrunn og erfaringer

53. Ved hvilket fastlegekontor er du ansatt?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

54. Hva er din samlede stillingsprosent ved legekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
50 - 54 %	5,6	5,1	4,3	6,3	5,1	8,3
55 - 59 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 - 64 %	5,6	5,1	8,7	0,0	5,1	8,3
65 - 69 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
70 - 74 %	2,2	2,6	0,0	6,3	2,6	0,0
75 - 79 %	2,2	0,0	4,3	0,0	1,3	8,3
80 - 84 %	14,4	17,9	26,1	0,0	16,7	0,0
85 - 89 %	1,1	2,6	0,0	0,0	1,3	0,0
90 - 94 %	2,2	2,6	0,0	6,3	2,6	0,0
95 - 100 %	64,4	59	56,5	81,3	62,8	75,0
Over 100 %	2,2	5,10	0,0	0,0	2,6	0,0
N	**90**	**39**	**23**	**16**	**78**	**12**

55. Har du vikar for å hjelpe deg å betjene listen? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodellen)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ja	11,0	7,3	9,1	25,0	11,4	8,3
Nei	89,0	92,7	90,9	75,0	88,6	91,7
N	**91**	**41**	**22**	**16**	**79**	**12**

56. Omtrent hvor mange timer per uke arbeider vikaren med å hjelpe deg? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
1-3	12,5	0,0	0,0	50,0	14,3	0,0
4-5	12,5	33,3	0,0	0,0	14,3	0,0
6-10	25,0	33,3	50,0	0,0	28,6	0,0
11-20	12,5	0,0	0,0	50,0	14,3	0,0
21-30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mer enn 30	37,5	33,3	50,0	0,0	28,6	100
N	**8**	**3**	**2**	**2**	**7**	**1**

57. Har du et bierverv av følgende typer? *Tabellen angir andelen som har krysset av for dette alternativet. Flere svar var mulig.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Andre allmennlegeopp-gaver i kommunen	38,7	45,2	47,8	12,5	39,5	33,3
Privatpraktiserende spe-sialist	1,1	0,0	4,3	0,0	1,2	0,0
Sykehuslege	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Annet	28,0	16,7	39,1	37,5	27,2	33,3
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

58. Hva er din samlede stillingsprosent i ovennevnte biverv? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
1 - 4 %	1,9	4,2	0,0	0,0	2,2	0,0
5 - 10 %	15,1	12,5	11,8	40,0	15,2	14,3
11 - 20 %	35,8	54,2	17,6	20,0	37,0	28,6
21 - 30 %	13,2	4,2	23,5	40,0	15,2	0,0
31 - 40 %	5,7	4,2	11,8	0,0	6,5	0,0
41 - 50 %	13,2	4,2	17,6	0,0	8,7	42,9
Mer enn 50 %	15,1	16,7	17,6	0,0	15,2	14,3
N	**53**	**24**	**17**	**5**	**46**	**7**

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

	Alle	Opprinnelige PHT (honorarmodellen)	Opprinnelige PHT (driftstilskuddsmodel-len)	Ny PHT	Forsøk	Kontroll
Ingen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-5	64,5	71,4	43,5	87,5	66,7	50,0
6-10	18,3	16,7	26,1	6,3	17,3	25,0
11-20	7,5	4,8	8,7	0,0	4,9	25,0
Mer enn 20	9,7	7,1	21,7	6,3	11,1	0,0
N	**93**	**42**	**23**	**16**	**81**	**12**

60. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

C.3 Spørreundersøkelse blant sykepleiere

1. Er du ansatt som sykepleier i primærhelseteam? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ja	81,6	85,7	70,0
Nei	18,4	14,3	30,0
N	**38**	**28**	**10**

Samarbeid på fastlegekontoret

2. I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	15,8	14,3	20,0
I stor grad	65,8	71,4	50,0
I svært stor grad	15,8	10,7	30,0
Vet ikke	2,6	3,6	0,0
N	**38**	**28**	**10**

3. 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. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Jeg utfører hovedsakelig oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv.	0,0	0,0	0,0
Jeg utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver.	86,5	89,3	77,8
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.	2,7	0,0	11,1
Vet ikke	10,8	10,7	11,1
N	**37**	**28**	**9**

4. I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	10,8	11,1	10,0
I noen grad	43,2	40,7	50,0
I stor grad	24,3	29,6	10,0
I svært stor grad	18,9	14,8	30,0
Vet ikke	2,7	3,7	0,0
N	**37**	**27**	**10**

5. I hvilken grad opplever du at dere arbeider som et team på legekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	45,9	51,9	30,0
I stor grad	29,7	33,3	20,0
I svært stor grad	21,6	11,1	50,0
Vet ikke	2,7	3,7	0,0
N	**37**	**27**	**10**

6. Har du øvrige kommentarer til teamarbeid i primærhelseteam?

- 8 personer svarte på spørsmålet.

Generell tilbakemelding:

- Teamarbeidet avhenger mye av fastlegen.
- Har utviklet seg og fungerer bedre nå enn i starten.
- For tidlig å si noe for de som er nye i PHT.

Oppfølging av pasienter på fastlegekontoret

7. I hvilken grad opplever du at fastlegene på legekontoret har listeinnbyggere som er «svake etterspørrere», dvs. at de ikke selv etterspør helsehjelp som de har behov for? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	5,4	3,7	10,0
I noen grad	75,7	77,8	70,0
I stor grad	10,8	11,1	10,0
I svært stor grad	5,4	3,7	10,0
Vet ikke	2,7	3,7	0,0
N	**37**	**27**	**10**

8. I hvilken grad opplever du at dere på fastlegekontoret klarer å fange opp og tilby helsehjelp til listeinnbyggere som er «svake etterspørrere»? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	2,7	0,0	10,0
I noen grad	64,9	66,7	60,0
I stor grad	21,6	22,2	20,0
I svært stor grad	8,1	7,4	10,0
Vet ikke	2,7	3,7	0,0
N	**37**	**27**	**10**

9. I hvilken grad opplever du at primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging for pasienter/brukere i følgende grupper? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 0: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	2,7	10,8	37,8	43,2	5,4	37
Personer med diabetes	0,0	0,0	5,4	37,8	56,8	0,0	37
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	5,4	45,9	18,9	13,5	16,2	37
Personer med psykiske lidelser	2,7	16,2	24,3	24,3	21,6	10,8	37
Personer med rusavhengighet	16,2	35,1	29,7	5,4	2,7	10,8	37
Personer med utviklingshemming	8,1	13,5	43,2	8,1	10,8	16,2	37
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	8,3	16,7	33,3	22,2	5,6	13,9	36
Skrøpelige eldre	0,0	0,0	24,3	43,2	27,0	5,4	37
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	8,1	43,2	27,0	16,2	5,4	37
Personer som er «svake etterspørrere»	0,0	5,4	54,1	27,0	5,4	8,1	37
Andre	0,0	10,0	20,0	23,3	3,3	43,3	30

Spørsmål 0: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	0,0	11,1	37,0	44,4	7,4	27
Personer med diabetes	0,0	0,0	7,4	37,0	55,6	0,0	27
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	7,4	44,4	14,8	18,5	14,8	27
Personer med psykiske lidelser	0,0	14,8	25,9	22,2	25,9	11,1	27
Personer med rusavhengighet	14,8	40,7	29,6	3,7	0,0	11,1	27
Personer med utviklingshemming	7,4	11,1	55,6	7,4	7,4	11,1	27
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	7,7	15,4	42,3	15,4	7,7	11,5	26
Skrøpelige eldre	0,0	0,0	25,9	37,0	29,6	7,4	27
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	7,4	44,4	22,2	18,5	7,4	27
Personer som er «svake etterspørrere»	0,0	3,7	51,9	25,9	7,4	11,1	27
Andre	0,0	10,0	25,0	20,0	5,0	40,0	20

Spørsmål 0: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	10,0	10,0	40,0	40,0	0,0	10
Personer med diabetes	0,0	0,0	0,0	40,0	60,0	0,0	10
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	0,0	50,0	30,0	0,0	20,0	10
Personer med psykiske lidelser	10,0	20,0	20,0	30,0	10,0	10,0	10
Personer med rusavhengighet	20,0	20,0	30,0	10,0	10,0	10,0	10
Personer med utviklingshemming	10,0	20,0	10,0	10,0	20,0	30,0	10
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	10,0	20,0	10,0	40,0	0,0	20,0	10
Skrøpelige eldre	0,0	0,0	20,0	60,0	20,0	0,0	10
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	10,0	40,0	40,0	10,0	0,0	10
Personer som er «svake etterspørrere»	0,0	10,0	60,0	30,0	0,0	0,0	10
Andre	0,0	10,0	10,0	30,0	0,0	50,0	10

Spørsmål 0: PHT-sykepleiere som har vært med siden start

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	3,0	9,1	36,4	48,5	3,0	33
Personer med diabetes	0,0	0,0	3,0	36,4	60,6	0,0	33
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	6,1	45,5	21,2	15,2	12,1	33
Personer med psykiske lidelser	3,0	18,2	27,3	21,2	24,2	6,1	33
Personer med rusavhengighet	15,2	39,4	30,3	6,1	3,0	6,1	33
Personer med utviklingshemming	9,1	15,2	45,5	6,1	12,1	12,1	33
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	9,4	18,8	31,3	25,0	6,3	9,4	32
Skrøpelige eldre	0,0	0,0	24,2	45,5	30,3	0,0	33
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	9,1	42,4	30,3	18,2	0,0	33
Personer som er «svake etterspørrere»	0,0	3,0	57,6	30,3	6,1	3,0	33
Andre	0,0	7,7	23,1	26,9	3,8	38,5	26

Proaktivitet

10. I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam på ditt legekontor arbeider mer proaktivt med listeinnbyggere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 10: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	2,8	5,6	41,7	33,3	8,3	8,3	36
Sykepleierne	0,0	0,0	27,0	48,6	16,2	8,1	37
Helsesekretærene	2,9	22,9	28,6	22,9	0,0	22,9	35

Spørsmål 10: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	3,7	3,7	44,4	29,6	7,4	11,1	27
Sykepleierne	0,0	0,0	29,6	48,1	11,1	11,1	27
Helsesekretærene	3,8	26,9	26,9	19,2	0,0	23,1	26

Spørsmål 10: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	11,1	33,3	44,4	11,1	0,0	9
Sykepleierne	0,0	0,0	20,0	50,0	30,0	0,0	10
Helsesekretærene	0,0	11,1	33,3	33,3	0,0	22,2	9

11. Hvilke pasientgrupper er det mest aktuelt å arbeide mer proaktivt med? *Tabellen angir andelen som har krysset av for denne gruppen. Flere svar var mulig.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Personer med kols	59,0	58,6	60,0
Personer med diabetes	56,4	55,2	60,0
Personer med hjertesvikt/hjertesykdom	51,3	48,3	60,0
Personer med psykiske lidelser	48,7	51,7	40,0
Personer med rusavhengighet	43,6	41,4	50,0
Personer med utviklingshemming	38,5	44,8	20,0
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	20,5	17,2	30,0
Skrøpelige eldre	53,8	55,2	50,0
Personer med andre store og sammensatte behov	43,6	44,8	40,0
Personer med behov for livsstilsendring (f.eks. overvekt, røykeslutt)	59,0	55,2	70,0
Personer som er «svake etterspørrere»	71,8	69,0	80,0
N	**39**	**29**	**10**

Spørsmål 11: Andre

- Ingen personer svarte på spørsmålet.

12. Har du konkrete eksempler på hvordan du eller sykepleier/helsesekretær i ditt primærhelseteam har arbeidet proaktivt med pasienter?

- 15 personer svarte på spørsmålet.

Generell tilbakemelding:

- Hjemmebesøk.
- Lage egenbehandlingsplan.
- Årskontroller for pasienter med diagnosen diabetes, kols og astma.
- Kaller inn pasienter til årskontroller/kontroll ved fornying av resepter.
- Motivere til mer aktivitet for å klare seg lenger hjemme.
- Sendt ut informasjonsbrev om primærhelseteam.

13. Har du andre kommentarer knyttet til fastlegekontorets proaktive arbeid?

- 10 personer svarte på spørsmålet.

Generell tilbakemelding:

- Senke terskelen for å kontakte svake etterspørrere (endre taksten).
- Vanskelig å få tak i ruspasientene, de følger lite opp sin fysiske helse og kommer sjelden til timer som blir satt opp.
- Har blitt mer bevisst på å fange opp pasienten tidligere.

Behandlingsplan

14. Har du deltatt i arbeidet med å utarbeide en behandlingsplan for noen av listeinnbyggerne som hører til legekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ja	45,9	37,0	70
Nei	54,1	63,0	30
N	**37**	**27**	**10**

15. I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning? Med brukermedvirkning menes at pasienter skal medvirke i valg og utforming av eget behandlingstilbud. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	27,0	33,3	10,0
I stor grad	48,6	44,4	60,0
I svært stor grad	13,5	11,1	20,0
Vet ikke	10,8	11,1	10,0
N	**37**	**27**	**10**

Påstander om primærhelseteam

16. Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til: *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 16: Alle

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0.0	2.7	8.1	40.5	48.6	37
Bedre helse blant enkeltpasienter	0.0	0.0	13.5	35.1	51.4	37
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0.0	0.0	27.0	35.1	37.8	37
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0.0	0.0	8.1	27.0	64.9	37
Større tilfredshet blant pårørende	0.0	0.0	20.0	31.4	48.6	35
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0.0	0.0	10.8	45.9	43.2	37
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0.0	0.0	8.1	45.9	45.9	37
Å frigjøre tid for fastleger	0.0	10.8	21.6	37.8	29.7	37
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0.0	0.0	18.9	51.4	29.7	37
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0.0	8.1	24.3	43.2	24.3	37
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	8.1	2.7	59.5	16.2	13.5	37
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	13.5	40.5	45.9	37
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	10.8	43.2	45.9	37

Spørsmål 16: Honorarmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0.0	0.0	11.1	48.1	40.7	27
Bedre helse blant enkeltpasienter	0.0	0.0	14.8	37.0	48.1	27
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0.0	0.0	37.0	40.7	22.2	27
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0.0	0.0	11.1	33.3	55.6	27
Større tilfredshet blant pårørende	0.0	0.0	20.0	28.0	52.0	25
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0.0	0.0	11.1	59.3	29.6	27
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0.0	0.0	11.1	51.9	37.0	27
Å frigjøre tid for fastleger	0.0	11.1	25.9	33.3	29.6	27
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0.0	0.0	22.2	48.1	29.6	27
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0.0	7.4	29.6	40.7	22.2	27
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	7.4	3.7	55.6	18.5	14.8	27
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	18.5	44.4	37.0	27
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	14.8	51.9	33.3	27

Spørsmål 16: Driftstilskuddsmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0.0	10.0	0.0	20.0	70.0	10
Bedre helse blant enkeltpasienter	0.0	0.0	10.0	30.0	60.0	10
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0.0	0.0	0.0	20.0	80.0	10
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0.0	0.0	0.0	10.0	90.0	10
Større tilfredshet blant pårørende	0.0	0.0	20.0	40.0	40.0	10
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0.0	0.0	10.0	10.0	80.0	10
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0.0	0.0	0.0	30.0	70.0	10
Å frigjøre tid for fastleger	0.0	10.0	10.0	50.0	30.0	10
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0.0	0.0	10.0	60.0	30.0	10
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0.0	10.0	10.0	50.0	30.0	10
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	10.0	0.0	70.0	10.0	10.0	10
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	0.0	30.0	70.0	10
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0.0	0.0	0.0	20.0	80.0	10

Smittevern

17. I hvilken grad har følgende yrkesgrupper på legekontoret utarbeidet rutiner for smittevern i forbindelse med det pågående koronautbruddet? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 17: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	5,6	36,1	55,6	2,8	36
Sykepleierne	0,0	2,7	10,8	24,3	59,5	2,7	37
Helsesekretærene	2,8	11,1	19,4	30,6	33,3	2,8	36
Andre ansatte	0,0	3,0	9,1	33,3	24,2	30,3	33

Spørsmål 17: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	7,7	38,5	50,0	3,8	26
Sykepleierne	0,0	3,7	7,4	22,2	63,0	3,7	27
Helsesekretærene	3,8	11,5	19,2	30,8	30,8	3,8	26
Andre ansatte	0,0	4,0	12,0	32,0	24,0	28,0	25

Spørsmål 17: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	0,0	30,0	70,0	0,0	10
Sykepleierne	0,0	0,0	20,0	30,0	50,0	0,0	10
Helsesekretærene	0,0	10,0	20,0	30,0	40,0	0,0	10
Andre ansatte	0,0	0,0	0,0	37,5	25,0	37,5	8

Arbeidstilfredshet

18. I hvilken grad er du fornøyd med følgende? *Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ansvaret du er tildelt	2,2 (0,9)	2,0 (0,9)	2,6 (0,7)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	2,0 (1,0)	1,9 (1,0)	2,3 (0,8)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	1,8 (1,1)	1,8 (1,1)	1,9 (1,2)
Kollegene dine og øvrige ansatte	2,3 (0,9)	2,2 (1,0)	2,4 (0,8)
Muligheten til å bruke dine evner	2,1 (1,0)	2,1 (0,9)	2,1 (1,2)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	2,3 (0,9)	2,2 (1,0)	2,4 (1,0)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1,9 (1,1)	2,0 (0,9)	1,8 (1,5)
Arbeidsmengden din	1,5 (1,3)	1,6 (1,2)	1,5 (1,7)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	0,4 (1,6)	0,5 (1,6)	0,0 (1,5)
Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	2,1 (0,9)	2,1 (0,9)	2,0 (1,2)
N	**39**	**29**	**10**

19. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

- 5 personer har svart på dette spørsmålet.

Generell tilbakemelding:

- Godt tilbud til pasientene, får positive tilbakemeldinger.
- Mye etterarbeid knyttet til å skrive søknader og skaffe riktig tilbud til pasientene.
- Periodevis lite arbeid for sykepleier.
- Opplever forventninger fra ledelse om å jobbe på lab og sentralbord som kan gi fokus bort fra PHT.

Arbeidshverdag og tidsbruk

20. Hvor mange pasienter møter du i løpet av en gjennomsnittlig dag? Her tenker vi ikke på pasientkontakt ved skranken. Kun nye i PHT. *Prosentvis fordeling.*

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

21. Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per pasient? Kun nye i PHT.

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

22. Hvor mange timer jobber du totalt i løpet av en gjennomsnittlig uke? Kun nye i PHT.

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

1. Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver? Kun nye i PHT.

23. *Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.*

24. Tenk på tiden før koronautbruddet begynte. Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam fulgte opp en pasient i minimum 15 minutter før eller etter konsultasjon hos lege samme dag? Kun original PHT. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Originale PHT (honorarmodellen)	Original PHT (driftstilskuddsmodell)
Ingen	12,5	0,0	44,4
1-2	21,9	17,4	33,3
3-5	12,5	17,4	0,0
6-10	34,4	47,8	0,0
11-20	0,0	0,0	0,0
Mer enn 20	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	18,8	17,4	22,2
N	**32**	**23**	**9**

25. Tenk på tiden før koronautbruddet begynte. Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam gjorde hjemmebesøk sammen med behandlende lege? Kun original PHT. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Originale PHT (honorarmodellen)	Original PHT (driftstilskuddsmodell)
Ingen	43,8	30,4	77,8
1-2	31,3	43,5	0,0
3-4	0,0	0,0	0,0
5-7	6,3	8,7	0,0
8-10	0,0	0,0	0,0
Mer enn 10	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	18,8	17,4	22,2
N	**32**	**23**	**9**

26. Tenk på tiden før koronautbruddet begynte. Hvor mange ganger per uke vil du anslå at du som sykepleier i primærhelseteam deltok i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter? Kun original PHT. *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Originale PHT (honorarmodellen)	Original PHT (driftstilskuddsmodell)
Ingen	28,1	30,4	22,2
1-2	34,4	34,8	33,3
3-4	9,4	4,3	22,2
5-7	6,3	8,7	0,0
8-10	0,0	0,0	0,0
Mer enn 10	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	21,9	21,7	22,2
N	**32**	**23**	**9**

Din bakgrunn og erfaring

27. Ved hvilket fastlegekontor er du ansatt?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

28. Hvor lenge har du jobbet ved ditt nåværende fastlegekontor? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Mindre enn 1 år	31,6	35,7	20,0
1-2 år	34,2	35,7	30,0
3-4 år	13,2	17,9	0,0
5 år eller mer	21,1	10,7	50,0
N	**38**	**28**	**10**

29. I hvilken kommune jobber du?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

30. Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
50 - 54 %	0,0	0,0	0,0
55 - 59 %	0,0	0,0	0,0
60 - 64 %	5,6	6,9	0,0
65 - 69 %	0,0	0,0	0,0
70 - 74 %	5,6	6,9	0,0
75 - 79 %	0,0	0,0	0,0
80 - 84 %	25,0	20,7	42,9
85 - 89 %	2,8	3,4	0,0
90 - 94 %	11,1	13,8	0,0
95 - 100 %	44,4	41,4	57,1
Over 100 %	5,6	6,9	0,0
N	**36**	**29**	**7**

2. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

C.4 Spørreundersøkelse blant helsesekretærer

Samarbeid på fastlegekontoret

1. I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	0,0	0,0	0,0
I noen grad	11,4	14,7	0,0
I stor grad	61,4	61,8	60,0
I svært stor grad	22,7	17,6	40,0
Vet ikke	4,5	5,9	0,0
N	**44**	**34**	**10**

2. I hvilken grad opplever du at sykepleier og helsesekretær i primærhelseteam ved ditt legekontor utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0
I liten grad	6,8	5,9	10,0
I noen grad	38,6	47,1	10,0
I stor grad	34,1	26,5	60,0
I svært stor grad	15,9	14,7	20,0
Vet ikke	4,5	5,9	0,0
N	**44**	**34**	**10**

3. I hvilken grad opplever du at dere arbeider som et team på legekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	8,6	8,8	10,0	7,1
I noen grad	32,8	47,1	20,0	7,1
I stor grad	20,7	17,6	40,0	14,3
I svært stor grad	34,5	20,6	30,0	71,4
Vet ikke	3,4	5,9	0,0	0,0
N	**58**	**34**	**10**	**14**

4. Har du øvrige kommentarer til teamarbeid i primærhelseteam?

- 6 personer svarte på spørsmålet.

Generell tilbakemelding:

- Helsesekretær er lite involvert flere steder.
- Dumt at de ikke kan bruke samme takstsystemet.

Oppfølging av pasienter på fastlegekontoret

5. I hvilken grad opplever du at fastlegene på legekontoret har listeinnbyggere som er «svake etterspørrere», dvs. at de ikke selv etterspør helsehjelp som de har behov for? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell	Kontroll
Ikke i det hele tatt	0,0	0,0	0,0	0,0
I liten grad	22,4	20,6	0,0	42,9
I noen grad	46,6	41,2	70,0	42,9
I stor grad	10,3	11,8	20,0	0,0
I svært stor grad	0,0	0,0	0,0	0,0
Vet ikke	20,7	26,5	10,0	14,3
N	**58**	**34**	**10**	**14**

6. I hvilken grad opplever du at dere på fastlegekontoret klarer å fange opp og tilby helsehjelp til listeinnbyggere som er «svake etterspørrere»? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell	Kontroll
Ikke i det hele tatt	1,7	0,0	10,0	0,0
I liten grad	3,4	2,9	0,0	7,1
I noen grad	50,0	44,1	60,0	57,1
I stor grad	20,7	26,5	20,0	7,1
I svært stor grad	3,4	2,9	10,0	0,0
Vet ikke	20,7	23,5	0,0	28,6
N	**58**	**34**	**10**	**14**

7. I hvilken grad opplever du at primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging for pasienter/brukere i følgende grupper? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 0: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	2,4	28,6	38,1	19,0	11,9	42
Personer med diabetes	0,0	0,0	7,1	57,1	28,6	7,1	42
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	7,1	33,3	28,6	14,3	16,7	42
Personer med psykiske lidelser	2,3	14,0	32,6	39,5	4,7	7,0	43
Personer med rusavhengighet	4,7	23,3	37,2	20,9	2,3	11,6	43
Personer med utviklingshemming	4,7	16,3	37,2	16,3	9,3	16,3	43
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	4,8	9,5	38,1	19,0	9,5	19,0	42
Skrøpelige eldre	0,0	2,4	31,0	38,1	21,4	7,1	42
Personer med andre store og sammensatte behov	2,4	4,8	38,1	31,0	7,1	16,7	42
Personer som er «svake etterspørrere»	4,8	4,8	50,0	14,3	4,8	21,4	42
Andre	2,5	2,5	35,0	7,5	7,5	45,0	40

Spørsmål 0: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	3,1	28,1	40,6	12,5	15,6	32
Personer med diabetes	0,0	0,0	6,3	62,5	21,9	9,4	32
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	9,4	31,3	28,1	9,4	21,9	32
Personer med psykiske lidelser	3,0	18,2	21,2	42,4	6,1	9,1	33
Personer med rusavhengighet	6,1	27,3	27,3	21,2	3,0	15,2	33
Personer med utviklingshemming	6,1	15,2	30,3	15,2	12,1	21,2	33
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	6,3	6,3	28,1	21,9	12,5	25,0	32
Skrøpelige eldre	0,0	3,1	28,1	37,5	21,9	9,4	32
Personer med andre store og sammensatte behov	3,1	6,3	25,0	34,4	9,4	21,9	32
Personer som er «svake etterspørrere»	3,1	6,3	43,8	12,5	6,3	28,1	32
Andre	0,0	3,1	25,0	9,4	9,4	53,1	32

Spørsmål 0: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kols	0,0	0,0	30,0	30,0	40,0	0,0	10
Personer med diabetes	0,0	0,0	10,0	40,0	50,0	0,0	10
Personer med hjertesvikt/ hjertesykdom	0,0	0,0	40,0	30,0	30,0	0,0	10
Personer med psykiske lidelser	0,0	0,0	70,0	30,0	0,0	0,0	10
Personer med rusavhengighet	0,0	10,0	70,0	20,0	0,0	0,0	10
Personer med utviklingshemming	0,0	20,0	60,0	20,0	0,0	0,0	10
Personer med fysiske funksjonsnedsettelser	0,0	20,0	70,0	10,0	0,0	0,0	10
Skrøpelige eldre	0,0	0,0	40,0	40,0	20,0	0,0	10
Personer med andre store og sammensatte behov	0,0	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0	10
Personer som er «svake etterspørrere»	10,0	0,0	70,0	20,0	0,0	0,0	10
Andre	12,5	0,0	75,0	0,0	0,0	12,5	8

Påstander om primærhelseteam

8. Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam. Primærhelseteam bidrar til: *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 16: Alle

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	2,4	28,6	35,7	33,3	42
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	16,3	44,2	39,5	43
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	30,2	46,5	23,3	43
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	23,3	34,9	41,9	43
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	34,9	30,2	34,9	43
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0,0	2,3	46,5	39,5	11,6	43
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	4,7	18,6	37,2	39,5	43
Å frigjøre tid for fastleger	2,3	2,3	27,9	25,6	41,9	43
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	2,3	41,9	30,2	25,6	43
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	2,3	41,9	37,2	18,6	43
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	4,7	16,3	37,2	25,6	16,3	43
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	25,6	34,9	39,5	43
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	33,3	26,2	40,5	42

Spørsmål 16: Honorarmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	3,1	34,4	34,4	28,1	32
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	21,2	42,4	36,4	33
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	36,4	42,4	21,2	33
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	30,3	30,3	39,4	33
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	33
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0,0	3,0	51,5	42,4	3,0	33
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	6,1	21,2	36,4	36,4	33
Å frigjøre tid for fastleger	3,0	3,0	24,2	30,3	39,4	33
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	3,0	45,5	27,3	24,2	33
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	3,0	45,5	36,4	15,2	33
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	6,1	15,2	39,4	30,3	9,1	33
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	30,3	27,3	42,4	33
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	37,5	18,8	43,8	32

Spørsmål 16: Driftstilskuddsmodellen

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	N
En riktigere vurdering av enkeltpasienters behov for helsehjelp	0,0	0,0	10,0	40,0	50,0	10
Bedre helse blant enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	10
Økt medvirkning i beslutninger om egen behandling blant enkeltpasienter	0,0	0,0	10,0	60,0	30,0	10
Større tilfredshet blant enkeltpasienter	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	10
Større tilfredshet blant pårørende	0,0	0,0	40,0	20,0	40,0	10
At vi i større grad identifisere enkeltpasienter som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»)	0,0	0,0	30,0	30,0	40,0	10
Kunnskapsdeling på tvers av profesjoner på legekontoret	0,0	0,0	10,0	40,0	50,0	10
Å frigjøre tid for fastleger	0,0	0,0	40,0	10,0	50,0	10
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listeinnbyggere med store og sammensatte behov	0,0	0,0	30,0	40,0	30,0	10
Økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for øvrige listepasienter	0,0	0,0	30,0	40,0	30,0	10
Kortere ventetider til fastlegetjenesten	0,0	20,0	30,0	10,0	40,0	10
Bedre opplæring av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	10,0	60,0	30,0	10
Bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov	0,0	0,0	20,0	50,0	30,0	10

Proaktivitet

9. I hvilken grad opplever du at de ulike medarbeiderne i det enkelte primærhelseteam på ditt legekontor arbeider mer proaktivt med listeinnbyggere med store og sammensatte behov etter at forsøket startet opp? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 10: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke re-levant	N
Fastlegene	0,0	1,8	30,9	36,4	12,7	18,2	0,0	55
Sykepleierne	0,0	0,0	26,4	35,8	15,1	20,8	1,9	53
Helsesekretærene	3,5	19,3	26,3	21,1	8,8	19,3	1,8	57

Spørsmål 10: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke re-levant	N
Fastlegene	0,0	3,0	36,4	36,4	3,0	21,2	0,0	33
Sykepleierne	0,0	0,0	30,3	39,4	6,1	24,2	0,0	33
Helsesekretærene	6,1	18,2	33,3	18,2	3,0	21,2	0,0	33

Spørsmål 10: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke re-levant	N
Fastlegene	0,0	0,0	30,0	40,0	20,0	10,0	0,0	10
Sykepleierne	0,0	0,0	20,0	30,0	50,0	0,0	0,0	10
Helsesekretærene	0,0	30,0	30,0	10,0	20,0	10,0	0,0	10

Spørsmål 10: Kontrollgruppe

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Ikke re-levant	N
Fastlegene	0,0	0,0	16,7	33,3	33,3	16,7	0,0	12
Sykepleierne	0,0	0,0	20,0	30,0	10,0	30,0	10,0	10
Helsesekretærene	0,0	14,3	7,1	35,7	14,3	21,4	7,1	14

Arbeidstilfredshet

10. I hvilken grad er du fornøyd med følgende? *Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell	Kontroll
Ansvaret du er tildelt	1,4 (1,3)	1,0 (1,2)	1,6 (1,4)	2,1 (1,1)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	1,7 (1,4)	1,5 (1,4)	1,7 (1,4)	2,1 (1,3)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	0,9 (1,5)	0,6 (1,5)	1,0 (1,6)	1,6 (1,6)
Kollegene dine og øvrige ansatte	1,8 (1,3)	1,6 (1,5)	1,9 (1,0)	2,5 (0,7)
Muligheten til å bruke dine evner	1,4 (1,4)	1,1 (1,5)	1,8 (1,2)	2,0 (1,0)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	1,1 (1,4)	0,6 (1,5)	1,6 (1,1)	1,7 (1,0)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1,4 (1,3)	1,2 (1,4)	1,3 (1,2)	2,1 (1,0)
Arbeidsmengden din	1,1 (1,5)	0,8 (1,5)	1,3 (1,3)	1,6 (1,4)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	-0,3 (1,6)	-0,5 (1,6)	0,3 (1,4)	-0,1 (1,6)
Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	1,8 (1,1)	1,6 (1,2)	2,1 (1,0)	2,3 (1,0)
N	**58**	**34**	**10**	**14**

11. Har du (øvrige) kommentarer til forsøket med primærhelseteam?

Generell tilbakemelding:

Smittevern

12. I hvilken grad har følgende yrkesgrupper på legekontoret utarbeidet rutiner for smittevern i forbindelse med det pågående koronautbruddet? *Prosentvis fordeling.*

Spørsmål 17: Alle

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	10,9	30,9	56,4	1,8	55
Sykepleierne	0,0	4,1	8,2	28,6	51,0	8,2	49
Helsesekretærene	0,0	5,3	14,0	26,3	52,6	1,8	57
Andre ansatte	0,0	0,0	11,4	29,5	34,1	25,0	44

Spørsmål 17: Honorarmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	15,6	37,5	43,8	3,1	32
Sykepleierne	0,0	6,5	12,9	32,3	35,5	12,9	31
Helsesekretærene	0,0	6,1	24,2	27,3	39,4	3,0	33
Andre ansatte	0,0	0,0	13,8	31,0	27,6	27,6	29

Spørsmål 17: Driftstilskuddsmodellen

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	0,0	10
Sykepleierne	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	0,0	10
Helsesekretærene	0,0	10,0	0,0	20,0	70,0	0,0	10
Andre ansatte	0,0	0,0	12,5	12,5	50,0	25,0	8

Spørsmål 17: Kontrollgruppe

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegene	0,0	0,0	7,7	23,1	69,2	0,0	13
Sykepleierne	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	0,0	8
Helsesekretærene	0,0	0,0	0,0	28,6	71,4	0,0	14
Andre ansatte	0,0	0,0	0,0	42,9	42,9	14,3	7

Din bakgrunn og erfaring

13. Ved hvilket fastlegekontor er du ansatt?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

14. I hvilken kommune jobber du?

Svarfordeling ikke oppgitt av personvernhensyn.

15. Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret? *Prosentvis fordeling.*

	Alle	Honorarmodellen	Driftstilskuddsmodell	Kontroll
Mindre enn 50 %	15,5	17,6	30,0	0,0
50 - 54 %	8,6	8,8	0,0	14,3
55 - 59 %	0,0	0,0	0,0	0,0
60 - 64 %	12,1	8,8	30,0	7,1
65 - 69 %	0,0	0,0	0,0	0,0
70 - 74 %	3,4	0,0	0,0	14,3
75 - 79 %	3,4	0,0	0,0	14,3
80 - 84 %	19,0	17,6	20,0	21,4
85 - 89 %	1,7	0,0	10,0	0,0
90 - 94 %	1,7	2,9	0,0	0,0
95 - 100 %	34,5	44,1	10,0	28,6
Over 100 %	0,0	0,0	0,0	0,0
N	58	34	10	14,0

16. Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

C.5 Kompletterende materiale til kapittel 6

Tabell C.5-1 Listeinnbyggernes fornøydhet med ventetid for å få time

	Gjennomsnittlig score	Standardavvik	Antall observa-sjoner	P-verdi
Alle	70,1	30,1	6851	
Type legekontor				0,000
Honorarmodellen	72,3	28,9	2826	
Driftstilskuddsmodellen	63,2	31,9	749	
Nye PHT-legekontor	69,4	30,7	1053	
Kontrollgruppe, privat	70,0	30,3	1992	
Kontrollgruppe, kommunal	69,4	30,4	301	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018				
Kjønn				0,049
Kvinne	69,4	30,0	1974	
Mann	71,4	29,4	1521	
Alder				0,000
18-34 år	61,9	30,1	330	
35-54 år	64,1	31,9	952	
55-69 år	72,1	29,0	944	
70+ år	75,6	27,3	1349	
Langvarig sykdom/helseproblemer				0,040
Ja	69,3	29,9	2155	
Nei	71,5	29,5	1218	
Egenvurdert helse				0,022
Svært dårlig	61,4	34,3	22	
Dårlig	67,7	29,7	281	
Verken god eller dårlig	68,3	30,8	775	
God	71,5	28,9	1643	
Svært god	71,5	30,0	742	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder				0,153
1 gang	71,0	29,3	485	
2-5 ganger	70,7	29,2	2137	
6-12 ganger	68,4	31,7	759	
13 eller flere ganger	73,0	28,8	194	
Antall år hos nåværende fastlege				0,000
Mindre enn 1 år	63,6	31,7	545	
1-5 år	66,8	30,9	2280	
6-10 år	71,1	29,8	1594	
11 eller flere år	74,6	28,1	2155	
Kontakt med sykepleier/helsesekretær				0,012
Ja	71,7	30,0	1608	
Nei	69,2	29,4	1852	
Oppfølging av PHT				0,002
Ja	74,4	28,9	494	
Nei	69,0	30,3	5208	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? ..Ventetid for å få time». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-2 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med ventetid for å få time

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	-1.061	-0.709	0.109	0.0152	1.585
	(1.784)	(1.729)	(2.601)	(2.013)	(2.388)
Honorarmodellen * 2020	-3.299	-2.740	-3.502	-2.435	-6.390
	(2.632)	(2.518)	(3.557)	(2.855)	(3.392)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	2.005	2.097	-1.133	1.983	1.950
	(3.635)	(3.491)	(5.365)	(4.038)	(4.604)
Alder					
35-54		7.283**		8.768**	7.726**
		(1.492)		(2.059)	(2.299)
55-69		19.34**		20.41**	21.38**
		(1.531)		(2.069)	(2.357)
70+		25.64**	0	27.08**	26.21**
		(1.504)	(.)	(2.043)	(2.334)
Kvinne		-1.733*	-1.463	-2.818**	-2.630*
		(0.829)	(1.395)	(1.040)	(1.263)
Har langvarige helseplager=1		-4.257**	-3.899*	0	-4.624**
		(0.931)	(1.653)	(.)	(1.477)
Egenvurdert helse					
Dårlig		4.452	6.103	5.097	0.0704
		(4.596)	(8.002)	(4.728)	(6.062)
Verken dårlig eller god		6.169	13.09	7.202	4.076
		(4.470)	(7.784)	(4.613)	(5.904)
God		11.29*	16.26*	12.50**	7.132
		(4.443)	(7.754)	(4.592)	(5.865)
Svært god		16.67**	24.96**	15.22**	11.60
		(4.521)	(7.957)	(4.772)	(6.019)
Vet ikke		8.000	0.962	11.81	6.581
		(7.099)	(13.81)	(8.036)	(9.787)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		1.946	0.643	0.130	1.084
		(1.202)	(2.328)	(1.895)	(2.200)
6-12 ganger		5.890**	4.296	4.550*	4.653
		(1.446)	(2.713)	(2.048)	(2.417)
13 eller flere ganger		13.20**	13.32**	11.99**	10.41**
		(2.190)	(4.169)	(2.698)	(3.222)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		2.403	1.517	4.394*	3.728
		(1.512)	(2.685)	(1.880)	(2.248)
6-10 år		5.228**	3.659	6.968**	8.093**
		(1.661)	(2.859)	(2.069)	(2.482)
11 eller flere år		7.613**	6.762*	9.510**	8.541**
		(1.660)	(2.825)	(2.044)	(2.445)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		1.623	0.583	8.693	-0.934
		(3.679)	(6.783)	(5.135)	(5.941)
Konstantledd	56.01**	24.49**	49.53**	16.57*	22.75*
	(4.548)	(6.570)	(11.42)	(7.457)	(8.886)
sigma_u					
Konstantledd	8.383**	7.627**	7.304**	7.605**	8.556**
	(0.560)	(0.567)	(1.112)	(0.702)	(0.839)
sigma_e					
Konstantledd	39.61**	38.30**	38.15**	38.66**	39.12**
	(0.350)	(0.351)	(0.649)	(0.442)	(0.540)
Observasjoner	11724	10807	3748	6894	5057
chi2	527.4	1138.9	427.9	813.6	631.5
p	5.12e-88	5.63e-203	5.41e-61	9.92e-137	1.95e-99
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? ..Ventetid for å få time». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-3 I hvilken grad opplever du at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg i oppfølgingen av helsen din?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	7,8	21,5	70,7	7452	
Type legekontor					0,000
Honorarmodellen	7,9	20,3	71,8	3089	
Driftstilskuddsmodellen	11,5	30,3	58,2	792	
Nye PHT-legekontor	6,5	18,3	75,3	1145	
Kontrollgruppe, privat	7,2	20,8	72,0	2122	
Kontrollgruppe, kommunal	6,7	27,4	65,9	314	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018					
Kjønn					0,610
Kvinne	8,9	22,7	68,4	2137	
Mann	8,3	21,9	69,9	1620	
Alder					0,000
18-34 år	9,6	29,8	60,5	332	
35-54 år	11,5	22,8	65,7	992	
55-69 år	9,2	20,0	70,8	1019	
70+ år	6,2	22,0	71,8	1538	
Langvarig sykdom/helseproblemer					0,512
Ja	8,9	22,6	68,6	2305	
Nei	8,2	21,4	70,4	1305	
Egenvurdert helse					0,000
Svært dårlig	8,7	39,1	52,2	23	
Dårlig	14,4	24,8	60,7	298	
Verken god eller dårlig	9,8	26,2	64	835	
God	7,3	20,8	71,9	1786	
Svært god	7,6	20,1	72,3	773	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder					0,000
1 gang	14,3	24,2	61,5	545	
2-5 ganger	8,4	23,5	68,1	2315	
6-12 ganger	6	20,00	74,1	817	
13 eller flere ganger	6,9	13,2	79,9	204	
Antall år hos nåværende fastlege					0,000
Mindre enn 1 år	12,4	31,4	56,1	579	
1-5 år	9	23,2	67,7	2415	
6-10 år	6,1	20	74	1714	
11 eller flere år	6	17,5	76,5	2371	
Kontakt med sykepleier/helsesekretær					0,000
Ja	6,6	21,8	71,6	1727	
Nei	10,5	22,6	66,9	2019	
Oppfølging av PHT					0,000
Ja	4,1	19,2	76,6	531	
Nei	8,4	21,6	70	5561	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «I hvilken grad opplever du at fastlegen tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg i oppfølgingen av helsen din?». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-4 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med sin mulighet til å påvirke den behandlingen de får hos fastlegen

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	2.316	3.253*	5.780*	4.579**	5.360**
	(1.478)	(1.408)	(2.266)	(1.705)	(1.886)
Honorarmodellen * 2020	-3.461	-3.826	-6.126*	-5.180*	-5.754*
	(2.150)	(2.016)	(3.086)	(2.412)	(2.626)
Driftstilskudds-modellen * 2020	1.696	0.632	-4.227	1.047	-3.848
	(2.996)	(2.822)	(4.723)	(3.413)	(3.606)
Alder					
35-54		7.638**		10.07**	8.714**
		(1.254)		(1.722)	(1.850)
55-69		18.04**		19.70**	21.16**
		(1.296)		(1.740)	(1.912)
70+		21.55**	0	23.08**	22.91**
		(1.278)	(.)	(1.723)	(1.897)
Kvinne		0.0514	-0.684	0.334	0.247
		(0.708)	(1.227)	(0.886)	(1.034)
Har langvarige helseplager=1		0.482	2.917*	0	-0.162
		(0.800)	(1.477)	(.)	(1.212)
Egenvurdert helse					
Dårlig		6.408	6.454	5.846	4.851
		(3.765)	(6.789)	(3.888)	(4.639)
Verken dårlig eller god		9.509**	14.53*	9.606*	9.245*
		(3.664)	(6.605)	(3.794)	(4.517)
God		16.87**	23.24**	16.68**	15.02**
		(3.643)	(6.590)	(3.778)	(4.486)
Svært god		24.36**	35.68**	23.30**	22.50**
		(3.716)	(6.803)	(3.948)	(4.628)
Vet ikke		9.454	22.98*	12.36	12.57
		(6.044)	(11.65)	(6.854)	(8.324)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		4.722**	4.826*	5.296**	4.465*
		(1.050)	(2.108)	(1.616)	(1.822)
6-12 ganger		8.507**	7.745**	9.187**	8.814**
		(1.237)	(2.396)	(1.737)	(1.982)
13 eller flere ganger		14.29**	7.580*	16.07**	14.88**
		(1.840)	(3.589)	(2.279)	(2.602)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		2.240	1.475	2.995	1.458
		(1.290)	(2.372)	(1.608)	(1.844)
6-10 år		5.143**	4.767	5.625**	3.618
		(1.410)	(2.499)	(1.766)	(2.029)
11 eller flere år		7.476**	7.146**	9.510**	5.477**
		(1.400)	(2.459)	(1.740)	(1.984)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		1.372	3.361	3.006	-3.017
		(3.313)	(6.625)	(4.479)	(5.257)
Konstantledd	77.22**	36.52**	53.62**	34.49**	36.47**
	(3.775)	(5.381)	(9.750)	(6.247)	(6.925)
sigma_u					
Konstantledd	6.455**	5.651**	6.079**	6.314**	5.932**
	(0.485)	(0.490)	(1.019)	(0.615)	(0.722)
sigma_e					
Konstantledd	32.33**	30.82**	31.01**	31.25**	30.48**

	(0.311)	(0.307)	(0.590)	(0.387)	(0.450)
Observasjoner	10408	9637	3221	6315	4579
chi2	147.7	837.3	269.5	569.2	472.1
p	3.67e-15	5.99e-141	1.77e-31	1.32e-87	4.18e-68
Kontrollerer for pasientkjenne-tegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? ..Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-5 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder mulighet til å påvirke behandlingen deres

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig syk-dom/helseplager**	**Kontakt med syke-pleier/helsesekre-tær**
År 2020	-0.0604	0.0604	0.179	0.192	0.388
	(0.400)	(0.374)	(0.490)	(0.458)	(0.484)
Honorarmodellen * 2020	-0.409	-0.240	-0.258	-0.584	-0.583
	(0.584)	(0.533)	(0.659)	(0.646)	(0.665)
Driftstilskuddsmo-dellen * 2020	-0.153	-0.371	0.0594	0.0294	-0.938
	(0.820)	(0.757)	(1.021)	(0.929)	(0.927)
Alder					
35-54		2.695**		3.532**	2.557**
		(0.359)		(0.499)	(0.517)
55-69		5.059**		6.170**	5.291**
		(0.364)		(0.498)	(0.524)
70+		6.262**	0	7.481**	5.965**
		(0.355)	(.)	(0.488)	(0.517)
Kvinne		-0.662**	-0.867**	-0.848**	-0.840**
		(0.188)	(0.270)	(0.239)	(0.268)
Har langvarige hel-seplager=1		-1.383**	-0.816*	0	-1.681**
		(0.212)	(0.320)	(.)	(0.316)
Egenvurdert helse					
Dårlig		1.425	1.281	1.747	1.423
		(1.011)	(1.446)	(1.067)	(1.220)
Verken dårlig eller god		3.530**	4.692**	3.880**	4.003**
		(0.981)	(1.396)	(1.038)	(1.182)
God		5.993**	6.602**	6.288**	5.801**
		(0.974)	(1.389)	(1.032)	(1.173)
Svært god		8.211**	7.995**	8.724**	7.558**
		(0.993)	(1.429)	(1.075)	(1.207)
Vet ikke		3.184*	6.508**	4.067*	4.106
		(1.599)	(2.518)	(1.778)	(2.137)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		1.436**	1.317**	1.754**	1.244**
		(0.277)	(0.454)	(0.428)	(0.475)
6-12 ganger		3.012**	2.253**	3.451**	3.109**
		(0.330)	(0.526)	(0.463)	(0.518)
13 eller flere ganger		3.831**	2.922**	4.315**	3.842**
		(0.493)	(0.790)	(0.611)	(0.682)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		1.194**	0.391	1.184**	1.080*
		(0.355)	(0.536)	(0.447)	(0.491)
6-10 år		2.495**	1.637**	2.474**	2.624**
		(0.384)	(0.562)	(0.486)	(0.534)
11 eller flere år		3.314**	2.433**	3.466**	2.870**
		(0.381)	(0.554)	(0.479)	(0.525)

Vet ikke / ønsker ikke oppgi		-1.612	-1.011	-1.101	-2.066
		(0.844)	(1.300)	(1.137)	(1.266)
Konstantledd	23.26**	11.16**	20.16**	8.723**	11.95**
	(1.042)	(1.452)	(2.136)	(1.707)	(1.828)
sigma_u					
Konstantledd	1.787**	1.470**	1.160**	1.654**	1.366**
	(0.133)	(0.139)	(0.261)	(0.177)	(0.220)
sigma_e					
Konstantledd	9.830**	9.404**	8.345**	9.693**	9.064**
	(0.0641)	(0.0641)	(0.0971)	(0.0824)	(0.0923)
Observasjoner	12112	11110	4020	7263	5149
chi2	195.8	1340.7	429.1	912.0	692.8
p	1.73e-23	5.73e-245	3.24e-61	7.85e-157	1.02e-111
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder mulighet for å påvirke behandlingen din?». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-6 Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	6,8	27,7	65,5	7242	
Type legekontor					0,000
Honorarmodellen	6,0	27,8	66,2	2998	
Driftstilskuddsmodellen	11,6	35,4	52,9	773	
Nye PHT-legekontor	6,7	24,3	69,0	1120	
Kontrollgruppe, privat	6,5	26,3	67,2	2044	
Kontrollgruppe, kommunal	5,5	29,6	64,8	307	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018					
Kjønn					0,000
Kvinne	7,7	31,7	60,5	2093	
Mann	6,4	26,0	67,6	1601	
Alder					0,000
18-34 år	13,0	42,9	44,1	315	
35-54 år	10,8	32,9	56,3	927	
55-69 år	7,5	26,4	66,1	986	
70+ år	3,6	26,3	70,1	1543	
Langvarig sykdom/helseproblemer					0,000
Ja	8,6	31,7	59,7	2303	
Nei	4,6	24,8	70,5	1249	
Egenvurdert helse					0,000
Svært dårlig	16,7	25,0	58,3	24	
Dårlig	16,6	35,5	47,8	301	
Verken god eller dårlig	9,1	36,1	54,8	834	
God	4,9	28,7	66,4	1756	
Svært god	5,4	20,0	74,6	739	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder					0,051
1 gang	10,3	27,0	62,7	496	
2-5 ganger	6,9	28,9	64,2	2262	
6-12 ganger	5,8	31,9	62,4	813	

13 eller flere ganger	8,0	29,5	62,5	200	
Antall år hos nåværende fastlege					0,000
Mindre enn 1 år	12,2	38,2	49,6	557	
1-5 år	8,5	31,5	60,0	2385	
6-10 år	5,6	25,1	69,3	1698	
11 eller flere år	4,0	23,2	72,8	2327	
Kontakt med sykepleier/helsesekretær					0,005
Ja	6,2	27,7	66,1	1670	
Nei	8,0	30,9	61,1	1922	
Oppfølging av PHT					0,009
Ja	5,0	22,6	72,4	540	
Nei	7,4	28,7	64,0	5469	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine? «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-7 Utvikling i listeinnbyggernes oppfatning av hvorvidt fastlegen hjelper dem med å mestre sykdommen eller plagene deres

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	-0.0604	0.0604	0.179	0.192	0.388
	(0.400)	(0.374)	(0.490)	(0.458)	(0.484)
Honorarmodellen * 2020	-0.409	-0.240	-0.258	-0.584	-0.583
	(0.584)	(0.533)	(0.659)	(0.646)	(0.665)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	-0.153	-0.371	0.0594	0.0294	-0.938
	(0.820)	(0.757)	(1.021)	(0.929)	(0.927)
Alder					
35-54		2.695**		3.532**	2.557**
		(0.359)		(0.499)	(0.517)
55-69		5.059**		6.170**	5.291**
		(0.364)		(0.498)	(0.524)
70+		6.262**	0	7.481**	5.965**
		(0.355)	(.)	(0.488)	(0.517)
Kvinne		-0.662**	-0.867**	-0.848**	-0.840**
		(0.188)	(0.270)	(0.239)	(0.268)
Har langvarige helseplager=1		-1.383**	-0.816*	0	-1.681**
		(0.212)	(0.320)	(.)	(0.316)
Egenvurdert helse					
Dårlig		1.425	1.281	1.747	1.423
		(1.011)	(1.446)	(1.067)	(1.220)
Verken dårlig eller god		3.530**	4.692**	3.880**	4.003**
		(0.981)	(1.396)	(1.038)	(1.182)
God		5.993**	6.602**	6.288**	5.801**
		(0.974)	(1.389)	(1.032)	(1.173)
Svært god		8.211**	7.995**	8.724**	7.558**
		(0.993)	(1.429)	(1.075)	(1.207)
Vet ikke		3.184*	6.508**	4.067*	4.106
		(1.599)	(2.518)	(1.778)	(2.137)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		1.436**	1.317**	1.754**	1.244**
		(0.277)	(0.454)	(0.428)	(0.475)
6-12 ganger		3.012**	2.253**	3.451**	3.109**
		(0.330)	(0.526)	(0.463)	(0.518)

13 eller flere ganger		3.831**	2.922**	4.315**	3.842**
		(0.493)	(0.790)	(0.611)	(0.682)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		1.194**	0.391	1.184**	1.080*
		(0.355)	(0.536)	(0.447)	(0.491)
6-10 år		2.495**	1.637**	2.474**	2.624**
		(0.384)	(0.562)	(0.486)	(0.534)
11 eller flere år		3.314**	2.433**	3.466**	2.870**
		(0.381)	(0.554)	(0.479)	(0.525)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		-1.612	-1.011	-1.101	-2.066
		(0.844)	(1.300)	(1.137)	(1.266)
Konstantledd	23.26**	11.16**	20.16**	8.723**	11.95**
	(1.042)	(1.452)	(2.136)	(1.707)	(1.828)
sigma_u					
Konstantledd	1.787**	1.470**	1.160**	1.654**	1.366**
	(0.133)	(0.139)	(0.261)	(0.177)	(0.220)
sigma_e					
Konstantledd	9.830**	9.404**	8.345**	9.693**	9.064**
	(0.0641)	(0.0641)	(0.0971)	(0.0824)	(0.0923)
Observasjoner	12112	11110	4020	7263	5149
chi2	195.8	1340.7	429.1	912.0	692.8
p	1.73e-23	5.73e-245	3.24e-61	7.85e-157	1.02e-111
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg å mestre sykdommen din eller plagene dine?». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-8 I hvilken grad opplever du at fastlege og sykepleier/helsesekretær utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte?

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Observasjoner	P-verdi
Alle	4,8	25,1	70,1	3041	
Type legekontor					0,007
Honorarmodellen	4,4	24,0	71,6	1227	
Driftstilskuddsmodellen	7,5	30,7	61,7	358	
Nye PHT-legekontor	4,8	23,1	72,1	463	
Kontrollgruppe, privat	4,3	24,0	71,7	851	
Kontrollgruppe, kommunal	4,9	32,4	62,7	142	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018					
Kjønn					0,177
Kvinne	5,9	25,9	68,2	862	
Mann	4,0	24,4	71,5	667	
Alder					0,000
18-34 år	8,0	40,2	51,8	112	
35-54 år	8,4	26,1	65,5	394	
55-69 år	5,2	19,9	74,9	423	
70+ år	2,6	26,4	71,0	656	
Langvarig sykdom/helseproblemer					0,007
Ja	5,6	27,0	67,4	1049	
Nei	4,1	20,0	75,8	414	
Egenvurdert helse					0,000
Svært dårlig	18,8	31,2	50,0	16	
Dårlig	9,2	29,6	61,2	152	

Verken god eller dårlig	5,3	31,8	62,8	374	
God	4,1	22,7	73,2	710	
Svært god	4,2	20,3	75,5	261	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder					0,330
1 gang	4,0	17,7	78,2	124	
2-5 ganger	5,5	27,0	67,5	896	
6-12 ganger	4,9	25,6	69,5	446	
13 eller flere ganger	4,2	22,7	73,1	119	
Antall år hos nåværende fastlege					0,002
Mindre enn 1 år	8,9	33,0	58,0	224	
1-5 år	5,2	27,1	67,6	1029	
6-10 år	4,7	20,9	74,4	676	
11 eller flere år	3,3	22,0	74,7	960	
Oppfølging av PHT					0,050
Ja	3,0	22,4	74,6	335	
Nei	5,5	24,1	70,5	2095	

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd er du med de følgende forholdene? …ventetid for å få time». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. Kjikvadrattesten er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-9 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie/hjemmetjeneste

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	-3.004	0.373	-1.239	-1.568	6.110
	(3.697)	(3.812)	(5.976)	(4.823)	(5.154)
Honorarmodellen * 2020	-4.917	-5.209	-5.135	-2.242	-7.991
	(5.015)	(5.060)	(7.794)	(6.371)	(6.832)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	-1.509	-2.283	-8.557	5.419	-4.810
	(6.720)	(6.814)	(11.45)	(8.469)	(9.234)
Alder					
35-54		11.13**		13.43*	15.38**
		(3.967)		(5.804)	(5.252)
55-69		21.65**		25.49**	28.64**
		(4.109)		(5.812)	(5.480)
70+		23.80**	0	28.09**	25.58**
		(3.901)	(.)	(5.583)	(5.293)
Kvinne		0.916	4.035	0.289	1.967
		(2.095)	(3.632)	(2.644)	(2.841)
Har langvarige helseplager=1		1.283	8.019	0	-2.127
		(2.617)	(4.796)	(.)	(3.716)
Egenvurdert helse					

Dårlig		12.19	26.91**	12.62	13.49
		(6.384)	(9.896)	(6.808)	(8.261)
Verken dårlig eller god		15.46*	32.16**	15.94*	16.52*
		(6.153)	(9.594)	(6.619)	(7.915)
God		21.47**	41.25**	22.94**	21.42**
		(6.175)	(9.759)	(6.705)	(7.959)
Svært god		24.36**	52.08**	25.71**	24.34**
		(6.709)	(11.54)	(8.069)	(8.765)
Vet ikke		15.86	53.80	21.80	38.98
		(16.83)	(35.31)	(19.49)	(26.52)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		7.519*	3.005	4.535	2.099
		(3.434)	(7.017)	(5.355)	(5.138)
6-12 ganger		12.26**	3.615	7.631	11.14*
		(3.919)	(7.562)	(5.639)	(5.585)
13 eller flere ganger		15.43**	3.914	15.00*	18.65**
		(5.049)	(9.787)	(6.668)	(6.920)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		-0.780	2.907	-3.207	-0.908
		(3.467)	(5.744)	(4.398)	(4.834)
6-10 år		5.637	14.91*	6.342	5.626
		(3.880)	(6.156)	(4.905)	(5.384)
11 eller flere år		7.965*	14.15*	8.427	6.844
		(3.781)	(6.112)	(4.770)	(5.267)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		-3.202	36.08*	10.57	-11.05
		(9.057)	(17.65)	(14.67)	(12.99)
Konstantledd	81.39**	30.15*	40.49	27.87	30.22
	(9.472)	(12.45)	(24.82)	(15.26)	(17.18)
sigma_u					
Konstantledd	7.897**	6.439**	4.53e-15	8.786**	7.803**
	(1.704)	(2.050)	(4.903)	(2.502)	(2.987)
sigma_e					
Konstantledd	37.15**	35.98**	38.71**	36.93**	35.36**
	(0.974)	(1.002)	(1.692)	(1.285)	(1.396)
Observasjoner	1688	1496	643	1041	844
chi2	85.06	167.1	85.71	127.9	121.0
p	0.0000119	1.76e-13	0.00168	3.97e-08	0.000000478
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-10 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med samarbeid mellom fastlege og sykehus

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/hel-seplager**	**Kontakt med syke-pleier/hel-sesekretær**
År 2020	0.426	1.009	3.386	0.600	5.697*
	(2.031)	(1.916)	(3.286)	(2.329)	(2.470)
Honorarmodellen * 2020	-3.510	-2.215	-2.933	-2.759	-6.413
	(2.900)	(2.689)	(4.473)	(3.249)	(3.340)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	0.749	2.011	-1.393	3.307	-1.069
	(4.090)	(3.829)	(6.771)	(4.702)	(4.677)
Alder					
35-54		9.532**		10.24**	6.757*
		(1.983)		(2.652)	(2.835)
55-69		22.06**		22.82**	20.95**
		(2.025)		(2.666)	(2.903)
70+		33.20**	0	35.07**	29.55**
		(2.016)	(.)	(2.652)	(2.907)
Kvinne		-0.617	-0.355	-0.991	-1.209
		(1.062)	(1.913)	(1.297)	(1.496)
Har langvarige helseplager=1		-2.541*	2.144	0	-4.689*
		(1.264)	(2.381)	(.)	(1.863)
Egenvurdert helse					
Dårlig		8.668*	2.513	9.501*	9.375
		(4.418)	(7.858)	(4.615)	(5.604)
Verken dårlig eller god		11.77**	12.69	12.63**	15.18**
		(4.278)	(7.595)	(4.484)	(5.428)
God		16.21**	16.67*	17.29**	17.15**
		(4.254)	(7.565)	(4.468)	(5.403)
Svært god		22.52**	29.00**	23.48**	25.11**
		(4.428)	(8.100)	(4.829)	(5.705)
Vet ikke		12.71	13.53	17.89	7.494
		(8.945)	(18.60)	(10.18)	(11.26)
			Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder		
2-5 ganger		3.894*	-2.650	0.120	2.067
		(1.798)	(3.913)	(2.654)	(3.054)
6-12 ganger		5.944**	-2.876	2.919	5.037
		(1.992)	(4.175)	(2.779)	(3.226)
13 eller flere ganger		7.211**	-1.380	4.988	5.386
		(2.627)	(5.388)	(3.345)	(3.876)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		3.068	0.756	1.735	1.150
		(1.927)	(3.477)	(2.341)	(2.713)
6-10 år		8.229**	8.233*	7.829**	4.869
		(2.089)	(3.662)	(2.551)	(2.927)
11 eller flere år		12.03**	14.25**	12.29**	9.138**
		(2.075)	(3.628)	(2.519)	(2.876)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		5.926	12.30	8.373	-2.822
		(4.987)	(9.776)	(6.666)	(8.430)
Konstantledd	85.16**	39.75**	74.58**	40.47**	44.49**
	(5.677)	(7.447)	(14.92)	(8.766)	(9.494)
sigma_u					
Konstantledd	7.540**	6.286**	6.977**	7.406**	4.428**
	(0.712)	(0.729)	(1.651)	(0.874)	(1.364)
sigma_e					
Konstantledd	37.01**	34.63**	35.76**	35.75**	35.17**
	(0.505)	(0.487)	(1.006)	(0.596)	(0.697)
Observasjoner	6200	5705	2044	4088	3017
chi2	151.3	703.7	167.8	518.9	372.3
p	9.20e-16	6.82e-114	2.23e-14	1.09e-77	4.22e-49

Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene? ..Samarbeid mellom fastlege og sykehus». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-11 Listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegen og med sykepleier

	Fornøydhet med fastlege				Fornøydhet med sykepleier			
	Gjennomsnitt-score	Standard-avvik	Observa-sjoner	P-verdi	Gjennom-snittscore	Standard-avvik	Observa-sjoner	P-verdi
Alle	86,6	19,0	6172		84,0	19,5	1794	
Type legekontor				0,000				0,059
Honorarmodellen	86,7	18,8	2540		84,4	19,0	738	
Driftstilskuddsmodellen	81,9	20,8	625		80,7	21,1	230	
Nye PHT-legekontor	88,6	17,7	968		83,9	18,6	256	
Kontrollgruppe, privat	87,1	19,2	1764		84,2	20,4	474	
Kontrollgruppe, kom-munal	86,1	19,3	275		86,9	17,2	96	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018								
Kjønn				0,184				0,042
Kvinne	85,4	20,0	1759		82,4	20,8	517	
Mann	86,3	18,2	1345		85,0	17,8	429	
Alder				0,000				0,000
18-34 år	78,7	22,8	287		77,4	19,4	90	
35-54 år	81,5	21,1	865		77,2	23,3	253	
55-69 år	86,4	19,1	836		86,1	16,8	263	
70+ år	90,2	15,6	1177		87,7	16,9	362	
Langvarig sykdom/helseproblemer				0,100				0,307
Ja	85,2	19,9	1948		83,9	19,6	646	
Nei	86,4	18,3	1057		82,5	18,8	261	
Egenvurdert helse				0,000				0,440
Svært dårlig	77,1	29,4	24		77,2	21,6	9	
Dårlig	81,1	22,8	265		80,6	21,7	105	
Verken god eller dår-lig	82,7	21,6	678		83,8	19,7	233	
God	87,4	17,1	1456		84,1	18,8	440	
Svært god	87,8	18,2	652		83,7	20,2	152	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder				0,429				0,336
1 gang	84,4	20,4	405		83,0	19,3	77	
2-5 ganger	86,0	18,7	1863		82,9	19,5	537	
6-12 ganger	85,7	19,8	713		83,9	20,3	269	
13 eller flere ganger	86,7	20,9	184		86,9	17,1	85	
Antall år hos nåværende fastlege				0,000				0,029
Mindre enn 1 år	80,3	22,6	438		81,9	19,6	130	
1-5 år	84,5	20,6	2020		82,4	19,9	653	
6-10 år	87,8	17,6	1455		85,1	20,4	416	
11 eller flere år	89,4	16,5	2035		85,7	17,8	533	

Merknad: Poengsummen er beregnet på grunnlag av syv underspørsmål. Spørsmålstillingen lød: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens/sykepleiers evne til..?.. Å behandle deg med respekt.. Å lytte.. Å snakke med deg.. Å forklare beslutninger.. Å gi veiledning / råd.. Å følge deg opp.. Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov». Det ble kalkulert en samlet poengsum mellom 0 og 100, der 0 tilsvarer respondenter som har svart «svært misfornøyd» på samtlige spørsmål, mens 100 tilsvarer respondenter som har svart «svært fornøyd» på alle spørsmål. «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA-testen for varians er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-12 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med fastlegens evne til..

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Utvalg:	Alle	Alle	Alle	>70	Langvarig sykdom/helseplager	Kontakt med sykepleier/helsesekretær
Spørsmål						
Å lytte	-0.750**	-0.750**	-0.791**	-0.658**	-0.842**	-0.878**
	(0.0345)	(0.0346)	(0.0364)	(0.0506)	(0.0412)	(0.0531)
Å snakke med deg	-0.687**	-0.687**	-0.729**	-0.570**	-0.714**	-0.748**
	(0.0326)	(0.0327)	(0.0353)	(0.0529)	(0.0424)	(0.0480)

Å forklare beslutninger	-1.058**	-1.057**	-1.104**	-0.975**	-1.157**	-1.187**
	(0.0373)	(0.0373)	(0.0397)	(0.0585)	(0.0468)	(0.0551)
Å gi veiledning/råd	-1.475**	-1.474**	-1.554**	-1.349**	-1.665**	-1.693**
	(0.0420)	(0.0421)	(0.0438)	(0.0636)	(0.0510)	(0.0592)
Å følge deg opp	-2.457**	-2.458**	-2.601**	-1.958**	-2.616**	-2.754**
	(0.0626)	(0.0625)	(0.0644)	(0.0796)	(0.0725)	(0.0783)
Å tilpasse tilbudet til dine behov	-2.042**	-2.040**	-2.151**	-1.692**	-2.247**	-2.311**
	(0.0456)	(0.0456)	(0.0479)	(0.0656)	(0.0541)	(0.0660)
År 2020	0.193	0.237	0.260	-0.0730	0.287	0.777**
	(0.144)	(0.141)	(0.149)	(0.206)	(0.185)	(0.217)
Honorarmodellen * 2020	-0.392	-0.342	-0.301	-0.0984	-0.331	-0.594
	(0.228)	(0.223)	(0.228)	(0.291)	(0.278)	(0.311)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	0.0651	0.0815	0.00798	0.120	0.304	-0.665
	(0.356)	(0.351)	(0.375)	(0.496)	(0.454)	(0.500)
Alder						
35-54		1.136**	1.189**		1.076**	1.422**
		(0.234)	(0.247)		(0.416)	(0.419)
55-69		2.351**	2.460**		2.204**	3.080**
		(0.224)	(0.238)		(0.403)	(0.416)
70+		2.832**	2.984**		3.085**	3.623**
		(0.267)	(0.292)		(0.462)	(0.501)
Kvinne		0.228	0.152	-0.0323	-0.149	0.162
		(0.134)	(0.149)	(0.231)	(0.224)	(0.189)
Har langvarige helseplager=1			0.115	0.307		-0.208
			(0.182)	(0.269)		(0.226)
Egenvurdert helse						
Dårlig			2.528*	2.393	1.744	0.365
			(1.082)	(1.627)	(0.969)	(0.646)
Verken dårlig eller god			2.811**	2.994	1.944*	1.200*
			(1.046)	(1.633)	(0.923)	(0.575)
God			3.855**	4.019*	3.388**	2.494**
			(1.040)	(1.624)	(0.922)	(0.581)
Svært god			5.052**	5.154**	3.997**	3.291**
			(1.067)	(1.699)	(0.986)	(0.603)
Vet ikke			2.651*	3.001	2.951**	2.278*
			(1.120)	(1.598)	(1.059)	(0.980)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder						
2-5 ganger			0.740**	0.555	0.904*	0.368
			(0.247)	(0.358)	(0.375)	(0.362)
6-12 ganger			0.997**	0.770	1.422**	0.740
			(0.264)	(0.403)	(0.360)	(0.385)
13 eller flere ganger			1.232**	0.433	2.439**	2.843**
			(0.434)	(0.676)	(0.524)	(0.498)
Antall år hos nåværende fastlege						
1-5 år			0.878**	1.086	0.684	0.678*
			(0.331)	(0.566)	(0.399)	(0.336)
6-10 år			1.232**	0.909	1.609**	1.077**
			(0.386)	(0.609)	(0.462)	(0.394)
11 eller flere år			1.385**	1.376*	1.333**	1.101**
Vet ikke / ønsker ikke oppgi			1.615*	0.481	1.272*	-1.351

			(0.696)	(0.834)	(0.551)	(0.805)
var(M2[fastlege_num])						
Konstantledd	1.438**	1.353**	1.338**	0.878**	1.570**	1.517**
	(0.113)	(0.109)	(0.114)	(0.164)	(0.168)	(0.196)
var(M1[fastlege_num>Respondent_Serial])						
Konstantledd	20.29**	18.87**	19.07**	17.41**	20.74**	21.85**
	(0.823)	(0.748)	(0.731)	(1.372)	(1.001)	(1.201)
Observasjoner	85556	85523	78681	27917	50382	36237
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Regresjonen er basert på syv spørsmål om fornøydhet med fastlege. Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastleges evne til...? 1) Å behandle deg med respekt 2) Å lytte 3) Å snakke med deg 4) Å forklare beslutninger 5) Å gi veiledning/råd 6) Å følge deg opp 7) Å tilpasse tilbudet til dine behov. Underspørsmål 1 (Å behandle deg med respekt) er referansekategori, og alle andre underspørsmål vil ha en verdi lik differansen mellom det aktuelle spørsmålet og underspørsmål 1. I modellene kontrollerer vi for random effects på legekontornivå og på respondentnivå. Standardfeil er clustret på legekontornivå. I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. Cuts er ekskludert fra regresjonsvisningen. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-13 Utvikling i listeinnbyggernes fornøydhet med sykepleiers evne til..

	(2)	(6)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig syk-dom/helsepl ager**
Spørsmål					
Å lytte	-0.726**	-0.727**	-0.754**	-0.726**	-0.807**
	(0.0451)	(0.0449)	(0.0480)	(0.0801)	(0.0570)
Å snakke med deg	-0.797**	-0.796**	-0.806**	-0.926**	-0.795**
	(0.0491)	(0.0491)	(0.0526)	(0.0929)	(0.0623)
Å forklare beslutninger	-1.497**	-1.496**	-1.547**	-1.698**	-1.559**
	(0.0596)	(0.0594)	(0.0630)	(0.106)	(0.0717)
Å gi veiledning/råd	-1.652**	-1.653**	-1.695**	-1.753**	-1.733**
	(0.0587)	(0.0586)	(0.0605)	(0.109)	(0.0728)
Å følge deg opp	-2.387**	-2.390**	-2.480**	-2.488**	-2.455**
	(0.0701)	(0.0696)	(0.0708)	(0.131)	(0.0824)
Å tilpasse tilbudet til dine behov	-2.065**	-2.065**	-2.149**	-2.077**	-2.149**
	(0.0693)	(0.0687)	(0.0694)	(0.123)	(0.0807)
År 2020	0.872**	0.780**	1.098**	0.254	1.177**
	(0.199)	(0.199)	(0.228)	(0.363)	(0.250)
Honorarmodellen * 2020	-0.351	-0.306	-0.516	-0.723	-0.470
	(0.302)	(0.300)	(0.328)	(0.452)	(0.354)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	0.559	0.693	0.439	1.148	0.752
	(0.388)	(0.387)	(0.457)	(0.748)	(0.493)
Alder					
35-54		1.682**	1.619**		1.576**
		(0.363)	(0.366)		(0.501)
55-69		3.999**	4.437**		3.817**
		(0.370)	(0.374)		(0.490)
70+		*5.270***	*5.658***		*5.747***
		(0.375)	(0.368)		(0.487)
Kvinne		0.480	0.451	1.214**	0.338
		(0.332)	(0.252)	(0.338)	(0.311)
Har langvarige helseplager			-0.276	0.0558	
			(0.236)	(0.497)	
Egenvurdert helse					
Dårlig			1.474	1.628	1.484
			(0.778)	(1.336)	(0.769)

Verken dårlig eller god			1.514*	1.514	1.462*
			(0.676)	(1.082)	(0.678)
God			2.209**	2.871**	2.624**
			(0.643)	(1.025)	(0.643)
Svært god			3.651**	4.540**	3.451**
			(0.649)	(1.108)	(0.643)
Vet ikke			2.604**	1.575	3.240**
			(0.872)	(1.760)	(0.888)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger			-0.158	-0.325	-0.256
			(0.362)	(0.390)	(0.612)
6-12 ganger			-0.342	-1.589**	-0.861
			(0.408)	(0.605)	(0.637)
13 eller flere ganger			2.037**	0.600	1.794**
			(0.466)	(0.644)	(0.679)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år			0.262	-0.275	0.615
			(0.314)	(0.575)	(0.453)
6-10 år			0.955*	1.798*	1.579**
			(0.448)	(0.709)	(0.542)
11 eller flere år			1.183**	1.830**	2.300**
			(0.362)	(0.689)	(0.480)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi			-0.946	-2.127	0.0396
			(0.701)	(1.991)	(0.805)
Konstantledd	1.711**	5.434**	8.630**	1.758	8.810**
	(0.644)	(0.690)	(1.085)	(2.356)	(1.242)
var(M2[fastlege_num])					
Konstantledd	0.325*	0.320*	0.380*	4.70e-25*	0.00000437
	(0.137)	(0.131)	(0.173)	(2.24e-25)	(0.00000522)
var(M1[fastlege_num>Respondent_Serial])					
Konstantledd	44.26**		40.18**	45.86**	43.07**
	(2.917)		(2.768)	(5.047)	(3.071)
Observasjoner	28976		26958	8945	19116
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Regresjonen er basert på syv spørsmål om fornøydhet med sykepleier. Spørsmålsstillingen lød «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleiers evne til...? 1) Å behandle deg med respekt 2) Å lytte 3) Å snakke med deg 4) Å forklare beslutninger 5) Å gi veiledning/råd 6) Å følge deg opp 7) Å tilpasse tilbudet til dine behov. Underspørsmål 1 (Å behandle deg med respekt) er referansekategori, og alle andre underspørsmål vil ha en verdi lik differansen mellom det aktuelle spørsmålet og underspørsmål 1. I modellene kontrollerer vi for random effects på legekontornivå og på respondentnivå. Standardfeil er clustret på legekontornivå. I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlegekontorene. Cuts er ekskludert fra regresjonsvisningen. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

Tabell C.5-14 Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt?

	Gjennomsnittscore	Standardavvik	Observasjoner	P-verdi
Alle	84,9	22,3	7557	
Type legekontor				0,000
Honorarmodellen	85,0	22,3	3107	
Driftstilskuddsmodellen	78,9	24,9	822	
Nye PHT-legekontor	87,3	21,0	1161	
Kontrollgruppe, privat	85,9	21,3	2131	
Kontrollgruppe, kommunal	83,6	23,8	326	
Listeinnbyggere ved fastlegekontor som har vært med i forsøket siden 2018				
Kjønn				0,907
Kvinne	83,7	23,3	2193	
Mann	83,8	22,7	1647	
Alder				0,000
18-34 år	76,2	25,2	341	
35-54 år	78,5	25,7	988	
55-69 år	84,6	22,3	1006	
70+ år	88,0	19,9	1594	
Langvarig sykdom/helseproblemer				0,056
Ja	83,0	23,2	2339	
Nei	84,5	22,9	1355	
Egenvurdert helse				0,000
Svært dårlig	71,3	33,9	25	
Dårlig	77,4	26,6	301	
Verken god eller dårlig	81,6	24,6	851	
God	85,2	21,7	1812	
Svært god	85,9	21,0	812	
Antall kontakter med fastlege siste 12 måneder				0,201
1 gang	81,9	24,2	563	
2-5 ganger	84,2	22,3	2341	
6-12 ganger	83,9	23,5	821	
13 eller flere ganger	83,8	25,2	204	
Antall år hos nåværende fastlege				0,000
Mindre enn 1 år	76,6	26,6	598	
1-5 år	82,0	24,3	2496	
6-10 år	87,4	19,9	1745	
11 eller flere år	88,7	18,7	2403	
Kontakt med sykepleier/helsesekretær				0,103
Ja	84,3	22,9	1708	
Nei	83,1	23,1	2025	
Oppfølging av PHT				0,021
Ja	87,2	20,3	551	
Nei	84,3	22,6	5713	

Merknad: Spørsmålstillingen lød: «Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du i alt?». «Vet ikke»-svar er utelatt av tabellen. ANOVA-testen for varians er brukt for å estimere forskjeller mellom gruppene. En p-verdi under 0,05 innebærer at fordelingen mellom gruppene er statistisk signifikant på 5-prosentsnivå.

Tabell C.5-15 Utvikling i listeinnbyggernes svar på spørsmålet: Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, for fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?

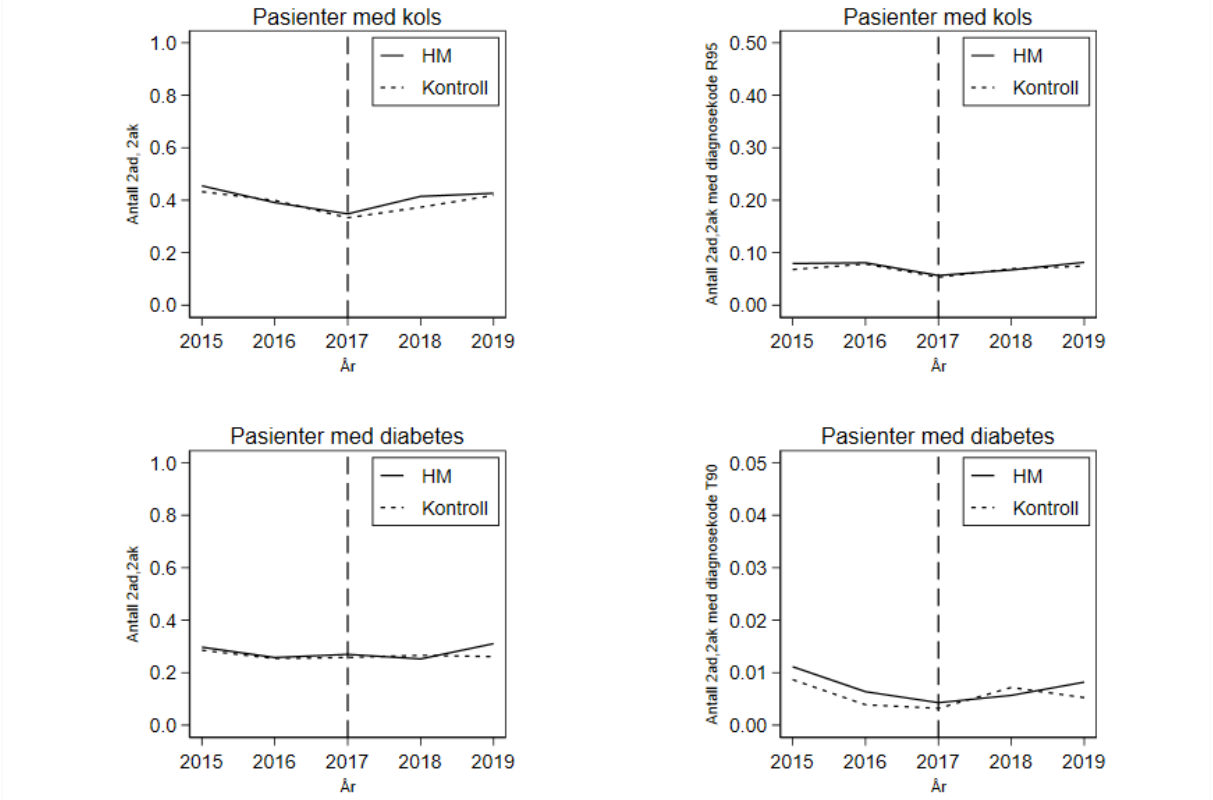
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Modell 2	**Modell 3**	**>70**	**Langvarig syk-dom/helsepla ger**	**Kontakt med sykepleier/he lsesekretær**
År 2020	4.709	5.867*	13.67**	6.745*	9.936*
	(3.081)	(2.911)	(5.025)	(3.324)	(3.997)
Honorarmodellen * 2020	-7.217	-7.867	-20.49**	-7.517	-9.960
	(4.546)	(4.221)	(6.637)	(4.734)	(5.615)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	1.047	-0.314	-2.730	-0.409	-9.435
	(6.104)	(5.656)	(9.239)	(6.462)	(7.286)

Alder					
35-54		11.58**		13.27**	11.76**
		(2.299)		(3.068)	(3.466)
55-69		25.96**		28.51**	31.94**
		(2.420)		(3.151)	(3.694)
70+		40.13**	0	40.61**	41.20**
		(2.437)	(.)	(3.160)	(3.724)
Kvinne		1.465	-4.043	2.103	0.355
		(1.381)	(2.748)	(1.680)	(2.096)
Har langvarige helseplager=1		-3.819*	-4.091	0	-6.902**
		(1.572)	(3.381)	(.)	(2.494)
Egenvurdert helse					
Dårlig		9.816	11.93	11.01	10.54
		(6.690)	(12.20)	(6.705)	(8.524)
Verken dårlig eller god		16.60*	30.21*	18.27**	20.61*
		(6.498)	(11.83)	(6.535)	(8.312)
God		30.31**	45.88**	31.66**	30.84**
		(6.475)	(11.87)	(6.528)	(8.265)
Svært god		40.48**	57.09**	39.96**	39.54**
		(6.648)	(12.57)	(6.912)	(8.615)
Vet ikke		19.03	53.82*	18.91	25.71
		(10.57)	(26.01)	(11.54)	(14.94)
Antall kontakter med fastlege de siste 12 måneder					
2-5 ganger		10.06**	8.189	11.78**	14.23**
		(1.909)	(4.446)	(2.795)	(3.326)
6-12 ganger		16.68**	18.09**	18.16**	22.51**
		(2.340)	(5.271)	(3.081)	(3.733)
13 eller flere ganger		23.02**	8.591	25.23**	29.02**
		(3.598)	(7.561)	(4.210)	(5.136)
Antall år hos nåværende fastlege					
1-5 år		8.886**	12.12**	9.315**	6.707
		(2.315)	(4.660)	(2.827)	(3.423)
6-10 år		19.78**	23.88**	18.39**	18.86**
		(2.629)	(5.131)	(3.202)	(3.940)
11 eller flere år		24.21**	33.02**	25.38**	19.86**
		(2.642)	(5.144)	(3.188)	(3.858)
Vet ikke / ønsker ikke oppgi		0.216	5.869	2.798	-8.229
		(5.178)	(10.92)	(7.227)	(8.248)
Konstantledd	118.7**	42.96**	75.89**	35.27**	39.60**
	(7.485)	(9.981)	(18.89)	(11.15)	(13.26)
sigma_u					
Konstantledd	14.61**	12.67**	9.775**	12.89**	13.94**
	(1.009)	(1.004)	(2.789)	(1.213)	(1.429)
sigma_e					
Konstantledd	53.63**	50.54**	55.31**	49.94**	50.23**
	(0.868)	(0.842)	(1.979)	(1.021)	(1.271)
Observasjoner	12570	11547	4137	7338	5275
chi2	170.8	774.2	216.6	521.0	386.9
p	4.32e-19	4.00e-128	2.72e-22	4.21e-78	7.78e-52
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: Spørsmålsstillingen lød «Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?». I tillegg til kontrollvariablene som er nevnt i tabellen, ble det også kontrollert for individuelle forskjeller mellom de ulike fastlege-kontorene. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

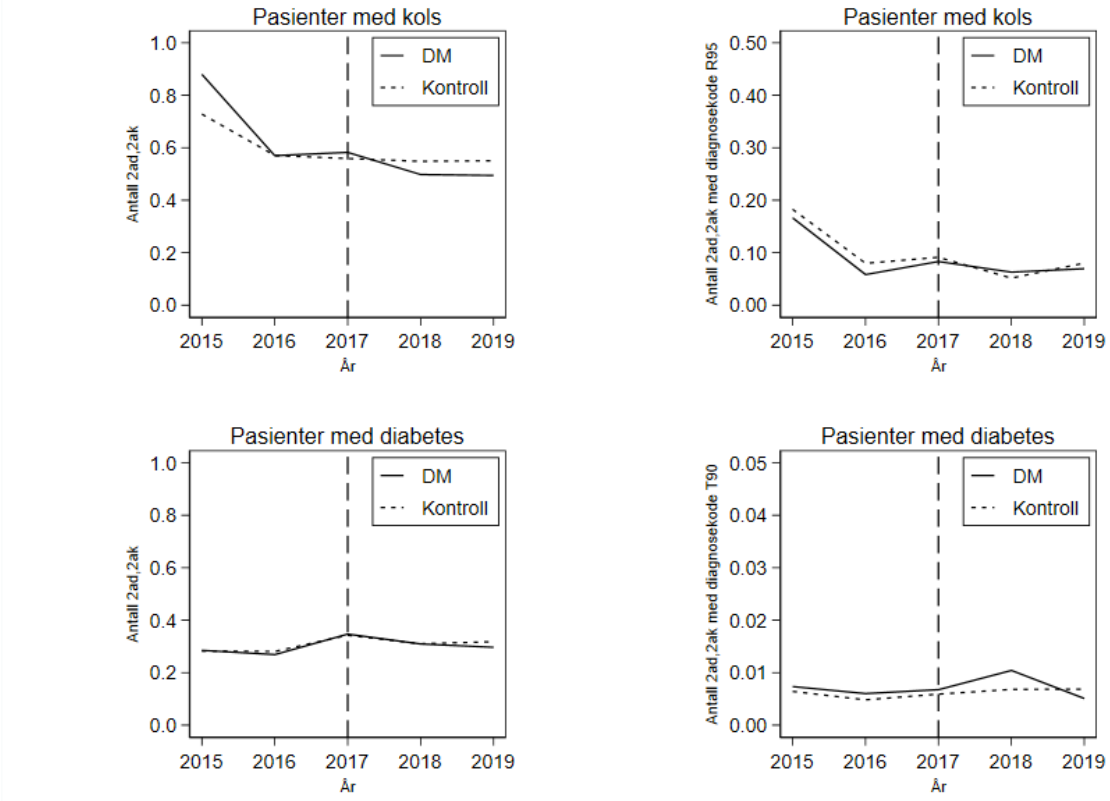
C.6 Kompletterende materiale til kapittel 8

Figur C.6-1 Gjennomsnittlig antall legevaktbesøk per år for pasienter med kols og diabetes type 2 ved legekontor som praktiserer honorarmodellen



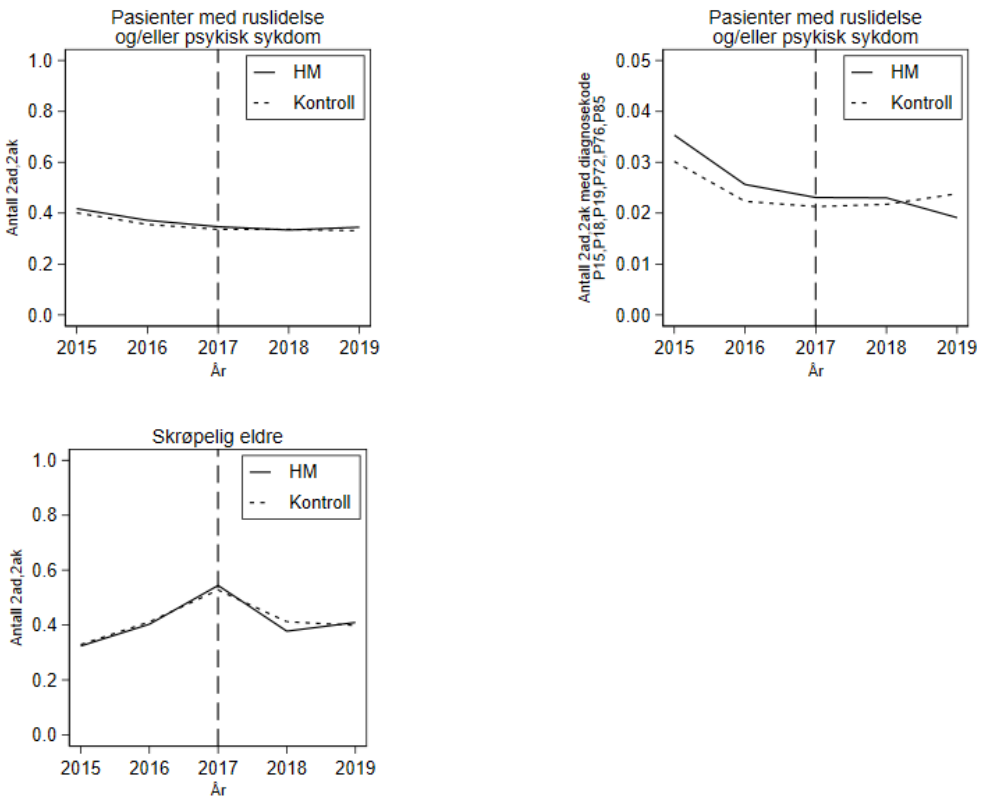
Merknad: Kilde er KUHR. Pasientene er identifisert ved de relevante diagnosene i ICPC2 og ICD-10 fram til og med 2015. Antallet besøk er telt opp ved hjelp av konsultasjonstakstene 2ad og 2ak. Figurene til venstre framstiller antallet besøk per år og figurene til høyre framstiller antallet besøk per år med kols- eller diabetesdiagnose

Figur C.6-2 Gjennomsnittlig antall legevaktbesøk per år for pasienter med kols og diabetes type 2 ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen



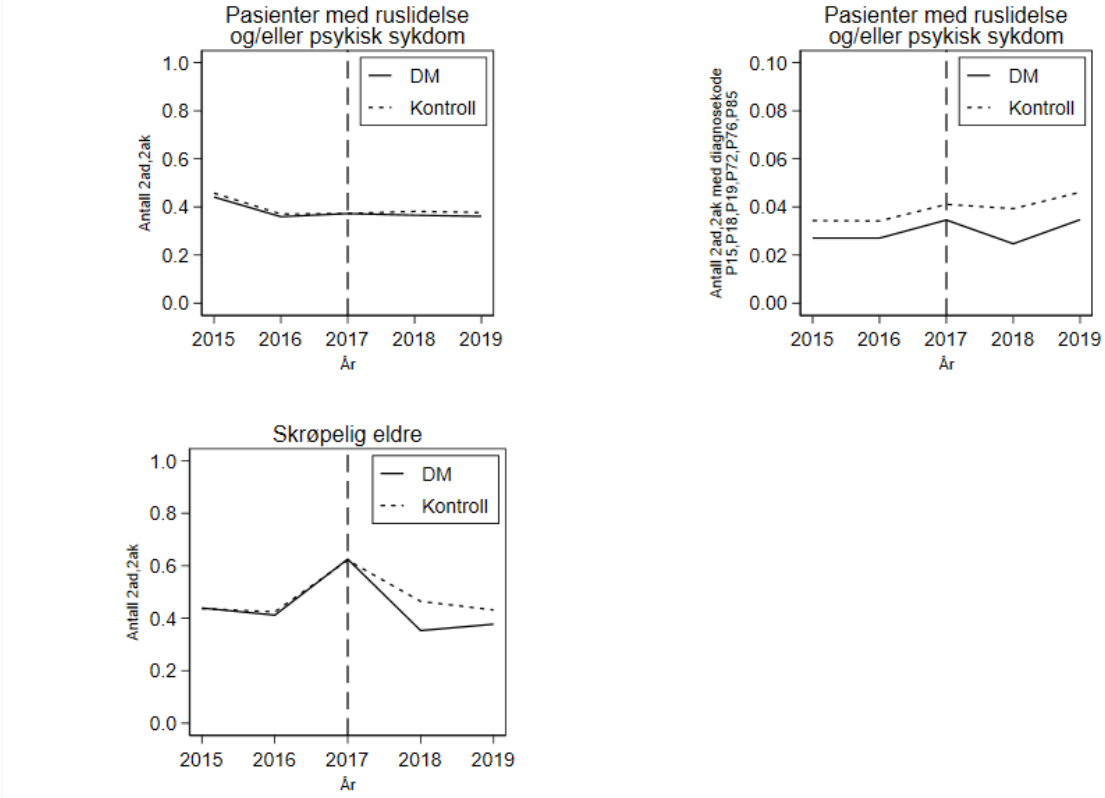
Merknad: Kilde er KUHR. Pasientene er identifisert ved de relevante diagnosene i ICPC2 og ICD-10 fram til og med 2015. Antallet besøk er telt opp ved hjelp av konsultasjonstakstene 2ad og 2ak. Figurene til venstre framstiller antallet besøk per år og figurene til høyre framstiller antallet besøk per år med kols- eller diabetesdiagnose.

Figur C.6-3 Gjennomsnittlig antall legevaktbesøk per år for pasienter med rus- og psykiatridiagnose samt skrøpelige eldre ved legekontor som praktiserer honorarmodellen



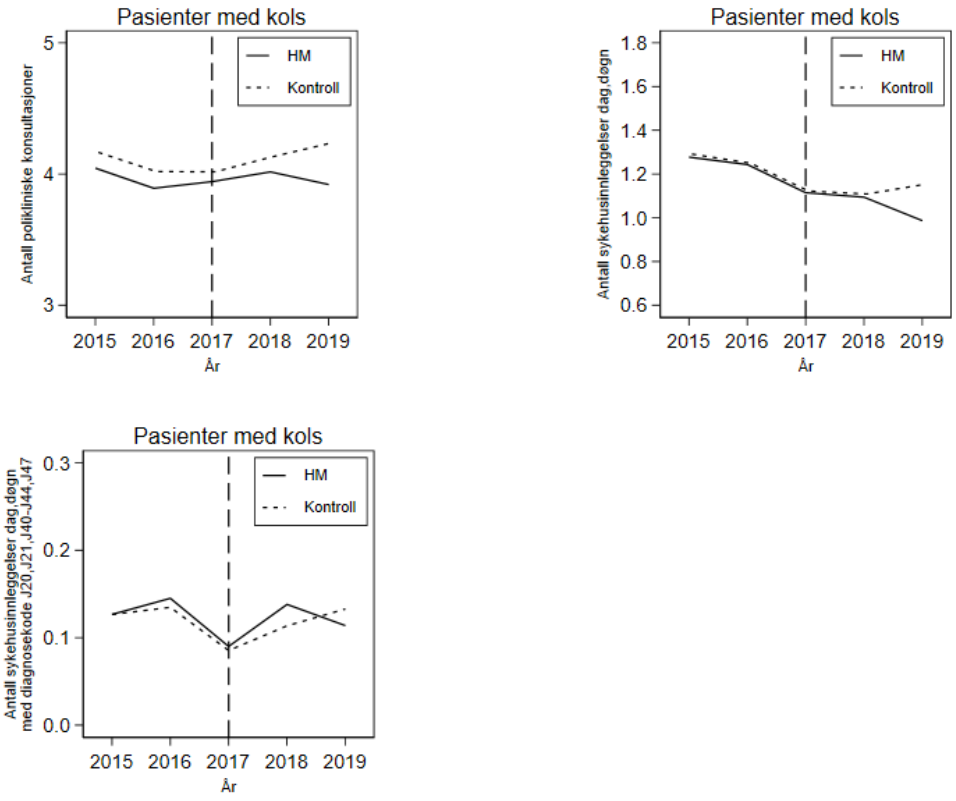
Merknad: Kilde er KUHR. Pasientene er identifisert ved de relevante diagnosene i ICPC2 og ICD-10 fram til og med 2015. Antallet besøk er telt opp ved hjelp av konsultasjonstakstene 2ad og 2ak. Skrøpelige eldre er identifisert som pasienter som mottok hjemmesykepleie en eller flere ganger i perioden 2017 – 2019. Figurene til venstre framstiller antallet besøk per år og figuren til høyre framstiller antallet besøk per år med relevante diagnoser for rus og psykiatri.

Figur C.6-4 Gjennomsnittlig antall legevaktbesøk per år av pasienter med rus- og psykiatridiagnose samt skrøpelige korrigert for listestørrelse ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen



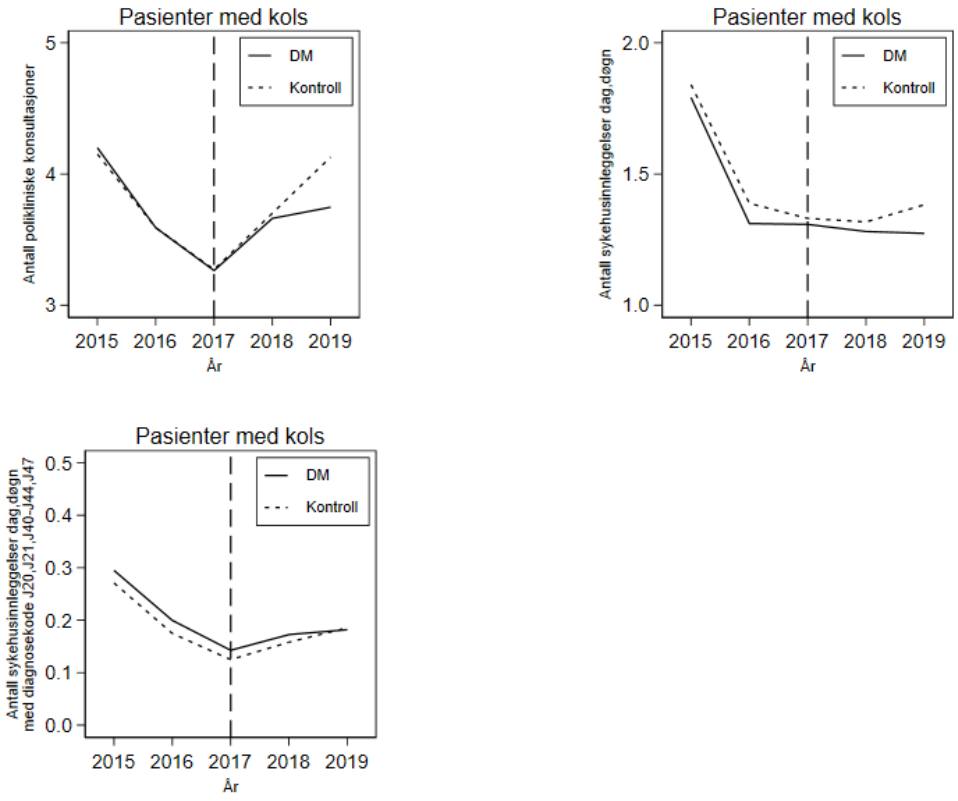
Merknad: Kilde er KUHR. Pasientene er identifisert ved de relevante diagnosene i ICPC2 og ICD-10 fram til og med 2015. Skrøpelige eldre er identifisert som pasienter som mottok hjemmesykepleie en eller flere ganger i perioden 2017 – 2019. Antallet besøk er telt opp ved hjelp av konsultasjonstakstene 2ad og 2ak. Figurene til venstre framstiller antallet besøk per år og figuren til høyre framstiller antallet besøk per år med relevante diagnoser for rus og psykiatri.

Figur C.6-5 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år av pasienter med kols ved legekontor som praktiserer honorarmodellen

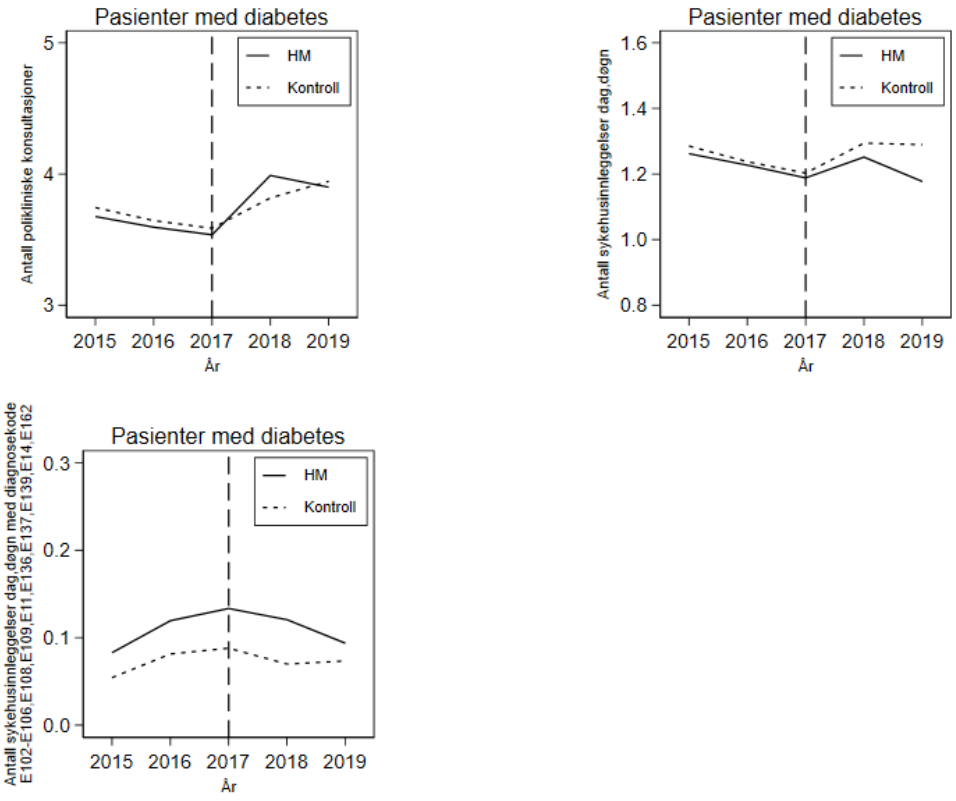


Merknad: Kilde er NPR. Antall er telt opp ved hjelp av antallet registreringer.

Figur C.6-6 Gjennomsnittlige antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år av pasienter med kols ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen

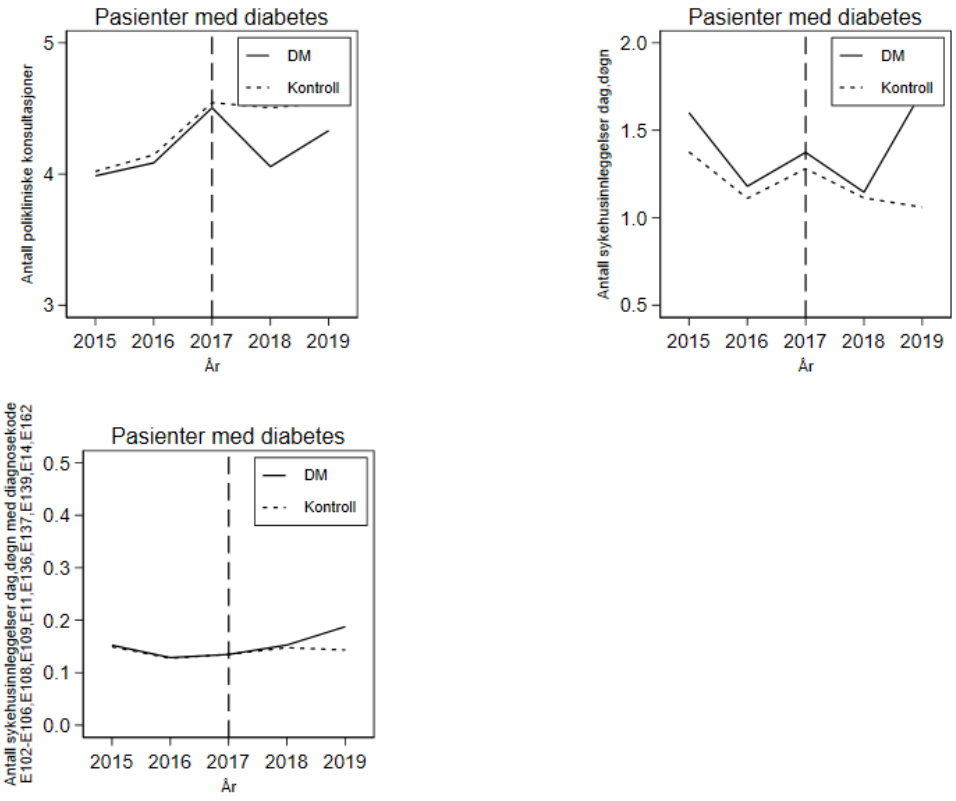


Figur C.6-7 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år av pasienter med diabetes type 2 ved legekontor som praktiserer honorarmodellen

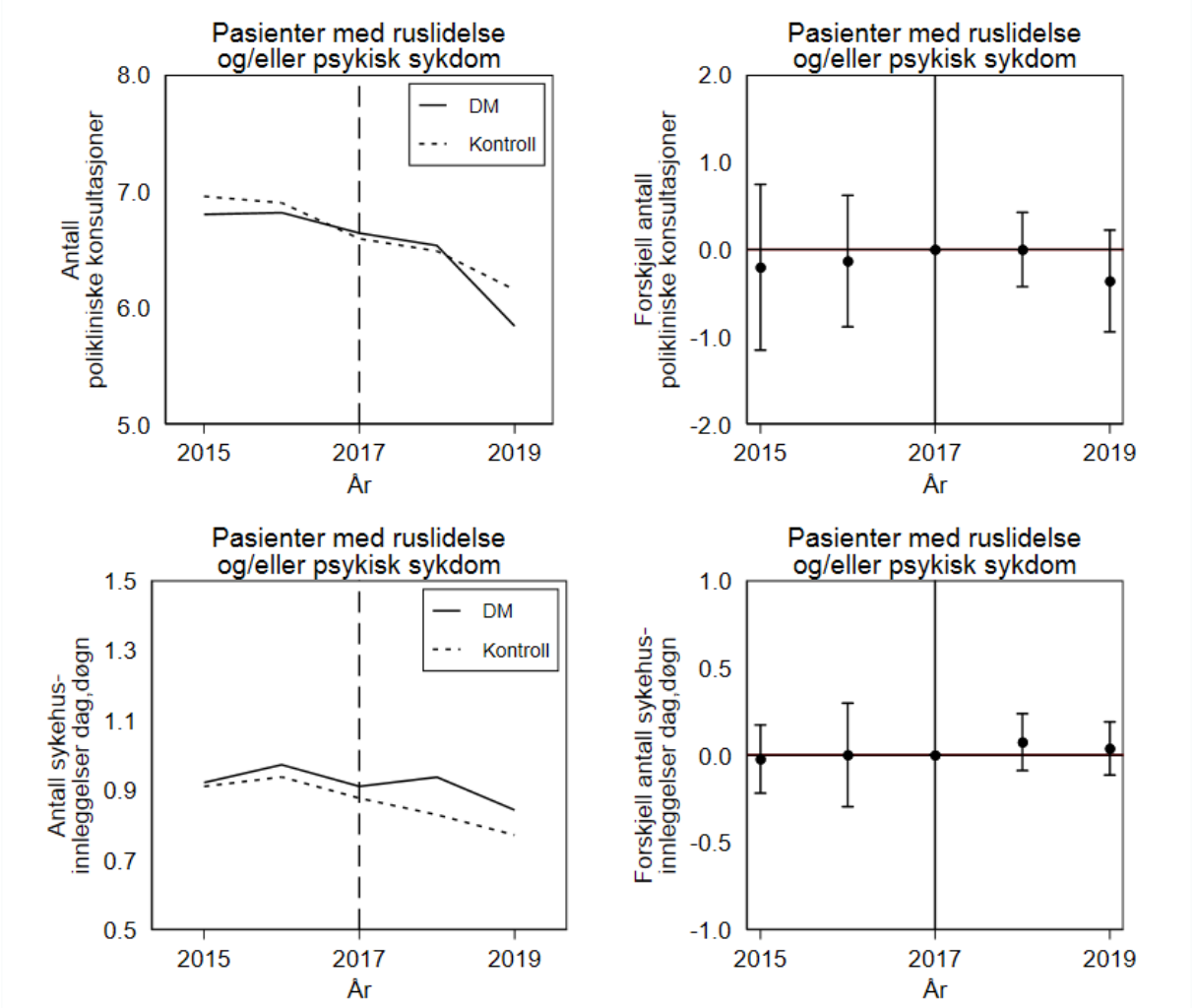


Merknad: Kilde er NPR. Antall er telt opp ved hjelp av antallet registreringer.

Figur C.6-8 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år av pasienter med diabetes type 2 ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen

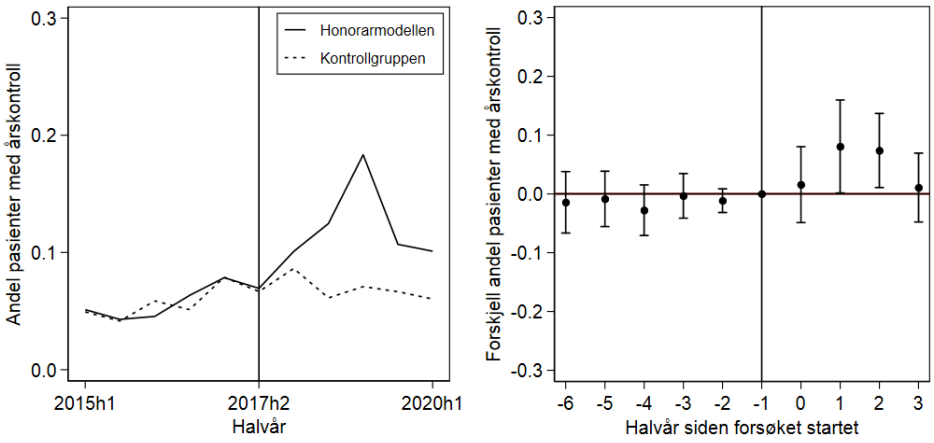


Figur C.6-9 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner og sykehusinnleggelser per år av pasienter med ruslidelse og/eller psykisk sykdom ved legekontor som praktiserer driftstilskuddsmodellen



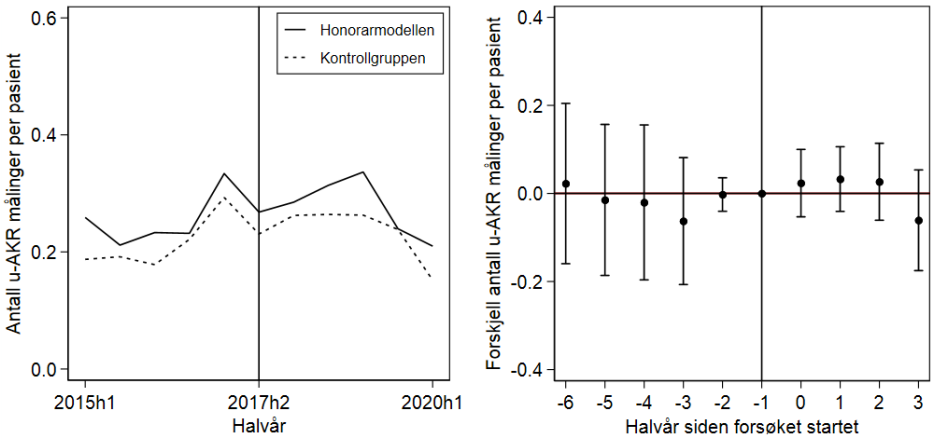
Merknad: Spesialisthelsetjenestene omfatter somatikk sykehus, avtalespesialister, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Figur C.6-10 Andel av pasientene med diabetes type 2 som har mottatt minst en årskontroll i løpet av et halvt år



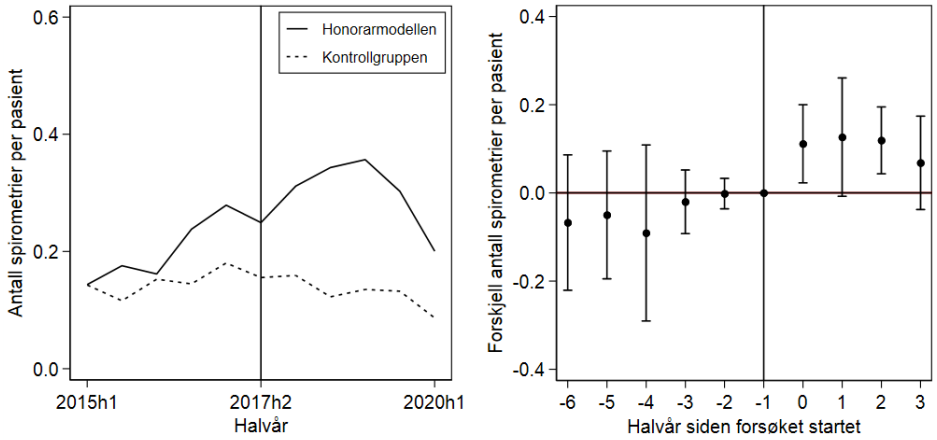
Merknad: Antall årskontroller er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 109, 109a (første gangs utfylling NOKLUS diabetesskjema) og 109b (andre og senere gangs utfylling) er brukt i løpet av et halvt år. Antallet pasienter med diabetes type 2 er de som har fått tildelt en diabetes type 2 diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 til og med 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT. Søylene i figuren til høyre viser forskjell mellom PHT og kontroll med 95% konfidensintervall.

Figur C.6-11 Gjennomsnittlig antall u-AKR målinger per pasient med diabetes type 2 per halvår



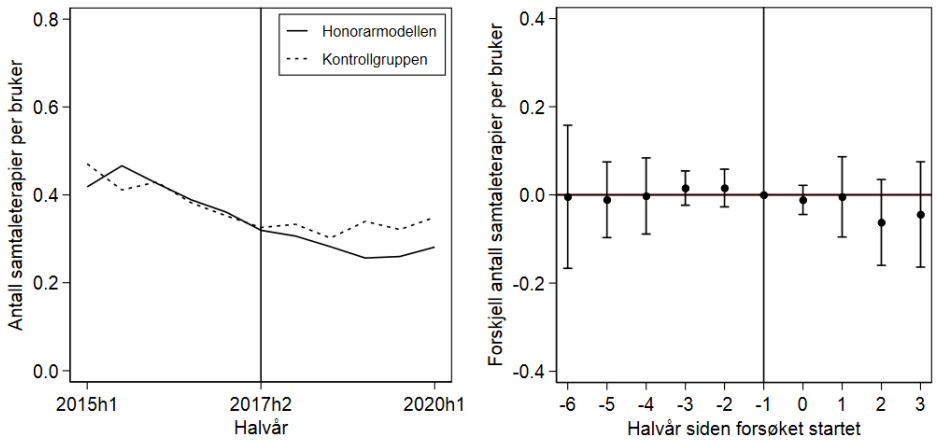
Merknad: Antall målinger er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 712 er brukt i løpet av et halvt år. Antallet pasienter med diabetes type 2 er de som har fått tildelt en diabetes type 2 diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 til og med 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT.

Figur C.6-12 Gjennomsnittlig antall spirometrier per pasient med kols per halvår



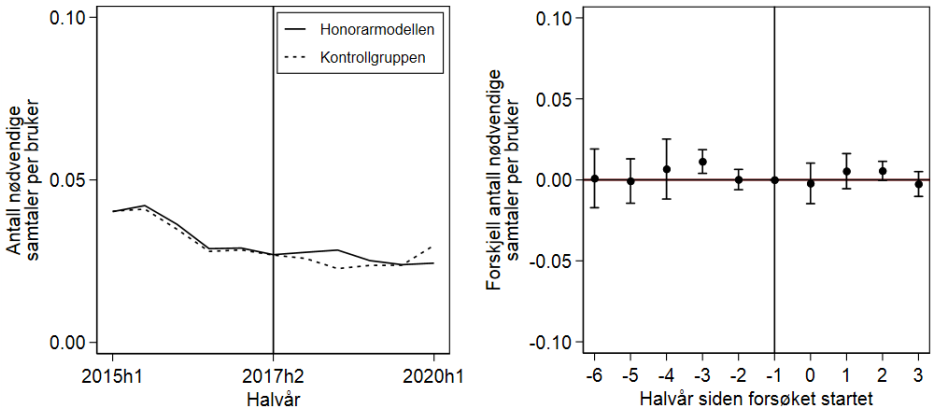
Merknad: Antall spirometrier er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 507c er brukt i løpet av et halvt år. Antallet pasienter med kols er de som har fått tildelt en kols-diagnose fra ICPC-2 eller fra ICD-10 til og med 2015. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT.

Figur C.6-13 Gjennomsnittlig antall samtaleterapier per bruker med diagnoser innenfor psykiatri og rus per halvår



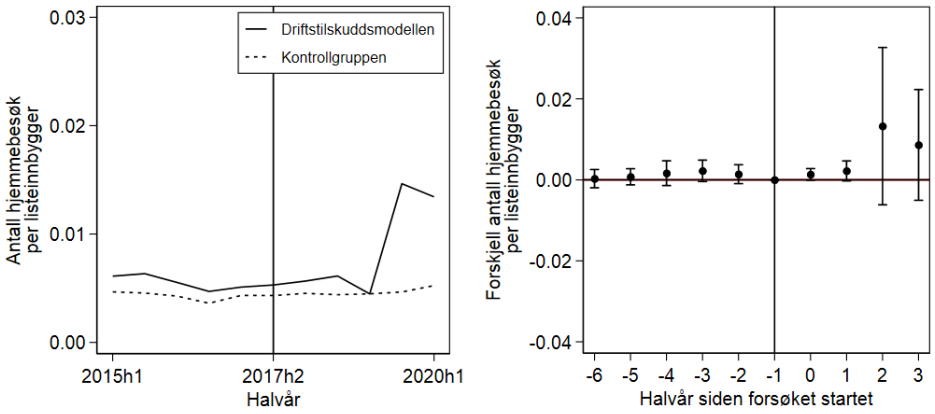
Merknad: Antallet samtaleterapier er identifisert ved hjelp av antall ganger takst 615 er brukt i løpet av et halvt år. Antallet brukere med psykiatri- og rusdiagnoser har fått tildelt en eller flere av disse diagnosen til og med 2015: ICPC-2 kodene P15, P18 og P19 og ICD-10 kodene F10-F20. Utviklingen i legekontorer som praktiserer honorarmodellen, er sammenlignet med tilordnede kontroller av legekontorer som ikke deltar i forsøket med PHT. Søylene i figuren til høyre inkluderer 95% konfidensintervaller.

Figur C.6-14 Gjennomsnittlig antall nødvendige samtaler med pårørende/foresatt til brukere med diagnoser innenfor psykiatri og rus per halvår.



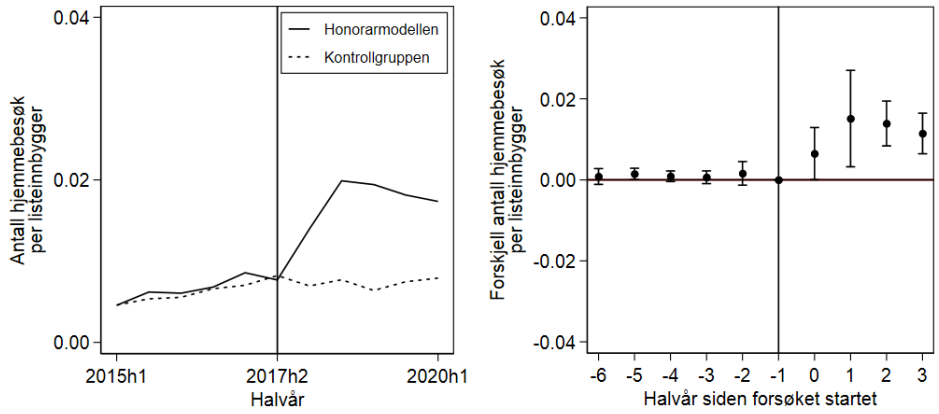
Merknad: Antallet samtaler er identifisert ved hjelp av takst 612a i KUHR.

Figur C.6-15 Antall hjemmebesøk per listeinnbygger fra legekontor med driftstilskuddsmodellen



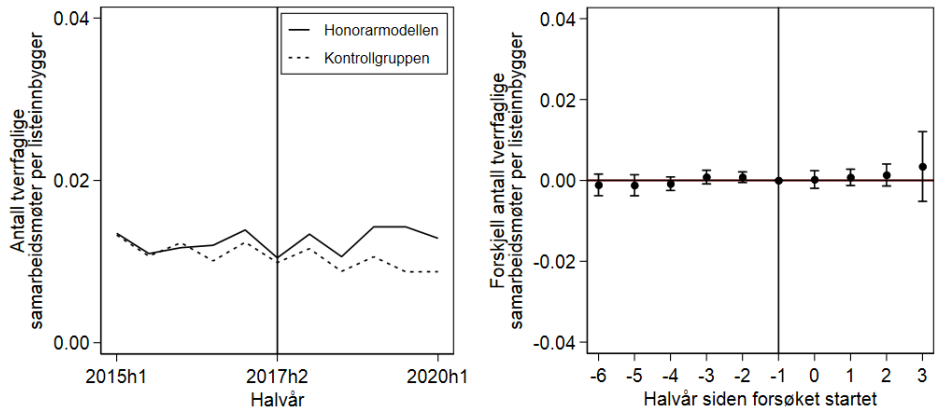
Merknad: Hjemmebesøk identifiseres i driftstilskuddsmodellen med taksten 11ad før de ble med i forsøket og med 086a og 088d etter at de ble med i forsøket. Takst 088d er sykepleiertakst. Hjemmebesøk identifiseres i kontrollgruppen med taksten 11ad.

Figur C.6-16 Antall hjemmebesøk per listeinnbygger fra legekontor med honorarmodellen



Merknad: Hjemmebesøk identifiseres i honorarmodellen med takstene 11ad, S3a, S3b der de to siste er sykepleiertakster. Hjemmebesøk identifiseres i kontrollgruppen med taksten 11ad.

Figur C.6-17 Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per listeinnbygger fra legekontor med honorarmodellen



Merknad: Tverrfaglige samarbeidsmøter identifiseres i honorarmodellen med takstene 14 og S5 der den siste er sykepleiertakst og betydelig bidragsyter. Tverrfaglige samarbeidsmøter identifiseres i kontrollgruppen med takst 14.

Tabell C.6-1 Utvikling i verdier av EQ-5D-5L for listeinnbyggerne

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Utvalg:	**Alle**	**Alle**	**>70**	**Langvarig sykdom/helseplager**	**Kontakt med sykepleier/helsesekretær**
År 2020	0.00451	0.00373	0.0130	-0.0113	0.00306
	(0.00738)	(0.00727)	(0.0112)	(0.00866)	(0.0113)
Honorarmodellen * 2020	-0.0194**	-0.0187**	-0.0170	-0.00171	-0.0306**
	(0.00960)	(0.00941)	(0.0147)	(0.0112)	(0.0147)
Driftstilskuddsmodellen * 2020	-0.00945	-0.00837	-0.0254	0.00114	0.00560
	(0.0138)	(0.0135)	(0.0221)	(0.0164)	(0.0206)
	(0.0295)	(0.0291)	(0.0475)	(0.0331)	(0.0440)
Alder					
35-54		-0.0148*		-0.00181	-0.0270**
		(0.00847)		(0.0110)	(0.0136)
55-69		-0.0279***		0.00766	-0.0347**
		(0.00846)		(0.0109)	(0.0136)
70+		-0.0584***		-0.0157	-0.0547***
		(0.00814)		(0.0106)	(0.0132)
Kvinne		-0.0442***	-0.0511***	-0.0420***	-0.0330***
		(0.00432)	(0.00645)	(0.00520)	(0.00683)
Konstantledd	0.807***	0.862***	0.776***	0.746***	0.830***
	(0.0190)	(0.0202)	(0.0352)	(0.0245)	(0.0301)
sigma_u					
Konstantledd	0.00592	4.05e-15	0.0153**	1.16e-16	6.78e-08***
	(0.00847)	(0.0227)	(0.00779)	(0.00976)	(1.16e-08)
sigma_e					
Konstantledd	0.241***	0.239***	0.232***	0.223***	0.240***
	(0.00183)	(0.00181)	(0.00268)	(0.00198)	(0.00269)
Observasjoner	13621	13613	5573	7927	5618
chi2	128.7	310.3	129.2	161.9	127.5
p	4.51e-12	4.60e-43	7.33e-12	2.76e-16	8.26e-11
Kontrollerer for pasientkjennetegn	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja

Merknad: EQ-5D-5L er beregnet på grunnlag av pasientenes svar på hvorvidt de opplever problemer knyttet til gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Nærmere beskrivelse av metoden finnes i vedlegg A.2. Vi har benyttet en TOBIT-regresjon med øvre sensus på 1, da det er en opphopning av pasienter med dette utfallet.. Kontroller for legekontorer er utelatt fra denne tabellen. */ oppgir statistisk signifikans på 5/1 prosent-nivå.**

oslo economics

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

NASJONALT
SENTER FOR
DISTRIKTS
MEDISIN