



Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Statusrapport I, 20.03.2019

Institutt for helse og samfunn, UiO

Oslo Economics

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Om Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

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

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med 38 medarbeidere, hvorav 11 med PhD. Vi har bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere. Vi har forskningserfaring fra analyser av legers og sykepleieres arbeidstid og kjenner relevante datakilder.

Om Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

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

Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger

Prosjektleder: Tor Iversen, UiO

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

Innhold

Forord	6
Sammendrag og konklusjoner	7
1. Innledning	12
1.1 Bakgrunn	12
1.2 Forsøket med primærhelseteam (PHT)	13
1.3 Valget av legekantor til PHT-forsøket	16
1.4 Evalueringsoppdraget	16
1.5 Metodisk tilnærming til evalueringsoppdraget	18
1.6 Rapportens videre oppbygning	19
2. Intervju på legekantor og i kommuner	20
2.1 Formål og problemstillinger	20
2.2 Data og metode	20
2.3 Resultater	23
2.4 Oppsummering av de sentrale resultatene	42
3. Spørreundersøkelse til listeinnbyggere	45
3.1 Formål og problemstillinger	45
3.2 Data og metode	45
3.3 Resultater	48
3.4 Oppsummering	56
4. Spørreundersøkelse til ansatte på fastleggekantor	57
4.1 Bakgrunn og formål	57
4.2 Metode	57
4.3 Resultater	59
4.4 Oppsummering	73
5. Spørreundersøkelse til øvrig helse- og omsorgstjeneste	76
5.1 Formål og problemstillinger	76
5.2 Data og metode	76
5.3 Resultater	77
5.4 Oppsummering	81
6. Studier med registerdata	83
6.1 Formål - sentrale problemstillinger	83
6.2 Data og metode	83
6.3 Resultater	85
6.4 Oppsummering av de sentrale resultatene	92
7. Samfunnsøkonomisk analyse	93
7.1 Formål	93

7.2 Metode	93
8. Oppsummering/konklusjoner	96
9. Referanser	98
10. Appendiks A: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere	100
10.1 Kontakt med fastlegekontoret	100
10.2 Kontakt med sykepleier/helsesekretær	101
10.3 Tidsbruken på legekontoret	103
10.4 Bakgrunnen din	110
10.5 EQ-5D	112
10.6 Kopi av det postale spørreskjemaet	115
11. Appendiks B: Spørreundersøkelse til fastleger	123
11.1 Arbeidstilfredshet	123
11.2 Arbeidshverdag og tidsbruk	124
11.3 Samarbeid på fastlegekontoret	125
11.4 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov	129
11.5 Forventninger om primærhelseteam	136
11.6 Din bakgrunn og erfaring	146
12. Appendiks C: Spørreundersøkelse til sykepleiere	152
12.1 Arbeidstilfredshet	152
12.2 Arbeidshverdag og tidsbruk	153
12.3 Samarbeid på fastlegekontoret	153
12.4 Samhandling	156
12.5 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov	158
12.6 Forventninger om primærhelseteam	163
12.7 Bakgrunn og erfaring	166
13. Appendiks D: Spørreundersøkelse til helsesekretærer	168
13.1 Arbeidstilfredshet	168
13.2 Tidsbruk	169
13.3 Arbeidstilfredshet	170
13.4 Samhandling	172
13.5 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov	173
13.6 Forventninger om primærhelseteam	179
13.7 Bakgrunn og erfaring	181
14. Appendiks E: Spørreundersøkelse til kommunehelsetjenesten	184
14.1 Bakgrunn og erfaring	184
14.2 Behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov	185
14.3 Samarbeid med fastlegetjenesten	187
14.4 Forventninger til primærhelseteam	188

15. Appendiks F: Spørreundersøkelse til spesialisthelsetjenesten	190
15.1 Bakgrunn og erfaring	190
15.2 Behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov	191
15.3 Samarbeid med fastlegetjenesten	192
15.4 Forventninger til primærhelseteam	193
16. Appendiks G: Tilleggsdata fra studie med registerdata	196

Forord

Forsøk med primærhelseteam blir evaluert av et konsortium som består av Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) og Oslo Economics (OE). Denne første statusrapporten fra evalueringsprosjektet beskriver kjennetegn ved deltakerne i forsøket og deres forventninger ved inngangen til forsøksperioden. 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 (kapittel 6), UiT har hovedansvar for studier med intervjudata (kapittel 2) og OE har hovedansvar for studier med spørreskjemaundersøkelser (kapitlene 3, 4 og 5). Fra UiO har Geir Godager og Tor Iversen deltatt i arbeidet med rapporten. En gruppe fageksperter ved UiO (Jan Frich, Marit Kirkevold, Morten Magelssen, Nina Vøllestad og Erik Lønmark Werner) har ytet bidrag i form av innspill og forslag samt korrigeringer underveis i arbeidet. Fra UiT har Birgit Abelsen og Margrete Gaski deltatt. Fra OE har Kine Pedersen, Susanna Sten-Gahmberg, Hanna Isabel Løyland og Erik Magnus Sæther deltatt. Vi ønsker også å takke for nyttige innspill og bidrag fra Ivar Sønbo Kristiansen, Johannes Bjørnstad Tyrhjel, Christoffer Bugge, Marit Svenggaard og Gjermund Lien i OE.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju. En særlig takk går til prosjektlederne 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.

Oslo og Tromsø, mars 2019

Sammendrag og konklusjoner

Fra 1. april 2018 prøves primærhelseteam ut som en organisasjonsform med teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller ved 13 fastlegekontor i ni kommuner. Forsøket administreres av Helsedirektoratet og skal pågå i tre år. Forsøket evalueres av en samarbeidskonstellasjon av forskere fra Universitetet i Oslo, Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. I denne rapporten beskriver vi status ved starten av forsøket.

Forsøket med primærhelseteam

Helsedirektoratets forsøk med primærhelseteam (PHT) prøver ut teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller ved 13 fastlegekontor i ni kommuner. Disse har søkt om å få delta i forsøket og er valgt ut av Helsedirektoratet. Målsetting med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn dagens fastlegeordning. Forsøket startet 1. april 2018 og skal vare i tre år.

PHT er avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressurser til fastlegekontor i størrelsesforholdet: 3 fastleger:1 sykepleier. Det er en fastlege som skal lede teamet. Med teamorganiseringen 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 med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov, og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

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

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

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

De to finansieringsmodellene som prøves ut i forsøket, er honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Den sentrale forskjellen mellom modellene, er at honorarmodellen er mer aktivitetsavhengig enn driftstilskuddsmodellen. Honorarmodellen er en videreføring av hovedmodellen for finansiering av fastleger. Modellen er ment å kompensere for utgiftene til sykepleierressursen ved et fast driftstilskudd per sykepleier og aktivitetsavhengige takster utløst av sykepleieren. Driftstilskuddsmodellen erstatter den nåværende ordning for finansiering av fastleger med en helt ny modell som ikke er takstbasert, og som består av et samlet driftstilskudd og egenbetalinger fra pasienter. Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd som vektet ut fra kjennetegn ved listepopulasjonen og et tilskudd basert på oppnådde kvalitets- og resultatmål.

Evalueringen av forsøket

Helsedirektoratet har gitt en omfattende kravspesifikasjon til evalueringen. Effektene av forsøket skal måles for alle innbyggerne på fastlegens liste og særlig for de spesifiserte målgruppene. 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 primærhelseteam 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 også gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse.

For å evaluere forsøket på en tilfredsstillende måte vil vi benytte oss av en rekke ulike metoder (metodetriangulering) og flere typer av data. Analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjudata vil utgjøre sentrale deler i evalueringen. Det planlegges gjentatte datainnsamlinger og tilhørende analyser gjennom forsøksperioden.

Denne rapporten gir en beskrivelse av status ved starten av forsøket. Analysene er basert på en studie hvor datagrunnlaget er registerdata, fire spørreundersøkelser og en studie med datagrunnlag fra intervjuer. De fire spørreundersøkelser var rettet til henholdsvis listeinnbyggere, ansatte ved fastlegekontor (80 fastleger og 78 sykepleiere/helsesekretærer), ansatte i øvrig kommunal helsetjeneste (45 respondenter), og ansatte i spesialisthelsetjenesten (37 respondenter).

Kjennetegn ved deltakerne i forsøket

Intervjustudien viste at ved oppstart av forsøket var det vesentlige ulikheter mellom de deltagende legekontorene, for eksempel i driftsformer og organisering, og i samarbeidsrutiner og -former mellom legekontor og andre helsetjenester. Graden av fastlegenes formelle tilsettingsforhold med kommunen/bydelen gir store variasjoner i legekontorenes integrasjon med og relasjon til kommunen/bydelen. Intervjumaterialet tyder på at kommunale legekontor og legekontor som omfatter hele legetjenesten i en kommune, har en langt sterkere integrasjon med annen kommunal virksomhet innen helse og omsorg enn det som er tilfelle for legekontorene basert på privat næringsdrift.

Sykepleiere er ikke nødvendigvis en ny yrkesgruppe på legekontor som kommer med PHT-forsøket. Blant legekontorene var det hele 9 som hadde sykepleiere fra før. Det var stor variasjon i disse sykepleiernes oppgaver på legekontorene. Ved noen få av legekontorene var det sykepleiere man hadde fra før, som skulle inn i PHT, men ved de aller fleste legekontor var det nyansatte sykepleiere som skulle inn i PHT.

Blant de 13 legekontorene i forsøket har 8 valgt å prøve ut honorarmodellen, mens 5 har valgt å prøve ut driftstilskuddsmodellen. Legekontorets driftsform ved starten av forsøket, har i stor grad styrt valg av finansieringsmodell. Dette gjør det utfordrende å fullt ut evaluere virkningene av de to finansieringsmodellene. Den viktigste begrunnelsen for å velge honorarmodellen, var at dette er en kjent modell som ikke krever særlig omlegging. Den viktigste begrunnelsen for å velge driftstilskuddsmodellen, var at den antas å gi bedre inntjening for kommunen/bydelen enn eksisterende finansieringsmodell i fastlegeordningen.

Fastlegekontor i forsøket

Registerdata viser at de legekontorene som prøver ut honorarmodellen, inkluderer 58 fastleger, mens de legekontor som prøver ut driftstilskuddsmodellen inkluderer 27 leger. Med unntak av ett legekontor med privat næringsdrift, er det kommunale legekontor som har valgt driftstilskuddsmodellen. Beskrivelsene basert på registerdata og fastlegene i forsøket i denne statusrapporten er å betrakte som foreløpige tall, særlig gjelder det beskrivelsene av aktivitet målt ved takstdata. Eventuell underrapportering av takster vil medføre at samlet registrert aktivitet blir lavere enn den faktiske.

Den gjennomsnittlige fastlegen som deltar i forsøket, skiller seg fra den gjennomsnittlige fastlegen som ikke deltar. Sammenlignet med nasjonale gjennomsnittstall er det blant fastlegene i forsøket vanligere med fastlønn, flere fastleger er spesialister i allmenntillegemedisin, pasientlistene er kortere, og andelen eldre på lista noe lavere. Målt ved bruk av konsultasjonstaksten, 2ad, er antallet konsultasjoner per listeinnbygger lavere blant fastlegene i forsøket sammenlignet de utenfor. Det kan være ulike grunner for disse forskjellene. Det mest interessante i denne sammenhengen er hvordan indikatorene endrer seg i løpet av forsøksperioden.

For en rekke variable ser det ut til at fastlegene ved legekontor som har driftstilskuddsmodell, er forskjellige fra fastlegene ved legekontor med honorarmodell. Listene i gruppen med honorarmodell er lengre enn i gruppen som har driftstilskuddsmodell. Gruppen med honorarmodell har også noe større andel eldre pasienter. Sammenlignet med driftstilskuddsmodellen har legene i gruppen med honorarmodell også flere pasientkonsultasjoner per listeinnbygger om vi benytter konsultasjonstakst 2ad per listeinnbygger som et mål på dette. I det videre arbeidet er det nødvendig å undersøke nærmere om (deler av) forskjellene skyldes at fastlegene med driftstilskuddsmodell i større grad har andre allmenntillegemedisinske oppgaver enn det legen med honorarmodell har. Fra intervjuundersøkelsen vet vi at omfanget av fastlegenes andre allmenntillegemedisinske oppgaver for kommunen varierer fra ikke-eksisterende ved noen private legekontor, til opp til femti prosent av stillingen ved enkelte kommunale legekontor. Mulige feilkilder i registreringer av aktivitet må også undersøkes nærmere.

I spørreundersøkelsen ble fastlegene spurt om sin ukentlige arbeidstid. Jevnt over jobber fastlegene mye. I en gjennomsnittlig arbeidsuke jobber de totalt 47 timer. Sytti prosent oppgir at de i snitt jobber mer enn 40 timer

per uke. Målt ved selvrapportert arbeidstid er det små forskjeller mellom de som mottar driftstilskudd (44,7 timer/uke) og de som har valgt honorarmodellen (47,2 timer/uke). Fastlegene har omtrent 18 konsultasjoner per dag, og hver konsultasjon varer i omtrent 20 minutter. Fastlegene bruker omtrent halvparten av tiden sin på direkte pasientkontakt, og omtrent 20 prosent på pasientrelatert etterarbeid.

Listeinnbyggere

Blant listeinnbyggerne som deltok i spørreundersøkelsen, hadde 91 prosent vært i kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene. Flertallet av disse oppga at kontakten hadde vært i form av konsultasjon hos fastlegen. De to vanligste årsakene til kontakt med fastlegekontoret var kontroll av tidligere diagnose, oppfølging eller kronisk lidelse og fornyelse av resept.

Bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester i de deltagende kommunene

En viktig del av evalueringen er å finne ut av om bruken av spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester blir påvirket. Igjen er det viktig å ha kunnskap om utgangspunktet blant annet for å danne seg et bilde av mulighetene for endring. Ved hjelp av registerdata beskriver vi bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester på kommunenivå og bydelsnivå i forsøksgruppe og resten av landet samt variasjonen mellom forsøkskommunene/bydelene. Forsøkskommunene har i gjennomsnitt en noe yngre befolkning enn landets øvrige kommuner. Forskjeller mellom forsøkskommunene og landets øvrige kommuner i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester gjenspeiles i noen grad av forskjellene i alderssammensetning. Det er interessante forskjeller mellom de enkelte kommuner og bydeler som deltar i forsøket. Dette gjelder både bruk av somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern for voksne og omsorgstjenester.

Deltakernes fornøydhets og vurderinger av tjenestene

Deltakerne i forsøket omfatter listeinnbyggere, ansatte ved fastlegekontor, og ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Ved oppstarten av forsøket var alle deltakerne generelt fornøyde med tjenestene og samarbeidet mellom deltakerne.

Listeinnbyggerne

Ni av ti listeinnbyggere som svarte på spørreundersøkelsen, hadde vært i kontakt med fastlegetjenesten de siste 12 måneder. Over halvparten av listeinnbyggerne oppga at de hadde langvarige helseplager. Som forventet var denne andelen høyest for de eldste listeinnbyggerne (67 prosent) og lavest for de yngste listeinnbyggerne (47 prosent). Til tross for de langvarige helseplagene anså 71 prosent at de hadde «god» eller «svært god» helse.

Alt i alt var listeinnbyggerne fornøyde med fastlegen, og halvparten svarte at de var 'svært fornøyd'. Listeinnbyggerne i aldersgruppen 18 til 34 år var i gjennomsnitt minst fornøyde, mens listeinnbyggerne i aldersgruppen 70 år eller eldre var mest fornøyde. Når det gjelder ulike forhold ved behandlingen de mottar fra fastlegen, var listeinnbyggerne i gjennomsnitt mest fornøyde med fastlegens evne til å behandle dem med respekt og minst fornøyde med fastlegens evne til å følge dem opp.

Ansatte på fastlegekontor

Både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer oppgir i gjennomsnitt at de, alt tatt i betraktning, er fornøyd med jobben sin. Av de ulike arbeidsforholdene vi spurte om, er alle yrkesgruppene mest fornøyd med kollegaene sine. Fastlegene er minst fornøyd (og i noen grad misfornøyd) med arbeidsmengden sin og tiden de har til å utføre sine arbeidsoppgaver. Sykepleierne og helsesekretærene er minst fornøyd med lønnen sin sett i forhold til sine anstrengelser.

Alle yrkesgruppene oppgir i gjennomsnitt at de er fornøyd eller svært fornøyd med samarbeidet på fastlegekontoret. Fastlegene var i gjennomsnitt i noen grad fornøyd med samarbeidet med andre deler av primærhelsetjenesten, og de var i noen grad fornøyd med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. De var verken fornøyd eller misfornøyd med samhandlingen med trygdeetaten (NAV). De var i gjennomsnitt mer fornøyd med samarbeidet med primærhelsetjenesten enn med de øvrige aktørene.

Øvrig helse- og omsorgstjeneste

De fleste av respondentene i spørreundersøkelsen til øvrig helse- og omsorgstjeneste opplever *ikke* at pasientene/brukerne de møter i sitt arbeid, i stor eller svært stor grad har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra helsetjenesten. De ansatte i kommunehelsetjenesten opplevde i større grad enn de ansatte i spesialisthelsetjenesten at pasientene/brukerne hadde udekkede behov fra fastlegetjenesten og

spesialisthelsetjenesten, mens det var motsatt når det gjaldt udekkede behov fra kommunal omsorgstjeneste og primærhelsetjenesten for øvrig.

Omtrent to tredjedeler av respondentene opplevde at samhandlingen med fastlegetjenesten alt i alt fungerte godt. Respondentenes vurdering av ulike påstander tyder imidlertid på at de ansatte i kommunehelsetjenesten var noe mer fornøyde med samarbeidet med fastlegetjenesten enn de ansatte i spesialisthelsetjenesten, særlig når det gjaldt samarbeid med eget tjenestested og kommunikasjonskanaler.

Deltakernes forventninger til forsøket og resultater av forsøket

Analysen av intervjudata viser at informantene som skal være en del av PHT, i stor grad entrer dette forsøket med et ønske om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Ved de fleste legekantorene ble det gitt uttrykk for både engasjement og skepsis i forhold til deltakelsen i forsøket.

Informantenes forventninger til hva sykepleier i PHT skal bidra til på legekantoret, var å overta rutinepreget og tidkrevende arbeid fra legen, mer systematikk og struktur, opplæring, hjemmebesøk, bedre koordinering av tjenester og kommunikasjon med legekantoret, bedre tilgang til legetjenesten, mer fleksibilitet og bedre kontinuitet for kronisk syke. Ved starten av forsøket var lite foreløpig avklart med hensyn til hvordan det konkrete samarbeidet i team skal foregå.

Noen leger var opptatt av at legen skal lede team og pasientbehandling, mens andre var opptatt av hvordan det må settes av ukentlig tid og ressurser til å samarbeide. Enkelte legekantor så ut til å preges av en stor grad av tillit mellom leger og sykepleiere. Det var ulike oppfatninger om hvorvidt fastlegen skal være portvakt for PHT. Flere informanter påpekte at helsesekretærens rolle i PHT-forsøket ikke er godt beskrevet i Helsedirektoratets dokumenter om forsøket med primærhelseteam. Grensen mellom sykepleier og helsesekretærs oppgaver ble av mange oppfattet som uklar.

Helsedirektoratet fremhever i sine beskrivelser at PHT skal legge vekt på proaktiv oppfølging og gode forløp. Noen fastleger pekte på proaktivitet som et tradisjonsbrudd i allmenmedisin. Forventningene til proaktivitet i PHT ble av flere knyttet til sykepleierens nye rolle og ikke til endring av legens rolle.

Om behandling av pasienter i målgruppene

Fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de i størst grad klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov, og at de i mindre grad klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet og pasienter med utviklingshemming. Blant de som svarte på spørreundersøkelsen blant ansatte i kommunehelsetjenesten, var det få som svarte at de opplever at pasienter/brukere de møter i sitt arbeid i stor eller svært stor grad har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra helsetjenesten. Når det gjelder fastlegetjenesten, opplevde respondentene at pasientene har for lite kontakt med fastlegen, ofte som følge av lange ventelister, at pasientene selv ikke tar kontakt med fastlegen, eller at fastlegen ikke i tilstrekkelig grad følger opp pasienten grunnet for stor arbeidsbelastning. Det pekes på et behov for flere hjemmebesøk fra fastlegene, og tettere oppfølging med hjemmetjenesten. Flertallet av de som svarte på spørreundersøkelsen blant ansatte i spesialisthelsetjenesten, var helt/delvis uenig i at «fastlegetjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested».

Alle legekantorene i forsøket synes å ha gjort de samme vurderingene mht. de målgruppene som Helsedirektoratet har pekt ut for PHT; det er vanskelig å rette arbeidet inn mot å nå alle - i alle fall i første omgang. Ved starten av forsøket, var fokuset for PHT-arbeidet i hovedsak rettet mot kronisk syke og skrøpelige eldre. Flere planla en systematisk gjennomgang av fastlegenes lister for å finne fram til og kontakte eldre som fastlegen ikke har hatt kontakt med på lang tid. Særlig ble det pekt på behov for tettere oppfølging av eldre pasienter med mange ulike medisiner som er, eller blir dårlige etterspørrere av legetjenester fordi helsen svekkes. Noen legekantor hadde valgt å rette PHT-arbeidet inn mot målgruppen med psykiske lidelser og rusavhengighet. Her var det på den ene siden snakk om tilbud rettet mot lettere psykiske lidelser og lettere rusproblematikk, og på den andre om å bidra til å forbedre den somatiske helsen til pasienter med alvorlig og langtkommen sykdom.

Gjennom forsøksperioden vil vi ved hjelp av registerdata undersøke bruken av takster som vi antar sier noe om behandling av pasienter som er i målgruppen for PHT-forsøket. I denne første statusrapporten beskrives hyppigheten av utløste takster for merarbeid ved årlig undersøkelse av psykisk utviklingshemmede eller personer med demens, årskontroll av diabetes og deltakelse i tverrfaglige møter. Utviklingen i disse takster antar vi kan relateres til oppfølging av brukere med store, sammensatte behov, og brukere som kan regnes som svake

etterspørrere. Nullpunktmålingen tyder generelt på at disse takstene er lite brukt og at det er stor variasjon i bruken fastleger imellom.

Forventninger blant ansatte ved fastlegekontor

I spørreundersøkelsen til ansatte ved fastlegekontor oppga 1 av 5 fastleger at de opplevde stor usikkerhet knyttet til inntektsgenerering, selv om 2 av 3 svarte at de ikke forventet noen endring i inntekt. Over halvparten av fastlegene forventer ingen endring i listelengde. Fastlegene forventet i liten til noen grad at ulike oppgaver kunne delegeres fra dem til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam. Likevel svarte omtrent en fjerdedel at de i stor eller svært stor grad forventet at de kunne delegere bort kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten og direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk eller e-konsultasjon). Samtidig forventer sykepleierne at deres arbeidsoppgaver i noen grad vil endre seg, mens helsesekretærene forventer i liten grad at arbeidsoppgavene vil endre seg.

En stor andel av fastlegene ved legekontor der primærhelseteam prøves ut, er enig i at primærhelseteam vil bidra til i større grad å identifisere pasienter med store og sammensatte behov og til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov. Derimot er fastlegene i kontrollgruppene særlig uenig i påstander om at primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger, en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret, økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig og kortere ventetid til fastlegetjenesten.

Alle yrkesgruppene forventer i gjennomsnitt at primærhelseteam i noen grad vil ha en positiv effekt på samarbeidet med ansatte på fastlegekontoret, med pasienter/brukere og deres pårørende, og med øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Forventninger blant ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste

Henholdsvis 36 og 65 prosent av respondentene i spørreundersøkelsene til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hadde ikke kjennskap til primærhelseteam utover det som ble beskrevet i spørreskjemaet. Til tross for manglende kjennskap til tiltaket, forventet en betydelig andel (73 prosent av respondentene i kommunehelsetjenesten og 62 prosent i spesialisthelsetjenesten) at pasienter/brukere vil i stor/svært stor grad kunne dra nytte av oppfølging fra primærhelseteam. I utdypende påstander om forventninger til primærhelseteam var det en særlig høy andel som svarte at de i stor eller svært stor grad (henholdsvis 67 og 49 prosent i kommune- og spesialisthelsetjenesten) forventet at primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov.

Selv om de fleste samlet sett var positive til primærhelseteam, forventet respondentene i kommunehelsetjenesten i større grad enn respondentene i spesialisthelsetjenesten at primærhelseteam ville være nyttig for pasientene de møter i sitt arbeid. Det kan skyldes at en større andel av respondentene i kommunehelsetjenesten allerede kjente til primærhelseteam, og dermed hadde en mer positiv holdning til tiltaket, eller at de møter ulike typer pasienter i sitt arbeid.

1. Innledning

Dette er den første statusrapporten om evalueringen av Helsedirektoratets forsøk med primærhelseteam. I rapporten beskriver vi forsøket med primærhelseteam og det planlagte innholdet i evalueringen. Vi gir også en beskrivelse av legekantorene som deltar i forsøket, sammenlignet med andre legekantor samt legekantorenes samarbeidspartnere og et utvalg av befolkningen. Beskrivelsene er basert på intervjuer, spørreskjemaundersøkelser og registerdata og inneholder både sentrale kjennetegn, planer og forventninger til forsøket. Rapporten gir en beskrivelse av status ved oppstart av forsøket.

1.1 Bakgrunn

Barbara Starfield (1998) definerer primærhelsetjenestens fire grunnleggende oppgaver (pilarer i hennes ordbruk): (1) primærhelsetjenesten er befolkningens første kontakt med helsevesenet; (2) primærhelsetjenesten tilbyr kontinuitet; (3) primærhelsetjenesten er opptatt av hele pasienten; og (4) primærhelsetjenesten tilbyr koordinering av helsetjenester for å ta hensyn til pasientenes sammensatte behov. Endringer både på etterspørselssiden og på tilbudssiden gjør det mer krevende enn før å ivareta primærhelsetjenestens grunnleggende oppgaver. På etterspørselssiden har endringene blant annet sammenheng med at en større andel av befolkningen vil bestå av eldre mennesker. Eldre har både flere og mer sammensatte helseproblemer enn yngre mennesker og de lever lengre med kroniske sykdommer enn før. Fra etterspørselssiden er det også større politisk oppmerksomhet om brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet enn før. Felles for disse pasient- og brukergruppene er behovet for kontinuitet, helhet og koordinering av tjenester fra flere ulike tjenesteytere. På tilbudssiden går utviklingen innen medisinsk teknologi i retning av mer spesialiserte tilbud og mindre helhetlig perspektiv på brukernes helseproblemer.

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) framholder at et bedre primærhelsetjenestetilbud krever en teambasert tilnærming og regjeringen varslet i meldingen at den ville legge til rette for primærhelseteam. Primærhelseteam omtales i meldingen som en form for utvidet allmenlegepraksis, bestående av allmenlege, sykepleier og administrativt personell. Primærhelseteam kan forstås som en organisasjonsmessig innovasjon som skal gjøre primærhelsetjenesten bedre i stand til å oppfylle sine fire grunnleggende oppgaver overfor mer krevende pasienter enn før. En omlegging til primærhelseteam i norsk allmenlegetjeneste vil innebære endret organisering og nye arbeidsformer hvor tilførsel av mer sykepleierressurser vil gi mulighet for tverrfaglig (multidisiplinært) samarbeid.

Forsøk med primærhelseteam er en del av en internasjonal utvikling. Det er et mangfold av organisasjonsmåter og resultater av teambaserte primærhelsetilbud i andre land. I USA er utviklingen av Patient-Centered Medical Homes (PCMH) blant annet kjennetegnet av team-baserte tilbud. Nutting et al. (2009) rapporterer erfaringer fra den første nasjonale forsøksordningen med introduksjon av ordningen. De rapporterer at endring av praksis er krevende og presenterer forslag til tiltak som kan bidra positivt til vellykket endring. Rosenthal & al. (2015) presenterer resultater fra et forsøk med PCMH i staten New York. Etter tre år finner de blant annet en økning i antall konsultasjoner i primærhelsetjenesten og en reduksjon i antall konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Samtidig som det er endring i sammensetningen av tjenester, er det ingen effekt på samlet kostnad til helsetjenester. Sinaiko et al. (2017) presenterer resultater fra en metaanalyse av 11 PCMH initiativer. De finner betydelig heterogenitet i resultater mellom initiativene. De fleste forsøkene kan ikke rapportere endringer i kvalitetsmål. Det var en viss reduksjon i konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten og noe reduksjon i samlede utgifter til helsetjenester. Forfatterne konkluderer med at en større satsing på PCMH forutsetter at man er i stand til å påvise helseforbedringer for pasientene.

Mousqués et al. (2010) undersøker effektene for pasienter med diabetes type 2 av et forsøk med samarbeid mellom allmenlege og sykepleier i Frankrike. De finner at oppfølging og glykemisk kontroll er bedre for pasientene i forsøksgruppen enn i kontrollgruppen. De finner ingen forskjeller i kostnader mellom forsøksgruppen og kontrollgruppen. Dette forsøket er senere fulgt opp i et større randomisert forsøk der målgruppen er pasienter med kroniske sykdommer mer generelt. Samme forfatter finner i foreløpig upubliserte resultater at kvaliteten på oppfølging av pasientene også her blir bedre i forsøksgruppen med primærhelseteam.

Strumpf et al. (2017) presenterer resultater fra et forsøk med primærhelseteam i provinsen Quebec i Canada. I dette forsøket er det ingen forandring av finansieringsmåte. De finner en reduksjon i både besøk til primærlegekontorer og spesialisthelsetjeneste og en tilsvarende reduksjon i kostnader. Det er ingen reduksjon i sykehusinleggelses. De konkluderer med at endringer i organisasjon i primærhelsetjenesten kan ha effekter selv med uforandret finansieringsordning.

1.2 Forsøket med primærhelseteam (PHT)

I Statsbudsjettet for 2018 ble det bevilget penger til et forsøk med PHT. Gjennomgangen over viser at norske myndigheters forsøk med PHT er en del av en internasjonal utvikling. Beskrivelsen av internasjonale forsøk med PHT og evalueringene av disse viser samtidig et mangfold av organisasjonsmåter og resultater. Heterogeniteten i helsesystemer og resultater fra internasjonale evalueringer begrunner forsøk og tilhørende evaluering i de enkelte land før systemendringer eventuelt blir initiert.

Det norske forsøket med PHT gjennomføres av Helsedirektoratet og tar utgangspunkt i listeinnbyggere på fastlegenes lister. Målet med forsøket er prøve ut en organisasjonsform med teamorganisering og to alternative finansieringsmodeller. Forsøket skal vare i tre år.

1.2.1 Sykepleiere i fastlegekontor

Forsøket med PHT tilfører sykepleiere til fastlegekontor. Dette er ikke nødvendigvis nytt for et legekontor. Før forsøkets start, arbeidet det sykepleiere ved mange fastlegekontor rundt omkring i landet. Men man har ikke systematisk kunnskap om hvor mange fastlegekontor i landet som har sykepleiere i sin stab og hvilke arbeidsoppgaver disse sykepleierne gjør. Offentlig statistikk om sykepleiere i allmennelegetjenesten skiller ikke mellom sykepleiere som jobber på legekontor og sykepleiere som jobber legevakt.

Et av legekontorene har også ansatt allmennpsykolog.

1.2.2 Teamorganisering

I Helsedirektoratets forsøk med PHT, er PHT avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressurser til fastlegekontor i størrelsesforholdet: 3 fastleger:1 sykepleier. Forsøket legger ingen føringer mht. den relative dimensjoneringen av helsesekretærressursen. Det er en fastlege som skal lede teamet.

1.2.3 To alternative finansieringsordninger

I forsøket prøver man ut to måter å finansiere primærhelseteamene på: Honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Den sentrale forskjellen mellom modellene er at honorarmodellen er mer aktivitetsavhengig enn driftstilskuddsmodellen. Nedenfor forklarer vi innholdet i de to modellene.

Honorarmodellen

Honorarmodellen er en videreføring av hovedmodellen for finansiering av fastleger. Fastleger finansieres delvis med kommunalt basistilskudd avhengig av hvor mange listeinnbyggere¹ 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. Inntektene går inn i et driftsselskap drevet av fastlegene. Driftsselskapet betaler sykepleieren fast lønn. Hver av de to komponentene antas å kunne finansiere halvparten av sykepleierlønnen. Takstene som sykepleiere utløser, er beskrevet i Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam. Takstene blir dels betalt av staten og dels av pasientene i form av egenbetaling som går under egenandelstak 1. Takstene er i det vesentlige knyttet til enkel pasientkontakt, telefonkonsultasjon, tidsavhengige konsultasjoner ved frammøte, hjemmebesøk, gruppebehandling og tverrfaglige samarbeidsmøter.

Driftstilskuddsmodellen

I driftstilskuddsmodellen erstatter den 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. Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (86 prosent) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (14 prosent). Listeinnbyggertilskuddets størrelse avhenger av listeinnbyggernes alder og kjønn, helsetilstand (ikke innført ennå), levekår og reiseavstand. Lavekår og reiseavstand er avhengig av kommunen hvor fastlegepraksisen er lokalisert. Tilskuddet basert på resultat og kvalitet avhenger av dekningsgrad for

¹ Listeinnbygger: en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

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. Kvalitetskomponentene er beregnet å utgjøre ca. tre prosent av driftstilskuddet ved forsøkets oppstart.

1.2.4 Andre føringer

Selv om forsøket retter seg mot alle innbyggernes på fastlegenes lister, definerer Helsedirektoratet noen målgrupper i rapporten «Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering» (Rapport-IS2656). Det er brukere med store og sammensatte behov inndelt i fire hovedkategorier: brukere med kroniske sykdom, brukere med psykisk helseutfordringer og rusmiddelmissbruk, brukere som er skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Det også viktig å nå innbyggere med behov for allmenmedisinske tjenester, men som vurderes som svake etterspørrere. Det legges også vekt på at PHT skal jobbe proaktivt mot de definerte målgruppene. Brukermedvirkning er også vektlagt. Bruker eller den som ivaretar brukers interesser, skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud fra PHT

PHT krever tekniske endringer i de elektroniske pasientjournalene (EPJ). For eksempel må sykepleier få innsyn i og mulighet til å bruke relevante deler av pasientens journal hos fastlegen I tillegg krever det funksjonalitet i EPJ som tilrettelegger for bedre kontroll, oversikt og dokumentasjon av sykepleiers vurderinger, tiltak og resultater. Det er også krav om at EPJ må tilpasses innføring av honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Direktoratet for e-helse har utarbeidet kravspesifikasjon til EPJ-leverandørene.

1.2.5 Hvilken endringslogikk bygges forsøket på?

Sett i et instrumentelt perspektiv, bygger forsøket med PHT på en forventning om at dagens situasjon (utgangspunktet), gjennom noen virkemidler og aktiviteter, kan endres og gi noen forventede effekter på kort og lang sikt. Utgangspunkt, virkemidler, aktiviteter og forventede effekter er oppsummert i Tabell 1-1, og nærmere beskrevet videre i avsnittet.

Tabell 1-1: Utgangspunkt, virkemidler, aktiviteter og forventede effekter av PHT-forsøket på kort og lang sikt

Utgangspunkt	Virkemidler	Aktiviteter	Forventede effekter på kort og lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> • Flere lever lengre med kroniske sykdommer • Mer fokus på brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet • Behovet for kontinuitet, helhet og koordinering av tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilføre sykepleierressurser • Teamorganisering • Honorarmodell • Driftstilskuddsmodell • Opplæring • IKT-verktøy • Innslag av proaktivitet • Brukermedvirkning 	<ul style="list-style-type: none"> • PHT materialiseres på hvert legekantor: • presisering av målgrupper • Utforming av tiltak • Roller og ansvar utvikles og fordeles 	<ul style="list-style-type: none"> • Endret praksis og bedre oppfølging av målgrupper: • Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter • Økt pasient- og brukertilfredshet • Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester • Redusert forekomst av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester • Bedre samhandling • Bedre samlet ressursbruk

Utgangspunktet

Endringer gjør det mer krevende enn før å ivareta primærhelsetjenestens grunnleggende oppgaver. Flere lever lengre med kroniske sykdommer enn før, og det er større politisk oppmerksomhet om brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet enn før. Felles for disse pasient- og brukergruppene er behovet for kontinuitet, helhet

og koordinering av tjenester fra flere ulike tjenesteytere. Samtidig går utviklingen i retning av mer spesialiserte tilbud og mindre helhetlig perspektiv på brukernes helseproblemer.

En rammebetingelse for forsøket er at fastlegekontorene i utgangspunktet har ulike driftsformer, og er integrert med kommunal helsetjeneste på ulike måter.

Virkemidler

PHT kan forstås som en organisasjonsmessig innovasjon som skal gjøre primærhelsetjenesten bedre i stand til å oppfylle sine grunnleggende oppgaver knyttet til å gi kontinuitet, være opptatt av hele pasienten, og koordinere tjenester. Virkemidlene kan beskrives slik: Sykepleierressurser tilføres legekantorene. Med teamorganiseringen skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen og gi en større bredde i tilbud og oppfølging. Gjennom honorarmodell skal utgifter til sykepleierressursen kompenseres, delvis gjennom et driftstilskudd og delvis gjennom takstfinansiering som skal gi insentiv til at sykepleier ivaretar oppgaver på en bedre måte enn oppgavene ivaretas i dag. Insentivet i driftstilskuddsmodellen, hvor det meste av tilskuddet er basert på objektive kriterier, antas å være at teamet frigjør seg fra taksting og takststyring av adferd, og konsentrerer seg om å skape en kvalitativt god tjeneste for de som har størst behov. I følge Helsedirektoratets beskrivelse av forsøket (Rapport IS.2656), skal det foregå et opplæringsprogram for de utvalgte kommunene og praksisene, hvor teamarbeid, ledelse av tverrfaglige team og brukermedvirkning er viktige elementer, samt at det planlegges veiledning av teamene i forsøksperioden. Større innslag av proaktivitet skal innebære en legetjeneste som er mer på tilbudssiden, og som arbeider mer forebyggende og oppsøkende der oppfølging trenges mest, brukermedvirkning skal bidra til å styrke legitimiteten til tjenesten og sikre kvaliteten, og nytt IKT-verktøy skal understøtte teamenes arbeid for eksempel med å finne fram til pasienter som kan ha nytte av innsats fra PHT. Elektronisk pasientjournal, kjernejournal, digital dialog og videokonferanser er sentrale IKT-verktøy.

Aktiviteter

PHT materialiseres på hvert unike legekantor og i kommuner/bydeler som har ulikt organiserte helsetjenester for målgruppene. Med slike ulike rammebetingelser skal målgruppene for primærhelseteam presiseres og tiltak utformes, for eksempel prosedyrer for årskontroll og utforming av behandlingsplan. Roller og ansvar for personellgruppene i PHT skal utvikles og fordeles.

Forventede effekter på kort og lang sikt

Basert på disse virkemidlene og aktivitetene skal PHT gi bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging av definerte pasientgrupper og skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Etablering av PHT skal gi riktigere arbeidsdeling og dermed bedre bruk av samlede ressurser.

1.2.6 I hvilken sammenheng gjennomføres forsøket?

Forsøket gjennomføres samtidig som det er uro rundt fastlegeordningen. Det er flere tegn på at kommunene har problemer med å rekruttere fastleger. Avisen VG gjorde en kartlegging høsten 2017 der 198 kommuner meldte at de hadde problemer med å rekruttere fastleger. Aksjonen blant fastleger («Trønderopprøret») har samlet informasjon fra fastleger som uttrykker at et mindretall av dem er sikre på at de vil være fastleger om fem år. I en undersøkelse bestilt av KS fra våren 2018 (Ipsos, 2018) svarer et flertall av kommunene at de finansierer fastlegeordningen med beløp som går utover basistilskuddet til fastlegene. De fleste gjør det for å rekruttere fastleger og for å beholde fastleger over tid. Med 24 prosent av fastlegene over 60 år er rekrutteringstiltak viktige.

For å kartlegge arbeidsbyrden blant fastlegene tok myndighetene initiativ til en tidsbruksundersøkelse som ble utført første halvår 2018. Undersøkelsen ble utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og viste at fastlegene arbeider i gjennomsnitt 55,6 timer i uken, samtidig som variasjonen er stor (Rebnord et al., 2018). Ti prosent av legene arbeider mer enn 75 timer i uken, mens 25 prosent arbeider mer enn 62 timer.

Norge er ikke alene om å oppleve problemer med rekruttering av leger til primærhelsetjenesten. I Danmark opplyser Sundheds- og Ældreministeriet (2018) at 70% av allmennlegepraksisene er lukket for nye pasienter samtidig som 10% av allmennlegene er over 65 år. Matthews-King (2018) rapporterer at 15,3% av primærlegehjemlene i England er ledige. Dette tilsvarer 6000 at fulltids legehjemler er ledige og utlyst.

Parallelt med utprøvingen av PHT, foregår det også flere andre utviklingsrettede forsøk i primærhelsetjenesten. Sentralt er forsøk med medisinsk avstandsoppfølging og forsøk med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam.

I følge Helsedirektoratet er medisinsk avstandoppfølging bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme. Pasienten gjør avtalte målinger i egen stue og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett. Resultatene overføres til en oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller dersom målingene er utenfor normalverdiene. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov for oppfølging, og vurderer sammen med pasienten om det er behov for kontakt med fastlege eller legevakt. To kommuner og en bydel som deltar i forsøket med primærhelseteam, deltar også i den nye utprøvingen av medisinsk avstandoppfølging.

Målet for forsøket med tverrfaglige oppfølgingsteam er å bidra til tjenesteutvikling i kommunene som skal sikre tidlig identifisering og en strukturert tverrfaglig oppfølging av brukere med store og sammensatte behov, slik det er beskrevet i «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» fra Helsedirektoratet. Forsøket med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam skal bidra til å implementere og teste ut veilederen i praksis og gjennomføres nå i seks kommuner.

Samtidig med PHT-forsøket foregår det også en helhetlig evaluering av fastlegeordningen. Denne evalueringen skal foreligge i løpet av høsten 2019 og utgjør samtidig en del av sammenhengens forsøket foregår i.

1.3 Valget av legekantor til PHT-forsøket

I august 2017 inviterte Helsedirektoratet alle landets kommuner til å søke om deltakelse i forsøket med PHT. Helsedirektoratet la i utgangspunktet opp til at de ville inkludere seks kommuner i forsøket – 2 små kommuner (under 5 000 innbyggere), 2 mellomstore kommuner (mellom 5 000 og 20 000 innbyggere) og 2 store kommuner (over 20 000 innbyggere). Helsedirektoratet ville prioritere kommuner med høy deltakerprosent blant fastlegene, og anslo at forsøket tentativt ville inkludere 80 fastleger (Rapport IS-2656).

Ved søknadsfristens utløp 15. oktober 2017, var det kommet inn søknad om deltagelse fra 17 av landets 426 kommuner. To av disse var fra kommuner med under 5 000 innbyggere, ti var fra kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og fem fra kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Her inngår Oslo, hvor tre ulike bydeler søkte. De eneste kommunene som søkte med det utgangspunkt å inkludere alle kommunens fastleger i forsøket, var kommuner som bare har ett legekantor. De øvrige kommunene og bydelene søkte med utgangspunkt i at mellom ett og tre legekantor i kommunen/bydelen ville delta i forsøket.

Helsedirektoratet valgte i utgangspunktet ut ni av de 17 kommunen som hadde søkt, til forsøket. Deriblant Oslo kommune med tre bydeler. Dette valget omfattet 16 ulike legekantor og til sammen 88 fastleger. Kommunene og bydelene ble skjønnsmessig valgt ut på bakgrunn av opplysninger gitt i søknaden som blant annet handlet om geografisk plassering, hvilken finansieringsmodell man ønsket å prøve ut og for å sikre at antall fastleger ble omtrent 80 som tentativt anslått.

Før forsøket startet, trakk to av de opprinnelig valgte kommunene seg. I tillegg trakk to legekantor fra øvrige utvalgte kommuner/bydeler seg. Evaluator har ikke gjort noen egne undersøkelser for å kartlegge kommunenes og legekantorenes begrunnelser for å trekke seg. Prosjektledelsen i Helsedirektoratet har opplyst at dette dels har sammenheng med svak forankring av, og intern motstand mot, forsøksdeltakelse ved legekantorene, mye negativ omtale av forsøket med PHT i fastlegefora og oppfatning om økonomisk risiko forbundet med deltakelse.

Helsedirektoratet jobbet med ulike løsninger for å supplere med nye legekantor. De landet etter hvert på å inkludere to av de opprinnelige søkerkommunene til forsøket. Forsøket inkluderte fortsatt ni kommuner, deriblant Oslo med tre bydeler, og 13 legekantor.

Per oktober 2018, hadde 12 av de 13 legekantorene i forsøket startet opp med PHT. Sju legekantorer startet forsøket 1. april 2018, ett startet 1. mai, ett startet 1. juni, ett startet 6. august og to startet 1. september. De to som startet 1. september var de to kommunene som siste ble valgt ut til forsøket. De tre øvrige som startet etter 1. april, gjorde det fordi de ventet på at sykepleierne var klar til å begynne og/eller de ventet på ferdigstilling av ombygging/utvidelse av lokaler for å få plass til ny(e) sykepleier(e). Det 13. og siste legekantoret startet forsøket i november 2018.

1.4 Evalueringsoppdraget

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

- Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- Brukere som i medisinen omtales som «skrøpelige eldre»
- Brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse

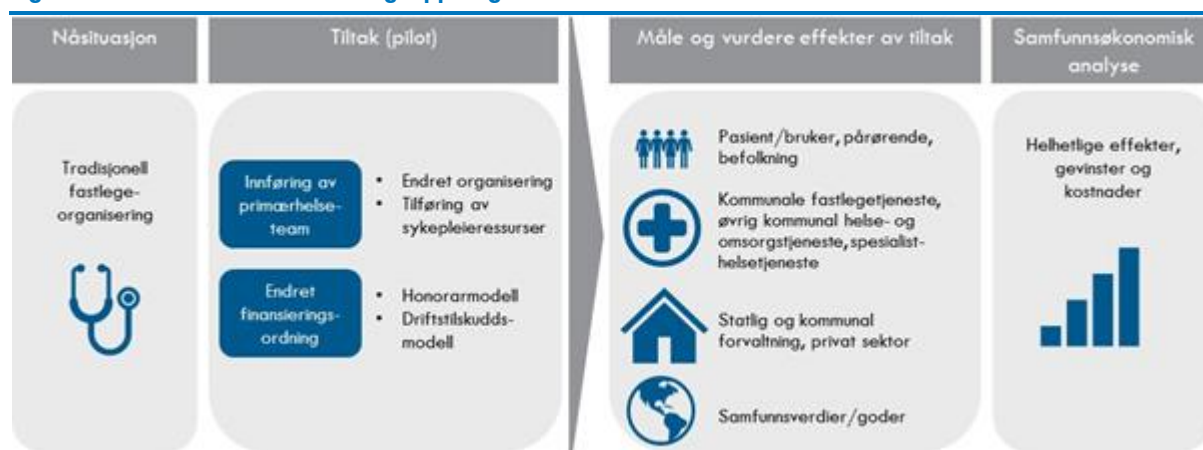
Det er også viktig å nå innbyggere med behov for allmenmedisinske tjenester, men som vurderes som svake etterspørere.

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 primærhelseteam 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 primærhelseteam. De samfunnsøkonomiske konsekvensene av forsøket skal utredes og oppsummeres i sluttrapporten etter endt forsøk. **Feil! Fant ikke referanseilden.** gir en oversikt over evalueringsoppdraget.

Figur 1-1: Oversikt over evalueringsoppdraget



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

1.4.1 Evaluering utfordringer knyttet til forsøksdesignet

I evalueringen er vi interessert i å sammenligne måloppnåelse i de fastlegekontor som deltar i forsøket, med hva måloppnåelsen ville vært dersom de samme legekantorene ikke deltok i forsøket (dvs. 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 forsøksenheterne, 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 (loddtrekning) betyr at man ved loddtrekning deler potensielle legekantor 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 hva gjelder observerbare og ikke-observerbare kjennetegn. En konsekvens av randomiseringen, er at vi kan anta at utviklingen i forsøksenheterne hadde vært identisk med utviklingen i kontrollenheterne, dersom forsøket ikke hadde blitt gjennomført. Utviklingen i kontrollenheterne er da en god tilnærming til det kontrafaktiske forløpet og den kausale effekten av forsøket kan estimeres ved å sammenligne utviklingen i forsøksgruppen med utviklingen i kontrollgruppen.

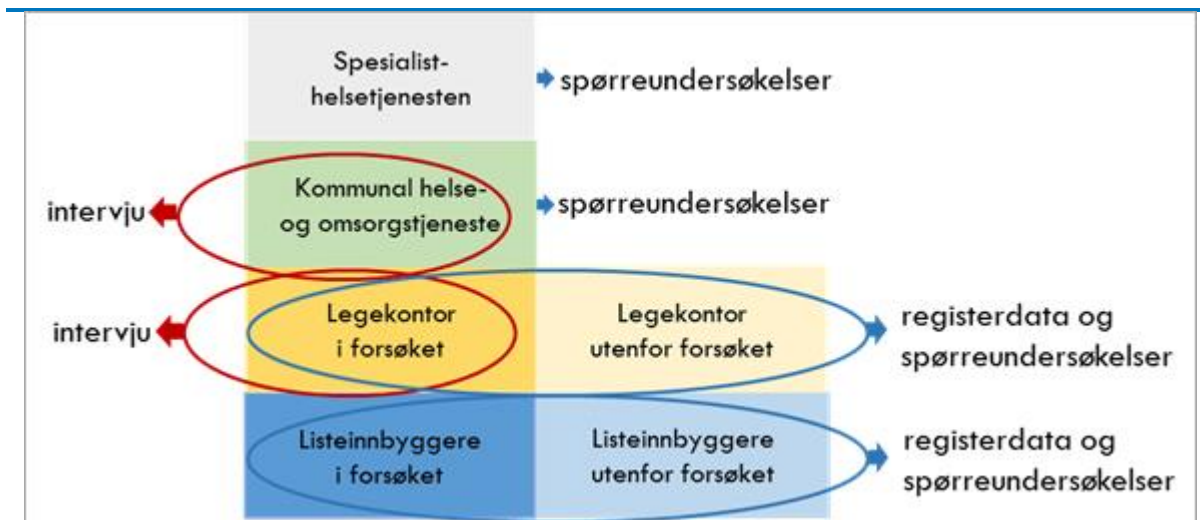
Forsøket med PHT er ikke randomisert. Det er mange ledd i utvelgelsen av forsøkskommuner og de legekantor som er med i forsøket. Kommunene som valgte å søke om deltakelse, skiller seg sannsynligvis fra dem som ikke valgte å søke om deltakelse, på en måte som kan være av betydning for evalueringen. Eksempelvis 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 helsetilbudet over tid enn kommunene som ikke søkte om deltakelse. Det andre leddet i utvelgelsen skjer innad i kommunene som søkte om deltakelse. I disse kommunene valgte noen fastlegekantor å delta, mens andre valgte ikke å delta. De legekantor 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 legekantor 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 legekantor kan i samråd med kommunen bestemme om finansieringen skal skje etter honorarmodellen eller driftstilskuddsmodellen. Det er sannsynlig at legekantorene 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. I Helsedirektoratets valg vurderes både objektive og subjektive kriterier. De subjektive kriteriene er bl.a. knyttet til forventet måloppnåelse.

At forsøkskommuner og de legekantor som er med i forsøket er en selektert gruppe som sannsynligvis skiller seg fra kommunene og legekantor som ikke deltar, gjør det vanskelig å identifisere årsakssammenhenger. Forsøket i seg selv definerer ingen kontrollgruppe. Det blir dermed en viktig oppgave i evalueringen å finne fram til legekantor og kommuner som ligner mest mulig på de som de som deltar i forsøket. I valget av slike kontrollenheter kan man legge ulike kriterier til grunn. For eksempel kan man velge enheter som søkte, men ikke ble valgt. En supplerende mulighet er å velge de legekantor i forsøkskommunene som valgte ikke å delta eller legekantor som ligger i kommuner i nærheten av forsøkskommunene. En kan også legge mer formelle statistiske metoder til grunn. For eksempel kan man utfra så mange som mulig observerbare kjennetegn ved legekantor beregne sannsynligheten for at et bestemt legekantor blir deltaker i forsøket. En kan deretter for hver deltaker velge kontrollkantor som har den samme sannsynlighet for å delta, men som ikke deltar. Denne metoden (propensity score matching) sikrer at de observerbare egenskapene ved kontrollgruppen er mest mulig lik de observerbare egenskapene i forsøksgruppen. De uobserverbare forskjellene kan vi derimot ikke kontrollere for på denne måten. I avsnittene nedenfor redegjøres det for hvordan problemet med å finne en kontrollgruppe blir håndtert i undersøkelsene av registerdata og spørreundersøkelser.

1.5 Metodisk tilnærming til evalueringsoppdraget

Utprøvingen av PHT og en endret finansiering er et ambisiøst prosjekt med mange delmål og potensielle effekter. For å evaluere forsøket på en tilfredsstillende måte vil vi benytte oss av en rekke ulike metoder (metodetriangulering) og flere typer av data. Analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjudata vil utgjøre sentrale deler i evalueringen. Figur 1-2 gir en skjematisk framstilling av datatilfanget og analyseenheter i evalueringen. Undersøkelsene med de ulike datainnsamlingsmetodene gjennomføres og rapporteres i første omgang hver for seg. Det er planlagt gjentatte datainnsamlinger og tilhørende analyser gjennom forsøksperioden. Analysene ved starten av forsøket vil i noen grad integreres i sammendraget i denne rapporten. En endelig integrert analyse av hele forsøket vil bli gjort i sluttrapporten som skrives etter endt forsøk.

Figur 1-2: Dataifang og analyseenheter i evalueringen



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

1.6 Rapportens videre oppbygning

De påfølgende kapitlene beskriver analyser gjort ved starten av forsøket. I kapittel 2 presenteres en intervjuundersøkelse gjort ved legekantorene i forsøket og i den kommunale helse- og omsorgssektoren i kommuner/bydeler som deltar i forsøket. I kapittel 3 presenteres en spørreundersøkelse gjort blant listeinnbyggere både i og utenfor forsøket. Kapittel 4 presenterer en undersøkelse blant ansatte på legekantor både i og utenfor forsøket. Kapittel 5 presenterer en spørreundersøkelse blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. I kapittel 6 presenteres en studie basert på registerdata. Kapittel 7 gir en beskrivelse av opplegget rundt den samfunnsøkonomiske analysen som ferdigstilles etter endt forsøk. Kapittel 8 oppsummerer funn og konklusjoner. Referanser er listet i Kapittel 9.

2. Intervju på legekantor og i kommuner

Gjennom intervju søker vi å komme tett på og forstå den lokale konteksten som PHT-forsøket implementeres i. Før forsøket startet, var det vesentlige ulikheter mellom legekantorene for eksempel i driftsform og hvorvidt de hadde sykepleiere ansatt fra før. Vi antar at slike ulikheter kan påvirke utfallet av forsøket. Den foreløpige analysen viser at informantene i stor grad entrer dette forsøket med et ønske om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Men ved oppstart hadde mange av legekantorene ikke klart for seg hvordan de skulle arbeide med PHT. Noen fastleger har pekt på proaktivitet (som er vektlagt i bakgrunnsdokumentene om PHT) som et tradisjonsbrudd i allmennmedisin. I dette kapitlet beskrives forventninger, hvordan PHT planlegges materialisert på det enkelte legekantor, hvordan medarbeidere planlegger å jobbe og de endringene som så langt har skjedd. Analysen som presenteres, er basert på intervjudata fra 12 legekantor og ni kommuner i PHT-forsøket innhentet våren og høsten 2018.

2.1 Formål og problemstillinger

PHT-forsøket kan studeres som implementering av en reform, hvor man er opptatt av hvordan man får noe nytt (her: primærhelseteam) til å virke i praksis. Hovedproblemstillinger er: hvordan forløper prosessen og hva blir utfallet? Implementering er ikke en engangshendelse men en pågående prosess (Ogden og Fixen 2014). Organisatoriske endringer implementeres ikke på en gitt dato. Det er da arbeidet begynner (Hennestad 2002).

Implementeringsforskning handler om å finne ut hva som faktisk skjer når noe nytt implementeres. Forskningen kan fortelle hvorfor noe virker, ikke virker eller virker annerledes enn det var tenkt. I følge Ogden og Fixen (2014) kan implementering skje som en top-down prosess der endring iverksettes fra en sentral kilde (for eksempel Helsedirektoratet) til lokalt nivå (for eksempel legekantor). En slik top-down prosess studeres gjerne ved at grad av måloppnåelse vurderes. Med en bottom-up prosess er man mer opptatt av hvordan de som skal implementere endringene, har valgt å løse oppdraget. Implementeringsforskere anbefaler å kombinere top-down og bottom-up tilnærminger (Hill og Hupe 2014, Fixen et al 2013, Ogden et al 2009).

En kvalitativ tilnærming med intervjudata er i denne sammenhengen en bottom-up tilnærming som gjør at vi kan beskrive utviklingsprosesser og erfaringer som ikke lar seg beskrive ved hjelp av registerdata og data fra kvantitative spørreundersøkelser. Denne typen data er i dette tilfellet mer knyttet til top-down prosessen og er egnet til å si noe om effekter og måloppnåelse. Formålet med å gjøre intervju, er å komme tett på og søke å forstå den lokale konteksten som PHT-forsøket implementeres i. Den lokale konteksten handler om legekantorene og de relevante omgivelsene rundt dem dvs. øvrig helse- og omsorgstjenesten i aktuelle kommuner/bydeler som legekantorene samhandler med. Særlig viktig her er hjemmetjenesten, tjenester for psykisk helse/rus og tjenester for brukere med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse. Vi antar at både trekk ved legekantorene og ved helse- og omsorgstjenestene kan påvirke utfall av PHT-forsøket. Dernest er formålet å beskrive forventninger, hvordan primærhelseteamene materialiseres på det enkelte legekantor, hvordan medarbeidere velger å jobbe, de endringene som skjer og de effektene som oppleves.

I dette kapitlet presenteres analyser basert på intervjudata som ble samlet inn ved oppstart av PHT-forsøket, ved 12 legekantor² i ni ulike kommuner våren og høsten 2018. Vi planlegger gjentatte intervju med de samme informantene gjennom den treårige forsøksperioden. Dette for å få innsikt i hvordan fastlegetjenesten i forsøkskommunene endres med teamorganiseringen og hvordan teamene utvikles og velger å arbeide sammen internt, med øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen/bydelen og med spesialisthelsetjenesten.

2.2 Data og metode

2.2.1 Innsamling av intervjudata

Intervjuene kom i stand ved at forskerne tok kontakt med kommunens/bydelens prosjektleder eller PHT-leder og avtalte passende datoer for intervju. Prosjektleder/PHT-leder var behjelpelig med å få på plass intervjuavtaler.

² Det 13. legekantoret startet opp med PHT 1. november og er av den grunn ikke med i denne analysen.

Vi ba i utgangspunktet om å få intervjuavtaler med så mange som mulig av personellet som skal utgjøre primærhelseteamet (fastleger, helsesekretærer og sykepleiere). Vi ba også om hjelp til å få til intervju med relevante kommunale samarbeidspartnere (i hjemmetjeneste, psykisk helse/rus og tjenester for utviklings-/funksjonshemmede). Her lot vi det være opp til prosjektleder/PHT-leder å avgjøre hvem de anså at det var relevant for oss å snakke med.

Det ble gjort individuelle semi-strukturerte intervju med kommunens/bydelens prosjektleder og med PHT-leder. Øvrige intervju ble enten gjort med enkeltinformanter eller med grupper av informanter. Vi gjorde adskilte intervju med fastleger og øvrig personell ved legekantorene.

Noen intervju ble av praktiske grunner gjort via Skype eller telefon like i etterkant av de øvrige intervjuene som ble gjort ansikt til ansikt.

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt intervjuguider slik at de var forberedt på hva intervjuene ville dreie seg om. De fleste intervju ble gjennomført med to forskere til stede. Den ene stilte spørsmål og den andre noterte underveis. Intervjuene med ansatte på legekantorene ble transkribert og brukt som grunnlag for analysen. Analysen av data fra øvrige informanter er i denne rapporten basert på notater fra intervjuene.

2.2.2 Intervju og informanter

I forbindelse med det enkelte legekantors oppstart av forsøket med PHT (i noen tilfeller like før og i andre tilfeller like etter oppstart), ble det gjennomført 84 intervju med til sammen 157 personer (se Tabell 2-1). Hoveddelen av intervjuene ble gjort med personellet som jobber eller skal jobbe, på fastlegekantorene i PHT-forsøket.

Det ble gjennomført 51 intervju med 101 informanter ved 12 legekantor. Alle PHT-ledere, som også er fastleger, ble intervjuet. Fem av de 12 PHT-lederne har i tillegg rollen som kommunens prosjektleder. Vi intervjuet så mange som mulig av medarbeiderne som var tilstede og hadde anledning, den dagen eller de dagene vi fysisk besøkte legekantorene.

Det ble gjennomført 33 intervju med 56 informanter med relevante personer tilsatt i helse- og omsorgstjenesten i de kommuner/bydeler hvor PHT-forsøket skal gjennomføres. Et fåtall intervju ble gjort med helseledere. Mesteparten av informantene var fra tjenester som er relevant for målgruppene for PHT; hjemmetjenester, tjenester for psykisk helse/rus og tjenester for utviklingshemmede og folk med funksjonsnedsettelse. Det var både ledere og annet personell blant disse informantene.

Tabell 2-1: Oversikt over intervju og informanter.

Informantgruppe	Antall intervju	Antall informanter	Spesifikasjon
Fra deltagende legekantor	51	101	Antall PHT-ledere: 12 Antall fastleger: 33 Antall sykepleiere: 27 Antall helsesekretærer: 27 Antall bioingeniører: 2 Prosjektledere for PHT-forsøket: 5
Fra helse- og sosialtjeneste i kommune/bydel	33	56	Helseledere: 8 Hjemmetjenesten: 17 Psykisk helse/rus: 10 Utviklingshemmede: 11 Annet: 5

2.2.3 Analyse av intervjudata

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

Siden det i denne studien er avtalt på forhånd med oppdragsgiver hvilke spørsmål evalueringen skulle gi svar på, er rammeverket for analyse (se Tabell 2-2: Det analytiske rammeverket for intervjustudien Tabell 2-2) i stor grad definert på forhånd. Det ble lagt mindre vekt på prosessen med å identifisere tema fra intervjumaterialet enn ved en induktiv tilnærming som er mer vanlig i analyser av kvalitative data. Det dukket imidlertid opp noen nye tema i intervjuene.

I analysen har vi vektlagt å få fram likhetstrekk og variasjon på tvers av legekantorene i forsøket og på tvers av kommuner/bydeler.

Tabell 2-2: Det analytiske rammeverket for intervjustudien

Legekantoret og kommunen/bydelen - kontekstuelle faktorer

- Driftsform
- Helsesekretærenes arbeid før PHT-forsøket
- Innslag av sykepleiere og eventuelle sykepleieres arbeid før PHT-forsøket
- Trekk ved samarbeidet på legekantoret før PHT-forsøket og mellom legekantoret og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (integrasjon)

Hvordan skal primærhelseteamet arbeide?

- Oppfatninger av endringer i fastlegenes arbeid
- Oppfatninger av endringer i helsesekretærenes arbeid
- Oppfatninger av endringer i sykepleiernes arbeid (i tilfeller legekantoret hadde sykepleiere fra før)
- Oppfatninger om valget av PHT-sykepleier og sykepleiers kvalifikasjoner
- Forventninger om og planer for endringer i legekantorets måte å arbeide på
- Oppfatninger om proaktivitet
- Oppfatninger om brukermedvirkning
- Oppfatninger om IKT-verktøy og derav nye måter å arbeide på

Målgruppene for PHT; hvilke målgrupper, tilnærming til målgruppene

Pasientens tilgang til primærhelseteam

Vurderinger omkring valg av finansieringsmodell

- Oppfatninger om betaling for PHT, inkludert betaling fra rus/psykiatri
- Oppfatninger av sykepleiertakst (gjelder kun honorarmodellen)
- Oppfatninger om sykepleiers forventede inntjening (gjelder kun honorarmodellen)

Annet

- Utviklingsprosessen og deltakelse samarbeidet med kommune/bydel om forsøket
 - Arbeidsbyrden med etablering av PHT
 - Å være en del av PHT-forsøket
-

Siden kommunenes/bydelenes helsetjenester er ulikt organisert og legekantorene likeså, er det en utfordring å beskrive dette, og samtidig unngå å lage detaljerte beskrivelser som er problematiske med hensyn til mulig identifisering av informanter. I denne rapporten er derfor hovedtrekkene oppsummert, uten å gå i detaljer.

2.2.4 Styrker og begrensninger ved intervjumaterialet

Det er begrenset hvilken innsikt man kan få ut av enkeltstående intervju. Det at vi har gjort flere intervju ved det enkelte legekantor med ulike personellgrupper gir oss en bredere innsikt enn om vi bare hadde intervjuet én informant. Det er også krevende å få god innsikt i organisering og sammenheng i helse- og omsorgstjenesten i en kommune eller bydel ved å intervju et fåtall informanter én gang. Det er trolig mye vi ikke har fått med oss, som vil være relevant for gjennomføring og utfall av PHT-forsøket. Gjentatte intervju, slik vi planlegger, med de samme informantene gjennom forsøksperioden vil gi større innsikt i de lokale PHT-prosessene og den lokale organiseringen og dimensjoneringen av helse- og omsorgstjenesten.

2.3 Resultater

I dette delkapitlet presenteres resultater fra analysen basert på intervjuene som ble gjort ved oppstart av PHT-forsøket. Temaene som presenteres er i all hovedsak basert på det analytiske rammeverket presentert i Tabell 2-2 over.

2.3.1 Driftsform og relasjon til kommunen

Blant de 12 legekantorene i forsøket identifiserte vi tre ulike driftsformtyper.

Det er kjent fra tidligere studier at det er stor organisatorisk fleksibilitet i fastlegeordningen, noe som åpner for mange ulike lokale driftsformer ved fastlegekontor (Abelsen et al 2016a). Fastlegeordningen bygger på individuelle avtaler mellom en lege og en kommune/bydel. Legen tar ansvar for individrettet kurativt legearbeid for en definert listepopulasjon, som hovedregel kombinert med en kommunal deltidstilling på inntil 7,5 timer per uke (en arbeidsdag) for å gjøre andre allmenlegeoppgaver for kommunen/bydelen. Størrelsen på den kommunale deltidstillingen kan variere, fra ikke-eksisterende til langt utover en arbeidsdag per uke. Et hovedskille går mellom avtaler basert på at fastlegene er privat næringsdrivende og avtaler basert på at fastlegene er tilsatt i kommunen (Abelsen et al 2016b). Når fastlegene er tilsatt, er det kommunen/bydelen som eier og driver legekantoret og har arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell. Privat næringsdrift kan skje uten noen relasjon til kommunen hvor leger eier og driver legekantoret i eide eller leide lokaler og med hjelpepersonell som de selv har arbeidsgiveransvar for. I spennet mellom kommunal drift og privat næringsdrift finnes det mange ulike varianter av praktisk/økonomisk samarbeid om driften av et legekantor som kan innebære at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer, og/eller hjelpepersonell, mot at fastlegene betaler et månedlig eller årlig beløp for dette.

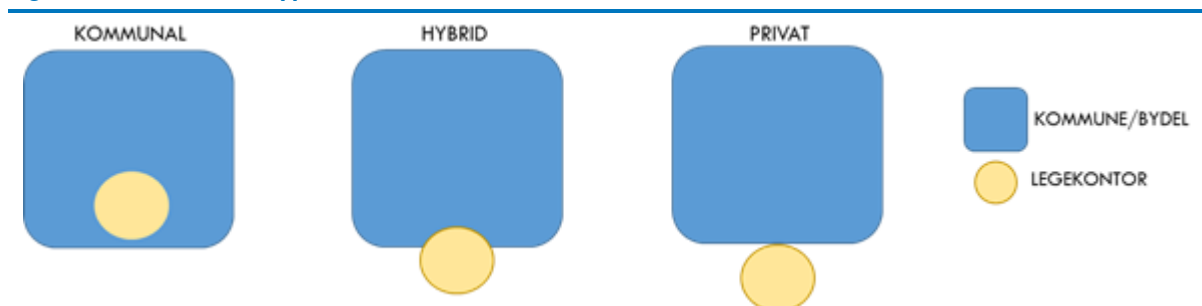
Ingen sentrale bestemmelser om type medarbeidere og dimensjonering

Det er ingen sentrale bestemmelser om hvilke medarbeidere som skal finnes ved et legekantor, eller hvordan medarbeidere skal dimensjoneres i forhold til fastlegekapasiteten. Innslaget av medarbeidere varierer dermed legekantor imellom. Det er vanlig at legekantor inkluderer helsesekretærer. Det finnes også sykepleiere og bioingeniører blant medarbeidere på fastlegekontor (Reichborn-Kjennerud 2010).

Tre driftsformtyper med ulike relasjon til kommunen/bydelen i forsøket

Vi har kategorisert de 12 legekantorene i forsøket i tre driftsformtyper avhengig av deres relasjon til kommunen/bydelen. Vi har kalt de tre driftsformene: *kommunal*, *hybrid* og *privat*. Ulikhetene er søkt illustrert i Figur 2-1. Disse driftsformtypene rommer en god del intern variasjon. Noe av den mest vesentlige variasjonen som vi antar kan ha betydning for PHT-forsøket, har vi søkt å redegjøre for i det videre.

Figur 2-1: Tre driftsformtyper i forsøket



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

Fem av legekantorene er i kategorien *kommunal*, dvs. at de er drevet av kommunen/bydelen med fastleger og hjelpepersonell som er ansatt i kommunen/bydelen. Fastlegene jobber i hovedsak med egne pasientlister og har i tillegg kommunale bistillinger. De kommunale bistillingene utgjør i noen tilfeller 50 prosent eller mer. To av de fem legekantorene i denne kategorien inkluderer hele legetjenesten i kommunen, også legevakt. De tre øvrige legekantorene er alle ett av flere legekantor i kommunen/bydelen (henholdsvis et av tre, et av seks og et av åtte).

Fem av legekantorene har vi plassert i kategorien *hybrid*. Det betyr at fastlegene er privat næringsdrivende med kommunal deltidstilling. Størrelsen på de kommunale deltidstillingene varierer, men utgjør for de fleste legene en arbeidsdag i uken. Fire av de fem legekantorene i kategorien *hybrid*, eier/leier bygget som legekantoret er i

og har arbeidsgiveransvar for hjelpepersonellet. Den femte legekantoret leier lokaler fra kommunen og kommunen har arbeidsgiveransvar for hjelpepersonellet. Dette legekantoret rommer alle fastleger i kommunen. En av de fire andre legekantorene i kategorien *hybrid*, rommet også alle fastlegene i kommunen.

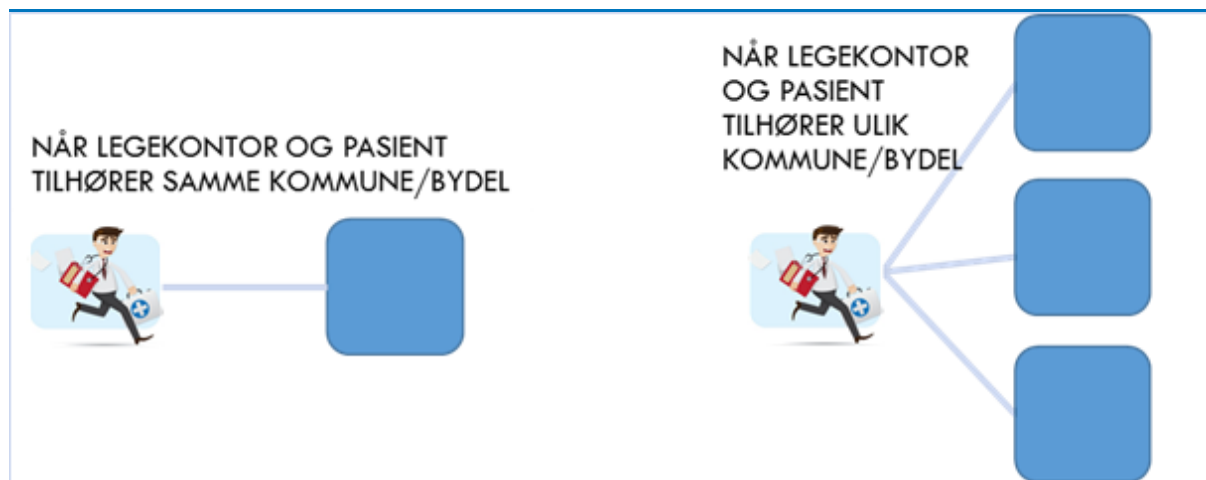
To legekantor fra samme bydel er plassert i kategorien *privat*. Fastlegene er privat næringsdrivende og har ikke noe tilsetningsforhold i form av deltidsstillinger i bydelen, de leier lokaler av private aktører og har arbeidsgiveransvar for hjelpepersonellet. Disse er to av totalt 12 legekantor i bydelen.

Graden av fastlegenes formelle tilsetningsforhold med kommunen/bydelen gir store variasjoner i legekantorenes integrasjon med og relasjon til kommunen/bydelen. Intervjumaterialet tyder på at legekantorene i kategorien *kommunal* før forsøket startet, har en langt sterkere integrasjon med annen kommunal virksomhet innen helse og omsorg enn det som er tilfelle for legekantorene i kategorien *privat* (se kap.2.1.3). De legekantorene som rommer alle fastleger i kategorien *hybrid*, ligner de *kommunale*, mens legekantorene i *hybrid*-kategorien som er ett av mange legekantor i sin kommune/bydel, likner de *private*.

Innslaget av listeinnbyggere fra andre kommuner/bydeler

Flertallet av legekantorene i forsøket har pasienter som stort sett bor i samme kommune/bydel som legekantoret er lokalisert. Noen av legekantorene har imidlertid et betydelig innslag av listeinnbyggere fra andre kommuner/bydeler. Et eksempel er et legekantor med stort innslag av listeinnbyggere fra nabokommunen fordi det i nabokommunen har vært stor ustabilitet og mye vikarbruk i legetjenesten. Et annet eksempel er et legekantor som ligger på grensen mellom tre bydeler, i et område med mye næringsvirksomhet hvor arbeidskraft pendler inn fra omkringliggende kommuner. Fastlegelistene har dermed listeinnbyggere fra tre ulike bydeler og også andre kommuner. Flere av fastlegene som jobbet i store bykommuner, fortalte at det er en utfordring for dem å ha oversikt over hjelpe- og behandlingstilbudet i flere kommuner/bydeler samtidig og å skaffe seg oversikt over hvilket tjenestetilbud som finnes og hvilke tjenester ulike pasienter får fra sin kommune/bydel. Det er grunn til å anta at det i forsøksperioden vil være mer utfordrende å søke å bygge og forsterke samarbeidsrelasjoner til øvrig helse- og omsorgstjeneste i mer enn én kommune/bydel samtidig. Forskjellen for fastlegene i deres integrasjonsarbeid mot kommune/bydel rundt enkeltpasienter, er søkt illustrert i Figur 2-2.

Figur 2-2: Samarbeidsrelasjoner mellom fastlege og kommune/bydel



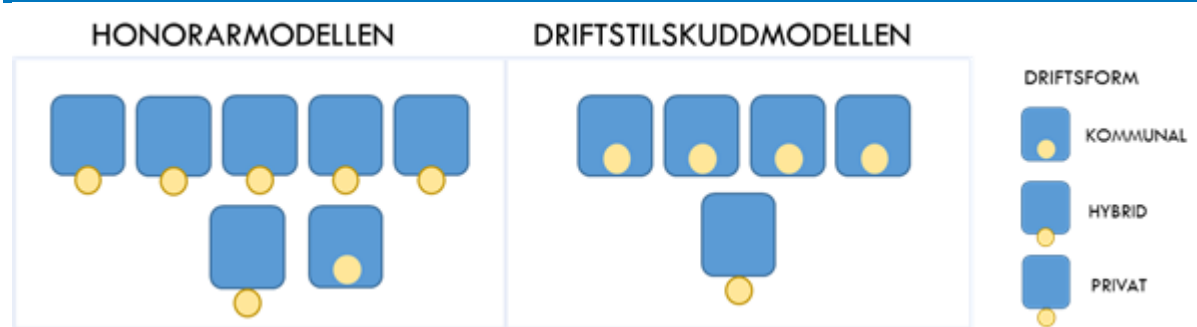
Illustrasjon: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

2.3.2 Aspekter ved valg av finansieringsmodell

Driftsform har i stor grad styrt valget av finansieringsmodell

Legekantorene i forsøket har stått fritt i valget av finansieringsmodell. Blant de 12 legekantorene, er det sju som har valgt honorarmodellen og fem som har valgt driftstilskuddsmodellen. Legekantor hvor legene er næringsdrivende, har i hovedsak valgt honorarmodellen. Mens de legekantorene som er kommunale med fastlønnede leger, har valgt driftstilskuddsmodellen. Figur 2-3 viser hvordan valg av finansieringsmodell henger sammen med legekantorenes driftsform.

Figur 2-3: De 12 legekantorenes valg av finansieringsmodell fordelt etter driftsformtype



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

To brudd med hovedlinjen

Det er to brudd med hovedlinjen i valg av finansieringsmodell. Et legekantor i kategorien *kommunal* hvor legene er fast ansatt med fast lønn og en bonusavtale (dvs. at de i tillegg til sin faste lønn får en andel av egen takstproduksjon og egenandeler fra egne pasienter), har valgt honorarmodellen. Dette for å kunne videreføre legenes lønnsystem.

En annen legekantor med næringsdrivende leger som ikke hadde sykepleier før forsøket startet, har valgt driftstilskuddsmodellen. Begrunnelsen for dette var at de vil jobbe på en annen måte enn før. De ønsket ikke at hverken eget eller sykepleierens arbeid skal styres av hva man kan, og ikke kan, ta en takst for. En av legene sa rett ut at han er dritlei av å jobbe etter takstsystemet. Økonomien har vært en vesentlig faktor i de interne diskusjonene ved legekantoret før de valgt å gi inn i forsøket. De fikk før oppstart beregninger fra prosjektledelsen i Helseledelsen som tydet på at de reint økonomisk vil kunne komme ut omtrent som før med driftstilskuddsmodellen. De vurderte honorarmodellen som uforutsigbart siden de ikke visste hvor mye tid forsøket vil kreve. Denne tiden mente de ikke har noen finansiering i honorarmodellen. Med driftstilskuddsmodellen antok de at de ikke vil være så avhengig av å se et visst antall pasienter om dagen for å skape nødvendig inntjening. Legene i praksisen har bestemt at de skal ha lik fast lønn i forsøksperioden. Men de hadde på intervjuetidspunktet ikke inngått noen formell avtale seg imellom om dette. De så for seg at en slik avtale også må beskrive hvordan de gjør det i tilfeller hvor leger er syk eller har annet fravær.

Honorarmodellen - fordi den er kjent

Den viktigste begrunnelsen for å velge honorarmodellen, var at dette er en kjent modell som ikke krever særlig omlegging. En endring til driftstilskuddsmodellen ville for næringsdrivende leger kreve reforhandling av eksisterende interne avtaler ved legekantorene. Dette ble ikke oppfattet å være særlig rasjonelt å gjøre for en treårig forsøksperiode.

Flere av de som har valgt honorarmodellen, hadde regnet på driftstilskuddsmodellen og konkludert med at det er for stor økonomisk risiko forbundet med den. Flere informanter fortalte om beregninger som tydet på at driftstilskuddsmodellen ville gi enkeltleger flere hundre tusen kroner i redusert årlig inntjening.

Noen av de som valgte honorarmodellen, fortalte at de ikke hadde brukt tid på å regne på driftstilskuddsmodellen men raskt konkludert med at den var for uklar, økonomisk uforutsigbar og dermed uaktuell.

Ulike oppfatninger knyttet til potensialet for sykepleiernes inntjening

Flere PHT-ledere i de legekantorene som har valgt honorarmodellen, var tvilende til at sykepleierne ville kunne tjene inn halvparten av egen lønn ved hjelp av takstene slik de er utformet. De så i alle fall ikke for seg at det ville være mulig på kort sikt. Takstsystemet som er rigget for sykepleierne, er «spinklere» enn det som er rigget rundt legene; de skal på den ene siden gjøre en god del ting som ikke er direkte pasientrettet og på den andre siden er ikke pasientene vant til å gå til sykepleier når de i utgangspunktet søker fastlegen. Andre PHT-ledere mente at sykepleiernes inntjening ikke ville være noe problem.

Blant PHT-sykepleierne var det noen som snakket om at de hadde prestasjonsangst mht. å generere nok takster for å dekke den utgiften de representerer for legekantoret. Dette handlet blant annet om at det var uvant for dem å bruke takster. Særlig hvis de var på hjemmebesøk og måtte avslutte besøket med at «da kommer det en regning i posten».

Driftstilskuddsmodellen - fordi den antas å gi bedre inntjening for kommunen/bydelen

Den viktigste begrunnelsen for å velge driftstilskuddsmodellen, var at den antas å gi bedre inntjening for kommunen/bydelen enn eksisterende finansieringsmodell. De fleste legekantorene hadde fått beregninger fra Helsedirektoratet som viste inntjening med driftstilskuddsmodellen, som gjorde at de kunne sammenlikne med inntjening før forsøket. I noen tilfeller var det snakk om en million kroner mer i årlig inntjening med driftstilskuddsmodellen. Dette ble forklart med at leger på fastlønn ikke har samme insentiv som næringsdrivende leger til å kreve refusjon for alle mulige takster og takstkombinasjoner knyttet til en pasientkonsultasjon. Dette gjør at inntekten til kommunen blir lavere enn den i realiteten burde være. Informantene oppfattet at driftstilskuddsmodellen bygger på en gjennomsnittlig takstinntekt for en næringsdrivende fastlege og antok at dette gjennomsnittet ligger godt over den takstinntekten de fleste av fastlønnsleger genererer i eksisterende system. En av PHT-lederne utdypet dette:

«Vi er ikke flinke å takste. Vi får ikke hentet ut potensialet i det hele tatt. Sant, så jeg tenker, og vi har, selv om vi har jobbet med det og laget sånne hurtigtakster og har fokus på det og liksom ukens takst og alt det der, så ser vi jo at det er, det er jo en stor forskjell [...] hun [navn] som har jobbet mye privat før hun kom hit, hun får inn 20.000 mer i uka enn hun [navn] som bare har jobbet kommunalt. Det er ganske store beløper. [...] Det er jo helt ekstremt egentlig.»

I ett tilfelle ble valget av driftstilskuddsmodellen i utgangspunktet tatt av ansatte i kommunen/bydelen i en hastig søknadsprosess for å rekke Helsedirektoratets frist for å søke om deltakelse i forsøket. Dette valget ble ikke på forhånd drøftet med legekantoret som skulle være med i forsøket. Det hadde heller ikke basis i noen økonomiske beregninger. Da legekantoret ble valgt ut til forsøket av Helsedirektoratet, stilte tiltenkt PHT-leder spørsmål ved om driftstilskuddsmodellen ville være økonomisk bærekraftig og etterlyste grunnlaget for valget av finansieringsmodell. En av informantene fortalte om prosessen i etterkant:

«sånn umiddelbart etter at vi fikk klarsignal og så litt nøyere på det så ble, var det en del usikkerhet om dette ville gå rundt økonomisk. Og da lette vi litt tilbake, okay, men det må jo ha vært noen gode argumenter for at vi valgte akkurat den og ikke den. Og det har vi egentlig ikke, ja, holdt på å si funnet [...] når vi da meldte en usikkerhet knyttet til det så kom de fire stykker (latter) fra Helsedirektoratet på et møte og hadde da, ut i fra det de hadde av data gjort foreløpige sånne kalkyler, altså veldig sånn på et grovt nivå. Men allerede der så vi at okay, dette blir ikke noe stort tapsprosjekt. Det ser ut som det kan gå i balanse og kanskje bitte litt i pluss»

En finansieringsmodell med egenandeler er en utfordring – særlig for målgruppen rus/psykiatri

Begge finansieringsmodeller bygger på at pasientene skal betale egenandeler inntil egenandelstak ¹³. Uavhengig av valgt finansieringsmodell, pekte flere av informantene på at egenandeler allerede er en utfordring med eksisterende finansieringsystem. Særlig gjelder dette for personer med ruslidelser og psykisk syke ungdommer med lav betalingsevne. Fastlegene strekker seg ofte i en slik situasjon og forteller at det blir en del tusen i tapte egenandeler hvert år. En PHT-leder sa det slik: «det er ofte de som trenger det mest som ikke klarer å betale». Flere informanter ga uttrykk for at forsøket burde vært gjennomført uten egenandeler og at det er et paradoks at helsemyndighetene initierer et mer oppsøkende tilbud rettet mot utsatte grupper som forutsetter at pasienten har evne til å delfinansiere fastlegenes og sykepleierens økte innsats. Flere PHT-ledere fortalte at de har tatt kontakt med det lokale NAV-kantoret for å søke å finne en løsning som gjør at personer med lav betalingsevne kan få tjenester fra PHT uten å betale egenandeler.

¹³ I 2018 er egenandelstak 1 på 2 258 kroner.

2.3.3 Integrasjon med kommunale tjenester ved oppstart av forsøket

Integrasjonen mellom legekantor og andre kommunale helsetjenester i forsøkskommunene var ulik ved oppstarten av forsøket, og vi forventer at dette vil påvirke hvordan relasjonene utvikles og hva som blir resultater av forsøket. Ulikhetene kom til syne ved ledelse og plassering av (kommunale) legekantor i kommunens organisasjonskart, forekomsten av faste samarbeidsmøter mellom legekantor og deler av kommunal helsetjeneste, forekomsten av primærkontakter, samvirke og teamarbeid eller annet samarbeid mellom legekantor og deler av kommunal helsetjeneste, hvorvidt leger og/eller sykepleiere var ansatt eller hadde en funksjon både på legekantor og i kommunal helsetjeneste, og hvordan elektroniske meldinger ble brukt som kommunikasjonsverktøy. Videre gis en beskrivelse av trekk ved integrasjonen mellom legekantor og ulike deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Organisering og ledelse

I tillegg til at driftsformen i legekantorene kan karakteriseres som *privat*, *hybrid* eller *kommunal*, varierte også plassering og ledelse av kommunale legelegekantor i kommunens/bydelens organisasjonskart, slik at legekantor kunne oppfattes som en egen enhet med egen ledelse, leder av legekantor kunne samtidig være leder av kommunens helsetjeneste, eller legekantor kunne være organisert i en annen avdeling enn for eksempel kommune-/bydelsoverlege. I ett tilfelle var pleie- og omsorgstjenesten (sykehjem og hjemmetjeneste) privat, selv om legekantoret var kommunalt. Ulik plassering og ledelse av hvert enkelt legekantor innebærer altså i utgangspunktet ulike former for integrasjon med kommunale helsetjenester.

Samarbeidsmøter

Faste samarbeidsmøter mellom fastleger og henholdsvis rus- og/eller psykiatritjeneste, tjenester for psykisk utviklingshemmede og hjemmetjeneste, så ut til å forekomme kun ved noen kommunale legekantor eller ved legekantor med hybridmodell som er eneste legekantor i kommunen. Hyppigheten på slike møter varierte fra ukentlige, annenhver uke, hver sjettede uke til to ganger per år.

Primærkontakter

To legekantor var omfattet av at hjemmetjenesten er organisert med primærkontakter, og en kommune hadde primærkontakter i psykiatrien også. En primærkontakt er en eller få personer som har overordnet oppfølgingsansvar for enkeltpasienter, og som er en som fastlegen kan henvende seg til angående en pasient. Det var enten faste møter eller ad-hoc møter mellom primærkontakt i hjemmetjenesten og fastlege.

Andre teamarbeid

Informantene trakk i tillegg fram følgende teamarbeid eller annet samarbeid som allerede foregår mellom legekantor og kommunal helse- og omsorgstjeneste og eventuelt spesialisthelsetjenesten:

- I tilknytning til flere av legekantorene fulgte ansatte i rus-/psykiatritjenesten pasienten enten til legekantoret eller var med helt inn på konsultasjonen. En fastlege nevnte at denne konsultasjonsformen også løste problemet med egenbetaling fra svake betalere, siden konsultasjonen da kunne takstes som et samarbeidsmøte.
- Ansatte fulgte utviklingshemmede (som ikke har språk) på konsultasjon på legekantoret. Ansatte understreket hvor viktig det er å bli møtt med forståelse på legekantoret; både av hjelpepersonell og fastleger.
- Ansvarsgruppemøter: inntrykket var at tidkrevende møter ikke alltid var topp prioritert av fastleger, det var personavhengig, og legenes deltakelse varierte. Enkelte tjenester la alltid møter til fastlegens kontor for å gjøre fastlegens deltakelse lettere, mens andre pekte på at fastlegen alltid var den første som ble forespurt med hensyn til møtetidspunkt.

Ansatt på flere steder

Integrasjon mellom legekantor og andre helsetjenester kan også foregå gjennom at ansatte er tilsatt på flere steder. Mest aktuelt var integrasjon mellom legevakt og legekantor. I vårt materiale fant vi at en eller flere sykepleiere som jobbet ved tre av de tolv legekantorene også jobbet på legevakt. I tillegg deltok legene i legevakt, hvis det ikke var ansatt egne legevaktsleger. Legenes kommunale deltidsstillinger i bydelen/kommunen kan også ses på som integrasjon mellom legekantor og kommunale helse- og omsorgstjenester (se kapittel 3.3.1).

Sykepleiere på legekantor med roller i kommunehelsetjenesten

En annen type integrasjon mellom legekantor og andre kommunale helsetjenester er at sykepleiere på legekantor er KOLS-kontakt eller sårkontakt i kommunehelsetjenesten. Denne integrasjonen fant vi kun ved kommunale legekantor.

Bruk av elektroniske meldinger - enkelte digitale sinker

Elektroniske meldinger er et verktøy for informasjonsutveksling og samhandling som de aller fleste informantene pekte på. Jevnt over ble tiden etter at de elektroniske meldingene kom omtalt som en ny verden. Informanter i kommunale helsetjenester karakteriserte fastlegenes evne til å svare som jevnt over god, men pekte på at fastlegenes bruk av elektroniske meldinger var personavhengig og noen måtte mases på. Noen hadde lært seg hvilke fastleger som ikke svarte, og benyttet heller telefon for å komme i kontakt med dem.

Det ble også nevnt at tjenesten ikke kunne vite om meldingen var lest og oppfattet av fastlegen; kun om den var åpnet. Fra fastlegenes siden ble en utfordring nevnt i en stor kommune, med at meldingene fra pleie- og omsorgstjenesten ikke var signert med navn, og fastlegen visste dermed ikke hvem han kommuniserte med. Dette handlet også om tillit; det var lettere å stole på samarbeidspartnere som du kjenner og kjenner kompetansen til.

2.3.4 Innslag av sykepleiere ved legekantorene før forsøket startet

Før PHT-forsøket startet var det ansatt sykepleiere ved 9 av de 12 legekantorene som denne intervjustudien omfatter. Det var variasjon i sykepleiernes oppgaver på legekantorene og variasjon i kombinasjonen av oppgaver. Det var vanlig å gjøre sykepleieroppgaver eller prosedyrer som utløser legetakst, helsesekretær oppgaver, kommunale oppgaver eller bydelsoppgaver, og andre oppgaver.

Antallet sykepleiere ved legekantorene før forsøket startet

Ved 9 av de 12 legekantorene som studien omfatter, var det ansatt mellom 1 og 4 sykepleiere på hvert kontor. Disse hadde varierende stillingsbrøker. På to av kantorene var det relativt nytt med sykepleiere (kun de siste 1-2 år). Tabell 2-3 viser forekomsten av sykepleiere da forsøket startet.

Tabell 2-3: Forekomsten av sykepleiere før forsøket startet

Antall sykepleiere	Antall legekantor
Ingen	3
1 sykepleier	3
2 sykepleiere	4
3 sykepleiere	0
4 sykepleiere	2
Sum	12

Sykepleiernes oppgaver før PHT-forsøket

Tabell 2-4 under viser seks ulike kombinasjoner av oppgavetyper som vi fant ved de 9 legekantorene som hadde sykepleier fra før, uten at noen typiske kombinasjoner pekte seg ut. Oppgavetyperen «annet» omfatter administrative oppgaver, legevaktsoppgaver, veiledning mm.

Tabell 2-4: Seks kombinasjoner av sykepleieroppgaver på legekantor før primærhelseteamforsøket

Kombinasjons-type	Sykepleieroppgaver/ prosedyrer som utløser legetakst	Helsesekretær- oppgaver	Kommunale-/ bydels-oppgaver	Annet
1	✓	✓		✓
2	✓	✓	✓	✓
3	✓			✓
4	✓		✓	✓
5		✓	✓	✓
6			✓	

På seks av de ni legekantorene gjorde sykepleierne helsesekretær oppgaver. Dette gjorde de i større eller mindre grad. På enkelte legekantor var idealet at alle medarbeidere (helsesekretærer, sykepleiere og

bioingeniører) skulle rullere på oppgavene og i utgangspunktet gjøre alt, slik at kontoret skulle være lite sårbart ved fravær. Dette omfattet som regel stasjoner som resepsjon, skiftestue og laboratorium. På andre kontor foregikk en viss rulling, men sykepleierne var for eksempel mindre på laboratorium og mere på skiftestue enn øvrig hjelpepersonell.

På legekantor hvor sykepleierne ikke gjorde helsesekretær oppgaver, gjorde de enten kun sykepleier oppgaver som utløste legetakst (oppgaveglidning), eller kommunale oppgaver/bydels oppgaver, eller en kombinasjon av disse to.

På sju av de ni legekantorene gjorde sykepleierne i ulik grad oppgaver eller prosedyrer som utløste legetakst. Dette var for eksempel spirometri, EKG, CRP, audiometri, øreskylling, vaksinerings, blodtrykkskontroller, oppfølging av LAR-pasienter eller sårstell. Enkelte sykepleiere gjorde nesten bare slike oppgaver, mens andre gjorde noe av dette i tillegg til andre arbeids oppgaver. Minst tre av legekantorene hadde egen timeliste for denne typen sykepleier.

På fem av de ni legekantorene gjorde sykepleiere kommunale oppgaver eller bydels oppgaver. Dette var knyttet til for eksempel flyktninger, smittevern og vaksinerings. På fire av de ni kantorene gjorde sykepleiere oppgaver knyttet til legevakt eller akuttmedisin. Dette var for eksempel oppgaver knyttet til å betjene daglegevakt, ha ansvar for medisinkofferten til legevakt, eller holde akuttkurs for turnusleger.

Ved tre av kantorene var en sykepleier kontorleder eller avdelingsleder.

2.3.5 Helsesekretærenes oppgaver før PHT-forsøket

Det var stor variasjon mellom legekantorene i forsøket mht. hvilke arbeids oppgaver helsesekretærene gjorde før forsøket startet. Variasjonen i helsesekretærenes arbeids oppgaver viser at det lokalt skjer oppgaveglidning fra fastleger til helsesekretærer.

Arbeids oppgavene som informantene har omtalt som del av helsesekretærenes arbeid, kan grovt sett deles inn i fem kategorier: mottak og respons på pasienthenvendelser, annet administrativt og forefallende arbeid, laboratorie arbeid, skiftestue og andre medisinsk-faglige oppgaver (for eksempel knyttet til pasienter med KOLS og diabetes).

Helsesekretærenes deltakelse i klinisk pasientarbeid varierte

Alle helsesekretærene i forsøket mottok og responderte på pasienthenvendelser og gjorde annet administrativt og forefallende arbeid. Det var helsesekretærenes deltakelse i det kliniske pasientarbeidet som varierte legekantorene imellom. Ved de fleste legekantor gjorde helsesekretærene spirometri- og ekg-undersøkelser, i tillegg til blodprøvetaking og annet lab-arbeid. Helsesekretærene var også delaktig i sårbehandling flere steder. Ved noen legekantor gjorde helsesekretærene avgrensede deler av årskontroller av diabetes- og KOLS-pasienter. Noen steder hadde helsesekretærer utviklet faglig kompetanse som gjorde dem særlig kvalifisert for avgrenset prosedyrearbeid gjort på delegasjon fra legene. Ved ett legekantor hadde en helsesekretær opparbeidet høy fagkompetanse på diabetes. Hun gjorde hoveddelen av arbeidet med oppfølging av legekantorets diabetespasienter (nærmest som en poliklinikk) i nært samarbeid med pasientenes fastlege. Det at enkelt personer blant helsesekretærene hadde en slik særlig kompetanse og arbeidsfelt, hørte imidlertid til unntakene. Hovedinntrykket var at helsesekretærene ved et legekantor hadde de samme arbeids oppgavene og at de rullerte på ulike arbeidsstasjoner gjennom uken for å sikre at det daglige, nødvendige arbeidet blir gjennomført uavhengig av sykefravær, men også for å skape variasjon i arbeidet.

2.3.6 Initiativ, engasjement og skepsis ved oppstarten av forsøket

Ved to av tre legekantor i forsøket kom initiativet til å delta fra en eller flere ansatte ved legekantoret. Begrunnelsene for å delta var først og fremst knyttet til at forsøket ga mulighet for å oppnå bedre kvalitet i legetjenesten. Ved de fleste legekantorene ble det gitt uttrykk for både engasjement og skepsis i forhold til deltakelsen i forsøket. Videre utdypes hva som var begrunnelsene for å delta og hva slags skepsis som er avdekket gjennom intervjuene i oppstarten.

Initiativet

I ett av tre tilfeller kom initiativet til deltakelse i PHT-forsøket fra aktører utenfor det enkelte legekantor. Initiativtaker var da kommune-/bydelsoverlege eller en politiker. I disse tilfellene har lederen av legekantoret blitt oppfattet som pådriver internt. Ved de fleste øvrige legekantorene kom initiativet fra legekantoret selv eller fra et annet legekantor i samme kommune.

I tilfeller hvor initiativet til deltakelse i forsøket kom utenfra legekantoret, så gir dette et noe annet utgangspunkt for motivasjon, siden PHT ikke nødvendigvis var noe som engasjerte dem i utgangspunktet. Deltakelsen er i noen tilfeller brukt strategisk og har for eksempel satt legekantor i posisjon til å få igjennom andre ønsker knyttet til flere legehjemler og endringer av lokaler.

Bedre kvalitet som begrunnelser for å delta i forsøket

Engasjementet for forsøket på de ulike legekantorene varierte. På en del kontor hadde søknadsprosessen i liten grad involverte ansatte, og kjennskapet til og engasjementet for PHT-forsøket gjenspeilte dette. På andre legekantor var ansatte bedre informert og kanskje også involvert, for eksempel i ansettelse av sykepleier, i kick-off møte ved forsøksstart eller i arbeidet med nye lokaler.

De ulike begrunnelsene for deltakelse i forsøket som ble nevnt, var i stor grad knyttet til å gi bedre kvalitet i legetjenesten, oppnå bedre kvalitet for pasienten, eller å forbedre innsatsen overfor definerte pasientgrupper. En lege formulerte det slik:

«Jeg som har vært med så lenge vet hvordan det var å jobbe alene med de fleste oppgavene, kontra det å få utviklet dette faglige samarbeidet som jeg har bare gode erfaringer med. Jo flere vi kan dele arbeidet på, jo bedre blir det for pasienten. Ikke nødvendigvis mindre arbeid, men bedre kvalitet.»

Et poeng som flere pekte på, var at PHT-forsøket er en gylden mulighet for utvikling av legekantoret, og knyttet dette til at det var utviklende både personlig og for arbeidsfellesskapet. Det å få ekstra stillinger, ekstra finansiering eller få mer kapasitet blant hjelpepersonellet, ble nevnt som en del av dette. Andre pekte på at forsøket ville gi legekantoret flere bein å stå på, at forsøket ga muligheter for å få til hjemmebesøk, eller at tverrfaglighet er spennende. Enkelte mente at de til dels var organisert som team allerede og ville delta i forsøket for å vise frem måten de arbeidet på.

Skepsis

Ved de fleste legekantorene ble det uttrykt ikke bare engasjement men også skepsis knyttet til deltakelse i PHT-forsøket. I intervjuene forsøkte vi å avdekke hva skepsisen handler om:

- Leger poengterer at strukturen og ansvaret må være klart for at det skal bli effektivt
- Mangler på arealer som kan romme PHT
- Uklarhet rundt hva driftstilskuddsmodellen innebærer
- Ansettelse av sykepleier i treårig prosjekt og forpliktelser i denne sammenheng
- Uklarheter rundt ansvar, arbeidsfordeling, arbeidsoppgaver og rollen til sykepleiere
- Usikkerhet rundt arbeidsmengde for fastleger som allerede er presset
- Usikkerhet rundt økonomiske virkninger av PHT for fastleger
- Usikkerhet rundt arbeidsmengde for helsesekretærer knyttet til PHT
- Usikkerhet for yrkesgrupper som ikke er omtalt i beskrivelser av PHT (bioingeniør)
- Spørsmål om hvorvidt innføring av PHT medfører mer arbeid enn bonus
- Frykt for at PHT blir en arena til som screener befolkningen for å identifisere problemer som så fastlegen må ta stilling til
- Usikkerhet på grunn av oppstart uten at alt var på plass
- Manglende tid internt på legekantoret til å få planlagt forsøket godt nok
- Generell skepsis blant leger til å ha sykepleiere som eventuelt kan styre fastlegen
- Holdning om at det er ikke denne løsningen fastlegeordningen trenger

2.3.7 Valget av PHT-sykepleiere

Ved hvert tredje legekantor i forsøket var PHT-sykepleier ansatt fra tidligere i en annen stilling ved kantoret. Intervjuene avdekket at ved nyansettelser ble det lagt stor vekt på PHT-sykepleiers erfaring, og i mindre grad lagt vekt på videreutdanning. Intervjuene avdekket ulike oppfatninger om hvorvidt PHT-sykepleier helst burde være en spesialisert sykepleier eller en generalist.

På det tidspunktet intervjuene foregikk, hadde mange legekantor nettopp ansatt PHT-sykepleier(e), mens andre ikke hadde gjort det enda. Oppfatningene om valg av sykepleier og sykepleiers kvalifikasjoner var derfor i

mange tilfelle knyttet til konkrete personer, og i andre tilfelle mer generelle og abstrakte. Ved enkelte legekantor ble det påpekt at det tilbudet man kan skal gi vil avhenge av hvilken eller hvilke sykepleiere man får.

De fleste PHT-sykepleierne er nyrekruttede

Ved de fleste legekantor i PHT-forsøket, var PHT-sykepleierne nyansatte. Ved fire av praksisene var en eller flere av PHT-sykepleierne allerede ansatt i annen stilling i praksisen, og ved to av disse praksisene med oppgaver som lignet PHT-sykepleiers oppgaver. Ved ytterligere to praksiser hadde nyansatt PHT-sykepleier jobbet på dette legekantoret eller et annet legekantor tidligere, enten som sykepleier eller som helsesekretær før sykepleierutdanningen.

PHT-sykepleiernes kvalifikasjoner

Selvstendige og fleksible som skjønner sin rolle

Evnen til å arbeide selvstendig, tørre å ta ansvar, ta selvstendige avgjørelser, ta initiativ, være selvgående og evne til å finne løsninger, var egenskaper som ble mest vektlagt. Det ble også nevnt at PHT-sykepleier ikke skulle være for selvstendig eller fremoverlent. Det ble lagt vekt på at personen måtte gå godt i lag med andre ansatte, kunne jobbe i team, være fleksibel og åpen og kunne tilpasse seg slik at det ikke ble noe problem med roller. Andre pekte på behovet for å kunne jobbe systematisk og etter retningslinjer og rutiner, og ha god vurderingskompetanse. Enkelte fokuserte på lederegenskaper som noe man ønsket. Samtidig hadde man ved et kontor erkjent at ledererfaring ikke var noe man trengte.

Stor vekt på erfaring

Oppfatningene om ønsket erfaring ble vektlagt, og varierte noe fra kontor til kontor. Erfaring som legekantorene ønsket, var for eksempel lokalkunnskap og kjennskap til de aktuelle målgruppene, samhandlingserfaring, erfaring fra arbeid på legekantor, erfaring fra sykehjem og kartlegging av eldre, diabeteskompetanse og allsidig erfaring.

Ett legekantor fremhevet viktigheten av å ha erfarne sykepleiere som de visste kunne levere. Det ble poengtert at det ikke var rom for å ansette noen som var nyutdannet og usikker.

Noen fokuserte på utdanning

Sykepleiers eventuelle videreutdanning ble i noen grad vektlagt av informantene, og ett kontor som foreløpig ikke hadde ansatt noen, ønsket seg spesialsykepleiere. I ett tilfelle ble det kommentert at master i klinisk sykepleie ikke ble vurdert som relevant.

Ulike oppfatninger: spesialiserte sykepleiere eller generalister?

På den ene siden ble det ved noen legekantor poengtert at hver sykepleier ikke skulle dekke et bredt felt, fordi de ikke har kompetanse til det. På den andre siden ble det ved andre kontor fremhevet at man ønsket sykepleiere som kunne være allroundere litt på samme måten som fastlegene, og en ressurs som kan brukes bredt; spesialiserte PHT-sykepleiere i små kommuner var ikke noe ideal der.

2.3.8 Hvilke målgrupper rettes arbeidet inn mot ved oppstart?

Alle legekantorene i forsøket synes å ha gjort de samme vurderingene mht. de målgruppene som Helsedirektoratet har pekt ut for PHT; det er vanskelig å rette arbeidet inn mot å nå alle - i alle fall i første omgang. Ved starten av forsøket, var fokuset for PHT-arbeidet i hovedsak rettet mot kronisk syke og skrøpelige eldre. Men noen legekantor hadde valgt å rette PHT-arbeidet inn mot målgruppen med psykiske lidelser og rusavhengighet.

Legekantorene i forsøket var ved oppstart kommet ulikt langt mht. å ha avklart hvilke målgrupper de skulle rette PHT mot. Ved noen legekantor var medarbeiderne samkjørte og svarte likt når vi spurte om hvilke målgrupper de tenkte å rette innsatsen som PHT inn mot. I andre praksiser var svarene mer sprikende og informantene var åpne om at dette var spørsmål som enda ikke var avklart, fordi de var i en veldig tidlig fase i arbeidet som PHT.

Noen få av PHT-lederne var i utgangspunktet ikke så opptatt av målgruppene som Helsedirektoratet har definert. De mente arbeidet med å finne ut av hvilke pasienter de skulle rette innsatsen mot, måtte foregå i en lokal prosess som ikke startet før forsøket startet. En av dem sa at det ikke er sånn at man bare «trykker på play» den første dagen ny PHT-sykepleier kommer på jobb. Han så for seg en gradvis påkoblingsfase der fastlegene

måtte bli vant til å tenke som et kollegium, at her har jeg en problemstilling der PHT-sykepleierne har en potensiell rolle. Her kan vi tenke annerledes enn slik jeg vanligvis tenker om oppfølging av denne pasienten.

Et aspekt som spiller inn ved valg av målgrupper, er at de ulike tjenestene var ulikt dimensjonert i kommunene/bydelene. For eksempel varierte dimensjoneringen av psykiatrisk sykepleier, slik at tilgangen kunne være god på ett sted eller terskelen kunne være svært høy for å få tilgang til denne tjenesten på et annet sted. God tilgang gjør at PHT rettes mot andre målgruppen, mens høy terskel for tilgang kan gjøre at PHT rettes mot denne målgruppen.

Pasienter med kroniske sykdommer

Sju av legekantorene i forsøket var klar på at de ville rette PHT mot pasienter med kroniske sykdommer. Her var det særlig diagnosene diabetes og KOLS som ble trukket fram. Sårbehandling ble også nevnt flere steder. Noen av legekantorene hadde allerede før forsøket sykepleiere eller helsesekretærer som jobbet med oppfølging og opplæring av disse pasientene. De ekstra sykepleierressursene som følger med forsøket, gjør at innsatsen kan økes og foregå på en mer systematisk måte enn tidligere.

Skrøpelige eldre

Ved fem av legekantorene var skrøpelige eldre en klar målgruppe ved oppstart av forsøket. Flere informanter viste til at en del listeinnbyggere i liten grad har gått til fastlegen eller slutter å gå til fastlegen når de blir eldre. De har ingen kontakt med hjemmetjenesten heller. Når de dukker opp på legekantor eller legevakt, gjerne etter en akutt hendelse eller sykehusinnleggelse, kan de plutselig ha mange diagnoser og problemstillinger som med fordel kunne vært tatt tak i langt tidligere. Flere planla en systematisk gjennomgang av fastlegenes lister for å finne fram til og kontakte eldre som fastlegen ikke har hatt kontakt med på lang tid. Særlig ble det pekt på behov for tettere oppfølging av eldre pasienter med mange ulike medisiner som er, eller blir dårlige etterspørrere av legetjenester fordi helsen svekkes. Det ble også pekt på at det er en stor jobb å finne ut av hvilke hjemmeboende eldre pasienter som trenger videre oppfølging etter utskrivning fra sykehus og hvilken oppfølging de trenger. Dette ble nevnt både i små kommuner og i større bydeler. PHT-ledere så for seg at PHT-sykepleiere kan ha en rolle i å skaffe oversikt og koordinere legekantorenes innsats til beste for skrøpelige eldre.

Psykisk helse og rus

Tre legekantor var tydelig på at de ville rette sin PHT-innsats mot listeinnbyggere i målgruppen psykiske lidelser og rusavhengighet. Her var det på den ene siden snakk om at PHT-sykepleier med lang erfaring som psykiatrisk sykepleier, skulle gi et tilbud til pasienter med lettere psykiske lidelser (eks. depresjon og sosial angst) og lettere rusproblematikk. Tilbudet omfattet kartlegging, utredning og behandling. På den andre siden var det et legekantor med mange pasienter i målgruppen med langtkomne og alvorlige tilstander som har mange tjenester både fra bydel og spesialisthelsetjenesten til hjelp for sine rus/psykiske lidelser. Her var man klar på at den ekstra innsatsen PHT skulle bidra med til denne gruppen, skulle handle om tiltak for å søke å bidra til å forbedre pasientenes somatiske helse. Det ble eksempelvis pekt på at pasienter som får antipsykotiske legemidler har stor risiko for å utvikle metabolsk syndrom, hypertensjon, diabetes og fedmeproblematikk. De burde vært fulgt opp med et mer systematisk opplegg. Men det blir ofte ikke tid til dette. En av fastlege fortalte:

«ofte kan kanskje noe av den medisinske oppfølgingen glippe litt, fordi det er så mye kaos og kriser hele tiden som skal løses. Så jeg har jo et håp om at i hvert fall for den gruppen hvor det er mye kaos, at man kan klare å få en struktur på oppfølging av deres kroniske, somatiske lidelser da som er mer tilfredsstillende enn i dag. Jeg har pasienter som har langtidsblodsukker på 10, og hvor det virker på en måte helt uoverkommelig å klare å få det på et akseptabelt nivå fordi det er så mye annet hele tiden.»

Fastlegen fortalte videre at det vanskelig for legen klare å holde seg til at i dag skal vi faktisk snakke om diabetes. Hun tror det vil være enklere hvis det var en sykepleier eller helsesekretær som hadde denne spesifikke oppfølgingen, og at det ble satt opp egne timer til dette. Dette ønsket de å få til med sitt PHT.

Flere informanter fortalte at de burde få til en tettere oppfølging av folk, både unge og godt voksne, med relativt små rusproblemer, før de eskalerer. Utfordringen er at de ofte er vanskelig å følge opp fordi de ikke holder avtaler og ikke er motivert for å ta tak i problemene sine, som regel fordi de ikke har akseptert at de har et problem.

Utviklingshemmede

Et fåtall blant de 12 legekantorene i forsøket hadde ved oppstart noen spesifikke planer om å rette seg inn mot utviklingshemmede som en målgruppe for PHT. Dette ble i hovedsak forklart med at den enkelte fastlege som regel har få i denne gruppen på sine lister. Mange bor i tilrettelagte boliger med mye oppfølging rundt seg og ble ansett å være godt ivaretatt. Noen blant legeinformantene mente imidlertid at utviklingshemmede burde følges bedre opp. De har generelt lite kontakt med disse pasientene, oppsøker dem i liten grad og har generelt dårlig kommunikasjon med dem og deres hjelpere. De fleste som er ansatt i tilrettelagte boliger, har ikke helsefaglig bakgrunn. Det gjør at en del somatiske plager «går under radaren». Flere pekte på at det er en egen takst i normaltariffen for årskontroller for utviklingshemmede. Men ofte bestilles ikke årskontroller av pasientens primærkontakt. En fastlege fortalte at hun hadde prøvd å oppfordre til dette uten at det har hatt særlig effekt. Oppfatningen i de legekantorene som hadde pekt ut utviklingshemmede som en målgruppe, var at en mer systematisk oppfølging fra PHT kan bedre helsetilbudet til denne pasientgruppen. Særlig ble det pekt på at det for enkelte pasienter ville være mer praktisk å gi et oppsøkende tilbud enn et tilbud som forutsetter at pasienten kommer til legekantoret.

2.3.9 Forventninger og konkrete planer om hvordan arbeidet som PHT skal foregå

I dette avsnittet beskrives forventninger og planer for leger, sykepleiere og helsesekretærs arbeid i PHT, forventninger til hvordan samarbeidet mellom dem skal foregå og hvor mye tid som skal brukes til det, og til slutt hvordan henholdsvis proaktivitet, brukermedvirkning, IKT-utstyr og behandlingsplaner er forventet eller planlagt å inngå i PHT-forsøket. Det er viktig å understreke at denne beskrivelsen er basert på informasjon gitt i en svært tidlig fase av forsøket. Det er derfor grunn til å anta at mye vil kunne endre seg underveis i forsøket. Først beskrives prinsipper for organisering av PHT.

Prinsipper for organisering av team: fastlegeliste eller diagnose

For de som på intervjuetidspunktet hadde tatt stilling til prinsipper for organisering av PHT fant vi to ulike prinsipper; organisering etter diagnose og organisering etter fastlegeliste.

Organisering etter fastlegeliste vil si at hver av PHT-sykepleierne er knyttet til et definert utvalg av fastlegelistene (altså en definert gruppe fastleger og deres vikarer). Det var foreløpig kun en kommune som hadde klare planer om denne organiseringen. Hovedbegrunnelsen var at det blir kaotisk hvis begge PHT-sykepleierne skal forholde seg til alle fastlegene, og at det ville bli tidkrevende å ha møter med alle. Ved et annet legekantor ble det uttrykt skepsis til å spesialisere PHT-sykepleiere etter diagnose i små kommuner, men det var foreløpig ikke gjort noe valg om sykepleierne skulle organiseres etter fastlegeliste. Ved et tredje legekantor var oppfatningen at sykepleier på legekantor må kunne brukes svært fleksibelt og at rollen i akuttmedisin er blant de viktigste å kunne fylle. Heller ikke her var det på intervjuetidspunktet bestemt noe nærmere om organisering etter fastlegeliste.

Det andre prinsippet er organisering etter diagnose. Nær halvparten av legekantorene så ut til å ha valgt dette prinsippet. Begrunnelsene var i første rekke knyttet til at de skulle bruke sykepleierne der hvor de hadde sin faglige styrke. Ved et legekantor ønsket den kommunale ledelsen å dekke flere fagområder og hadde derfor gått inn for flere deltidsstillinger for sykepleiere, men på intervjuetidspunktet var det uklart hva som ville bli resultatet.

Ved tre små legekantor var ikke spørsmålet om organisering etter diagnose eller fastlegeliste så aktuelt, da det skulle være kun en sykepleier ansatt i primærhelseteam.

Forventninger til og planer for legerollen i PHT

Forventningene til legerollen i primærhelseteam var at legen fortsatt skulle være i førersetet. Andre forventninger som ble avdekket gjaldt at legen skal få mer tid til pasienter, mindre tid til egne enkeltkonsultasjoner, at PHT genererer mer jobb for legen, at fastlegerollen utvikles i retning av en spesialistlege, at det går mere legetid til administrasjon, eller at legen drar mer på hjemmebesøk.

Legen i førersetet

Vi registrerte en unison oppfatning blant informantene av at fastlegen fortsatt skulle være i førersetet. Det ble påpekt at det ikke var noen grunn til å tro at færre medisinske beslutninger skulle tas av fastlegen. Det ble hevdet at fastlegen fortsatt skal styre og bestemme, henvise og konferere med lege i spesialisthelsetjenesten. To leger pekte på at teamarbeid krever at de lytter og hører på innspill fra PHT-sykepleier, ellers blir det meningsløst. Sykepleierne må få følelsen av at de faktisk har noe å bidra med, men legen må ha mulighet til å

sette foten ned og at det respekteres. Det er legen som tar beslutninger og det bør komme retningslinjer om hvordan dette skal gjøres, mente legene.

Mer tid til pasienter?

Flere pekte på at når sykepleieren avlastet legen ved å gjøre forundersøkelser og kartlegging, så kan legen bruke mer tid til sine pasienter. Sykepleiers systematiske arbeid gjennom for eksempel 40 minutters konsultasjoner vil resultere i at det legges frem bedre oversikt for legene hvor man kan få frem problemstillinger relativt kjapt. Dette kan også føre til at legen kan være mer innforstått med den reelle situasjonen pasientene er i og mindre reaktiv overfor hjemmetjenesten.

Mer jobb for fastlegen uten at det er faktiske behov?

På den andre siden var det leger som fryktet at bedre oppfølging av utvalgte pasientgrupper gjennom sykepleier ville generere mer jobb for fastlegene, og uten at det var «faktiske behov for det».

Fastlegen tilnærmer seg spesialistlegens rolle?

En lege sammenlignet utvikling av fastlegerollen med spesialister på sykehus; at fastlegen tilnærmer seg spesialistlegens rolle ved å gjøre diagnostikk og behandlingsvalg mens sykepleier er en forlenget arm. Fastlegen skal være lederen og bruke øvrige medarbeidere, uttalte en annen lege.

Mindre tid til egne enkeltkonsultasjoner?

Teamarbeid ble forventet å innebære at flere bidrar til bedre forberedelser, som er annerledes enn det konsultasjonsopplegget som har vært drevet frem til PHT-forsøket startet. En lege så for seg at det skal bli litt mindre av at han sitter alene med egne konsultasjoner. Legerollen i PHT vil innebære å delegere mer, nå flere av de som trenger det, og gi dem bedre kvalitet, mente han. Helseledere i en kommune håpet at fastlegene i PHT skal ta et større totalansvar med hensyn til helsedelen til pasientene som trenger det mest i situasjoner der det er flere samarbeidsparter, og være en viktig aktør fremfor at situasjonen preges av heseblesende møter.

Mer tid til administrasjon?

Flere leger forventet å bruke mer tid på administrasjon. En lege fryktet at dette vil gå ut over tiden som brukes til å møte pasienter:

«Men egentlig jeg frykter også at, at vi får mer sånn administrative ting. Og vi har lyst til å se pasienter, ikke se papirer.»

En oppgave som flere leger så for seg, var å gå systematisk gjennom listene sine, enten alene eller sammen med sykepleieren, for å finne aktuelle pasienter for PHT.

Mer på hjemmebesøk?

Flere informanter, men i liten grad legene selv, nevnte at de forventet at legene skulle sette av mer tid til å reise ut på hjemmebesøk til pasienter med behov for dette. En leder i hjemmetjenesten begrunnet dette med at fastlegene kunne tjent på å se pasientene i deres liv. En fysioterapeut ønsket også å kunne reise ut til pasienter med fastlegen, og få hjelp fra legen til motivasjon av pasienter til egeninnsats.

Mer tilstedeværelse?

En PHT-leder så for seg at det blir viktigere at hver enkelt lege er til stede hver dag, for at teamarbeidet skal kunne gjennomføres.

Forventninger og planer for sykepleierrollen i primærhelseteam

Informantenes forventninger til hva sykepleier i PHT skal bidra til på legekantoret, var å overta noe arbeid fra legen, mer systematikk og struktur, opplæring, hjemmebesøk, bedre koordinering av tjenester og kommunikasjon med legekantoret, bedre tilgang til legetjenesten, mer fleksibilitet og bedre kontinuitet for kronisk syke.

Med sykepleier kommer mer tid til systematikk og struktur

Generelt pekte informantene på at sykepleierne i PHT kan avlaste fastlegene ved å overta en del av fastlegens arbeid. Sykepleiere anses ofte for å være flinke til å arbeide systematisk. Det var store forventninger til at sykepleier på legekantor innebærer mer strukturert oppfølging og rutinemessige kontroller av spesielt diabetes og KOLS-pasienter, for eksempel bidra til at skjema er fylt ut og veileder fulgt når pasienten kommer inn til legen. Et bedre system ble forventet å øke kvaliteten i oppfølgingen, såfremt sykepleieren hadde god kompetanse. Breiere kartlegging ble også forventet, spesielt hos pasienter med en kompleks sykehistorie. Videre ble gruppeundervisning og gruppesamtaler nevnt, samt muligheten for å starte med geriatriske kontroller. Konkret ble følgende eksempler på annet systematisk arbeid nevnt:

- sette depotinjeksjoner på psykosepasienter (dette er ressurskrevende, og burde gjøres mer systematisk)
- komme i kontakt med saksbehandlere i NAV og nøste i saker (dette hevdes å være tidkrevende)
- delta på tidkrevende ansvarsgruppemøter (som i noen tilfeller krever reising) etter å ha fått god informasjon av fastlegen

Opplæring

Sykepleier kan mer systematisk gi informasjon, opplæring og bidra til mestring (dette er gjerne oppgaver fra sykehus som skyves over på fastlegene), for eksempel å vise inhalasjonsteknikker eller injeksjonsteknikk for KOLS- og diabetespasienter.

Mer hjemmebesøk

Informantene så for seg at sykepleieren kan dra på hjemmebesøk spesielt til definerte målgrupper for PHT, og få inntrykk av hvordan det egentlig står til med pasientene, de kan være tidlig ute og trygge pasienter som er sendt hjem fra sykehus, reise ut og ta enkle prøver, hente inn informasjon som legen trenger eller gjøre vurderinger, tilby hjemmebesøk til utviklingshemmede eller pasienter som har angst og ikke tør komme på legekantor.

Bedre koordinering av tjenester, bedre kommunikasjon med legekantoret

Sykepleieren kan ha en viktig funksjon som koordinator og skaffe innsikt i hva andre instanser gjør. På denne måten kan man se på helheten og dra inn nødvendige ressurser fra andre deler av helsetjenesten. Sykepleieren kan også bidra til et bedre samarbeid med kommune/bydel og NAV. Ved ett legekantor foreslo de at sykepleieren bør være et bindeledd til hjemmetjenesten. Et annet legekantor påpekte det motsatte; at legekantoret ikke ønsket sykepleieren som et ekstra bindeledd til hjemmetjenesten fordi man samarbeider så godt i dag.

Bedre tilgang og mer fleksibilitet, spesielt for utviklingshemmede og psykisk syke

En del informanter pekte på at sykepleieren kan representere en bedre tilgang til legetjenesten og mer fleksibilitet. For eksempel ble det ønsket fra tjenester for utviklingshemmede en mer tilgjengelig sykepleier som kunne lette samhandlingen med legekantoret. En annen informant fra tjenester for utviklingshemmede ytret ønske om å få inn sykepleier tidligere i saker som gjaldt både somatikk og psykiske lidelser.

En PHT-leder håpet at sykepleieren kunne ha en friere rolle som kunne være en lettere inngangsport til legekantoret for rus- og psykiatri. Fra psykiatritjenesten i en kommune ønsket man at sykepleier kunne bidra til oppfølging og spille en rolle i saker hvor pasienten ikke får oppfølging fra kommunens psykiatritjeneste eller er syk nok til å bli henvist til DPS eller i mer kortvarige kriser. Konsultasjoner uten lang ventetid og på pasientens arena ble nevnt, likeledes å gjøre en innsats for rus- og psykiatripasienter som faller litt mellom stolene og som i dag ringer legekantoret mange ganger om dagen. En lege forventet at en PHT-sykepleier med psykiatribakgrunn skulle kunne følge opp fastlegens pasienter på selvstendig basis over litt tid, og slik sett utfylle fastleger uten spesielt interesse for psykiatri.

Også fra hjemmetjenesten i forhold til de svakeste gruppene og i forhold til akuttmedisin, ønsket man seg sykepleiere i legekantor som kunne brukes fleksibelt.

Bedre kontinuitet for kronisk syke

Informanter mente at sykepleieren i mange tilfelle kunne representere større grad av kontinuitet enn legen. Dette gjaldt for eksempel på fastlegelister med mye vikarbruk, eller i legekantor hvor fastlegen hadde en liten stillingsprosent til kurativ virksomhet. Kronisk syke og LAR-pasienter ble spesielt trukket fram som en pasientgruppe som kunne ha nytte av bedre personlig kontinuitet.

Advarer

Fra to praksiser ble de advart mot at verken sykepleiere eller leger skulle bli spesialister, men forbli generalister. En PHT-leder ønsker å utvikle sykepleierrollen i PHT til noe som er nærmere legerollen, ikke bare oppgaveløsning men også tenking omkring oppfølgingen til hver enkelt.

En annen advarsel var at man må være varsom med å ikke sette i gang for mye og delegere for mange fagfelt til sykepleier.

Ren PHT-sykepleier – eller del av driften?

Det var motstridende forventninger til hvorvidt PHT-sykepleier skulle gå inn i driften av legekantoret på noe vis, eller kunne bidra i driften sammen med helsesekretærer og eventuelle andre sykepleiere. De ulike synene var en avspeiling av hvordan legekantorene drives i dag.

Andre forventninger

Andre forventninger som ble nevnt var at sykepleieren kunne bidra til en bedre prioritering av pasienter ved å drive målrettet virksomhet i forhold til utsatte målgrupper. Representanter for hjemmetjenesten i en kommune håpet at PHT-sykepleieren kunne avlaste hjemmetjenesten med sårstell og blodprøvetaking, en annen representant for hjemmetjenesten ønsket å gjøre vurderinger i lag med PHT-sykepleieren.

En sykepleier ved et legekantore som fra før av hadde sykepleiere, forventet at et system med sykepleiertakst og egne timelister for sykepleieren ville bidra til å gjøre sykepleierens arbeid mer synlig på legekantoret.

Forventninger og planer for helsesekretær i primærhelseteam

Flere informanter påpekte at helsesekretærens rolle i PHT-forsøket ikke er godt beskrevet i Helsedirektoratets dokumenter om forsøket med primærhelseteam. Det oppfattes som uklart om de regnes som del av PHT, og hvilken rolle de skal ha i teamet.

Frykter å bli sittende i resepsjonen

Flere helsesekretærer og også noen av PHT-lederne, fortalte om en viss spenning blant helsesekretærene om det kliniske pasientarbeidet blir redusert når det kom (flere) sykepleiere inn i praksisen som følge av forsøket. Dette ble blant annet begrunnet med at det ville være mer praktisk å la en sykepleier som kan takste for eget arbeid, gjøre jobben, i stedet for å bruke helsesekretæren som må involvere legen for å kunne utløse takst. En av helsesekretærene hadde tidligere erfart at hun ble fratatt oppgaver som hun syntes var faglig spennende, da det ble ansatt en sykepleier i praksisen. Dette skjedde fordi sykepleieren ikke syntes det var særlig spennende å gjøre helsesekretærens administrative arbeid. En av PHT-lederne sa at han trodde det ville forrykke balansen på kantoret hvis ikke helsesekretærene også får noen (nye) oppgaver. Dette ville være u hensiktsmessig fordi de ikke vet hva som skjer når forsøket er over; de kan ikke risikere å sitte med et inkompetent øvrig medarbeiderkorps hvis sykepleier eventuelt forlater legekantoret etter endt forsøk.

Forventninger om tid og ressursbruk i samhandlingen lege - sykepleier

I intervjuer ved drøyt halvparten av legekantorene ble temaet tid og ressursbruk til samhandling mellom lege og sykepleier i primærhelseteam berørt, og man planla ukentlige samarbeidsmøter og veiledning, utvikling av teamarbeid og internundervisning, eller hvordan fastleger skulle inn i sykepleieres konsultasjoner. For de øvrige hadde man foreløpig ikke kommet så langt i planleggingen av teamarbeidet at dette var noe tema.

Ukentlige samarbeidsmøter og veiledning

Leger og/eller sykepleiere ved fem av kantorene hadde mer eller mindre konkrete planer for ukentlig samarbeid. Omfanget av de planlagte lege-sykepleiermøtene varierte fra to faste halvtimes møter i forlengelsen av lunsjen for alle ansatte ved et lite legekantore (møtene inkluderte helsesekretærer også), til at hver lege hadde satt av tid 2 x 1 time hver uke til mulige møter hvor alle PHT-sykepleiere skulle delta, eller at sykepleier forventet 1 times møte hver uke med hver av fastlegene. Ved ett kantore var det satt av tid på slutten av dagen en dag i uka til veiledning av sykepleiere og helsesekretærer for å bli sikrere med det faglige, og med oppdatering med ny kunnskap. Ved ett kantore ble det sagt at det skulle være jevnlig møter, uten noen ytterligere presisering av det.

Utvikle teamarbeidet

Et kontor hadde planlagt at PHT-sykepleier skulle arbeide ½ dag i uka sammen med hver av fastlegene, og underveis finne ut hvordan de skulle jobbe sammen og hver for seg. En lege var opptatt av å sette av tid for å arbeide som team, noe som legen antok ville bli en overgang fra å arbeide mest alene i lukkede rom. De planla også å utvikle internundervisningen ved legekantoret. Ved et annet kontor så lederen av pht for seg en arbeidsprosess hvor sykepleieren skulle være motoren som skulle trekke inn fastlegen etter behov og koordinere, samtidig som fastlegen skulle være faglig støtte, peke ut fokusområder og være beslutningstaker.

Fastlege inn i sykepleiers konsultasjon

To legekantor, begge med erfaring fra å ha sykepleier på legekantoret, planla konkret samhandling ved at fastlege skulle komme inn i sykepleiers konsultasjon. Ved den ene kantoret var det anslått at sykepleier skulle ha ca to konsultasjoner per dag sammen med, før eller etter fastlege, og 4-5 rene sykepleierkonsultasjoner. Ved det andre kantoret var planen at fastlege skulle komme inn i sykepleiers konsultasjon etter behov for eksempel for å sortere eller vite om medisiner som var tatt over tid. Planen var at sykepleier skulle legge frem kartleggingen for lege, og samarbeide medisinsk.

Oppfatninger om proaktivitet

Meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 (2014-2015)) fremhever at det i større grad skal legges vekt på proaktiv oppfølging og gode forløp. Helsedirektoratets beskrivelse av PHT følger opp med vektlegging av proaktivitet (Rapport IS-2656). Intervjuene avdekket fastlegers refleksjoner rundt proaktivt arbeid spesielt knyttet til de pasientgruppene som skal være målgrupper for PHT. Noen fastleger pekte på proaktivitet som et tradisjonsbrudd i allmenntidisin, eller som et kapasitetsspørsmål. Andre løftet frem mulige måter å jobbe mer proaktivt på. Forventningene til proaktivitet i PHT ble av flere knyttet til sykepleierens rolle og til hjemmebesøk.

Forventninger i primærhelsemeldingen

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)) peker på proaktivitet og forebygging som nye arbeidsformer. 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 sykehusinnleggelse kan forhindres gjennom forebygging, tettere, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering.

Proaktivitet som brudd på allmenntidisinsk tradisjon

Flere leger pekte på at det ikke er tradisjon for fastleger å jobbe proaktivt. Tradisjonen er at folk må oppsøke fastlegen selv. Forebygging og oppsøkende virksomhet har ikke vært en del av allmenntidisin. En lege mente at man endrer spillereglene hvis legene skal ta ansvar for å kalle inn pasienter regelmessig. Det å komme på time ses på som den enkeltes ansvar. En lege pekte på at det ble fjernet fra forslaget til fastlegeforskrift at fastlegen har plikt til å vite om helsetilstanden til alle på listen. Og hvem skal betale for timen som settes opp til en pasient som ikke har lyst til å komme?

En annen lege sa at PHT ikke skal være som et oppfølgingsteam for rus (det har kommunen), og skal ikke løpe etter folk som ikke ønsker hjelp. En tredje lege fremhevet at fastlegeordningen er basert på frivillighet. De som ikke vil, skal man la være, og det skal vi ha respekt for. Leger i en kommune pekte på at de var kjent med at tre til fire eldre de siste årene hadde gått til grunne hjemme, selv etter at helsetjenesten oppdaget det og var på hjemmebesøk. De ville ikke ha hjelp, og så lenge man er samtykkekompetent kan man ikke tvinge seg på folk, påpekte legene.

En lege var spørrende til om en mer proaktiv holdning er et tilbud folk vil bli glad for eller blir de irritert av å bli mast inn?

Proaktivitet som et kapasitetsspørsmål

En annen lege pekte på at proaktivitet først og fremst er et kapasitetsspørsmål. Det ses som en utfordring å ikke ha kapasitet til å følge opp det du ønsker. En annen pekte på proaktivitet som en fin ting hvis pasienten har råd til det, spesielt ble det vist til gode resultater innenfor psykiatrien.

Eksempler på proaktivitet

Proaktivitet for eldre innebærer ifølge en fastlege for eksempel å se fremover sammen med eldre pasienter på deres situasjon, det kan være å ta opp spørsmål som hvis du blir dement hvem ønsker du som verge. En annen lege fortalte at hans opplevelse så langt var at det var hjemmetjenesten som satt agendaen for proaktiv oppfølging av pasienter på hans liste. Et annet eksempel på proaktivitet i allmennlegetjenesten i dag var diabetesveilederen som ringer opp pasienter.

Flere leger hadde tanker om hvordan legekantoret kan bli mer proaktive gjennom PHT. På et legekantore vurderte legene selv at de burde reist mer ut og besøkt syke pasienter hjemme, og særlig psykisk syke. Pasienter som blir utskrevet fra sykehus ble også nevnt som en aktuell gruppe det skulle settes inn ekstra ressurser for å fange opp. Andre eksempler som ble nevnt var å spore pasienter med risiko for hjerte/kar lidelser, eller eldre pasienter som ikke har noe vedtak om andre tjenester i bydelen.

Systemer må til – men utfordringer med seleksjon

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 legekantoret bruker tid på å kontrollere de friske. En lege ved et legekantore med driftstilskuddsmodell, forventet at deres arbeid med å lage behandlingsplaner ville gi grunnlag for en proaktiv oppfølging av pasientene, siden det i behandlingsplanen ville gjøres klart hvordan oppfølgingen skal være. Planen var at helsesekretærene skal være proaktive hvis folk med behandlingsplan ikke møter til time – men samtidig er tilbudet om behandling frivillig. En annen lege foreslo å lage en «minstepakning resept» med en melding om å komme inn på time for eksempel for å kontrollere blodtrykket, men var samtidig klar på at hvis flere skal hentes inn til legekantoret så må man være effektive og selektive. To leger luftet ulike måter å være proaktive i forhold til alle som er 80 år og eldre. Det ene vurderte å kalle inn alle så regnet de med at noen ikke vil komme. Så er spørsmålet om de skal være mer aktivt oppsøkende, eller er det noen som kjenner de som vet at dette fungerer helt flott? Den andre legen vurderte å ha journalgjennomgang av alle som er 80 år og eldre sammen med sykepleieren, og velge ut pasienter som antas å ha behov for ekstra oppfølging.

Forventninger om proaktivitet knyttes til sykepleierens rolle i PHT og hjemmebesøk

Forventningene om mer proaktivitet ble av flere knyttet til sykepleierens rolle i PHT. En fastlege påpekte at fastlege og sykepleier i fellesskap må selektere de som sykepleier skal oppsøke. Flere fremhevet at en sykepleier kan være en ressurs for å komme i kontakt med pasienter som unngår legekantoret, for eksempel på grunn av angst.

Proaktivitet ble av mange forbundet med hjemmebesøk. Sykepleier forventes å ha bedre tid enn legen, og kan for eksempel gjøre en systematisk vurdering av hjemmesituasjonen som et utgangspunkt for en plan for videre behandling, som legges sammen med legen. Det ble også vist til at mange av sykepleierne har erfaring med hjemmebesøk etter arbeid i hjemmetjenesten. Et uavklart tema som kom opp i den forbindelse, var dekning av transportutgifter for sykepleier ved hjemmebesøk i tilfeller hvor pasienten bor i en annen bydel enn bydelen hvor legekantoret som deltar i piloten holder til.

Oppfatninger om brukervedvirkning

Det er forventet at PHT skal basere sitt arbeid på brukervedvirkning (Rapport IS-2656). Det var ulike forståelser av hva brukervedvirkning er eller bør være, enten brukervedvirkning er på individnivå eller gjennom interesseorganisasjoner.

Fra de fleste legekantorene fikk vi informanternes refleksjoner omkring brukervedvirkning og PHT. En lege sa at han gir råd, så får folk ta valget selv, og at det er brukervedvirkning; pasienten skal inkluderes i avgjørelser som handler om deres helse. Det betyr ikke at pasienten skal bestemme hva som skal gjøres. Brukervedvirkning kan for eksempel være at når man undersøker en 85-åring med flere plager, så kan undersøkelsen gå på det som pasienten selv ønsker, og at man begynner med å spørre hva som er viktigst for deg å få forbedret. Ved et legekantore ble det hevdet at diabetesveilederen får til god brukervedvirkning, men at legene ikke har tid til dette. En ansatt i avdeling rus/psykiatri mente at ofte vil hjelperen mer enn brukeren, og at legene har en utfordring med et lovverk med motstridende interesser hos lege og bruker. Fra en sykepleier ble det beskrevet hvordan man ikke kan komme og være autoritær, ovenpå og bedrevitende, for da får ikke du den tilliten som skal til for å samhandle med brukeren og utarbeide noe som er til gangs. Det ble også nevnt at behandlingstankene innenfor psykiatrien er i endring, med et stort fokus på medvirkning fremover.

Noen informanter fortalte om konkrete planer som omfattet bedre brukervedvirkning. En lege sa at hver enkelt bruker blir tatt med i oppsett av sin egen behandlingsplan, som er et nytt verktøy for legekantoret i forbindelse

med PHT. Legen sa at det som de spør om først, er hva er det som er viktig for deg. Det kan være veldig mye som pasientene synes er viktig og som helsepersonellet kanskje ikke fokuserer så mye på.

En ansatt i helseadministrasjonen kommenterte at det viser seg at det er vanskelig å få endret ansattes holdninger om brukermedvirkning. En lege pekte på at ordet brukermedvirkning er populistisk.

Bidrag fra interesseorganisasjoner eller pasientombud?

Flere problematiserte hvordan det kan være vanskelig å få til brukermedvirkning som ikke gjelder egen sykdom eller behandling. Noen legekantor hadde vært i kontakt med pasientombud med tanke på at de kunne bidra i utvikling av tilbudet med PHT.

Oppfatninger om IKT-verktøy for å finne pasienter

Av aktuelle IKT-verktøy, så var det bruk av elektroniske meldinger og verktøy til utplukk av aktuelle pasienter fra journalene, som var mest omtalt. Et legekantor hadde allerede brukt journalsystemet CGM til å trekke ut aktuelle pasienter, og mente det var greit. Et annet planla å gjøre det samme. Fire legekantor hadde på intervju tidspunktet anskaffet Medrave (en uttrekksprogramvare), og hadde ulike planer for hvordan dette skulle tas i bruk.

Oppfatninger om behandlingsplan

Temaet behandlingsplan var opprinnelig ikke et tema som informantene ble spurt direkte om. Informanter ved fire av de 12 praksisene fortalte om hvordan behandlingsplaner var tatt i bruk eller skulle tas i bruk enten for diagnosegrupper eller for alle pasienter i primærhelseteam. Tre av kontorene hadde driftstilskuddsmodellen, hvor finansieringen er knyttet til utforming av behandlingsplaner.

Ved et legekantor var det planlagt at alle som er i PHT skal ha behandlingsplan. PHT-arbeidsgruppen i praksisen hadde laget en mal. Det var bestemt at legen skulle utarbeide plan i hvert tilfelle, og at alle har ansvar for at den følges. Foreløpig kunne planen legges inn som notat i journalsystemet, men uten å være synlig. Det ble kommentert at dette legekantorets journalsystem ga dårlige muligheter for å ha planen liggende lett tilgjengelig for oppfølging, oppdatering og redigering. Håpet var å få den inkludert på en god måte for å kunne bruke den som et funksjonelt verktøy.

Ved et annet legekantor var det allerede i bruk behandlingsplanmaler for KOLS. Dette hadde de fått gjennom et nettverk med sykehuset. En sykepleier med KOLS-ansvar hadde ansvar for utforming av hver enkelt plan, etter samråd med lege og eventuelt med hjemmetjenesten for pasienter med denne tjenesten. Sistnevnte hadde da ansvar for å sette planen i verk ute hos pasienten.

Ved et tredje legekantor uttrykte PHT-leder at de skal måles på bruk av behandlingsplaner, men hva det er og hvor de er, var det ingen som visste enda. PHT-lederen stilte seg åpen for å være med på å utarbeide dette.

Ved et fjerde legekantor var det i bruk behandlingsplaner for KOLS og astma. Utover dette arbeidet ikke kontoret ut fra formelle skriftlige behandlingsplaner. Legen sa at det blir spennende å se hvordan prosjektet løser utfordringen med at noe av finansieringen i driftstilskuddsmodellen er knyttet til behandlingsplaner. Kontoret hadde ikke denne finansieringsmodellen selv.

2.3.10 Grenseoppgang – hvem skal gjøre hva?

Temaet grenseoppgang var ikke noe informantene ble spurt direkte om. Det ble likevel et tema i mange intervju. Informantene var opptatt av grenseoppgangen mellom lege og PHT-sykepleier, mellom PHT-sykepleier og helsesekretær, og mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

Grenseoppgang mellom PHT-sykepleier og lege

Flere sykepleiere reflekterte over at de delvis går inn på legens felt, og gikk ut fra at de vil treffe på litt motstand og usikkerhet knyttet til hva legene kan gi fra seg og hva kan de stole på at sykepleierne kan gjøre. I den forbindelse kan det dukke opp fordommer og utfordringer. En ny sykepleier hadde startet med å observere hvordan legene jobber, for å finne sin plass.

Ved noen legekantor var det allerede vanlig at sykepleier gjør flere oppgaver enn det som er vanlig ved andre legekantor. Både leger og sykepleiere pekte på at når man lærer hverandre og hverandres kompetanse å kjenne, blir det lettere.

To leger mente at det er uklart om PHT-sykepleier har tilgang til pasientens journal og at det var nødvendig å klarere om sykepleier ha samme tilgang som legen når de jobber i team (Dette er avklart i IS-2656).

En lege pekte på at hvis han skal ha god oppfølging av diabetespasienter, så må han selv se og prate med dem og høre hvordan de har det. Sykepleiers plass kunne være å gjøre flere forundersøkelser. For eksempel ønsket denne legen å ta årskontrollen selv, og mente at sykepleier kunne ta de standardiserte kontrollene innimellom.

En lege uttrykte skepsis hvis det blir slik at legene skal treffe beslutninger på «andre folks observasjoner».

En sykepleier som allerede var i gang med jobben da intervjuet foregikk, prøvde å være veldig bevisst på at sykepleieren er sykepleier og legen er lege. Og være veldig klar over ansvars- og rollefordeling og ikke gå utover sitt ansvarsområde. Sykepleieren hadde ingen intensjoner om å bli en erstatning for fastlegen, kun å utfylle.

Legene var tydelige på at sykepleieren ikke er lege og har begrenset behandlerkompetanse.

Grenseoppgang mellom sykepleier og helsesekretær

Fra flere hold pekte både helsesekretærer og andre informanter på at grensen mellom sykepleier og helsesekretær foreløpig var uklar. Dette gjaldt spesielt ved legekantor som hadde sykepleiere ansatt fra før, og hvor tradisjonen var at helsesekretær og sykepleier gjør det samme.

Ved et legekantor var de veldig tydelige på at PHT-sykepleier skal gjøre noe helt annet enn helsesekretæroppgaver, og ha definerte pasientgrupper til definerte standardiserte pasientkontroller.

Ved et annet legekantor ble det pekt på at det å koordinere tjenester for pasienten trenger en ikke være sykepleier for å gjøre, men dette er en av de gode takstene for sykepleier i honorarmodellen.

Fleire PHT-ledere uttrykte at de er oppmerksomme på at helsesekretærene er redde for å bli fratatt oppgaver som de synes er spennende (for eksempel være med på små operasjoner, stelle sår, fylle ut skjema med KOLS-pasienter). Dette er noe de vil være oppmerksomme på videre i prosessen. En nytilsatt sykepleier hadde fokus på det samme; «..jeg er ikke interessert i å ta over noe bare for å ta det over, det må jo på en måte ha en hensikt og enighet i det da». Det ble uttrykt at man ville være forsiktig med å frata helsesekretærene oppgaver som for eksempel spirometri.

Ved en praksis ble det forklart at grenseoppgangen mellom helsesekretær og sykepleier i diabetesoppfølgingen ville være at sykepleieren skulle ta seg av de pasientene hvor det var vanskelig å regulere, mens helsesekretær skulle gjøre en del standardundersøkelser.

En PHT-leder pekte på at PHT-sykepleieren og øvrig personell ikke skal ha oppgaver som flyter mellom dem, da vil ingen føle nok eierskap.

Har delegeringen gått for langt?

En lege ved et legekantor som har sykepleiere fra før, mente at delegeringen av arbeid fra fastlegene til hjelpepersonell hadde gått litt langt/flytt litt ut. Legen mente at medarbeidere gjør mer enn de kanskje burde uten at man har noen god kvalitetskontroll. Med mer fastlegekapasitet som de vil få med en ekstra fastlege, kan dette strammes mer inn.

Grenseoppgang mellom PHT og øvrig helsetjeneste

De fleste informantuttalelsene som gjaldt grenseoppgang mellom primærhelseteam og øvrig helsetjeneste, dreide seg enten om overlapp med hjemmetjenesten eller om overlapp med rus- og psykiaritjenesten. Overlapp med Frisklivssentral, kreftkoordinator og sykehusets diabetespoliklinikk ble også nevnt.

Rus/psykiatri

Det ble sett på som viktig å ikke lage et tilbud gjennom PHT som allerede eksisterer i kommunen/bydelen. Spesielt innenfor rusområdet ble det i noen kommuner/bydeler pekt på at det allerede finnes mange aktører og tilbud. I løpet av intervjuperioden ble det imidlertid tydelig at det er stor variasjon i hvilke tilbud den kommunale rus- og psykiaritjenesten har, og hva man ser på som en mangel. Fleire PHT som har valgt å rette seg mot målgruppen rus/psykiatri har derfor valgt å fokusere på pasientenes somatiske helse. Andre forventet å være koordinator blant alle aktørene.

En PHT-leder uttrykte at PHT ikke skal være en måte å finansiere en ekstra psykiatrisk sykepleier i kommunen som egentlig gjør jobben til kommunale psykiatritjeneste. På den andre siden planla et annet PHT å tilby terapisaamtaler med psykiatrisk sykepleier, da dette var et tilbud som manglet der.

Hjemmetjenesten

Det var tydelig at de ulike legekantorene hadde ulik kontakt med hjemmetjenesten. Fastleger fra flere legekantor var veldig bestemte på at de fortsatt vil bruke sykepleierne i hjemmetjenesten til å kartlegge situasjonen hjemme. Argumentet var at hvis legekantoret skal hjem, så vil de bruke de som fra før er kjent i hjemmet. Hvis PHT kommer ut, så blir det kun for å få et øyeblikksbilde. PHT-sykepleierne skal ikke være kontaktsykepleiere for hjemmetjenesten på legekantoret. Men det kunne være aktuelt for PHT-sykepleier å dra hjem til pasienten i noen tilfeller, for eksempel for å ta blodprøver hjemme hos eldre.

Ved et annet legekantor var man litt mer åpne for å dra på hjemmebesøk parallelt med at pasienten har hjemmetjenester. Det ble pekt på fra en PHT-sykepleier at hvis man skal dra på hjemmebesøk så er det jo greit å ha et samarbeid med hjemmetjenesten sånn at man ikke trør hverandre på tærne, siden hun antok at en del av arbeidsoppgavene deres ville overlappe. En annen pekte på at hjemmetjenesten er der så kort tid om gangen, og PHT-sykepleieren har litt mer tid. PHT-sykepleieren vil observere andre ting.

En lege ved et legekantor hvor man mente at kontakten med hjemmesykepleien var dårlig, mente at hjemmebesøk ved deres egen PHT-sykepleier ville bli nærmere og tettere. Og pekte på at de ikke skulle drive pleie, men diagnostikk. Legen pekte på at de skal gjøre raske avklaringer om behov for eventuelt oppjustering på pleien, eller om pasienten trengte andre tjenester.

En sykepleier sa at hun var klar over at det er behov for å trekke en grense mellom det hun skal gjøre og det hjemmesykepleier gjør. Hun tenkte at hun blant annet kan bidra til å trygge pasienten når hjemmesykepleien har trukket ut seg etter en mer akutt fase. Når det for eksempel gjøres endringer i medisiner, så kan sykepleier være en positiv dobbeltkontroll som kan sikre at pasienten forstår endringene som gjøres, og er trygg med dem

2.3.11 Betraktninger ved oppstart om pasienters tilgang til PHT

Mange understreket legens rolle i seleksjon av pasienter til PHT, men det var ulike oppfatninger om hvorvidt fastlegen skal være portvakt for PHT. Det ble også pekt på hvordan tilgang til PHT kan foregå i et samarbeid mellom lege og sykepleier. Oppfatninger var ulike om hvorvidt PHT-sykepleier skulle ha egen timebok og om denne skulle være åpen for direkte bestilling for pasienter. I dette avsnittet beskrives informantenes forventninger som gjelder pasienters tilgang til PHT, og konkrete planer om hvordan tilgang skal gis.

Understreking av legens rolle i seleksjon av pasienter til PHT

En eller flere informanter fra de aller fleste legekantorene poengterte på ulike måter hvordan legene skal ha en viktig rolle i seleksjon av pasienter til PHT. Det ble for eksempel sagt at det er fastlegen som kjenner lista si best, og bestemmer hvilke pasienter som skal inn i PHT. En annen begrunnelse var at fastlegen selv vet hvordan han ønsker å drive lista si. En tredje begrunnelse handlet om at legene skal ha rollen som portvakter for PHT, og det er legene som skal stå for prioriteringen av pasienter. Det ble også pekt på at siden det er den enkelte fastlege som har ansvaret for hva PHT driver med i forhold til egne listeinnbyggere, så er det helt grunnleggende at legen må ha tillit til sykepleieren for i det hele tatt å delegere noen oppgaver til PHT.

Samarbeid mellom lege og sykepleier i seleksjon av pasienter til PHT

Enkeltinformanter i majoriteten av legekantorene pekte på ulike måter på hvordan tilgang til PHT kan foregå i et samarbeid mellom lege og sykepleier. Brorparten så for seg at legens sortering skulle ligge til grunn, og at sykepleieren skulle involveres i etterkant, eventuelt at det skulle være teamjobbing og diskusjoner mellom lege og sykepleier om hva de kunne gjøre for en pasient, som resulterte i tilgang. I slike «sorteringsmøter» ble det pekt på at både lege og sykepleier kunne bruke sitt kliniske skjønn og supplere hverandre.

Andre informanter så for seg at sykepleiers forslag skulle ligge til grunn for å gi tilgang. En lege så for seg at sykepleier lager en oversikt basert på fastlegens liste, og at fastlegen så går inn og plukker aktuelle pasienter for PHT ut fra denne. En annen pekte på at legene skal plukke ut pasientgruppene, og delegere pasienter til PHT. Alternativt ble det sagt at sykepleier gjør en egen vurdering og foreslår eller gi tilgang selv.

Ulike oppfatninger om sykepleiers timebok

Et tema var sykepleiers timebok. I den ene enden av skalaen fant vi en informant som argumenterte mot at sykepleieren har egen liste, og knyttet det til at det er legen som skal styre tilgangen av pasienter til PHT. Det

ble ikke stilt direkte spørsmål om sykepleier og timebok til alle, men inntrykket var at timebok for sykepleieren i PHT var noe man planla.

I andre enden av skalaen fant vi flere legekantor som allerede hadde etablert eller vurderte å legge sykepleierens timebok på nett, med muligheter for at pasienter kunne bestille time selv. I ett tilfelle ble det samtidig understreket at dette skulle forbeholdes pasienter som allerede hadde etablert kontakt med PHT. En annen kommenterte at det ikke var så aktuelt med åpen timebok på nett fordi målgruppen ikke bruker denne type bestilling uansett. En informant påpekte at siden de foreløpig ikke hadde sett journalleverandørens oppsett, så visste de ikke om det ble muligheter for timebestilling direkte fra pasienter.

Helsesekretærenes rolle i å gi tilgang til PHT

I en kommune som nettopp hadde startet med PHT da intervjuene ble gjort, hadde helsesekretær allerede satt opp noen pasienter på PHT-sykepleierens timeliste. I en annen kommune som ikke var i gang, mente PHT-leder at når det kommer en henvendelse i resepsjonen, skal helsesekretærene tenke om dette kan egne seg for PHT, og så måtte dette diskuteres. Utover dette ble ikke helsesekretærene nevnt spesielt når det gjaldt spørsmål om tilgang til PHT.

Tidlig fase - noen sprikende oppfatninger om tilgang internt på legekantorene

Enkelte legekantor hadde foreløpig ikke diskutert pasientenes tilgang til PHT. I et par tilfeller avdekket intervjuene at det internt på legekantor var litt ulike oppfatninger om hvordan tilgang til PHT skulle gis. Dette handlet for eksempel om at to leger hadde ulikt syn på hvorvidt det skulle åpnes for at pasienten skulle kunne bestille time hos PHT-sykepleier selv, eller hvorvidt PHT-sykepleier skulle ha egen timebok.

2.4 Oppsummering av de sentrale resultatene

Vesentlige ulikheter ved oppstart av forsøket

Integrasjonen mellom legekantor og andre kommunale helsetjenester i forsøkskommunene kom til syne på ulike måter ved oppstarten av forsøket, og vi forventer at dette vil påvirke hvordan relasjonene utvikles gjennom forsøket og hva som blir resultater av forsøket. For det første var det variasjon i driftsform med både private, hybride og kommunale driftsformer blant legekantorene i forsøket. Ulikhetene kom også til syne ved ledelse og plassering av (kommunale) legekantor i kommunens organisasjon, forekomsten av faste samarbeidsmøter mellom legekantor og deler av kommunal helsetjeneste, forekomsten av primærkontakter, samvirke og «teamarbeid» mellom legekantor og deler av kommunal helsetjeneste, hvorvidt leger og/eller sykepleiere var ansatt eller hadde en funksjon både på legekantor og i kommunal helsetjeneste, og hvordan elektroniske meldinger ble brukt som verktøy.

Valg av finansieringsmodell i forsøket hang i stor grad sammen med legekantorenes driftsform før forsøket startet. Legekantor hvor legene er næringsdrivende, valgte i hovedsak honorarmodellen. Mens legekantorene som er kommunale med fastlønnede leger, i hovedsak valgte driftstilskuddsmodellen. Vurderingene ved oppstart tyder på at legekantorene som valgte driftstilskuddsmodellen, så for seg en bedre økonomi enn tidligere. Mens flere av de som valgte honorarmodellen, så for seg at det ville bli utfordrende å finansiere sykepleierens arbeid med denne modellen. Det at driftsform i så stor grad har styrt valget av finansieringsmodell, gjør det utfordrende å fullt ut evaluere virkningene av de to ulike finansieringsmodellene i forsøket. Særlig vil det ikke være mulig å evaluere driftstilskuddsmodellen ved legekantor med en hybrid driftsform, siden ingen legekantor i forsøket har denne kombinasjonen.

Før PHT-forsøket startet var det ansatt sykepleiere i 9 av de 12 praksisene som studien omfatter. Det var variasjon i sykepleierens oppgaver på legekantorene før PHT-forsøket startet, og variasjon i kombinasjonen av oppgaver. Det var vanlig å gjøre sykepleieroppgaver eller prosedyrer som utløser legetakst, helsesekretær oppgaver, kommunale oppgaver eller bydelsoppgaver, og andre oppgaver. Sykepleiere på legekantor er dermed ikke så nytt i forsøket som man kanskje hadde antatt på forhånd.

Arbeidet som PHT

Den foreløpige analysen viser at informantene som skal være en del av PHT, i stor grad entrer dette forsøket med et ønske om å forbedre kvaliteten i legetjenesten. Ved de fleste legekantorene ble det gitt uttrykk for både engasjement og skepsis knyttet til deltakelsen i forsøket. Legekantorene planla å organisere PHT først og fremst etter pasientenes diagnose, og noen planla organisering hvor av PHT-sykepleierne var knyttet til et utvalg av legekantorets fastlegelister.

Alle legekantorene i forsøket planla i første omgang innsatsen mot en avgrenset del av de målgruppene som Helsedirektoratet har pekt ut for PHT. Fokuset for det innledende PHT-arbeidet var i hovedsak rettet mot kronisk syke og skrøpelige eldre. Noen legekantor hadde valgt å rette PHT-arbeidet inn mot målgruppen med psykiske lidelser og rusavhengighet. Det var få konkrete planer ved forsøksoppstart knyttet til målgruppen utviklingshemmede.

Ved hvert tredje legekantor i forsøket, var PHT-sykepleier ansatt fra tidligere i en annen stilling ved legekantoret. Informantene uttrykte at det ved nyansettelser ble lagt stor vekt på PHT-sykepleiers erfaring, og i mindre grad på utdanning. Intervjuene avdekket ulike oppfatninger om hvorvidt PHT-sykepleier helst burde være en spesialisert sykepleier eller en generalist.

Informantenes forventninger til hva sykepleier i PHT skal bidra til på legekantoret, var å overta rutinepreget og tidkrevende arbeid fra legen, mer systematikk og struktur, opplæring, hjemmebesøk, bedre koordinering av tjenester og kommunikasjon med legekantoret, bedre tilgang til legetjenesten, mer fleksibilitet og bedre kontinuitet for kronisk syke. Legene så frem til også å kunne bruke resultater fra systematiske sykepleierkonsultasjoner og tidkrevende undersøkelser som de selv ikke rekker å gjøre, når de skal ta sine beslutninger. På intervjuetidspunktet, altså tidlig i oppstartsfasen, var det imidlertid mye som ikke var avklart med hensyn til hvordan leger og sykepleiere helt konkret skal samarbeide, og situasjonen var naturlig nok preget av usikkerhet omkring roller. Flere sykepleiere reflekterte over at de delvis går inn på legens felt, og gikk ut fra at de vil treffe på litt motstand og usikkerhet knyttet til hva legene er bekvem med å gi fra seg til sykepleier.

Inntrykket var at en del leger hadde et stort fokus på viktigheten av at de selv leder team og pasientbehandling. Noen leger uttrykte bekymring for å være ansvarlige for sykepleieres beslutninger eller for å treffe beslutninger på «andre folks observasjoner», og var mindre opptatt av hvordan de skulle utvikle samarbeidet.

Andre leger var på sin side opptatt av hvordan de skulle sette av mye ukjentlig tid og dermed ressurser til å utvikle teamarbeidet, noe som tydet på at de anerkjente at tverrprofesjonelle ferdigheter som et pluss i utviklingen av bedre kvalitet i legetjenesten. I intervjuer ved drøyt halvparten av legekantorene ble temået tid og ressursbruk til samhandling mellom lege og sykepleier i primærhelseteam berørt, og man planla ukentlige samarbeidsmøter og veiledning, utvikling av teamarbeid og internundervisning, eller hvordan fastleger skulle inn i sykepleieres konsultasjoner.

Enkelte legekantor så ut til å preges av at det helt klart var en stor grad av tillit mellom leger og sykepleiere, hvor de kanskje allerede hadde jobbet i lag i lang tid, det var sterke bånd mellom profesjonene og de kjente hverandre og hverandres kompetanse, ga ros til den andre profesjonen, og hvor det ble uttrykt at de så på seg selv som avhengige av hverandre. Slik sett fant vi eksempler på at teamarbeid allerede er godt etablert i fastlegetjenesten.

Mange understreket legens rolle i seleksjon av pasienter til PHT, men det var ulike oppfatninger om hvorvidt fastlegen skal være portvakt for PHT. Det ble også pekt på hvordan tilgang til PHT kan gis i et samarbeid mellom lege og sykepleier. Oppfatninger var ulike om hvorvidt PHT-sykepleier skulle ha egen timebok og om denne skulle være åpen for direkte bestilling for pasienter.

Flere informanter påpekte at helsesekretærens rolle i PHT-forsøket ikke er godt beskrevet i Helsedirektoratets dokumenter om forsøket med PHT. Enkelte helsesekretærer fryktet å miste det de så på som faglig spennende oppgaver. Grensen mellom sykepleier og helsesekretærs oppgaver ble av mange oppfattet som uklar. Dette gjaldt spesielt ved legekantor som hadde sykepleiere ansatt fra før, og hvor tradisjonen var at helsesekretær og sykepleier gjør det samme.

De fleste informantuttalelsene som gjaldt uklare grenser mellom hva som skal være PHT og øvrig helsetjenestes oppgaver, dreide seg enten om PHT sin overlapping med hjemmetjenesten eller om overlapping med rus- og psykiatritjenesten.

Proaktivitet og brukermedvirkning

Helsedirektoratets beskrivelse av PHT fremhever at det i større grad skal legges vekt på proaktiv oppfølging og gode forløp. Intervjuene avdekket fastlegers refleksjoner rundt proaktivt arbeid spesielt knyttet til de pasientgruppene som skal være målgrupper for PHT. Noen fastleger pekte på proaktivitet som et tradisjonsbrudd i allmenmedisin. Forventningene til proaktivitet i PHT ble av flere knyttet til sykepleierens nye rolle og ikke til endring av legens rolle.

Det er forventet at PHT skal basere sitt arbeid på brukermedvirkning. 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.



3. Spørreundersøkelse til listeinnbyggere

Vi gjennomførte en befolkningsbasert spørreundersøkelse til listeinnbyggere hos fastleger i forsøket og hos fastleger i en kontrollgruppe. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge pasientenes bruk av og tilfredshet med fastlegetjenesten, samt opplevd helsetilstand. Samlet sett viser denne undersøkelsen at 9 av 10 listeinnbyggere har vært i kontakt med fastlegekontoret en eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene. Alt i alt er pasientene fornøyde med fastlegen – over halvparten av respondentene oppgir at de er svært fornøyd. Videre oppgir over halvparten av respondentene at de har langvarige helseplager, samtidig som 71 prosent opplever at de har «god» eller «svært god» helse.

3.1 Formål og problemstillinger

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant et utvalg listeinnbyggere hos fastleger i forsøket og hos fastleger i en kontrollgruppe. Formålet med å gjennomføre en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere er å etablere kunnskap om hvordan listeinnbyggere bruker fastlegetjenesten i dag (herunder kontakt med både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer), i hvilken grad de opplever at de har tilgang til nødvendig helsehjelp, tilfredshet med tjenesten og opplevd helsetilstand. Videre er formålet med spørreundersøkelsen å supplere kunnskapsgrunnlaget ved nullpunktsmålingen for forsøket med primærhelseteam. Spørreundersøkelsen supplerer kunnskapen vi får fra registerdataene blant annet ved å gi informasjon om listeinnbyggenes opplevde helsetilstand.

Denne kartleggingen ved oppstart av forsøket er nødvendig for å kunne måle endringer over tid. Det er behov for å undersøke forholdene både blant listeinnbyggere hos fastleger som deltar i forsøket og blant listeinnbyggere hos fastleger som ikke deltar i forsøket, slik at man kan sammenligne utviklingen i de to gruppene over tid. Hensikten med å sammenligne et stort antall listeinnbyggere tilknyttet fastleger i forsøket med listeinnbyggere tilknyttet fastleger som ikke er i forsøket er å fange opp effekten av primærhelseteam på tilfredshet og helsetilstand.

Ved å sammenligne utviklingen til listeinnbyggere tilknyttet forsøks- og kontrollpraksiser over tid, kan vi evaluere om primærhelseteam fører til de ønskede effektene for listeinnbyggerne. Formålet med primærhelseteam er å bedre tilgjengeligheten til primærhelsetjenesten, skape større bredde i tilbudet, og bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og brukere med store og sammensatte behov. For listeinnbyggerne som tiltaket særskilt retter seg mot innebærer dette blant annet bedre helsetilstand og mestringsevne, økt pasient- og brukertilfredshet og bedre koordinerte og sammenhengende tjenester.

Denne nullpunktsmålingen skal inngå i senere analyser der vi vil undersøke utviklingen i bruk av fastlegetjenesten, tilfredshet og helsetilstand i løpet av forsøksperioden. På det nåværende stadiet vil vi ikke gjøre noen sammenligning av listeinnbyggere tilknyttet legekantor i forsøksgruppen og listeinnbyggere tilknyttet legekantor i kontrollgruppen. Dette vil bli relevant å gjøre etter hvert som forsøket forløper og særlig ved avslutningen av forsøksperioden.

3.2 Data og metode

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse til listeinnbyggere over 18 år hos fastleger ved både forsøks- og kontrollpraksiser, som ble identifisert gjennom Fastlegeregisteret. Undersøkelsen er godkjent av REK (saknummer 2018/457). Spørreskjemaet med spørsmål og resultater er presentert i sin helhet i appendiks A.

3.2.1 Målgruppe og kontrollgruppe

Målgruppen for kartleggingen er alle pasienter 19 år og eldre på lister hos fastleger som er med i forsøket. Disse utgjør i 2018 til sammen 80 703 pasienter fordelt på 85 fastleger ved 13 legekantor i ni kommuner.

Som beskrevet i avsnitt 1.4.1, er det mange mulige kilder til seleksjon i forsøket, og dette påvirker vår metode for å avgrense en kontrollgruppe i analysen av informasjon fra spørreundersøkelsen. Vi valgte ut legekantor utenfor

forsøket til en kontrollgruppe for å kunne kontrollere for noe av denne seleksjonen. Kontrollgruppen ble identifisert i to trinn. I første trinn identifiserte vi praksiser som oppfylte følgende kriterier:

- Legekontor som hadde søkt om deltakelse i forsøket, men ikke fått tilbud om deltakelse eller takket nei
- 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 leger 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. Alle kommunene som hadde søkt om deltakelse i forsøket ble inkludert i kontrollgruppen. Kontrollgruppen består av til sammen 23 legekontor i 16 kommuner, med totalt 122 fastleger og 128 097 listeinnbyggere.

3.2.2 Bruttoutvalg av listeinnbyggere

Utvalgsstørrelsen ble fastsatt basert på styrkeberegninger, på vurderinger av forventet svarprosent og andre skjønsmessige 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 44 473 listeinnbyggere. Av disse var 29 708 listeinnbyggere tilknyttet fastleger i forsøket og 14 765 listeinnbyggere var tilknyttet fastleger ved legekontor i kontrollgruppen.

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. Ettersom omtrent 75 prosent av legekontorene i forsøket prøver ut honorarmodellen, består 75 prosent av pasientene i forsøksgruppen av pasienter tilknyttet fastleger som piloterer honorarmodellen. Utvalget ble tilfeldig trukket ut ved bruk av statistikkprogrammet STATA.

3.2.3 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 (22 prosent av utvalget), mens de øvrige mottok undersøkelsen per e-post (78 prosent). Bruttoutvalget på 44 473 listeinnbyggere fordelte seg på 8889 postale mottakere og 35 584 web-mottakere. Til sammen 330 duplikater ble fjernet fra utvalget, mens 720 pasienter i forsøksgruppen og 341 pasienter i kontrollgruppen ble overført fra web- til postalutvalget grunnet mangelfulle e-postadresser. Etter denne justeringen bestod bruttoutvalget av til sammen 44 143 listeinnbyggere, fordelt på 29 429 personer i forsøksgruppen (22 778 web-mottakere og 6651 postal-mottakere) og 14 714 personer i kontrollgruppen (11 415 web-mottakere og 3299 postal-mottakere).

E-postadresser ble innhentet fra Difis Kontakt- og reservasjonsregister, mens postadresse ble innhentet fra Folkeregisteret. Undersøkelsen ble distribuert gruppevis i perioden 21.-28. september 2018. Påminnelse ble sendt i perioden 22.-26. oktober 2018. Undersøkelsen ble avsluttet 22. november 2018.

3.2.4 Utforming og analyse

Spørreundersøkelsen ble utarbeidet av medarbeidere ved Oslo Economics våren 2018 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. Vi har mottatt innspill til spørreundersøkelsen fra Helsedirektoratet og fra prosjektets referansegruppe, med representanter for blant andre Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Helsesekretærforbundet og KS.

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
- 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
- Deltakelse i utprøvinger av fastlegetjenesten: medisinsk avstandsoppfølging, strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og primærhelseteam

- Opplevd helsetilstand: Reflektert ved det standardiserte spørreskjemaet EuroQol 5 dimensjoner/5 nivåer (EQ-5D-5L)

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

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 to spørsmål var det også mulig å svare «ikke relevant».

For hvert av spørsmålene har vi beregnet gjennomsnittlig score basert på tallverdien til svaralternativene. I beregningen av gjennomsnittlig svarscore ekskluderte vi respondenter som hadde svart «vet ikke». For å beskrive resultatene fra spørsmålene med svaralternativer -3 til +3 har vi benyttet følgende definisjoner avhengig av gjennomsnittlig score for de ulike spørsmålene: mindre enn eller lik -2,5 tolkes som «svært misfornøyd», fra -2,5 til og med -1,5 tolkes som «misfornøyd», fra -1,5 til og med -0,5 tolkes som «i noen grad misfornøyd», fra -0,5 til og med 0,5 tolkes som «verken misfornøyd eller fornøyd», fra 0,5 til og med 1,5 tolkes som «i noen grad fornøyd», fra 1,5 til og med 2,5 tolkes som «fornøyd» og større enn 2,5 tolkes som «svært fornøyd».

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

Engelsk skjema ble tilrettelagt for web-utfylling. Respondentene ble gjort oppmerksomme på denne muligheten i invitasjonsbrevet. Median intervjuetid (i web-versjon) var 12 minutter.

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

Et av utfallsmålene i forsøket med primærhelseteam 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 mellom null og 1,0 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).

3.2.5 Frafallsanalyse

Bruttoutvalget ekskludert duplikater består av 44 143 listeinnbyggere (Tabell 3-1). Etter endt datainnsamling gjenstår vi med 8236 respondenter med påbegynt besvarelse og 7136 respondenter med komplett utfylling, tilsvarende 19 prosent og 16 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 12 prosent for web-utvalgene og 33 og 35 prosent i postalutvalgene. Responsen er om lag den samme i forsøk- og kontrollgruppene innenfor samme metode, og datainnsamlingen har dermed tilsynelatende ikke medført vesentlige skjevheter når det gjelder sammensetningen av forsøks- og kontrollgruppe.

Tabell 3-1: Respons etter type utvalg.

	Forsøksgruppen		Kontrollgruppen		Sum
	E-post	Post	E-post	Post	
Utsending					
Brutto utvalg (ekskl. duplikater)	23 498	5931	11756	2958	44 143
Brutto utvalg, adressekorrigert	22 778	6651	11415	3299	44 143
Bounce (web)/ retur (post)	105	232	0	114	346
Ikke kontakt/ubesvart	19 839	3792	10036	1789	
Kontakt	2834 (12%)	2627 (41%)	1379 (12%)	1396 (44%)	8236 (19%)
Bytter fra postal til web		452		241	
Justert utvalg	3286	2175	1620	1155	8236
Frafall					
Ufullstendig utfylling	659	11	343	3	1016
Intervju					
Besvarer første spørsmål	3286 (12%)	2175 (33%)	1622 (12%)	1153 (35%)	8236 (19%)
Besvarer siste spørsmål	2563 (11%)	2164 (33%)	1260 (11%)	1150 (35%)	7136 (16%)

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

Utvalget har en jevn fordeling mellom menn og kvinner (46,5 og 53,5 prosent). Vi ser imidlertid at responsen varierer med alder og at den er høyere blant eldre enn yngre personer. Blant de yngste, og særlig blant de yngste mennene, finner vi undersøkelsens laveste respons på 4,7 prosent. Blant de eldste, og særlig blant de eldste mennene er den høyest med 52,1 prosent. Dette betyr at utvalget har aldersskjevhet i retning av de eldste over 70 år, og tilsvarende underrepresentasjon av de yngste under 30 år, både blant kvinner og menn. Det endelige utvalget er ikke vektet. Vi har imidlertid presentert alle resultatene etter aldersgrupper.

Tabell 3-2: Brutto og netto utvalg etter kjønn og alder. Antall og prosent.

	Brutto utvalg, N (%)	Netto utvalg, N (%)	Respons (%)
Menn			
18-29	4180 (9,5)	196 (2,4)	4,7
30-44	6020 (13,6)	518 (6,3)	8,6
45-59	5980 (13,5)	874 (10,6)	14,6
60-69	3026 (6,9)	673 (8,2)	22,2
70+	3015 (6,8)	1571 (19,1)	52,1
Sum	22 221 (50,3)	3832 (46,5)	17,2
Kvinner			
18-29	3956 (9,0)	317 (3,8)	8,0
30-44	5860 (13,3)	747 (9,1)	12,7
45-59	5628 (12,7)	1002 (12,2)	17,8
60-69	2977 (6,7)	770 (9,3)	25,9
70+	3501 (7,9)	1568 (19,0)	44,8
Sum	21 922 (49,7)	4404 (53,5)	20,1
Total	44 143 (100)	8263 (100)	18,7

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

3.3 Resultater

3.3.1 Studiepopulasjon (nettoutvalg)

Totalt 8236 personer samtykket til å delta i spørreundersøkelsen. Av disse var 53,5 prosent kvinner, 40,7 prosent yrkesaktive, og 44,0 prosent hadde utdanning på universitets- eller høgskolenivå (Tabell 3-3). Aldersfordelingen var 10,8 prosent i alderen 18-34 år, 25,1 prosent i alderen 35-54 år, 25,9 prosent i alderen 55-69 år og 38,1 prosent var 70 år eller eldre. For hele studiepopulasjonen var gjennomsnittsalderen 59,9 år (median: 63 år, range: 19 - 103 år). De fleste (87,3 prosent) hadde hatt sin nåværende fastlege i 1 år eller mer, og 55,5 prosent hadde hatt sin nåværende fastlege i 5 år eller mer.

Tabell 3-3: Kjennetegn ved studiepopulasjonen

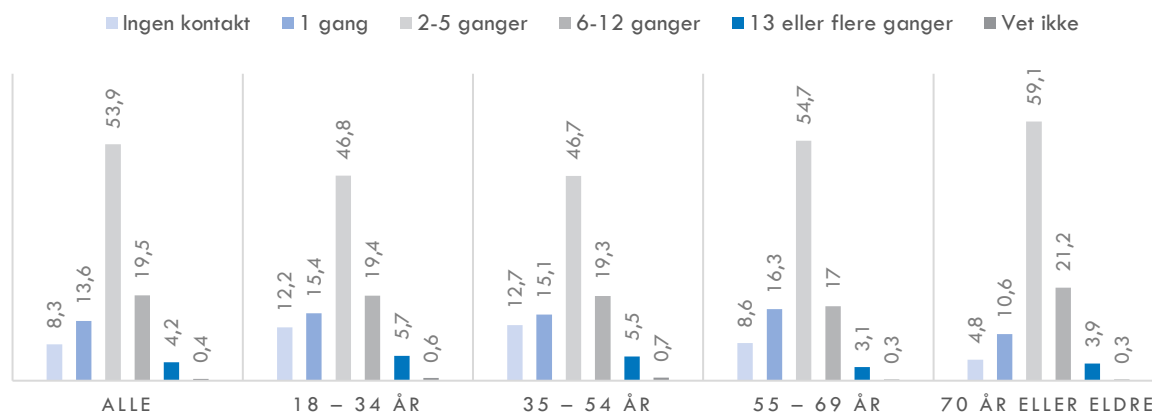
Kjennetegn	Antall	Andel av studiepopulasjonen (prosent)
Aldersfordeling		
18 – 34 år	893	10,8
35 – 54 år	2070	25,1
55 – 69 år	2134	25,9
70 år eller eldre	3139	38,1
Øvrige kjennetegn		
Kvinne	4404	53,5
Yrkesaktiv	2870	40,7
Utdanning på universitets-/høgskolenivå	2965	44,0
Har hatt sin nåværende fastlege i 1 år eller mer	6232	87,3
Har hatt sin nåværende fastlege i 5 år eller mer	3960	55,5

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

3.3.2 Bruk av fastlegjetjenesten

Blant respondentene i undersøkelsen hadde 91,3 prosent vært i kontakt med fastlegen 1 eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene. De fleste (53,9 prosent) hadde vært i kontakt med fastlegen mellom to og fem ganger (Figur 3-1). Aldersgruppene 18 til 34 og 35 til 54 år hadde høyest andel (henholdsvis 12,2 og 12,7 prosent) som ikke hadde vært i kontakt med fastlegen de siste 12 månedene. Disse aldersgruppene hadde dessuten høyest andel (henholdsvis 5,7 og 5,5 prosent) som hadde vært i kontakt med fastlegen 13 eller flere ganger de siste 12 månedene. Gruppen som var 70 år eller eldre hadde den laveste andelen som ikke har vært i kontakt med fastlegen de siste 12 månedene (4,8 prosent), og majoriteten i denne gruppen hadde vært i kontakt med fastlegen mellom to og fem ganger de siste 12 månedene (59,1 prosent).

Figur 3-1: Kontakt med fastlege siste 12 måneder. Prosentvis andel som svarte de ulike alternativene.

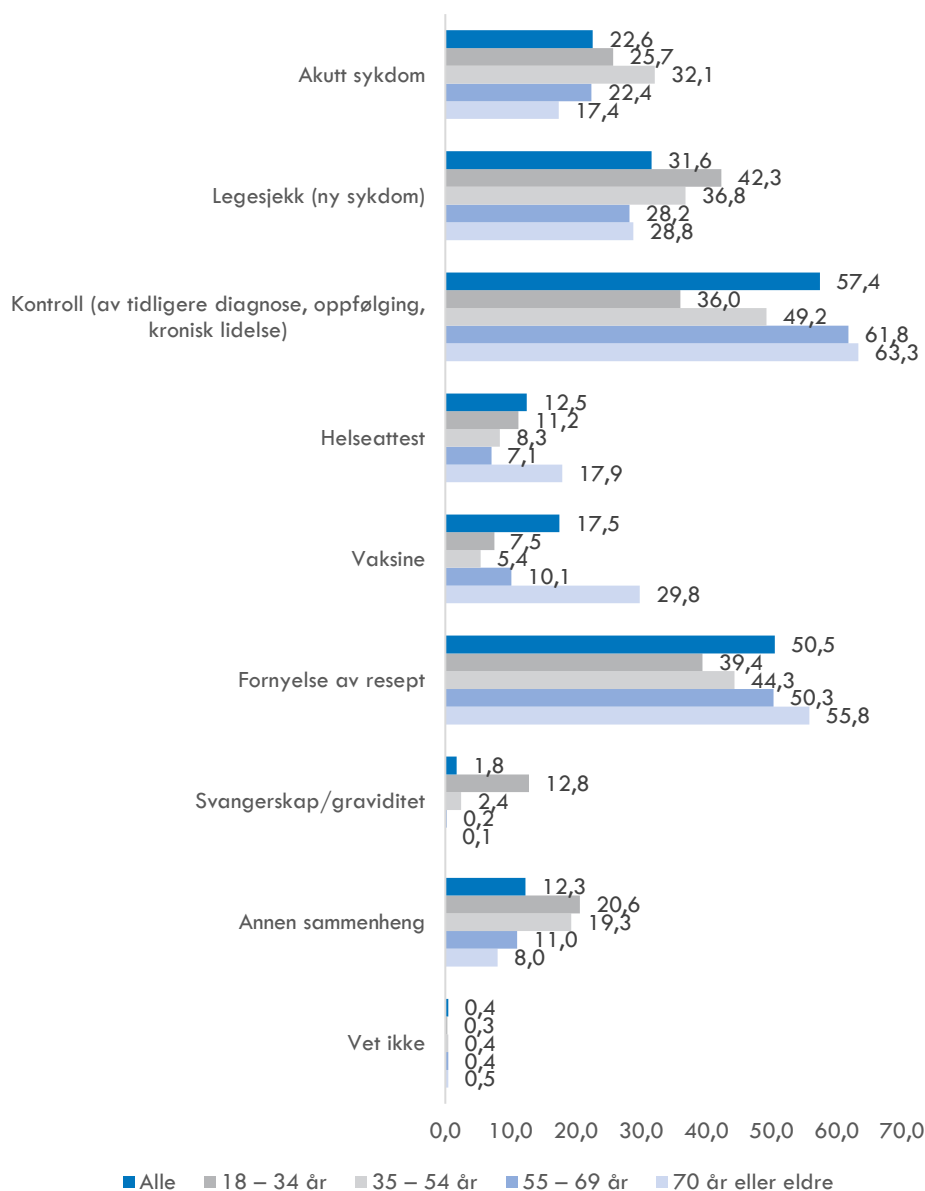


Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

De fleste (57,4 prosent) som hadde hatt kontakt med fastlegen de siste 12 månedene, hadde kontakt i sammenheng med kontroll av tidligere diagnose, oppfølging eller kronisk lidelse (Figur 3-2). Andre vanlige årsaker til at respondentene hadde vært i kontakt med fastlegen, var fornyelse av resept (50,5 prosent) og legesjekk ved ny sykdom (31,6 prosent).

Andelen som har hatt kontakt med fastlegen i forbindelse med vaksinerings var høyest blant respondentene i aldersgruppen 70 år og eldre (29,8 prosent sammenlignet med 17,5 for alle respondentene samlet). Folkehelseinstituttet anbefaler at alle over 65 år tar influensavaksine, og dette kan være grunnen til den relativt høye andelen. Den samme aldersgruppen har også den høyeste andelen som har hatt kontakt i forbindelse med helseattest (17,9 prosent sammenlignet med 12,5 prosent for alle respondentene samlet), og dette kan delvis skyldes at man etter fylte 75 år må gjennomgå en helseundersøkelse hos fastlegen for å få fornyet førerkortet.

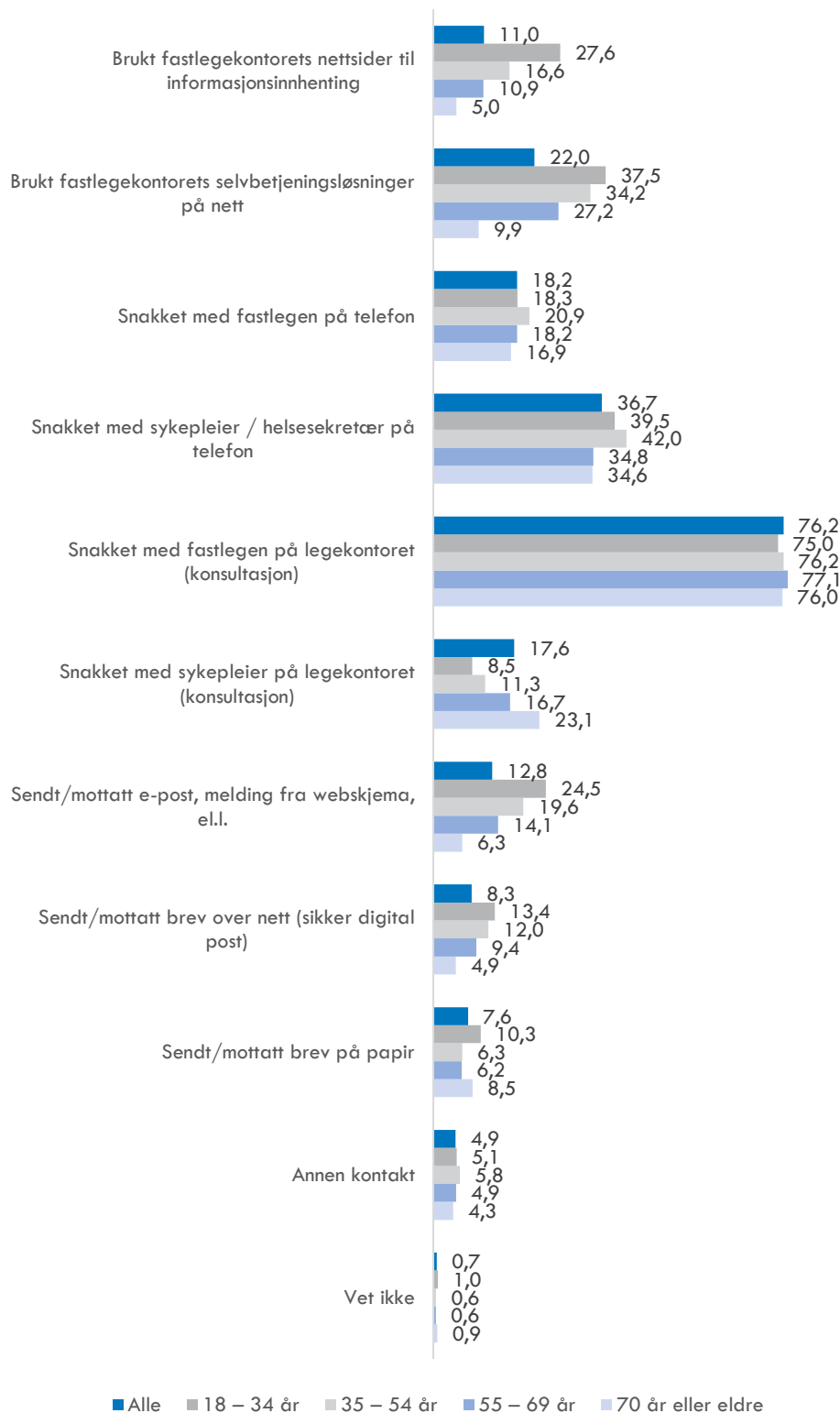
Figur 3-2: I hvilken sammenheng respondentene var i kontakt med fastlegen. Figuren angir, blant respondenter som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret, prosentandelen som oppga de ulike årsakene.



Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. **Merknad:** Det var mulig å krysse av for flere alternativer.

Blant respondentene som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene hadde de fleste (76,2 prosent) hatt konsultasjon hos fastlegen (Figur 3-3). Den nest vanligste typen kontakt var samtale med sykepleier/helsesekretær på telefon (36,7 prosent). Den minst vanlige formen for kontakt var å sende/motta brev på papir (7,6 prosent). Sammenlignet med respondentene samlet sett, hadde aldersgruppen 70 år eller eldre den laveste andelen som har brukt fastlegekontorets nettsider til informasjonsinnhenting, brukt fastlegekontorets selvbetjeningsløsninger på nett, sent/mottatt e-post, melding fra webskjema eller lignende, og sendt/mottatt brev over nett (sikker digital post).

Figur 3-3: Hvilken type kontakt respondentene har hatt med fastlegekontoret de siste 12 månedene. Blant respondenter som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret, andelen som oppga de ulike kontakttypene.



Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. Merknad: Det var mulig å krysse av for flere alternativer.

Blant respondentene som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene, hadde 69,5 prosent opplevd at fastlegen involverte annet helsepersonell ved fastlegekontoret i konsultasjonen (Tabell 3-4). Andelen som hadde opplevd at fastlegen involverer annet helsepersonell i konsultasjonen, var lavest for aldersgruppen 18

til 34 år (56 prosent). Flertallet (59,2 prosent) av respondentene som hadde opplevd at fastlegen involverer annet helsepersonell i konsultasjonen, oppga at det var en laboratorieansatt som ble involvert (Tabell 3-5).

I primærhelseteam er det fastlege, sykepleier og helsesekretær som skal jobbe sammen i team, og det er derfor interessant å følge utviklingen i hvordan sykepleier og helsesekretær involveres på fastlegekontoret. På en del fastlegekontor er det ansatt sykepleier før innføringen av primærhelseteam, og de fleste fastlegekontor som er med i utprøvingen hadde ansatt en sykepleier som skal jobbe i primærhelseteam på tidspunktet da spørreundersøkelsen ble gjennomført. Blant respondentene som hadde opplevd at annet helsepersonell ble involvert i konsultasjonen på fastlegekontoret, er det henholdsvis 19,2 og 19,4 prosent som har opplevd at sykepleier og helsesekretær ble involvert.

Tabell 3-4: 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)? Andel blant respondenter som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de sist 12 månedene.

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Aldri	20,7	24,6	18,6	19,5	21,8
Sjelden	37,6	32,9	38,5	37,1	38,3
Ofte	22,8	19,8	25,1	25,1	20,8
Hver gang	9,1	3,3	4,9	8,8	12,7
Vet ikke / Ikke relevant	9,8	19,4	12,9	9,4	6,3
Observations	6676	602	1500	1742	2832

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

Tabell 3-5: Hvilket annet helsepersonell er inkludert? Andel blant respondenter som hadde opplevd at fastlegen involverer annet helsepersonell ved fastlegekontoret i konsultasjonen.

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Annen fastlege	11,0	18,4	13,9	10,0	9,6
Sykepleier	19,2	23,1	19,1	20,0	18,3
Helsesekretær	19,4	25,4	27,2	20,7	15,3
Laboratorieansatt	59,2	56,1	59,5	63,5	57,4
Annen person	5,2	6,7	8,6	6,0	3,4
Vet ikke	5,3	10,2	6,3	4,8	4,5
Observations	5905	342	1099	1427	3037

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

3.3.3 Tilfredshet med fastlegjetjenesten

Respondentene som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene, var i gjennomsnitt fornøyde med sine erfaringer med fastlegen (Figur 3-4). Samlet sett svarte kun 1,9 prosent av respondentene at de var «-3 svært misfornøyd» med fastlegen, mens 48,7 prosent svarte at de var «+3 svært fornøyd». Respondentene i aldersgruppen 18 til 34 år var i minst grad fornøyde (gjennomsnittlig score: 1,4), hvorav 29,5 prosent svarte at de var «3 svært fornøyd» og 4,2 prosent svarte «-3 svært misfornøyd». Respondentene i aldersgruppen 70 år eller eldre var mest fornøyde (gjennomsnittlig score: 2,3), hvorav 55,7 prosent var «3 svært fornøyd».

Tabell 3-6: Hvor fornøyde eller misfornøyde respondentene er med fastlegen alt i alt (skala fra -3 til 3).

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
-3 Svært misfornøyd	1,9	4,2	2,2	2,1	1,3
-2	1,9	5,1	3,2	1,6	0,9
-1	2,8	6,1	3,9	3,2	1,5
0	4,7	9,0	6,7	5,4	2,6
1	9,1	14,3	12,0	8,5	7,1
2	23,5	30,2	28,0	23,7	20,0
3 Svært fornøyd	48,7	29,5	40,3	49,3	55,7
Vet ikke	7,5	1,7	3,6	6,2	11,0
Antall observasjoner	6838	546	1455	1757	3080

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

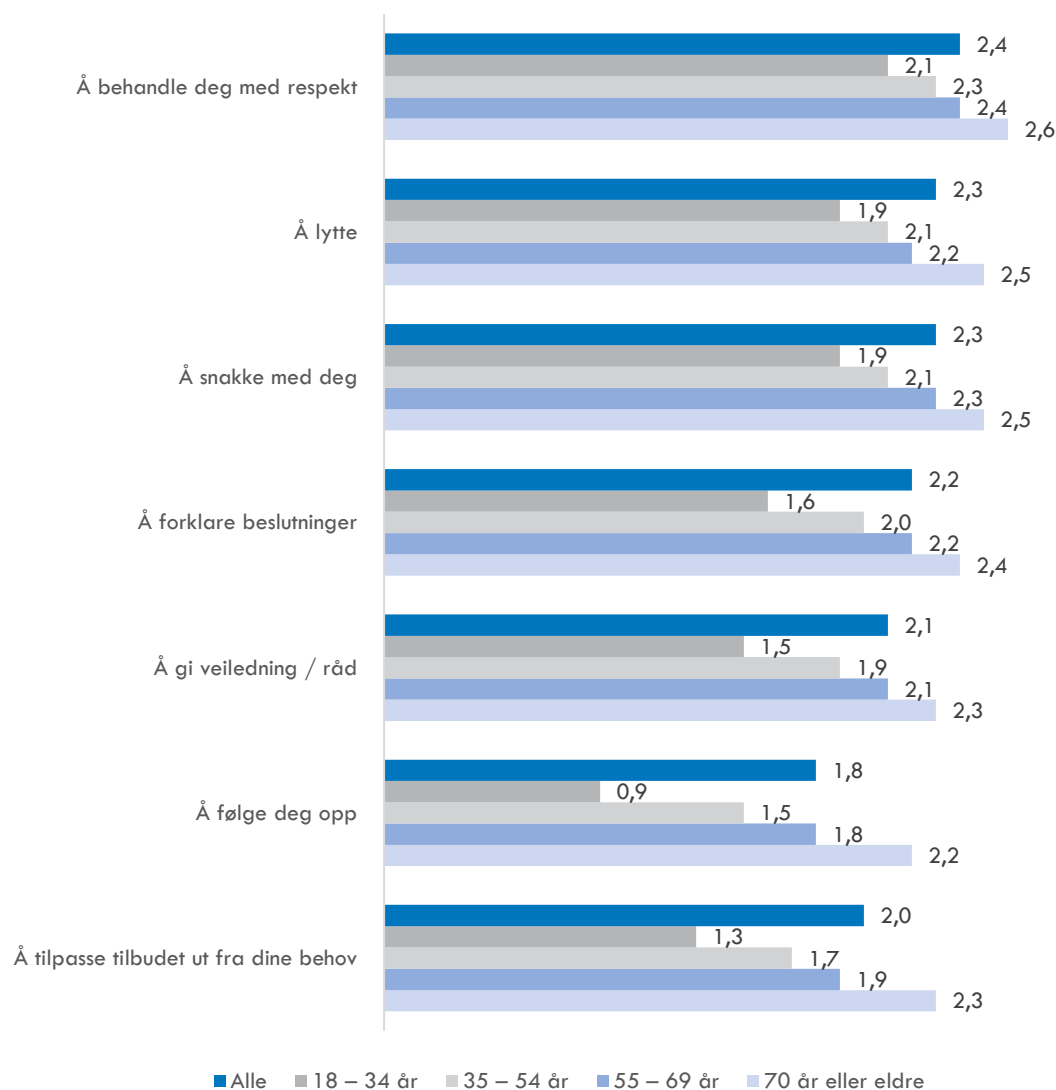
Figur 3-4: Hvor fornøyde eller misfornøyde respondentene er med fastlegen alt i alt. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd.



Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. Merknad: Respondenter som svarte «Vet ikke» (N = 511) er ikke regnet med.

Respondentene som hadde hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene var fornøyde med fastlegens evne til å behandle dem med respekt, til å lytte, til å snakke med dem, til å forklare beslutninger, til å gi veiledning/råd, til å følge dem opp og til å tilpasse tilbudet ut fra deres behov (Figur 3-5). Respondentene var i minst grad fornøyd med fastlegens evne til å følge dem opp (gjennomsnittlig score: 1,8), og mest fornøyde med fastlegens evne til å behandle dem med respekt (gjennomsnittlig score: 2,4). Respondentene i aldersgruppen 18 til 34 år var i minst grad fornøyde med de ulike evnene, mens respondentene i aldersgruppen 70 år eller eldre i størst grad var fornøyde. For eksempel var respondentene i aldersgruppen 18 til 34 år kun i noen grad fornøyde med fastlegens evne til å følge dem opp (gjennomsnittlig score: 0,9), mens respondentene som er 70 år eller eldre var svært fornøyde (gjennomsnittlig score: 2,2). En av målgruppene for primærhelseteam er brukere som i medisinen omtales som «(skrøpelige eldre)», og det er interessant å merke seg at de eldre er de som i dag ser ut til å være mest fornøyd med fastlegetjenesten.

Figur 3-5: Hvor fornøyde respondentene er med «fastlegens evne til ...». Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd.



Kilde: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. Merknad: Respondenter som svarte «Vet ikke» er ikke regnet med.

3.3.4 Opplevd helsetilstand

Over halvparten av listeinnbyggerne oppga at de opplevde langvarige helseproblemer (Figur 3-6). Som forventet, var andelen med langvarige helseproblemer lavest i aldersgruppen 18 til 34 år (46,8 prosent) og høyest i aldersgruppen 70 år og eldre (66,5 prosent).

Figur 3-6: Prosentvis andel av respondentene som svarte at de hadde langvarige helseproblemer.



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

Blant helseutfordringene som primærhelseteam særlig skal rettes mot, var det flest listeinnbyggere som oppga problemer med funksjonsnedsettelse (16,8 prosent), kroniske luftveisproblemer (14,2 prosent) og diabetes (8,4 prosent).

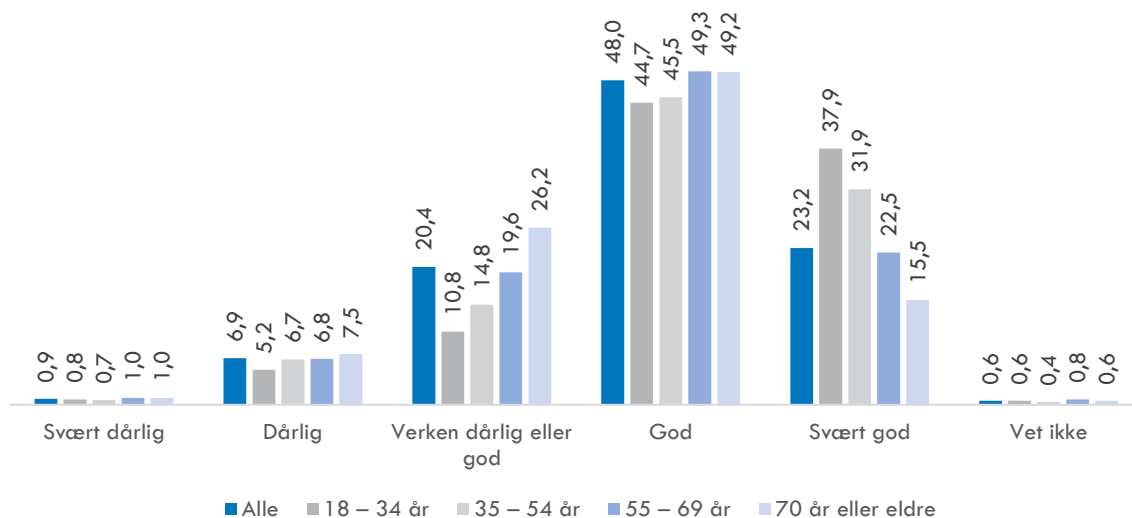
Tabell 3-7: Prosentvis andel av respondentene som svarte at de opplevde problemer på noen av de følgende områdene.

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Kroniske luftveissykdommer (f.eks. kronisk bronkitt, kols, astma eller emfysem)	14,2	16,2	14,0	14,3	14,0
Diabetes	8,4	1,7	5,3	7,8	10,3
Utviklingshemming	0,4	1,0	0,9	0,2	0,3
Funksjonsnedsettelse	16,8	9,4	14,3	18,7	17,4
Psykiske vansker eller lidelser	6,7	30,3	11,4	7,4	2,6
Rusmiddelproblemer	0,5	1,0	0,9	0,8	0,2
Kreft	6,5	0,3	2,7	6,6	8,2
Ingen av disse	14,2	16,2	14,0	14,3	14,0
Vet ikke / ønsker ikke å oppgi	8,4	1,7	5,3	7,8	10,3
Total	5619	297	929	1359	3034

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

På spørsmålet om hvordan du i alminnelighet vurderer helsen din, svarte 48,0 prosent «god» og 23,2 prosent «svært god», mens 7,8 prosent svarte «dårlig» eller «svært dårlig» (Figur 3-7). Andelen som anser at de har «god» helse er omtrent like stor i alle de fire aldersgruppene, mens andelen som anser at de har «svært god» helse er størst i den yngste aldersgruppen og deretter, som forventet, fallende for de tre eldre aldersgruppene.

Figur 3-7: Vurdering av egen helse. Andel



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

Helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-3L spørreskjema var 0,805 for hele gruppen samlet sett. Helserelatert livskvalitet var lavere for kvinner (0,791) enn for menn (0,821), og var synkende med alder (0,822 for aldersgruppen 18 til 34 år og 0,788 for aldersgruppen 70 år eller eldre). På tvers av de fem dimensjonene i spørreskjemaet (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag, angst/depresjon) var det 27,1 prosent av respondentene som ikke opplevde noen problemer med noen av dimensjonene (EQ-5D-3L helsetilstand «11111»).

Tabell 3-8: Helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-3L spørreskjema

	Antall	Gjennomsnittlig verdi	Standardavvik	Median	Min	Max	Andel «11111»
Alle	6856	0,805	0,185	0,837	-,594	1	27,1
Kvinner	3677	0,791	0,189	0,837	-,380	1	24,0
Menn	3179	0,821	0,179	0,837	-,594	1	30,6
18 – 34 år	601	0,822	0,174	0,837	-,218	1	30,1
35 – 54 år	1571	0,821	0,191	0,837	-,594	1	33,7
55 – 69 år	1799	0,812	0,177	0,837	-,380	1	27,6
70 år eller eldre	2885	0,788	0,188	0,827	-,352	1	22,5

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.

3.4 Oppsummering

Ved å gjennomføre en spørreundersøkelse blant listeinnbyggere i forsøks- og kontrollkommuner, har vi etablert et kunnskapsgrunnlag om bruken av fastlegetjenesten, tilfredshet med fastlegetjenesten og listeinnbyggernes opplevde helsetilstand ved oppstarten av forsøket med primærhelseteam.

Undersøkelsen er besvart av et høyt antall listeinnbyggere (N=8236) og danner et utgangspunkt for oppfølging over tid. Det er en hovedvekt av eldre personer som har besvart på undersøkelsen (median alder var 60 år). Det er en styrke ved undersøkelsen at den er gjennomført både blant listeinnbyggere tilknyttet legekontor i forsøket og legekontor i kontrollgruppen, da dette senere gir oss muligheten til å undersøke effekten av primærhelseteam ved å sammenligne utviklingen hos listeinnbyggere ved forsøkspraksisene med utviklingen hos listeinnbyggere ved kontrollpraksisene.

En høy andel (91,3 prosent) av respondentene hadde vært i kontakt med fastlegekantoret 1 eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene. Flertallet av disse hadde vært på konsultasjon hos fastlegen, og den vanligste årsaken til kontakt med fastlegekantoret var kontroll av tidligere diagnose, oppfølging eller kronisk lidelse. Mange av respondentene hadde også vært i kontakt med fastlegekantoret i forbindelse med fornyelse av resept.

Alt i alt var respondentene fornøyd med fastlegen, og om lag halvparten av respondentene oppga at de var svært fornøyd. Respondentene i aldersgruppen 18 til 34 år var i gjennomsnitt minst fornøyd, mens respondentene i aldersgruppen 70 år eller eldre var mest fornøyd. I gjennomsnitt var respondentene mest fornøyd med fastlegens evne til å behandle dem med respekt og minst fornøyd med fastlegens evne til å følge dem opp.

Over halvparten (61 prosent) av respondentene oppga at de har langvarige helseplager. Denne andelen var høyest for de eldste respondentene og lavest for de yngste respondentene. Til tross for de langvarige helseplagene, anså 71 prosent at de har «god» eller «svært god» helse.

4. Spørreundersøkelse til ansatte på fastlegekontor

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant ansatte ved fastlegekontor, både der PHT prøves ut og i en kontrollgruppe. Vi undersøkte hvordan arbeidshverdagen for de ansatte ser ut, hvor tilfredse de er med jobben og samarbeidet, samt hvilke forventninger de har til PHT. Samlet sett viser denne undersøkelsen at både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer er fornøyde med jobben sin, men at det for fastlegene er behov for å redusere arbeidsmengden. Fastlegene forventet i liten eller noen grad at ulike oppgaver kunne delegeres fra dem til annet helsepersonell ved innføring av PHT. Alle yrkesgruppene var i gjennomsnitt fornøyd med samarbeidet internt på legekantoret og med andre aktører, og forventet at primærhelseteam vil bidra positivt til samarbeidet.

4.1 Bakgrunn og formål

Forventningen til PHT er at det vil tilføre fastlegetjenesten noe nytt som bedrer tjenestekvaliteten og får mer ut av den samlede ressursbruken. For å utforske i hvilken grad og på hvilken måte dette faktisk skjer, er det interessant å studere hvordan PHT arbeider sammenliknet med ordinære fastlegepraksiser. Flere av de sentrale effektmålene er vanskelige å måle ved hjelp av registerdata, og vi har derfor gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte på fastlegekontor (både ved legekantoret i forsøket og i en kontrollgruppe), herunder fastleger, sykepleiere, helsesekretærer og øvrig helsepersonell.

Spørreundersøkelsen dekker sentrale effektmål slik de er spesifisert i kravspesifikasjonen: Teamorganisering og ledelse, oppgavefordeling og samhandling i primærhelseteamet, informasjonsflyt, tidsbruk, prioritering av oppgaver, og utdanningsnivå/spesialiseringsnivå. Spørreundersøkelsen dekker også oppfatning om samarbeid og arbeidsdeling med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten samt med spesialisthelsetjenesten.

Formålet med å gjennomføre en spørreundersøkelse ved oppstarten av forsøket, er at det gir mulighet til å måle hvordan momentene utvikler seg over tid. Ved å sammenligne svarene fra denne undersøkelsen med spørsmål fra spørreundersøkelser gjennomført på et senere tidspunkt i utprøvingen, kan vi for eksempel identifisere om PHT har en effekt på samarbeidet med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Fordi effektmålene berører mange ulike tema, var det en relativt omfattende spørreundersøkelse med mange spørsmål. En del av spørsmålene i denne undersøkelsen handler om forventninger til PHT, og disse vil tas ut i spørreundersøkelsene som gjennomføres etter at utprøvingen har pågått en stund.

4.2 Metode

Spørreundersøkelsen blant ansatte på fastlegekontor ble gjennomført som en del av nullpunktmålingen i forsøket. Spørreskjemaene med spørsmål og resultater er presentert i sin helhet i appendiks B-D. Analyser av data fra spørreundersøkelsen ble gjennomført ved bruk av statistikkprogrammet STATA.

Undersøkelsen blant ansatte ved fastlegekontor ble utviklet av prosjektgruppen våren 2018, og ble pilotert ved to fastlegekontor i mai 2018. Undersøkelsen ble også sendt på høring til oppdragsgiver og til prosjektets referansegruppe. Undersøkelsen bestod av til sammen fire spørreskjemaer rettet til henholdsvis fastleger, sykepleiere, helsesekretærer og annet helsepersonell. Spørsmålene ble tilpasset hver av yrkesgruppene.

4.2.1 Valg av kontrollgruppe

Det er mange mulige kilder til seleksjon i forsøket, og dette påvirket vår metode for å avgrense en kontrollgruppe i analysen av informasjon fra spørreundersøkelser. Vi har valgt ut kontrollpraksiser for å kunne kontrollere for noe av denne seleksjonen. Kontrollpraksisene ble identifisert i to trinn. I første trinn identifiserte vi praksiser som oppfylte følgende kriterier:

- Praksiser som hadde søkte om deltakelse i forsøket, men ikke fått tilbud om deltakelse eller takket nei
- Praksiser i kommuner/bydeler som deltar i forsøket, men som ikke deltar selv
- Praksiser i nærliggende kommuner til deltakende kommuner som i sin helhet omfattes av forsøket

Praksiser med to eller færre fastleger ble ekskludert fra listen. I trinn to ble kontrollpraksiser valgt ut fra listen over ved loddtrekking slik at hver forsøkspraksis fikk en kontrollpraksis i samme kommune/bydel, eller en

kontrollpraksis i en nærliggende kommune, i de tilfeller hvor hele kommunen deltar i forsøket. Alle kommuner som hadde søkt om deltakelse i forsøket ble inkludert i kontrollgruppen. Til sammen inngår 23 praksiser i 16 kommuner, 122 fastleger og 128.000 pasienter i kontrollgruppen.

4.2.2 Utforming og analyse

Undersøkelsen til ansatte på fastlegekontor var inndelt etter følgende temaer: bakgrunn og erfaring, arbeidstilfredshet, arbeidshverdag og tidsbruk, samarbeid på fastlegekontoret, samhandling, behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov og forventninger om primærhelseteam. I delen om primærhelseteam ble det gitt en kort beskrivelse av hva PHT er og formålet med tiltaket.

For å kartlegge arbeidshverdag, fornøydhet med ulike arbeidsforhold, samt forventninger til PHT, har vi hovedsakelig benyttet tre typer spørsmålsformuleringer:

- Spørsmål med formatet «(I hvilken grad opplever du at)» med forhåndsdefinerte svaralternativer «(i svært liten grad)», «(i liten grad)», «(i noen grad)», «(i stor grad)» og «(i svært stor grad)»
- Spørsmål med formatet «(Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med)» med forhåndsdefinerte svaralternativer -3 til +3 der -3 tilsvarer «(svært misfornøyd)», 0 tilsvarer «(verken fornøyd eller misfornøyd)» og +3 tilsvarer «(svært fornøyd)»
- Påstander med svaralternativer helt uenig, delvis uenig, verken enig eller uenig, delvis enig, og helt enig

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

For spørsmålene med formatet «(Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med...)» beregnet vi gjennomsnittlig score basert på tallverdien til svaralternativene. I beregningen av gjennomsnittlig svarscore ekskluderte vi observasjoner som hadde svart «(vet ikke)». For å beskrive resultatene fra spørsmålene med svaralternativer -3 til +3 har vi benyttet følgende definisjoner avhengig av gjennomsnittlig score for de ulike spørsmålene: mindre enn eller lik -2,5 tolkes som «(svært misfornøyd)», fra -2,5 til og med -1,5 tolkes som «(misfornøyd)», fra -1,5 til og med -0,5 tolkes som «(i noen grad misfornøyd)», fra -0,5 til og med +0,5 tolkes som «(verken misfornøyd eller fornøyd)», fra +0,5 til og med 1,5 tolkes som «(i noen grad fornøyd)», fra 1,5 til og med 2,5 tolkes som «(fornøyd)» og større enn +2,5 tolkes som «(svært fornøyd)»

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

Undersøkelsen blant ansatte på fastlegekontor hadde til hensikt å kvalitativt supplere kunnskapsgrunnlaget ved nullpunktmålingen for forsøket med PHT. Vi beskriver derfor resultatene deskriptivt og har ikke gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper (f.eks. fastleger med ulik finansieringsmodell).

4.2.3 Distribusjon

Til legekantor i kontrollgruppen ble det først sendt ut et brev hvor legekantorene ble invitert til å delta i undersøkelsen. E-postadresser ble innhentet gjennom Fastlegeregisteret og/eller ved å ringe til legekantorene. 4 av de 23 legekantorene i kontrollgruppen meddelte at de ikke ønsker å delta i undersøkelsen. Undersøkelsen ble sendt til daglig leder for legekantoret eller postmottak for legekantoret. E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til lederne ved legekantorene i forsøkspraksisene. For både forsøks- og kontrollpraksiser ble mottakeren bedt om å videresende undersøkelsen til alle som arbeider ved fastlegekontoret, herunder fastleger, sykepleiere, helsesekretærer, bioingeniører, psykologer, fysioterapeuter og annet helsepersonell.

Undersøkelsen ble sendt ut første gang 18. juni 2018. Grunnet ferieavvikling ble svarfristen forlenget til 31. august 2018. På dette tidspunktet var svarprosenten fortsatt lav (40 prosent blant forsøksfastlegene). HelseDirektoratet kontaktet deretter lederne både ved forsøks- og kontrollkontor for å oppfordre til deltakelse i undersøkelsen. Dette bidro til å øke svarprosenten blant fastlegene betydelig, særlig blant de som jobbet ved legekantor i forsøket. Undersøkelsen ble avsluttet 10. oktober 2018.

4.3 Resultater

Totalt 165 personer samtykket til å delta i undersøkelsen. Av disse var 80 fastleger, 34 sykepleiere, 44 helsesekretærer og syv annet helsepersonell (Tabell 4-1). Av de 165 som besvarte undersøkelsen var 77,5 prosent ansatt ved et legekantor i forsøket. Av de 80 fastlegene som svarte var 62 fastleger (77,5 prosent) ansatt ved et legekantor i forsøket. Svarprosent for fastleger i legekantor i forsøket var 73 prosent (62 av 85 fastleger), mens den var 18 prosent (18 av 101 fastleger) for fastleger ved legekantor i kontrollgruppen. Grunnet lav svarprosent i kontrollgruppen må sammenligninger mellom forsøks- og kontrollgruppen tolkes med varsomhet.

Alle respondentene i forsøksgruppen ble spurt om hvilken finansieringsmodell som piloteres ved deres legekantor. Fire respondenter svarte «vet ikke» og to respondenter svarte ikke på spørsmålet, og alle disse var ansatt ved legekantor der honorarmodellen blir prøvd ut. Det viste seg også at en del leger hadde svart feil på spørsmålet om finansieringsmodell. Hovedsakelig var dette leger som svarte at driftstilskuddsmodellen ble prøvd ut ved deres legekantor, men som var ansatt på legekantor med honorarmodellen. I resultatene har vi kodet om svaret på dette spørsmålet slik at legene er plassert i den finansieringsmodellen som faktisk prøves ut der de er ansatt.

Tabell 4-1: Antall respondenter etter type helsepersonell

	Totalt	Driftstilskudd	Honorar	Forsøk*	Kontroll*
Fastlege	80	21	41	62 (77.5 %)	18 (22.5 %)
Sykepleier	34	10	15	25 (73.5 %)	9 (26.5 %)
Helsesekretær	44	14	21	35 (79.5 %)	9 (20.5 %)
Annet	7	3	3	6 (85.7 %)	1 (14.2 %)
Totalt	165	48	80	128 (77.5 %)	37 (22.5 %)

Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegeskantor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. *Antall respondenter og prosentandel av totalt antall respondenter i yrkesgruppen i parentes.

Fastlegene som svarte på undersøkelsen var i gjennomsnitt 46 år (mellom 27 og 66 år), og omtrent halvparten var kvinner (Tabell 4-2). Respondentene hadde i gjennomsnitt jobbet som fastlege i nesten 14 år, og ved fastlegeskantoret i 10 år, og hadde en gjennomsnittlig listelengde på 1012 pasienter. De fleste (72.5 prosent) hadde en eller flere bistillinger. Sammenlignet med kontrollfastlegene var forsøksfastlegene i gjennomsnitt yngre, og hadde færre antall år som fastlege og ved fastlegeskantoret. Forsøksfastlegene hadde dessuten en kortere listelengde, og en større andel hadde en eller flere bistillinger, sammenlignet med kontrollfastlegene.

Sykepleierne som deltok i undersøkelsen var i gjennomsnitt 34 år (mellom 29 og 64 år), og alle var kvinner. Ni av de 34 sykepleierne som deltok, oppga å ha en spesialisering/fordypning. Disse var blant annet spesialisert innen intensivsykepleie, operasjonssykepleie, kreftsykepleie, psykiatrisk sykepleie, geriatrisk sykepleie og som helsesøster. Helsesekretærene som deltok i undersøkelsen var i gjennomsnitt 43 år (mellom 22 og 66 år), og alle var kvinner. Av de syv personene som inngår i kategorien annet helsepersonell, var det blant annet en bioingeniør, en fysiolog og personer i administrative stillinger.

Tabell 4-2: Kjennetegn ved fastlegene som deltok i undersøkelsen

	Totalt	Driftstilskudd	Honorar	Forsøk, samlet	Kontroll
Alder (gjennomsnitt)	46.2	41.9	47.3	45.4	48.7
Andel kvinner	46.8	61.9	40.0	47.5	44.4
Antall år som fastlege (gjennomsnitt)	13.8	8.8	15.8	13.7	14.1
Antall år ved fastlegeskantoret (gjennomsnitt)	10.2	5.8	11.1	9.4	13.4
Listelengde (gjennomsnitt)	1011.8	804.4	1051.0	974.4	1139.3
Andel med en eller flere bistillinger	72.5	66.7	78.1	74.2	66.7

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

4.3.1 Arbeidshverdag og tidsbruk

Fastleger

Fastlegene oppga i gjennomsnitt at de totalt jobber 47 timer i løpet av en uke, og 70 prosent oppga at de i gjennomsnitt jobber mer enn 40 timer i uken (Tabell 4-3). Fastleger i forsøksgruppen oppga at de i snitt jobber 46 timer i uken, mens fastleger i forsøksgruppen oppga at de i snitt jobber 49 timer i uken. Gjennomsnittlig antall arbeidstimer for en fastlege i forsøksgruppen var lavere enn det tilsvarende nivået for fastlegene i kontrollgruppen. Innad i forsøksgruppen oppga fastlegene med honorarmodellen at de i snitt jobber 47 timer i uken, mens fastlegene med driftstilskuddsmodellen i snitt oppga at de jobber 45 timer i uken.

Selv om gjennomsnittlig antall arbeidstimer var noe høyere for fastlegene i kontrollgruppen enn i forsøksgruppen, var gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag omtrent likt (17,6 versus 18,1 konsultasjoner), og fastlegene i de to gruppene satte av omtrent like lang tid per pasient per konsultasjon (21,0 versus 19,0 minutter). Det var derimot større nivåforskjell for antall konsultasjoner blant fastlegene i de to forsøksgruppene (19,8 konsultasjoner/dag for fastleger med honorarmodellen versus 13,3 konsultasjoner/dag for fastleger med driftstilskuddsmodellen).

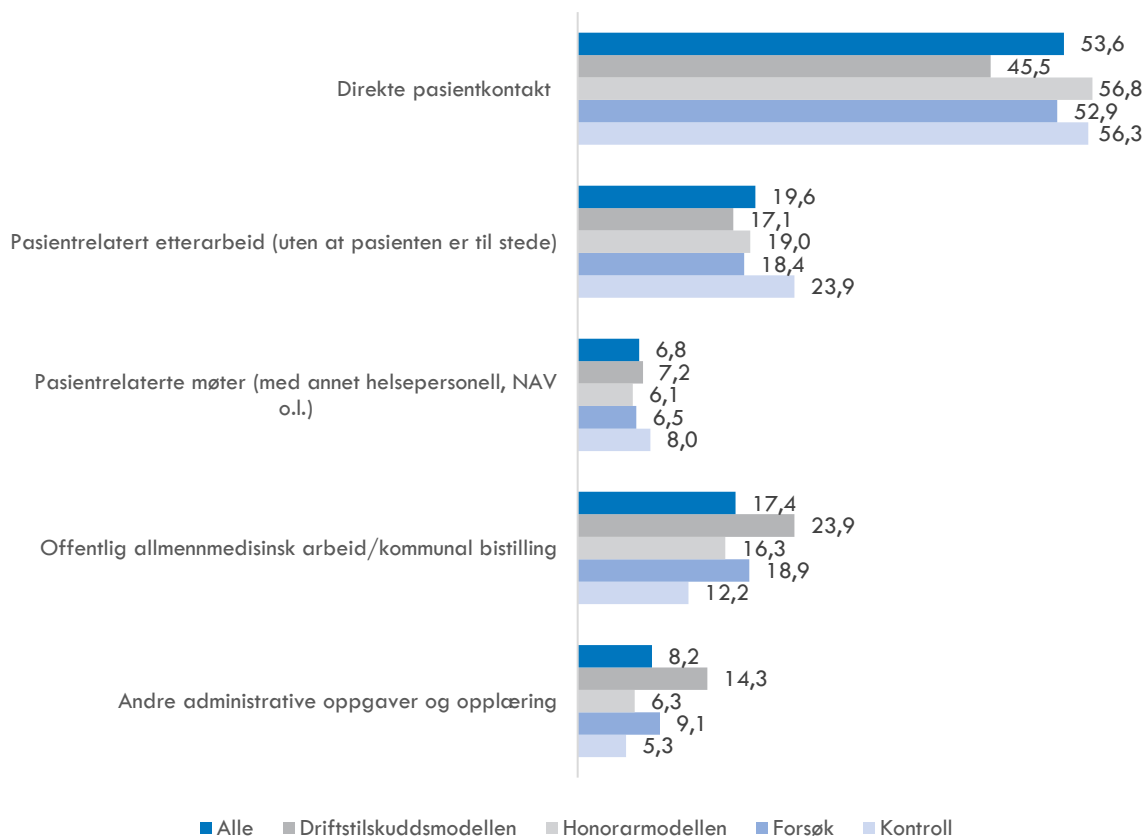
Tabell 4-3: Fastlegers arbeidshverdag og tidsbruk. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds- modellen	Honorar- modellen	Forsøk	Kontroll
Hvor mange konsultasjoner har du i løpet av en gjennomsnittlig dag?	17,73 (4,97)	13,33 (4,69)	19,83 (3,77)	17,63 (5,12)	18,06 (4,53)
Hvor mange minutter avsetter du i gjennomsnitt per pasient per konsultasjon	20,54 (4,36)	25,05 (4,91)	18,90 (2,84)	20,98 (4,67)	19,00 (2,612)
Hvor mange timer jobber du totalt i løpet av en gjennomsnittlig uke?	46,98 (9,94)	44,67 (10,36)	47,17 (10,35)	46,32 (10,33)	49,22 (8,31)
Antall observasjoner	80	21	41	62	18

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

Fastlegene oppga at de brukte omtrent halvparten av sin totale arbeidstid til direkte pasientkontakt (Figur 4-1 Figur 4-1:). Fastlegene i forsøksgruppen oppga en noe lavere andel på tid brukt til direkte pasientkontakt, pasientrelatert etterarbeid og pasientrelaterte møter, sammenlignet med kontrollgruppen. Til gjengjeld oppga fastlegene i forsøksgruppen en noe høyere andel tid brukt til offentlig allmennmedisinsk arbeid/kommunal bistilling og andre administrative oppgaver/opplæring, sammenlignet med kontrollgruppen.

Figur 4-1: «Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver?» Figuren angir gjennomsnittlig prosentandel.



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

Sykepleiere

Sykepleiere oppga at de i gjennomsnitt jobbet 33 timer per uke og møtte i gjennomsnitt 16 pasienter per dag. Sykepleierne i kontrollgruppen møtte i gjennomsnitt nesten dobbelt så mange pasienter på en gjennomsnittlig dag som sykepleiere i forsøksgruppen (13 versus 25 pasienter). Denne forskjellen kan skyldes at en del av sykepleierne er nyansatte i forsøket med primærhelseteam. Dessuten har vi få observasjoner og beregning av gjennomsnitt er sensitivt for ekstreme observasjoner. Tre av sykepleierne i kontrollgruppen svarte at de har 40 møter med pasienter i løpet av en gjennomsnittlig dag, og dette trekker gjennomsnittet i kontrollgruppen betydelig opp. Sykepleierne i forsøksgruppen brukte i gjennomsnitt mer tid per pasient enn sykepleierne i kontrollgruppen (24 versus 13 minutter) (Tabell 4-4).

Tabell 4-4: Sykepleieres arbeidshverdag og tidsbruk. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds- modellen	Honorar- modellen	Forsøk	Kontroll
Hvor mange pasienter møter du i løpet av en gjennomsnittlig dag? Her tenker vi ikke på pasientkontakt ved skranken.	16,12 (12,47)	14,80 (9,716)	11,40 (11,18)	12,76 (10,54)	25,44 (13,21)
Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per pasient?	21,09 (16,46)	16,50 (13,14)	28,73 (16,75)	23,84 (16,31)	13,44 (15,18)
Hvor mange timer jobber du til sammen i løpet av en gjennomsnittlig uke?	32,94 (7,150)	28,56 (7,248)	36,87 (5,303)	33,75 (7,231)	30,78 (6,852)
Antall observasjoner	34	10	15	25	9

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

Helsesekretærer

I gjennomsnitt oppga helsesekretærene at de arbeider 32 timer per uke. Helsesekretærene i forsøksgruppen oppga at de brukte en lavere andel av tiden sin på direkte pasientkontakt (ikke ved skranken, f. eks. prøvetaking og konsultasjon) enn kontrollgruppen (hhv. 35,9 og 43,2 prosent), mens de to gruppene brukte omtrent samme andel av tiden på pasientrelatert etterarbeid (hhv. 17,3 og 17,7 prosent), sekretæroppgaver ved skranken (hhv. 42,0 og 40,9 prosent) og pasientrelaterte møter (hhv. 1,7 og 1,3 prosent) (Tabell 4-5).

Tabell 4-5: Helsesekretærers gjennomsnittlige arbeidsuke: Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds- modellen	Honorar- modellen	Forsøk	Kontroll
Direkte pasientkontakt (ikke ved skranken, f.eks. prøvetaking, konsultasjon)	37,42 (22,41)	27,46 (17,26)	40,62 (23,62)	35,59 (22,10)	44,33 (23,54)
Pasientrelatert etterarbeid (uten at pasienten er til stede)	17,39 (9,582)	16,67 (9,014)	18,10 (10,64)	17,66 (10,03)	16,56 (8,472)
Sekretæroppgaver ved skranken (besvare henvendelser ved skranken, per telefon)	41,67 (24,47)	50,82 (29,08)	33,69 (21,26)	41,54 (26,07)	42,00 (20,99)
Pasientrelaterte møter (med annet helsepersonell, NAV o.l.)	1,58 (3,85)	3,70 (6,58)	0,59 (1,28)	1,74 (4,28)	1,11 (2,21)
Andre administrative oppgaver og opplæring	19,04 (18,84)	20,44 (19,02)	13,82 (13,25)	16,80 (16,01)	25,43 (25,75)
Antall observasjoner	43	13	21	34	9

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

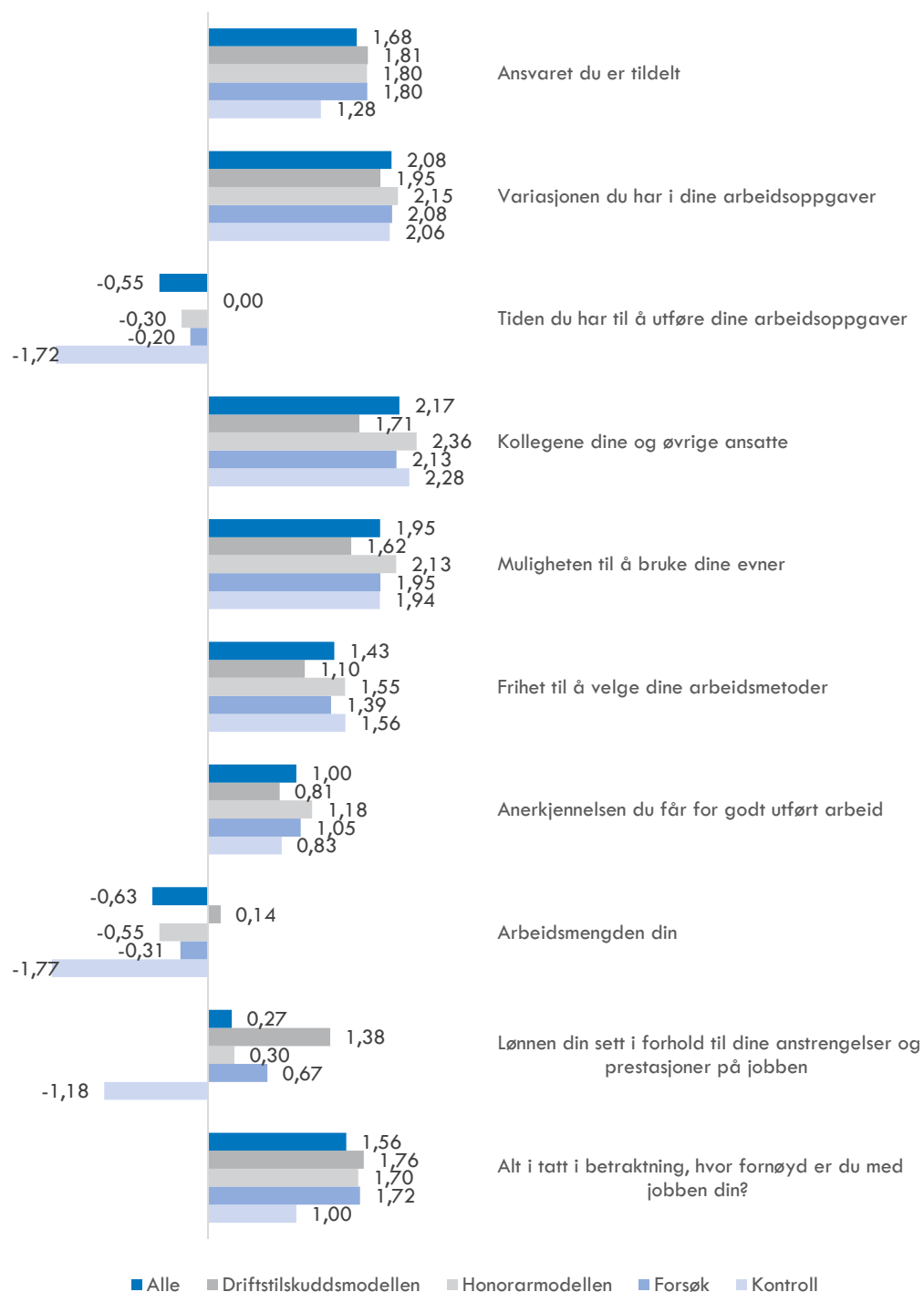
4.3.2 Arbeidsfornøydhets

Fastlegene oppga at de samlet sett er fornøyd med jobben sin (gjennomsnittlig score var 1,6 på en skala fra -3 til +3). Fastlegene var i gjennomsnitt fornøyd med ansvaret de er tildelt, variasjonen i arbeidsoppgavene, kollegaene sine, muligheten til å bruke sine evner, og de er alt i alt fornøyd med jobben sin. De var i noen grad fornøyd med friheten til å velge arbeidsmetoder og anerkjennelsen for godt utført arbeid (Figur 4-2). På disse områdene er det små forskjeller mellom forsøks- og kontrollgruppen, og mellom fastleger med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen. Når det gjelder fornøydhets med lønnen sett i forhold til sine anstrengelser og prestasjoner på jobben var imidlertid fastlegene i forsøksgruppen i gjennomsnitt i noen grad fornøyd mens fastleger i kontrollgruppen i gjennomsnitt var i noen grad misfornøyd. Samlet sett var fastlegene i

gjennomsnitt i noen grad misfornøyd med tiden de har til å utføre sine arbeidsoppgaver og med arbeidsmengden. I utdypende fritekstsvar oppga fastlegene at de ønsker seg en mindre arbeidsmengde. De oppga videre at de ønsker seg mer tid til klinisk undersøkelse av pasienter, og mindre av arbeidsoppgaver knyttet til sykemeldinger, NAV-erklæringer, forsikringssaker, og legeerklæringer for skole, samt mindre krav til journalføring for å rettferdiggjøre bruk av takster og mindre sykehusoppfølging.

Sykepleiere og helsesekretærer oppga at de i alt i alt er fornøyd med jobben sin (gjennomsnittlig score var henholdsvis 2,0 og 2,1). Av de ulike arbeidsforholdene vi spurte om var sykepleierne i gjennomsnitt mest fornøyd med sine kollegaer (gjennomsnittlig score: 2,3) og minst fornøyd med lønnen sin sett i forhold til sine anstrengelser og prestasjoner på jobben (gjennomsnittlig score: 0,8). Helsesekretærene var i gjennomsnitt mest fornøyd med sine kollegaer (gjennomsnittlig score: 2,3) og var i gjennomsnitt minst fornøyd med lønnen sin sett i forhold til sine anstrengelser og prestasjoner på jobben (gjennomsnittlig score: -0,1).

Figur 4-2: Fastlegenes fornøydhet med ulike forhold ved jobben. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.

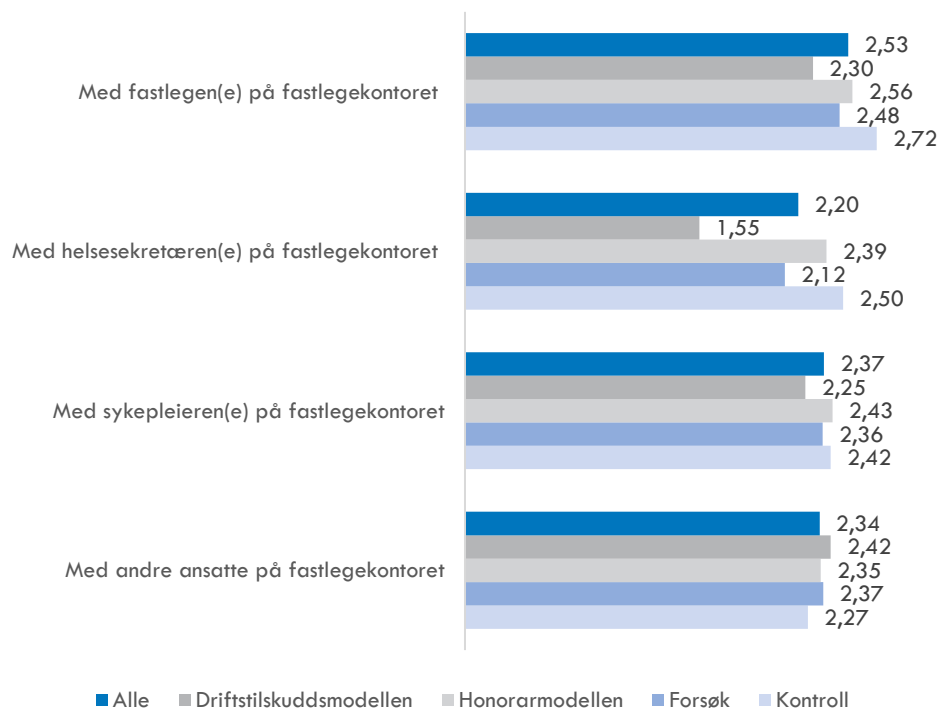


Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

4.3.3 Samarbeid på fastlegekontoret

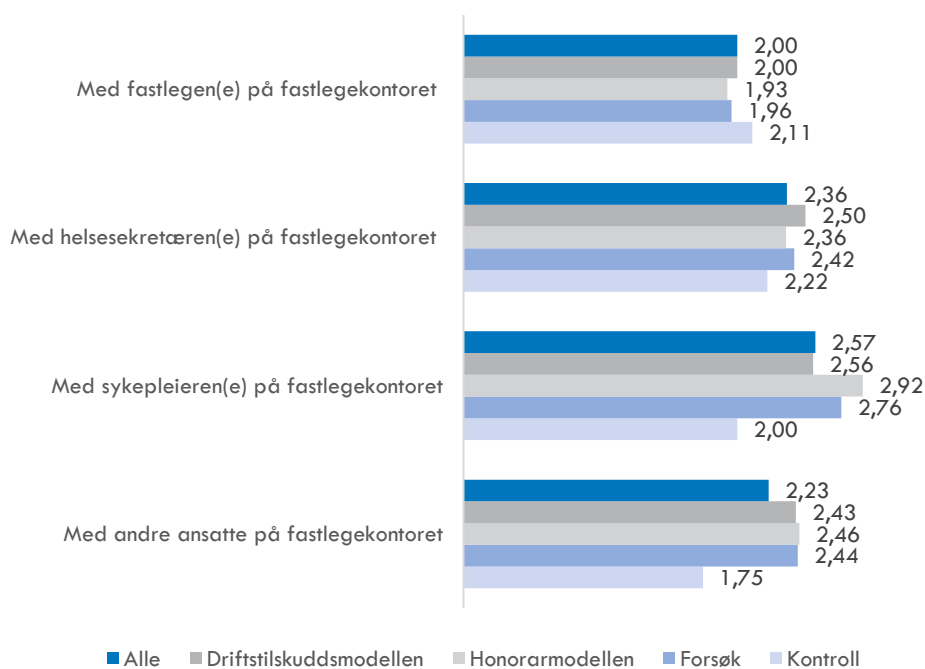
Både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer oppga i gjennomsnitt at de er fornøyd eller svært fornøyd med det generelle samarbeidet på fastlegekontoret (Figur 4-3, Figur 4-4, Figur 4-5 og Appendiks B-D). For eksempel oppga alle fastlegene samlet sett at de er svært fornøyd med samarbeidet med andre fastleger og fornøyd med samarbeidet med øvrig helsepersonell.

Figur 4-3: Fastlegers fornøydhets med det generelle samarbeidet på fastlegekontoret. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.



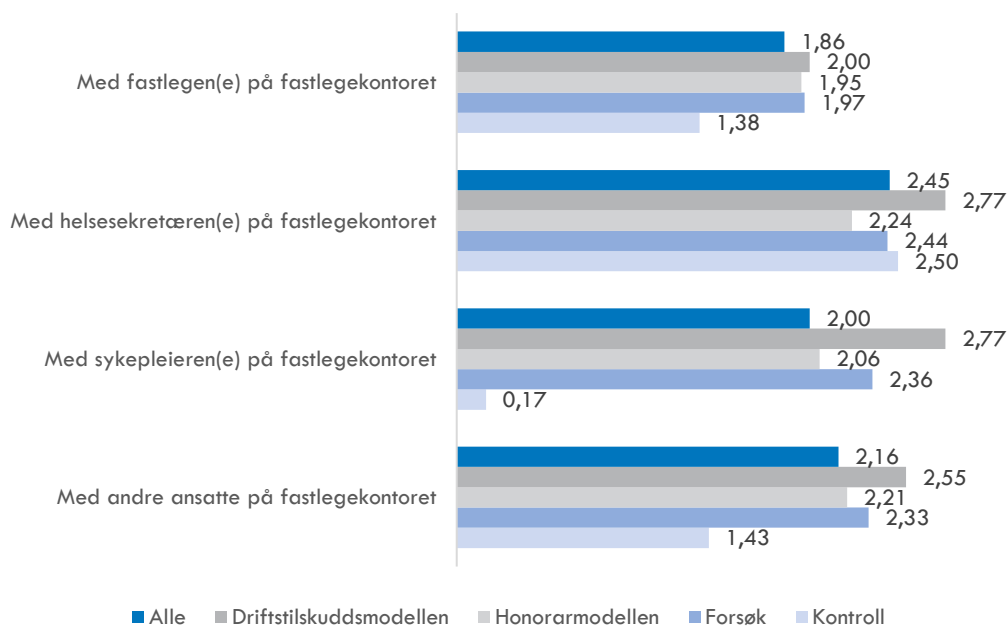
Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

Figur 4-4: Sykepleieres fornøydhets med det generelle samarbeidet på fastlegekontoret. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.



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

Figur 4-5: Helsesekretærens fornøydhetsgrad med det generelle samarbeidet på fastlegekontoret. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.

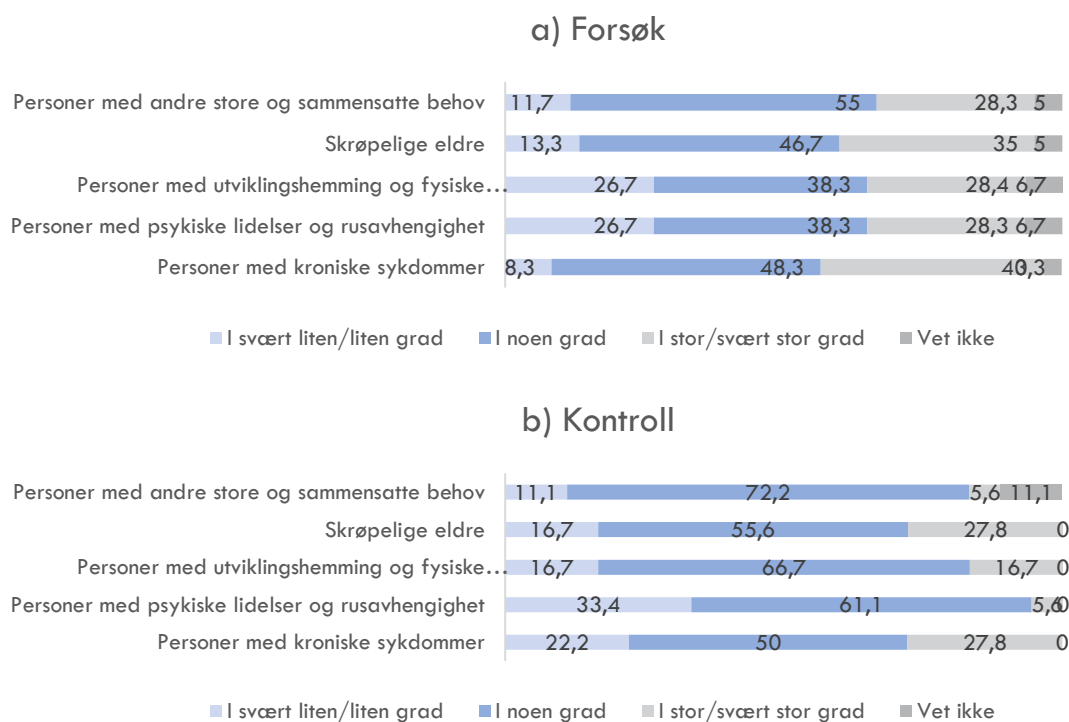


Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

4.3.4 Behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Fastlegene oppga at de i noen/stor grad klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov (Figur 4-6). I forsøksgruppen svarte 40 prosent at de klarer å fange opp og tilby helsehjelp til personer med kroniske sykdommer; for tilsvarende pasientgruppe svarer 28 prosent i kontrollgruppen det samme. For de øvrige pasientgruppene svarte henholdsvis 28 til 35 prosent av fastlegene i forsøksgruppen og 6 til 28 prosent i kontrollgruppen at de klarer å fange opp og tilby helsehjelp.

Figur 4-6: I hvilken grad fastleger opplever at de klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere i følgende grupper som oppfattes som «svake etterspørere». Figuren angir prosentvis fordeling.



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

Når det gjelder brukermedvirkning svarte 55 prosent av fastlegene at de i stor eller svært stor grad opplever at behandlingen som gis ved sitt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for personer med kroniske sykdommer (Appendiks B, spørsmål 24).

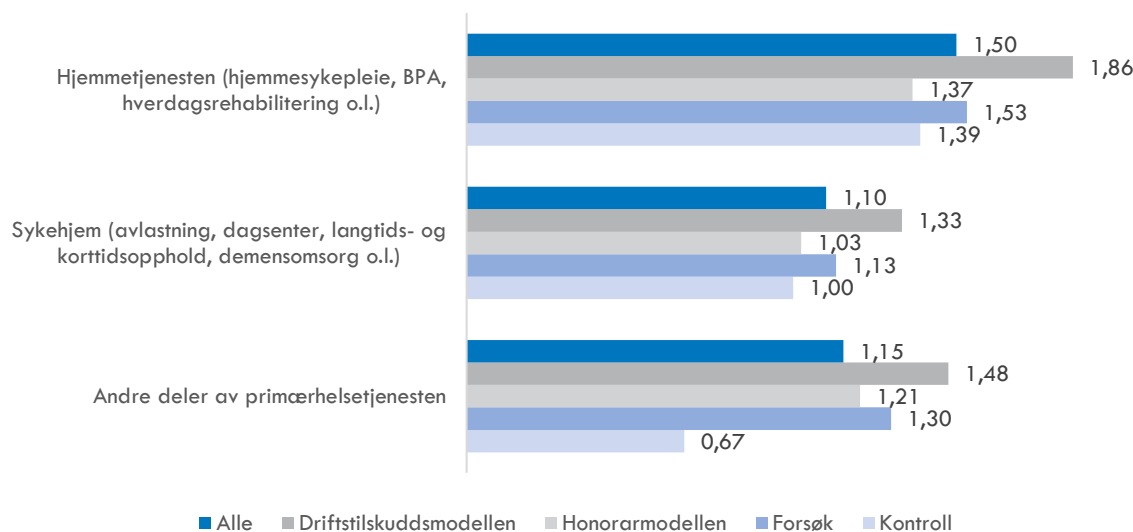
4.3.5 Samarbeid med andre deler av helsetjenesten

Fastlegene oppga i gjennomsnitt at de i noen grad er fornøyd med samhandlingen med primærhelsetjenesten; samlet oppgir de en gjennomsnittlig score på henholdsvis 1,5, 1,1 og 1,2 (skala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd) for samhandling med hjemmetjenesten, sykehjem og andre deler av primærhelsetjenesten (Figur 4-7, Appendiks B, spørsmål 23).

Sykepleierne oppga i gjennomsnitt at de i noen grad er fornøyd med samhandlingen med primærhelsetjenesten; samlet oppga de en gjennomsnittlig score på henholdsvis 1,5, 1,3 og 1,4 (skala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd) for samhandling med hjemmetjenesten, sykehjem og andre deler av primærhelsetjenesten (Appendiks B).

Helsesekretærene oppga også at de i gjennomsnitt i noen grad er fornøyd med samhandlingen med primærhelsetjenesten. Samlet oppga de en gjennomsnittlig score på henholdsvis 1,5, 1,3 og 1,3 (skala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd) for samhandling med hjemmetjenesten, sykehjem og andre deler av primærhelsetjenesten (Appendiks B). Alle de tre yrkesgruppene var altså mest fornøyd med samhandlingen med hjemmetjenesten.

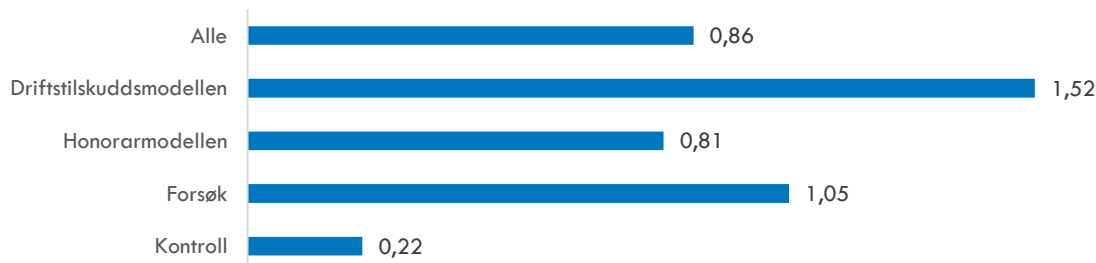
Figur 4-7: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en sværskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.



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

Fastlegene oppga i gjennomsnitt at de i noen grad er fornøyd med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten; samlet var gjennomsnittlig score på 0,9 (Figur 4-8 og Appendiks B, spørsmål 25). Fastlegene i forsøksgruppen var mer fornøyd enn kontrollgruppen (gjennomsnittlig score: 1,1 versus 0,2).

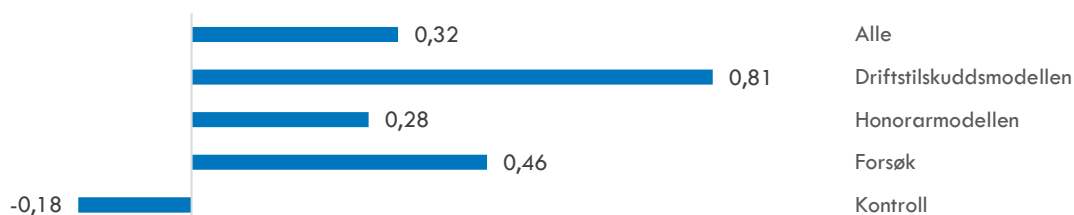
Figur 4-8: Fastlegers fornøydhet med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en sværskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.



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

Fastlegene oppga i gjennomsnitt at de er verken misfornøyd eller fornøyd med samhandlingen med trygdeetaten (NAV); samlet oppga de en gjennomsnittlig score på 0,3 (skala fra -3 = svært misfornøyd til 3 = svært fornøyd, der 0 = verken misfornøyd eller fornøyd) (Figur 4-9 og Appendiks B, spørsmål 25). Fastlegene i forsøksgruppen var mer fornøyd (gjennomsnittlig score: 0,5) enn kontrollgruppen (gjennomsnittlig score -0,2). Det ble gitt tilbakemeldinger om at det var vanskelig å komme i kontakt med NAV-ansatte, og at de opplever en stor arbeidsmengde relatert til trygdesaker og sykemeldinger.

Figur 4-9: Fastlegers fornøydhetsgrad med samhandlingen med trygdeetaten (NAV). Figuren angir gjennomsnittlig score basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.



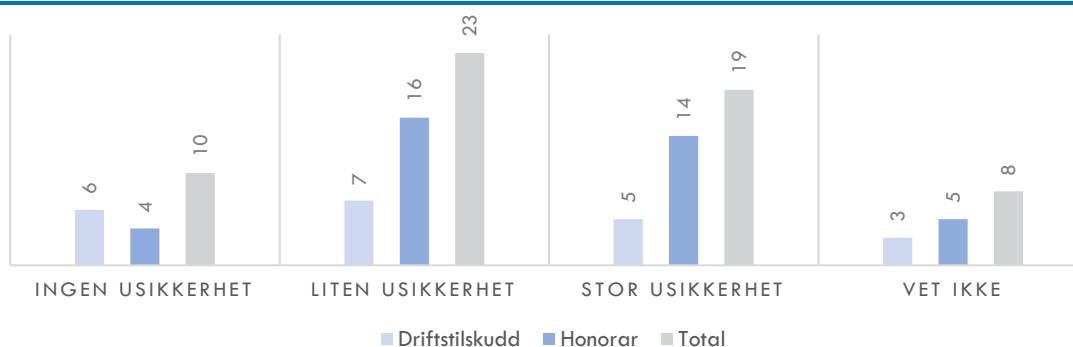
Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

4.3.6 Forventninger til PHT

I spørreundersøkelsen ble spørsmål om forventninger til PHT kun stilt til personell som arbeider ved et fastlegekontor som deltar i forsøket med PHT.

Omtrent halvparten (56,5 prosent) av fastlegene forventet ingen endring i antall innbyggere på sin pasientliste som følge av PHT-forsøket; likevel forventet 17,7 prosent en liten økning og 6,5 prosent forventet en liten reduksjon i listelengde. Når det gjelder forventninger om inntekt svarte 66 prosent at de ikke forventet noen endring, mens 8 prosent forventet en økning og 8 prosent forventet en reduksjon (de resterende svarte 'vet ikke'). Fastlegene var splittet når det gjaldt usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som prøves ut ved deres fastlegekontor (Figur 4-10). Likevel var det en større andel fastleger med honorarmodellen enn med driftstilskuddsmodellen som opplevde stor usikkerhet knyttet til inntektsgenerering (14 prosent versus 5 prosent). Spørsmålet var formulert slik at det ikke var klart om det gjaldt egen inntjening eller legekontorets inntjening. Dette kan bidra til å forklare forskjellen mellom finansieringsmodellene, dersom kommunalt ansatte fastleger som prøver ut driftstilskuddsmodellen i mindre grad var bekymret for legekontorets inntjening. Av de som svarte stor usikkerhet og som hadde driftstilskuddsmodellen ble det gitt tilbakemelding om at inntjeningen er for lav, og at listene må økes dersom man skal unngå underskudd. Videre foreslås det å innføre en indikatorvariabel som tar hensyn til komorbiditet/multimorbiditet i modellen for inntektstallberegning. Det gis også tilbakemelding om at det er usikkerhet omkring arbeidsbelastningen og hvilke takster man kommer til å anvende. Av de som svarte stor usikkerhet og som hadde honorarmodellen, ble det gitt tilbakemelding om at det ikke alltid er samsvar mellom takster og arbeidsinnsats, og at det trolig vil bli underfinansiering. Flere peker på utfordringer knyttet til finansiering av sykepleiere.

Figur 4-10: I hvilken grad fastlegene opplever usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som piloteres ved deres fastlegekontor. Figuren angir antall som besvarte de ulike alternativene.



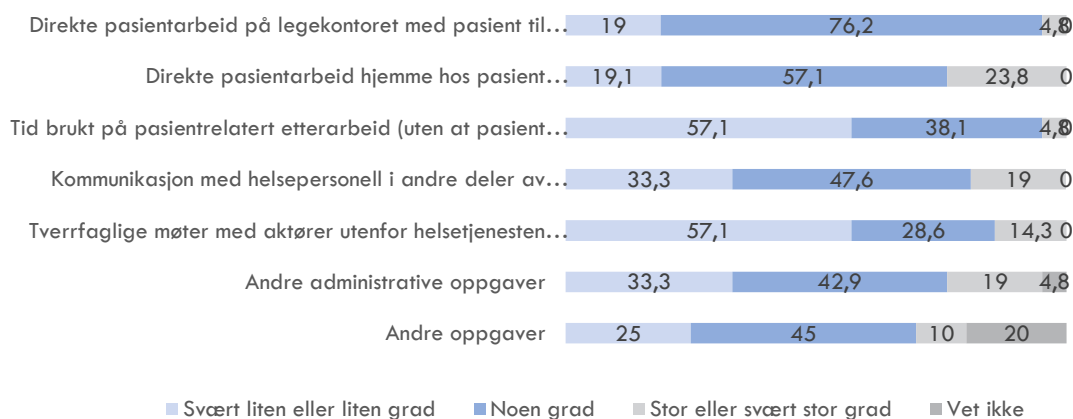
Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

Når det gjelder hvilke oppgaver fastlegene forventer at de kan delegere bort til annet helsepersonell, har fastlegene med driftstilskuddsmodellen størst forventning til at de kan delegere bort direkte pasientarbeid hjemme hos pasient, mens fastlegene med honorarmodellen har størst forventning til at de kan delegere bort kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten (Figur 4-11 og Appendiks B, spørsmål 44).

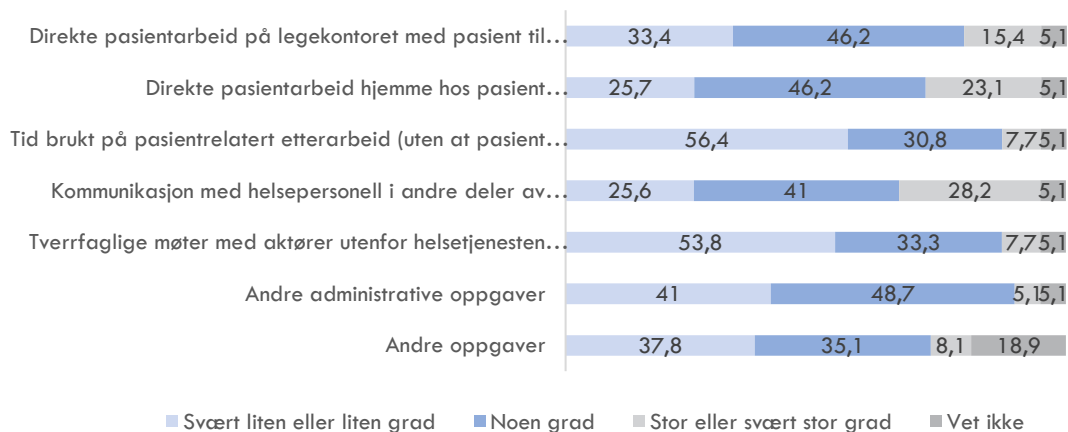
Generelt var det likevel en høy andel som i svært liten eller liten grad forventet at de kan delegere bort oppgaver.

Figur 4-11: I hvilken grad fastlegene forventer at følgende oppgaver kan delegeres til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam. Figuren angir andelen som svarte de ulike alternativene.

a) Driftstilskuddsmodellen



b) Honorarmodellen



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. **Merknad:** Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Fastlegene forventet at ordningen med PHT vil ha en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter med kroniske sykdommer og store og sammensatte behov, særlig for 'skrøpelige eldre' og personer med kroniske sykdommer (Appendiks B, spørsmål 47). Videre hadde fastlegene en forventning om at primærhelseteam ville ha en liten positiv effekt for brukermedvirkning (Appendiks B, spørsmål 48) og for koordinering og sammenheng i tjenestetilbudet (Appendiks B, spørsmål 49). Det var også en forventning om at primærhelseteam vil bidra positivt til samarbeidet med ansatte på fastlegekontoret, samt med pasienter/brukere og deres pårørende (Appendiks B, spørsmål 50).

Fastlegene ble bedt om å ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam:

Primærhelseteam vil bidra til...

- en riktigere vurdering av pasientenes/brukernes behov for helsehjelp
- bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov
- økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov
- bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov

- bedre medbrugeropplevelse blant pårørende til pasienter/brukere med store og sammensatte behov
- å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud
- bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene
- kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer
- å frigjøre tid for fastleger
- en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret
- økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter/brukere med store og sammensatte behov
- økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig
- kortere ventetider til fastlegetjenesten

Det var betydelig forskjell i svarfordelingen for respondenter i forsøksgruppen og kontrollgruppen (Figur 4-12). På tvers av alle påstandene var forventningene til PHT høyere i forsøksgruppen enn i kontrollgruppen (grå del av stolpen i Figur 4-12). Blant fastleger i forsøksgruppen var det en særlig høy andel som var enige i at PHT vil bidra til å i større grad identifisere pasienter med store og sammensatte behov (77 prosent), og at det vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov (73 prosent). Blant fastleger i kontrollgruppen var det en særlig høy andel som var uenig i at PHT vil bidra til å frigjøre tid for fastleger (67 prosent), en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret (60 prosent), økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig (60 prosent), samt kortere ventetid til fastlegetjenesten (60 prosent)

Figur 4-12: Fastlegers stilling til påstander om primærhelseteam – «Primærhelseteam vil bidra til...». Figuren angir prosentvis svarfordeling for fastleger i a) forsøkspraksiser og b) kontrollpraksiser.



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. **Merknad:** Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet. Antall respondenter varierte fra 75 til 77 personer for de ulike påstandene.

Sykepleierne forventer at arbeidsoppgavene deres i noen grad vil endres som følge av opprettelse av PHT (Appendiks C, spørsmål 27). 40 % av sykepleierne som svarte på dette spørsmålet, ble ansatt i forbindelse med opprettelsen av PHT, og det var derfor ikke relevant for dem å si noe om hvordan arbeidsoppgavene deres vil endres. Helsesekretærene forventer at arbeidsoppgavene deres i liten til noen grad vil endres som følge av opprettelse av primærhelseteam (Appendiks D, spørsmål 25). De generelle tilbakemeldingene viser at helsesekretærene tror de vil få blant annet mer sekretær oppgaver, flere oppgaver knyttet til samarbeid med sykepleier og flere administrative oppgaver knyttet til rapportering (Appendiks D, spørsmål 26).

Forventninger til samhandling men andre deler av helsetjenesten

Fastlegene forventer i gjennomsnitt at PHT vil ha en positiv effekt på samhandlingen med primærhelsetjenesten samlet sett, med hjemmetjenesten, med sykehjem og med andre deler av primærhelsetjenesten (Tabell 4-6 og Appendix B, spørsmål 43 og 44).

Tabell 4-6: Fastlegenes forventning om hvordan primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor ulike områder. Tabellen angir gjennomsnittlig score (standardavvik) basert på en svarskala fra -3 til +3, der -3 = svært misfornøyd, 0 = verken misfornøyd eller fornøyd, og 3 = svært fornøyd.

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Primærhelsetjenesten samlet sett	1,24 (0,88)	1,24 (0,89)	1,22 (0,89)
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1,36 (0,81)	1,25 (0,72)	1,41 (0,87)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg)	1,04 (0,89)	0,90 (0,85)	1,11 (0,91)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1,12 (0,88)	1,12 (0,93)	1,11 (0,87)
Antall observasjoner	59	21	37

Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte ved fastlegekontor utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics. Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Generelt forventet fastlegene at PHT i ingen eller liten grad vil påvirke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene med driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen hadde i gjennomsnitt omtrent like forventninger til denne effekten, og de hadde særlig lav forventning til at samhandlingen med trygdeetaten (NAV) vil påvirkes av innføringen av PHT.

Sykepleierne forventet i gjennomsnitt at PHT vil ha en positiv effekt på samarbeidet både med andre ansatte på fastlegekontoret, med pasienter/brukere og med pårørende til pasienter/brukere. Videre forventet de at PHT vil ha en positiv effekt på samhandlingen innen primærhelsetjenesten samlet sett, med hjemmetjenesten, med sykehjem, med andre deler av primærhelsetjenesten, med spesialisthelsetjenesten og med trygdeetaten (NAV) (Appendiks C, spørsmål 30 og 31).

I gjennomsnitt forventet helsesekretærene at PHT vil ha en positiv effekt på det generelle samarbeidet med ansatte på fastlegekontoret, med pasienter/brukere og med pårørende til pasienter/brukere (Appendiks D, spørsmål 27). Videre forventet de at PHT vil ha en positiv effekt på samhandlingen innen primærhelsetjenesten samlet sett, med hjemmetjenesten, med sykehjem, med andre deler av primærhelsetjenesten, med spesialisthelsetjenesten og med trygdeetaten (NAV) (Appendiks D, spørsmål 28 og 29).

4.4 Oppsummering

Spørreundersøkelsen til ansatte på fastlegekontor, både i forsøks- og kontrollgruppen, utgjør et viktig kunnskapsgrunnlag for hvordan fastlegetjenesten er organisert og fungerer ved oppstarten av forsøket med PHT. Vi har kartlagt hvordan arbeidshverdagen til de ansatte ser ut, deres arbeidstilfredshet og fornøydhet med samarbeid både internt på fastlegekontoret og med andre aktører. Vi har også kartlagt hvilke forventninger de ansatte har til primærhelseteam.

Undersøkelsen er omfattende, og gir et utgangspunkt for oppfølging på et senere tidspunkt. Det er en styrke ved undersøkelsen at den er gjennomført både i forsøks- og kontrollpraksiser, slik at vi kan undersøke effekten av primærhelseteam ved å sammenligne utviklingen i forsøkspraksisene med utviklingen i kontrollpraksisene.

Det er også en styrke ved undersøkelsen at alle legekantorene som deltar i forsøket er godt representert. Svarprosenten for fastleger ved legekantorene i forsøket var 73 prosent (62 av 85 fastleger), som vi anser som en høy svarprosent. På den andre siden er det en svakhet ved undersøkelsen at svarprosenten blant fastleger ved kontrollpraksiser var betydelig lavere (18 prosent, 18 av 101 fastleger). Det er uheldig for undersøkelsen og tolkingen av resultatene at svarprosenten i kontrollgruppen er forholdsvis lav. Den lave svarprosenten reiser spørsmålet om hva som kjennetegner fastlegene som faktisk besvarte undersøkelsen, og om det er noen form for seleksjon. Man kan tenke seg positiv seleksjon, der de som besvarte undersøkelsen er de som er mest fornøyd

med fastlegeordningen, eller en form for negativ seleksjon, der de som besvarte undersøkelsen er de som er minst fornøyd. Man kan også tenke seg seleksjon basert på tid – der de som er minst travle tar seg tid til å svare. En annen mulighet er at de som besvarte undersøkelsen først og fremst er praksisledere med større grad av administrativt ansvar enn andre ansatte. Typen av seleksjon kan få betydning for tolkingen av resultatene – dersom det er negativ seleksjon kan vi overestimere forskjellen mellom fastleger i forsøksgruppen, og en gjennomsnittlig fastlege i kontrollgruppen, mens vi kan underestimere forskjellene dersom de som har deltatt i undersøkelsen har en mer positiv innstilling en gjennomsnittet. Vi har ikke informasjon som kan avdekke om utvalget representerer en selektert gruppe, og i tilfelle hvilken type seleksjon vi står overfor, og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. I senere runder av undersøkelsen må vi legge til grunn at det er samme type seleksjon i kontrollgruppen for å kunne identifisere forandringer over tid.

Det er lite sannsynlig at fastlegene som har deltatt i undersøkelsen, er et representativt utvalg av fastlegene ved forsøks- og kontrollpraksisene, og typen av seleksjon kan ha betydning for tolkingen av resultatene. For eksempel, dersom fastlegene i forsøksgruppen som har deltatt i undersøkelsen er de som er mest positive til primærhelseteam, mens fastlegene som har deltatt i kontrollgruppen er de som er mest negative, vil vi kunne overestimere forskjellen mellom de to gruppene.

Derfor er det viktig å tolke forskjeller mellom forsøks- og kontrollgruppen med varsomhet, og være bevisst på konteksten for undersøkelsen. I fremtidige runder av undersøkelsen blant ansatte ved fastlegekontor vil vi imidlertid anta at seleksjonen er lik over tid, dvs. at dersom de mest positive legene svarte i den første runden vil dette også gjelde i senere runder. I så fall vil vi kunne tolke forskjellen i utviklingen mellom gruppene som effekten av PHT.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at fastlegene jobber mye, med en gjennomsnittlig arbeidsuke på 47 timer. 70 prosent oppgir at de i gjennomsnitt jobber mer enn 40 timer per uke. De har omtrent 18 konsultasjoner per dag, og hver konsultasjon varer i omtrent 20 minutter. Fastlegene bruker omtrent halvparten av tiden sin på direkte pasientkontakt, og omtrent 20 prosent på pasientrelatert etterarbeid. De bruker omtrent 8 prosent av arbeidstiden sin på andre administrative oppgaver.

Alle yrkesgruppene oppgir i gjennomsnitt at de, alt tatt i betraktning, er fornøyd med jobben sin. Av de ulike arbeidsforholdene vi spurte om, er alle yrkesgruppene mest fornøyd med sine kollegaer på fastlegekontoret og øvrige ansatte. Fastlegene er minst fornøyd (og i noen grad misfornøyd) med arbeidsmengden sin og tiden de har til å utføre sine arbeidsoppgaver. Sykepleierne og helsesekretærene er minst fornøyd med lønnen sin sett i forhold til sine anstrengelser.

Alle yrkesgruppene oppgir i gjennomsnitt at de er fornøyd eller svært fornøyd med samarbeidet på fastlegekontoret. Ikke overraskende oppgir hver yrkesgruppe at de er mest fornøyd med samarbeidet med sin egen yrkesgruppe. Fastlegene var i gjennomsnitt i noen grad fornøyd med samarbeidet med andre deler av primærhelsetjenesten, og de var i noen grad fornøyd med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og verken fornøyd eller misfornøyd med samhandlingen med trygdeetaten (NAV). De var i gjennomsnitt mer fornøyd med samarbeidet med primærhelsetjenesten enn med de øvrige aktørene.

Når det gjelder forventninger til PHT, opplevde 1 av 5 fastleger stor usikkerhet knyttet til inntektsgenerering, selv om 2 av 3 svarte at de ikke forventet noen endring i inntekt. Over halvparten av fastlegene forventet ingen endring i listelengde. Fastlegene forventet i liten til noen grad at ulike oppgaver kunne delegeres fra dem til annet helsepersonell ved innføring av PHT. Likevel svarte omtrent en fjerdedel at de i stor eller svært stor grad forventet at de kunne delegere bort kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten og direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk eller e-konsultasjon). Samtidig forventet sykepleierne at deres arbeidsoppgaver i noen grad vil endre seg, mens helsesekretærene forventet i liten grad at arbeidsoppgavene vil endre seg.

En stor andel av fastlegene ved legekantor der primærhelseteam prøves ut er enig i at primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter med store og sammensatte behov og til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov. Fastlegene i kontrollgruppene er særlig uenig i påstander om at primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger, en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret, økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig og kortere ventetid til fastlegetjenesten.

I gjennomsnitt forventet alle yrkesgruppene at PHT i noen grad vil ha en positiv effekt på samarbeidet med ansatte på fastlegekontoret, med pasienter/brukere og deres pårørende, og med øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Samlet sett viser denne undersøkelsen at både fastleger, sykepleiere og helsesekretærer er fornøyde med jobben sin, samtidig som det for fastlegene er behov for å redusere arbeidsmengden. Fastlegene forventet i liten eller noen grad at ulike oppgaver kunne delegeres fra dem til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam. Alle yrkesgruppene var i gjennomsnitt fornøyd med samarbeidet internt på legekantoret og i noen grad fornøyd med samarbeidet med andre aktører, og forventet at primærhelseteam vil bidra positivt til dette arbeidet.

5. Spørreundersøkelse til øvrig helse- og omsorgstjeneste

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten for å undersøke hvordan den øvrige helse- og omsorgstjenesten (det vil si utover fastlegetjenesten) i dag følger opp pasienter/brukere med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov, og for å kartlegge hvordan samarbeidet mellom tjenesteytere fungerer. Samlet sett viser denne undersøkelsen blant ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste at mange opplever at samarbeidet med fastlegetjenesten fungerer godt, men at det er rom for forbedring, særlig når det gjelder kommunikasjonskanaler. Videre forventer mange at primærhelseteam kan gi nytte for pasientene, særlig når det gjelder brukertilfredshet.

5.1 Formål og problemstillinger

PHT-forsøket retter seg mot pasienter/brukere med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov. Disse personene mottar ofte behandling fra flere aktører i helse- og omsorgstjenesten, og har behov for kontinuitet, helhet og koordinering av tjenester på tvers av de ulike tjenesteyterne. Et av målene med PHT er å bidra til mer sammenhengende og koordinerte tjenester på tvers av helsetjenesten.

I forbindelse med nullpunktmålingen for forsøket med PHT er det behov for å etablere kunnskap om hvordan pasienter med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov følges opp av øvrig helse- og omsorgstjeneste i dag, samt hvordan samarbeidet mellom øvrige tjenesteytere og fastlegetjenesten fungerer ved oppstart av PHT. Denne kunnskapen er nødvendig for å forstå i hvilken kontekst PHT prøves ut i, samt for å kunne måle endringer i oppfølging av pasienter/brukere og samarbeid mellom ulike tjenesteytere over tid. Disse målingene utgjør en viktig del av evalueringen for å kunne si noe om konsekvenser av PHT for målet om mer sammenhengende og koordinerte helsetjenester.

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten for å undersøke hvordan den øvrige helse- og omsorgstjenesten (dvs. utover fastlegetjenesten) i dag følger opp pasienter/brukere med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov, og for å kartlegge hvordan samarbeidet mellom tjenesteytere fungerer. Formålet med undersøkelsen var også å kartlegge kjennskap og forventninger til ordningen med PHT.

5.2 Data og metode

Vi gjennomførte to spørreundersøkelser til øvrig helse- og omsorgstjeneste: én undersøkelse til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og én undersøkelse til ansatte i spesialisthelsetjenesten. Begge undersøkelsene ble kun sendt til helsepersonell som arbeidet i en kommune, eller i et helseforetak tilknyttet en kommune, der PHT prøves ut. Alle spørsmål med svar fra undersøkelsene er presentert i sin helhet i Appendiks E og F.

5.2.1 Utforming og analyse

Undersøkelsen var inndelt etter følgende temaer: bakgrunn og erfaring, behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov, samarbeid med fastlegetjenesten og forventninger til PHT. I delen om PHT ble det gitt en kort beskrivelse av hva PHT er og formålet med forsøket. Undersøkelsen ble pilotert med tre ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste i deltakende kommuner.

De fleste av spørsmålene hadde formatet «(I hvilken grad opplever du at...)» med forhåndsdefinerte svaralternativer 1 til 5 der 1 tilsvarer «(i svært liten grad)», 2 tilsvarer «(i liten grad)», 3 tilsvarer «(i noen grad)», 4 tilsvarer «(i stor grad)» og 5 tilsvarer «(i svært stor grad)». Vi undersøkte også ulike påstander med svaralternativer helt uenig, delvis uenig, verken enig eller uenig, delvis enig, og helt enig. Vi åpnet også opp for at man kunne svare «(vet ikke)» på de ulike spørsmålene. I presentasjonen av resultatene nedenfor har vi presentert andelene av respondentene som svarte de ulike alternativene ved hvert spørsmål/påstand. I presentasjonen av resultatene har vi videre slått sammen kategoriene i svært liten og liten grad, i stor og svært stor grad, samt helt og delvis enig/uenig. I flere av spørsmålene der svaralternativene var en skala åpnet vi for at respondenten kunne utdype svarene sine i et fritekstsvar. Besvarelsene ble sammenfattet kvalitativt.

Denne undersøkelsen blant ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste hadde til hensikt å kvalitativt supplere kunnskapsgrunnlaget ved nullpunktmålingen for forsøket med PHT. Vi beskriver derfor resultatene deskriptivt og har ikke gjennomført statistiske analyser for å undersøke forskjeller mellom grupper.

5.2.2 Distribusjon

Rekrutteringen av respondenter ble gjort ved snøball-metoden. For å identifisere aktuelle respondenter i kommunal helse- og omsorgstjeneste kontaktet vi de kommunale prosjektlederne for forsøket med primærhelseteam, som sendte oss kontaktopplysninger til relevante personer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen ble sendt direkte til 69 mottakere i ulike deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med oppfordring om å videresende til 1-3 personer innenfor relevante fagområder. For å komme i kontakt med ansatte i spesialisthelsetjenesten kontaktet vi fagdirektører og praksiskonsulenter i helseforetakene (med e-postadresser tilgjengelig på helseforetakets nettside). Undersøkelsen ble sendt direkte til 109 mottakere, med oppfordring om å videresende til 1-3 personer innenfor relevante fagområder. Ettersom mottakerne av begge undersøkelsene ble oppfordret om å videresende undersøkelsen til 1-3 personer innenfor relevante fag- og tjenesteområder vet vi ikke hvor mange som faktisk har mottatt undersøkelsen.

Spørreundersøkelsene ble distribuert per e-post 5. september 2018. Det ble sendt et en påminnelse om å delta i undersøkelsene 19. september 2018, og undersøkelsene ble avsluttet 3. oktober 2018.

5.3 Resultater

5.3.1 Respondentene

Til sammen mottok vi 45 besvarelser fra ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og 37 besvarelser fra ansatte i spesialisthelsetjenesten. Alle deltakende kommuner og helseforetak er representert blant respondentene.

Respondentene i kommunehelsetjenesten representerte ulike tjenesteområder (herunder 24 prosent innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, 18 prosent på søknadskontor/bestillingskontor, 9 prosent i hjemmesykepleien og de resterende innenfor andre tjenesteområder). De fleste (89 prosent) av respondentene hadde helsefaglig bakgrunn. Videre arbeidet 51 prosent med ledelse og administrasjon, 42 prosent i direkte kontakt med pasienter, og de resterende 7 prosent med andre oppgaver.

Respondentene i spesialisthelsetjenesten arbeidet innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten (35 prosent ved distriktpspsykiatrisk senter, 27 prosent ved somatisk sykehusavdeling, 14 prosent ved poliklinikk/behandlingscenter, og resterende ved psykiatrisk sykehusavdeling eller annet). De fleste (92 prosent) hadde helsefaglig bakgrunn, og 65 prosent av respondentene hadde stilling i direkte kontakt med pasienter/brukere.

5.3.2 Oppfølging av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

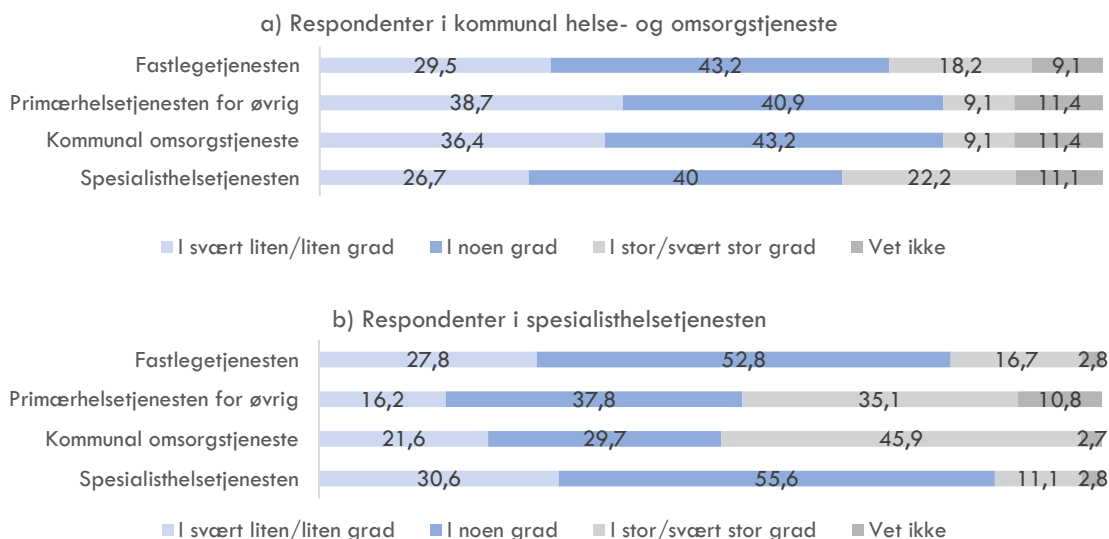
Minst halvparten av respondentene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, svarte at de i noen eller stor/svært stor grad arbeidet med pasienter/brukere med diabetes, KOLS, kreft, rusavhengighet, psykiske lidelser, fysisk funksjonsnedsettelse, skrøpelige eldre, eller personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov. I begge undersøkelsene svarte en særlig høy andel (henholdsvis 56 prosent i kommunehelsetjenesten og 60 prosent i spesialisthelsetjenesten) at de i stor eller svært stor grad arbeidet med personer med psykiske lidelser.

Mindre enn en fjerdedel av respondentene i kommunehelsetjenesten svarte at de opplever at pasientene/brukerne de møter i sitt arbeid i stor/svært stor grad har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra helsetjenesten (Figur 5-1, panel a). Færre enn 10 prosent opplevde at pasientene/brukerne har udekkede behov fra kommunal omsorgstjeneste og primærhelsetjenesten for øvrig. I utdypende svar pekes det på at det er behov for økt helhetstenking i helsetjenesten, særlig i situasjoner med overføring av pasienter mellom barneavdeling og voksenavdeling, oppfølging i primærhelsetjenesten etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten, ved avvisning av pasienter i spesialisthelsetjenesten, og der det er behov for systematisk tverrfaglig oppfølging av brukere. I tillegg pekes det på et behov for individtilpasset behandlingsopplegg. Når det gjelder fastlegetjenesten, opplever respondentene at pasientene har for lite kontakt med fastlegen, ofte som følge av lange ventelister, at pasientene selv ikke tar kontakt med fastlegen, eller at fastlegen ikke i tilstrekkelig grad følger opp pasienten grunnet for stor arbeidsbelastning. Det pekes på et behov for flere hjemmebesøk fra fastlegene, og tettere oppfølging med hjemmetjenesten.

Blant ansatte i spesialisthelsetjenesten svarte henholdsvis 46 og 35 prosent at de i stor/svært stor grad opplever at pasientene/brukerne har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra kommunal omsorgstjeneste og primærhelsetjenesten for øvrig (Figur 5-1, panel b). For fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten var andelen

som svarte i stor/svært stor grad 17 og 11 prosent. I utdypende svar gis det blant annet tilbakemelding om at det er mangel på botilbud/institusjonsplass for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbrukere, at det er for kortsiktig oppfølging fra kommunen, og manglende oppfølging fra fastleger.

Figur 5-1: I hvilken grad respondentene opplever at pasienter/brukere har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra ulike tjenesteområder. Prosentvis fordeling for respondentene i a) kommunal helse- og omsorgstjeneste og b) spesialisthelsetjenesten.



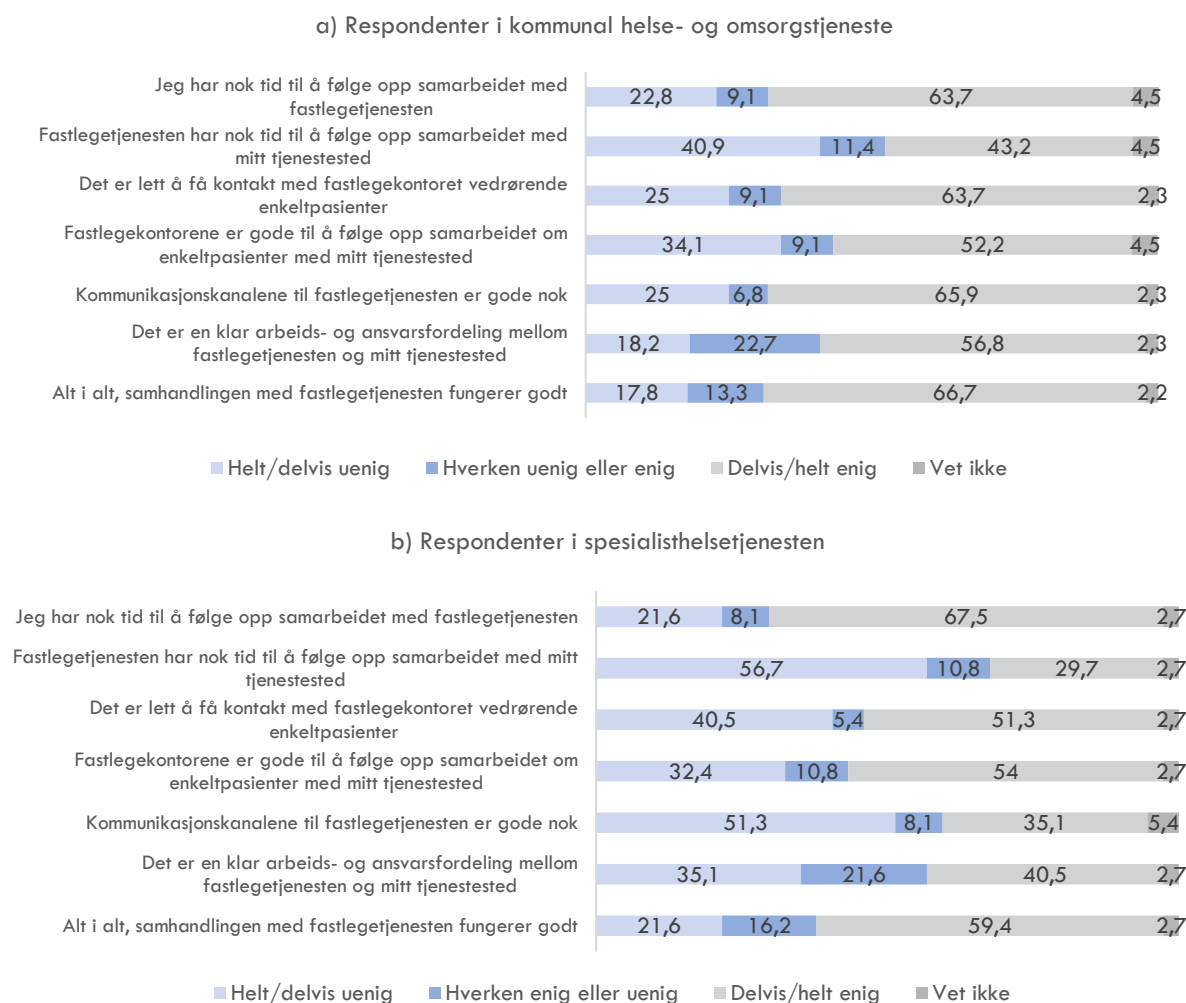
Kilde: Spørreundersøkelse utført av Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø og Oslo Economics

5.3.3 Samarbeid med fastlege-tjenesten

Respondentene i kommunehelsetjenesten oppga i gjennomsnitt at de hadde kontakt med en fastlege angående behandlingen av en pasient/bruker 2 ganger i løpet av den siste uken. Ansatte i spesialisthelsetjenesten 1,6 kontakter med en fastlege angående behandlingen av en pasient/bruker i løpet av den siste uken.

De fleste av respondentene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten svarte at de var delvis eller helt enig i at «alt i alt, samhandlingen med fastlege-tjenesten fungerer godt» (henholdsvis 67 og 59 prosent) (Figur 5-2). Likevel var en betydelig andel av respondentene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten helt eller delvis uenig i ulike påstander om godt samarbeid med fastlege-tjenesten; andelen av respondentene som svarte helt/delvis uenig varierte fra 18 til 57 prosent for de ulike påstandene. For de fleste av påstandene svarte en større andel av respondentene i spesialisthelsetjenesten at de var helt eller delvis uenig, sammenlignet med tilsvarende andeler blant respondentene i kommunehelsetjenesten. For eksempel svarte 57 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten at de var helt/delvis uenig i at «fastlege-tjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested», mens 41 prosent av de ansatte i kommunehelsetjenesten svarte det samme. Videre svarte 51 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten at de var helt/delvis uenig i at «kommunikasjonskanalene til fastlege-tjenesten er gode nok», mens 25 prosent av de ansatte i kommunehelsetjenesten svarte det samme.

Figur 5-2: Påstander om samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten. Prosentvis fordeling for respondentene i a) kommunal helse- og omsorgstjeneste og b) spesialisthelsetjenesten.



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

5.3.4 Forventninger til PHT

I kommunehelsetjenesten hadde over halvparten (64 prosent) av respondentene kjennskap til forsøket med PHT utover det som ble beskrevet i spørreskjemaet, mens tilsvarende andel blant respondentene i spesialisthelsetjenesten var omtrent en tredjedel (35 prosent).

De fleste (73 prosent) av respondentene i kommunehelsetjenesten svarte at de forventet at pasienter/brukere vil i stor/svært stor grad kunne dra nytte av oppfølging fra PHT, og bare 2 prosent svarte at de forventet at pasienter/brukere i liten grad vil dra nytte av PHT (Tabell 5-1). I spesialisthelsetjenesten var andelen som svarte at de forventet at pasienter/brukere vil i stor/svært stor grad kunne dra nytte av oppfølging fra primærhelseteam noe lavere enn for ansatte i kommunehelsetjenesten (62 prosent), og en større andel (13 prosent) svarte at de forventet at pasienter/brukere i liten grad/svært liten grad vil dra nytte av primærhelseteam.

Tabell 5-1: I hvilken grad tror du at pasientene du møter i ditt arbeid vil kunne dra nytte av oppfølging av primærhelseteam? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

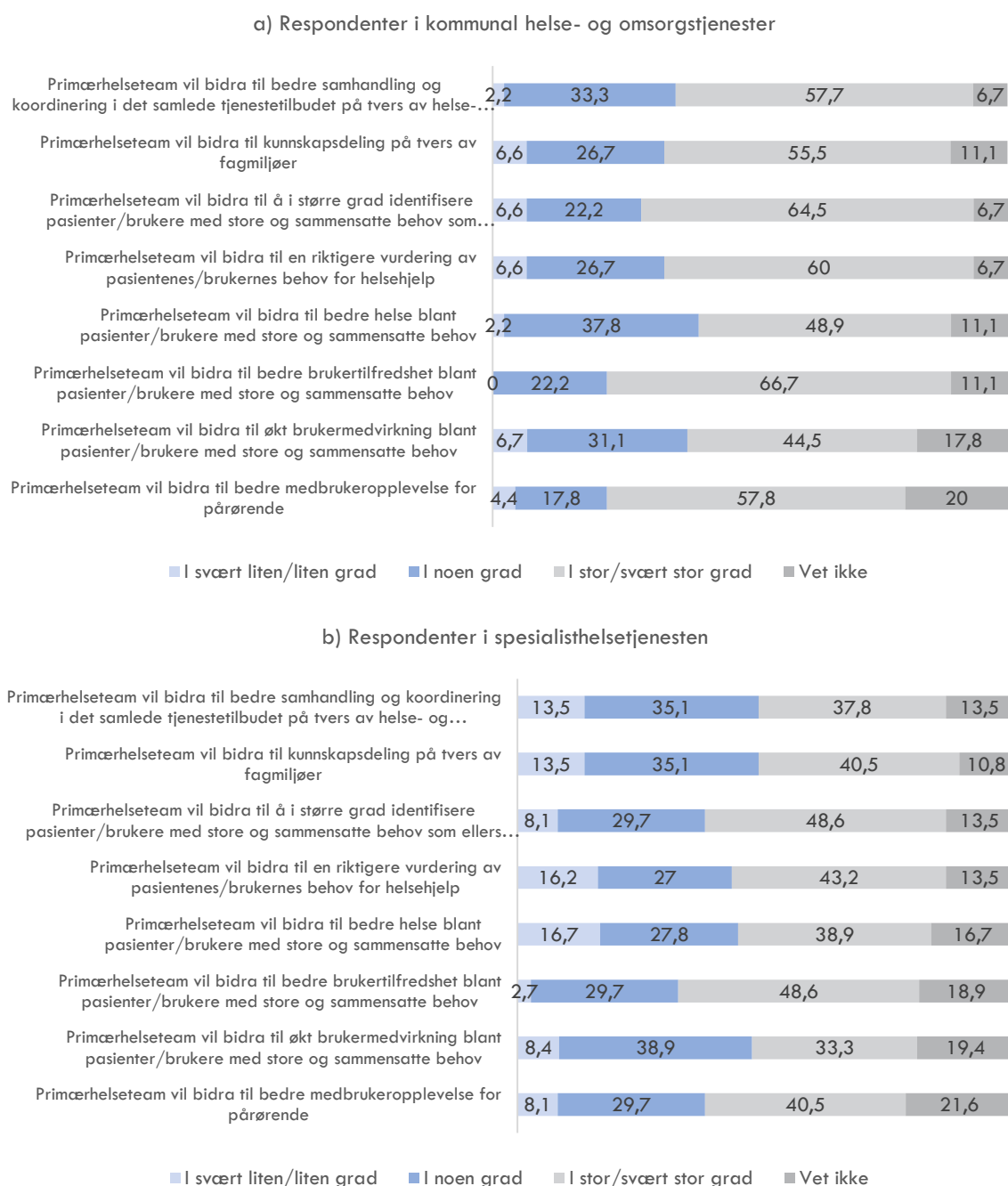
	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	0	2,3	20,5	52,3	20,5	4,5	44
Spesialisthelsetjenesten	8,1	2,7	21,6	32,4	29,7	5,4	37

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

Omtrent 80 prosent av respondentene i kommunal helse- og omsorgstjenesten forventet at primærhelseteam ville medføre noen eller stor grad av endring i sammensetningen av tjenestestedets arbeidsoppgaver, mens 48 prosent svarte noen eller stor grad av endring i sammensetningen av sine egne arbeidsoppgaver. De fleste (42 prosent) forventet ingen endring i arbeidsbyrden som følge av primærhelseteam; likevel forventet 16 prosent en reduksjon og 9 prosent forventet en økning. Omtrent 45 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten forventet at PHT ville medføre noen eller stor/svært stor grad av endring i sammensetningen av tjenestestedets arbeidsoppgaver, mens 30 prosent svarte noen eller stor/svært stor grad av endring i sammensetningen av sine egne arbeidsoppgaver. De fleste (43 prosent) forventet ingen endring i arbeidsbyrden som følge av PHT; likevel forventet 30 prosent en reduksjon og 8 prosent forventet en økning.

Respondentene i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten hadde i stor grad positive forventninger til PHT (Figur 5-3). Påstanden «primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov» hadde høyest andel som svarte i stor eller svært stor grad (henholdsvis 67 og 49 prosent i kommune- og spesialisthelsetjenesten). Det var også en relativt høy andel som svarte at PHT i stor eller svært stor grad vil bidra til «å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»))» (henholdsvis 65 og 49 prosent), og at det vil bidra til «bedre medbrugeropplevelse for pårørende» (henholdsvis 58 og 41 prosent).

Figur 5-3: Ta stilling til følgende påstander om dine forventninger til primærhelseteam.



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

5.4 Oppsummering

Ved å gjennomføre de to spørreundersøkelsene til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten har vi kartlagt deler av konteksten som PHT prøves ut i. De til sammen 82 respondentene representerer alle kommuner og tilknyttede helseforetak der PHT prøves ut. Det var en større andel av respondentene som arbeidet med personer med psykiske helseproblemer sammenlignet med de andre pasientgruppene som PHT særlig retter seg mot. Vi vet ikke om utvalget er representativt for helse- og omsorgstjenesten i de kommuner der PHTT, og funnene bør tolkes med varsomhet.

En stor andel av respondentene jobbet med relevante pasientgrupper; minst halvparten av respondentene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten svarte at de i noen eller stor/svært stor grad arbeidet med

pasienter/brukere med diabetes, KOLS, kreft, rusavhengighet, psykiske lidelser, fysisk funksjonsnedsettelse, skrøpelige eldre, eller personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov.

De fleste av respondentene opplever *ikke* at pasientene/brukerne de møter i sitt arbeid i stor/svært stor grad har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra helsetjenesten. Blant dem som opplevde at pasientene/brukerne i stor eller svært stor grad hadde udekkede behov, opplevde de ansatte i kommunehelsetjenesten i større grad enn de ansatte i spesialisthelsetjenesten at pasientene/brukerne hadde udekkede behov fra fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mens det var motsatt når det gjaldt udekkede behov fra kommunal omsorgstjeneste og primærhelsetjenesten for øvrig.

Omtrent to tredjedeler av respondentene opplevde at samhandlingen med fastlegetjenesten alt i alt fungerte godt. Respondentenes vurdering av ulike påstander tyder imidlertid på at de ansatte i kommunehelsetjenesten var noe mer fornøyde med samarbeidet med fastlegetjenesten enn de ansatte i spesialisthelsetjenesten, særlig når det gjaldt samarbeid med eget tjenestested og kommunikasjonskanaler.

En betydelig andel av respondentene hadde ikke kjennskap til PHT utover det som ble beskrevet i spørreskjemaet (36 prosent i kommunehelsetjenesten og 65 prosent i spesialisthelsetjenesten). Til tross for manglende kjennskap til forsøket, forventet en betydelig andel (73 prosent av respondentene i kommunehelsetjenesten og 62 prosent i spesialisthelsetjenesten) at pasienter/brukere vil i stor/svært stor grad kunne dra nytte av oppfølging fra PHT. I utdypende påstander om forventninger til PHT var det en særlig høy andel som svarte at de i stor eller svært stor grad (henholdsvis 67 og 49 prosent i kommune- og spesialisthelsetjenesten) forventet at PHT vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov.

Selv om de fleste samlet sett var positive til PHT, forventet respondentene i kommunehelsetjenesten i større grad enn respondentene i spesialisthelsetjenesten at PHT ville være nyttig for pasientene de møter i sitt arbeid. Det kan skyldes at en større andel av respondentene i kommunehelsetjenesten allerede kjente til PHT, og dermed hadde en mer positiv holdning til forsøket, eller at de møter ulike typer pasienter i sitt arbeid.

Samlet sett viser denne undersøkelsen blant ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste at mange opplever at samarbeidet med fastlegetjenesten fungerer godt, men at det er rom for forbedring, særlig når det gjelder kommunikasjonskanaler. Videre forventer mange at PHT kan gi nytte for pasientene, særlig når det gjelder brukertilfredshet.

6. Studier med registerdata

Ved hjelp av registerdata beskriver vi kjennetegn ved fastlegene og kommunene som deltar i forsøket med primærhelseteam i en periode før forsøket starter. Sammenlignet med nasjonale gjennomsnittstall er det blant fastlegene i forsøket vanligere med fastlønn, flere fastleger er spesialister i allmennmedisin, pasientlistene er kortere, og de har en større andel unge og mindre andel eldre på lista. Videre hadde de et noe lavere antall konsultasjoner per listeinnbygger. Fastlegene ved legekantorene som har driftstilskuddsmodell skiller seg fra fastlegene ved legekantorene med honorarmodell. Listene i gruppen med honorarmodell er lengre enn i gruppen som har driftstilskuddsmodell. Forsøkskommunene har i gjennomsnitt en noe yngre befolkning enn landets øvrige kommuner. Forskjeller mellom forsøkskommunene og landets øvrige kommuner i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester gjenspeiles i noen grad av forskjellene i alderssammensetning

6.1 Formål - sentrale problemstillinger

I evalueringen skal registerdata brukes til å beskrive utvikling i bruk av fastlegetjenester, spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester for pasienter som omfattes av forsøket og et utvalg av pasienter som utgjør kontrollgruppen. Spesielt vil vi vektlegge målgruppene for forsøket så langt de kan identifiseres ved hjelp av diagnoser og annen informasjon. Denne første statusrapporten er begrenset til å beskrive kjennetegn ved fastleger som deltar i forsøket, sammenlignet med fastleger som ikke deltar. Vi bruker kjennetegn som listestørrelse, listesammensetning og aktivitet beskrevet ved takstbruk fordi dette er de data vi foreløpig har tilgjengelig. Vi vil også beskrive variasjon mellom fastleger i forsøket avhengig av om de arbeider ved legekantor som har valgt honorarmodellen eller driftstilskuddsmodellen.

Et spørsmål i denne sammenhengen, er hva fastlegenes takstbruk er et uttrykk for. Takstene er de samme for fastleger som er næringsdrivende og for fastleger som er kommunalt ansatte. Takstinntektene som skapes av fastleger som er kommunalt ansatte med fast lønn, vil tilfalle kommunen der fastlegen er ansatt. For fastleger som driver egen næringsvirksomhet, vil egen inntekt avhenge av takstbruken. En nærliggende antagelse er at deres takstbruk vil være en relativt god indikator på det de gjør. For leger med fast lønn, er det ikke samme direkte kobling mellom takst og egen inntekt. De får samme lønn uavhengig av hvordan de bruker takster. De har med andre ord ikke samme insentiv som en næringsdrivende lege til å få med seg alle takster som de kan ta. Takstbruken som kan antas å være en god indikator for en næringsdrivende leges aktivitet, er dermed ikke nødvendigvis et godt uttrykk for en fastlønnet leges aktivitet. En fastlønnet lege kan ha gjort de samme aktivitetene som en næringsdrivende lege, men de kan ha brukt takstene ulikt. Hvordan disse ulike insentivene slår ut i fastlegers praksis, har vi imidlertid lite forskningsbasert kunnskap om. Analyser basert på fastlegers takstbruk bør derfor tolkes med forsiktighet i lys av dette bakteppet. Særlig bør man være forsiktig med å tolke aktivitetsforskjeller som uttrykk for kvalitetsforskjeller.

En viktig del av evalueringen er å finne ut av om bruken av spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester blir påvirket av PHT. Igjen er det viktig å ha kunnskap om utgangspunktet blant annet for å danne seg et bilde av mulighetene for endring. Vi beskriver bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester på kommunenivå og bydelsnivå i forsøksgruppen og resten av landet samt variasjonen mellom forsøkskommunene/bydelene.

Beskrivelsene av fastlegene ved legekantor i forsøket og forsøkskommuner ved forsøksstart er viktig for å få et inntrykk av hvor forskjellige de er fra andre fastlegekantor og kommuner og dermed gi et grunnlag for å finne passende fastlegekantorer og kommuner å sammenligne dem med.

6.2 Data og metode

Registerdata omfatter hele befolkningen. De er innsamlet for administrative formål med mulighet for bruk også i forskning. Fordeler med bruk av registerdata er kompletthet, uavhengighet av hukommelse, 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. Tabell 6-1 presenterer de registrene som vil bli brukt.

Bruk av data fra registrene foregår i to faser. Første fase inkluderer data som ikke krever søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette omfatter data fra Fastlegeregisteret og KUHR på fastlegenivå og data fra NPR, IPLOS og Statistisk Sentralbyrå (SSB) på kommunenivå. Data fra Fastlegeregisteret, KUHR og NPR er bestilt spesifikt fra Helsedirektoratet, mens data fra IPLOS samt befolkningsdata er hentet fra SSB Statistikkbanken. IPLOS data for Oslo på bydelsnivå er bestilt spesifikt fra SSB. Fase to vil inkludere data på individnivå som krever forhåndsgodkjenning fra REK og personvernombudet. Søknad om forhåndsgodkjenning er under behandling hos REK høsten 2018. Koblede registerdata på individnivå vil bli anvendt i seinere rapporter fra evalueringen. Denne rapporten bruker data fra fase 1.

I valget av kontrollkommuner vil blant annet propensity score matching, som redegjort for i 1.4, bli anvendt. Det innebærer at valget av kontrollkommuner ikke blir gjort før koblede registerdata på individnivå foreligger (fase 2).

Vi tar sikte på å undersøke effektene av forsøket ved hjelp av såkalt forskjeller-i-forskjeller estimering. Dette går ut på å beregne hvordan forskjellene mellom forsøk og kontroll utvikler seg i løpet av forsøksperioden. Gitt at det er parallelle trender før forsøket i de variablene vi er interessert i å måle forskjeller i, vil denne metoden kunne gi informasjon om årsakssammenhenger.

Tabell 6-1: Beskrivelse av registre som blir brukt i evalueringen

Datakilde	Effektområde	Variabler
Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)	Pasient/bruker Befolkning Kommunal fastlegetjeneste Spesialisthelsetjenesten	Type kontakt Takster brukt under konsultasjonen Sum refusjon under konsultasjon
Fastlegeregisteret	Pasient/bruker Kommunal fastlegetjeneste	Kontinuitet i pasient/legeforhold Pasientbytter Fastlegens listesammensetning Funksjonsnivå
Register for helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS)	Pasient/bruker Pårørende Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste Statlig og kommunal forvaltning	Hjelp fra pårørende Praktisk bistand i hjemmet Hjemmesykepleie Institusjonsopphold – korttids og langtids
Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	Pasient/bruker Befolkning Kommunal fastlegetjeneste Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste Statlig og kommunal forvaltning	Tilsvarende som for KUHR; Fastlegeregisteret og IPLOS nevnt over
Norsk pasientregister (NPR)	Pasient/bruker Befolkning Spesialisthelsetjenesten Statlig og kommunal forvaltning	Kontakter med spesialisthelsetjenesten Kontakter som indikerer komplikasjoner primærhelsetjenesten kan forhindre Liggetid Reinnleggelser Utskrivningsklare pasienter Medikamenter forskrevet Spesielt vanedannende medikamenter
Reseptregisteret	Pasient/bruker Statlig og kommunal forvaltning	Indikasjoner på medikamentgjennomgang for eldre pasienter Utgifter til medikamenter
FD-trygd	Pasient/bruker Pårørende Befolkning Statlig og kommunal forvaltning Privat sektor Samfunnsverdier/goder	Sykepengeutgifter fra Folketrygden Trygdestatus Arbeidsdeltakelse
Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) samt HELFO	Kommunal fastlegetjeneste Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste Statlig og kommunal forvaltning	Årsverk i fastlegetjenestene og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste Kommunenes og statens utgifter til fastlegetjenester og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste

6.3 Resultater

6.3.1 Kjennetegn ved fastlegene som deltar i forsøket og landets øvrige fastleger.

For å bruke data som ligger nært starten av forsøket i tid, har vi valgt å beskrive kjennetegn ved utgangen av 2017, og aktivitet i løpet av andre halvår 2017. Registerdataene som beskriver primærhelseteamene inkluderer 80 leger, etter at tre leger med manglende helsepersonellnummer er tatt ut. For enkelte variable fra fastlegedatabasen, herunder legekjennetegn og aldersfordeling på lista mangler informasjon om 6 fastleger.

I Tabell 6-2 ser vi at leger som deltar i forsøk med primærhelseteam, i gjennomsnitt er tre år yngre enn øvrige fastleger. Andelen kvinnelige leger og leger som er spesialist i samfunnsmedisin er om lag den samme i begge grupper. Vi finner også forskjeller i legekarakteristika mellom legene i de to gruppene: Andelen leger som er registrert som mottaker av fastlønn, er høyere i blant fastleger i forsøket enn blant øvrige fastleger. Andelen leger som er spesialist i allmenntilleggsmedisin er også noe høyere blant fastleger i forsøket enn blant øvrige fastleger.

Vi sammenligner også kjennetegn ved legenes lister. Gjennomsnittslista blant fastleger i forsøket er kortere enn blant øvrige fastleger. Tilsvarende ser vi at listetakene også er lavere i blant fastleger i forsøket.

Det er en større andel av fastlegene i forsøket som er organisert som felleslister enn hva som er tilfellet blant øvrige fastleger. Vi ser også at alle legekantorene som deltar i forsøket er kategorisert som gruppepraksiser. Om vi sammenligner andel eldre over 70 år på gjennomsnittslista, ser vi at gjennomsnittslista til fastleger i forsøket har en noe lavere andel eldre pasienter sammenlignet med øvrige fastleger.

Vi har sammenlignet bruken av utvalgte takster i de to gruppene i andre halvår 2017. Vi har både valgt ut enkelttakster som er sentrale utfra volum, og takster som er viktige i forbindelse med behandling av pasientgrupper som har oppmerksomhet i forsøket. Målt med medianen er antallet konsultasjoner per listeinnbygger lavere blant legene i forsøket sammenlignet med øvrige fastleger.

Vi har sammenlignet bruk av tidstaksten, 2cd, relativt til bruk av konsultasjonstaksten, 2ad. Vi ser at den relative hyppigheten av tidstaksten er om lag på samme nivå i de to gruppene. Vi beskriver også bruken av takst for merarbeid ved årlig undersøkelse av psykisk utviklingshemmede eller personer med demens (takst 660), årskontroll ved diabetes (takst 109), og deltakelse i tverrfaglige møter (takst 14). Det er ingen åpenbare forskjeller mellom gruppene i nullpunksmålingen. Utviklingen i sistnevnte takster er likevel interesse i dette forsøket, da dette er takster som relaterer seg til oppfølging av brukere med store, sammensatte behov, og brukere som kan regnes som svake etterspørrere.

Tabell 6-2: Beskrivelse av fastlegene andre halvår 2017. Leger i og utenfor forsøket

	Fastleger som ikke er med i forsøket					Fastleger i forsøket				
	N	Gj.snitt (Median)	Min	Max	N	Gj.snitt (Median)	Min	Max		
Legekjennetegn										
Legealder	4209	48 (46)	26	74	74	45 (43)	26	65		
Kvinnelig lege	4209	0,42	0	1	74	0,42	0	1		
Fastlønnet lege	4209	0,05	0	1	74	0,22	0	1		
Spes. allm. med.	4209	0,60	0	1	74	0,64	0	1		
Spes. samf. med.	4209	0,03	0	1	74	0,03	0	1		
Listekjennetegn										
Fellesliste	4209	0,06	0	1	74	0,15	0	1		
Gruppepraksis	4209	0,94	0	1	74	1	1	1		
Listelengde	4209	1131 (1136)	0	2497	74	1017 (1037)	192	1983		
Listetak	4209	1181 (1200)	50	2500	74	1031 (1050)	200	2000		
Venteliste	4209	11 (4)	0	258	74	16 (6)	0	85		
Avgang	4209	53 (41)	0	1181	74	42 (31)	7	196		
Tilgang	4209	97 (48)	0	1775	74	98 (34)	1	1026		
Andel pas. < 20 år	4208	0,24 (0)	0,00	0,72	74	0,27 (0)	0,14	0,46		
Andel pas. 20-34 år	4208	0,20 (0)	0,00	0,94	74	0,21 (0)	0,12	0,54		
Andel pas. 35-69 år	4208	0,44 (0)	0,01	0,86	74	0,42 (0)	0,26	0,59		
Andel pas. 70+ år	4208	0,12 (0)	0,00	0,41	74	0,10 (0)	0,01	0,21		
Aktivitet										
#2cd / # 2ad	4329	0,42 (0,39)	0,00	3,20	77	0,45 (0,39)	0,00	1,35		
Aktivitet relativ til listelengde										
andel 2ad	4208	1,23 (1,13)	0,00	166	74	0,94 (1,04)	0,00	1,81		
andel 660 årlig undersøk	4208	0,00 (0,00)	0,00	0,04	74	0,00 (0,00)	0,00	0,00		
andel 109 årsktr diabetes	4208	0,00 (0,00)	0,00	0,06	74	0,00 (0,00)	0,00	0,03		
andel 14 "tverrfagl møter"	4208	0,03 (0,01)	0,00	1,50	74	0,02 (0,01)	0,00	0,11		

I Tabell 6- ser vi nærmere på de fastlegene som startet opp med primærhelseteam i løpet av første halvår 2018, og skiller mellom fastleger ved legekantor som har valgt honorarmodellen, og fastleger ved legekantor som har driftstilskuddsmodellen. Det er ingen store forskjeller i aldersfordelingen til legene i de to gruppene. Det er imidlertid en større andel kvinnelige fastleger blant legene som har driftstilskuddsmodell sammenlignet legene som har honorarmodell. Vi ser at de aller fleste fastlegene som har driftstilskuddsmodell er fastlønnede leger. Organisering med fellesliste forekommer ikke blant leger med honorarmodell, men er relativt vanlig blant leger med driftstilskuddsmodell.

Legene med honorarmodell har de lengste listene, og forskjellene er betydelig. Det kan ha sammenheng med at legene med honorarmodell utfører mindre annet allmennlegearbeid enn legene med driftstilskuddsmodellen. Listelengde er dermed ikke nødvendigvis et mål for fastlegers samlede arbeidsbelastning. Legene i gruppen med honorarmodellen noe større andel av sine pasienter i de to øvre aldersgruppene, alderen 35-69 år og eldre enn 70 år. Om vi relaterer antall konsultasjoner til antall pasienter på lista, ser vi at antall konsultasjoner per pasient målt ved medianen er betydelig høyere i gruppen med honorarmodell sammenlignet med gruppen med driftstilskuddsmodellen. Det kan ha sammenheng med en større andel eldre på listene til fastlegene med honorarmodell. Vi beskriver også hyppigheten av årlig undersøkelse av psykisk utviklingshemmede eller personer med demens (takst 660), årskontroll ved diabetes (takst 109), og deltakelse i tverrfaglige møter (takst 14). Det er ingen åpenbare forskjeller mellom praksiser med honorarmodell og praksiser med driftstilskuddsmodell.

Tabell 6-3: Beskrivelse av fastlegepraksiser i forsøket andre halvår 2017, etter betalingsmodell

	Honorarmodell					Driftstilskuddsmodell				
	N	Gj.snitt(Median)	min	max		N	Gj.snitt(Median)	min	max	
Legekjenne tegn										
Legealder	54	46 (44)	26	65	20	44 (43)	31	64		
Kvinnelig lege	54	0,37	0	1	20	0,55	0	1		
Fastlønnnet lege	54	0,04	0	1	20	0,70	0	1		
Spes. allm. med.	54	0,67	0	1	20	0,55	0	1		
Spes. samf. med.	54	0,02	0	1	20	0,05	0	1		
Listekjenne tegn										
Fellesliste	54	0	0	0	20	1	0	1		
Gruppepraksis	54	1	1	1	20	1	1	1		
Listelengde	54	1100 (1108)	287	1983	20	792 (617)	192	1511		
Listetak	54	1109 (1127)	300	2000	20	820 (575)	200	1550		
Venteliste	54	17 (9)	0	85	20	11 (3)	0	49		
Avgang	54	38 (26)	7	117	20	53 (40)	11	196		
Tilgang	54	86 (32)	1	999	20	130 (48)	1	1026		
Andel pas. < 20 år	54	0,27 (0)	0,14	0,46	20	0,26 (0)	0,15	0,43		
Andel pas. 20-34 år	54	0,18 (0)	0,12	0,33	20	0,27 (0)	0,13	0,54		
Andel pas. 35-69 år	54	0,43 (0)	0,31	0,55	20	0,39 (0)	0,26	0,59		
Andel pas. 70+år	54	0,11 (0)	0,03	0,21	20	0,08 (0)	0,01	0,18		
Aktivitet										
#2cd / # 2ad	54	0,38 (0,36)	0,00	0,95	23	0,63 (0,55)	0,01	1,35		
Aktivitet relativ til listelengde										
andel 2ad	54	1,05 (1,1)	0,00	2	20	0,65 (0,70)	0,00	1,10		
andel 660 årlig undersøk	54	0,00 (0,00)	0,00	0,00	20	0,00 (0,00)	0,00	0,00		
andel 109 årsktr diabetes	54	0,00 (0,00)	0,00	0,03	20	0,00 (0,00)	0,00	0,00		
andel 14 "tverrfagl møter"	54	0,02 (0,01)	0,00	0,11	20	0,02 (0,01)	0,00	0,08		

6.3.2 Bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester belyst med registerdata på kommunenivå

Det er et formål med primærhelseteam å oppnå en bedre sammensetning av primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester. For å vite om det skjer, må vi ha kunnskap om omfanget av disse tjenestene i en periode før forsøket starter. Når data på individnivå blir tilgjengelig, vil vi kunne beskrive bruk av tjenestene på praksisnivå fordelt forsøkspraksis og sammenligningspraksis. Foreløpig må vi nøye oss med å gjøre beskrivelsene på kommunenivå. Dette vil gi en bedre beskrivelse av forbruket for listeinnbyggere der alle fastleger i kommunen deltar i forsøket enn av forbruket for listeinnbyggere der et lite antall av legekantorene i kommunen deltar i forsøket. I framstillingen vil vi skille mellom forsøkskommunene utenom Oslo og Oslo. Forsøkskommunene utenom Oslo sammenlignes med landets øvrige kommuner. I Oslo sammenlignes de tre bydelene som deltar i forsøket, med de andre bydelene. Vi har tilgjengelige data for perioden 2012-2018.

Vi starter med en beskrivelse av alderssammensetningen på kommune- og bydelsnivå siden variasjon i alderssammensetningen kan være en viktig bakgrunn for variasjon i bruken av de aktuelle tjenestene. Det er dermed viktig å vite om alderssammensetningen i forsøkskommunene skiller seg fra alderssammensetningen i andre kommuner og om det er variasjon i alderssammensetning mellom forsøkskommunene⁴.

Tabell 6-4: Alderssammensetning i prosent i 2012 og 2018 fordelt på kommuner (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med PHT og andre kommuner

Aldersgruppe, år	PHT kommuner	Andre kommuner
Mindre enn 20 år, 2012	27	25
Mellom 20 år og 34 år, 2012	18	16
Mellom 35 år og 69 år, 2012	44	46
70 år og mer, 2012	11	13
Mindre enn 20 år, 2018	26	23
Mellom 20 år og 34 år, 2018	19	17
Mellom 35 år og 69 år, 2018	43	45
70 år og mer, 2018	12	15

Kilde: SSB

Vi har delt befolkningen inn i fire aldersgrupper: yngre (mindre enn 20 år), middels1 (mellom 20 år og 34 år), middels2 (mellom 34 år og 69 år) og eldre (70 år og mer). Vi ser fra Tabell 6- at det er en noe større andel unge og en noe mindre andel eldre i forsøkskommunene sammenlignet med de andre kommunene. Appendiks G, Tabell 16-11 viser variasjonen i aldersfordeling mellom forsøkskommunene. Ytterpunktene er Hå med den minste andelen eldre (9 prosent) og Seljord med den største andelen eldre (15 prosent).

Tabell 6-5: Alderssammensetning i prosent i 2012 og 2018 fordelt på bydeler i Oslo som gjennomfører forsøk med PHT og andre bydeler

Aldersgruppe, år	PHT-bydeler	Andre bydeler
Mindre enn 20 år, 2012	22	21
Mellom 20 år og 34 år, 2012	28	29
Mellom 35 år og 69 år, 2012	42	43
70 år og mer, 2012	8	7
Mindre enn 20 år, 2018	21	21
Mellom 20 år og 34 år, 2018	28	28
Mellom 35 år og 69 år, 2018	42	43
70 år og mer, 2018	9	8

Kilde: Statistikkbanken Oslo kommune

Tabell 6- viser aldersfordelingen i de bydelene i Oslo som deltar i forsøket og de andre bydelene. Det er til dels betydelig forskjeller i aldersfordeling blant de bydelene som deltar i forsøket. Appendiks G, Tabell 16-2 viser blant annet at andel eldre i bydel Sagene er fem prosent, mens den er 12 prosent i bydel Nordstrand.

⁴ Siden vi ikke har tilgjengelig forbrukstall fordelt på alder, kan vi ikke beregne alderskorrigerede forbruksrater

Tabell 6-6: Gjennomsnittlig bruk av somatiske spesialisthelsetjenester per 1000 innbyggere fordelt på kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med PHT og andre

År	Dagbehandling		Døgnopphold		Poliklinikk	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	69	70	174	175	1085	1047
2013	66	67	170	175	1104	1057
2014	67	67	171	174	1128	1094
2015	66	66	171	175	1193	1138
2016	61	63	167	174	1159	1147
2017	62	63	166	172	1189	1172
Gj.snitt	65	66	170	174	1143	1109
#obs	48	2478	48	2478	48	2478

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 6- viser bruken av somatiske spesialisthelsetjenester fordelt på forsøkskommuner og andre kommuner. Bruk av private avtalespesialister er ikke inkludert. Det er bare små forskjeller mellom forsøkskommunene og de andre kommunene. Appendiks G, Tabell 16-3 viser bruken av spesialisthelsetjenester fordelt på de enkelte forsøkskommunene.

Tabell 6- viser tilsvarende tall for Oslo. Det er mer av både dagbehandling og døgnopphold i bydelene som prøver ut primærhelseteam sammenlignet med de andre bydelene. Appendiks G, Tabell 16-4 viser hvordan bruken fordeler seg på de bydelene som deltar i forsøket. Tabellen viser blant annet at bydel Alna ligger mer enn 10 prosent over Nordstrand i bruk av døgnopphold.

Tabell 6-7: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 av somatiske spesialisthelsetjenester per 1000 innbyggere fordelt på bydeler i Oslo som gjennomfører forsøk med PHT og andre bydeler

År	Dagbehandling		Døgnopphold		Poliklinikk	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	68	62	156	135	1095	1052
2013	63	61	153	132	1095	1064
2014	67	63	149	134	1106	1081
2015	64	59	148	132	1136	1102
2016	65	60	144	130	1127	1104
2017	61	56	138	128	1164	1114
Gj.snitt	65	60	148	132	1120	1086
#obs	18	84	18	84	18	84

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 6-8: Gjennomsnittlig bruk av psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere fordelt på kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med PHT og andre

År	Dagbehandling		Døgnopphold		Poliklinikk	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	19	9	11	11	292	243
2013	16	6	10	11	303	255
2014	12	3	11	11	298	265
2015	14	3	11	11	316	278
2016	16	3	13	11	328	285
2017	13	3	12	11	336	284
Gj.snitt	15	4	11	11	312	268
#obs	48	2070	48	2406	48	2406

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 6- viser bruk av psykisk helsevern for voksne i forsøkskommunene og andre kommuner. Heller ikke her er bruk av private avtalespesialister inkludert. Det er stor forskjell mellom forsøkskommunene og de andre kommunene når det gjelder dagbehandling. Også bruken av poliklinikk er større i forsøkskommunene enn i de andre kommunene. Appendiks G, Tabell 16-5 viser betydelige forskjeller forsøkskommunene imellom for alle typene av tjenester.

Tabell 6- viser tilsvarende tall for psykisk helsevern for voksne i Oslo. Vi ser at nivået på polikliniske konsultasjoner er betydelige høyere i Oslo enn i resten av landet. Det er ingen forskjeller i bruk mellom de bydelene som prøver ut primærhelseteam og de andre bydelene. Samtidig viser Appendiks G, Tabell 16-6 store forskjeller innad i de bydelene som prøver ut primærhelseteam. For eksempel er bruken av døgnopphold mer enn dobbelt så stor i Sagene som i Nordstrand og antallet polikliniske konsultasjoner er mer enn 70 prosent større.

Tabell 6-9: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 av psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere fordelt på bydeler i Oslo som gjennomfører forsøk med PHT og andre bydeler

År	Dagbehandling		Døgnopphold		Poliklinikk	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	9	5	9	7	386	366
2013	1	1	8	8	368	379
2014	1	1	8	7	405	393
2015	0	0	8	8	410	432
2016	0	1	9	8	441	427
2017	1	1	12	11	510	479
Gj.snitt	2	1	9	8	420	413
#obs	18	84	18	84	18	84

Kilde: Norsk pasientregister

Vi skal til slutt beskrive bruken av omsorgstjenester i kommunene. Tabell 6-1 viser antallet unike brukere, omfang av praktisk hjelp, omfang av helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold i institusjon fordelt på de to gruppene av kommuner. Det er både flere unike brukere og mer helsetjenester i hjemmet i andre kommuner enn i forsøkskommunene. Det kan gjenspeile den noe mindre andel eldre i forsøkskommunene enn i de andre kommunene. Appendiks G,

Tabell 16-7 viser bruken av omsorgstjenester i hver av forsøkskommunene. Det er til dels store forskjeller mellom forsøkskommunene. Forskjellene ser ut til å samvariere med andelen eldre innbyggere.

Tabell 6-10: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 av omsorgstjenester per 1000 innbyggere fordelt på kommuner (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med PHT og andre kommuner

År	Unike brukere		Praktisk hjelp		Helsetjenester i hjemmet		Langtidsopphold institusjon	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	67	84	25	29	38	51	11	13
2013	68	84	25	29	40	52	11	13
2014	73	84	24	28	42	53	11	13
2015	71	86	25	27	44	55	11	12
2016	73	87	25	26	46	56	11	12
2017	73	88	26	26	49	58	10	12
Gj.snitt	71	86	25	27	43	54	11	13
#obs	48	2478	48	2478	48	2478	48	2478

Kilde: IPLOS

Tabell 6-11 viser tilsvarende bruk av omsorgstjenester for Oslo fordelt på bydelene som gjennomfører forsøket og de andre. Vi merker oss først at nivået på antall unike brukere er betydelige høyere i Oslo enn i andre kommuner. Samtidig viser tabellene at det høyere nivået på antall unike brukere ikke samsvarer med forskjellene i bruk av de tjenestene som er beskrevet i tabellene. Det er noe større bruk av omsorgstjenester i forsøksbydelene enn i de andre bydelene til tross for at det ikke er noen forskjeller i aldersfordelingen. Appendiks G,

Tabell 16-78 viser store forskjeller i bruk av omsorgstjenester mellom bydelene som deltar i forsøket. Disse forskjellene samsvarer med forskjellene i aldersfordeling mellom de aktuelle bydelene.

Tabell 6-11: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 av omsorgstjenester per 1000 innbyggere fordelt på bydeler i Oslo som gjennomfører forsøk med PHT og andre bydeler

År	Unike brukere		Praktisk hjelp		Helsetjenester i hjemmet		Langtidsopphold institusjon	
	pht	andre	pht	andre	pht	andre	pht	andre
2012	125	112	21	19	30	26	11	9
2013	123	110	21	19	30	26	11	9
2014	121	108	21	18	29	25	11	9
2015	119	109	19	17	29	26	10	9
2016	123	114	17	15	29	26	10	8
2017	120	112	16	15	28	25	10	8
Gj.snitt	122	111	19	17	29	26	11	9
#obs	18	72	18	72	18	72	18	72

Kilde: IPLOS

6.4 Oppsummering av de sentrale resultatene

Den gjennomsnittlige fastlegen som deltar i forsøket, skiller seg fra den gjennomsnittlige fastlegen som ikke gjør det. Sammenlignet med nasjonale gjennomsnittstall er det blant fastlegene i forsøket langt vanligere med fastlønn, flere er spesialister i allmenntilleggsmedisin, pasientlistene er kortere, og andel unge høyere (andel eldre lavere). Målt ved bruk av konsultasjonstaksten, 2ad, er antallet konsultasjoner per listepasient lavere blant fastleger i forsøket sammenlignet med fastleger utenfor. For en rekke variable ser det ut til at legene ved legekantor som har driftstilskuddsmodell, er forskjellige fra legene ved legekantor med honorarmodell. Det kan skyldes at legene med driftstilskuddsmodell bruker en større del av arbeidstida på allmenntilleggsmedisinsk legearbeid som ikke fanges opp av fastlegeregisteret og KUHR. Listene i gruppen med honorarmodell er lengre enn i gruppen som har driftstilskuddsmodell. Gruppen med honorarmodell har også noe større andel av sine pasienter i de to øvre aldersgruppene. Sammenlignet med driftstilskuddsmodellen har legene i gruppen med honorarmodell også flere pasientkonsultasjoner per listepasient om vi benytter takst 2ad som et mål på dette.

Forsøkskommunene har i gjennomsnitt en noe yngre befolkning enn landets øvrige kommuner. Vi finner forskjeller mellom forsøkskommunene og landets øvrige i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester. Forskjellene gjenspeiles i noen grad av forskjellene i alderssammensetning. Dette utgjør sentrale grunnlagsdata når endringer i forsøksperioden skal beskrives og analyseres nærmere. I arbeidet med framtidige rapporter skal vi skaffe til veie forbrukstall fordelt på alder, slik at vi kan vi ikke beregne alderskorrigerte forbruksrater.

7. Samfunnsøkonomisk analyse

Som del av evalueringen av primærhelseteam vil det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse. Analysen vil baseres på funn fra hele forsøksperioden og vil presenteres i sluttrapporten som leveres til Helsedirektoratet ved utgangen av 2021. I denne statusrapporten beskriver vi derfor hvordan vi planlegger å gjennomføre den samfunnsøkonomiske analysen.

7.1 Formål

Parallelt med forsøksordningen med primærhelseteam er det igangsatt flere tiltak som kan være delvis overlappende. Eksempler på slike er oppfølgingsteam og medisinsk avstandsoppfølging/velferdsteknologi. For å kunne sammenligne primærhelseteam med andre tiltak, skal det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse. Målsettingen for analysen er å se helhetlige effekter, gevinster og kostnader av primærhelseteam. Vi vil utrede og oppsummere de samfunnsøkonomiske konsekvensene av forsøksordningen, og vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet på bakgrunn av disse.

En samfunnsøkonomisk analyse vil foreligge i sluttrapporten som leveres til Helsedirektoratet innen utgangen av 2021. I denne statusrapporten beskriver vi derfor hvordan vi planlegger å gjennomføre den samfunnsøkonomiske analysen.

7.2 Metode

Den samfunnsøkonomiske analysen vil gjennomføres i henhold til veilederen for samfunnsøkonomisk analyse (Direktoratet for økonomistyring, 2014). En samfunnsøkonomisk analyse består i henhold til DFØs veileder av åtte faser, som illustrert i Figur 7-1. Vi vil også basere oss på veilederen for økonomisk evaluering av helsetiltak (Helsedirektoratet, 2012), samt prioriteringsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Figur 7-1 Fasene i en samfunnsøkonomisk analyse

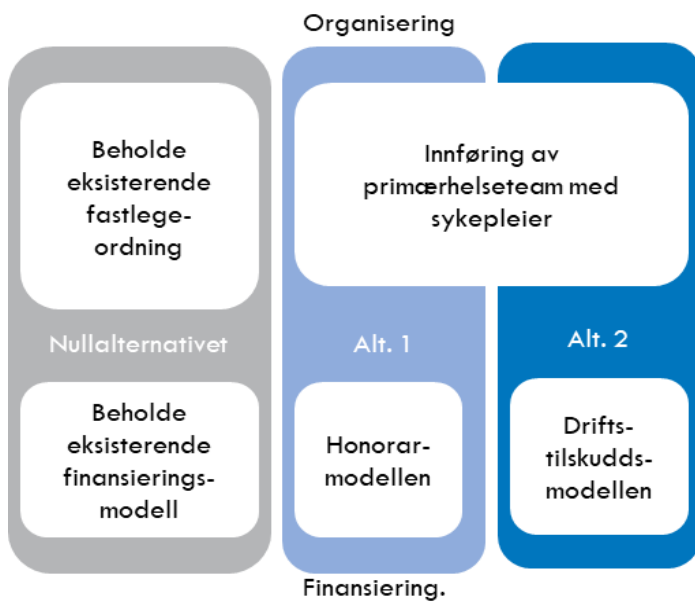


Kilde: Oslo Economics og DFØ (2014)

Innsamlede kommune- og primærhelseteamdata samlet inn under evalueringen vil være utgangspunktet for den samfunnsøkonomiske analysen. Fordi de samfunnsøkonomiske konsekvensene i all hovedsak forventes å være de samme som dem som behandles i evalueringen, antar vi at dataene som foreligger fra evalueringen vil være tilstrekkelige. Ved behov vil vi imidlertid supplere med ytterligere data fra kommuner og team.

Det er to alternativer som skal utredes i den samfunnsøkonomiske analysen. I det første alternativet gjennomføres ny organisering med tilhørende endring i arbeidsformer i primærhelseteam, 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 7-2.

Figur 7-2: Alternativer for organisering og finansiering av primærhelseteam



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

I dette prosjektet er de første fasene allerede identifisert og beskrevet. Problemet med eksisterende løsning og mål for prosjektet ligger til grunn for pilotprosjektet, og relevante tiltak er definert som endring i organisering og arbeidsformer samt finansiering av primærhelseteamene. Virkningene av de relevante alternativene vil langt på vei bli identifisert gjennom evalueringen.

De første fasene av den samfunnsøkonomiske analysen består følgelig av å systematisere og pedagogisk fremstille problem, mål, tiltak og virkninger. I vurderingen av virkninger vil seleksjonsproblemet også være en utfordring. Fordi fastlegepraksisene selv kan bestemme hvilken finansieringsmodell de ønsker å benytte, vil antakelig praksisene som velger honorarmodellen ha andre karakteristikk enn praksisene som velger driftstilskuddsmodellen. Dersom eksempelvis praksiser på mindre steder i større grad enn praksiser i byene velger driftstilskuddsmodellen, vil noe som ved første øyekast ser ut til å være en virkning av driftstilskuddsmodellen egentlig fange opp andre forskjeller mellom primærhelseteam i bygd og by.

I det følgende beskriver vi overordnet noen mulige samfunnsøkonomiske konsekvenser innføring av primærhelseteam kan tenkes å ha:

- Innføring av primærhelseteam vil medføre forflytning av kompetanse og oppgaver innad i teamet. Tilføring av sykepleier kan lede til reduserte utgifter til primærhelsetjenesten, fordi sykepleieren til en lavere alternativkostnad kan overta flere oppgaver som fastlegen tidligere utførte selv. Sammensetningen av ulike typer tjenester i samme team vil bedre informasjonsflyt og kommunikasjon både for pasienter og pårørende, og gjennom det kanskje også øke tilliten til primærhelsetjenesten i befolkningen. Vi kan samtidig ikke utelukke at sykepleieren vil tilby tjenester i tillegg til de tjenestene fastlegene tilbyr i dag. Det vil i så fall trekke i retning av økte utgifter til primærhelsetjenesten. Et viktig spørsmål blir dermed hvilke pasienter sykepleieren vil behandle på hvilken måte. At teamene i seg selv krever ressurser til ledelse og koordinering, trekker også i retning av større ressursbruk. Nettovirkningen er tema i effektevalueringen og resultatene derfra vil inngå i den samfunnsøkonomiske analysen.
- Honorarmodellen tar utgangspunkt i dagens finansieringsmodell og vil derfor antakelig ha mindre virkning på effektområdene enn driftstilskuddsordningen som i større grad representerer noe nytt. Effekten av finansieringsmodellen i alternativ 1 er hovedsakelig knyttet til utgifter som følge av ansettelse av sykepleier. I alternativ 2 vil tilskuddet per pasient utgjøre en større andel av

primærhelseteamets inntekter. Disse inntektene vil samtidig i større grad være uavhengig av tjenestene som ytes, slik at risikoen for tap og gevinst i praksisene blir større enn før. I forsøket er det satt en grense for denne økte økonomiske risiko som fastlegene stilles overfor. Finansieringsmåten kan forventes å ha en effekt på primærteamets prioritering av oppgaver og arbeidsdelingen innad i teamet. Det kan også være at befolkningens tillit til helsetjenesten påvirkes av at primærteamets incentiver endres.

Etter å ha beskrevet relevante effekter ved endring i organisering og finansiering, skal effektene i neste fase (fase 4) verdsettes. Resultatene og analysene i evalueringen vil være sentrale i denne fasen for å belyse endringer i kvalitet og ressursbruk. Mange størrelser kan tallfestes og verdsettes. Eksempler er endring i lønnskostnader, utgifter til behandling, stønad fra folketrygden, effekter på arbeidstilbudet osv. Aktuelle kilder kan være registerdata og legenes egne aktivitetsdata. Flere virkninger vil imidlertid ikke la seg tallfeste. Dette gjelder eksempelvis pårørendes medbrugeropplevelse, virkninger for arbeidsmiljø, befolkningens tillit og personvern. Slike virkninger vil vurderes kvalitativt etter pluss-minusmetoden.

Etter at virkningene er verdsatt, sammenstilles alle prissatte virkninger for å beregne samfunnsøkonomisk lønnsomhet i begge alternativene (fase 5). Nåverdimetoden benyttes for å kunne sammenligne effekter som inntreffer på ulike tidspunkt. Videre vurderes det i hvilken grad ikke-prissatte virkninger bidrar til å gjøre tiltaket mer eller mindre lønnsomt.

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til verdsettingen av virkninger. I en samfunnsøkonomisk analyse gjøres det en usikkerhetsanalyse for å synliggjøre hvordan kritiske usikkerhetsfaktorer kan slå ut på tiltakets lønnsomhet. Ulike metoder vil bli benyttet for å synliggjøre konsekvensene av endringer i sentrale forutsetninger (statistiske analyser, følsomhetsanalyser, scenarioanalyse etc.). Videre vil vi beskrive fordelingsvirkningene av tiltaket, dvs. effekter som er positive for enkelte berørte parter og negative for andre. Særlig relevant er konsekvensene for helsetjenesten (helsetjenesteperspektiv) og kommunenes økonomi (kommuneperspektivet).

Siste fase er å sammenstille vurderingene og presentere funn og konklusjoner. Vi vil legge vekt på å diskutere sentrale drivere for konklusjonen og sikre etterprøvnbarhet for brukere av analysen.

8. Oppsummering/konklusjoner

Primærhelseteam (PHT) med to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) prøves ut ved 13 fastlegekontor i ni kommuner. PHT er avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Det er en fastlege som skal lede teamet. Målsetting med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn dagens fastlegeordning. Forsøket startet 1. april 2018 og skal vare i tre år.

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

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

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

Forsøket evalueres av forskere ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Tromsø og Oslo Economics i samarbeid. Helsedirektoratet har gitt en omfattende kravspesifikasjon til evalueringen. Denne rapporten gir en beskrivelse av status ved starten av forsøket. Analysene er basert på en studie hvor datagrunnlaget er registerdata, fire spørreundersøkelser og en studie med datagrunnlag fra intervjuer. De fire spørreundersøkelser var rettet til henholdsvis listeinnbyggere, ansatte ved fastlegekontor (80 fastleger og 78 sykepleiere/helsesekretærer), ansatte i øvrig kommunal helsetjeneste (45 respondenter), og ansatte i spesialisthelsetjenesten (37 respondenter).

Intervjustudien viste at ved oppstart av forsøket var det vesentlige ulikheter mellom de deltakende legekantorene, for eksempel i driftsformer og organisering, og i samarbeidsrutiner og -former mellom legekantor og andre helsetjenester. Graden av fastlegenes formelle tilsetningsforhold med kommunen/bydelen gir store variasjoner i legekantorenes integrasjon med og relasjon til kommunen/bydelen. Intervjumaterialet tyder på at kommunale legekantor og legekantor som omfatter hele legetjenesten i en kommune, har en langt sterkere integrasjon med annen kommunal virksomhet innen helse og omsorg enn det som er tilfelle for legekantorene basert på privat næringsdrift. Disse ulikhetene antar vi kan ha betydning for resultatene av forsøket. Blant legekantorene var det hele ni som hadde sykepleiere fra før. Ved de fleste legekantor var det nyansatte sykepleiere som skulle inn i PHT. Åtte legekantorer har valgt å prøve ut honorarmodellen, mens fem har valgt å prøve ut driftstilskuddsmodellen. Legekantorets driftsform ved starten av forsøket har i stor grad styrt valg av finansieringsmodell. Sammenlignet med nasjonale gjennomsnittstall er det blant fastlegene i forsøket langt vanligere med fastlønn, flere fastleger er spesialister i allmenntilleggs, pasientlistene er kortere, og med en større andel unge (lavere andel eldre) enn gjennomsnittstallet nasjonalt. Målt ved bruk av konsultasjonstaksten, 2ad, er både antallet konsultasjoner, og antallet konsultasjoner per listeinnbygger lavere blant fastlegene i forsøket sammenlignet med nasjonale gjennomsnitt. Ved hjelp av registerdata finner vi at forsøkskommunene har i gjennomsnitt en noe yngre befolkning enn landets øvrige kommuner. Forskjeller mellom forsøkskommunene og landets øvrige kommuner i bruk av spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester gjenspeiles i noen grad av forskjellene i alderssammensetning.

Deltakerne i forsøket omfatter listeinnbyggere, ansatte og selvstendige ved fastlegekontor, og ansatte i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Ved oppstarten av forsøket var alle deltakerne generelt fornøyd med tjenestene og samarbeidet mellom deltakerne. Alt i alt var listeinnbyggerne fornøyd med fastlegen, og halvparten svarte at de var 'svært fornøyd'. Fastlegene er minst fornøyd (og i noen grad misfornøyd) med arbeidsmengden sin og tiden de har til å utføre sine arbeidsoppgaver. Sykepleierne og helsesekretærene er minst fornøyd med lønnen sin sett i forhold til sine anstrengelser.

Analysen av intervjudata viser at det for informantene som skal være en del av PHT, er det en viktig motivasjon å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Ved de fleste legekantorene ble det gitt uttrykk for både engasjement og skepsis i forhold til deltakelsen i forsøket. Ved starten av forsøket var lite foreløpig avklart med hensyn til hvordan det konkrete samarbeidet i team skal foregå. Noen leger var opptatt av at legen skal lede team og pasientbehandling, mens andre var opptatt av hvordan det må settes av ukentlig tid og ressurser til å samarbeide. Grensen mellom sykepleier og helsesekretærs oppgaver ble av mange oppfattet som uklar. Helsedirektoratet fremhever i sine beskrivelser at PHT skal legge vekt på proaktiv oppfølging og gode forløp. Noen fastleger pekte på proaktivitet som et tradisjonsbrudd i allmenntilleggs. Forventningene til proaktivitet i PHT ble av flere knyttet til sykepleierens nye rolle og ikke til endring av legens rolle.

Fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de i størst grad klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter med kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov, og at de i mindre grad klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet og pasienter med utviklingshemming. Alle legekantorene i forsøket synes å ha gjort de samme vurderingene mht. de målgruppene som Helsedirektoratet har pekt ut for PHT. Det er samtidig vanskelig å rette arbeidet inn mot å nå alle - i alle fall i første omgang. Ved starten av forsøket, var fokuset for PHT-arbeidet i hovedsak rettet mot kronisk syke og skrøpelige eldre. Fastlegene forventet i liten til noen grad at ulike oppgaver kunne delegeres fra dem til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam. Likevel svarte omtrent en fjerdedel at de i stor eller svært stor grad forventet at de kunne delegere bort kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten og direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk eller e-konsultasjon). Samtidig forventer sykepleierne at deres arbeidsoppgaver i noen grad vil endre seg, mens helsesekretærene forventer i liten grad at arbeidsoppgavene vil endre seg.

En betydelig andel av respondentene i spørreundersøkelsen til øvrig helse- og omsorgstjeneste hadde ikke kjennskap til primærhelseteam utover det som ble beskrevet i spørreskjemaet. Likevel forventet flertallet at pasienter/brukere vil i stor/svært stor grad kunne dra nytte av oppfølging fra primærhelseteam.

Denne statusrapporten har beskrevet kjennetegn ved deltakerne i forsøket med PHT, deres fornøydhet og forventinger til forsøket ved oppstart. Datagrunnlaget er en kombinasjon av intervjuer, utfylte spørreskjemaer og uttrekk fra registre. I neste rapport, som blir avlevert høsten 2019, tar vi sikte på å presentere de første resultatene fra evalueringen. I løpet av 2019 vil vi gjennomføre intervjuer og ny spørreundersøkelse rettet mot fastleger, sykepleiere og helsesekretærer ved fastlegekontorene i forsøket. Vi tar også sikte på å kunne levere beskrivelser og analyser basert på mer detaljerte registerdata enn hva vi har tilgjengelig nå.

9. Referanser

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016a. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Driftsformer i fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Utposten, 2016b, vol 45, 5, 12-15.

Conklin J. Wicked problems and social complexity. In P Checkland et al. *Dialogue Mapping; Building Shared understanding of wicked problems*. Chichester, UK: Wiley Publishing. 2006.

Difi, 2017. *Innbyggerundersøkelsen*. [Internett]

Available at: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne/fastlege>

[Funnet 26 10 2018].

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

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

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

Fixen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children (Special Issue)*, 2013, 79: 213–230.

Guba NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 2013, 13:117

Hennestad BW. Endringsledelse som implementering - sentrale utfordringer. *MAGMA*, 2002, 3 (online).

Hill M, Hupe P (2014). *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance*. 3rd edition. London: SAGE Publication.

Matthews-King, A. (2018). GP vacancies rise to record levels despite recruitment pledge, survey suggests. *The Independent*, [online]. Available at: <https://www.independent.co.uk/news/health/gp-vacancy-nhs-70-doctors-waiting-times-appointments-patient-safety-a8433596.html>. [Accessed 22 Nov. 2018]

Ipsos, (2018). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*. Oslo: Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse.

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mousquès, J., et al. (2010). Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 98, p. 131–143.

Nutting, P. A., et al. (2009). Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine* 7, pp. 254-260.

Ogden T, Amlund-Hagen K, Askeland E, Christensen B. Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 2009, 19: 582–591.

Ogden T, Fixsen DL. Implementation science: A brief overview and a look ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, 2014, 222: 4-11.

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

Rebnord, I. K., Eikeland, O. J., Hunskaar, S., Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018.

Reichborn-Kjennerud K. Faste grep om helse i hektiske kontor. En undersøkelse om helsesekretærenes arbeidsforhold ved fastlegekontor. AFI-notat 2010:14. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 2010.

Ritchie, J. & Spencer, L., 1994. Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess, eds. *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge, pp. 173–194.

Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences* 1973; 4(2); 155-169.

Rosenthal, M. B., et al. (2015). Impact of the Rochester Medical Home Initiative on primary care practices, quality, utilization, and costs. *Medical Care* 53, pp. 967-973.

Sinaiko, A. D., et al. (2017). Synthesis of research on patient-centered medical homes brings systematic differences into relief. *Health Affairs* 36, pp. 500-508.

Srivastava A, Thomson SB. Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research. *JOAAG* 2009; Vol 4:2.

Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press.

Statens Legemiddelverk. Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler. 2018.

Strumpf, E., Ammi, M., Fiset-Laniel, J. and Tousignat, P. (2017). The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics*, 55, pp. 76-94.

Sundheds- og Ældreministeriet. (2018). *En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.

10. Appendiks A: Spørreundersøkelse til listeinnbyggere

En kopi av det postale spørreskjemaet er lagt ved til sist i denne appendiksen.

Samtykkeerklæring

	Antall
Ja, jeg ønsker å delta i studien	8210
Ja, som nærmeste pårørende er jeg villig til å la min nærstående delta i prosjektet	26
Nei, jeg samtykker ikke til å delta	404
Total	8236

Merknad: Totalt 44 143 personer mottok spørreundersøkelsen, svarprosent er 18.7 prosent

Spørsmål 1: Hvordan besvarer du spørreskjemaet?

	Antall	Andel
Jeg fyller ut selv	7122	94.3
Jeg får hjelp til å fylle ut av en pårørende	294	3.9
Total	7555	

10.1 Kontakt med fastlegekontoret

Spørsmål 2: Hvor mange ganger har du vært i kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene? Regn med alle former for kontakt: både det å oppsøke et fastlegekontor, få sykebesøk, besøke nettsidene, sende brev/e-post og å ringe til fastlegen. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ingen kontakt	8.3	12.2	12.7	8.6	4.8
1 gang	13.6	15.4	15.1	16.3	10.6
2-5 ganger	53.9	46.8	46.7	54.7	59.1
6-12 ganger	19.5	19.4	19.3	17.0	21.2
13 eller flere ganger	4.2	5.7	5.5	3.1	3.9
Vet ikke	0.4	0.6	0.7	0.3	0.3
Total	7477	716	1752	1921	3088

Spørsmål 3: I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 måneder? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Akutt sykdom	22.6	25.7	32.1	22.4	17.4
Legesjekk (ny sykdom)	31.6	42.3	36.8	28.2	28.8
Kontroll (av tidligere diagnose, oppfølging, kronisk lidelse)	57.4	36.0	49.2	61.8	63.3
Helseattest	12.5	11.2	8.34	7.09	17.9
Vaksine	17.5	7.5	5.39	10.1	29.8
Fornyelse av resept	50.5	39.4	44.3	50.3	55.8
Svangerskap/graviditet	1.75	12.8	2.44	0.2	0.1
Annen sammenheng	12.3	20.6	19.3	11.0	8.0
Vet ikke	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5
Observations	7105	627	1559	1805	3114

Merknad: Det var mulig å velge flere svaralternativer

Spørsmål 4: Hva slags kontakt har du hatt med fastlegekontoret de 12 siste månedene? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Brukt fastlegekontorets nettsider til informasjonsinnhenting	11.0	27.6	16.6	10.9	5.0
Brukt fastlegekontorets selvbetjeningsløsninger på nett	22.0	37.5	34.2	27.2	9.9
Snakket med fastlegen på telefon	18.2	18.3	20.9	18.2	16.9
Snakket med sykepleier / helsesekretær på telefon	36.7	39.5	42.0	34.8	34.6
Snakket med fastlegen på legekontoret (konsultasjon)	76.2	75.0	76.2	77.1	76.0
Snakket med sykepleier på legekontoret (konsultasjon)	17.6	8.5	11.3	16.7	23.1
Sendt/mottatt e-post, melding fra webskjema, el.l.	12.8	24.5	19.6	14.1	6.3
Sendt/mottatt brev over nett (sikker digital post)	8.3	13.4	12.0	9.4	4.9
Sendt/mottatt brev på papir	7.6	10.3	6.3	6.2	8.5
Annen kontakt	4.9	5.1	5.8	4.9	4.3
Vet ikke	0.7	1.0	0.6	0.6	0.9
Observations	7070	613	1540	1803	3114

Merknad: Det var mulig å velge flere svaralternativer

Spørsmål 5: 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)? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Aldri	20.7	24.6	18.6	19.5	21.8
Sjelden	37.6	32.9	38.5	37.1	38.3
Ofte	22.8	19.8	25.1	25.1	20.8
Hver gang	9.1	3.3	4.9	8.8	12.7
Vet ikke / Ikke relevant	9.8	19.4	12.9	9.4	6.3
Observations	6676	602	1500	1742	2832

Spørsmål 6: Hvilket annet helsepersonell er inkludert? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Annen fastlege	11.0	18.4	13.9	10.0	9.6
Sykepleier	19.2	23.1	19.1	20.0	18.3
Helsesekretær	19.4	25.4	27.2	20.7	15.3
Laboratorieansatt	59.2	56.1	59.5	63.5	57.4
Annen person	5.2	6.7	8.6	6.0	3.4
Vet ikke	5.3	10.2	6.3	4.8	4.5
Observations	5905	342	1099	1427	3037

10.2 Kontakt med sykepleier/helsesekretær

Spørsmål 7: Har du de siste 12 månedene vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær på fastlegekontoret, utover henvendelser i skranken? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	48.6	49.4	52.8	51.6	44.4
Nei	48.8	45.3	43.3	46.3	54.0
Vet ikke	2.6	5.3	3.9	2.1	1.6
Total	6610	587	1485	1733	2805

Spørsmål 8: I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Konsultasjon / oppfølging på fastlegekontoret	42.1	51.9	54.3	48.9	34.7
Samtale / oppfølging på telefon	16.4	30.6	28.7	18.0	10.6
Hjemmebesøk	1.5	0.7	0.2	0.8	2.2
Gruppeoppfølging	0.2	0.0	0.1	0.1	0.3
Annet	14.0	23.9	20.0	18.0	9.5
Vet ikke	3.1	4.0	1.9	2.5	3.6
Observations	5356	297	884	1210	2965

Spørsmål 9: Hvor mange ganger har du vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær de siste 12 månedene? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
1 gang	24.8	31.6	27.6	27.0	21.0
2-5 ganger	55.8	56.0	54.0	56.9	56.0
6-12 ganger	11.7	6.0	12.1	10.4	13.2
13 eller flere ganger	2.5	2.5	1.9	2.2	3.0
Vet ikke	5.2	3.9	4.4	3.5	6.7
Total	3696	282	791	945	1678

Kontakt med øvrig helsetjeneste

Spørsmål 10: Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 månedene har du...?**Spørsmål 10.1: .. vært på sykehuspoliklinikk eller hos legespesialist? Andel**

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ingen	35.9	44.9	40.4	34.4	32.7
1 gang	22.5	17.7	21.0	23.4	23.6
2-5 ganger	33.2	26.5	29.0	34.1	36.3
6-12 ganger	5.7	6.4	5.7	5.9	5.5
13 eller flere ganger	2.2	3.0	3.4	2.1	1.5
Vet ikke	0.5	1.6	0.5	0.2	0.4
Total	6480	566	1457	1699	2758

Spørsmål 10.2: .. vært innlagt på sykehus (akutt eller planlagt innleggelse)? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ingen	76.4	82.0	81.5	78.5	70.5
1 gang	16.0	13.3	12.9	15.1	19.3
2-5 ganger	6.9	3.9	4.7	6.0	9.7
6-12 ganger	0.3	0.2	0.3	0.2	0.4
13 eller flere ganger	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0
Vet ikke	0.2	0.5	0.4	0.2	0.1
Total	5938	562	1435	1611	2330

Spørsmål 10.3: .. vært på legevakt eller hatt kontakt med legevaktlege? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ingen	68.5	63.0	68.5	72.4	67.2
1 gang	19.8	21.2	19.9	17.3	21.1
2-5 ganger	10.4	13.9	10.2	9.4	10.5
6-12 ganger	0.8	1.1	0.8	0.4	1.0
13 eller flere ganger	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0
Vet ikke	0.4	0.7	0.6	0.4	0.2
Total	5922	562	1438	1627	2295

Spørsmål 10.4: .. mottatt habiliterings- eller rehabiliteringstjeneste (f.eks. hos fysioterapeut)? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ingen	75.4	83.5	75.3	74.2	74.3
1 gang	5.0	3.6	4.4	4.8	6.0
2-5 ganger	6.7	5.3	7.9	7.4	5.8
6-12 ganger	5.2	3.6	5.8	5.2	5.2
13 eller flere ganger	7.0	3.6	5.9	7.8	7.9
Vet ikke	0.7	0.5	0.6	0.6	0.8
Total	5832	563	1436	1625	2208

Spørsmål 11: Har du de siste 12 månedene mottatt følgende hjemmetjenester, over en periode på minst en måned?**Spørsmål 11.1: Hjemmesykepleie Andel**

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	4.0	0.5	1.0	2.0	7.4
Nei	95.8	99.3	98.7	97.9	92.4
Vet ikke	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3
Total	6479	562	1450	1684	2783

Spørsmål 11.2: Hjemmetjeneste Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	3.6	0.7	0.8	1.4	7.1
Nei	96.1	98.4	98.8	98.5	92.6
Vet ikke	0.3	0.9	0.3	0.1	0.3
Total	6178	560	1433	1632	2553

10.3 Tidsbruken på legekantoret

Spørsmål 12: Hvor mange dager måtte du vente på å få time siste gang du bestilte time hos fastlegen? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Fikk time samme dag	16.8	17.9	20.8	16.5	14.6
Fikk time påfølgende dag	9.5	8.9	10.4	8.6	9.6
2-3 dager	16.8	16.3	15.2	16.1	18.2
4-5 dager	13.7	14.9	10.9	12.8	15.4
6-14 dager	21.7	17.6	19.9	22.0	23.3
Mer enn to uker	13.5	17.9	14.6	15.5	10.8
Har ikke bestilt time siste 12 måneder	4.6	3.0	4.5	4.9	4.8
Vet ikke	3.5	3.4	3.7	3.6	3.3
Total	6468	563	1450	1707	2748

Spørsmål 13: Hvordan vil du beskrive ventetiden på å komme inn til legen på fastlegekontoret? Fastlegen er som oftest... Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
.. presis	16.1	10.1	16.0	18.5	15.9
.. 1-10 minutter forsinket	39.7	38.3	39.2	38.7	40.7
.. 11-20 minutter forsinket	28.0	29.8	26.0	25.8	29.9
.. 21-30 minutter forsinket	9.2	12.0	10.7	9.6	7.7
.. 31-45 minutter forsinket	3.5	4.6	4.2	3.1	3.2
.. mer enn 45 minutter forsinket	2.2	4.4	2.5	2.8	1.3
Vet ikke	1.3	0.7	1.4	1.5	1.3
Total	6318	543	1390	1621	2764

Spørsmål 14: Hvor mange minutter varer vanligvis konsultasjonene dine...

Spørsmål 14.1: ...hos fastlegen

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
0-10 minutter	17.3	32.8	25.4	17.2	10.5
11-20 minutter	63.6	50.6	60.2	64.3	67.5
21-30 minutter	15.3	12.9	10.6	15.1	18.3
31-45 minutter	1.5	1.7	1.7	1.3	1.5
Mer enn 45 minutter	0.1		0.3		0.1
Ikke relevant	1.3	1.1	1.0	1.3	1.5
Vet ikke	0.7	0.9	0.8	0.7	0.6
N	6395	542	1391	1632	2830

Spørsmål 14.2: ...med sykepleier på fastlegekontoret

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
0-10 minutter	44.3	41.1	42.8	46.3	44.8
11-20 minutter	7.7	3.9	5.0	7.7	10.8
21-30 minutter	1.6	0.9	1.7	1.3	2.0
31-45 minutter	0.3	0.0	0.2	0.5	0.4
Mer enn 45 minutter	0.1	0.0	0.4	0.1	0.0
Ikke relevant	41.6	43.0	44.3	41.5	39.3
Vet ikke	4.2	11.1	5.5	2.6	2.7
N	5250	542	1352	1474	1882

Spørsmål 15: 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	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Ikke relevant' blant alle	Andel 'Vet ikke' blant alle
Ventetid for å få time	1.3 (1.8)	0.5 (2.0)	1.0 (1.9)	1.3 (1.9)	1.6 (1.7)	5.3	1.3
Ventetid på fastlegekontoret	1.1 (1.8)	0.1 (1.8)	0.7 (1.8)	1.2 (1.8)	1.5 (1.6)	3.5	0.9
Konsultasjonens varighet	1.7 (1.5)	1.1 (1.7)	1.5 (1.5)	1.7 (1.5)	2.0 (1.3)	3.5	1.4
Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får	1.7 (1.4)	1.0 (1.7)	1.5 (1.4)	1.8 (1.4)	1.9 (1.3)	8.2	7.7
Tiden du får til å forklare situasjonen din	1.9 (1.4)	1.5 (1.6)	1.7 (1.4)	1.9 (1.4)	2.2 (1.2)	3.2	1.0
Hvor trygg du er hos fastlegen	2.2 (1.3)	1.6 (1.7)	1.9 (1.5)	2.1 (1.3)	2.4 (1.1)	2.0	1.3
Henvisningspraksis til videre undersøkelse/spesialist	2.1 (1.4)	1.3 (1.8)	1.8 (1.5)	2.1 (1.3)	2.3 (1.2)	10.5	3.4
Mulighet for å møte din egen fastlege hver gang	1.9 (1.6)	0.9 (2.0)	1.5 (1.7)	1.9 (1.6)	2.2 (1.4)	4.2	2.2
Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste	1.7 (1.5)	1.0 (1.6)	1.4 (1.7)	1.6 (1.5)	1.8 (1.5)	78.3	11.1
Samarbeid mellom fastlege og sykehus	1.9 (1.4)	1.0 (1.7)	1.5 (1.5)	1.9 (1.4)	2.2 (1.2)	36.7	16.6
Total	6648	551	1443	1726	2928		

Spørsmål 15: 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). Tabellen viser svarene til personene som oppgir å ha

langvarige sykdommer eller helseproblemer.

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Ikke relevant' blant alle	Andel 'Vet ikke' blant alle
Ventetid for å få time	1.2 (1.9)	0.3 (2.0)	0.9 (2.0)	1.2 (1.9)	1.5 (1.8)	4.9	1.2
Ventetid på fastlegekontoret	1.1 (1.8)	0.0 (1.8)	0.6 (1.9)	1.1 (1.8)	1.5 (1.7)	2.8	0.8
Konsultasjonens varighet	1.7 (1.5)	1.0 (1.8)	1.4 (1.5)	1.6 (1.5)	1.9 (1.4)	2.6	1.3
Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får	1.7 (1.4)	0.9 (1.8)	1.5 (1.5)	1.7 (1.4)	1.9 (1.3)	6.1	6.9
Tiden du får til å forklare situasjonen din	1.9 (1.4)	1.3 (1.8)	1.6 (1.5)	1.8 (1.4)	2.1 (1.3)	2.2	0.9
Hvor trygg du er hos fastlegen	2.1 (1.3)	1.5 (1.8)	1.9 (1.5)	2.1 (1.4)	2.4 (1.1)	1.5	1.1
Henvisningspraksis til videre undersøkelse/spesialist	2.0 (1.4)	1.2 (1.9)	1.8 (1.5)	2.0 (1.4)	2.3 (1.2)	6.9	2.6
Mulighet for å møte din egen fastlege hver gang	1.9 (1.6)	1.0 (2.0)	1.6 (1.7)	1.8 (1.6)	2.1 (1.4)	3.1	1.6
Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste	1.6 (1.6)	0.6 (1.8)	1.3 (1.7)	1.6 (1.5)	1.8 (1.5)	77.3	10.3
Samarbeid mellom fastlege og sykehus	1.8 (1.5)	0.8 (1.9)	1.5 (1.6)	1.8 (1.5)	2.2 (1.3)	30.1	16.4
Total	4072	266	820	1118	1868		

Spørsmål 15: 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). Tabellen viser svarene til personene som ikke oppgir å ha langvarige sykdommer eller helseproblemer.

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Ikke relevant' blant alle	Andel 'Vet ikke' blant alle
Ventetid for å få time	1.5 (1.7)	0.7 (1.9)	1.2 (1.8)	1.6 (1.8)	1.9 (1.5)	5.7	1.3
Ventetid på fastlegekontoret	1.2 (1.7)	0.2 (1.9)	0.8 (1.7)	1.3 (1.7)	1.8 (1.4)	4.4	0.9
Konsultasjonens varighet	1.9 (1.4)	1.2 (1.6)	1.6 (1.4)	1.9 (1.3)	2.2 (1.2)	4.7	1.5
Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får	1.8 (1.3)	1.1 (1.6)	1.6 (1.3)	2.0 (1.2)	2.0 (1.2)	11.1	9.1
Tiden du får til å forklare situasjonen din	2.1 (1.2)	1.6 (1.4)	1.8 (1.3)	2.2 (1.2)	2.3 (1.0)	4.6	1.1
Hvor trygg du er hos fastlegen	2.2 (1.2)	1.7 (1.5)	2.0 (1.4)	2.3 (1.1)	2.5 (0.9)	2.9	1.6
Henvisningspraksis til videre undersøkelse/spesialist	2.1 (1.3)	1.4 (1.7)	1.8 (1.5)	2.3 (1.2)	2.4 (1.0)	17.2	4.5
Mulighet for å møte din egen fastlege hver gang	1.8 (1.7)	0.9 (2.1)	1.4 (1.8)	2.0 (1.4)	2.2 (1.4)	5.9	3.1
Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste	1.7 (1.4)	1.4 (1.4)	1.4 (1.6)	1.7 (1.3)	2.0 (1.2)	81.2	12.2
Samarbeid mellom fastlege og sykehus	2.0 (1.2)	1.3 (1.4)	1.6 (1.3)	2.2 (1.1)	2.3 (1.0)	48.9	16.5
Total	2220	257	557	548	858		

Spørsmål 16: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens evne til ..? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Vet ikke' blant alle
Å behandle deg med respekt	2.4 (1.1)	2.1 (1.4)	2.3 (1.2)	2.4 (1.1)	2.6 (0.9)	1.4
Å lytte	2.3 (1.2)	1.9 (1.5)	2.1 (1.3)	2.2 (1.2)	2.5 (1.0)	1.4
Å snakke med deg	2.3 (1.2)	1.9 (1.5)	2.1 (1.3)	2.3 (1.2)	2.5 (1.0)	1.3
Å forklare beslutninger	2.2 (1.2)	1.6 (1.5)	2.0 (1.3)	2.2 (1.2)	2.4 (1.1)	2.7
Å gi veiledning / råd	2.1 (1.3)	1.5 (1.6)	1.9 (1.4)	2.1 (1.2)	2.3 (1.1)	3.5
Å følge deg opp	1.8 (1.6)	0.9 (1.9)	1.5 (1.6)	1.8 (1.6)	2.2 (1.3)	5.4
Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov	2.0 (1.4)	1.3 (1.6)	1.7 (1.5)	1.9 (1.4)	2.3 (1.2)	12.8
Total	6601	546	1431	1713	2911	

Spørsmål 17: Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Vet ikke' blant alle
	2.1 (1.4)	1.4 (1.7)	1.8 (1.5)	2.0 (1.4)	2.3 (1.2)	1.2
Total	6327	537	1403	1647	2740	

Spørsmål 18 og 19 ble besvart av personer som hadde hatt kontakt med sykepleier de siste 12 måneder.

Spørsmål 18: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder ..?

Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Vet ikke' blant alle
Konsultasjonens varighet	2.1 (1.2)	1.5 (1.4)	1.8 (1.3)	2.0 (1.2)	2.3 (1.0)	20.3
Mulighet for å påvirke behandlingen din	1.8 (1.3)	1.1 (1.5)	1.5 (1.4)	1.8 (1.3)	2.0 (1.2)	35.5
Tiden du får til å avklare situasjonen din	1.9 (1.3)	1.2 (1.4)	1.5 (1.4)	1.9 (1.3)	2.2 (1.1)	25.6
Hvor trygg du føler deg	2.1 (1.2)	1.6 (1.4)	1.8 (1.4)	2.1 (1.2)	2.4 (1.0)	16.1
Total	3236	220	638	855	1523	

Spørsmål 19: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleiers evne til ..? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre	Andel 'Vet ikke' blant alle
Å behandle deg med respekt	2.3 (1.1)	1.7 (1.4)	1.9 (1.3)	2.2 (1.1)	2.5 (0.9)	10.0
Å lytte	2.1 (1.2)	1.5 (1.4)	1.7 (1.4)	2.1 (1.1)	2.4 (1.0)	13.0
Å snakke med deg	2.1 (1.2)	1.5 (1.4)	1.7 (1.3)	2.1 (1.2)	2.4 (1.0)	12.3
Å forklare beslutninger	1.9 (1.3)	1.2 (1.5)	1.6 (1.4)	1.9 (1.3)	2.2 (1.1)	18.6
Å gi veiledning / råd	1.9 (1.3)	1.1 (1.5)	1.5 (1.4)	1.9 (1.2)	2.2 (1.1)	19.1
Å følge deg opp	1.7 (1.4)	0.8 (1.6)	1.3 (1.5)	1.7 (1.4)	2.1 (1.3)	23.3
Å tilpasse tilbudet til dine behov	1.8 (1.4)	1.0 (1.5)	1.3 (1.5)	1.8 (1.3)	2.2 (1.1)	24.8
Total	3188	217	627	846	1498	

Spørsmål 20: Alt i alt, i hvilken grad synes du fastlegetjenesten hjelper deg med å mestre sykdommen din eller plagene dine? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
I liten grad	5.8	10.5	7.9	6.0	3.8
I noen grad	25.5	37.9	30.0	23.8	22.0
I stor grad	62.3	44.4	55.0	64.1	68.1
Vet ikke	6.4	7.2	7.1	6.1	6.1
Total	6512	531	1407	1690	2884

Note:

Spørsmål 21: Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt oppfølging fra ..?

Spørsmål 21.1: .. medisinsk avstandsoppfølging

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	7.2	3.8	4.5	6.5	9.6
Nei	84.6	87.7	87.6	86.4	81.2
Vet ikke	8.3	8.5	7.8	7.1	9.2
Total	6303	530	1392	1680	2701

Spørsmål 21.2: .. oppfølging av et tverrfaglig oppfølgingsteam

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	5.8	4.7	5.0	5.1	6.9
Nei	86.5	87.1	88.3	88.6	84.1
Vet ikke	7.7	8.1	6.7	6.3	9.0
Total	6175	528	1388	1641	2618

Spørsmål 21.3: .. primærhelseteam

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	4.8	4.9	3.3	4.0	6.1
Nei	86.5	84.9	88.6	88.8	84.2
Vet ikke	8.7	10.2	8.2	7.2	9.7
Total	6190	529	1381	1661	2619

10.4 Bakgrunnen din

Kjennetegn	Antall	Andel av studiepopulasjonen (prosent)
Aldersfordeling		
18 – 34 år	893	10.8
35 – 54 år	2070	25.1
55 – 69 år	2134	25.9
70 år eller eldre	3139	38.1
Øvrige kjennetegn		
Kvinne	4404	53.5
Yrkesaktiv	2870	40.7
Utdanning på universitets-/høgskolenivå	2965	44.0
Har hatt sin nåværende fastlege i 1 år eller mer	6232	87.3
Har hatt sin nåværende fastlege i 5 år eller mer	3960	55.5

Spørsmål 22: Hva er din alder?

	Antall	Andel
18 – 34 år	893	10.8
35 – 54 år	2070	25.1
55 – 69 år	2134	25.9
70 år eller eldre	3139	38.1
Total	8236	100.0

Spørsmål 23: Er du mann eller kvinne? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Kvinne	53.5	62.6	55.3	53.1	50.0
Mann	46.5	37.4	44.7	46.9	50.0

Spørsmål 24: Hva er din hovedkilde til livsopphold? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Yrkesaktiv (også sykemeldt)	40.7	64.5	87.2	55.7	1.2
Arbeidsledig / arbeidssøkende	1.5	6.0	2.5	1.6	0.0
Uføretrygdet	5.3	3.1	5.8	13.5	0.4
Pensjonist	48.5	0.2	0.3	26.7	98.3
Student	2.2	23.7	0.7	0.0	0.0
Annet	1.7	2.6	3.5	2.4	0.1
Total	7051	617	1615	1843	2976

Spørsmål 25: Hva er din høyeste fullførte utdanning? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Grunnskole / folkeskole / realskole	20.5	4.4	4.6	16.2	36.4
Videregående opplæring (allmenfag / yrkesfag)	21.5	31.0	26.7	23.7	14.7
Yrkesutdanning ved fagskole	14.1	4.5	9.3	16.4	17.6
Universitet / høgskole	44.0	60.1	59.4	43.7	31.2
Total	6746	617	1609	1809	2711

Spørsmål 26: Er du født i Norge? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	93.4	88.3	88.2	94.6	96.4
Nei	6.6	11.7	11.8	5.4	3.6
Total	7155	617	1617	1862	3059

Spørsmål 27: Hvor lenge har du gått hos nåværende fastlege? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Mindre enn 1 år	10.1	14.4	9.9	9.3	9.8
1-5 år	31.8	43.2	34.7	29.6	29.4
6-10 år	21.6	15.6	22.7	21.6	22.2
11 eller flere år	33.9	21.9	29.4	37.4	36.5
Vet ikke / ønsker ikke oppgi	2.6	4.9	3.3	2.1	2.1
Total	7139	616	1618	1865	3040

Spørsmål 28: Har du langvarige helseproblemer, både sesongbetonte eller som kommer og går, og som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Ja	60.7	46.8	53.1	63.0	66.5
Nei	39.3	53.2	46.9	37.0	33.5
Total	7042	618	1620	1858	2946

Spørsmål 29 ble stilt til personer som svarte «Ja» på spørsmål 28.**Spørsmål 29: Opplever du problemer på noen av de følgende områdene? Andel**

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Kroniske luftveissykdommer (f.eks. kronisk bronkitt, kols, astma eller emfysem)	14.2	16.2	14.0	14.3	14.0
Diabetes	8.4	1.7	5.3	7.8	10.3
Utviklingshemming	0.4	1.0	0.9	0.2	0.3
Funksjonsnedsettelse	16.8	9.4	14.3	18.7	17.4
Psykiske vansker eller lidelser	6.7	30.3	11.4	7.4	2.6
Rusmiddelproblemer	0.5	1.0	0.9	0.8	0.2
Kreft	6.5	0.3	2.7	6.6	8.2
Ingen av disse	14.2	16.2	14.0	14.3	14.0
Vet ikke / ønsker ikke oppgi	8.4	1.7	5.3	7.8	10.3
Total	5619	297	929	1359	3034

Spørsmål 30: Hvordan vurderer du helsen din, sånn i alminnelighet? Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Svært dårlig	0.9	0.8	0.7	1.0	1.0
Dårlig	6.9	5.2	6.7	6.8	7.5
Verken dårlig eller god	20.4	10.8	14.8	19.6	26.2
God	48.0	44.7	45.5	49.3	49.2
Svært god	23.2	37.9	31.9	22.5	15.5
Vet ikke	0.6	0.6	0.4	0.8	0.6
Total	6829	618	1601	1820	2790

10.5 EQ-5D

	Antall	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median	Min	Max	Andel 11111
Alle	6856	0.805	0.185	0.837	-.594	1	27.1
Kvinner	3677	0.791	0.189	0.837	-.38	1	24.0
Menn	3179	0.821	0.179	0.837	-.594	1	30.6
18 – 34 år	601	0.822	0.174	0.837	-.218	1	30.1
35 – 54 år	1571	0.821	0.191	0.837	-.594	1	33.7
55 – 69 år	1799	0.812	0.177	0.837	-.38	1	27.6
70 år eller eldre	2885	0.788	0.188	0.827	-.352	1	22.5

Helsen din i dag

	Antall	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median	Min	Max	Andel 100
Alle	7041	74.2	19.1	74.2	0	100	3.6
Kvinner	3774	74.1	19.6	74.1	0	100	3.8
Menn	3267	74.4	18.5	74.4	0	100	3.2
18 – 34 år	610	78.1	16.6	78.1	0	100	3.0
35 – 54 år	1576	77.1	17.6	77.1	0	100	3.4
55 – 69 år	1816	74.7	19.2	74.6	0	100	3.7
70 år eller eldre	3039	71.7	19.9	71.7	0	100	3.7

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.

Gange. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Jeg har ingen problemer med å gå omkring	73.4	87.3	83.6	77.2	62.7
Jeg har litt problemer med å gå omkring	16.8	9.6	11.8	14.5	22.3
Jeg har middels store problemer med å gå omkring	6.0	1.6	2.9	5.6	8.7
Jeg har store problemer med å gå omkring	3.2	1.5	1.2	2.3	5.2
Jeg er ute av stand til å gå omkring	0.7	0.0	0.5	0.4	1.0
Total	7081	614	1602	1854	3011

Personlig stell. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg	93.8	97.0	94.6	95.2	91.7
Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg	4.1	1.8	4.1	3.6	4.9
Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg	1.3	1.2	1.0	0.8	1.8
Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg	0.6	0.0	0.1	0.3	1.1
Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg	0.3	0.0	0.2	0.1	0.5
Total	7075	607	1604	1846	3018

Vanlige gjøremål. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	75.6	79.8	78.5	77.9	71.8
Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	16.0	12.6	13.4	15.2	18.5
Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	5.4	5.4	5.1	4.9	5.9
Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	2.1	1.6	2.4	1.6	2.4
Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål	0.9	0.5	0.5	0.4	1.4
Total	7093	610	1602	1852	3029

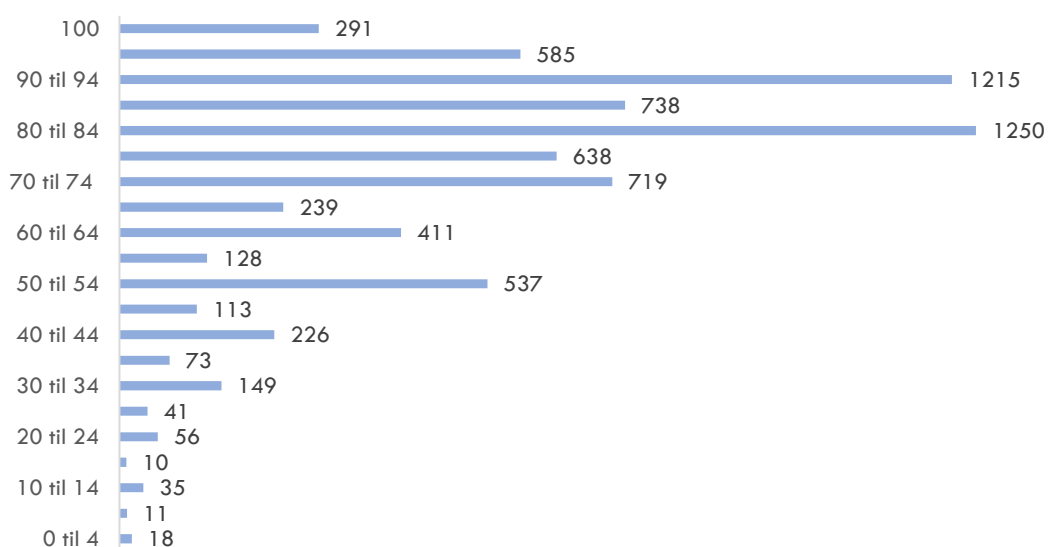
Smerter/ubehag. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Jeg har verken smerter eller ubehag	32.7	45.0	39.3	31.4	27.5
Jeg har litt smerter eller ubehag	46.1	41.1	40.6	45.3	50.6
Jeg har middels sterke smerter eller ubehag	15.9	11.1	13.5	17.4	17.1
Jeg har sterke smerter eller ubehag	4.6	2.5	6.0	5.1	4.0
Jeg har svært sterke smerter eller ubehag	0.7	0.3	0.6	0.9	0.7
Total	7073	611	1597	1849	3016

Angst/depresjon. Andel

	Alle	18 – 34 år	35 – 54 år	55 – 69 år	70 år eller eldre
Jeg er verken engstelig eller deprimert	73.4	56.8	71.9	75.7	76.1
Jeg er litt engstelig eller deprimert	19.3	25.3	19.7	18.3	18.5
Jeg er middels engstelig eller deprimert	5.4	11.3	5.6	4.5	4.5
Jeg er svært engstelig eller deprimert	1.7	5.6	2.4	1.3	0.9
Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert	0.2	1.0	0.4	0.2	0.0
Total	7015	609	1597	1834	2975

Figur 3: Oppgitt helse i dag. Skala 0 = Den dårligste helsen du kan tenke deg, 100 = Den beste helsen du kan tenke deg. Antall



10.6 Kopi av det postale spørreskjemaet

Uio : Universitetet i Oslo osloeconomics NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN Helsedirektoratet

Velkommen til en undersøkelse om fastlegetjenesten. Her kan du fortelle om erfaringene du har hatt med fastlegen din de siste 12 månedene.
Hvis du ikke klarer å fylle ut skjemaet selv, ber vi om at du får hjelp av en pårørende

KONTAKT MED FASTLEGEKONTORET
Først ser vi litt på kontakten din med fastlegekontoret.

1 Hvordan besvarer du spørreskjemaet?

Jeg fyller ut selv
 Jeg får hjelp til å fylle ut av en pårørende

2 Hvor mange ganger har du vært i kontakt med fastlegekontoret de siste 12 månedene?
Regn med alle former for kontakt: både det å oppsøke et fastlegekontor, få sykebesøk, besøke nettsidene, sende brev/e-post og å ringe til fastlegen.

Ingen kontakt → Gå til **22**
 1 gang
 2-5 ganger
 6-12 ganger
 13 eller flere ganger
 Vet ikke

3 I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med fastlegekontoret de siste 12 måneder?
Merk alle som passer

Akutt sykdom
 Legesjekk (ny sykdom)
 Kontroll (av tidligere diagnose, oppfølging, kronisk lidelse)
 Helseattest
 Vaksine
 Fornyelse av resept
 Svangerskap/graviditet
 Annen sammenheng
 Vet ikke

4 Hva slags kontakt har du hatt med fastlegekontoret de 12 siste månedene?
Merk alle som passer

Brukt fastlegekontorets nettsider til informasjonsinnhenting
 Brukt fastlegekontorets selvbetjeningsløsninger på nett
 Snakket med fastlegen på telefon
 Snakket med sykepleier / helsesekretær på telefon
 Snakket med fastlegen på legekontoret (konsultasjon)
 Snakket med sykepleier på legekontoret (konsultasjon)
 Sendt/mottatt e-post, melding fra webskjema, e.l.
 Sendt/mottatt brev over nett (sikker digital post)
 Sendt/mottatt brev på papir
 Annen kontakt
 Vet ikke

5 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)?

Aldri → Gå til **7**
 Sjelden
 Ofte
 Hver gang
 Vet ikke / Ikke relevant → Gå til **7**

6 Hvilket annet helsepersonell er inkludert?
Merk alle som passer

Annen fastlege
 Sykepleier
 Helsesekretær
 Laboratorieansatt
 Annen person
 Vet ikke

T

T

KONTAKT MED SYKEPLEIER / HELSESEKRETÆR

Nå ser vi på din kontakt med *sykepleier/helsesekretær* på fastlegekontoret de siste 12 månedene, utover henvendelser i skranken.

7 Har du de siste 12 månedene vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær på fastlegekontoret, utover henvendelser i skranken?

Regn med alle former for kontakt: både det å oppsøke fastlegekontoret, å sende brev/e-post, oppfølging via telefon og hjemmebesøk.

- Ja → Gå til **8**
- Nei } → Gå til **10**
- Vet ikke }

8 I hvilke(n) sammenheng(er) har du hatt kontakt med sykepleier/helsesekretær?

Merk alle som passer

- Konsultasjon / oppfølging på fastlegekontoret
- Samtale / oppfølging på telefon
- Hjemmebesøk
- Gruppeoppfølging
- Annet
- Vet ikke

9 Hvor mange ganger har du vært i kontakt med sykepleier/helsesekretær de siste 12 månedene?

- 1 gang
- 2-5 ganger
- 6-12 ganger
- 13 eller flere ganger
- Vet ikke

KONTAKT MED ØVRIG HELSETJENESTE

Når ser vi på din kontakt med øvrig helsetjeneste de siste 12 månedene. Med øvrig helsetjeneste menes alle helse- og omsorgstjenester du har mottatt utenom fastlegekontoret, herunder behandling/konsultasjon på sykehus, hos legespesialist, på legevakt, rehabilitering, og ulike hjemmetjenester.

10 Hvor mange ganger i løpet av de siste 12 månedene har du...?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Ingen	1 gang	2-5 ganger	6-12 ganger	13 eller flere ganger	Vet ikke
... vært på sykehuspoliklinikk eller hos legespesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vært innlagt på sykehus (akutt eller planlagt innleggelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vært på legevakt eller hatt kontakt med legevaktlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mottatt habiliterings- eller rehabiliteringstjeneste (f.eks. hos fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Har du de siste 12 månedene mottatt følgende hjemmetjenester, over en periode på minst en måned?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Ja	Nei	Vet ikke
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIDSBRUKEN PÅ LEGEKONTORET

Nå vil vi gjerne vite hvordan du opplever tidsbruken på fastlegekontoret, basert på dine erfaringer de siste 12 månedene.

12 Hvor mange dager måtte du vente på å få time siste gang du bestilte time hos fastlegen?

- Fikk time samme dag
- Fikk time påfølgende dag
- 2-3 dager
- 4-5 dager
- 6-14 dager
- Mer enn to uker
- Vet ikke
- Har ikke bestilt time siste 12 måneder → Gå til **15**

13 Hvordan vil du beskrive ventetiden på å komme inn til legen på fastlegekontoret?

Fastlegen er som oftest...

- .. presis
- .. 1-10 minutter forsinket
- .. 11-20 minutter forsinket
- .. 21-30 minutter forsinket
- .. 31-45 minutter forsinket
- .. mer enn 45 minutter forsinket
- Vet ikke

14 Hvor mange minutter varer vanligvis konsultasjonene dine ...

Merk: Sett ett kryss på hver linje.

Dersom du ikke har hatt konsultasjon, e.l., merk av for "ikke relevant"

	0-10 minutter	11-20 minutter	21-30 minutter	31-45 minutter	Mer enn 45 minutter	Vet ikke	Ikke relevant
.. hos fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. med sykepleier på fastlegekontoret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TILFREDSHET MED FASTLEGEKONTORET

Nå ber vi deg vurdere fastlegekontoret, basert på dine erfaringer de siste 12 månedene. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene?

15 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene?

Merk: Sett ett kryss på hver linje.

Dersom beskrivelsen ikke passer for deg, merk av for "ikke relevant".

	Svært misfornøyd	-2	-1	0	+1	+2	Svært fornøyd	Vet ikke	Ikke relevant
	-3						+3		
Ventetid for å få time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid på fastlegekontoret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultasjonens varighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din mulighet til å påvirke den behandlingen du får	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiden du får til å forklare situasjonen din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor trygg du er hos fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henvisningspraksis til videre undersøkelse/spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighet for å møte din egen fastlege hver gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie / hjemmetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeid mellom fastlege og sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegens evne til ...?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Svært misfornøyd -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært fornøyd +3	Vet ikke
Å behandle deg med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å lytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å snakke med deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å forklare beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å gi veiledning / råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å følge deg opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å tilpasse tilbudet ut fra dine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Når du tenker tilbake på erfaringene dine med fastlegen, hvor fornøyd eller misfornøyd er du, alt i alt?

Merk: Sett ett kryss

Svært misfornøyd -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært fornøyd +3	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spm 18 og 19 besvares dersom du har hatt kontakt med sykepleier de siste 12 måneder (ja i spm 7).

18 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleier ved fastlegekontoret når det gjelder...?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Svært misfornøyd -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært fornøyd +3	Vet ikke
Konsultasjonens varighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighet for å påvirke behandlingen din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiden du får til å avklare situasjonen din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor trygg du føler deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med sykepleiers evne til...?

Merk: Sett ett kryss på hver linje

	Svært misfornøyd -3	-2	-1	0	+1	+2	Svært fornøyd +3	Vet ikke
Å behandle deg med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å lytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å snakke med deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å forklare beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å gi veiledning / råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å følge deg opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å tilpasse tilbudet til dine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIL ALLE

20 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

Vet ikke

DELTAKELSE I UTPRØVINGER AV FASTLEGETJENESTEN

Regjeringen har uttrykt sterk vilje til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og har igangsatt en rekke forbedringstiltak. Nå ber vi deg oppgi om du har erfaring med tre av tiltakene, medisinsk avstandsoppfølging, strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og primærhelseteam:

* **Medisinsk avstandsoppfølging** er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme. Pasienten gjennomfører målinger og svarer på spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett. Resultatene overføres til en oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med pasienten dersom målingene er utenfor normalverdiene og gir medisinsk faglig støtte og veiledning.

* **Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam** retter seg til personer med store og sammensatte behov for oppfølging fra helsetjenesten. Et tverrfaglig oppfølgingsteam er et team av fagpersoner fra ulike fagmiljøer (f.eks. fastlege, helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV), som til enhver tid følger opp pasienten.

* **Primærhelseteam** er team bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som skal tilby et bedre helsetilbud til pasienter som ikke får god nok oppfølging. Primærhelseteamene skal jobbe ut fra pasientenes behov, og de skal ledes av en fastlege.

21 Har du i løpet av de siste 12 månedene mottatt oppfølging fra...?

Merk: Sett ett kryss på hver linje	Ja	Nei	Vet ikke
.. medisinsk avstandsoppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. oppfølging av et tverrfaglig oppfølgingsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. primærhelseteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

T

BAKGRUNNEN DIN

Nå vil vi stille noen spørsmål for den statistiske analysen.

22 Hva er din alder?

År (ett tall i hver rute)

23 Er du mann eller kvinne?

- Mann
 Kvinne
 Annet

24 Hva er din hovedkilde til livsopphold?

- Yrkesaktiv (også sykemeldt)
 Arbeidsledig / arbeidssøkende
 Uføretrygdet
 Pensjonist
 Student
 Annet

25 Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Grunnskole / folkeskole / realskole
 Videregående opplæring (allmenfag / yrkesfag)
 Yrkesutdanning ved fagskole
 Universitet / høyskole

26 Er du født i Norge?

- Ja
 Nei

27 Hvor lenge har du gått hos nåværende fastlege?

- Mindre enn 1 år
 1-5 år
 6-10 år
 11 eller flere år
 Vet ikke / ønsker ikke oppgi

28 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?

- Ja
 Nei → Gå til **30**

29 Opplever du problemer på noen av de følgende områdene?

Merk alle som passer

- Kroniske luftveissykdommer (f.eks. Kronisk bronkitt, kols, astma eller emfysem)
 Diabetes
 Utviklingshemming
 Funksjonsnedsettelse
 Psykiske lidelser
 Rusmiddelproblemer
 Kreft
 Ingen av disse
 Vet ikke / ønsker ikke oppgi

30 Hvordan vurderer du helsen din, sånn i alminnelighet?

- Svært dårlig
 Dårlig
 Verken dårlig eller god
 God
 Svært god
 Vet ikke

L NORSK GALLUP

6

18100877

L



Til slutt ønsker vi å stille noen spørsmål om helsen din.

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.

GANGE

Jeg har ingen problemer med å gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har litt problemer med å gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har middels store problemer med å gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har store problemer med å gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg er ute av stand til å gå omkring	<input type="checkbox"/>

PERSONLIG STELL

Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg	<input type="checkbox"/>
Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg	<input type="checkbox"/>
Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg	<input type="checkbox"/>
Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg	<input type="checkbox"/>
Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg	<input type="checkbox"/>

VANLIGE GJØREMÅL (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	<input type="checkbox"/>
Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	<input type="checkbox"/>
Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	<input type="checkbox"/>
Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål	<input type="checkbox"/>
Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål	<input type="checkbox"/>

SMERTER / UBEHAG

Jeg har verken smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har litt smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har middels sterke smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har sterke smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har svært sterke smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>

ANGST / DEPRESJON

Jeg er verken engstelig eller depriment	<input type="checkbox"/>
Jeg har litt engstelig eller depriment	<input type="checkbox"/>
Jeg har middels engstelig eller depriment	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært engstelig eller depriment	<input type="checkbox"/>
Jeg er ekstremt engstelig eller depriment	<input type="checkbox"/>

© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

T NORSK GALLUP

7

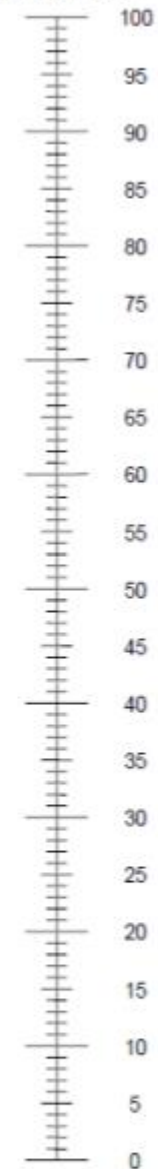
18100877

T

- Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er I DAG.
- Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100.
- 100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.
0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.
- Sett en X på skalaen for å angi hvordan helsen din er I DAG.
- Skriv deretter tallet du merket av på skalaen inn i boksen nedenfor.

HELSEN DIN I DAG =

Den beste helsen
du kan tenke deg



Den dårligste
helsen du kan
tenke deg

© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

NORSK GALLUP

8

18100877

11. Appendiks B: Spørreundersøkelse til fastleger

Total 80 fastleger samtykket til å delta i spørreundersøkelsen. Av disse deltar 77.5 % i utprøvingen av primærhelseteam, mens 22.5 % er i kontrollgruppen.

11.1 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 1: I hvilken grad er du fornøyd med følgende? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Ansvar du er tildelt	1.7 (1.2)	1.8 (1.4)	1.8 (1.0)	1.8 (1.1)	1.3 (1.4)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	2.1 (1.0)	2.0 (1.0)	2.1 (0.7)	2.1 (0.8)	2.1 (1.4)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	-0.6 (1.8)	0.0 (2.0)	-0.3 (1.8)	-0.2 (1.8)	-1.7 (1.2)
Kollegene dine og øvrige ansatte	2.2 (1.3)	1.7 (1.7)	2.4 (0.8)	2.1 (1.2)	2.3 (1.6)
Muligheten til å bruke dine evner	1.9 (1.2)	1.6 (1.4)	2.1 (0.8)	2.0 (1.1)	1.9 (1.6)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	1.4 (1.3)	1.1 (1.6)	1.6 (1.0)	1.4 (1.3)	1.6 (1.4)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1.0 (1.4)	0.8 (1.6)	1.2 (1.3)	1.1 (1.4)	0.8 (1.3)
Arbeidsmengden din	-0.6 (1.7)	0.1 (2.0)	-0.6 (1.5)	-0.3 (1.7)	-1.8 (1.0)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	0.3 (1.8)	1.4 (1.1)	0.3 (1.8)	0.7 (1.7)	-1.2 (1.5)
Alt tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	1.6 (1.1)	1.8 (1.3)	1.7 (0.9)	1.7 (1.1)	1.0 (1.2)
Observations	79	21	40	61	18

Spørsmål 2: Du har svart at du er misfornøyd med arbeidsmengden din. Ville du hatt en større eller mindre arbeidsmengde?

48 respondenter svarte «Jeg vil ha en mindre arbeidsmengde», 0 respondenter svarte «Jeg vil ha en større arbeidsmengde»

Spørsmål 4: Kan du beskrive hvilke typer arbeidsoppgaver du ville hatt mer eller mindre av? [fritekst]

- 44 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Færre sykemeldinger
- Færre NAV-erklæringer
- Færre forsikringssaker
- Færre legeerklæringer for skole
- Mindre krav til journalføring for å rettferdiggjøre bruk av takster
- Mindre sykehusoppfølging
- Mer klinisk undersøkelse av pasienter

Spørsmål 5: Har du andre kommentarer knyttet til din arbeidstilfredshet?

- 37 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- For mye av arbeidet har ikke med behandling av pasienter å gjøre
- Arbeidsmengden har økt betydelig de siste årene
- Det mangler tilbakemelding på arbeidet (både ris og ros)
- Høy pasienttilfredshet gir arbeidsglede
- Fornøydhet med variasjon i arbeidet
- Fornøydhet med arbeidsoppgavene

11.2 Arbeidshverdag og tidsbruk

Spørsmål 6, 7 og 8. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Hvor mange konsultasjoner har du i løpet av en gjennomsnittlig dag?	17.7 (5.0)	13.3 (4.7)	19.8 (3.8)	17.6 (5.1)	18.1 (4.5)
Hvor mange minutter avsetter du i gjennomsnitt per pasient per konsultasjon	20.5 (4.4)	25.0 (4.9)	18.9 (2.8)	21.0 (4.7)	19.0 (2.6)
Hvor mange timer jobber du totalt i løpet av en gjennomsnittlig uke?	47.0 (9.9)	44.7 (10.4)	47.2 (10.3)	46.3 (10.3)	49.2 (8.3)
Antall observasjoner	80	21	41	62	18

Spørsmål 9: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Direkte pasientkontakt	53.6 (16.4)	45.5 (13.4)	56.8 (18.1)	52.9 (17.4)	56.3 (12.5)
Pasientrelatert etterarbeid (uten at pasienten er til stede)	19.6 (9.8)	17.1 (7.3)	19.0 (10.9)	18.4 (9.8)	23.9 (9.0)
Pasientrelaterte møter (med annet helsepersonell, NAV o.l.)	6.8 (4.4)	7.2 (4.2)	6.1 (4.0)	6.5 (4.1)	8.0 (5.4)
Offentlig allmenntilleggsarbeid/kommunal bistilling	17.4 (16.8)	23.9 (16.0)	16.3 (17.5)	18.9 (17.2)	12.2 (14.7)
Andre administrative oppgaver og opplæring	8.2 (9.8)	14.3 (15.8)	6.3 (6.1)	9.1 (11.0)	5.3 (2.5)
Observasjoner	78	21	40	61	17

1 1.3 Samarbeid på fastlegekontoret

Spørsmål 10: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med det generelle samarbeidet? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Med fastlegen(e) på fastlegekontoret	2.5 (0.9)	2.3 (1.2)	2.6 (0.7)	2.5 (0.9)	2.7 (0.8)
Med helsesekretæren(e) på fastlegekontoret	2.2 (1.0)	1.6 (1.4)	2.4 (0.7)	2.1 (1.1)	2.5 (0.8)
Med sykepleieren(e) på fastlegekontoret	2.4 (0.9)	2.3 (1.1)	2.4 (0.7)	2.4 (0.9)	2.4 (0.9)
Med andre ansatte på fastlegekontoret	2.3 (0.8)	2.4 (0.9)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	2.3 (1.0)
Observations	79	20	41	61	18

Spørsmål 11: Du har svart at du er misfornøyd med det generelle samarbeidet med en eller flere parter på fastlegekontoret. Kan du utdype?

- 2 personer svarte på spørsmålet

Tilbakemeldinger

- Øyeblikkelig hjelp deles ikke likt mellom fastlegene
- Uenighet om hvem som kan/bør utføre visse oppgaver
- Drar ikke i samme retning

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Alle

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke/ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient	21.3	60.0	16.3	1.3	1.3	0.0	80.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	8.9	50.6	27.8	8.9	2.5	1.3	79.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	16.3	55.0	21.3	1.3	3.8	2.5	80.0
Annet	8.2	52.1	19.2	2.7	0.0	17.8	73.0

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	2,0	80.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2,4	79.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2,2	80.0
Annet	2,2	73.0

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Forsøk

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke/ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient	17.7	62.9	17.7	1.6	0.0	0.0	62.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	4.9	54.1	27.9	11.5	1.6	0.0	61.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	17.7	58.1	19.4	1.6	3.2	0.0	62.0
Annet	7.0	56.1	19.3	3.5	0.0	14.0	57.0

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Forsøk. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	2.0	62
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.5	61
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.1	62
Annet	2.2	49

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Kontroll

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke/ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient	33.3	50.0	11.1	0.0	5.6	0.0	18.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	22.2	38.9	27.8	0.0	5.6	5.6	18.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	11.1	44.4	27.8	0.0	5.6	11.1	18.0
Annet	12.5	37.5	18.8	0.0	0.0	31.3	16.0

Spørsmål 12: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold? Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	1.9	18
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.2	17
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.4	16
Annet	2.1	11

Spørsmål 13: Hvilke er styrkene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor?

- 67 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Alle har lang erfaring
- Fastlønn som åpner bedre for samarbeid mellom legene

- Jevnlige personalmøter
- God kommunikasjon og god kjemi mellom de ansatte
- Klar arbeidsfordeling og gode rutiner

Spørsmål 14: Hvilke er utfordringene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor?

- 66 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Tidspress og lite tid til intern kommunikasjon
- Profesjonskamp mellom sykepleier og helsesekretær
- Ikke nok tid til å lære av kollegaer
- For mange ledernivå og for lite forankring mot kommuneledelsen
- For mange pasienter og for mange oppgaver
- Ikke bestemt daglig leder, fører til at ting ikke blir gjort
- Deltidsstillinger og vikarer

Spørsmål 15: Har du andre kommentarer knyttet til samarbeidet på fastlegekontoret?

- 14 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Utfordringer knyttet til fravær
- Diskusjon om prioriteringer
- Utgiftene burde dekkes av basistilskuddet

Spørsmål 16: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du generelt med samhandlingen med? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Pasienter/brukere	1.5 (1.3)	1.8 (1.0)	1.4 (1.4)	1.5 (1.3)	1.4 (1.3)
Pårørende til pasienter/brukere	1.4 (1.1)	1.4 (1.0)	1.5 (0.9)	1.5 (1.0)	1.1 (1.5)
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 17: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1.5 (1.1)	1.9 (1.2)	1.4 (1.0)	1.5 (1.1)	1.4 (1.2)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg)	1.1 (1.3)	1.3 (1.4)	1.0 (1.3)	1.1 (1.3)	1.0 (1.3)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.2 (1.0)	1.5 (1.0)	1.2 (1.0)	1.3 (1.0)	0.7 (1.1)
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 18: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører innen primærhelsetjenesten. Kan du utdype?

- 8 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Mange å forholde seg til
- Dårlig kommunikasjon med hjemmesykepleie
- Lite informasjon etter sykehjemsopphold, vanskelig å koordinere undersøkelser og behandling
- Vanskelig å få plass til pasienter på sykehjem
- Mange PLO-meldinger er ikke faglig relatert

Spørsmål 19: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Spesialisthelsetjenesten	0.9 (1.3)	1.5 (0.6)	0.8 (1.2)	1.0 (1.1)	0.2 (1.8)
Trygdeetaten (NAV)	0.3 (1.5)	0.8 (1.7)	0.3 (1.5)	0.5 (1.6)	-0.2 (1.3)
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 20: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører innen spesialisthelsetjenesten. Kan du utdype?

- 13 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Vanskelig å få kontakt for konferering
- Opplevs ikke som samhandling, kun overføring av oppgaver til fastlegen
- Lang ventetid til akuttvurdering
- Henvvisninger avvises
- Uklar arbeidsfordeling

Spørsmål 21: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med trygdeetaten (NAV). Kan du utdype?

- 22 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Vanskelig å komme i kontakt med
- Dårlig oppfølging av sykemeldte
- Systemet fremstår som byråkratisk, tungrodd og dyrt
- Stor arbeidsmengde relatert til trygdesaker/sykemelding
- Dårlige skjemaer

Spørsmål 22: Har du andre kommentarer knyttet til samhandlingen med andre aktører innen helsetjenesten?

- 22 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Andre aktører vet lite om hvordan et fastlegekontor fungerer
- Godt samarbeid med deler av spesialisthelsetjenesten, men dårlig med andre
- Dårlig samarbeid med hjemmesykepleie
- Vanskelig samarbeid med psykiatri

11.4 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper? Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	23.8	47.5	28.8	0.0	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	1.3	0.0	40.0	40.0	16.3	2.5	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.3	2.5	42.5	37.5	12.5	3.8	80.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	30.0	50.0	20.0	0.0	80.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	1.3	29.1	49.4	16.5	3.8	79.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.0	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.7	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.6	80.0
Skrøpelige eldre	3.9	80.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.8	79.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper? Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	27.4	46.8	25.8	0.0	62.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	0.0	38.7	38.7	19.4	3.2	62.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	3.2	46.8	33.9	12.9	3.2	62.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	33.9	43.5	22.6	0.0	62.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	31.1	49.2	18.0	1.6	61.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper? Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	11.1	50.0	38.9	0.0	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	5.6	0.0	44.4	44.4	5.6	0.0	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	5.6	0.0	27.8	50.0	11.1	5.6	18.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	16.7	72.2	11.1	0.0	18.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	5.6	22.2	50.0	11.1	11.1	18.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper? Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	1.3	5.0	37.5	40.0	15.0	1.3	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.5	6.3	40.0	36.3	11.3	3.8	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.3	15.0	37.5	33.8	7.5	5.0	80.0
Skrøpelige eldre	1.3	6.3	32.9	45.6	12.7	1.3	79.0
Personer med andre store og sammensatte behov	1.3	5.1	40.5	39.2	10.1	3.8	79.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.6	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.5	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.3	80.0
Skrøpelige eldre	3.6	79.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.5	79.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper? Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	4.8	41.9	37.1	14.5	1.6	62.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	8.1	38.7	40.3	9.7	3.2	62.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	17.7	40.3	29.0	9.7	3.2	62.0
Skrøpelige eldre	0.0	6.5	33.9	45.2	12.9	1.6	62.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	4.9	41.0	42.6	9.8	1.6	61.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper? Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	5.6	5.6	22.2	50.0	16.7	0.0	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	11.1	0.0	44.4	22.2	16.7	5.6	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	5.6	5.6	27.8	50.0	0.0	11.1	18.0
Skrøpelige eldre	5.9	5.9	29.4	47.1	11.8	0.0	17.0
Personer med andre store og sammensatte behov	5.6	5.6	38.9	27.8	11.1	11.1	18.0

Spørsmål 25: I hvilken grad opplever du at pasienter/brukere i følgende grupper er avhengig av å ha med pårørende i møtet med fastlegetjenesten? Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	3.9	35.5	51.3	5.3	2.6	1.3	76.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.6	26.3	48.7	15.8	5.3	1.3	76.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	5.3	20.0	44.0	29.3	1.3	75.0
Skrøpelige eldre	0.0	4.0	37.3	42.7	16.0	0.0	75.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	6.7	48.0	34.7	9.3	1.3	75.0

Spørsmål 25: I hvilken grad opplever du at pasienter/brukere i følgende grupper er avhengig av å ha med pårørende i møtet med fastlegetjenesten? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	2.7	76.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.9	76.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.0	75.0
Skrøpelige eldre	3.7	75.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.5	75.0

Spørsmål 25: I hvilken grad opplever du at pasienter/brukere i følgende grupper er avhengig av å ha med pårørende i møtet med fastlegetjenesten? Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	5.2	34.5	51.7	3.4	3.4	1.7	58.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	1.7	27.6	46.6	15.5	6.9	1.7	58.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	5.3	21.1	40.4	31.6	1.8	57.0
Skrøpelige eldre	0.0	5.2	37.9	39.7	17.2	0.0	58.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	8.8	49.1	31.6	10.5	0.0	57.0

Spørsmål 25: I hvilken grad opplever du at pasienter/brukere i følgende grupper er avhengig av å ha med pårørende i møtet med fastlegetjenesten? Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	38.9	50.0	11.1	0.0	0.0	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	5.6	22.2	55.6	16.7	0.0	0.0	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	5.6	16.7	55.6	22.2	0.0	18.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	35.3	52.9	11.8	0.0	17.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	44.4	44.4	5.6	5.6	18.0

Spørsmål 26: I hvilken grad opplever du at det i følgende grupper finnes pasienter/brukere som er «svake etterspørere», dvs. at de ikke etterspør helsehjelp som de har behov for? Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	2.5	24.1	49.4	16.5	5.1	2.5	79.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	7.6	39.2	34.2	15.2	3.8	79.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.3	11.4	41.8	24.1	17.7	3.8	79.0
Skrøpelige eldre	0.0	10.1	45.6	26.6	13.9	3.8	79.0
Personer med andre store og sammensatte behov	1.3	13.9	57.0	13.9	8.9	5.1	79.0

Spørsmål 26: I hvilken grad opplever du at det i følgende grupper finnes pasienter/brukere som er «svake etterspørere», dvs. at de ikke etterspør helsehjelp som de har behov for? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.0	79.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.6	79.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.5	79.0
Skrøpelige eldre	3.5	79.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.2	79.0

Spørsmål 26: I hvilken grad opplever du at det i følgende grupper finnes pasienter/brukere som er «svake etterspørere», dvs. at de ikke etterspør helsehjelp som de har behov for? Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	1.6	26.2	50.8	14.8	4.9	1.6	61.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	9.8	32.8	39.3	14.8	3.3	61.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.6	9.8	37.7	24.6	23.0	3.3	61.0
Skrøpelige eldre	0.0	11.5	49.2	21.3	14.8	3.3	61.0
Personer med andre store og sammensatte behov	1.6	13.1	57.4	13.1	9.8	4.9	61.0

Spørsmål 26: I hvilken grad opplever du at det i følgende grupper finnes pasienter/brukere som er «svake etterspørere», dvs. at de ikke etterspør helsehjelp som de har behov for? Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	5.6	16.7	44.4	22.2	5.6	5.6	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	0.0	61.1	16.7	16.7	5.6	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	16.7	55.6	22.2	0.0	5.6	18.0
Skrøpelige eldre	0.0	5.6	33.3	44.4	11.1	5.6	18.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	16.7	55.6	16.7	5.6	5.6	18.0

Spørsmål 27: I hvilken grad opplever du at du klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere følgende grupper som oppfattes som «svake etterspørere»? Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	11.5	48.7	28.2	9.0	2.6	78.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	1.3	26.9	43.6	16.7	6.4	5.1	78.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	24.4	44.9	16.7	9.0	5.1	78.0
Skrøpelige eldre	0.0	14.1	48.7	21.8	11.5	3.8	78.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	11.5	59.0	16.7	6.4	6.4	78.0

Spørsmål 27: I hvilken grad opplever du at du klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere følgende grupper som oppfattes som «svake etterspørere»? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.4	78.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.0	78.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.1	78.0
Skrøpelige eldre	3.3	78.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.2	78.0

Spørsmål 27: I hvilken grad opplever du at du klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere følgende grupper som oppfattes som «svake etterspørere»? Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	8.3	48.3	28.3	11.7	3.3	60.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	26.7	38.3	20.0	8.3	6.7	60.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	26.7	38.3	16.7	11.7	6.7	60.0
Skrøpelige eldre	0.0	13.3	46.7	23.3	11.7	5.0	60.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	11.7	55.0	20.0	8.3	5.0	60.0

Spørsmål 27: I hvilken grad opplever du at du klarer å fange opp og tilby helsehjelp til pasienter/brukere følgende grupper som oppfattes som «svake etterspørere»? Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	22.2	50.0	27.8	0.0	0.0	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	5.6	27.8	61.1	5.6	0.0	0.0	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	16.7	66.7	16.7	0.0	0.0	18.0
Skrøpelige eldre	0.0	16.7	55.6	16.7	11.1	0.0	18.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	11.1	72.2	5.6	0.0	11.1	18.0

Spørsmål 28: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig sammenhengende helsetilbud. Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	2.5	10.0	48.8	28.8	8.8	1.3	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	5.0	17.5	50.0	18.8	7.5	1.3	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.3	10.0	48.8	25.0	10.0	5.0	80.0
Skrøpelige eldre	1.3	11.7	41.6	35.1	7.8	2.6	77.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.8	8.8	55.0	21.3	5.0	6.3	80.0

Spørsmål 28: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig sammenhengende helsetilbud. Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.3	80.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.1	80.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.3	80.0
Skrøpelige eldre	3.4	77.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.2	80.0

Spørsmål 28: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig sammenhengende helsetilbud. Forsøk

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	1.6	9.7	51.6	27.4	8.1	1.6	62.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.2	14.5	56.5	14.5	9.7	1.6	62.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	12.9	51.6	21.0	9.7	4.8	62.0
Skrøpelige eldre	0.0	13.6	42.4	32.2	8.5	3.4	59.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.2	9.7	58.1	16.1	6.5	6.5	62.0

Spørsmål 28: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig sammenhengende helsetilbud. Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	5.6	11.1	38.9	33.3	11.1	0.0	18.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	11.1	27.8	27.8	33.3	0.0	0.0	18.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	5.6	0.0	38.9	38.9	11.1	5.6	18.0
Skrøpelige eldre	5.6	5.6	38.9	44.4	5.6	0.0	18.0
Personer med andre store og sammensatte behov	5.6	5.6	44.4	38.9	0.0	5.6	18.0

Spørsmål 29: Har du andre kommentarer knyttet til behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov?

- 15 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Behov for bedre koordinering
- Behov for å etablere behandlingsgruppe også på tvers av spesialistene
- Egenandelen bør dekkes av NAV for svake etterspørrere innen psykiatri/rus
- Utagerende narkomane eller voldelige personer har ingenting i fastlegepraksis å gjøre
- Behov for kontinuerlig kompetanseheving
- Viktig at fastlegen involveres i tverrfaglige møter

11.5 Forventninger om primærhelseteam

Spørsmål 30: Inngår ditt fastlegekontor i prøveprosjektet med primærhelseteam?

	Antall
Ja	62
Nei	18

Spørsmål 31: Hvordan forventer du at forsøket med primærhelseteam vil påvirke antall innbyggere på din pasientliste?

Stor reduksjon	Liten reduksjon	Ingen endring	Liten økning	Stor økning	Vet ikke	N
0.0	6.5	56.5	17.7	0.0	19.4	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 31: Hvordan forventer du at forsøket med primærhelseteam vil påvirke antall innbyggere på din pasientliste? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Stor reduksjon=1 og 'Stor økning=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

Gjennomsnitt	N
3.1	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 32: Hvilken finansieringsmodell piloteres ved ditt fastlegekontor?

	Antall
Driftstilskuddsmodellen	21
Honorarmodellen	41
Observations	62

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 33: I hvilken grad opplever du usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som piloteres ved ditt fastlegekontor?

Ingen usikkerhet	Liten usikkerhet	Stor usikkerhet	Vet ikke	N
16.1	37.1	30.6	16.1	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 33: I hvilken grad opplever du usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som piloteres ved ditt fastlegekontor? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Ingen usikkerhet=1 og 'Stor usikkerhet'=3. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

Gjennomsnitt	N
2.2	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 34: Du har svart at du opplever stor usikkerhet om inntektsgenerering knyttet til finansieringsmodellen som piloterer ved ditt fastlegekontor. Kan du utdype ditt svar ditt svar? [fritekst]

- 16 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Tilbakemelding om at fastlegene må øke listene for å få god nok inntjening
- Vanskelig å forutse hvor stor arbeidsbelastningen kommer til å bli
- Vanskelig å forutse hvilke takster som kommer til å brukes
- Vanskelig å skjønne beregningen som er gjort knyttet til tilskudd og inntekter fra egenandeler og HELFO
- Liten grunn til å tro at modellen dekker kostnadene til sykepleier
- Det er utfordringer knyttet til finansiering av sykepleiere

Spørsmål 35: Hvordan forventer du at din inntekt vil påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam? Alle

Jeg forventer en reduksjon	Jeg forventer ingen endring	Jeg forventer en økning	Vet ikke	N
8.1	66.1	8.1	17.7	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 35: Hvordan forventer du at din inntekt vil påvirkes av din deltakelse i forsøket med primærhelseteam? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Jeg forventer en reduksjon'=1 og 'Jeg forventer en økning'=3. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

Gjennomsnitt	N
2.0	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 36: I hvilken grad forventer du at følgende oppgaver kan delegeres fra deg til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam?

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	8.1	21.0	54.8	9.7	3.2	3.2	62.0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	3.2	19.4	50.0	22.6	1.6	3.2	62.0
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	14.5	40.3	33.9	4.8	3.2	3.2	62.0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	3.2	24.2	41.9	21.0	6.5	3.2	62.0
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	16.1	37.1	32.3	6.5	3.2	4.8	62.0
Andre administrative oppgaver	11.3	25.8	46.8	9.7	0.0	6.5	62.0
Andre oppgaver	5.1	27.1	39.0	8.5	0.0	20.3	59.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 36: I hvilken grad forventer du at følgende oppgaver kan delegeres fra deg til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam? Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	2.8	62.0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	3.0	62.0
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	2.4	62.0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	3.0	62.0
Tverrfaglige møter med aktører utenfor helsetjenesten (f.eks. med NAV)	2.4	62.0
Andre administrative oppgaver	2.6	62.0
Andre oppgaver	2.6	59.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 36: I hvilken grad forventer du at følgende oppgaver kan delegeres fra deg til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam? Driftstilskudd

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	0.0	19.0	76.2	4.8	0.0	0.0	21.0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	4.8	14.3	57.1	23.8	0.0	0.0	21.0
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	9.5	47.6	38.1	4.8	0.0	0.0	21.0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	0.0	33.3	47.6	19.0	0.0	0.0	21.0

Spørsmål 36: I hvilken grad forventer du at følgende oppgaver kan delegeres fra deg til annet helsepersonell ved innføring av primærhelseteam? Honorarmodellen

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede (konsultasjon)	10.3	23.1	46.2	12.8	2.6	5.1	39.0
Direkte pasientarbeid hjemme hos pasient (hjemmebesøk) eller e-konsultasjon	2.6	23.1	46.2	20.5	2.6	5.1	39.0
Tid brukt på pasientrelatert etterarbeid (uten at pasient er til stede)	17.9	38.5	30.8	5.1	2.6	5.1	39.0
Kommunikasjon med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten	5.1	20.5	41.0	20.5	7.7	5.1	39.0

Spørsmål 37: Hvilke andre oppgaver forventer du at kan delegeres ved innføringen av primærhelseteam?

- 16 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Administrativ koordinering
- Oppfølging etter at det sammen med lege er laget en behandlingsplan for den enkelte pasient, eventuelt for den enkelte tilstand og denne er kvalitetssikret av brukergrupper
- Samstemming av diagnose
- Legemiddelsamtemming

- Journalføring i kjernejournal
- Innkalling av fokuspasienter
- Opplæring av pasienter i medisinbruk og bruk av apparater, opplæring av pårørende og aktivisering av pasienter
- Koordinering av legemiddelsamtaler med hjemmesykepleie og apotek
- Videokonferanser med avtalespesialister
- Holde oversikt over IPLOS og pårørendeopplysninger
- Holde oversikt over fokusgrupper av pasienter som trenger ekstra oppfølging (kontroll, vaksiner etc)
- Gjennomføre årskontroller for KOLS, diabetes, hjertesvikt, og skrøpelige eldre
- Proaktiv innhenting av ruspasienter til konsultasjoner for å sikre allmennfaglige tjenester
- Kartlegge funksjonsnivå helsemessig med tanke på hjemmetjenester
- Enkle oppfølgingsoppgaver
- Hjemmebesøk og pårørendekontakt
- Møtevirksomhet
- Kontakt med andre deler av primærhelsetjenesten

Spørsmål 38: Har du kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som er beskrevet i dette spørreskjemaet?

	Antall
Ja	15
Nei	3

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som ikke deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 39: Hvordan forventer du at ordningen med primærhelseteam vil påvirke helsetilstanden til følgende pasient-/brukergrupper? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Personer med kroniske sykdommer	1.5 (0.8)	1.6 (0.6)	1.5 (0.9)
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	1.1 (1.0)	1.5 (0.7)	1.0 (0.9)
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.2 (0.8)	1.4 (0.7)	1.1 (0.9)
Skrøpelige eldre	1.6 (0.8)	1.7 (0.6)	1.6 (0.9)
Personer med andre store og sammensatte behov	1.5 (0.8)	1.7 (0.6)	1.3 (0.8)
Andre listepasienter	0.6 (0.8)	0.7 (0.9)	0.5 (0.8)
Observations	57	19	37

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 40: Hvordan forventer du at ordningen med primærhelseteam vil påvirke muligheten for brukermedvirkning for følgende pasient-/brukergrupper? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmode llen	Honorarmodellen
Personer med kroniske sykdommer	1.1 (0.8)	0.9 (0.8)	1.2 (0.8)
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.9 (0.9)	0.9 (0.8)	0.9 (0.7)
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.9 (0.7)	0.9 (0.8)	1.0 (0.7)
Skrøpelige eldre	1.2 (0.8)	0.8 (0.6)	1.3 (0.8)
Personer med andre store og sammensatte behov	0.6 (0.8)	0.6 (0.7)	0.7 (0.8)
Observations	55	20	34

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 41: Hvordan forventer du at ordningen med primærhelseteam vil påvirke koordinering og sammenheng i tjenestetilbudet til følgende pasient-/brukergrupper? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds- modellen	Honorarmodellen
Personer med kroniske sykdommer	1.5 (0.8)	1.4 (0.7)	1.5 (0.8)
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	1.2 (1.0)	1.5 (0.8)	1.2 (0.8)
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	1.3 (0.8)	1.5 (0.7)	1.2 (0.8)
Skrøpelige eldre	1.5 (0.8)	1.4 (0.7)	1.6 (0.9)
Personer med andre store og sammensatte behov	1.3 (0.8)	1.3 (0.7)	1.4 (0.9)
Andre listepasienter	0.8 (0.8)	0.8 (0.9)	0.8 (0.8)
Observations	55	20	34

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 42: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke det generelle samarbeidet? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmode llen	Honorarmodellen
Med ansatte på fastlegekontoret	1.3 (1.1)	1.4 (0.9)	1.2 (1.1)
Med pasienter/brukere	1.5 (1.0)	1.4 (1.0)	1.6 (1.0)
Med pårørende til pasienter/brukere	1.6 (0.9)	1.6 (0.9)	1.6 (1.0)
Observations	59	21	37

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 43: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmode llen	Honorarmodellen
Primærhelsetjenesten samlet sett	1.2 (0.9)	1.2 (0.9)	1.2 (0.9)
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1.4 (0.8)	1.3 (0.7)	1.4 (0.9)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg)	1.0 (0.9)	0.9 (0.9)	1.1 (0.9)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.1 (0.9)	1.1 (0.9)	1.1 (0.9)
Observations	59	21	37

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 44: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmode llen	Honorarmodellen
Spesialisthelsetjenesten	0.5 (0.8)	0.6 (0.7)	0.5 (0.8)
Trykgeetaten (NAV)	0.3 (0.4)	0.3 (0.5)	0.2 (0.4)
Observations	58	21	37

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 45: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam: Alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruker	6.5	14.3	29.9	39.0	10.4	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	5.3	7.9	22.4	50.0	14.5	76.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	5.2	6.5	31.2	46.8	10.4	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	6.5	2.6	27.3	46.8	16.9	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende til pasienter/brukere med store og sammensatte behov	6.6	2.6	31.6	48.7	10.5	76.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørre»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	6.5	3.9	20.8	48.1	20.8	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	6.6	7.9	27.6	48.7	9.2	76.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	9.1	6.5	36.4	35.1	13.0	77.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	18.2	15.6	37.7	19.5	9.1	77.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret	11.7	13.0	37.7	27.3	10.4	77.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter/brukere med store og sammensatte behov	9.1	9.1	27.3	44.2	10.4	77.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig	13.3	21.3	41.3	18.7	5.3	75.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	16.9	27.3	35.1	16.9	3.9	77.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 45: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam: Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Svært uenig'=1 og 'Svært enig'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruker	3.33	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.61	76.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.51	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.65	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrukeropplevelse blant pårørende til pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.54	76.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	3.73	77.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	3.46	76.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	3.37	77.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	2.86	77.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret	3.12	77.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.38	77.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig	2.81	75.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	2.64	77.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 45: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam: Forsøk

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruker	3.2	9.7	30.6	43.5	12.9	62.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	1.6	6.6	21.3	54.1	16.4	61.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	1.6	4.8	27.4	54.8	11.3	62.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.2	1.6	22.6	53.2	19.4	62.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende til pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.2	1.6	29.0	54.8	11.3	62.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørre»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	3.2	3.2	16.1	53.2	24.2	62.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	1.6	6.5	29.0	51.6	11.3	62.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	3.2	8.1	41.9	30.6	16.1	62.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	11.3	14.5	40.3	24.2	9.7	62.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret	4.8	11.3	38.7	33.9	11.3	62.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3.2	6.5	29.0	48.4	12.9	62.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig	8.3	20.0	43.3	21.7	6.7	60.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	12.9	27.4	37.1	17.7	4.8	62.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 45: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam: Kontroll

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruker	20.0	33.3	26.7	20.0	0.0	15.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	20.0	13.3	26.7	33.3	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	20.0	13.3	46.7	13.3	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	20.0	6.7	46.7	20.0	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende til pasienter/brukere med store og sammensatte behov	21.4	7.1	42.9	21.4	7.1	14.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørre»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	20.0	6.7	40.0	26.7	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	28.6	14.3	21.4	35.7	0.0	14.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	33.3	0.0	13.3	53.3	0.0	15.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	46.7	20.0	26.7	0.0	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekontoret	40.0	20.0	33.3	0.0	6.7	15.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter/brukere med store og sammensatte behov	33.3	20.0	20.0	26.7	0.0	15.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for listepopulasjonen for øvrig	33.3	26.7	33.3	6.7	0.0	15.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	33.3	26.7	26.7	13.3	0.0	15.0

Merknad: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 46: Har du (øvrige) kommentarer til ordningen med primærhelseteam? [fritekst]

- 26 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Frykter at legen vil få flere møter i forbindelse med vurderinger sammen med sykepleier og at dette vil spise av legenes tid
- Savner at sykepleier kan ta honorar for årskontroller, opplæring mv. annet enn 1 ad. Dagens takster stimulerer ikke til økt bruk av medarbeidere til slike oppgaver
- Liker ikke å ha ansvar for pasienter man ikke har snakket med eller undersøkt selv
- Dårlige møter med Helsedirektoratet om primærhelseteam
- Sykepleier gjør mer nytte for seg i hjemmesykepleien eller på sykehus
- Uheldig at sykepleier dominerer over sekretærene

- Fastleger har mer behov for å ansette psykolog
- Håper primærhelseteam kan øke kvaliteten på oppfølging av kroniske pasienter og gi bedre koordinering i helsevesenet
- Tror ikke primærhelseteam vil avlaste fastlegen
- Dette er en kvalitetsreform, ikke en effektivisering (tvert om)
- Primærhelseteam løser ikke de reelle utfordringene i primærhelsetjenesten

1.6 Din bakgrunn og erfaring

Spørsmål 47: Hva er ditt kjønn?

	Antall
Mann	42
Kvinne	37

Spørsmål 48: Hva er din alder? Antall

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
20 – 29	2	0	2	2	0
30 – 39	21	7	9	16	5
40 - 49	33	13	14	27	6
50 – 59	10	0	7	7	3
60 - 69	14	1	9	10	4
Total	80	21	41	62	18

Spørsmål 48: Hva er din alder? Andel

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
20 – 29	2.5	0.0	4.9	3.2	0.0
30 – 39	26.3	33.3	22.0	25.8	27.8
40 - 49	41.3	61.9	34.1	43.5	33.3
50 – 59	12.5	0.0	17.1	11.3	16.7
60 - 69	17.5	4.8	22.0	16.1	22.2
Total	80	21	41	62	18

Spørsmål 49: Er du født i Norge?

	Antall
Ja	60
Nei	19

Spørsmål 50: Hva er din høyeste fullførte utdanning?

	Antall
Medisinstudium	7
Doktorgrad eller annen videreutdanning ved universitet/høyskole	1
I spesialisering	19
Spesialistutdannet	53

Spørsmål 51: Hva er din spesialisering/fordypning?

	Antall
Allmennmedisin	72
Annet	0

Spørsmål 52: Hvilket år begynte du å jobbe ved dette fastlegekontoret? Antall

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
1980 - 1989	7		4	4	3
1990 - 1999	4		2	2	2
2000 - 2009	20	3	14	17	3
2010 - 2018	45	16	21	37	8
Observations	76	19	41	60	16

Spørsmål 52: Hvilket år begynte du å jobbe ved dette fastlegekontoret? Andel

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
1980 - 1989	9.2	0.0	9.8	6.7	18.8
1990 - 1999	5.3	0.0	4.9	3.3	12.5
2000 - 2009	26.3	15.8	34.1	28.3	18.8
2010 - 2018	59.2	84.2	51.2	61.7	50.0
Observations	76	19	41	60	16

Spørsmål 53: Hvor mange år har du jobbet som fastlege? Antall

	Alle	Driftstilskuddsmo dellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Mindre enn 5 år	23	9	10	19	4
6 - 10 år	12	2	7	9	3
11 – 15 år	12	3	6	9	3
16 – 20 år	14	4	5	9	5
21 – 25 år	3	0	3	3	0
26 – 30 år	2	0	2	2	0
31 – 35 år	10	0	7	7	3
Mer enn 35 år	4	3	1	4	0
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 53: Hvor mange år har du jobbet som fastlege? Andel

	Alle	Driftstilskuddsmo dellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Mindre enn 5 år	28.8	42.9	24.4	30.6	22.2
6 - 10 år	15.0	9.5	17.1	14.5	16.7
11 – 15 år	15.0	14.3	14.6	14.5	16.7
16 – 20 år	17.5	19.0	12.2	14.5	27.8
21 – 25 år	3.8	0.0	7.3	4.8	0.0
26 – 30 år	2.5	0.0	4.9	3.2	0.0
31 – 35 år	12.5	0.0	17.1	11.3	16.7
Mer enn 35 år	5.0	14.3	2.4	6.5	0.0
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 54: Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste per i dag?

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Gjennomsnitt	1012	804	1051	974	1139
Median	1040	650	1050	1025	1200
Min	0	200	0	0	600
Maks	1550	1500	1500	1500	1550
Observations	75	18	30	58	17

Spørsmål 55: Har du et bierverv av følgende typer? Flere svar mulig

Andre allmenlegeoppgaver i kommunen

Privatpraktiserende spesialist

Sykehuslege

Annet

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Andel med et eller flere biverv	70.0	61.9	78.0	72.6	61.1
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 56: Hva er din samlede stillingsprosent i ovennevnte bierverv? Antall

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
1 % – 24 %	29	4	19	23	6
25 % – 49 %	9	3	4	7	2
50 % – 74 %	11	3	6	9	2
75 % - 99 %	0	0	0	0	0
100 % eller mer	5	1	3	4	1
Observations	54	11	32	43	11

Spørsmål 56: Hva er din samlede stillingsprosent i ovennevnte bierverv? Andel

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
1 % – 24 %	53.7	36.4	59.4	53.5	54.5
25 % – 49 %	16.7	27.3	12.5	16.3	18.2
50 % – 74 %	20.4	27.3	18.8	20.9	18.2
75 % - 99 %	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
100 % eller mer	9.3	9.1	9.4	9.3	9.1
Observations	54	11	32	43	11

Spørsmål 57: Er du daglig leder ved ditt fastlegekontor?

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Andel som er daglig leder	15.0	23.8	9.8	14.5	16.7
Observations	80	21	41	62	18

Spørsmål 58: Hvor mange ansatte er det på ditt fastlegekontor? (En person som er ansatt i en deltidsstilling telles som én ansatt.)

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmodellen	Forsøk	Kontroll
Antall leger	6.7 (3.4)	7.2 (3.3)	7.8 (4.5)	7.4 (3.6)	4.3 (0.6)
Antall sykepleiere	2.6 (1.6)	3.0 (1.6)	3.0 (1.4)	3.0 (1.4)	1.3 (1.5)
Antall helsesekretærer	3.6 (1.4)	3.4 (1.1)	4.3 (1.9)	3.8 (1.5)	3.0 (1.0)
Annet	2.1 (1.8)	3.3 (2.3)	1.0 (0.0)	2.2 (1.9)	2.0 (.)
Observations	12	5	4	9	3

Spørsmål 59: I hvilken grad opplever du i din rolle som daglig leder utfordringer knyttet til følgende forhold?
Alle. Andel

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	N
Personalansvar	16.7	25.0	16.7	41.7	0.0	12.0
Utfordringer knyttet til ansvars- og arbeidsfordeling innad i primærhelseteam	10.0	20.0	30.0	30.0	10.0	10.0
Koordinering med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten	8.3	41.7	33.3	16.7	0.0	12.0
Annet	0.0	20.0	60.0	20.0	0.0	10.0

Spørsmål 59: I hvilken grad opplever du i din rolle som daglig leder utfordringer knyttet til følgende forhold?

	Gjennomsnitt	N
Personalansvar	2.8	12.0
Utfordringer knyttet til ansvars- og arbeidsfordeling innad i primærhelseteam	3.1	10.0
Koordinering med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten	2.6	12.0
Annet	3.0	10.0

Spørsmål 60: Kan du beskrive hvilke andre utfordringer du opplever i din rolle som daglig leder?

- 6 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- Det tar mye tid å få alt til å gå rundt, og dette er arbeid man ikke får betalt for.
- Ansvar på alle områder
- Vanskelig å få tiden til å strekke til
- Effektmålene er krevende og omfattende, og de innebærer innsats på flere nivåer både faglig og administrativt
- Vanskelig å få hele teamet til å jobbe sammen
- Utfordrende med roller og ansvarsfordeling
- Suksessfaktor: En lege leder helsesenteret og drivet kurativ virksomhet

- Tidsbruk til møtevirksomhet i bydelen/kommunen

Spørsmål 61: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

- 20 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger

- For omfattende undersøkelse, tok nesten 30 minutter å fylle ut
- Personvern ikke ivaretatt (kjønn, alder, legekantor)
- Har svart på to lignende undersøkelser
- Fanger i liten grad opp utfordringer og bekymringer og den generelle stemningen – oppfattelsen av en fastlegekrise med oppgaveoverload og bekymring for fragmentering
- Det bør spørres mer vedrørende selve legeoppgaven/pasientbehandlingen, kommunikasjon mm.
- Uklart om første del av undersøkelsen var i forhold til før-etter primærhelseteam.
- Svært detaljert. Vanskelig å gi realistiske svar om forventninger til primærhelseteam så tidlig i prosjektet
- For generelle spørsmål i begynnelsen, lett å misforstå.

12. Appendiks C: Spørreundersøkelse til sykepleiere

12.1 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 1: I hvilken grad er du fornøyd med følgende: Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Ansvaret du er tildelt	2.059 (1.071)	2.231 (0.927)	2.333 (0.651)	2.280 (0.792)	1.444 (1.509)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	2.088 (0.900)	2.154 (0.801)	2.167 (0.835)	2.160 (0.800)	1.889 (1.167)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	1.294 (1.567)	1.385 (1.387)	1.500 (1.382)	1.440 (1.356)	0.889 (2.088)
Kollegene dine og øvrige ansatte	2.324 (0.945)	2.462 (0.660)	2.583 (0.515)	2.520 (0.586)	1.778 (1.481)
Muligheten til å bruke dine evner	1.971 (1.243)	2 (0.913)	2.500 (0.522)	2.240 (0.779)	1.222 (1.922)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	1.765 (1.304)	1.769 (1.092)	2.167 (0.835)	1.960 (0.978)	1.222 (1.922)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1.618 (1.457)	1.692 (1.494)	2 (0.953)	1.840 (1.248)	1 (1.871)
Arbeidsmengden din	1.235 (1.499)	1.692 (1.182)	0.750 (1.422)	1.240 (1.363)	1.222 (1.922)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	0.788 (1.556)	0.833 (1.467)	1 (1.537)	0.917 (1.472)	0.444 (1.810)
Alt i tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	2.029 (1.058)	2.308 (0.751)	1.917 (0.996)	2.120 (0.881)	1.778 (1.481)
Observations	34	13	12	25	9

Note:

Spørsmål 2: Du har svart at du er misfornøyd med arbeidsmengden din. Ville du hatt en større eller mindre arbeidsmengde?

N = 6

6 respondenter svarte «Jeg vil ha en mindre arbeidsmengde», 0 respondenter svarte «Jeg vil ha en større arbeidsmengde»

Spørsmål 3: Kan du beskrive hvilken type arbeidsoppgaver du ville hatt mer eller mindre av? [Fritekst]

- 5 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Flere pasienter/konsultasjoner
- Mer tid til hver pasient
- Generelt for stor arbeidsmengde

Spørsmål 4: Har du andre kommentarer knyttet til din arbeidstilfredshet? [Fritekst]

- 4 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Ønsker flere samarbeidsmøter
- Ønsker bedre tid til planlegging
- Viktig at kommunen ser hver enkelt ansatt og fokuserer på å beholde ansatte. Fokus på videreutvikling, ros og tilbakemelding på det daglige arbeidet.

12.2 Arbeidshverdag og tidsbruk

Spørsmål 5, 6 og 7: Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodell en	Tiltak	Kontroll
Hvor mange pasienter møter du i løpet av en gjennomsnittlig dag? Her tenker vi ikke på pasientkontakt ved skranken.	16.12 (12.47)	13.23 (8.964)	12.25 (12.43)	12.76 (10.54)	25.44 (13.21)
Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per pasient?	21.09 (16.46)	19.62 (13.92)	28.42 (18.02)	23.84 (16.31)	13.44 (15.18)
Hvor mange timer jobber du til sammen i løpet av en gjennomsnittlig uke?	32.94 (7.150)	30.17 (7.082)	37.33 (5.581)	33.75 (7.231)	30.78 (6.852)
Observations	34	13	12	25	9

Note:

Spørsmål 8: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver? (Oppgi dine svar som heltall. Bruker du 20 % av din arbeidstid på en oppgave skriver du 20)? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodell en	Tiltak	Kontroll
Direkte pasientkontakt	56.67 (17.32)	56 (19.49)	45 (7.071)	52.86 (17.04)	70 (14.14)
Pasientrelatert etterarbeid (uten at pasienten er til stede)	21.11 (11.93)	22 (15.25)	25 (7.071)	22.86 (12.86)	15 (7.071)
Pasientrelaterte møter (med annet helsepersonell, NAV o.l.)	1.875 (3.720)	1.250 (2.500)	5 (7.071)	2.500 (4.183)	0 (0)
Andre administrative oppgaver og opplæring	20.56 (16.29)	21 (21.91)	25 (7.071)	22.14 (18.22)	15 (7.071)
Observations	9	5	2	7	2

Note:

12.3 Samarbeid på fastlegekontoret

Spørsmål 9: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med det generelle samarbeidet? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Med fastlegen(e) på fastlegekontoret	2 (1.250)	2 (0.913)	1.909 (1.578)	1.958 (1.233)	2.111 (1.364)
Med helsesekretæren(e) på fastlegekontoret	2.364 (0.994)	2.385 (0.650)	2.455 (1.036)	2.417 (0.830)	2.222 (1.394)
Med sykepleieren(e) på fastlegekontoret	2.571 (1.069)	2.583 (0.669)	3 (0)	2.762 (0.539)	2 (1.915)
Med andre ansatte på fastlegekontoret	2.231 (1.210)	2.300 (0.949)	2.625 (1.061)	2.444 (0.984)	1.750 (1.581)
Observations	33	13	11	24	9

Note:

Spørsmål 10: Du har svart at du er misfornøyd med det generelle samarbeidet med en eller flere parter på fastlegekontoret. Kan du utdype? [Fritekst]

- 3 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Manglende rutiner for samarbeidet
- Vanskelig å få tak i legen
- Manglende ledelse av den daglige driften. Legene er en gruppe, sykepleierne en annen gruppe og ingen har tydelig beslutningsmyndighet.
- Uklart hvordan samarbeidet skal fungere når sykepleier har egen konsultasjon og har spørsmål til fastlegen etterpå.

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Alle

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke	Jeg ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient	11.8	58.8	23.5	0.0	0.0	2.9	2.9	34.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	5.9	38.2	47.1	0.0	2.9	5.9	0.0	34.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	8.8	41.2	26.5	2.9	5.9	11.8	2.9	34.0
Annet	6.7	33.3	16.7	0.0	0.0	43.3	0.0	30.0

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' eller 'Jeg ønsker ikke å svare' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	2.1	34.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.5	34.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.5	34.0
Annet	2.2	30.0

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Tiltak

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke	N
Behandling av pasient	12.5	62.5	20.8	0.0	0.0	4.2	24.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	4.0	40.0	48.0	0.0	0.0	8.0	25.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	12.5	37.5	25.0	4.2	8.3	12.5	24.0
Annet	4.3	30.4	13.0	0.0	0.0	52.2	23.0

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' eller 'Jeg ønsker ikke å svare' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	2.1	24.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.5	25.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.5	24.0
Annet	2.2	23.0

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Kontroll

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke	N
Behandling av pasient	11.1	55.6	33.3	0.0	0.0	0.0	9.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	11.1	33.3	44.4	0.0	11.1	0.0	9.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	0.0	55.6	33.3	0.0	0.0	11.1	9.0
Annet	14.3	42.9	28.6	0.0	0.0	14.3	7.0

Spørsmål 11: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' eller 'Jeg ønsker ikke å svare' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient	2.2	9.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.7	9.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.4	9.0
Annet	2.2	7.0

Spørsmål 12: Hvilke er styrkene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor? [Fritekst]

- 25 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Alle legene hjelper hverandre med å ta hverandres pasienter
- Gode ansatte som ønsker å bidra
- Godt miljø, stabilitet og effektivitet
- Gode og varierte kompetanseområder
- Alle tar utfordringer
- Jobber tett sammen, morgenmøte hver dag med rom for å diskutere pasienter og annet
- Tilgjengelighet
- Fleksibilitet
- Mulighet for å spørre andre
- Gode system for avvik og utvikling/endring

- Rom for å skape relasjoner blant de ansatte skaper godt arbeidsmiljø
- Tverrfaglighet
- Uformell og målrettet kommunikasjon, avgjørelser tas raskt
- Lærer av hverandre

Spørsmål 13: Hvilke er utfordringene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor? [Fritekst]

- 24 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Arbeidsfordeling mellom sykepleier og helsesekretær
- Endringsvegring
- For lite tid til faglig oppdatering
- Sterke personligheter med sterke meninger
- Vanskelig for fastlegene å sette av tid til samarbeid med sykepleier
- Manglende rutiner for arbeidsfordeling
- Helsesekretær er ikke med på morgenmøte
- Vanskelig å finne nok tid til å planlegge
- Vanskelig å håndtere uenighet med lege angående behandling av pasient
- Vanskelig å forstå takstregler

Spørsmål 14: Har du andre kommentarer knyttet til samarbeidet på fastlegekontoret? [Fritekst]

- 10 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Burde være mer enhetlig ledelse
- Kommunikasjons-/språk-/kulturforskjeller
- Trenger noen som kan beslutte på vegne av gruppen
- Trenger mer faglig oppdatering i alle ledd
- Alle må følge det flertallet av legene har bestemt, felles kjøreregler har gjort samarbeidet bedre

12.4 Samhandling

Spørsmål 15: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du generelt med samhandlingen med Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsm odellen	Honorarmodelle n	Tiltak	Kontroll
Pasienter/brukere	2.353 (0.691)	2.231 (0.599)	2.500 (0.674)	2.360 (0.638)	2.333 (0.866)
Pårørende til pasienter/brukere	2 (1.016)	1.917 (0.900)	1.818 (1.250)	1.870 (1.058)	2.333 (0.866)
Observations	34	13	12	25	9

Note:

Spørsmål 16: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder: Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodel len	Tiltak	Kontroll
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1.545 (1.227)	1.583 (1.311)	1.167 (1.403)	1.375 (1.345)	2 (0.707)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, Å demensomsor	1.323 (1.137)	1.364 (1.286)	0.909 (1.044)	1.136 (1.167)	1.778 (0.972)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.379 (1.015)	1.333 (0.866)	0.818 (0.982)	1.050 (0.945)	2.111 (0.782)
Observations	33	12	12	24	9

Note:

Spørsmål 17: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører innen primærhelsetjenesten. Kan du utdype? [Fritekst]

- 2 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Vanskelig å kommunisere ved behov
- Vanskelig å samarbeide med HPO og sykehjem pga privatisering. De ansatte i HPO og sykehjem ønsker å hjelpe til, men får ikke lov uten å ta betalt for det. Kommunen ønsker ikke å ta betalt, og resultatet blir at pasienten må komme til legekantoret.

Spørsmål 18: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med? Skala: -3 til +3, -3= svært misfornøyd, 0=verken misfornøyd eller fornøyd, 3=svært fornøyd. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodel len	Tiltak	Kontroll
Spesialisthelsetjenesten	0.962 (1.455)	1 (0.926)	0.111 (1.616)	0.529 (1.375)	1.778 (1.302)
Trygdeetaten (NAV)	0.960 (1.060)	0.571 (0.976)	0.778 (1.093)	0.688 (1.014)	1.444 (1.014)
Observations	26	8	9	17	9

Note:

Spørsmål 19: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med en eller flere aktører innen spesialisthelsetjenesten. Kan du utdype? [Fritekst]

- 3 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Epikriser kommer ikke før uker etter at pasienten er hjemme igjen
- Mangel på elektronisk utveksling
- Sykehusene sender hjem pasienter uten å ta kontakt med fastlege. Mangler epikriser, dårlig sårprosedyre, sendes hjem før de er ferdigbehandlet og resultatet er ofte reinleggelse.

Spørsmål 20: Du har svart at du er misfornøyd med samhandlingen med trygdeetaten (NAV). Kan du utdype? [Fritekst]

Ingen svar

Spørsmål 21: Har du andre kommentarer knyttet til samhandlingen med andre aktører innen helsetjenesten? [Fritekst]

- 8 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- For stor avstand mellom smerte og fysio sett fra ståsted til psykisk sykepleier
- Godt samarbeid med boliger
- Pasienter kommer for å ta blodprøver bestemt av sykehus eller andre spesialister, og det er vanskelig å finne ut hvilke prøver som skal tas. Dette tar mye tid og gir lite inntekt til legesenteret. 701a er mye jobb for lite penger.

12.5 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	23.5	58.8	17.6	0.0	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.9	2.9	35.3	41.2	8.8	8.8	34.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	2.9	5.9	26.5	38.2	11.8	14.7	34.0
Skrøpelige eldre	0.0	2.9	23.5	44.1	23.5	5.9	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	2.9	0.0	20.6	47.1	14.7	14.7	34.0

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.9	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.5	34.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.6	34.0
Skrøpelige eldre	3.9	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.8	34.0

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	16.0	72.0	12.0	0.0	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	4.0	0.0	40.0	40.0	4.0	12.0	25.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.0	8.0	28.0	32.0	8.0	20.0	25.0
Skrøpelige eldre	0.0	4.0	20.0	44.0	24.0	8.0	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	4.0	0.0	16.0	52.0	8.0	20.0	25.0

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.0	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.5	25.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.4	25.0
Skrøpelige eldre	4.0	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.75	25.0

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	44.4	22.2	33.3	0.0	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	11.1	22.2	44.4	22.2	0.0	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	22.2	55.6	22.2	0.0	9.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	33.3	44.4	22.2	0.0	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	9.0

Spørsmål 22: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.9	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.8	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.0	9.0
Skrøpelige eldre	3.9	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	4	9.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	23.5	55.9	11.8	8.8	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.0	0.0	36.4	21.2	12.1	27.3	33.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	2.9	5.9	26.5	26.5	8.8	29.4	34.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	35.3	38.2	11.8	14.7	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	18.8	40.6	12.5	28.1	32.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der '1 svært liten grad'=1 og '1 svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.9	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.5	33.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.5	34.0
Skrøpelige eldre	3.7	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.9	32.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	24.0	56.0	8.0	12.0	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	4.2	0.0	29.2	20.8	8.3	37.5	24.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.0	4.0	24.0	24.0	4.0	40.0	25.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	32.0	40.0	8.0	20.0	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	8.3	45.8	8.3	37.5	24.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der '1 svært liten grad'=1 og '1 svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	3,8	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3,5	24.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3,3	25.0
Skrøpelige eldre	3,7	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	4	24.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	22.2	55.6	22.2	0.0	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	0.0	55.6	22.2	22.2	0.0	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	11.1	33.3	33.3	22.2	0.0	9.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	44.4	33.3	22.2	0.0	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	50.0	25.0	25.0	0.0	8.0

Spørsmål 23: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	4.0	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.7	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.7	9.0
Skrøpelige eldre	3.8	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.8	8.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	5.9	35.3	41.2	8.8	8.8	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	5.9	41.2	26.5	11.8	14.7	34.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	2.9	38.2	32.4	11.8	14.7	34.0
Skrøpelige eldre	0.0	5.9	38.2	35.3	11.8	8.8	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	35.3	32.4	8.8	23.5	34.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	3.6	34.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.5	34.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.6	34.0
Skrøpelige eldre	3.6	34.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.7	34.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tiltak

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	8.0	36.0	44.0	4.0	8.0	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	8.0	44.0	28.0	4.0	16.0	25.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	4.0	40.0	36.0	4.0	16.0	25.0
Skrøpelige eldre	0.0	8.0	40.0	32.0	12.0	8.0	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	36.0	32.0	4.0	28.0	25.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.5	25.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.3	25.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.5	25.0
Skrøpelige eldre	3.5	25.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.6	25.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	33.3	33.3	22.2	11.1	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	0.0	33.3	22.2	33.3	11.1	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	33.3	22.2	33.3	11.1	9.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	33.3	44.4	11.1	11.1	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	33.3	33.3	22.2	11.1	9.0

Spørsmål 24: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende tjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.9	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	4.0	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.0	9.0
Skrøpelige eldre	3.8	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.9	9.0

1.2.6 Forventninger om primærhelseteam

Spørsmål 25: Inngår ditt fastlegekontor i prøveprosjekt med primærhelseteam?

	Antall
Ja	25
Nei	9
N	34

Spørsmål 26: Hvilken finansieringsmodell piloteres ved ditt fastlegekontor?

	Antall
Honorarmodellen	12
Driftstilskuddsmodellen	13
N	25

Spørsmål 27: I hvilken grad forventer du at det vil bli endringer i dine arbeidsoppgaver som følge av opprettelse av primærhelseteam?

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Jeg ble ansatt i forbindelse med opprettelse av primærhelseteam	Vet ikke	N
I hvilken grad forventer du at det vil bli endringer i dine arbeidsoppgaver som følge av opprettelse av primærhelseteam?	8.0	4.0	28.0	8.0	12.0	40.0	0.0	25.0

Note: Dette spørsmålet ble kun stilt til sykepleiere som jobber på fastlegekontor som inngår i prøveprosjektet med primærhelseteam.

Spørsmål 28: I hvilken grad forventer du at det vil bli endringer i dine arbeidsoppgaver som følge av opprettelse av primærhelseteam? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' eller 'Jeg ble ansatt i forbindelse med opprettelse av primærhelseteam' er ikke regnet med.

Gjennomsnitt	N
3.2	25.0

Note: Dette spørsmålet ble kun stilt til sykepleiere som jobber på fastlegekontor som inngår i prøveprosjektet med primærhelseteam.

Spørsmål 29: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke det generelle samarbeidet? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Med ansatte på fastlegekontoret	2.083 (0.881)	2.167 (0.835)	2 (0.953)
Med pasienter/brukere	2.417 (0.830)	2.417 (0.900)	2.417 (0.793)
Med pårørende til pasienter/brukere	2.318 (0.839)	2.364 (0.924)	2.273 (0.786)
Observations	24	12	12

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 30: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Primærhelsetjenesten samlet sett	2.167 (0.917)	2.083 (0.996)	2.250 (0.866)
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	2.083 (0.929)	2 (0.953)	2.167 (0.937)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, Å demensosmo	1.708 (1.083)	1.833 (0.937)	1.583 (1.240)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.957 (0.878)	2 (0.853)	1.909 (0.944)
Observations	25	13	12

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 31: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Spesialisthelsetjenesten	1.810 (0.814)	2.100 (0.738)	1.545 (0.820)
Trygdeetaten (NAV)	1.500 (0.924)	1.875 (0.835)	1.200 (0.919)
Observations	21	10	11

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 32: Har du kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som er beskrevet i dette spørreskjemaet?

	Antall
Ja	3
Nei	6
N	9

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som ikke deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 33: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam: Alle

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruke	0.0	0.0	3.6	32.1	64.3	0.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med sto	0.0	0.0	3.6	39.3	57.1	0.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/bruke	0.0	0.0	10.7	42.9	46.4	0.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/bru	0.0	0.0	3.7	37.0	59.3	0.0	27.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende t	0.0	0.0	10.7	17.9	64.3	7.1	28.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/bruk	0.0	0.0	7.1	17.9	67.9	7.1	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det sam	0.0	0.0	14.3	28.6	53.6	3.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	0.0	0.0	10.7	32.1	57.1	0.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	0.0	7.1	10.7	46.4	35.7	0.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekon	0.0	0.0	7.1	28.6	60.7	3.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	0.0	0.0	7.1	35.7	53.6	3.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	0.0	3.6	17.9	35.7	28.6	14.3	28.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	0.0	14.3	14.3	32.1	25.0	14.3	28.0

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og til personell som hadde kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 33: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam:

	Svært uenig	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruke	4.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med sto	4.5	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/bruke	4.4	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/bru	4.6	27.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende t	4.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/bruk	4.7	28.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det sam	4.4	28.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	4.5	28.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	4.1	28.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekon	4.6	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	4.5	28.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	4.0	28.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	3.8	28.0

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og til personell som hadde kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 34: Har du (øvrige) kommentarer til ordningen med primærhelseteam?

12.7 Bakgrunn og erfaring

Spørsmål 35: Hva er ditt kjønn?

	Alle	Tiltak	Kontroll
Kvinne	30	21	9
Mann	3	3	0
N	9	24	9

Spørsmål 36: Hva er din alder?

	Alle	Driftstilskuddsm odellen	Honorarmodelle n	Tiltak	Kontroll
20 – 29 år	1	0	0	0	1
30 – 39 år	12	3	6	9	3
40 – 49 år	11	8	2	10	1
50 – 59 år	7	2	3	5	2
60 – 69 år	3	0	1	1	2
Observations	34	13	12	25	9

Note:

Spørsmål 37: Hva er din høyeste fullførte utdanning?

	Alle	Tiltak	Kontroll
Bachelor i sykepleie	19	12	7
Mastergrad	5	4	1
Videreutdanning/spesialisering	9	8	1
N	33	24	9

Spørsmål 38: Hva er din spesialisering/fordypning? Flere kryss er mulig

	Antall
Avansert klinisk sykepleie	0
Intensivsykepleie	1
Operasjonssykepleie	1
Kreftsykepleie	1
Diabetes sykepleie	0
Kardiologisk sykepleie	0
Psykiatrisk sykepleie	1
Geriatrisk sykepleie	1
Palliativ sykepleie	0
Helsesøster	1
Annen spesialisering	3
Totalt	9

Spørsmål 39: Hvilket år begynte du å jobbe ved dette fastlegekontoret?

	Alle	Driftstilskuddsm odellen	Honorarmodelle n	Tiltak	Kontroll
1990 – 1999	4	2	1	3	1
2000 – 2009	8	3		3	5
2010 - 2018	20	7	11	18	2
Observations	32	12	12	24	8

Note:

Spørsmål 40: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret?

	Alle	Driftstilskuddsm odellen	Honorarmodelle n	Tiltak	Kontroll
25 % - 49 %	4	4	0	4	0
50 % - 74 %	5	0	1	1	4
75 – 99	5	5	0	5	0
100 %	18	3	11	14	4
Observations	32	12	12	24	8

Note:

Spørsmål 41: Hvor mange år har du jobbet i fastlegetjenesten?

	Alle	Driftstilskuddsm odellen	Honorarmodelle n	Tiltak	Kontroll
Mindre enn 5 år	15	4	10	14	1
6 - 10 år	5	4		4	1
11 – 15 år	6	1		1	5
16 – 20 år	2	1	1	2	
21 – 25 år	3	2		2	1
26 – 30 år	3	1	1	2	1
Observations	34	13	12	25	9

Note:

13. Appendiks D: Spørreundersøkelse til helsesekretærer

Appendiks E: Spørreundersøkelse kommunehelsetje Totalt 44 helsesekretærer samtykket til å delta i spørreundersøkelsen, 35 er ansatt på fastlegekontor som deltar i utprøvingen med primærhelseteam, 9 er ansatt på fastlegekontor i kontrollgruppen.

13.1 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 1: I hvilken grad er du fornøyd med følgende:

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Ansvar du er tildelt	2.073 (1.010)	1.714 (1.267)	2.389 (0.502)	2.094 (0.963)	2 (1.225)
Variasjonen du har i dine arbeidsoppgaver	2.195 (1.167)	1.786 (1.528)	2.500 (0.786)	2.188 (1.203)	2.222 (1.093)
Tiden du har til å utføre dine arbeidsoppgaver	1.200 (1.698)	0.857 (1.956)	1.882 (1.054)	1.419 (1.587)	0.444 (1.944)
Kollegene dine og øvrige ansatte	2.268 (1.119)	2.267 (1.280)	2.222 (1.166)	2.242 (1.200)	2.375 (0.744)
Muligheten til å bruke dine evner	2.024 (1.214)	2.071 (1.207)	2.222 (0.647)	2.156 (0.920)	1.556 (1.944)
Frihet til å velge dine arbeidsmetoder	1.667 (1.402)	1.385 (1.758)	2.059 (0.966)	1.767 (1.382)	1.333 (1.500)
Anerkjennelsen du får for godt utført arbeid	1.195 (1.487)	0.933 (1.486)	1.667 (1.328)	1.333 (1.429)	0.625 (1.685)
Arbeidsmengden din	1.119 (1.714)	0.867 (1.922)	1.722 (1.074)	1.333 (1.555)	0.333 (2.121)
Lønnen din sett i forhold til dine anstrengelser og prestasjoner på jobben	-0.0952 (1.819)	-0.333 (1.676)	0.556 (1.886)	0.152 (1.822)	-1 (1.581)
Alt i tatt i betraktning, hvor fornøyd er du med jobben din?	2.071 (1.295)	1.800 (1.612)	2.278 (1.018)	2.061 (1.321)	2.111 (1.269)
Observasjons	42	15	18	33	9

Note:

Spørsmål 2: Du har svart at du er misfornøyd med arbeidsmengden din. Ville du hatt en større eller mindre arbeidsmengde?

9 respondenter svarte «Jeg vil ha en mindre arbeidsmengde», 0 respondenter svarte «Jeg vil ha en større arbeidsmengde»

Spørsmål 3: Kan du beskrive hvilken type arbeidsoppgaver du ville hatt mer eller mindre av?

- 10 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Mer prosedyreoppgaver
- Flere oppgaver knyttet til driften
- Stor pågang på telefon gjør det krevende å være disponibel for registrering av pasienter som kommer
- Bedre fordeling, det er til tider svært mye å gjøre og andre ganger lite å gjøre
- Mer praktisk arbeid
- Mindre av de oppgavene leger ikke har tid til/ønsker å utføre

- Bestilling av varer er tidkrevende på grunn av upraktisk system
- Mye diskusjon med pasienter om tildeling av timer hos fastlege
- Mer skjermet arbeid

Spørsmål 4: Har du andre kommentarer knyttet til din arbeidstilfredshet?

- 11 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Dører til laboratoriet og resepsjon burde være lukket
- Bedre kommunikasjon mellom ansatte og lederen
- God trivsel på jobb, variert og interessant
- Legene må se på arbeidslistene og ikke overbooke
- Sjefene er ikke nok engasjert i helsesekretærene, blir ikke nok hensyntatt med tanke på belastning i arbeidsdagen
- Ønsker respekt for arbeidet og avgjørelsene de tar, ønsker å bli hørt og forstått

13.2 Tidsbruk

Spørsmål 5: Hvor mange timer jobber du til sammen i løpet av en gjennomsnittlig uke?

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Hvor mange timer jobber du til sammen i løpet av en gjennomsnittlig uke?	32.02 (7.778)	31.20 (8.351)	33.58 (8.030)	32.53 (8.136)	30.11 (6.274)
Observations	43	15	19	34	9

Note:

Spørsmål 6: Tenk deg en gjennomsnittlig arbeidsuke. Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid bruker du på følgende arbeidsoppgaver?

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Direkte pasientkontakt (ikke ved skranken, f.eks. prøvetaking, konsultasjon)	37.42 (22.41)	35.20 (20.17)	36.42 (24.49)	35.88 (22.37)	43.22 (22.93)
Pasientrelatert etterarbeid (uten at pasienten er til stede)	17.39 (9.582)	16.55 (13.57)	17.78 (7.712)	17.31 (10.11)	17.67 (8.155)
Sekretæroppgaver ved skranken (besvare henvendelser ved skranken, per telefon)	41.67 (24.47)	40.77 (28.42)	43.36 (24.00)	41.96 (25.95)	40.89 (21.37)
Pasientrelaterte møter (med annet helsepersonell, NAV o.l.)	1.583 (3.850)	2.923 (5.894)	0.600 (1.352)	1.679 (4.217)	1.250 (2.315)
Andre administrative oppgaver og opplæring	19.04 (18.84)	18.45 (18.11)	15.30 (13.11)	16.95 (15.62)	26.33 (28.08)
Observations	43	15	19	34	9

Note:

13.3 Arbeidstilfredshet

Spørsmål 7: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med det generelle samarbeidet:

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Med fastlegen(e) på fastlegekontoret	1.857 (1.389)	1.600 (1.682)	2.105 (1.197)	1.882 (1.431)	1.750 (1.282)
Med helsesekretæren(e) på fastlegekontoret	2.452 (0.942)	2.267 (1.335)	2.526 (0.697)	2.412 (1.019)	2.625 (0.518)
Med sykepleieren(e) på fastlegekontoret	2 (1.354)	2.571 (0.852)	2.176 (1.074)	2.355 (0.985)	0.167 (1.602)
Med andre ansatte på fastlegekontoret	2.162 (0.986)	2.455 (0.934)	2.263 (0.733)	2.333 (0.802)	1.429 (1.397)
Observations	42	15	19	34	8

Note:

Spørsmål 8: Du har svart at du er misfornøyd med det generelle samarbeidet med en eller flere parter nevnt i spørsmål 7. Kan du utdype?

- 3 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Samarbeidet mellom helsesekretærer og leger burde vært bedre
- Lite samarbeid mellom helsesekretær og sykepleier, men når de samarbeider fungerer det greit
- Lite samarbeid mellom helsesekretærene, de tenker ikke på fellesskapet
- Man blir ikke hørt på arbeidsplassen og avgjørelser blir tatt over hodet på helsesekretærene

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Alle.

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Jeg vet ikke/ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient/bruker	9.3	62.8	23.3	0.0	0.0	4.7	43.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	9.3	53.5	30.2	0.0	4.7	2.3	43.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	7.0	32.6	27.9	2.3	7.0	23.3	43.0
Annet	11.4	28.6	28.6	0.0	0.0	31.4	35.0

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient/bruker	2.1	43.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.4	43.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.6	43.0
Annet	2.3	35.0

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Tiltak

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Jeg vet ikke/ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient/bruker	8.8	58.8	26.5	0.0	0.0	5.9	34.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	11.8	50.0	29.4	0.0	5.9	2.9	34.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	8.8	29.4	26.5	0.0	8.8	26.5	34.0
Annet	11.1	25.9	33.3	0.0	0.0	29.6	27.0

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Tiltak.

Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient/bruker	2.2	34.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.4	34.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.6	34.0
Annet	2.3	27.0

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Kontroll

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke ønsker ikke å svare	N
Behandling av pasient/bruker	11.1	77.8	11.1	0.0	0.0	0.0	9.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	9.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	0.0	44.4	33.3	11.1	0.0	11.1	9.0
Annet	12.5	37.5	12.5	0.0	0.0	37.5	8.0

Spørsmål 9: Hvor ofte opplever du uenighet mellom de som arbeider på fastlegekontoret om følgende forhold: Kontroll.

Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Aldri'=1 og 'Svært ofte'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Behandling av pasient/bruker	2.0	9.0
Arbeids- og ansvarsfordeling	2.3	9.0
Økonomi (for eksempel lønn, ressursfordeling, budsjetter)	2.6	9.0
Annet	2.0	8.0

Spørsmål 10: Hvilke er styrkene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor?

- 28 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Alle er flinke på sitt område og supplerer hverandre
- Alle får si hva de mener
- Alle kan utføre de samme arbeidsoppgavene
- Ansatte tar ansvar for ulike oppgaver og er selvstendige, god ressursutnyttelse
- Flere leger og helsesekretærer på samme sted gjør at yrkesgruppene kan konferere med hverandre hvis det er nødvendig

- God kommunikasjon, tillit og fleksibilitet
- Dyktige ansatte
- Alle er med på å dra lasset
- Regelmessige møter på tvers av profesjon gir mulighet for medvirkning og forståelse for hverandres arbeidssituasjon
- Mange med ulik stilling, alder, arbeidserfaring, livserfaring som utfyller hverandre godt
- Forståelse for de andre ansattes jobb

Spørsmål 11: Hvilke er utfordringene knyttet til samarbeid på ditt fastlegekontor?

- 26 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Alle vil ha en del av sekretærene
- Yrkesgruppene jobber ikke for et felles mål
- Liten tid til kommunikasjon
- Dårlig samarbeid mellom legene og helsesekretærene
- Føler seg ikke ivaretatt på jobb
- Dårlig og lite kommunikasjon
- Mangel på kompetanse
- Uenighet om rutiner
- For lite tid til å evaluere
- For lite tid til å snakke med legen

Spørsmål 12: Har du andre kommentarer knyttet til samarbeidet på fastlegekontoret?

Ingen andre kommentarer.

13.4 Samhandling

Spørsmål 13: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du generelt med samhandlingen med?

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodell en	Tiltak	Kontroll
Pasienter/brukere	1.714 (1.066)	1.800 (0.941)	1.556 (1.097)	1.667 (1.021)	1.889 (1.269)
Pårørende til pasienter/brukere	1.625 (1.005)	1.733 (0.884)	1.500 (1.095)	1.613 (0.989)	1.667 (1.118)
Observations	42	15	18	33	9

Note:

Spørsmål 14: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder:

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodell en	Tiltak	Kontroll
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	1.457 (1.120)	1.900 (0.994)	1.375 (1.204)	1.577 (1.137)	1.111 (1.054)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, demensomsorg)	1.258 (1.094)	1.400 (1.265)	1.583 (0.996)	1.500 (1.102)	0.667 (0.866)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.344 (1.153)	1.545 (1.440)	1.538 (0.877)	1.542 (1.141)	0.750 (1.035)
Observations	36	11	16	27	9

Note:

Spørsmål 15: Du har svart at du er misfornøyd med det samhandlingen med en eller flere aktører innen primærhelsetjenesten. Kan du utdype?

- 2 personer svarte på spørsmålet.

Generelle tilbakemeldinger er

- Helsesekretæren har lite samarbeid med hjemmetjenesten, og kommunikasjon mellom lege og hjemmetjenesten er dårlig
- Sykehjemmet ringer ofte før de har lest tilbakemeldinger fra lege
- Sykehjemmet ringer legesenteret selv om det ikke er en lege på legesenteret som er ansvarlig

Spørsmål 16: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med samhandlingen med:

	Alle	Driftstilskudds modellen	Honorarmodellen	Tiltak	Kontroll
Spesialisthelsetjenesten	0.929 (1.086)	1.125 (1.126)	1.250 (0.866)	1.200 (0.951)	0.250 (1.165)
Trygdeetaten (NAV)	1.067 (1.015)	1.125 (1.126)	1.214 (1.051)	1.182 (1.053)	0.750 (0.886)
Observations	30	8	14	22	8

Note:

Spørsmål 17: Du har svart at du er misfornøyd med det samhandlingen med en eller flere aktører innen spesialisthelsetjenesten. Kan du utdype?

- 1 person svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- Pasienter blir ofte henvist raskt tilbake til fastlege med flere spørsmål enn svar

Spørsmål 18: Du har svart at du er misfornøyd med det samhandlingen med trygdeetaten (NAV). Kan du utdype?

- 1 person svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- Vanskelig å få kontakt med

13.5 Behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Alle.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	16.3	55.8	16.3	11.6	43.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.3	4.7	32.6	37.2	7.0	16.3	43.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	2.4	14.3	52.4	9.5	21.4	42.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	14.3	52.4	21.4	11.9	42.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	18.6	48.8	11.6	20.9	43.0

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score

basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.00	43.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.50	43.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.88	42.0
Skrøpelige eldre	4.08	42.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.91	43.0

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0	0	20.6	50	20.6	8.8	34
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	2.9	5.9	32.4	38.2	8.8	11.8	34
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0	3	18.2	48.5	12.1	18.2	33
Skrøpelige eldre	0	0	18.2	48.5	24.2	9.1	33
Personer med andre store og sammensatte behov	0	0	20.6	47.1	14.7	17.6	34

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.00	34
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.50	34
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.85	33
Skrøpelige eldre	4.07	33
Personer med andre store og sammensatte behov	3.93	34

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0	0	0	77.8	0	22.2	9
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0	0	33.3	33.3	0	33.3	9
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0	0	0	66.7	0	33.3	9
Skrøpelige eldre	0	0	0	66.7	11.1	22.2	9
Personer med andre store og sammensatte behov	0	0	11.1	55.6	0	33.3	9

Spørsmål 19: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor har en positiv virkning på helsetilstanden til pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.00	9
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.50	9
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	4.00	9
Skrøpelige eldre	4.14	9
Personer med andre store og sammensatte behov	3.83	9

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0	2.4	21.4	33.3	11.9	31	42
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0	4.8	35.7	26.2	0	33.3	42
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0	2.4	21.4	38.1	4.8	33.3	42
Skrøpelige eldre	0	4.8	19	33.3	11.9	31	42
Personer med andre store og sammensatte behov	0	4.8	26.2	31	2.4	35.7	42

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.79	42
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.32	42
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.68	42
Skrøpelige eldre	3.76	42
Personer med andre store og sammensatte behov	3.48	42

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	3.0	21.2	30.3	15.2	30.3	33.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	6.1	33.3	30.3	0.0	30.3	33.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	3.0	24.2	36.4	6.1	30.3	33.0
Skrøpelige eldre	0.0	6.1	21.2	30.3	12.1	30.3	33.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	6.1	27.3	30.3	3.0	33.3	33.0

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.83	33.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.35	33.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.65	33.0
Skrøpelige eldre	3.69	33.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.45	33.0

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	22.2	44.4	0.0	33.3	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	0.0	44.4	11.1	0.0	44.4	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	11.1	44.4	0.0	44.4	9.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	11.1	44.4	11.1	33.3	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	22.2	33.3	0.0	44.4	9.0

Spørsmål 20: I hvilken grad opplever du at behandlingen som gis ved ditt fastlegekontor legger til rette for brukermedvirkning for pasienter/brukere i følgende grupper: Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.67	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.20	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.80	9.0
Skrøpelige eldre	4.00	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.60	9.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Alle

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	24.4	41.5	9.8	24.4	41.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	7.3	31.7	34.1	4.9	22.0	41.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	22.0	46.3	4.9	26.8	41.0
Skrøpelige eldre	0.0	2.4	19.5	51.2	2.4	24.4	41.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	30.0	30.0	2.5	37.5	40.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Alle. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.81	41.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.47	41.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.77	41.0
Skrøpelige eldre	3.71	41.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.56	40.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tiltak

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	28.1	40.6	9.4	21.9	32.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	6.3	31.3	40.6	3.1	18.8	32.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	21.9	50.0	3.1	25.0	32.0
Skrøpelige eldre	0.0	3.1	18.8	56.3	0.0	21.9	32.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	32.3	32.3	0.0	35.5	31.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tiltak. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	3.76	32.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.50	32.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.75	32.0
Skrøpelige eldre	3.68	32.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.50	31.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Kontroll

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med kroniske sykdommer	0.0	0.0	11.1	44.4	11.1	33.3	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	0.0	11.1	33.3	11.1	11.1	33.3	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	0.0	0.0	22.2	33.3	11.1	33.3	9.0
Skrøpelige eldre	0.0	0.0	22.2	33.3	11.1	33.3	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	0.0	0.0	22.2	22.2	11.1	44.4	9.0

Spørsmål 21: I hvilken grad opplever du at det samlet sett fra hele helsetjenesten gis koordinerte og sammenhengende helsetjenester til pasienter/brukere i følgende grupper. Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Kontroll. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med kroniske sykdommer	4.00	9.0
Personer med psykiske lidelser og rusavhengighet	3.33	9.0
Personer med utviklingshemming og fysiske funksjonsnedsettelse	3.83	9.0
Skrøpelige eldre	3.83	9.0
Personer med andre store og sammensatte behov	3.80	9.0

Spørsmål 22: Har du andre kommentarer knyttet til behandlingen av pasienter/brukere med store og sammensatte behov?

- 2 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- De får tilbud om oppfølging, men prosjektet er nytt og skummelt for noen og de takker derfor nei til tilbudet
- Vanskelige å rekruttere til primærhelseteamprosjektet

13.6 Forventninger om primærhelseteam

Spørsmål 23: Inngår ditt fastlegekontor i prøveprosjektet med primærhelseteam?

	Antall personer
Ja	35
Nei	9
N	44

Spørsmål 24: Hvilken finansieringsmodell piloteres ved ditt fastlegekontor?

	Antall personer
Driftstilskuddsmodellen	15
Honorarmodellen	20
N	35

Spørsmål 25: I hvilken grad forventer du at det vil bli endringer i dine arbeidsoppgaver som følge av opprettelse av primærhelseteam?

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
20.6	20.6	44.1	5.9	0.0	8.8	34.0

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 25: I hvilken grad forventer du at det vil bli endringer i dine arbeidsoppgaver som følge av opprettelse av primærhelseteam? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'I svært liten grad'=1 og 'I svært stor grad'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

Gjennomsnitt	N
2.39	34.0

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 26: Hvilke type endringer i arbeidsoppgaver forventer du som følge av opprettelse av primærhelseteam?

- 8 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- Mer koordinerte arbeidsoppgaver
- Mer administrative oppgaver knyttet til rapportering
- Endringer i utarbeidelse av behandlingsplaner og oppgaver knyttet til å lage prosedyrer for sykepleierkonsultasjoner
- Oppgaver knyttet til samarbeid med sykepleier
- Mindre hjemmebesøk for blodprøvetaking
- Oppfølging av eldre og skrøpelige vil falle mer på pht
- Mer sekretær oppgaver

Spørsmål 27: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke det generelle samarbeidet? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik)

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Med ansatte på fastlegekontoret	1.559 (1.186)	1.400 (1.404)	1.684 (1.003)
Med pasienter/brukere	2.030 (0.770)	2.071 (0.616)	2 (0.882)
Med pårørende til pasienter/brukere	1.970 (0.918)	1.714 (0.914)	2.158 (0.898)
Observations	34	15	19

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 28: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med primærhelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Primærhelsetjenesten samlet sett	1.897 (0.939)	1.667 (0.778)	2.059 (1.029)
Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, BPA, hverdagsrehabilitering o.l.)	2 (0.743)	1.917 (0.515)	2.056 (0.873)
Sykehjem (avlastning, dagsenter, langtids- og korttidsopphold, Å demensosmo	1.897 (0.817)	1.727 (0.786)	2 (0.840)
Andre deler av primærhelsetjenesten	1.846 (0.732)	1.778 (0.441)	1.882 (0.857)
Observations	31	13	18

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 29: Hvordan forventer du at primærhelseteam vil påvirke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor følgende områder? Skala: -3 til +3, -3 = svært negativ effekt, 0 = ingen effekt, 3 = svært positiv effekt. Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).

	Alle	Driftstilskuddsmodellen	Honorarmodellen
Spesialisthelsetjenesten	1.444 (1.013)	1.200 (0.789)	1.588 (1.121)
Trygdeetaten (NAV)	1.280 (1.021)	1.100 (0.876)	1.400 (1.121)
Observations	27	10	17

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 30: Har du kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som er beskrevet i dette spørreskjemaet?

Antall personer	
Ja	2
Nei	7
N	9

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som ikke deltar i forsøket med primærhelseteam.

Spørsmål 31: Ta stilling til følgende påstander om primærhelseteam:

	Svært uenig	Delvis uenig	Verken uenig eller enig	Delvis enig	Svært enig	Vet ikke	N
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/bruke	0.0	2.8	2.8	27.8	58.3	8.3	36.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med sto	0.0	0.0	8.3	27.8	52.8	11.1	36.0
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/bruke	0.0	0.0	8.3	33.3	41.7	16.7	36.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/bru	0.0	0.0	5.6	30.6	55.6	8.3	36.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse blant pårørende t	0.0	0.0	5.7	40.0	37.1	17.1	35.0
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/bruk	0.0	0.0	5.6	30.6	52.8	11.1	36.0
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det sam	0.0	0.0	17.6	26.5	47.1	8.8	34.0
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	0.0	0.0	13.9	33.3	44.4	8.3	36.0
Primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastleger	0.0	0.0	20.0	37.1	34.3	8.6	35.0
Primærhelseteam vil bidra til en mer effektiv ressursbruk på fastlegekon	0.0	0.0	19.4	38.9	33.3	8.3	36.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	2.8	0.0	16.7	30.6	41.7	8.3	36.0
Primærhelseteam vil bidra til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten	2.9	0.0	31.4	14.3	31.4	20.0	35.0
Primærhelseteam vil bidra til kortere ventetider til fastlegetjenesten	2.8	5.6	25.0	19.4	27.8	19.4	36.0

Note: Dette spørsmålet ble kun gitt til personell som deltar i forsøket med primærhelseteam og personell som oppga å ha kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som var beskrevet i spørreskjemaet.

Spørsmål 32: Har du øvrige kommentarer til ordningen med primærhelseteam?

- 5 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- Underlig at ikke helsesekretæren blir tatt mer med i primærhelseteam enn det er skissert fra Helsedirektoratet
- Primærhelseteam vil bli et godt tilbud for brukere
- Systematisk samarbeid mellom ulike ressurser vil bidra til å gi bedre og raskere hjelp, og på sikt reduser kostnader gjennom forebygging

13.7 Bakgrunn og erfaring

Spørsmål 33: Hva er ditt kjønn?

	Antall personer
Kvinne	34
Mann	0
N	34

Spørsmål 34: Hva er din alder?

	Alle	Driftstilskuddsmo- dellen	Honorarmode- llen	Tiltak	Kontroll
20 – 29	4	2	2	4	0
30 – 39	3	3	0	3	0
40 - 49	15	5	8	13	2
50 – 59	16	3	7	10	6
60 - 69	5	2	2	4	1
Total	43	15	19	34	9

Spørsmål 35: Hva er din høyeste fullførte utdanning?

	Alle	Driftstilskudd smodellen	Honorarmode- llen	Tiltak	Kontroll
Videregående skole	28	10	12	22	6
Fagskole	10	4	3	7	3
Høyskole eller universitet 1-3 år	3	0	3	3	0
Høyskole eller universitet 4-5 år	0	0	0	0	0
Høyskole eller universitet mer enn 5 år	1	1	0	1	0
Totalt	42	15	18	33	9

Spørsmål 36: I hvilket år begynte du å jobbe ved dette fastlegekontoret?

Omregnet til hvor mange år personen har jobbet ved fastlegekontoret.

	Alle	Tiltak	Kontroll
Mindre enn 5 år	18	16	2
5 – 9 år	5	3	2
10 – 14 år	5	3	2
15 – 19 år	5	4	1
20 – 24 år	4	2	2
25 – 29 år	1	1	0
Mer enn 30 år	1	1	0
Totalt	39	30	9

Spørsmål 37: Hva er din stillingsprosent ved dette fastlegekontoret?

	Alle	Tiltak	Kontroll
10 - 19 %	19	16	3
20 - 29 %	0	0	0
30 - 39 %	0	0	0
40 - 49 %	2	1	1
50 - 59 %	2	2	0
60 - 69 %	3	1	2
70 - 79 %	6	5	1
80 - 89 %	8	6	2
90 - 99 %	0	0	0
100 %	0	0	0
Totalt	40	31	9

Spørsmål 38: Hvor mange år har du jobbet i fastlegetjenesten?

	Alle	Tiltak	Kontroll
Mindre enn 5 år	13	10	3
5 - 9 år	6	6	0
10 - 14 år	3	1	2
15 - 19 år	6	6	0
20 - 24 år	4	3	1
25 - 29 år	2	1	1
Mer enn 30 år	5	4	1
Totalt	39	31	8

Spørsmål 39: Har du kommentarer til denne spørreundersøkelsen?

- 2 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger er

- Vanskelig å svare på
- For tidlig i prosessen

14. Appendiks E: Spørreundersøkelse til kommunehelsetjenesten

I det følgende presenterer vi resultater fra spørreskjema til ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenester. Totalt 45 personer samtykket til å delta i undersøkelsen, men på enkelte spørsmål valgte noen å ikke svare. Antallet som besvarte hvert enkelt spørsmål er angitt nedenfor.

14.1 Bakgrunn og erfaring

Spørsmål 1: Samtykker du til å delta i undersøkelsen?

- Alle de 45 respondentene svarte «Ja»

Spørsmål 2: I hvilken kommune er du ansatt?

Respondentene var ansatt i Oslo, Austevoll, Eid, Flora, Hamar, Hå, Kristiansand, Ringsaker, Seljord og Rana.

Spørsmål 3: I hvilken del av helse- og omsorgstjenesten jobber du?

	Antall	Prosent
Annet	14	31.1
Hjemmesykepleien	4	8.9
Kommunal administrasjon	3	6.7
Kommunal tjeneste for utviklingshemmede	3	6.7
Kommunalt psykisk helsearbeid	10	22.2
Kommunalt rusarbeid	1	2.2
Langtidsavdeling på sykehjem	2	4.4
Søknadskontor/bestillingskontor	8	17.8
Total	45	100.0

Spørsmål 4: Du svarte "Annet" på forrige spørsmål. Hvor jobber du? [fritekst]

- Av de 14 personene som svarte "Annet" svarte 6 personer at de arbeidet på fysio- og ergoterapiavdelingen. De resterende 8 personene svarte at de jobbet på helsestasjon, skole, rehabilitering, NAV og akuttmedisinsk.

Spørsmål 5: Hvilken type stilling har du?

	Antall	Prosent
Annet	3	6.7
Ledelse og administrasjon	23	51.1
Stilling i direkte kontakt med pasient	19	42.2
Total	45	100.0

Spørsmål 6: Du svarte "Annet" på forrige spørsmål. Hvilken type stilling har du? [fritekst]

- De 3 personene som svarte "Annet" oppga at de arbeidet med koordinering, kartlegging, pasientkontakt og andre administrative oppgaver.

Spørsmål 7: Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

	Antall	Prosent
Annen	5	11.4
Helsefaglig bakgrunn	39	88.6
Total	44	100.0

14.2 Behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Spørsmål 8: I hvilken grad jobber du med pasienter/brukere i følgende grupper? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med diabetes	25,6	20,5	25,6	17,9	10,3	0	39
Personer med KOLS	38,5	7,7	12,8	20,5	20,5	0	39
Personer med kreft	34,2	18,4	15,8	18,4	13,2	0	38
Personer med rusavhengighet	25,6	18,6	25,6	11,6	18,6	0	43
Personer med psykiske lidelser	7	4,7	30,2	27,9	27,9	2,3	43
Personer med utviklingshemming	26,2	23,8	16,7	21,4	11,9	0	42
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	15	12,5	25	20	27,5	0	40
Skrøpelige eldre	28,2	15,4	7,7	5,1	43,6	0	39
Personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov	15	5	20	25	35	0	40
Andre grupper	18,8	9,4	21,9	15,6	25	9,4	32

Spørsmål 8: I hvilken grad jobber du med pasienter/brukere i følgende grupper? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

Spørsmål	Gjennomsnitt	N
Personer med diabetes	2,67	39
Personer med KOLS	2,77	39
Personer med kreft	2,58	38
Personer med rusavhengighet	2,79	43
Personer med psykiske lidelser	3,67	43
Personer med utviklingshemming	2,69	42
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	3,33	40
Skrøpelige eldre	3,21	39
Personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov	3,60	40
Andre grupper	3,21	32

Spørsmål 9: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra følgende tjenester? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegetjenesten	13,6	15,9	43,2	11,4	6,8	9,1	44
Primærhelsetjenesten for øvrig	11,4	27,3	40,9	9,1	0	11,4	44
Kommunal omsorgstjeneste	11,4	25	43,2	6,8	2,3	11,4	44
Spesialisthelsetjenesten	8,9	17,8	40	17,8	4,4	11,1	45

Spørsmål 9: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra følgende tjenester? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Fastlegetjenesten	2,80	44
Primærhelsetjenesten for øvrig	2,54	44
Kommunal omsorgstjeneste	2,59	44
Spesialisthelsetjenesten	2,90	45

Spørsmål 10: Du har svart at pasientene du møter i ditt arbeid har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging. Kan du utdype? [fritekst]

- 15 personer svarte på spørsmålet

Generelle tilbakemeldinger for å utdype pasienters behov er:

- Det er behov for økt helhetstenkning i helsetjenesten. Dette gjelder særlig i situasjoner med overføring av pasienter mellom barneavdeling og voksenavdeling, oppfølging i primærhelsetjenesten etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten, avvisning av pasienter i spesialisthelsetjenesten, og der det er behov for systematisk tverrfaglig oppfølging av brukere. I tillegg pekes det på et behov for individtilpasset behandlingsopplegg.
- Pasientene blir for tidlig skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten/psykiatrisk avdeling
- Pasientene har for lite kontakt med fastlegen. Dette skyldes at det er vanskelig å få time (lange ventelister), at pasientene selv ikke tar kontakt med fastlegen, eller at fastlegen ikke i tilstrekkelig grad følger opp pasienten grunnet for stor arbeidsbelastning. Det pekes på et behov for flere hjemmebesøk fra fastlegene, og tettere oppfølging med hjemmetjenesten.
- Det er særlig pasienter med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse som har udekkede behov. Det pekes på at fastleger ofte har liten kjennskap til pasienters rusmisbruk/psykiske helseproblemer grunnet lite kontakt med disse pasientene.

Spørsmål 11: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne mottar et koordinert og sammenhengende tilbud av helsetjenester? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
2,2	0	48,9	33,3	11,1	4,4	45

Gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5 er 3,54. Da er svaralternativet 'Vet ikke' ikke regnet med.

Spørsmål 12: Du har svart at pasientene du møter i ditt arbeid i liten grad mottar et koordinert og sammenhengende tilbud av helsetjenester. Kan du utdype? [fritekst]

- Kun 1 person svarte på dette spørsmålet. Personen utdype med at det er utfordrende å samarbeide ettersom de ulike tjenestene benytter ulike dokumentasjonssystemer.

1 4.3 Samarbeid med fastlegetjenesten

Spørsmål 13: Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken uenig eller enig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Jeg har nok tid til å følge opp samarbeidet med fastlegetjenesten	2,3	20,5	9,1	43,2	20,5	4,5	44
Fastlegetjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested	4,5	36,4	11,4	36,4	6,8	4,5	44
Det er lett å få kontakt med fastlegekontoret vedrørende enkeltpasienter	4,5	20,5	9,1	27,3	36,4	2,3	44
Fastlegekontorene er gode til å følge opp samarbeidet om enkeltpasienter med mitt tjenestested	2,3	31,8	9,1	38,6	13,6	4,5	44
Kommunikasjonskanalene til fastlegetjenesten er gode nok	6,8	18,2	6,8	38,6	27,3	2,3	44
Det er en klar arbeids- og ansvarsfordeling mellom fastlegetjenesten og mitt tjenestested	0	18,2	22,7	38,6	18,2	2,3	44
Alt i alt, samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer godt	2,2	15,6	13,3	37,8	28,9	2,2	45

Spørsmål 13: Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Helt uenig'=1 og 'Helt enig'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

Spørsmål	Gjennomsnitt	N
Jeg har nok tid til å følge opp samarbeidet med fastlegetjenesten	3,62	44
Fastlegetjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested	3,05	44
Det er lett å få kontakt med fastlegekontoret vedrørende enkeltpasienter	3,72	44
Fastlegekontorene er gode til å følge opp samarbeidet om enkeltpasienter med mitt tjenestested	3,31	44
Kommunikasjonskanalene til fastlegetjenesten er gode nok	3,63	44
Det er en klar arbeids- og ansvarsfordeling mellom fastlegetjenesten og mitt tjenestested	3,58	44
Alt i alt, samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer godt	3,77	45

Spørsmål 14: Hvor mange ganger tok du kontakt med en fastlege angående behandlingen av en pasient/bruker i løpet av den siste uken?

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Observasjoner	2.045455	2.486751	0	10
	44			

Spørsmål 15: Hva er den største utfordringen knyttet til samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten? [fritekst]

- 22 personer svarte på undersøkelsen

Generelle tilbakemeldinger:

- Digitale kommunikasjonssystemer fungerer ikke optimalt, og bruk av ulike systemer som ikke snakker sammen
- Kapasitetsproblemer i fastlegetjenesten gjør det vanskelig for både pasienter og kommunalt ansatte å komme i kontakt med fastlegen. I tillegg mangler det møtepunkter, og flere etterspør faste møter. Dette gjør

- det videre utfordrende å informere fastlegen om helsetilstand og medisinliste.
- Det er for lite tid i arbeidshverdagen til å kommunisere med fastlegetjenesten
- Individtilpasset helsetjenester
- Utskiftning av personell, både fastleger og ansatte i kommunen

1 4.4 Forventninger til primærhelseteam

Spørsmål 16: Har du kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som er beskrevet i dette spørreskjemaet?

- Av de 44 personene som besvarte spørsmålet, svarte 63.6% ja og 36.4% nei.

Spørsmål 17: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad tror du at de vil kunne dra nytte av oppfølging av primærhelseteam? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
0	2,3	20,5	52,3	20,5	4,5	44

Gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5 er 3,95. Da er svaralternativet 'Vet ikke' ikke regnet med.

Spørsmål 18: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke din totale arbeidsbyrde?

	Antall	Prosent
Min arbeidsbyrde vil ikke endres	19	42.2
Min arbeidsbyrde vil reduseres	7	15.6
Min arbeidsbyrde vil øke	4	8.9
Vet ikke/ikke relevant	15	33.3
Total	45	100.0

Spørsmål 19: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke følgende? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Sammensetningen av dine arbeidsoppgaver	15,6	26,7	26,7	13,3	0	17,8	45
Sammensetningen av arbeidsoppgavene på ditt tjenestested samlet sett	7	9,3	46,5	11,6	4,7	20,9	43

Spørsmål 19: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke følgende? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

Spørsmål	Gjennomsnitt	N
Sammensetningen av dine arbeidsoppgaver	2,46	45
Sammensetningen av arbeidsoppgavene på ditt tjenestested samlet sett	2,97	43

Spørsmål 20: Du har svart at du tror at primærhelseteam i stor grad vil på virke sammensetningen av dine arbeidsoppgaver. Kan du utdype? [fritekst]

- 4 personer svarte på spørsmålet
- Det ble gitt tilbakemelding om at primærhelseteam forventes å kunne bidra til bedre samhandling og koordinering med kommunehelsetjenesten.

Spørsmål 21: Du har svart at du tror at primærhelseteam i stor grad vil på virke sammensetningen av arbeidsoppgaver på ditt tjenestested. Kan du utdype? [fritekst]

- 6 personer svarte på spørsmålet
- Det ble gitt tilbakemelding om at primærhelseteam kan føre til mer fokus på pasienter med sammensatte behov, og relativt mindre fokus på øvrige pasienter. Andre peker på at PHT kan gi en mer stabil situasjon for kronikere, og at flere saker kan løses hos fastlegen noe som vil redusere presset på pleie- og omsorgstjenesten.

Spørsmål 22: Ta stilling til følgende påstander om dine forventninger til primærhelseteam. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	0	2,2	33,3	44,4	13,3	6,7	45
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	2,2	4,4	26,7	42,2	13,3	11,1	45
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	2,2	4,4	22,2	48,9	15,6	6,7	45
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/brukernes behov for helsehjelp	2,2	4,4	26,7	42,2	17,8	6,7	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	0	2,2	37,8	37,8	11,1	11,1	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	0	0	22,2	51,1	15,6	11,1	45
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	0	6,7	31,1	35,6	8,9	17,8	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse for pårørende	0	4,4	17,8	42,2	15,6	20	45

Spørsmål 22: Ta stilling til følgende påstander om dine forventninger til primærhelseteam. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

Spørsmål	Gjennomsnitt	N
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	3,74	45
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	3,68	45
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	3,76	45
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/brukernes behov for helsehjelp	3,74	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,65	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,93	45
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,57	45
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse for pårørende	3,86	45

15. Appendiks F: Spørreundersøkelse til spesialisthelsetjenesten

I det følgende presenterer vi resultater fra spørreskjema til ansatte i den spesialisthelsetjenesten. Totalt 37 personer samtykket til å delta i undersøkelsen, men på enkelte spørsmål valgte noen å ikke svare. Antallet som besvarte hvert enkelt spørsmål er angitt nedenfor.

15.1 Bakgrunn og erfaring

Spørsmål 1: Samtykker du til å delta i undersøkelsen?

- 37 respondenter svarte «Ja»
- 1 respondent svarte «Nei» og svarte derfor ikke på noen flere spørsmål

Spørsmål 2: I hvilket helseforetak er du ansatt?

Respondentene oppga at de var ansatt i seks ulike helseforetak, representert ved Helse Sør-Øst og Helse Vest regionale helseforetak.

Spørsmål 3: I hvilken del av spesialisthelsetjenesten jobber du?

	Antall	Prosent
Annet	6	16.2
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	13	35.1
Poliklinikk eller behandlingssenter	5	13.5
Psykiatrisk sykehusavdeling	3	8.1
Somatisk sykehusavdeling	10	27.0
Total	37	100.0

Spørsmål 4: Du svarte "Annet" på forrige spørsmål. Hvor jobber du? [fritekst]

- Av de 6 personene som svarte "Annet" svarte 3 personer at de er fastlege og i tillegg har en stilling som praksiskonsulent tilknyttet et sykehus og jobber med samhandling mellom sykehus og fastleger.
- Av de resterende 3 jobber én med administrasjon i en tverrfaglig avdeling, én i seksjon for medisinsk hjemmebehandling og én med samhandling mellom helseforetaket og kommunene.

Spørsmål 5: Hvilken type stilling har du? Sett ett kryss

	Antall	Prosent
Annet	2	5.4
Ledelse og administrasjon	11	29.7
Stilling i direkte kontakt med pasienter/brukere	24	64.9
Total	37	100.0

Spørsmål 6: Du svarte "Annet" på forrige spørsmål. Hvilken type stilling har du? [fritekst]

- De 2 personene som svarte "Annet" er to av de som jobber med samhandling mellom fastlege og sykehus og følte ikke at de falt inn under noen av de oppgitte svaralternativene.

Spørsmål 7: Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

	Antall	Prosent
Annen	3	8.1
Helsefaglig bakgrunn	34	91.9
Total	37	100.0

15.2 Behandling av pasienter/brukere med store og sammensatte behov

Spørsmål 8: I hvilken grad jobber du med pasienter/brukere i følgende grupper? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Personer med diabetes	23,3	13,3	33,3	10	20	0	30
Personer med KOLS	30	13,3	30	10	16,7	0	30
Personer med kreft	30	23,3	13,3	13,3	20	0	30
Personer med rusavhengighet	14,7	20,6	26,5	8,8	29,4	0	34
Personer med psykiske lidelser	2,7	13,5	21,6	8,1	51,4	2,7	37
Personer med utviklingshemming	28,1	37,5	25	6,3	3,1	0	32
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	25,8	25,8	16,1	12,9	19,4	0	31
Skrøpelige eldre	36,7	0	26,7	10	26,7	0	30
Personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov	12,9	3,2	29	16,1	38,7	0	31
Andre grupper	30,4	4,3	26,1	17,4	13	8,7	23

Spørsmål 8: I hvilken grad jobber du med pasienter/brukere i følgende grupper? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Personer med diabetes	2,90	30
Personer med KOLS	2,70	30
Personer med kreft	2,70	30
Personer med rusavhengighet	3,18	34
Personer med psykiske lidelser	3,95	37
Personer med utviklingshemming	2,19	32
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	2,74	31
Skrøpelige eldre	2,90	30
Personer med andre kroniske sykdommer eller andre store og sammensatte behov	3,65	31
Andre grupper	2,76	23

Spørsmål 9: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra følgende tjenester? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Fastlegetjenesten	2,8	25	52,8	11,1	5,6	2,8	36
Primærhelsetjenesten for øvrig	0	16,2	37,8	24,3	10,8	10,8	37
Kommunal omsorgstjeneste	2,7	18,9	29,7	29,7	16,2	2,7	37
Spesialisthelsetjenesten	5,6	25	55,6	8,3	2,8	2,8	36

Spørsmål 9: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging fra følgende tjenester? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Fastlegetjenesten	2,91	36
Primærhelsetjenesten for øvrig	3,33	37
Kommunal omsorgstjeneste	3,39	37
Spesialisthelsetjenesten	2,77	36

Spørsmål 10: Du har svart at pasientene du møter i ditt arbeid har udekkede behov for helsehjelp og oppfølging. Kan du utdype? [fritekst]

- 20 respondenter fikk dette spørsmålet

De vanligste kommentarene går på:

- Det er mangel på botilbud/institusjonsplass for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbrukere.
- For kortsiktig oppfølging fra kommunen.
- For fragmentert behandling, dårlig samhandling.
- For dårlig oppfølging fra fastleger
- Pasienter med sammensatte behov som krever store ressurser å behandle blir ikke prioritert tilstrekkelig

Spørsmål 11: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad opplever du at pasientene/brukerne mottar et koordinert og sammenhengende tilbud av helsetjenester? Med koordinerte og sammenhengende helsetjenester menes at ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten samarbeider på en slik måte at pasienter/brukere får et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
2,7	8,1	45,9	32,4	10,8	0	37

Gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5 er 3,41. Da er svaralternativet 'Vet ikke' ikke regnet med.

1.5.3 Samarbeid med fastlegetjenesten

Spørsmål 12: Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N
Jeg har nok tid til å følge opp samarbeidet med fastlegetjenesten	5,4	16,2	8,1	40,5	27	2,7	37
Fastlegetjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested	10,8	45,9	10,8	29,7	0	2,7	37
Det er lett å få kontakt med fastlegekontoret vedrørende enkeltpasienter	13,5	27	5,4	37,8	13,5	2,7	37
Fastlegekontorene er gode til å følge opp samarbeidet om enkeltpasienter med mitt tjenestested	2,7	29,7	10,8	40,5	13,5	2,7	37
Kommunikasjonskanalene til fastlegetjenesten er gode nok	16,2	35,1	8,1	24,3	10,8	5,4	37
Det er en klar arbeids- og ansvarsfordeling mellom fastlegetjenesten og mitt tjenestested	0	35,1	21,6	27	13,5	2,7	37
Alt i alt, samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer godt	2,7	18,9	16,2	45,9	13,5	2,7	37

Spørsmål 12: Ta stilling til følgende påstander om samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'Helt uenig'=1 og 'Helt enig'=5. De som svarte 'Vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Jeg har nok tid til å følge opp samarbeidet med fastlegetjenesten	3,69	37
Fastlegetjenesten har nok tid til å følge opp samarbeidet med mitt tjenestested	2,61	37
Det er lett å få kontakt med fastlegekontoret vedrørende enkeltpasienter	3,11	37
Fastlegekontorene er gode til å følge opp samarbeidet om enkeltpasienter med mitt tjenestested	3,33	37
Kommunikasjonskanalene til fastlegetjenesten er gode nok	2,77	37
Det er en klar arbeids- og ansvarsfordeling mellom fastlegetjenesten og mitt tjenestested	3,19	37
Alt i alt, samhandlingen med fastlegetjenesten fungerer godt	3,50	37

Spørsmål 13: Hvor mange ganger tok du kontakt med en fastlege angående behandlingen av en pasient/bruker i løpet av den siste uken?

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Observasjoner	1.571429	1.914123	0	8
	35			

Spørsmål 14: Hva er den største utfordringen knyttet til samarbeidet mellom ditt tjenestested og fastlegetjenesten? [fritekst]

- 32 respondenter svarte på spørsmålet.

Vanligste svar:

- Fastleger deltar ikke på felles
- Vanskelig å få kontakt med fastlegen
- Fastlegen har ikke tid eller kapasitet
- Dårlig kommunikasjonsflyt
- Dårlig eller manglende samarbeid

1.5.4 Forventninger til primærhelseteam

Spørsmål 15: Har du kjennskap til ordningen med primærhelseteam utover det som er beskrevet i dette spørreskjemaet?

Ja	Nei	N
35,1	64,9	35

Spørsmål 16: Tenk på pasientene/brukerne du møter i ditt arbeid. I hvilken grad tror du at de vil kunne dra nytte av oppfølging av primærhelseteam? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
8,1	2,7	21,6	32,4	29,7	5,4	37

Gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5 er 3,77. Da er svaralternativet 'Vet ikke' ikke regnet med.

Spørsmål 17: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke din totale arbeidsbyrde?

	Antall	Prosent
Min arbeidsbyrde vil ikke endres	16	43.2
Min arbeidsbyrde vil reduseres	11	29.7
Min arbeidsbyrde vil øke	3	8.1
Vet ikke/ikke relevant	7	18.9
Total	37	100.0

Spørsmål 18: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke følgende? Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Sammensetningen av dine arbeidsoppgaver	19,4	30,6	22,2	5,6	2,8	19,4	36
Sammensetningen av arbeidsoppgavene på ditt tjenestested samlet sett	13,9	22,2	30,6	11,1	2,8	19,4	36

Spørsmål 18: I hvilken grad tror du at primærhelseteam vil påvirke følgende? Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

Spørsmål	Gjennomsnitt	N
Sammensetningen av dine arbeidsoppgaver	2,28	36
Sammensetningen av arbeidsoppgavene på ditt tjenestested samlet sett	2,59	36

Spørsmål 19: Du har svart at du tror at primærhelseteam i stor grad vil på virke sammensetningen av dine arbeidsoppgaver. Kan du utdype? [fritekst]

- 2 respondenter svarte på spørsmålet.

Svar:

- Primærhelseteam vil gi mulighet til å følge andre pasienter mer
- Primærhelseteam vil sikre koordineringen på en bedre måte og gi samarbeid mer direkte med spesialisthelsetjenestene

Spørsmål 20: Du har svart at du tror at primærhelseteam i stor grad vil på virke sammensetningen av arbeidsoppgaver på ditt tjenestested. Kan du utdype? [fritekst]

- 4 respondenter svarte på spørsmålet.

Svar:

- Bedre oppfølging i hjemkommune, slipper lang reisevei.
- Avlastning av frustrasjon rundt kommunikasjon.
- Bedre samhandling rundt dårlige pasienter vil gi mindre behov for sykehussenger
- Viktig at flere rundt pasienten følger opp. Uforutsigbare pasienter innen psykiatri, behøver flere sammensatte tjenester.

Spørsmål 21: Ta stilling til følgende påstander om dine forventninger til primærhelseteam. Tabellen angir prosentvis fordeling blant respondentene.

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	N
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	8,1	5,4	35,1	27	10,8	13,5	37
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	8,1	5,4	35,1	35,1	5,4	10,8	37
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	5,4	2,7	29,7	32,4	16,2	13,5	37
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/brukernes behov for helsehjelp	5,4	10,8	27	32,4	10,8	13,5	37
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	5,6	11,1	27,8	27,8	11,1	16,7	36
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	0	2,7	29,7	32,4	16,2	18,9	37
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	2,8	5,6	38,9	22,2	11,1	19,4	36
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse for pårørende	2,7	5,4	29,7	32,4	8,1	21,6	37

Spørsmål 21: Ta stilling til følgende påstander om dine forventninger til primærhelseteam. Tabellen angir gjennomsnittlig score basert på svaralternativene der 'i svært liten grad'=1 og 'i svært stor grad'=5. De som svarte 'vet ikke' er ikke regnet med.

	Gjennomsnitt	N
Primærhelseteam vil bidra til bedre samhandling og koordinering i det samlede tjenestetilbudet på tvers av helse- og omsorgstjenestene	3,31	37
Primærhelseteam vil bidra til kunnskapsdeling på tvers av fagmiljøer	3,27	37
Primærhelseteam vil bidra til å i større grad identifisere pasienter/brukere med store og sammensatte behov som ellers ikke ville ha etterspurt helsehjelp («svake etterspørrere»), og gi disse et bedre behandlingstilbud	3,59	37
Primærhelseteam vil bidra til en riktigere vurdering av pasientenes/brukernes behov for helsehjelp	3,38	37
Primærhelseteam vil bidra til bedre helse blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,33	36
Primærhelseteam vil bidra til bedre brukertilfredshet blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,77	37
Primærhelseteam vil bidra til økt brukermedvirkning blant pasienter/brukere med store og sammensatte behov	3,41	36
Primærhelseteam vil bidra til bedre medbrugeropplevelse for pårørende	3,48	37

16. Appendiks G: Tilleggsdata fra studie med registerdata

Tabell 16-1: Alderssammensetning i prosent i 2012 og 2018 fordelt på kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med primærhelseteam (pht)

Kommune	Ung 2012	Middels1 2012	Middels2 2012	Gammel 2012	Ung 2018	Middels1 2018	Middels2 2018	Gammel 2018
Ringsaker	25	16	47	12	23	17	46	14
Seljord	23	16	47	14	23	15	47	15
Kristian-sand	26	21	43	10	25	23	42	11
Hå	31	22	40	8	30	20	41	9
Austevoll	28	20	42	10	29	18	42	11
Flora	28	18	44	10	26	19	44	11
Eid	28	18	44	11	27	17	43	13
Rana	25	17	46	12	23	19	44	14

Kilde: SSB

Tabell 16-2: Alderssammensetning i prosent i 2012 og 2018 fordelt på bydelene i Oslo som gjennomfører forsøk med primærhelseteam (pht)

Bydel	Ung 2012	Middels1 2012	Middels2 2012	Eldre 2012	Ung 2018	Middels1 2018	Middels2 2018	Eldre 2018
Alna	25	22	44	9	25	22	44	9
Nordstrand	25	18	46	11	25	18	45	12
Sagene	15	43	37	5	15	44	36	5

Kilde: Statistikkbanken Oslo kommune

Tabell 16-3: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 per 1000 innbyggere av somatiske spesialisthelsetjenester fordelt på de enkelte kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Kommune	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
Austevoll	60	167	930
Eid	68	171	1334
Flora	68	170	1326
Hå	57	149	918
Kristiansand	63	141	1081
Rana	64	172	1290
Ringsaker	68	177	1087
Seljord	73	211	1181
Gj.snitt	65	170	1143
#obs	48	48	48

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 16-4: Gjennomsnittlig bruk 2012-2017 per 1000 innbyggere av somatiske spesialisthelsetjenester fordelt på de bydelene i Oslo som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Bydel	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
Alna	67	155	1135
Nordstrand	70	140	1144
Sagene	58	149	1082
Gj.snitt	65	148	1120
#obs	18	18	18

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 16-5: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 per 1000 innbyggere av psykisk helsevern for voksne fordelt på de enkelte kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Kommune	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
Austevoll	3	6	79
Eid	91	14	356
Flora	1	9	273
Hå	3	13	344
Kristiansand	17	14	496
Rana	1	12	341
Ringsaker	2	8	331
Seljord	2	15	277
Gj.snitt	15	11	312
#obs	48	48	48

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 16-6: Gjennomsnittlig bruk 2012-2017 per 1000 innbyggere av psykisk helsevern for voksne fordelt på de bydelene i Oslo som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Bydel	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinikk
Alna	3	8	428
Nordstrand	1	6	307
Sagene	3	13	526
Gj.snitt	2	9	420
#obs	18	18	18

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 16-7: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 per 1000 innbyggere av omsorgstjenester fordelt på de enkelte kommunene (unntatt Oslo) som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Kommune	Unike brukere	Praktisk hjelp	Helsetjenester i hjemmet	Langtidsopphold institusjon
Ringsaker	80	22	50	12
Seljord	86	41	49	14
Kristiansand	70	22	47	8
Hå	61	17	36	9
Austevoll	74	24	48	11
Flora	57	24	36	9
Eid	67	24	35	13
Rana	71	26	43	12
Gj.snitt	71	25	43	11
#obs	48	48	48	48

Kilde: IPLOS

Tabell 16-8: Gjennomsnittlig bruk 2012 – 2017 per 1000 innbyggere av omsorgstjenester fordelt på de enkelte bydelene i Oslo som gjennomfører forsøk med primærhelseteam

Bydel	Unike brukere	Praktisk hjelp	Helsetjenester i hjemmet	Langtidsopphold institusjon
Bydel Sagene	101	17	25	7
Bydel Alna	123	18	31	11
Bydel Nordstrand	141	23	32	14
Gj.snitt	122	19	29	11
#obs	18	18	18	18

Kilde: IPLOS

oslo**economics**

UiO  **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet

 **NASJONALT
SENTER FOR
DISTRIKTS
MEDISIN**