

Abelsen B, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2019) **Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II.**

## Sammendrag og konklusjoner

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

### Forsøk med PHT

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

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

### Evaluering av forsøket med PHT

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

### Utbredelse av PHT på legekantorene

Utbredelse av PHT handler om i hvilken grad legene involverer sykepleiere i helsehjelpen som gis, og hvilke pasienter som mottar denne helsehjelpen. Våre undersøkelser viser at ved utgangen av juni 2019 hadde 7,6 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet honorarmodellen og 6,4 prosent av listeinnbyggerne tilknyttet driftstilskuddsmodellen mottatt helsehjelp fra PHT en eller flere ganger siden forsøket startet. Sykepleiere med driftstilskuddsmodellen har ikke tilgang til de samme takstene som i honorarmodellen, noe som kan medføre et mindre registrert omfang av helsehjelp fra PHT i driftstilskuddsmodellen. De fleste pasientene som har mottatt helsehjelp fra PHT, hadde bare mottatt helsehjelpen én gang. I

spørreundersøkelsen svarte om lag halvparten av fastlegene at færre enn 50 listeinnbyggere hadde mottatt helsehjelp fra PHT. Den gjennomgående beskrivelsen fra intervjuer med ansatte ved legekantorene er at PHT har varierende utbredelse innenfor hvert enkelt legekantor. I mange tilfeller er det først og fremst leder av PHT som er en (av flere) leger som kanaliserer pasienter til PHT-sykepleieren. Utbredelsen, målt ved bruk av sykepleiertakster, økte fra andre halvår 2018 til første halvår 2019. De ansatte på legekantorene oppgir mange ulike forklaringer om utbredelsen, blant annet at det tar tid å endre legers arbeidsmåte, samt at det avhenger av legens oppfatning av PHT og deres tillit til sykepleiere. Det avhenger også av vikarbruk på legekantoret og legers listesammensetning i forhold til utpekte målgrupper for forsøket.

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

### **Teamarbeid på legekantoret**

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

### **Leger har i ulik grad trukket sykepleier inn i sitt pasientarbeid**

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

### **Ulike oppfatninger om egen og andres rolle i PHT**

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

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

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

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

### **Sykepleier gjør oppgaver i stedet for og i tillegg til legen**

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

### **Tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege**

Gode relasjoner og tillit mellom ulike profesjoner er en forutsetning for å få teamarbeid til å fungere godt. Intervjustudien avdekket at tillit må bygges mellom den enkelte sykepleier og lege i PHT. Ved legekantor hvor sykepleier er en ny profesjon, kan prosessen med å bygge tillit til mange ulike leger

oppleves som krevende og slitsom. Det er imidlertid spredte eksempler ved legekantor som hadde sykepleiere også før forsøket startet, på at nye sykepleiere kan bygge videre på tillit som andre sykepleiere allerede har skapt. Tillit mellom lege og sykepleier må bygges begge veier. Sykepleiere opplever at det kan være vanskelig å bygge tillit til leger som mangler interesse for PHT og til vikarleger.

### **Oppfølging av listeinnbyggere i PHT skjer på tre ulike måter**

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

### **Legen har ansvar for medisinske beslutninger i PHT**

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

### **Kommunikasjon og samarbeidsstrukturer er utviklet gjennom økt møtevirkosomhet**

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

### **Sykepleierens oppgaver – istedenfor eller i tillegg til fastlegens oppgaver?**

#### **Oppfatninger om PHT bidrar til å frigjøre tid for fastlegen**

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

#### **Hvordan fastlege og sykepleier utfyller hverandre**

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

#### **Utvikling i samlede antall konsultasjoner**

Ved hjelp av KUHR data på legenivå og på sykepleiernivå har vi undersøkt endring i antallet konsultasjoner etter at PHT ble innført. Endring er gruppert etter finansieringsmodell og legekantor. Vikarleger<sup>1</sup> er inkludert så langt det har latt seg gjøre med informasjon fra KUHR og fra Helsedirektoratet. Vi finner stor variasjon i endring i konsultasjonsrater blant legekantorene. Blant legekantorene med honorarmodell finner vi en økning i det samlede antall konsultasjoner for fem av legekantorene og en reduksjon for tre av kantorene. Blant legekantorer med driftstilskuddsmodell finner vi en økning i det samlede antall konsultasjoner for tre av legekantorene og en reduksjon for to av kantorene. Det kan være svakheter ved KUHR-data når det gjelder å fange opp bruk av fastlegevikarer ved legekantorene fullt ut. Med data på pasientnivå vil vi kunne få større kontroll over denne mulige feilkilden.

### **Finansieringsmodellene i PHT-forsøket**

#### **Ingen legekantor med honorarmodellen har nådd forutsatt sykepleiertakstinntjening**

Beregninger basert på utløste sykepleiertakster i honorarmodellen 1. halvår 2019, viser at ingen av de åtte legekantorene som prøver ut honorarmodellen nådde opp i 50 prosent taksinntjening fra sykepleiertakster som forutsatt. Det legekantoret som var nærmest, nådde 40 prosent

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

#### **Legekantorene har ikke dekket kostnadene ved honorarmodellen som antatt**

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

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

#### **Legekantorene med driftstilskuddsmodellen har økt inntjeningen per listeinnbygger**

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

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

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

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

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

#### **Tiltak for å nå kvalitetsmålene med PHT**

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

#### **Årskontroller, hjemmebesøk og behandlingsplan**

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

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

### **Innslag av proaktivitet og brukermedvirkning**

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

### **Opplæring og IKT-verktøy**

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

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

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

### **Konklusjon**

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