

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

Sammendrag og konklusjoner

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

Forsøk med primærhelseteam (PHT)

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

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

Evaluering av forsøket med PHT

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

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

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

I evalueringen bruker vi registerdata på individnivå fra blant annet KUHR, Norsk Pasientregister, Kommunalt Pasientregister, Dødsårsaksregisteret og Statistisk Sentralbyrå. Vi bruker statistiske metoder og tilgjengelige data om legekantorene for å tildele et kontroll-legekantor til hvert av legekantorene som prøver ut PHT, for å kunne undersøke virkningene av PHT.

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

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

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

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

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

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

Kapittel 4: Arbeidsmåter og helsetjenester på legekantoret er under endring

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

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

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

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

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

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

Kapittel 5: Pasientene erfarer bedre kontinuitet, tilgjengelighet og mestring

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

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

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

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

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

Kapittel 7: Utviklingshemmede pasienter vies mer oppmerksomhet med PHT

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

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

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

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

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

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

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

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

Kapittel 10: Avslutning og planer for neste år

Intervjuer gir flere eksempler på hvordan PHT har ført til bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte helseutfordringer. Resultatene fra registerdatastudier støtter opp om intervjuene for noen av målgruppene. Samtidig viser resultatene fra spørreundersøkelse til listeinnbyggerne og

registerdatastudier i årets statusrapport begrensede effekter på målgruppene og listepopulasjonen samlet. Fra fjorårets kvalitative studier på legekantorene i forsøket vet vi at overgangen fra vanlig fastlegevirksomhet til PHT ikke er gjort med et knips. I neste års rapport vil vi gjøre mer detaljerte studier av registerdata for å avdekke effekter for pasienter som får oppfølging fra PHT. Vi vil også analysere effektmål som ikke har vært tema i årets evalueringsrapport. En viktig del av statusrapporten for 2021 vil være en samfunnsøkonomisk analyse hvor gevinster veies opp mot kostnader for å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved PHT. Her vil vi også se PHT i sammenheng med andre utprøvningsprosjekter i primærhelsetjenesten.