

Abelsen B, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2022) **Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)**

Sammendrag og konklusjoner

Primærhelseteam (PHT) i fastlegekontor består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest, blant annet i form av en mer systematisk oppfølging. Forsøket med PHT omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Det er 17 legekontor som inngår i PHT-forsøket. Sluttrapport 2018 – 2021 oppsummerer evalueringens funn fram til utgangen av 2021.

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. Utprøvingen fordrer en mer systematisk arbeidsmetodikk. Forsøket startet 1. april 2018. Legekontorene som deltar i forsøket kan driftes innenfor eksisterende finansieringsmodeller og driftsformer fram til en eventuell ny finansieringsmodell er på plass. Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. PHT skal rettes mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Blant disse, er det viktig at PHT når svake etterspørere med behov for allmennt medisinske tjenester.

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

Evalueringen av forsøket med PHT

På oppdrag fra Helsedirektoratet, evalueres forsøket av en forskergruppe fra Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) 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 i målgruppene.

Sluttrapport 2018 – 2021 beskriver hvordan PHT-forsøket har påvirket arbeidsmåtene på legekantoret, listeinnbyggerne generelt og brukerne i målgruppen spesielt og samhandlingen med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi gjør også en samfunnsøkonomisk analyse av PHT. Siden det er besluttet at PHT skal kunne fortsette fram til ny finansieringsmodell er på plass, er denne rapporten samtidig Statusrapport IV i evalueringen.

I innledningen til denne rapporten har vi oppsummert viktige funn fra de tre tidligere statusrapportene om PHT-forsøket. Funnene viser blant annet at personell ved legekantorene gikk inn i forsøket med hovedmål om å forbedre kvaliteten i fastlegetjenesten. Rammene for forsøket er svært fleksible noe som har gitt ulike lokale prosesser og grobunn for ulike resultat på legekantornivået. Flexibiliteten er fremhevet som en vesentlig forutsetning for at legekantorene deltar i forsøket. Endring av praksis og implementering av teamarbeid tar tid og er vanskelig å få til uten en etablert ledelsesstruktur og lederrolle på legekantoret. Lederopplæring og utvikling av ledelsesstruktur og lederrollen har skjedd parallelt med de øvrige endringene ved legekantorene i forsøket. Den tredje statusrapporten hadde særlig oppmerksomhet rettet mot hvordan tilnærmingen til pasienten endres med PHT og hvordan pasienter i de spesifiserte målgruppene for forsøket har opplevd å få tjenester fra PHT.

Denne rapporten inneholder nye analyser av hvordan PHT har påvirket arbeidsmåtene på legekantoret og brukerne i målgruppene. Samarbeidet mellom PHT og kommunehelsetjenesten, samt PHT og spesialisthelsetjenesten er viet særlig oppmerksomhet. Rapporten inneholder også en samfunnsøkonomisk analyse som bygger på det samlede informasjonsgrunnlaget om PHT så langt.

Kapittel 2: Datakilder og metoder

Evalueringen av PHT-forsøket bygger på flere ulike datakilder. Vi bruker data fra helseregistre og administrative registre, pasientjournaler, spørreundersøkelser, intervjuundersøkelser og dokumenter. I kapittel 2 beskriver vi hvilke datakilder som er brukt i denne rapporten og hvordan data er analysert. Vi bruker registerdata og journaldata for å gi innsikt i hvordan PHT bidrar til endring i helsetjenestebruk og helseutfall for fastlegenes listeinnbyggere, med særlig oppmerksomhet mot målgruppene som er definert for forsøket. Spørreundersøkelsene, intervjuundersøkelsene og dokumentstudiene som er gjort i forbindelse med denne rapporten, er rettet mot å undersøke hvilke virkninger PHT har på tjenesteutøvelsen både på legekantorene i forsøket og for øvrige tjenester som ansatte ved legekantorene samhandler med. Øvrige tjenester omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Der det er hensiktsmessig, gjør vi integrerte analyser, hvor vi vever sammen resultater og funn basert på ulike datakilder. Den samfunnsøkonomiske analysen bygger på analysene i denne rapporten og på analyser fra de tre tidligere statusrapportene. Analysene fra de tidligere statusrapportene inkluderer intervjuundersøkelser med pasienter som har erfart å få tjenester fra PHT og spørreundersøkelser blant listeinnbyggere ved legekantor i og utenfor PHT-forsøket.

I analyser av registerdata veksler vi mellom å bruke alle legekantor i Norge, unntatt PHT-kantorene, som kontrollgruppe, og en kontrollgruppe med legekantor som ligner mest mulig på PHT-kantorene. I spørreundersøkelsen blant ansatte på legekantorene i PHT-forsøket, er det ingen kontrollgruppe, siden svarprosenten i den utvalgte kontrollgruppen i tidligere undersøkelser har vært liten. Som et supplement til registerdata, bruker vi anonymiserte data som er hentet fra legekantorenes elektroniske pasientjournaler ved hjelp av programvaren Medrave (www.medrave.no).

Kapittel 3: Betydningen av koronapandemien

Forsøket med PHT har siden mars 2020 pågått parallelt med koronapandemien. I denne rapporten beskriver vi innledningsvis virkningene som koronapandemien har hatt på PHT-forsøket, slik de er beskrevet i intervju og spørreundersøkelser blant ansatte ved legekantorene i PHT-forsøket, og slik de kan leses ut av registerdataanalyser om listeinnbyggere. Funnene tyder på at pandemien har forstyrret og forsinket utviklingen av PHT. Mye av arbeidskapasiteten ved legekantorene har gått med til å håndtere pandemien på ulikt vis. Flere har i den sammenheng opplevd det som nyttig å være PHT. Det har under pandemien vært lite tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og videreutvikle arbeidet som PHT. Aktivitet ved legekantoret har i tillegg blitt redusert av pasientene selv - enten fordi de av frykt for smitte sluttet å komme til legekantoret eller fordi de av samme grunn ikke ønsket besøk fra legekantoret hjem. Koronapandemien har således vært en vesentlig begrensning for utprøvingen av PHT.

Kapittel 4: Seleksjonskilder og evalueringsutfordringer knyttet til PHT-forsøket

PHT er en kompleks intervensjon som i seg selv er utfordrende å evaluere. Når PHT samtidig prøves ut i et ikke-randomisert forsøk med mange seleksjonskilder, blir det ekstra krevende å trekke generelle slutninger om PHT som er gjeldende for norske fastlegeskantor og for tilhørende listeinnbyggere. I sluttrapport 2018-2021 beskriver vi vesentlige seleksjonskilder knyttet til legekantorene i PHT-forsøket.

PHT-forsøket inkluderer drøyt 100 000 listeinnbyggere, 114 fastleger, 44 sykepleiere og 80 helsesekretærer. Det er bare én kommune i forsøket med under 5 000 innbyggere, noe som gir en underrepresentasjon av mindre folkerike kommuner. Sammenliknet med legekantor på landsbasis, er det i PHT-forsøket en overrepresentasjon av store legekantor, kommunalt eide legekantor, legekantor som hadde sykepleier(e) fra før og trolig også legekantor med en særlig positiv innstilling til PHT.

Seleksjonen av legekantor inn i forsøket gir utfordring for sammenligning av de to finansieringsmodellene. Elleve av de tolv legekantorene som prøver ut honorarmodellen, er privat eide legekantor, mens fire av fem legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er kommunalt eide legekantor. Dette gjør det vanskelig å skille effekter av finansieringsmodell fra effekter av eierskapsform.

PHT-forsøket gjennomføres som nevnt under en pandemi. Samtidig har uroen rundt fastlegeordningen blant annet ført til at det parallelt med PHT-forsøket også gjennomføres en handlingsplan for allmennlegetjenesten. De nevnte forholdene påvirker utvilsomt resultatene av PHT-forsøket, men det er vanskelig å være tydelig om hvordan. Det er også vanskelig å skille virkningene av tiltakene fra hverandre.

Kapittel 5: Erfaringer med PHT blant helsepersonell ved legekontor i forsøket

Årets spørreundersøkelse blant ansatte ved legekontor i forsøket, tyder på at teamarbeidet i PHT stort sett fungerer godt. De fleste ansatte opplevde å jobbe som et team. De fleste fastleger og sykepleiere i PHT opplevde at samarbeidet mellom dem fungerer godt. Ledelse av teamene synes å fungere godt og fastlegene trives stort sett med lederrollen. De fleste fastlegene oppga at de i noen eller stor grad har tilstrekkelig tid til å lede et team og over halvparten oppga at de i stor eller svært stor grad opplevde denne oppgaven som meningsfull. De fleste sykepleiere og helsesekretærer opplevde at de utfyller hverandre på en god og hensiktsmessig måte i PHT. Over halvparten av helsesekretærene oppga at deres rolle ved legekantoret har endret seg med PHT. Mange oppga samtidig at de opplevde å ha en liten rolle i PHT-arbeidet og ønsket å bidra i større grad.

De ansatte på legekantorene opplevde at PHT både påvirker arbeidsmiljøet positivt og gir gevinster for pasientene. Majoriteten opplevde at PHT har bidratt til å styrke det sosiale og faglige fellesskapet på legekantoret. Selv om fastlegene ikke opplevde redusert arbeidsmengde som følge av PHT, opplevde de å ha mer tid til kvalitetsarbeid. Videre oppga både fastleger og sykepleiere at samarbeidet mellom dem i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Over halvparten av de ansatte mente at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til en rekke positive effekter, blant annet bedre opplæring og oppfølging av enkeltpasienter, bedre helse og mestring blant enkeltpasienter og økt tilgjengelighet til tjenesten.

Våre funn tyder på at legekantorene i PHT-forsøket har en mer proaktiv arbeidsform enn før. I dette ligger en større vektlegging av forebygging og oppsøkende virksomhet. Funn fra intervjuundersøkelsen avdekket at systematiske gjennomganger og søk blant listeinnbyggere basert på bestemte kriterier, er en viktig konkret endring til en mer proaktiv arbeidsform. Intervjumaterialet ga holdepunkt for å si at fastlegene opplever sekundærforebygging overfor listeinnbyggere med etablert sykdom som uproblematisk og viktig, mens de var noe mer skeptisk innstilt til primærforebygging. Dette handlet dels om manglende finansiering for dette arbeidet og dels om at det må foregå, og trolig kan drives mer effektivt, andre steder enn på legekantoret. To problematiske sider ved oppsøkende virksomhet ble trukket fram av fastlegene som ble intervjuet; inntrengingen i andres liv og det å skulle ta betalt for tjenester som folk i utgangspunktet ikke har bedt om.

Vi har så langt ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i turnover mellom fastleger i forsøket og øvrige fastleger utenfor forsøket. Funn fra intervjuundersøkelsen blant ansatte ved legekantorene i PHT-forsøket, tyder på at turnover blant personell kan bidra positivt til teamarbeidet. Dette fordi nye medarbeidere har vært mer interessert og motivert for teamarbeid enn dem de erstatter. Men det er også flere eksempler på at turnover har satt teamarbeidet tilbake. Særlig synes det utfordrende å få vikarleger, som det er en del av ved legekantorene, til å delta i teamarbeidet.

Informantene i intervjuundersøkelsen var samstemte om at PHT gjør legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. Samtidig tyder relativt lite på endringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som følge av PHT-forsøket; kontakten med spesialisthelsetjenesten synes i hovedsak å foregå som før.

Kapittel 6: Erfaringer med PHT i øvrige helse- og omsorgstjeneste

En intervjuundersøkelse blant ansatte i kommunal hjemmetjeneste og tjenester for psykisk helse og rus avdekket at samarbeidet mellom PHT og de kommunale tjenestene var mest utviklet og formalisert mellom PHT og hjemmetjenesten, mens det fortsatt er i planleggingsfasen mellom PHT og tjenester for psykisk helse og rus. Informantenes fortellinger tyder på at brukere med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen med PHT og ofte mer omfattende tjenester enn før. Informanter opplevde at legetjenesten tar mer kontakt via PHT-sykepleierne fordi PHT-sykepleier er mer hjemme hos brukere, bruker mer tid på dem og er opptatt av andre forhold ved brukere enn de rent medisinske. Informanter ga uttrykk for at PHT bidrar til at de selv kan gi en bedre tjeneste og til at de avlastes.

Undersøkelsen avdekket også to ulike hovedfortellinger om PHT. Den ene fortellingen er mest fremtredende i kommunene som gjerne bare har ett legekantor og godt sammenvevde tjenester fra før. Her innlemmes PHT i allerede etablerte samarbeidsarenaer og har ifølge informantene bidratt til å forbedre allerede gode tjenester. Det ble ikke samarbeidet på systemnivå om utviklingen av PHT på samme måte i de mer folkerike kommunene, selv om informanter også i disse kommunene ga uttrykk for mange positive erfaringer med PHT i det daglige arbeidet. Den andre hovedfortellingen handler om

PHT som mindre synlig både for hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Det er typisk ett, eller noen få, av mange legekantor i bydel eller kommune som er med i PHT-forsøket. Det at PHT er knyttet til noen få legekantor, gjør det mindre strukturerende for samarbeidet med både hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus fordi flertallet av deres brukere er knyttet til legekantor uten PHT. Informanter pekte også på at noen fastlegekantor i forsøket har mange brukere som ikke bor i den bydelen hvor legekantoret og forsøket er forankret. Det gjør samarbeidet med andre tjenester i bydeler og kommune mer utfordrende. Flere informanter fortalte at samarbeid med PHT oppleves positivt i enkeltsaker, men kontakten skjer sporadisk. Ansatte oppdager gjerne tilfeldig at brukere har kontakt med PHT.

Informantene beskrev hvordan PHT-sykepleiere fyller ulike funksjoner. De fungerer som et bindeledd, som gir raskere tilgang til fastlegen enn før og som en faglig autoritet. Informanter fra hjemmetjenesten opplevde at PHT-sykepleieren fungerer som en tilgjengelig og nyttig sykepleierfaglig kompetent sparringpartner og støttespiller. PHT-sykepleieren fungerer videre som fastlegens og fastlegekantorets utstrakte arm når de drar på hjemmebesøk til pasienter, og gjør prosedyrer og vurderinger hjemme som pasienten normalt må komme til legekantoret for. Det at pasientene kan få denne typen oppfølging hjemme, oppleves avlastende både for hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus. Noen informanter hadde imidlertid opplevd at PHT-sykepleieren har blitt et ekstra ledd som må forseres for å nå legen.

Informantene snakket på ulikt vis om at PHT gjør fastlegetjenesten bedre. PHT bidrar til å jevne ut uheldig variasjon i tilgangen til fastleger. Informantene fortalte at det er tradisjon for at andre tjenester må tilpasse seg den enkelte fastleges individuelle tilgjengelighet, arbeidsmåte og ønsker. Flere informanter mente at man med PHT kommer nærmere en mer ensartet praksis. Videre fortalte informantene at PHT-sykepleierne bidrar til å utvide det kliniske blikket i fastlegetjenesten utover det som er direkte sykdom. Det at PHT-sykepleier er tilgjengelig hele uka i legekantorets åpningstid, ble også trukket fram som en stor fordel. Informanter i hjemmetjenesten fortalte at de bruker mindre tid på å vente på svar og purrer mindre på svar fra fastlegene.

Informantene i de kommunale tjenestene hadde i hovedsak en oppfatning om at de og PHT-sykepleier i liten grad gjør overlappende arbeid. De hadde i liten grad opplevd grensdragningsproblematikk. Informanter fra hjemmetjenesten mente at de lett finner ut av hvem som gjør hva i den praktiske hverdagen, og at de i større grad enn før gjør hverandre gode. Arbeid i grenselandet mellom de ulike tjenestene synes i det daglige i all hovedsak å være samarbeidsorientert hvor man raskt finner fram til fungerende praktiske løsninger. Grenseoppgangen mellom PHT og øvrige helsetjenester var et tema som dukket opp i mange av intervjuene med ansatte på legekantorene da forsøket startet i 2018. Flere informanter understreket at det var viktig å ikke lage et tilbud med PHT som allerede finnes. Det synes det som man har lyktes med.

Det har vært utfordrende å kartlegge erfaringer med PHT i spesialisthelsetjenesten siden det ikke har vært enkelt å finne informanter som har god kjennskap til PHT. Det at det har vært vanskelig å komme i kontakt med personer i spesialisthelsetjenesten som kan si noe om PHT, kan indikere at PHT i begrenset grad samarbeider med spesialisthelsetjenesten om felles pasienter. Fem informanter fra spesialisthelsetjenesten har i intervju gitt noen eksempler på samarbeid med PHT. Erfaringene spenner fra at samarbeid med PHT-legekantoret ikke skiller seg fra samarbeid med andre legekantor, til at PHT-legekantor bidrar til bedre oppfølging enn tidligere til utviklingshemmede pasienter. Funnene bør imidlertid tolkes med varsomhet siden informasjonsgrunnet er begrenset.

Informanter på legekantorene i forsøket som er omtalt i kapittel 5, og informanter i hjemmetjenesten og tjenester for psykisk helse og rus som er omtalt i kapittel 6, hadde mange sammenfallende oppfatninger om samarbeidet dem imellom. De var enige i at fastlegetjenesten blir mer tilgjengelig med PHT og at kontakten foreløpig har vært tettest mellom PHT og hjemmetjenesten. De var også relativt samstemte om at PHT og andre kommunale tjenester i liten grad overlapper, men utfyller hverandre og samlet sett gir en kvalitativt bedre tjeneste til brukere med store behov.

Kapittel 7: Kjennetegn ved pasienter som får oppfølging fra PHT

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

knyttet til denne prosentsetsatsen. Vi bruker utløst sykepleiertakst som en indikator på at en pasient har fått helsehjelp fra PHT. Ettersom alle på legekantoret samlet utgjør PHT og PHT kan samarbeide om å gi helsehjelp uten at det utløses en sykepleiertakst, bør indikatoren tolkes som en nedre grense på omfanget av helsehjelp fra PHT. Ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, har 14 prosent av listeinnbyggerne hatt kontakt med PHT-sykepleier som har utløst takst, minst en gang. Tilsvarende tall for legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen, er 11 prosent. Det er flere sykepleiertakster i honorarmodellen enn i driftstilskuddsmodellen. Når vi justerer ned antallet takster i honorarmodellen til å bli tilsvarende som i driftstilskuddsmodellen, er det en tilsvarende andel av listeinnbyggere ved legekantor som prøver ut honorarmodellen, som har hatt kontakt med PHT-sykepleier som det er ved legekantor som prøver ut driftstilskuddsmodellen. Det er betydelig variasjon i prosentandelen mellom legekantorene i forsøket. Blant de nye legekantorene som kom med i PHT-forsøket i 2020, har i gjennomsnitt 8 prosent av listeinnbyggerne hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. Dette er tilsvarende prosent som legekantorene med honorarmodellen som har vært med fra starten, kunne vise til etter ett år i forsøket. Pasientgruppene som har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier, samsvarer godt med målgruppene i forsøket. Av pasienter som ble diagnostisert med diabetes type 2 før 2015, har 60 – 61 prosent hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier. For pasienter med kols var andelen 61 prosent for legekantor med honorarmodellen og 44 prosent for legekantor med driftstilskuddsmodellen. Andelen var mindre for listeinnbyggere med ruslidelse og/eller psykisk sykdom, psykisk utviklingshemmede samt for skrøpelige eldre. Nesten halvparten av pasientene som har hatt takstgenererende kontakt med PHT-sykepleier, har bare hatt denne kontakten én gang. Rundt 30 prosent har hatt fire eller flere slike kontakter.

Kapittel 8: Variasjon i takstfinansiering av PHT-sykepleier i honorarmodellen

I honorarmodellen er det et mål at sykepleiers takstinntjening skal finansiere 50 prosent av kostnaden ved å ha PHT-sykepleier ansatt. De resterende kostnadene skal finansieres ved hjelp av tilskudd fra staten per PHT-sykepleier. I driftstilskuddsmodellen er det ikke satt noen spesifikke forventninger til PHT-sykepleierens takstinntjening. I første halvår 2021 ble i gjennomsnitt 33 prosent av PHT-sykepleierkostnadene takstfinansiert ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Takstinntjeningsandelen varierte fra 9 til 68 prosent mellom legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Det er en stigende utvikling i takstinntjeningen gjennom året, som trolig har med utviklingen i pandemien å gjøre. Tall fra Helsedirektoratet viser at gjennomsnittlig takstinntjening som prosent av sykepleierkostnad var 48 prosent i november 2021 med variasjon fra 17 til 80 prosent. Variasjonen gjenspeiles for eksempel i variasjonen vi finner i andel pasienter med diabetes type 2 som har minimum 15 minutter konsultasjon med sykepleier samme dag som fastlegen skriver takst for årskontroll. En sentral problemstilling å forfølge, er om variasjonen i organiseringen av PHT slik den gjenspeiles i variasjon i takstbruk, har konsekvenser for kvaliteten på helsetjenestene til listeinnbyggerne.

Kapittel 9: Konsekvenser for pasienter i PHT

Undersøkelser fra andre land har vist varierende resultater av hvordan tilsvarende organisering som PHT påvirker pasientene. Det er derfor av stor interesse å undersøke problemstillingen med norske data. I dette kapitlet beskriver vi konsekvenser av PHT for målgruppene delvis med registerdata og delvis med data fra Medrave. Vi har i hovedsak brukt registrerte tjenester som indikatorer på mulige helseforbedringer. Dette kan generelt være kontroversielt siden flere helsetjenester ikke nødvendigvis bidrar til helseforbedring. I dette tilfellet kan det likevel forsvares siden et sentralt formål med PHT er at pasientene i målgruppene skal få mer oppmerksomhet og bedre oppfølging. Bedre behandling vil også kunne medføre flere konsultasjoner og hjemmebesøk. For de sentrale målgruppene i forsøket fant vi indikatorer på bedre oppfølging etter at PHT ble introdusert. Pasienter med diabetes type 2 hadde 10 prosent flere konsultasjoner med lege og PHT-sykepleier ved legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen og 13 prosent flere ved legekantorene som prøver ut honorarmodellen. Vi fant også en tilnærmet dobling i antall årskontroller per pasient med diabetes type 2 ved legekantorene som prøver ut honorarmodell, sammenliknet med kontrollkontor. I driftstilskuddsmodellen er det ingen takst for årskontroll. Med Medrave-data fant vi ingen statistisk signifikant økning i andelen pasienter som har fått årskontroll. Vi fant derimot en reduksjon i andelen pasienter med de høyeste nivåene på blodtrykk. For pasienter med kols fant vi en statistisk signifikant økning i det samlede antallet konsultasjoner i legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. At vi ikke fant en lignende økning for PHT med driftstilskuddsmodellen, kan skyldes at ikke alle konsultasjoner har takster i denne finansieringsmodellen. Vi fant også en statistisk signifikant økning i antallet spirometrier ved

legekantorene med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen. For brukere med psykisk utviklingshemming fant vi at PHT-legekantor med antall sykepleierkontakter over medianen, også tilbyr flere årskontroller, men samtidig færre sykebesøk og samtaler om enkeltpasient og nødvendig samtale med foresatte. Det samlede antallet konsultasjoner med fastlege og PHT-sykepleier har økt ved legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollgruppen for brukere med psykisk sykdom. Det er også flere sykebesøk og tverrfaglige samarbeidsm ter. Det har vært en økning i det samlede antall konsultasjoner med fastlege og med PHT-sykepleier på legekantor med driftstilskuddsmodellen. For pasienter med ruslidelse i legekantor med honorarmodellen har det vært en økning i sykebesøk. Det har vært en reduksjon i samtalerapi med fastlegen i honorarmodellen. Dette kan ha sammenheng med at sykepleier har overtatt noen av samtalene som fastlegen hadde tidligere. For skrøpelige eldre og multisyke har det vært en økning i antallet sykebesøk ved legekantor med honorarmodellen sammenliknet med kontrollkontorene. Økningen er betydelig. Det er også en betydelig økning blant enkelte legekantor med driftstilskuddsmodellen, men stor variasjon mellom legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, gjør at økningen ikke blir statistisk signifikant for denne gruppen av legekantor.

Vi har også undersøkt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og legekantorene ved å undersøke hvor stor andel av pasientene som har kontakt med legekantoret innen et visst antall dager etter utskriving. For pasienter med diabetes type 2 samt for skrøpelige eldre og multisyke, fant vi en økning i andelen pasienter som har konsultasjon med fastlege eller PHT-sykepleier innen 7 dager og innen 30 dager etter utskriving.

Effekt av PHT på bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester varierer mellom finansieringsmodellene og målgruppene uten noe klart mønster. På lengre sikt kan bedre oppfølging fra legekantoret potensielt forsinke og/eller redusere behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at dette potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.

Kapittel 10: Samfunnsøkonomisk analyse

PHT innebærer endret organisering av fastlegekantoret, med en tverrfaglig, teambasert tilnærming til oppfølgingen av pasienter med store og sammensatte behov, understøttet av tilpassede finansieringssystemer, lederopplæring og en mer systematisk arbeidsmetode. På landsbasis er det i dag til sammen nærmere 680 000 listeinnbyggere (13,5 prosent av befolkningen) som har en av diagnosene tilknyttet de prioriterte målgruppene for PHT.

PHT har påvirket arbeidsformen på legekantorene. Den er i større grad enn før forsøket startet, dreid mot: systematisk arbeid med ledelse av legekantor, arbeid med kommunikasjon og samarbeidsstrukturer, utarbeidelse av prosedyrer, systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, samarbeid med andre tjenester, arbeid med brukermedvirkning og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene, proaktivt arbeid, og tverrfaglig samarbeid. I tillegg til endret arbeidsform på legekantoret, påvirker PHT arbeidsformen i møte med pasientene gjennom å i større grad enn før forsøket startet: tilby sykepleierkonsultasjoner, gjennomføre årskontroll, utarbeide behandlingsplaner, gjennomføre legemiddelgjennomgang og tilby hjemmebesøk.

Vi har gjennom ulike regneeksempler illustrert merkostnaden per år per pasient som f r helsehjelp av PHT. Kostnaden vil avhenge av hvor mange av listeinnbyggerne som f r helsehjelp fra PHT-sykepleier, og hvordan sykepleierressursen dimensjoneres ved legekantorene. Med utgangspunkt i kostnaden per pasient som f r helsehjelp fra PHT-sykepleier, har vi beregnet hvor stor helsegevinst (målt i antall kvalitetsjusterte leveår (QALYs)) som minst må til for å veie opp for kostnaden, gitt et høyt og lavt anslag for verdien av en QALY. Regneeksemplet viser at PHT må bidra til en QALY-gevinst i et spenn fra 0,0012 til 0,0182 i gjennomsnitt per pasient som mottar helsehjelp fra PHT-sykepleier, for å være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Intervallet på QALY-gevinsten som minst må til for å veie opp for kostnadene ved PHT, ligger innenfor de intervallene vi finner i litteraturen for tilsvarende helsetiltak. Samfunnsverdien av PHT vil avhenge av merkostnaden ved sykepleierressursen. For eksempel kan tjenesten bli svært kostbar dersom solopraksiser skal ansette PHT-sykepleier i minimum 50 prosentstilling. Dersom en forutsetning for PHT er at det skal være et visst antall listeinnbyggere ved legekantoret, innebærer det trolig at en betydelig andel av legekantorene vi har i dag, ville blitt ekskludert fra ordningen.

Basert på det samlede informasjonsgrunnlaget fra evalueringen av forsøket, finner vi at PHT bidrar til en rekke gevinster for samfunnet (Figur 1-1). Vi finner at PHT har særlig positiv virkning på kvaliteten i oppfølgingen av pasienter i målgruppene, som gir utslag i bedre livskvalitet og helse blant disse pasientene. Gitt merkostnaden av PHT og anslag for verdien av gode leveår, ligger helsegevinsten som PHT minst må bidra til for å veie opp for merkostnadene, innenfor hva man med rimelighet kan forvente dersom man sammenligner med lignende tiltak som er beskrevet i litteraturen. På bakgrunn av dette er vår vurdering at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket, og at det derfor kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekantor. En viktig forutsetning er imidlertid at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer PHT-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.

Figur 1-1: Oppsummering av samfunns effekter av PHT



Analyse UiO, Oslo Economics og NSDM. Merknad: Beskrivelse av analyse og pluss-minus-metoden inngår i delkapittel 10.10. Jo flere plusser, jo større positiv konsekvens har PHT for effekten.

Kapittel 11: Diskusjon og avslutning

I kapittel 11 oppsummerer vi resultatene fra evalueringen, så langt, sett i forhold til effektmålene som er definert for forsøket med PHT. Det er vanskelig å konkludere med hensyn til flere av effektmålene. Dette har både å gjøre med utvelgelse av legekantor i forsøket, at forsøket har vart for kort til å observere langsiktige effekter og at koronapandemien har forsinket utviklingen av team-organisering og forhindret pasientkontakt som team-organiseringen forutsetter.

Effektmål: Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av PHT Selv om vi har lite data som viser direkte helse- og mestringsevne, tyder våre analyser av både registerdata og intervjudata på at legekantorene i PHT-forsøket arbeider på en ny måte som gir potensiale for helsegevinst hos målgruppene. Med PHT er tilnærmingen mer proaktivt. Det legges særlig vekt på sekundærforebyggende tiltak hvor blant annet systematiske årskontroller for ulike diagnoser og et økt omfang av hjemmebesøk står sentralt.

Effektmål: Økt pasient- og brukertilfredshet

Funn fra intervjuer med pasienter tyder på at PHT bidrar til økt tilfredshet. Analyser av spørreundersøkelsene til listeinnbyggere viser samtidig få signifikante endringer i fornøydhet med oppfølgingen på fastlegekantoret over tid. Spørreundersøkelsene har ikke direkte identifisert listeinnbyggere som har mottatt oppfølging fra PHT. I tillegg har koronapandemien gjort det vanskelig

å tolke resultatene. Likevel finner vi at særlig diabetespasienter opplever økt fornøydhet ved fastlegen sin sammenlignet med diabetespasienter i kontrollgruppen. Analyser av registerdata gir også indikasjon på økt tilfredshet ved legekontorer i PHT blant annet ved det var færre listeinnbyggere som byttet fra legekantor med honorarmodellen enn fra legekantor utenfor forsøket.

Effekt mål: Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget

Intervju både med pasienter og med helsepersonell ved legekantorene i PHT-forsøket, gir ulike eksempler på hvordan PHT kan gi bedre koordinering og mer sammenhengende oppfølging. Registerdataanalyser og spørreundersøkelser gir støtte for at enkelte målgrupper av listeinnbyggere knyttet til legekantor med PHT opplever bedre koordinerte og sammenhengende tjenester enn listeinnbyggere knyttet til legekantor utenfor forsøket.

Effekt mål: Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester Dette effekt målet kan forstås som at bedre oppfølging med PHT, bidrar til å forhindre eller utsette komplikasjoner for pasienter med kroniske sykdommer. På grunnlag av våre undersøkelser er vår vurdering at vi på grunn av tidsperspektivet i evalueringen ikke kan si noe sikkert om hvorvidt PHT bidrar til å redusere forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Siden kvaliteten på oppfølgingen har økt og at legekantorene arbeider mer proaktivt og dermed mer forebyggende, kan PHT på noe lengre sikt bidra til å forsinke og/eller redusere behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester.

Effekt mål: Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten

Intervjuer viste at PHT oppleves å bidra til å gjøre legekantoret mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester enn før. PHT virker så langt å ha hatt størst betydning for hjemmetjenesten. I en del av de folkerike kommunene og bydelene er PHT mindre synlig for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Evalueringen har tidligere satt søkelyset på målgruppen utviklingshemmede og vist til noen konkrete eksempler på en mer helhetlig allmenmedisinsk oppfølging av beboere i PU-boliger ved noen av legekantorene i PHT-forsøket. Samarbeidet mellom fastlegekontor og spesialisthelsetjenesten ser i hovedsak ut til å foregå som før, dvs. mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten uten involvering av PHT.

Effekt mål: Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Samlet sett finner vi tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekontoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å medføre forsinket og/eller redusert behov for omfattende helsetjenester. Forsøket varer trolig for kort til at hele potensialet kan tas ut innenfor forsøksperioden.

Vi avslutter dette kapitlet med å reflektere rundt overførbarhet av resultatene fra evalueringen til resultater av PHT i større målestokk. PHT-legekantorene forteller om gode resultater for pasienter i målgruppene. Stor variasjon mellom legekantorene gjør det samtidig vanskelig å oppnå statistisk signifikante effekter i registerdata-analyser. Denne tilsynelatende motsetningen har sammenheng med at legekantorene har hatt ulike satsingsområder. For eksempel har noen satset på psykisk utviklingshemmede, mens andre har lagt større vekt på pasienter med diabetes type 2. Den gjennomsnittlige effekten av PHT som inkluderer all variasjon mellom legekantorene, blir ikke stor nok til at det blir statistisk signifikante forskjeller fra legekantor utenfor forsøket.

Koronapandemien har virket negativt inn på PHT-arbeidet internt på det enkelte legekantor, og har trolig særlig gått ut over legekantorene som kom med i forsøket i løpet av 2020. Begrensningene i kontakten mellom legekantorene og øvrige aktører som er involvert i PHT-forsøket, har også gjort at det er blitt mindre erfaringsdeling på tvers mellom legekantorene, mellom ulike profesjoner og mellom forsøket og offentligheten. Pandemien har også satt begrensninger for utprøvingen av finansieringsmodellene hvor potensialet for sykepleierinntjening trolig er større på en del av legekantorene enn det som så langt er realisert.

Som del av forsøket, har man prøvd ut to ulike finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Funnene fra forsøket tyder på at dersom legekantorene selv får velge mellom honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, vil trolig privat eide legekantor i større grad velge honorarmodellen, mens kommunale legekantor i større grad vil velge driftstilskuddsmodellen. Et annet

uttrykk for at honorarmodellen er foretrukket, er at ingen av de nye legekantorene i forsøket valgte driftstilskuddsmodellen selv om det synes å ha vært et mål med utvidelse å få prøvd den ut ved flere privateide legekantor. Funnene fra evalueringen tyder samtidig på at blant deltakerne i forsøket, er det en større andel som er fornøyd med finansieringsmodellen ved legekantor med driftstilskuddsmodellen, enn ved legekantor med honorarmodellen. Det er krevende å identifisere hvilken betydning finansieringsmodellene har hatt for effekter av PHT. Dette har sammenheng med at valget av finansieringsmodell henger tett sammen med legekantorenes eierskap, legenes tilknytningsform og en allerede utviklet arbeidsform og -kultur som i mange tilfeller har inkludert sykepleiere over lang tid. Funn fra evalueringen peker i retning av at driftstilskuddsmodellen i større grad enn honorarmodellen legger til rette for utvikling av teamarbeid; intervjuene tyder på at legekantorene som prøver ut driftstilskuddsmodellen, har brukt mer ressurser på kollektive prosesser som handler om å få alle med på utviklingsarbeidet knyttet til PHT. Flere informanter har pekt på at driftstilskuddsmodellens store grad av frikobling fra takster har gitt frihet og rom for denne måten å jobbe på. Ved flere av legekantorene som prøver ut honorarmodellen, tyder funn fra intervjuene på at utviklingsarbeidet knyttet til PHT ikke nødvendigvis har samme grad av kollektiv orientering som handler om å involvere alle. Dette kan ha sammenheng med manglende takster for denne typen arbeid som mer eller mindre ubevisst er styrende for arbeidet. At inntektene i driftstilskuddsmodellen er mindre aktivitetsavhengige enn inntektene i honorarmodellen har blitt trukket fram som en fordel med driftstilskuddsmodellen i forbindelse med koronapandemien. Samtidig kan det være en ulempe med driftstilskuddsmodellen at den gir mindre økonomisk oppmuntring til aktivitet enn det som er tilfellet i honorarmodellen. Den medfører også mindre kunnskap om virksomheten kan hentes ut via takstsystemet. Arbeidet med evaluering av finansieringsmodellene vil bli fulgt opp i kommende statusrapporter.

Til slutt er det viktig å minne om at forsøket med PHT er en kombinasjon av en ny organisasjonsmåte og tilførsel av ressurser fra staten til kommuner og legekantor. I evalueringen er det ikke mulig å skille effektene av flere ressurser fra effektene av PHT. Evalueringen kan dermed ikke gi svar på om effektene av flere ressurser ville blitt større med en annen organisering enn PHT.

Følgeevalueringen har vist at det i praksis prøves ut ulike varianter av PHT på de ulike legekantorene i PHT-forsøket, og at tiltaket er å regne som et komplekst og sammensatt tiltak. PHT varierer etter hvem som tilbyr tjenesten, både det enkelte legekantor så vel som hver enkelt ansatt på legekantoret. Videre varierer PHT etter hvem som mottar tjenesten – målgruppen for tiltaket består av svært ulike pasienter med ulike behov og helseutfordringer. Lokale variasjoner kan forventes å vedvare når PHT eventuelt rulles ut nasjonalt og følgeevalueringen har vist at PHT kan tilpasses lokale forhold, og gi gevinster på ulike måter.

Allmennlegetjenesten er i utvikling, og handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har som hovedmål å sikre en attraktiv fastlegetjeneste med god stabilitet, tjenester av god kvalitet, samt å legge til rette for en mer teambasert fastlegeordning.

En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er et av mange alternativer. Erfaringene fra forsøket er at det styrker tjenestetilbudet, men at det har tatt tid å utvikle teamarbeidet på det enkelte legekantoret. For å lykkes i en eventuell videre implementering av PHT må det både være en klar interesse blant fastlegene for teamarbeid med den mer systematiske arbeidsformen mot målgruppen, det må være tid til å kontinuerlig arbeide med utvikling av lederrollen og teamarbeidet ved legekantoret og finansieringsordningene må understøtte ønsket praksisendring. Ved en vellykket implementering, kan PHT trolig ha en viktig rolle i utviklingen av fastlegetjenesten fremover og styrke rekrutteringen til fastlegetjenesten og utvikle tjenestetilbudet.