

Primærhelseteam^F

- en mer teambasert fastlegetjeneste

SAMMENDRAG

© 2023 Kine Pedersen, Hanna Isabel Løyland, Erik Magnus Sæther, Susanna Sten-Gahmberg, Birgit Abelsen, Øyvind Snilsberg, Tor Iversen



Primærhelseteam (PHT) er en ny arbeidsform i fastlegetjenesten der leger, sykepleiere og helsesekretærer jobber sammen i team. Teamet skal tilby gode tjenester og arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Målgruppene for primærhelseteam er listeinnbyggere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre, og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Et nasjonalt forsøk med primærhelseteam startet i 2018. Forsøket følges av en evaluering.

I denne artikkelen forsøker vi å svare på spørsmålene: Hvordan jobber legekantorene i PHT-forsøket som team, og hvilke effekter gir det? Videre belyser vi hvordan funnene kan brukes i utformingen av en mer teambasert fastlegetjeneste. Vi bygger på datainnsamlingen og hovedfunnene fra evalueringen av PHT, og utdyper tolkningen av funnene i lys av internasjonal litteratur.

Vi finner at personellet på legekantorene opplever at teamarbeid gir gode resultater – både for pasientene og for dem selv i form av økt arbeidstrivsel. Teameffektiviteten på legekantorene avhenger av struktur (som møter, maler og prosedyrer) og felles arbeidsmåter, kontinuitet i personellgruppen, grad av engasjement for teamarbeid samt tydelig ledelse av og fastlegenes individuelle tilfredshet med teamarbeidet. Vi finner at PHT-sykepleierne i større grad har bidratt til bedre oppfølging av pasienter i målgruppene enn til å avlaste fastlegen. Resultatet samsvarer med effektmålene for forsøket, der vekten er lagt på kvalitetsforbedring og ikke produktivitetsforbedring på fastlegekantoret.

Evalueringen viser at det er ressurs- og tidkrevende å utvikle teamarbeid. For å lykkes med en eventuell videre implementering av en tverrfaglig, teambasert fastlegeordning, må det være en klar interesse for dette blant fastlegene.



Kine Pedersen er samfunnsøkonom og helseøkonom med doktorgrad. Hun jobber som senior manager i Oslo Economics og forsker ved Universitetet i Oslo, og arbeider særlig med forskning og utredning innen helse og velferd.



Hanna Isabel Løyland har en mastergrad i samfunnsøkonomi fra Norges Handelshøyskole (NHH). Som ansatt i Oslo Economics har hun gjennom flere år jobbet med utredninger og analyse innen helse- og velferdsområdet.



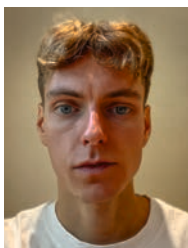
Erik Magnus Sæther har doktorgrad i samfunnsøkonomi og er partner i Oslo Economics. Han jobber særlig med anvendt forskning innen arbeidsliv og helse.



Susanna Sten-Gahmberg har doktorgrad i samfunnsøkonomi fra Norges handelshøyskole. Hun er tidligere manager i Oslo Economics og jobber for tiden som seniorforsker ved The Finnish Centre for Pensions i Helsingfors, Finland.



Birgit Abelsen er professor i helsetjenesteforskning. Hun arbeider ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin og ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet.



Øyvind Snilsberg er samfunnsøkonom og stipendiat ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.



Tor Iversen er samfunnsøkonom og professor emeritus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Iversens forskningsområde er betydningen av organisasjon og finansiering for resultatene av helsesektorens virksomhet.

Bakgrunn

Primærhelseteam (PHT) er en ny teambasert arbeidsform i fastlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Formålet er å tilby bedre tjenester til personer med omfattende behov for helsehjelp. En teambasert fastlegetjeneste, der personer på legens liste (listeinnbyggere) følges opp av både lege og annet helsepersonell (f.eks. sykepleier) på legekantoret, kan bidra til en mer hensiktsmessig oppgavedeling og mer helhetlige og sammenhengende helsetjenester.

Målet om å utvikle en teambasert tjeneste er en del av myndighetenes strategi for fremtidens allmennlegetjeneste. Handlingsplanen for allmennlegetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) beskriver en teambasert tjeneste som et tiltak for å løse de mer langsiktige utfordringene tjenesten står overfor, samt å øke kvaliteten på tjenestene og bidra til riktig samlet ressursbruk.

I andre land er det vanligere enn i Norge at sykepleiere er ansatt på legekantoret (Groenewegen et al., 2015). Både OECD (2020) og WHO (2008) framhever en teambasert primærhelsetjeneste som et virkemiddel for bedre kvalitet og effektivitet i tjenesten. I USA er Patient-Centered Medical Homes (PCMH) kjennetegnet av teambaserte tilbud. Sinaiko et al. (2017) presenterer resultater fra en metaanalyse av elleve PCMH-initiativer. De finner betydelig heterogenitet i resultater mellom initiativene, men de fleste forsøkene finner ikke endringer i kvalitetsmål. Strumpf et al. (2017) presenterer resultater fra et forsøk med PHT i Canada. I dette forsøket er det ingen forandring av finansieringsmåte. De konkluderer med at endringer i organisering i primærhelsetjenesten kan ha effekter selv med uforandret finansieringsordning. Mousquès et al. (2010) introduserer evalueringen av et forsøk med primærhelseteam i Frankrike. Omfanget av dette forsøket har økt over tid. I diskusjonsdelen av denne artikkelen beskriver vi resultatene fra de internasjonale evalueringene i sammenheng med våre resultater.

Forsøket med primærhelseteam (PHT)

Det norske forsøket med PHT startet 1. april 2018 og ble formelt avsluttet 31. mars 2023.¹ Legekantorene i forsøket kan imidlertid drifte med forsøket finansieringsmodeller ut 2023. PHT-forsøket tilfører finansiering for en sykepleierressurs, i størrelsesordenen ett sykepleierårsverk per 3 600 listeinnbyggere ved legekantoret. Med dagens gjennomsnittlige listelengde tilsvarer dette om lag tre fastleger per sykepleier (hele årsverk). I tillegg til flere ressurser på legekantoret har PHT-lederne på legekantorene fått tilbud om lederutdanning. Helsedirektoratet er ansvarlig for gjennomføringen av forsøket. Et forskningsteam fra

Universitetet i Oslo, UiT Norges arktiske universitet og Oslo Economics har følgevaluert forsøket i perioden 2018–2023 og dokumentert forsøket gjennom hittil fem evalueringsrapporter (Abelsen et al., 2019a; Abelsen et al., 2019b; Abelsen et al., 2021; Abelsen et al., 2022; Aandahl et al., 2022).²

Teamorganisering

Under fastlegenes ledelse skal fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeide sammen med mål om å gi listeinnbyggere bedre tilgjengelighet til tjenesten, større bredde i tilbudet, bedre opplæring og oppfølging, og mer sammenhengende og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2017).

Norske legekantor representerer en organisatorisk kontekst hvor det gjerne mangler ledelse utover en kapasitet som ivaretar ulike funksjoner, ofte fordelt på ulike personer.

Hvert legekantor omfatter et makroteam og flere mikroteam. Makroteamet inkluderer alle som jobber på legekantoret og ledes av en PHT-leder. PHT-lederne er fastleger som ikke nødvendigvis hadde noen formell lederrolle ved sitt legekantor før PHT-forsøket startet. Norske legekantor representerer en organisatorisk kontekst hvor det gjerne mangler ledelse utover en kapasitet som ivaretar ulike funksjoner, ofte fordelt på ulike personer. Det har tradisjonelt i liten grad vært én leder som guider, strukturerer og fasiliteter aktiviteter og relasjoner på legekantoret (Gaski & Abelsen, 2020). Mikroteamene dannes med utgangspunkt i arbeidet med den enkelte fastleges listeinnbyggere og ledes av fastlegen.

Teamorganiseringen fordrer mer ledelse og en proaktiv tilnærming til listeinnbyggerne, mer systematisk kommunikasjon og nye, tverrfaglige samarbeidsstrukturer, utarbeidelse av prosedyrer, systematisk identifisering av listeinnbyggere som egner seg for oppfølging, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, mer samarbeid med andre tjenester, arbeid med brukermedvirkning, og tettere oppfølging av listeinnbyggere (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg til endret arbeidsform på legekantoret påvirker PHT arbeidsformen i møte med listeinnbyggere gjennom å tilby behandlingsplaner samt konsultasjoner og hjemmebesøk med sykepleier. En av evalueringens delstudier av lederatferd (Gaski & Abelsen, 2020) viser hvordan PHT-lederne har arbeidet med å skape nye strukturer (som møter, maler og prosedyrer) for å påvirke arbeidsmåtene på legekantoret og arbeidet med involvering og det interne samarbeidet. PHT-lederne har selv gått foran med å utvikle samarbeid

med sykepleier og stått i spissen for å utvikle prosedyrer for oppfølging av de vanligste pasientgruppene. De har også tilrettelagt felles prosesser (i form av fagdager, lanseringsmøter eller seminarer) hvor alle på legekantoret har deltatt i utviklingen av mål og visjoner for PHT.

Mål og målgrupper

Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn den vanlige fastlegeordningen. Målgruppene for forsøket er listeinnbyggere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, utviklingshemming og funksjonsnedsettelse samt skrøpelige eldre. Blant disse er det viktig at PHT når svake etterspørere med behov for allmennmedisinske tjenester.

Finansieringsmodellene

PHT-forsøket prøver ut to finansieringsmodeller: honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen hvor fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret. Det gis et driftstilskudd per legekantor basert på fastlegenes lister, kombinert med betaling fra listeinnbyggere for tjenester på vanlig måte (med egenbetaling og egenandeler).

Forskningsspørsmål

I denne artikkelen forsøker vi å besvare spørsmålet: Hvordan jobber legekantorene i PHT-forsøket som team, og hvilke effekter gir det? Videre belyser vi: Hvordan kan disse funnene brukes i utformingen av en mer teambasert fastlegetjeneste? Vi bygger på datainnsamlingen og hovedfunnene fra evalueringen av PHT, men utdyper funnene om teameffektivitet og de samfunnsøkonomiske perspektivene ved PHT i lys av internasjonal litteratur. Vi drøfter betydningen av en mer teambasert fastlegetjeneste opp mot anbefalingene fra helsepersonellkommissjonen og ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten.

Design og metoder

Forsøksdesign

PHT-forsøket inkluderer drøyt 100 000 listeinnbyggere fordelt på 17 legekantor i ni kommuner: Rana, Austevoll, Stad, Kinn, Hå, Ringsaker, Seljord, Kristiansand og Oslo (bydelene Alna, Nordstrand og Sagene). Det var i utgangspunktet 17 kommuner som søkte Helsedirektoratet om å få delta i forsøket. Deltakerkommunene ble valgt ut av Helsedirektoratet basert på både objektive og subjektive kriterier (nærmere beskrevet i Abelsen et al., 2021, kap. 4.5). Legekantorene i forsøket valgte finansieringsmodellen de har prøvd ut i samråd med kommunen og Helsedirektoratet.

Av de 17 legekantorene i forsøket har tolv prøvd ut honorarmodellen, og fem har prøvd ut driftstilskuddsmodellen. Blant de elleve privateide legekantorene i forsøket valgte ti honorarmodellen, mens fire av de seks kommunalt eide legekantorene valgte driftstilskuddsmodellen.

Tabell 1. Dataenheter og datainnsamlingsmetoder.

| Målgruppe | Intervju | Spørreundersøkelse | Registerdata* |
|--|--|---|--------------------------|
| Listeinbyggere (og pårørende) i forsøket | Vår 2020, n = 10 (5) | Høst 2018, n = 5 461 Høst 2022, n = 287 | 2012-2022, n = 108 610 |
| Listeinbyggere utenfor forsøket | | Høst 2018, n = 2775 | 2012-2022, n = 5 282 048 |
| Personell på legekantorene i forsøket | Vår 2018, n = 101 Vår 2019, n = 109 Vår 2020, n = 19 Vår 2021, n = 54 Vår 2022, n = 52 Vår 2023, n = 17 | Vår 2018, n = 128 Vår 2019, n = 141 Vår 2020, n = 163 Vår 2021, n = 170 Vår 2022, n = 211 | 2012-2022, n = 114 |
| Personell på legekantor utenfor forsøket | | Vår 2018, n = 37 Vår 2020, n = 12 | 2012-2022, n = 4 820 |
| Kommunale PHT-prosjektledere | Vår 2018, n = 8 Vår 2021, n = 9 | | |
| Ansatte i andre kommunale tjenester | Vår 2018, n = 51 Vår 2021, n = 48 | Vår 2018, n = 45 | |
| Ansatte i spesialisthelsetjenesten | Vår 2021, n = 5 | Vår 2018, n = 37 | |

* Registerdata er hentet fra: Fastlegeregisteret (FLO), KUHR, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasientregister (KPR), Dødsårsaksregisteret og SSB (utdanning, inntekt og formue på individ- og husholdningsnivå, sykefravær, trygdestatus, fødselsår, døds måned og kjønn).

Note: Det er i tillegg gjort analyser av virksomhetsdata fra legekantor (journaldata) både i og utenfor forsøket som er hentet ut ved hjelp av informasjonssystemet Medrave.

Evalueringsdesign

Helsedirektoratet har definert seks effektmål for PHT-forsøket: 1) bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere med oppfølging av PHT, 2) økt pasient- og brukertilfredshet, 3) bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere i målgruppen, 4) redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, 5) bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom PHT og spesialisthelsetjenesten, og 6) bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Vi har benyttet metodetriangulering (Andrew & Halcomb, 2009; Long et al., 2018; Fetters et al., 2013) og ulike teoretiske rammeverk samt analyser av intervju-data, surveydata og registerdata (tabell 1). Det er ulike forskere som har gjennomført enkeltanalysene basert på henholdsvis intervju-, survey- og registerdata. Forskerne har samarbeidet om de integrerte analysene. Det er laget årlige statusrapporter med ulike tematiske analyser, der hvert tema belyses med utgangspunkt i funn fra de ulike delstudiene (Abelsen et al., 2019a; Abelsen et al., 2019b; Abelsen et al., 2021; Abelsen et al., 2022; Aandahl et al., 2022). I de tematiske analysene drøfter vi hvordan funn fra de ulike delstudiene enten samsvarer eller avviker, og utdyper hvordan for eksempel funn fra intervjuer bidrar til å forklare trender fra registeranalyser eller spørreskjema.

Analysen

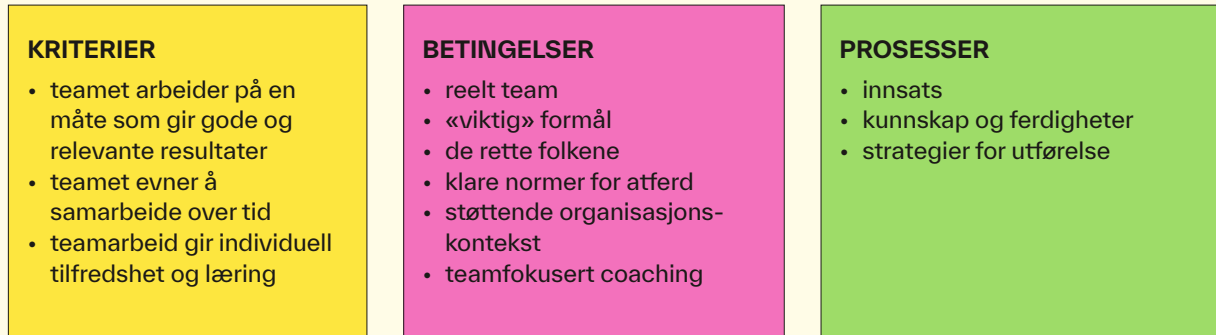
For å utforske teameffektivitet er det gjennomført en multippel casestudie (Yin, 2014) med utgangspunkt i fem

legekantor i PHT-forsøket. Det ble gjennomført 41 strukturerte intervju med helsepersonellet ved de utvalgte legekantorene. Både i utformingen av intervjuguiden og den tematiske analysen av intervjumaterialet har vi hentet inspirasjon fra Hackmans modell for å bedømme om team er effektive. Elementene i modellen er gjengitt i figur 1 og omfatter betingelser og prosesser som muliggjør teameffektivitet og kriterier for å bedømme hvorvidt team er effektive (Hackman, 1987; Hackman, 2012). Resultatvurderinger er subjektive og utføres av teammedlemmene selv.

For å undersøke betydningen av teamarbeid for omfanget av helsetjenester som ytes på legekantorene, har vi laget en indikator for grad av teamarbeid på legekantornivå basert på data fra en spørreundersøkelse til fastlegene på legekantorene. For hvert PHT-legekantor beregner vi gjennomsnittlig prosentandel av fastleger som svarte positivt («i stor grad» eller «i svært stor grad») på spørsmål om i hvilken grad de samarbeider med sykepleier om 14 spesifiserte oppgaver. Medianen på legekantornivå var 32 prosent. Legekantor hvor flere enn 32 prosent av fastlegene i snitt svarte positivt, tolker vi som legekantor med en høy grad av teamarbeid.

Vi undersøker også betydningen av om den enkelte fastlege i stor eller liten grad arbeider i team med sykepleierne. Vi rangerer fastlegene etter andelen av deres listeinnbyggere som har hatt minst én takstgenererende sykepleierkontakt i 2019, det første hele året av forsøket. Fastlegene deles så inn i kvartiler, hvor de som befinner seg i den fjerdedelen som hadde færrest takstgenererende sykepleierkontakter, havner i 1. kvartil, og så videre. Kvartilene indikerer grad av samarbeid med PHT-sykepleier.

Figur 1. Elementer i Hackmans modell for å bedømme teameffektivitet.



I registerdataanalysene har vi ved hjelp av statistiske metoder konstruert en kontrollgruppe med legekantor utenfor forsøket (nærmere beskrevet i Abelsen et al., 2022, kap. 2.1). Vi undersøker deretter om forskjellene i bruk av tjenester mellom individer i PHT-legekantor og individer i kontrollgruppen har endret seg etter at forsøket startet. Dette gjør vi ved hjelp av forskjeller-i-forskjeller-analyse med individuelle og tidsfaste effekter.

Vi har også gjennomført en analyse av samfunnsøkonomiske konsekvenser av PHT. De samlede analysene i evalueringen viser at PHT bidrar til flere nyttevirkninger, men det er utfordrende å tallfeste disse virkningene. For å belyse de samfunnsøkonomiske perspektivene ved PHT har vi derfor utarbeidet en terskelanalyse der vi anslår hvor store helsegevinster som skal til for at PHT er samfunnsøkonomisk lønnsomt. I terskelanalysen viser vi hvor mange listeinnbyggere som må få en helsegevinst, og hvor stor denne helsegevinsten må være (i form av kvalitetsjusterte leveår) for at verdien av helsegevinsten skal veie opp for kostnaden.

I veiledere for helseøkonomiske og samfunnsøkonomiske analyser benyttes ulike anslag for verdien av et leveår. Helsedirektoratet foreslår å benytte et anslag på verdien av et kvalitetsjustert leveår i samfunnsøkonomiske analyser på 1,6 eller 1,4 millioner kroner, med eller uten produksjonstap (Helsedirektoratet, 2018; Helsedirektoratet, 2020). Når det gjelder helseøkonomiske analyser, anfører Magnussen-utvalget at verdien av et kvalitetsjustert leveår avhenger av sykdommens alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), der verdien anslås til mellom 275 000 kroner (for sykdommer med lav alvorlighet) til 825 000 kroner (for sykdommer med høy alvorlighet). PHT retter seg mot ulike brukere med ulike sykdommer og tilhørende varierende alvorlighetsgrad. Basert på en samlet vurdering av disse anbefalingene legger vi i terskelanalysen til grunn to ulike anslag for verdien av et kvalitetsjustert leveår: anslag a) på 400 000 kroner og anslag b) tilsvarende 1,4 millioner kroner.

Etikk og personvern

REK sør-øst har innvilget dispensasjon fra taushetsplikten (saksnummer 2018/1928/REK sør-øst A). Personvernkonsekvensvurdering (DPIA) ble utarbeidet i samarbeid med Sikt (NSD).

Resultater

Virkningskjede

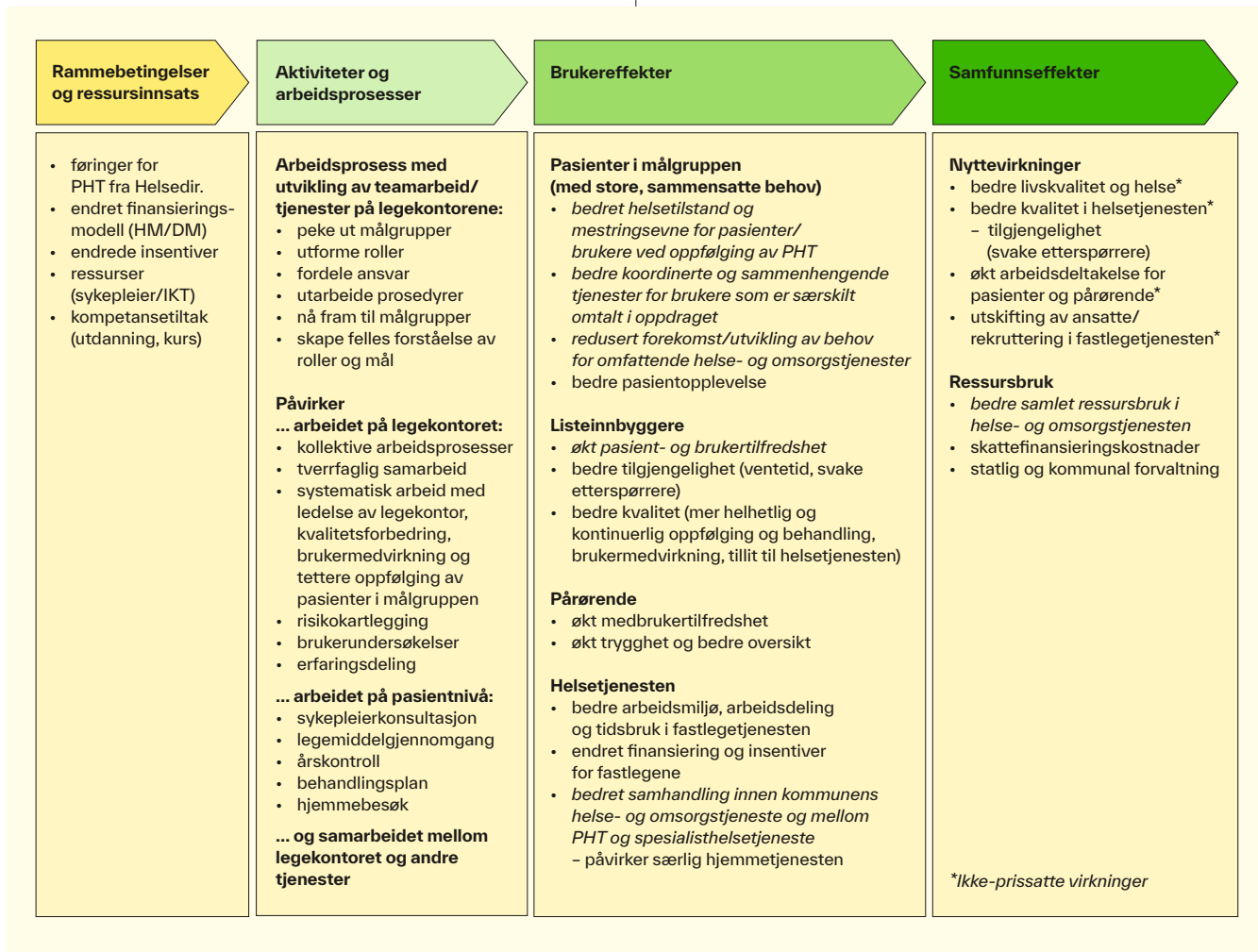
Basert på det innsamlede datamaterialet har vi utarbeidet en virkningskjede som illustrerer de ulike aktivitetene og forutsetningene som ligger til grunn for at virkningene av PHT oppstår (nærmere beskrevet i Abelsen et al., 2021, kap. 10.3). Virkningskjeden viser hvordan rammebetingelsene for PHT sammen med ressursinnsatsen gir endringer i aktiviteter og arbeidsprosesser på legekantorene, som igjen gir virkninger både på bruker- og samfunnsnivå (figur 2).

Teamledelse og teameffektivitet belyst med intervjudata

Funn fra både spørreundersøkelser og intervjuer bekrefter at teamarbeid krever ledelse. Det er særlig behov for at noen setter kurs for hvordan legenes rolle skal endres, og hvordan sykepleiere som en ny ressurs skal utvikle sin rolle. Behovet for å utvikle ledelse ved legekantorene i PHT-forsøket understrekes av at PHT-lederne har fått tilbud om lederutdanning, noe de fleste har benyttet seg av.

Casestudien, som undersøker teameffektivitet ved fem legekantor i PHT-forsøket (nærmere beskrevet i Aandahl et al., 2022, kap. 6), viser at det å bli reelle og effektive team innebærer et omfattende, målrettet og tidkrevende utviklings- og endringsarbeid. De fem legekantorene har ikke lyktes like godt med å bli effektive team. Den organisatoriske konteksten for teamarbeid, som tydeligst gjen speiles i informantenes historier om teamarbeidets natur, engasjementet for teamarbeidet, lederskap og individuell tilfredshet med teamarbeidet, varierte mye mellom de fem legekantorene. Til tross for variasjoner i den organisato-

Figur. 2 Virkningskjede for PHT (Abelsen et al., 2021).



riske konteksten var informantene ved fire av de fem legekantorene imidlertid enige om at når teamarbeidet rundt enkeltpasienter fungerer, så gir det gode og relevante resultater, først og fremst for pasientene, men også i stor grad for dem selv i form av økt arbeidstrivsel.

To av legekantorene i casestudien oppfylte i stor grad kriteriene, betingelsene og prosessene satt av Hackman for å skape teameffektivitet. Fortellingene fra informantene ved disse legekantorene indikerer at deres evne til å samarbeide har økt over tid. Rolleavklaring og en fornuftig arbeidsdeling i både makro- og mikroteam har sørget for at ulike kompetanse og ferdigheter blir brukt godt. Denne evnen til samarbeid var i mindre grad til stede i de tre øvrige legekantorene. Viktige årsaker til dette ser ut til å være utskifting, spesielt blant fastlegene, og manglende både makro- og mikroteamledelse. Informanter ved de tre legekantorene vurderte at mangel på struktur og lederskap hadde en negativ innvirkning på teamenes effektivitet; for eksempel hadde teammedlemmene i mindre grad en felles

oppfatning av formålet med teamarbeidet, og ansvars- og oppgavefordelingen var i varierende grad avtalt i makroteamene. Finansieringsmodellene synes generelt ikke å ha avgjørende innvirkning på teameffektiviteten. Men det at teamarbeid kunne gi lavere inntekt til selvstendig næringsdrivende fastleger, ble fremhevet som en forklaringsfaktor for manglende interesse for teamarbeid blant informantene ved ett av de tre legekantorene. Ved ett av de andre blant de tre opplevde informantene imidlertid at driftstilskuddsmodellen fremmet teamarbeidet. Et viktig funn knyttet til de tre mindre teameffektive legekantorene er at mikroteam kan være effektive selv om makroteamet (legekantoret som helhet) i mindre grad er det.

Effekter av PHT og teamarbeid på legekantorene belyst med registerdata

Ved hjelp av registerdata har vi undersøkt utvikling i bruk av helsetjenester til målgruppene i legekantor med PHT sammenlignet med landets øvrige legekantor. Tabell 2 viser

Tabell 2. Utvikling i forskjeller i helsetjenestebruk mellom listeinnbyggere ved PHT-legekantor og legekantor utenfor forsøket.

| | Lege-konsultasjon | | Lege- eller sykepleier-konsultasjon | | Hjemmebesøk | | Legevakt | | Poliklinisk konsultasjon | | Ikke-planlagt innleggelse | | Privat spesialist | | N |
|--|-------------------|---------|-------------------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|--------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------------|-------|--------------|
| | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | Inn-gangs-verdi | F | |
| Personer med diabetes type 2 | 5,50 | -0,02 | 5,50 | 0,71*** | 0,03 | 0,10*** | 0,50 | -0,01 | 2,43 | -0,01 | 0,38 | 0,00 | 1,52 | 0,00 | 1959 764 |
| Personer med kols | 5,75 | 0,11 | 5,75 | 0,76** | 0,07 | 0,16** | 0,87 | 0,12 | 2,59 | 0,07 | 0,57 | 0,02 | 1,28 | -0,03 | 941 820 |
| Personer med psykisk sykdom | 5,49 | -0,05 | 5,49 | 0,27*** | 0,04 | 0,04*** | 0,64 | -0,03 | 1,45 | -0,08 | 0,21 | -0,01 | 1,06 | 0,03 | 4 741 166 |
| Personer med ruslidelse | 5,57 | -0,07 | 5,57 | 0,28*** | 0,04 | 0,06** | 1,32 | 0,26 | 1,59 | -0,19 | 0,58 | 0,07 | 0,54 | -0,03 | 584 590 |
| Personer med psykisk utviklingshemming | 3,26 | -0,49** | 3,26 | -0,03 | 0,12 | 0,17 | 0,96 | -0,33** | 1,96 | -0,27 | 0,26 | -0,06 | 0,30 | 0,05 | 157 327 |
| Skrøpelige eldre og multisyke | 5,73 | -0,10 | 5,73 | 0,35 | 0,14 | 0,20*** | 0,83 | 0,04 | 3,35 | -0,01 | 0,72 | 0,02 | 2,14 | -0,03 | 1099 504 |

Note: Listeinnbyggere med diabetes type 2 (regning med ICPC-2 diagnosekode T90 hos fastlege i KUHR i perioden 2012–2013), kols (regning med ICPC-2 diagnosekode R95 hos fastlege i KUHR i perioden 2012–2013), psykisk sykdom (regning med ICPC-2 diagnosekode P72, P73, P74, P75, P76, P79, P80, P82, P86 eller P98 hos fastlege i KUHR i perioden 2012–2013), ruslidelse (regning med ICPC-2 kode P15, P18 eller P19 hos fastlege i KUHR i perioden 2012–2013), psykisk utviklingshemming (regning med ICPC-2 kode P85 hos fastlege i KUHR i perioden 2012–2013) og skjøpelige eldre og multisyke (listeinnbyggere som var 65 år eller eldre i 2012, og som basert på

registreringer i KUHR og NPR i 2012 ble identifisert som skjøpelige eller multisyke (3+ kroniske sykdommer) av Johns Hopkins ACG system), som tilhørte liste på PHT-legekantor eller legekantor utenfor forsøket. Legekonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae eller 074be. Lege- eller sykepleierkonsultasjoner er regninger med takst 2ad, 2ae, 2aek, 074a, 074ae, 074be, S2a, S2ae, S2aek, S2b, 088b, 088cd eller 088ck. Hjemmebesøk er regninger med takst 11ad, 086a, S3, S3a, S3b eller 088d. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001. Kilder: KUHR og NPR.

utvikling i forskjeller i helsetjenesteforbruk fra før forsøket og til etter forsøket startet for de to gruppene av legekantor. Det er faste effekter for individ og år. Inngangsverdien er gjennomsnittet for PHT-kantor i 2017. F er estimert effekt av å være listeinnbyggere på PHT-kantor. Trendene i helsetjenesteforbruk var parallelle i de to gruppene av legekantor før forsøket startet.

Vi ser av tabell 2 at PHT-sykepleieren har medført en betydelig økning i konsultasjoner og hjemmebesøk. For flere grupper har det vært mer enn en fordobling av antallet hjemmebesøk. Vi finner også at årskontroll for pasienter med diabetes type 2 (ikke inkludert i tabellen) har økt med 80 prosent.

Tabell 2 viser videre at det med ett unntak ikke er noen statistisk signifikante effekter på bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester.

Med inspirasjon fra casestudien om teameffektivitet har vi også undersøkt om utviklingen i helsetjenesteforbruk avhenger av organisering og omfang av teamarbeidet på legekantorene i PHT-forsøket. Vi finner at det ytes flere helsetjenester til pasienter i målgruppene på legekantor med høy grad av teamarbeid enn på legekantor med mindre grad av teamarbeid. For å undersøke om forskjellene vi finner

også var til stede før forsøket startet, har vi sammenlignet utviklingen før og etter forsøket med PHT startet (se tabell 7-3 i Aandahl et al., 2022). Sammenligningen indikerer at de to gruppene av legekantor i PHT-forsøket har hatt lik utvikling. Dette kan tyde på at graden av teamarbeid på legekantorene (målt med vår indikator) ikke har betydning for om oppfølgingen av målgruppene har blitt bedre. Vi finner imidlertid at begge gruppene gir bedre oppfølging av målgruppene enn hva de gjorde før. Det er variasjon innad på PHT-legekantorene i om legene engasjerer seg i teamarbeid. Vi finner at fastleger plassert i øvre kvartiler når vi rangerer dem etter andelen av deres listeinnbyggere som har hatt en takstgenererende sykepleierkontakt (mest samarbeid), tilbyr mer oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene. Vi undersøker også om forskjellene har blitt større etter at forsøket startet. Vi finner en positiv utvikling for listeinnbyggere med fastleger i 4. kvartil (mest samarbeid) sammenlignet med 1. kvartil (minst samarbeid), for flere av de takstgenererende tjenestene som Helsedirektoratet anser som egnet for PHT. Det gjelder for eksempel årskontroll til pasienter med diabetes type 2, hjemmebesøk til multisyke og skjøpelige eldre, og samhandling med helsepersonell utenfor legekantoret (se tabellene E14-E17 i Aandahl et al., 2022).

Tabell 3. Eksempel på merkostnad per listeinnbygger per år som får helsehjelp av PHT og tilhørende helsegevinst.

| | 200 listeinnbyggerer får helsehjelp av PHT (~4 prosent av listeinnbyggerne) | 900 listeinnbyggerer får helsehjelp av PHT (~17 prosent av listeinnbyggerne) |
|--|---|--|
| Merkostnad per listeinnbygger per år som får helsehjelp av PHT (uten effektivitetsgevinst) | ~8 100 kr | ~1 800 kr |
| Antall kvalitetsjusterte leveår som veier opp for kostnaden, gitt anslag a) (verdien av ett kvalitetsjustert leveår er 400 000 kroner) | 0,0203 | 0,0045 |
| Antall kvalitetsjusterte leveår som veier opp for kostnaden, gitt anslag b) (verdien av ett kvalitetsjustert leveår er 1,4 mill. kroner) | 0,0058 | 0,0013 |

Oppsummert viser de kvantitative analysene at PHT-legekontor gir mer oppfølging til listeinnbyggerer i målgruppene etter at forsøket startet, sammenlignet med legekortor utenfor forsøket. Legekortor og fastleger med stor grad av teamarbeid gir mer oppfølging av listeinnbyggerer i målgruppene enn legekortor og fastleger med mindre grad av teamarbeid. Om disse legekortorene og fastlegene også har blitt relativt bedre etter at forsøket startet, er mindre klart. Effektene vi finner, er på tjenester på legekortoret. Vi finner ikke effekter på bruk av spesialisthelsetjenester (nærmere beskrevet i Aandahl et al., 2022, kap. 7).

Samfunnsøkonomiske perspektiver

I forsøket med PHT er det betydelige forskjeller mellom legekortorene i hvordan de har valgt å organisere teamarbeidet, og hvilke målgrupper de særlig har jobbet med. Dette gjør det utfordrende å vurdere nyttevirkningene og om PHT er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

For listeinnbyggerer i målgruppen finner vi at PHT bidrar til økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten og bedre kvalitet i oppfølgingen. Økt tilgjengelighet handler både om at listeinnbyggerer får en konsultasjon når de har behov for det, men også om at de får den tiden de trenger i selve konsultasjonen. Intervjuer med listeinnbyggerer viser at sykepleierne har bidratt til begge disse sidene ved tilgjengelighet ved å være mer tilgjengelige enn fastlegen samt ved å ha mulighet for lengre konsultasjoner. Dette har bidratt til at listeinnbyggerer får 1) bedre muligheter til å legge fram sitt ærend, 2) bedre mulighet til å være med på å bestemme behandling, og 3) tid til gjennomføring av behandling. Vi vurderer at dette kan bidra til bedre helse og livskvalitet for listeinnbyggerer i målgruppene. Dette er effekter som på sikt kan tenkes å bidra til økt arbeidsdeltakelse, men dette har foreløpig ikke vært undersøkt i evalueringen. Evalueringen tyder på at tilgjengeligheten til fastlegetjenesten for listeinnbyggerer utenfor målgruppen ikke påvirkes av PHT.

Vi finner samtidig at PHT trolig i noen grad kan bidra til bedre oppfølging også av listeinnbyggerer utenfor målgruppen. PHT innebærer at legekortorene går over til en teambasert arbeidsform. Dette kan gi mer systematisk oppfølging av listeinnbyggerer, samt større vektlegging av tiltak for mestring. Vi vurderer at en slik arbeidsform trolig vil komme alle listeinnbyggerer til gode.

Videre finner vi at PHT kan bidra til en bedre samlet ressursbruk. Dette betyr ikke nødvendigvis redusert ressursbruk, men at organiseringen og arbeidsformen kan

legge til rette for at helsehjelp i større grad blir gitt til rett tid og på rett nivå.

Spørreundersøkelsen blant ansatte på legekortorene tyder på at PHT kan bidra til bedre arbeidsmiljø og trivsel. Dette kan på sikt bidra til økt stabilitet i fastlegetjenesten. Samtidig viser ikke analyser av registerdata signifikant lavere utskifting av ansatte ved legekortorene i forsøket sammenlignet med øvrige legekortor (se nærmere beskrivelse i Abelsen et al., 2021, kap. 5.5), og vi vurderer derfor at omfanget av en stabiliseringseffekt trolig er relativt liten.

I forsøket med PHT er det betydelige forskjeller mellom legekortorene i hvordan de har valgt å organisere teamarbeidet, og hvilke målgrupper de særlig har jobbet med. Dette gjør det utfordrende å vurdere nyttevirkningene.

Merkostnaden per listeinnbygger som får helsehjelp fra PHT, avhenger av hvor mange listeinnbyggerer hver sykepleier kan gi helsehjelp til. For å illustrere hvilken størrelsesorden på helsegevinstene som må til for at PHT skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt, tar vi utgangspunkt i et legekortor med 5 200 listeinnbyggerer og 1,5 sykepleierårsverk. Evalueringen viser at det er variasjon mellom legekortorene i andelen listeinnbyggerer med en takstgenererende sykepleierkontakt, og i 2021 varierte andelen fra 3 til 14 prosent (Aandahl et al., 2022). Dersom 200 listeinnbyggerer får helsehjelp fra PHT (tilsvarende om lag 4 prosent av listeinnbyggerer), gir dette en merkostnad per listeinnbygger på 8 100 kroner dersom vi legger til grunn Helsedirektoratets anslag på årsverkskostnaden for en sykepleier på 900 000 kroner og en skattefinansieringskostnad

på 20 prosent (nærmere beskrevet i Abelsen et al., 2022, kap. 10.3.1). Gitt anslag a) på verdien per kvalitetsjustert leveår (400 000 kroner), må disse listeinnbyggerne i gjennomsnitt ha en gevinst på 0,0203 kvalitetsjusterte leveår (tabell 3). Dersom vi legger til grunn anslag b) 1,4 millioner kroner, må hver listeinnbygger som får helsehjelp fra PHT ha en gevinst på 0,0058 kvalitetsjusterte leveår. Dersom antall listeinnbyggere som får en helsegevinst som følge av oppfølging fra PHT er høyere, kreves det en lavere gjennomsnittlig gevinst i kvalitetsjusterte leveår for at PHT skal bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. Sammenlignet med litteratur som viser helsegevinsten av andre lignende tiltak, fremstår ikke den nødvendige gevinsten som urealistisk (Wisløff et al., 2014). Dersom PHT gir en effektivitetsgevinst, reduseres helsegevinsten som skal til for å veie opp for kostnadene.

Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som sammen med de øvrige gevinstene kan veie opp for kostnadene. PHT kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt selv om vi ikke kan dokumentere dette med kvantitative data i de undersøkelsene vi har gjort.

Diskusjon

PHT innebærer endret organisering av fastlegekontor, med en tverrfaglig, teambasert tilnærming til oppfølgingen av listeinnbyggere med store og sammensatte behov, herunder ekstra bemanning med sykepleier, lederutdanning, tilpasset finansieringssystem og mer systematisk oppfølging av definerte målgrupper.

Styrker og svakheter ved forsøket

En utfordring i evalueringen av PHT er knyttet til seleksjonen av legekontorene i forsøket. Legekontorene har selv søkt Helsedirektoratet om å få delta og valgt finansieringsmodellen de har prøvd ut. Legekontorene skiller seg trolig fra andre legekontor ved at de har hatt en særlig motivasjon og interesse for å prøve ut PHT, og dette kan ha bidratt til at de har lyktes bedre med å endre arbeidsform enn andre legekontor ville gjort. Ti av de 17 legekontorene hadde sykepleier(e) ansatt allerede før PHT-forsøket. Likevel ansatte de fleste legekontorene nye sykepleiere til PHT-forsøket. Med registerdata finner vi ikke at de legekontorene som hadde sykepleiere før oppstart av forsøket, har en annen utvikling i anbefalte tjenester til målgruppene i forsøket enn de legekontorene som ikke hadde sykepleiere før oppstart av forsøket. Det er utfordrende å anslå betydningen av seleksjonseffektene i forsøket, men de utgjør et viktig bakteppe for vurderingene av PHT. I registerdataanalysen er dette håndtert ved å benytte kjente statistiske metoder ved risiko for seleksjon samt ved å benytte en kontrollgruppe med samme observerbare kjennetegn som legekontorene i forsøket.

Under koronapandemien gikk mye av arbeidskapasiteten ved legekontorene til å håndtere pandemien. Dette ga mindre tid og mulighet til å utvikle teamarbeidet og arbeidet som PHT, og kan ha redusert legekontorenes mulighet til å endre arbeidsform.

Stor variasjon mellom legekontorene i forsøket gjør det vanskelig å oppnå statistisk signifikante effekter. Samtidig som vi har et stort datamateriale, må vi ta hensyn til at pasienter på samme legekontor ligner hverandre siden de

har det samme tilbudet. Når vi tar hensyn til slike klynger, er det hovedsakelig antall legekontor i den minste gruppen som avgjør statistisk styrke når man sammenligner grupper av legekontor. Det brede datatilfanget og tilhørende dybdestudier gjør det imidlertid mulig å illustrere potensialet i PHT. Vårt valg av evalueringsdesign med metodetriangulering gjør at vi kan fange opp, utdype og mer helhetlig forstå ulike aspekter ved PHT-forsøket. Et eksempel er oppfølging fra PHT av pasienter med kroniske sykdommer. Studiene av registerdata viser tegn til bedre oppfølging for eksempel av pasienter med diabetes type 2, pasienter med kols og skrøpelige eldre. Disse resultatene blir konkretisert og utdypet både i intervjustudien med pasienter i 2020 og i spørreundersøkelsen til brukere i 2022. Et annet eksempel er oppfølgingen av personer med psykisk utviklingshemming. Variasjonen blant legekontorene var for stor til at studiene med registerdata fant statistisk signifikante effekter av PHT. Intervjustudiene kunne derimot dokumentere den betydelige forbedringen som har funnet sted ved enkelte PHT-kontor.

Samlet sett vurderer vi at PHT trolig kan gi helsegevinster som sammen med de øvrige gevinstene kan veie opp for kostnadene.

Teambasert oppfølging synes å gi et bedre tilbud til listeinnbyggere med store og sammensatte behov

Flere av funnene fra evalueringen kan ses i sammenheng med den internasjonale litteraturen. Personellet på alle de fem caselegekontorene opplever i stor grad at teamarbeidet gir gode og relevante resultater – først og fremst for pasientene, men også for dem selv i form av økt arbeidstrivsel. Dette er i tråd med funnene til Schmutz et al. (2019), som fant at teamarbeid gir bedre tjenester for pasientene. Utskifting av ansatte i team og mangel på lederskap, som vi har identifisert som hemmere av teameffektivitet, er også i tråd med funn fra andre studier (Cashman et al., 2004; Hall, 2009; O'Sullivan et al., 2015; Pullon et al., 2009).

Bakke et al. (2019) viser at det er et betydelig potensial for bedre oppfølging av pasienter med diabetes type 2 i Norge. Evalueringen finner at PHT medfører bedre oppfølging av disse pasientene, blant annet gjennom økning i antall årskontroller. Økningen i årskontroller for pasienter med diabetes er også i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for diabetes type 2, der Helsedirektoratet (2021) anbefaler at fastlegen gjennomfører en utvidet årlig kontroll (årskontrollen) for å kartlegge risiko for komplikasjon, vurdere pasientens behandlingsmål og kartlegge pasientens psykiske helse. Bedre oppfølging av pasienter med diabetes type 2 samsvarer med hva Mousquès et al. (2010)

og Gilles de la Londe et al. (2023) fant på legekantor med PHT i Frankrike. McManus et al. (2021) og van den Berk-Clark (2018) fant derimot ingen effekter for pasienter med diabetes i forsøk med PHT i USA. Xu (2016) fant positive effekter for eldre pasienter i USA.

I Norge finner vi så langt ingen effekter på bruk av spesialisthelsetjenester. I USA finner Sinaiko et al. (2017) en viss reduksjon i konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten og noe reduksjon i samlede utgifter til helsetjenester. I Canada fant Strumpf et al. (2017) en reduksjon i besøk til primærlegekantor og spesialisthelsetjeneste og en tilsvarende reduksjon i kostnader. Det var ingen reduksjon i sykehusinnleggelse.

Hvis sykepleieren avlaster fastlegen, kan frigjort tid brukes til å øke antallet legekonsultasjoner, til annet legearbeid eller til fritid.

Vurdering av samfunnsøkonomiske virkninger

Kostnaden ved PHT avhenger blant annet av om sykepleieren bidrar til at fastlegen blir mer produktiv. Hvis sykepleieren avlaster fastlegen, kan frigjort tid brukes til å øke antallet legekonsultasjoner, til annet legearbeid eller til fritid.

Fra registerdata finner vi at antallet legekonsultasjoner per listeinnbygger ikke er endret etter at PHT-forsøket startet. Det trekkes i retning av at sykepleieren i større grad har vært et supplement til fastlegen enn en avlastning. Et eksempel kan være hjemmebesøk som nå blir utført av sykepleiere, og som fastlegen ikke hadde tid til å gjennomføre tidligere. I så fall innebærer sykepleierens arbeid en kvalitetsforbedring. Samtidig er det uklart om alt legearbeid som er et resultat av at sykepleier avlaster fastlegen, blir fanget opp i registerdata, der aktivitet blir registrert ved hjelp av takster.

Fremtidens fastlegetjeneste

Vi har konkludert med at PHT-sykepleierne i forsøket i større grad har bidratt til bedre oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene enn til å avlaste fastlegen. Resultatet samsvarer med effektmålene for forsøket, som vektlegger kvalitetsforbedring, og ikke produktivitetsforbedring, på fastlegekantoret. I andre land, som for eksempel Frankrike, har man også observert at PHT bidrar til at legene i legekantor med PHT øker antallet pasienter uten å øke antallet tilbudte helsetjenester samt bidrar til å rekruttere både unge leger og leger til distriktene (Cassou et al., 2020; Loussouarn et al., 2021; Chevillard & Mousquès, 2021).

Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) har nylig pekt på at den demografiske utviklingen og medfølgende

knapphet på helsepersonell gjør det viktig med tverrfaglighet for å få mest mulig ut av ressursene. I en nasjonal ordning kan det dermed bli større vekt på avlastning og mindre vekt på kvalitetsforbedring enn det som har vært tilfellet i PHT-forsøket. En kan her også vise til Danmark, der sykepleiere på legekantoret muliggjør lengre pasientlister enn det som er tilfellet i Norge (Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, 2023).

Mange kommuner opplever at etterspørselen etter helsepersonell er større enn tilbudet til gjeldende lønns- og arbeidsvilkår. Som vist i forsøket, kan teamarbeid også bidra til økt arbeidstilfredshet. Dette er i tråd med funn fra internasjonal litteratur (Li et al., 2023; O'Malley et al., 2015; Weller et al., 2014; Schmutz et al., 2019). Dersom teamarbeid kan gjøre arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mer attraktivt og redusere utskifting av ansatte, kan dette bidra til å styrke tjenesten fremover.

Et mulig virkemiddel for å legge til rette for mer tverrfaglighet i fastlegetjenesten er å gjøre endringer i finansieringssystemet for fastlegeordningen. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har, i lys av erfaringene med PHT, foreslått at finansieringssystemet for fastlegeordningen bør endres for å legge til rette for mer tverrfaglighet og delegering til andre helsepersonellgrupper som sykepleiere og helsesekretærer (2023). Ekspertutvalget foreslår også å innføre profesjonsnøytrale takster for fastlegeselskap og kommunale legekantor. Dette er for å åpne for samarbeid med eksempelvis sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter, som har en annen kompetanse enn fastlegen. En slik endring vil trolig medføre at kommuner og fastlegekantor som er interessert, vil utvikle mer tverrfaglighet på legekantorene enn det som er tilfellet i dag.

En tverrfaglig, teambasert fastlegeordning kan ha mange former – og PHT er ett av mange alternativer. Erfaringene fra forsøket er at det tar tid å utvikle teamarbeid. For å lykkes med en eventuell videre implementering av en teambasert fastlegeordning må det være en klar interesse for dette blant fastleger. Fastleger som er skeptiske til tverrfaglighet, vil trolig fortsette sin praksis som før. Introduksjon av tverrfaglige fastlegekantor på landsbasis vil dermed medføre tilsvarende seleksjon som i forsøket med PHT. Mangfold i organisering av fastlegeordningen kan dermed tilrettelegge for at ulike legekantor kan utnytte sine ulike fortrinn.

REFERANSER

- Abelsen, B., Evenstad, Ø., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, E. M. (2021). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III*.
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, E. M. (2019a). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport I*

- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, E. M. (2019b). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*
- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018–2021 (Statusrapport IV)*.
- Andrew, S. & Halcomb, E. (2009). Mixed methods research for nursing and the health sciences. *Blackwell Publishing*.
- Bakke, Å., Tran, A. T., Dalen, I., Cooper, J. G., Løvaas, K. F., Jenum, A. K., Berg, T. J., Madsen, T. V., Nøkleby, K., Gjelsvik, B., Claudi, T., Skeie, S., Carlsen, S., Sandberg, S. & Thue, G. (2019). Population, general practitioner and practice characteristics are associated with screening procedures for microvascular complications in Type 2 diabetes care in Norway. *Diabetic Medicine*, 36(11), 1431–1443.
- Cashman, S. B., Reidy, P., Cody, K. & Lemay, C. A. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 18(2), 183–196, 191–197.
- Cassou, M., Mousquès, J. & Franc, C. (2020). General practitioners' income and activity: The impact of multi-professional group practice in France. *The European Journal of Health Economics*, 21, 1295–1315.
- Chevillard, G. & Mousquès, J. (2021). Medically underserved areas: Are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Social Science & Medicine*, 287, 114358.
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Fetters, M. D., Curry, L. A. & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156.
- Gaski, M. & Abelsen, B. (2020). Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter. En studie av lederatferd ved implementering av primærhelseteam på fastlegekontor. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(4), 281–293. https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2020/04
- Gilles de la Londe, J., Afrite, A. & Mousquès, J. (2023). How does the quality of care for type 2 diabetic patients benefit from GPs-nurses' teamwork? A staggered difference-in-differences design based on a French pilot program. *International Journal of Health Economics and Management*, 1–34.
- Groenewegen, P., Heinemann, S., Greß, S. & Schäfe, W. (2015). Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*, 119(12), 1576–1583.
- Hackman, J. (1987). The design of work teams. The handbook of organizational behavior. JW Lorsch. I *The Design of Work Teams. Handbook of Organizational Behavior*. Prentice-Hall.
- Hackman, J. (2012). From causes to conditions in group research. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 428–444.
- Hall, P. (2009). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care*, 183–196.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikret og teambasert*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Primærhelseteam – Kvalitet, ledelse og finansiering*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020). *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19. Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet*. Helsedirektoratet.
- Li, M., Tang, H. & Liu, X. (2023). Primary care team and its association with quality of care for people with multimorbidity: A systematic review. *BMC Primary Care*, 24(1), 1–16.
- Long, K., McDermott, F. & Meadows, G. (2018). Being pragmatic about healthcare complexity: Our experiences applying complexity theory and pragmatism to health services research. *BMC Med*, 16(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1087-6>. PMID: 29921277; PMCID: PMC6008915.
- Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y. & Mousquès, J. (2021). Can general practitioners be more productive? The impact of teamwork and cooperation with nurses on GP activities. *Health Economics*, 30(3), 680–698.
- McManus, L. S., Dominguez-Cancino, K. A., Stanek, M. K., Leyva-Moral, J., Bravo-Tare, C. E., Rivera-Lozada, O., & Palmieri, P. A. (2021). The patient-centered medical home as an intervention strategy for diabetes mellitus: A systematic review of the literature. *Current Diabetes Reviews*, 17(3), 317–331.
- Mousquès, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P. & Yilmaz, E. (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(2–3), 131–143.
- NOU 2023: 4 (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- OECD. (2020). *Health Policy Studies: Realising the potential of primary health care*. OECD Publishing.
- O'Malley, A. S., Gourevitch, R., Draper, K., Bond, A., & Tirodkar, M. A. (2015). Overcoming challenges to teamwork in patient-centered medical homes: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 183–192.
- O'Sullivan, M., Cullen, W. & MacFarlane, A. (2015). Primary care teams in Ireland: A qualitative mapping review of Irish grey and published literature. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 184, 69–73
- Pullon, S., McKinlay, E. & Dew, K. (2009). Primary health care in New Zealand: The impact of organisational factors on teamwork. *British Journal of General Practice*, 59(560), 191–197.
- Schmutz, J. B., Meier, L. L. & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e028280.
- Sinaiko, A. D., Landrum, M. B., Meyers, D. J., Alidina, S., Maeng, D. D., Friedberg, M. W., Kern, L. M., Edwards, A. M., Flieger, S. P., Houck, P. R., Peele, P., Reid, R. J., McGraves-Lloyd, K., Finison, K. & Rosenthal, M. B. (2017). Synthesis of research on patient-centered medical homes brings systematic differences into relief. *Health Affairs*, 36(3), 500–508.
- Strumpf, E., Ammi, M., Fiset-Laniel, J. & Tousignant, 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, 76–94.
- van den Berk-Clark, C., Doucette, E., Rottnek, F., Manard, W., Prada, M. A., Hughes, R., Lawrence, T. & Schneider, F. D. (2018). Do patient-centered medical homes improve health behaviors, outcomes, and experiences of low-income patients? A systematic review and meta-analysis. *Health Services Research*, 53, 1777–1798.
- Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 106(1), 149–154.
- Wisløff, T., Hagen, G., Hamidi, V., Movik, E., Klemp, M., & Olsen, J. A. (2014). Estimating QALY gains in applied studies: A review of cost-utility analyses published in 2010. *Pharmacoeconomics*, 32, 367–375.
- World Health Organization (WHO). (2008). *The World Health Report 2008 – Primary health care: Now more than ever*. WHO.
- Xu, J. (2016). The patient-centered medical home and healthcare outcomes for older adults: A systematic review. *Gerontologist*, 56, 405–406.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research design and methods* (5. utg.). SAGE.
- Aandahl, E., Abelsen, B., Fosse, A., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø. & Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V*.

NOTER

1. I forslag til statsbudsjettet for 2024 er det foreslått at finansieringen videreføres til 30. juni 2024.
2. Prosjektet som er grunnlaget for denne publikasjonen er finansiert av Helsedirektoratet. Det er innhentet registeropplysninger fra Kommunalit pasient- og brukerregister (KPR), Individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS), Fastlegeregisteret, registeret Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret og Statistisk sentralbyrå (SSB). Forfatterne er eneansvarlig for tolkningen og presentasjonen av de utleverte dataene. Registerne har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte dataene. Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data.