

Rapport
IS-2656

Primærhelseteam

Kvalitet, Ledelse og Finansiering

Publikasjonens tittel: Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering

Utgitt: August/2017

Bestillingsnummer: IS-2656

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling utvikling og teknologi

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post: trykksak@helsedir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2656

INNHold

INNHold	2
1 Innledning	4
1.1 Prosjektets effektmål	5
2 ARBEID I TEAM	6
2.1 Organisering	6
2.2 Brukermedvirkning	8
2.3 Opplæring og veiledning til kommuner og fastleger	9
2.4 Ledelse av primærhelseteamet	9
2.5 Ansettelse av nytt personell for piloten	10
3 LOV, FORSKRIFT OG AVTALER	10
3.1 Innledning	10
3.2 Fastlegeforskrift – fastlegens ansvar	11
3.3 Pasient- og brukerrettighetslov	11
3.4 Helsepersonelloven	12
3.5 Pasientjournalloven	12
3.6 Folketrygdloven	12
3.7 Endringer i fastlegeforskriften - regulering av vederlag for primærhelseteam	12
3.8 Avtaleverket	12
4 FAGLIG INNHold	13
4.1 Primærhelseteamets oppdrag	13
4.2 De viktigste målgruppene for primærhelseteamet	14
4.3 Arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste	15
4.4 Kompetansebehov	18
5 IKT	19
5.1 Elektronisk pasientjournal	20
5.2 Kjernejournal	20

5.3	Digital dialog	20
5.4	Videokonferanser	21
5.5	Informasjon om ordningen på helsenorge.no	21
6	FINANSIERING	21
6.1	Honorarmodellen (A)	22
6.2	Driftstilskuddsmodellen (B)	23
7	EVALUERING	29
7.1	Områder som skal evalueres	29
7.2	Gjennomføring av evalueringen	30
7.3	Datagrunnlag til evaluering og rapportering	30
7.4	Samfunnsøkonomisk analyse	31
8	AVSLUTNING AV PILOT	31

1 INNLEDNING

Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre et pilotprosjekt (pilot) med primærhelseteam. Målet er å finne ut om en ny organisering med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger i forhold til dagens ordning, gir et bedre tilbud til pasientene/innbyggerne. I primærhelsemeldingen er primærhelseteam definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell, som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser. I piloten avgrenses primærhelseteam til fastleger, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser, og teamet ledes av lege. Målet med teamorganisering er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Målgruppen for forsøket med primærhelseteam er alle innbyggere på fastlegenes lister. Det vil imidlertid være særlig oppmerksomhet på pasienter/brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov, som:

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

Det også viktig å nå innbyggere med behov for allmennt medisinske tjenester, men som vurderes som svake etter-spørrere.

Forsøksordningen med primærhelseteam vil tre i kraft 01.04.2018 og vare i tre år. Det skal velges ut totalt 6 kommuner med deltagelse av totalt tentativt 80 fastleger fra

- 2 små kommuner (under 5000 innbyggere)
- 2 mellomstore kommuner (mellom 5000 og 20.000 innbyggere)
- 2 store kommuner (over 20.000 innbyggere)

Det er kommunen som leder prosjektet lokalt. Det vil derfor være avgjørende at kommunen bidrar til å skape et godt grunnlag for samarbeid mellom praksiser, primærhelseteam og andre kommunale tjenester. Kommunen har ansvar for å rekruttere praksiser til piloten og sørge for lokal oppfølging av organisering, finansiering og leveranser i piloten. God dialog og avklarte roller er et godt fundament for å lykkes i prosjektet lokalt i den enkelte kommune. Helsedirektoratet vil bistå for at det lokale prosjektet skal lykkes.

Det legges vekt på at primærhelseteamet skal ha en innovativ og bærekraftig arbeidsform gjennom tverrfaglig samarbeid og endret finansieringsmodell. Innsatsen skal være utadrettet og proaktiv. Primærhelseteamet skal gjøre egne funksjons- og behovsvurderinger av type helsehjelp, og i hvilken utstrekning helsehjelpen skal ytes av primærhelseteamet. Andre tjenester i kommunen skal tildeles i tråd med lokalt vedtatte ordninger.

Det skal gjennomføres en bred evaluering av piloten, som innebærer målinger før, under og etter gjennomføringen av forsøket. Deltagerne må forplikte seg til å levere nødvendige data til evalueringen. Helseledelsen vil bistå med å gjøre rapporteringen så enkel og effektiv som mulig.

Helseledelsen har også et annet tilgrensende oppdrag der det skal prøves ut et verktøy for risikokartlegging og en strukturert tverrfaglig oppfølging (oppfølgingsteam) av brukere med store og sammensatte behov. Målet er at ved å identifisere brukere tidlig og sette inn strukturert oppfølging skal dette bidra til bedre pasientresultat og egenmestring samt å redusere behovet for kommunale tjenester og innleggelse i sykehus. Oppfølgingsteam skal være et tilbud for brukere med store og sammensatte behov som mottar, eller blir vurdert å ha behov for tjenester fra flere aktører. Betegnelsen oppfølgingsteam er et generisk begrep. Det kjennetegnes ved at det er en teamleder (koordinator) og tjenesteytere som utpekes ut fra brukerens behov, og at det utformes en plan for oppfølgingen i samråd med brukeren. Primærhelseteam vil naturlig være en av bidragsyterne inn i et oppfølgingsteam, men ikke ha rolle som teamleder/koordinator. Et pilotforsøk med oppfølgingsteam kan derfor gjennomføres også i kommuner som deltar i pilot med primærhelseteam.

1.1 Prosjektets effektmål

Piloten innebærer et forsøk med etablering av primærhelseteam for å måle effekten av både endring i organisering, og nye finansieringsmodeller for fastlegeordningen.

Effektmålene for prosjektet er:

- Bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam.
- Økt pasient- og brukertilfredshet.
- Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget.
- Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.
- Bedret samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten.
- Bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

2 ARBEID I TEAM

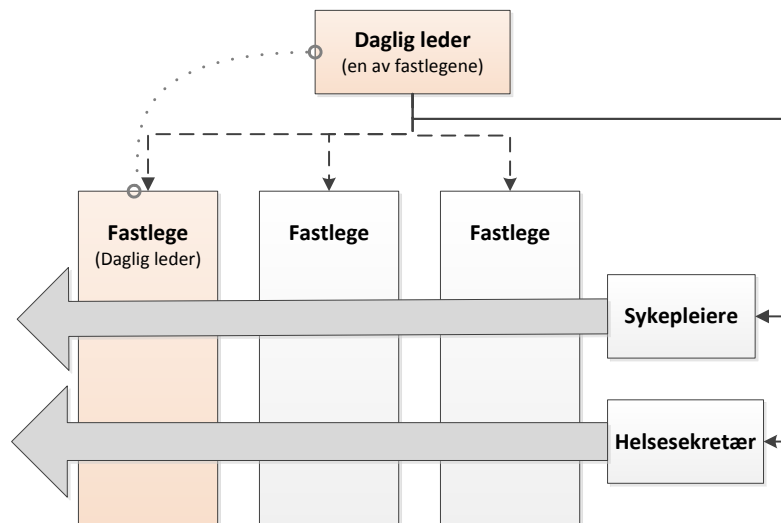
Definisjoner

I prosjektet har vi definert sentrale begrep slik:

<i>Primærhelseteam:</i>	I dette forsøket avgrenses primærhelseteam til fastleger, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser. Teamet ledes av en av fastlegene.
<i>Praksis:</i>	Driftsselskap som organiserer fastlegetjeneste med en eller flere fastleger og annet personell.
<i>Daglig leder:</i>	Formell leder av driftsselskapet. (En av fastlegene).
<i>Fastlege:</i>	Lege som inngår avtale med kommune om deltagelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunene eller selvstendig næringsdrivende.
<i>Fastlegeavtale:</i>	En individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.
<i>Listeinnbygger:</i>	En person som er tilknyttet en fastlegeliste.
<i>Praksisavtale:</i>	Avtale mellom kommune og leder for driftsselskapet (den fastlege som ivaretar rollen som daglig leder for praksisen) om deltagelse og samarbeid i pilotprosjekt for primærhelseteam.

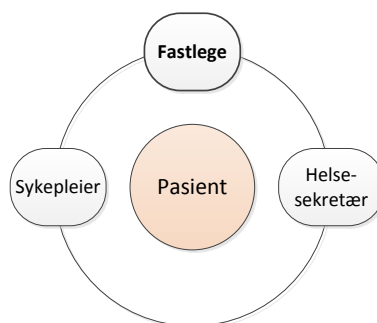
2.1 Organisering

Primærhelseteam er et tverrfaglig team som er sammensatt av representanter fra ulike kunnskapsområder, som jobber kontinuerlig sammen mot felles mål. Et velfungerende team vil gi en effektiv arbeidsorganisasjon, gjennom rask kopling av ulike kompetanser til bestemte oppgaver. Det er rask tilgang på bredde- og dybdekompetanse som skaper handlingskapasitet. Temaorganisering vektlegger en prestisjefri samhandling i stedet for en hierarkisk arbeidsform. Dette skal også redusere treghet mellom faggruppene i arbeidet. Teamets arbeidsform skal gi mulighet for å tilføre nye aktiviteter og arbeidsformer inn i arbeidet. I prosjektet skal både helsesekretærer og sykepleiere samarbeide med flere fastleger i samme praksis. Dette innebærer at hele legesenteret skal organiseres etter en teammodell, og der alle samlet sett utgjør ett primærhelseteam (systemnivå). Daglig leder for praksisen defineres derfor som leder for primærhelseteam på systemnivå. Denne organiseringen kan fremstilles som i Figur 1. Denne synliggjør både at hver fastlege har en individuell fastlegeavtale og at daglig leder er leder for sykepleier(e) og helsesekretær(er).



Figur 1. Praksisen - primærhelseteam på systemnivå

Den enkelte fastlege, sykepleier og helsesekretær skal utgjøre et primærhelseteam (figur 2) som skal fremstå koordinert i møte med den enkelte pasient (mikroteam på individnivå til fastlegens individuelle liste).



Figur 2. Primærhelseteam på individnivå

Studier peker på tilstedeværelse av fem ulike faktorer som til sammen legger grunnlag for at teamarbeid lykkes i forhold til sine mål:

- 1) «Felles forståelse» (shared understanding): felles forståelse av roller, normer, verdier og mål for teamet.
- 2) «Likeverdighet» (Egalitarianism): teamet fungerer på en egalitær måte.
- 3) «Samarbeidsform» (Cooperation): teamet samarbeider om det løpende arbeidet.
- 4) «Uavhengighet» (Interdependence): teamet fungerer på en autonom måte.
- 5) «Synergier» (Synergy): kombinerte intervensjoner og delt beslutningstaking gir bedre resultater for pasienter enn effekter av individuelt profesjonsbasert arbeid.

Disse kjennetegnene kommer ikke av seg selv, og det er to forhold som særlig fremheves som viktige: opplæring av hele teamet og ledelse/lederkompetanse.

Primærhelseteam er små enheter og samlokalisering gir nærhet mellom de som arbeider i teamet. Dette gir muligheter for kontinuerlig dialog om arbeidsoppgaver og faglige problemstillinger, og er av stor betydning for å nå målene for piloten.

2.1.1 Rollen som daglig leder for praksisen i piloten

I praksisene som deltar i pilotprosjektet er det den som formelt er ansvarlig for praksisen (Daglig leder), som har ansvar for:

- Styringssystem i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 3.
- Ledelse av helsesekretærer og sykepleiere i praksisen (fag- og personalledelse).

Daglig leder må sikre gode administrative rutiner og ivareta fagutviklingsbehov. Primærhelseteamet må ha rutiner for samarbeid og intern kommunikasjon. Dette sikres gjennom faste møtepunkter, og ved at relevant informasjon deles gjennom IKT og ad hoc ved behov. Dette forutsetter at roller og ansvarsområder er klart definert og implementert. Daglig leder må bidra til åpenhet og gode rutiner for kommunikasjon mellom teammedlemmene.

Helseprofesjonsgrupper kan ofte ha ulike oppfatninger av hva som er de viktigste elementene for jobbtilfredshet. Lederne skal ta utgangspunkt i kvalitetene i disse forskjellene ved etableringen av et primærhelseteam hvor profesjonsgruppene er gjensidig avhengige av hverandre.

Daglig leder har ansvar for å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av praksisens aktiviteter, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal leder også sørge for at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

I kommuner med kommunale fastlegekontor som deltar i piloten må også primærhelseteamet ledes av en av legene på kontoret.

2.1.2 Fastlegens listeansvar

Modellen for primærhelseteam innebærer at fastlegens listeansvar fortsetter uendret. Praksisen kan være organisert med felleslister eller med individuelle lister. Helsedirektoratet vil i neste fase av prosjektet samarbeide med Legeforeningen og KS om utarbeidelse av en mal til supplerende avtale til den individuelle fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege om medvirkning i piloten.

2.1.3 Rapportering

Daglig leder er ansvarlig for at det avgis nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Data til evaluering av piloten er også et ansvar tillagt daglig leder. Det legges til grunn at nødvendige forutsetninger for uttrekk av data er til stede. Plikt til å rapportere er ikke begrenset til anonymiserte styringsdata. Eventuell rapportering av personidentifiserbare data, forutsetter at mottaker har REK-godkjenning og/eller konsesjon fra Datatilsynet.

2.2 Brukermedvirkning

Pasienter og brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere pasient og brukere i alle deler av tjenesteutforming. Brukermedvirkning, enten det er på system-, eller individnivå, innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolkene. Brukerperspektivet skal være sentralt i tjenesteutforming og brukerens behov, ønsker og vurderinger legges til grunn for tjenesteutviklingen.

Primærhelseteam skal bidra til å utvikle en mer helsefremmende helsetjeneste. Pasient- og brukerrolle skal ivaretas, blant annet ved å bruke samvalgsværktøy og forbedringsmetodikk. «Ingen beslutning om meg uten meg», er en visjon for brukermedvirkningens plass i kontakten med primærhelseteamet. Kommunen skal sikre at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet. Brukerne skal være aktive deltagere i planleggings- og beslutningsprosesser, fra starten av planleggingen og til tjenestetilbudet er ferdig utformet og gjennomføres. Kommunen skal sikre et system for innhenting av brukererfaringer og brukerundersøkelser mm.

På individnivå skal den som benytter seg av teamets tjenester, få innflytelse i forhold til tilbudet. Det betyr at bruker eller den som ivaretar brukers interesser, skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbudene som primærhelseteamet tilbyr. Dette for å sikre brukers autonomi, myndighet og kontroll i eget liv. Dette skal også sikre at bruker tar ansvar for sine deler av egenomsorg og egenbehandling. Mange pasienter har lang erfaring og kunnskap om livet med kronisk sykdom. Denne kunnskapen kan med fordel anvendes i opplæring av andre pasienter med kronisk sykdom. Dette kan gjøres gjennom at pasienter underviser medpasienter etter vitenskapelige utviklet og utprøvde undervisningsprogram. Dette kan bidra til at pasienter med kronisk sykdom får bedre livskvalitet, bedre symptomkontroll og redusert behov for ytelse fra helsevesenet.

Brukermedvirkning i kommuner og praksiser som deltar i piloten, vil bli konkretisert i neste fase av prosjektet.

2.3 Opplæring og veiledning til kommuner og fastleger

I forkant av piloten vil Helsedirektoratet utarbeide og gjennomføre et opplæringsprogram for de utvalgte kommunene og fastlegepraksisene. Helsedirektoratet vil samarbeide tett med fagorganisasjoner, KS og brukere om innhold og gjennomføring av dette. Teamarbeid, ledelse av tverrfaglige team og brukermedvirkning blir viktige elementer i programmet. Det planlegges også med veiledning av teamene i pilotperioden.

2.4 Ledelse av primærhelseteamet

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige- og forsvarlige helsetjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper. Dette inkluderer personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer og/eller nedsatt funksjonsevne. Dette ansvaret innebærer at kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å oppfylle ansvaret skal kommunen blant annet tilby fastlegeordning til sine innbyggere.

Kommuneloven har fastsatt at administrasjonssjefen (rådmannen) i kommunen har det overordnede ansvaret for styringssystemet i kommunen. Private virksomheter som tilbyr helsetjenester er selvstendige rettssubjekter, og den ansvarlige for virksomheten har det overordnede ansvaret for styringssystemet. Kommunens frihet til å inngå avtaler med private ledsages imidlertid også av et ansvar for å følge opp og kontrollere om tjenestene leveres i tråd med avtalen. Dette er særlig aktuelt for kommuner som har

inngått avtaler med leger i privat praksis om allmennlegetjenester. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten slås det nå fast, at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomheten i tråd med forskriften. Fastlegene har fortsatt selvstendig faglig ansvar for sin listepopulasjon. Daglig leder skal inneha arbeidsgiverrollen for sykepleiere og helsesekretærer. Det innebærer bl. a. å organisere, lede og kontrollere og fordele arbeidet.

Helsedirektoratet vil før oppstart av piloten samarbeide med Legeforeningen og KS om utforming av maler for hhv. avtale (praksisavtale) mellom kommunen og driftsselskapet (praksisen) og tilleggsavtale til den individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege som deltar i piloten. Det vil bli laget en mal per finansieringsmodell.

2.5 Ansettelse av nytt personell for piloten

Til pilotpraksisene vil det bli behov for å rekruttere sykepleiere. Ettersom dette er et tidsbegrenset forsøk kan et krav om fast tilsetting i praksisen bli en utfordring. Det er derfor åpenhet for å velge en annen tilsettingsform. Det viktige er at sykepleiere, lege og helsesekretær opptre som et tverrfaglig team og at de opplever å være ett team der sykepleiere og helsesekretærer ledes av daglig leder i praksisen.

3 LOV, FORSKRIFT OG AVTALER

3.1 Innledning

Gjeldende lover, forskrifter og rundskriv legges til grunn for piloten. Gjeldende ansvars- og oppgavefordeling for helse- og omsorgstjenester ligger fast. På enkelte områder i folketrygdloven med forskrift samt ett i fastlegeforskriften vil det være behov for endringer for å gjennomføre piloten. Helse- og omsorgsdepartementet vil sørge for nødvendige endringer før oppstart av forsøket.

Finansierungsordningene har hensyntatt at sykepleiere i primærhelseteamet er omfattet av lov om pensjonsordning for sykepleiere med tilhørende forskrift.

Når forsøksperioden er over, vil det på nytt bli vurdert hvilke lov- og forskriftsendringer som eventuelt bør gjøres av mer varig karakter.

I redegjørelsen nedenfor fremkommer på denne bakgrunn, først og fremst en redegjørelse av det som må endres eller som avviker fra dagens ordninger og som det er nødvendig å kommentere.

3.1.1 Generelt

Kommunens ansvar for fastlegeordningen kommer til uttrykk i helse- og omsorgstjenesteloven, fastlegeforskriften, forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen og i sentralt og lokalt avtaleverk. Kommunens nærmere ansvar for fastlegeordningen kommer, i tillegg til I avtaleverket, også til uttrykk i fastlegeforskriften kapittel 2. Det vises til § 4 i fastlegeforskriften som et utgangspunkt.

3.2 Fastlegeforskrift – fastlegens ansvar

Videreføre fastlegens listeansvar

Primærhelseteamets oppgaver og ansvar er knyttet til fastlegens listeansvar som omfatter alle allmennlegeoppgavene som pasienten trenger, med mindre annet er presisert i lov eller forskrift.

Helsepersonelloven § 5 som omhandler mulighet for å overlate bestemte oppgaver til annet personell når det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis, vil også bli brukt ved etablering av primærhelseteam. Det vil i slike tilfeller være fastlegen som har det overordnet ansvar for at disse utøver oppgavene på forsvarlig måte, og som da vil ha sitt listeansvar i behold slik det står per i dag. Fastlegen, i samarbeid med sitt team får mulighet til å vurdere oppgavefordeling i den hensikt å oppnå best kvalitet og mest effektiv ressursbruk.

Det legges til grunn at fastlegene i en praksis samarbeider om bruk av sykepleier og helsesekretær, slik at disse kan jobbe med alle listeinnbyggerne i praksisen.

3.2.1 Bruk av felleslister

Å knytte primærhelseteammodellen til bruk av felleslister etter fastlegeforskriften § 11, vil prinsipielt sett ikke bli annerledes enn å videreføre eksisterende listeansvar. Det er derfor mulig for de som har felleslister å delta.

3.3 Pasient- og brukerrettighetslov

Generelt

Piloten med primærhelseteam viderefører befolkningens rett til fastlege. Informasjon om at fastlegen deltar i forsøket med primærhelseteam og hva dette innebærer, vil bli gitt til de som står på fastlegens liste og publisert på helsenorge.no.

3.4 Helsepersonelloven

Generelt

Alt helsepersonell har plikt til forsvarlighet og til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Når sykepleier gjør sykepleieroppgaver i primærhelseteamet, handler sykepleier innenfor sin kompetanse og rolle. Tilsvarende gjelder for helsesekretær.

Ved samarbeid med annet personell skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. Det innebærer at legen vil ha et samlet faglig ansvar for helsetjenestene, som den enkelte pasient mottar fra primærhelseteamet.

3.4.1 Rekvirerings- og utleveringsforskriften/Blåreseptforskriften

I piloten er det ikke innarbeidet rettighet for sykepleier til rekvirering av legemidler eller forskrivning av medisinsk forbruksmateriell.

3.5 Pasientjournalloven

En sykepleier eller helsesekretær som er ansatt i praksisen vil ha tilgang til pasientjournalen (innenfor rammene av helsepersonelloven). Hvis flere fastleger samarbeider om et felles journalsystem gjelder pasientjournalloven § 9, og fastlegene skal ha inngått en skriftlig avtale om samarbeidet som oppfyller lovens krav. Når sykepleieren eller helsesekretæren er ansatt i praksisen og jobber for alle fastlegene vil tilgang til journalopplysningene følge av avtalen om felles journal og avtalen om bruk av sykepleierens og helsesekretærens tjenester.

3.6 Folketrygdloven

Det er nødvendig å gjøre enkelte endringer i folketrygdloven for piloten. Følgende forhold vil bli endret:

- Honorar for annet helsepersonell enn leger.
- Egenandeler på tjenester fra primærhelseteam og som teller inn under frikort tak 1.
- Avtaleoppgjør for HELFO med driftsselskapet (daglig leder).

3.7 Endringer i fastlegeforskriften - regulering av vederlag for primærhelseteam

Det vil bli gjennomført endringer i fastlegeforskriften § 9 i samsvar med det piloten krever.

3.8 Avtaleverket

Helsedirektoratet vil utarbeide mal for en tilleggsavtale til dagens individuelle tjenesteavtale mellom kommunene og fastlegene om deltagelse i piloten. Det blir også utarbeidet maler for praksisavtale

mellom fastlegenes driftsselskap (praksisen) og kommunen om organisering, kvalitet og finansiering av piloten lokalt knyttet til hver av de to finansieringsmodellene.

4 FAGLIG INNHOLD

4.1 Primærhelseteamets oppdrag

Primærhelseteam skal, med de virkemidler som er lagt inn i forsøket, i større grad kunne ivareta de innbyggerne på fastlegenes lister som ut fra medisinske behov har de største behovene for kontinuitet/regelmessig og tett oppfølging og for koordinerte tjenester fra flere faggrupper. Dette omfatter også de som på eget initiativ i for liten grad etterspør tjenester. Teamet skal tilby gode og trygge tjenester og arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Faglig kvalitet, tilgjengelighet og kontinuitet er sentrale elementer i dette. Innbyggerens /pasientens behov skal være i sentrum. «Hva er viktig for deg?» er et sentralt utgangspunkt i møtet med innbygger/pasient. Teamet må ha en helhetlig tilnærming til pasientens helsetilstand og totale livssituasjon. Det må sikres tidlig identifisering og utredning av behov, diagnostisering og strukturert oppfølging, gjennom nødvendig behandling, rehabilitering, opplæring og forebygging. Teamet må samarbeide med andre tjenester og personer med nødvendig kompetanse, som teamet ikke selv har. Dette i både utredning og oppfølging slik at det utvikles gode og helhetlige pasientforløp. Gjeldene prioriteringsanbefalinger skal følges, og tjenestene skal bidra til å hindre sykdomsutvikling og unødvendig sykehusinnleggelse.

4.1.1 Kvalitet

Primærhelseteamet er satt sammen med leger, sykepleiere og helsesekretær, for å utnytte potensialet i et tverrfaglig tilbud og effektiv ressursutnyttelse ut fra hva som er pasientens behov.

Primærhelseteamet skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Primærhelseteamet skal tilby helsetjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, og som involverer brukerne. Tjenesten skal også være samordnet og preget av kontinuitet. Ressursene skal utnyttes på en god måte, slik at tjenestene er tilgjengelige og likeverdige for alle.

Kvalitetsforbedring skal utføres som en kontinuerlig prosess. Det skal aktivt arbeides for å identifisere svikt eller forbedringsområder. Det skal testes ut tiltak og virksomheten justeres til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.

Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede eller anbefalte handlingsvalg. Primærhelseteamet skal følge gjeldende, lokale samarbeidsavtaler.

4.1.2 Teamets sammensetting og kompetanse

De fleste fastlegepraksiser består i dag av lege og helsesekretær. Den nye ressursen i tjenesten som sykepleieren representerer, skal bidra til økt kapasitet og et utvidet tilbud i møte med pasientens behov. Teamet skal ut fra sin samlede kompetanse og kapasitet finne en god arbeidsform som bidrar til måloppnåelse for piloten. Den økte ressursen i praksisen, skal bidra til at pasienter blir møtt med den kompetanse som er mest relevant ut fra pasientens behov.

4.2 De viktigste målgruppene for primærhelseteamet

Brukere med store og sammensatte behov skal sikres bedre tjenester gjennom primærhelseteam. I dette dokumentet er disse brukerne samlet i fire hovedkategorier. Felles for disse brukerne er at de bor i egne hjem og har behov for gode allmenmedisinske tjenester som en viktig del av sitt samlede behov. Behovet for forsterket helsehjelp skal ikke knyttes opp til spesifikke diagnoser. Det er den enkeltes pasient- og brukers funksjonsnivå og behov som skal være utgangspunkt for den helsehjelpen som tilbys.

Brukere med kroniske sykdom

Primærhelseteamet skal gjennom å ha oversikt over listepopulasjonen, kunne avdekke risiko eller etablert kronisk sykdom, og tilby tettere og mer systematisk oppfølging for de som har behov for det.

Brukere med psykisk helseutfordringer og rusmiddelmisbruk

Dette gjelder innbyggere i alle aldre. Tilbudet må være proaktivt og oppsøkende. Blant disse er det flere som i for liten grad etterspør legetjenester. Det er viktig og ikke å overse behov knyttet til disse pasientenes somatiske helse.

Brukere som omfattes av definisjonen skrøpelige eldre

Dette er personer med samtidighet av ulike aldersforandringer, flere sykdommer og fysiske og/eller mental funksjonssvikt. Utviklingen kommer gradvis med svekket egenomsorg, økt falltendens og svekket kognitiv funksjon. Ofte er utviklingen langsom og hjelpebehovet avdekkes for sent til å snu eller begrense utviklingen.

Brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse

Dette er brukere som er særlig sårbare ved svikt i oppfølging og koordinering, og som i stor grad er avhengig av bistand fra andre personer for å få gode og sikre tjenester.

Dette er brukere der overganger i livet medfører utfordringer også knyttet til helsetjenester. Overganger fra barn til voksen representerer ofte et brudd i etablert kontakt i spesialisthelsetjenesten.

Primærhelseteam kan for disse være en viktig trygghetsfaktor når andre forhold skifter.

Barn med alvorlige funksjonsnedsettelse medfører betydelig økte omsorgs- og arbeidsoppgaver for familien eller andre omsorgspersoner. Gruppen har ofte behov for regelmessig oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten og NAV. Primærhelseteamet skal bl.a. bidra til bedre koordinering og støtte til barna og deres familie.

4.3 Arbeidsformer og metoder som skal bidra til en bedre tjeneste

For å møte pasientens behov på en god og hensiktsmessig måte, trenger teamet flere arbeidsformer og metoder. I oversikten her, er det trukket fram noen av de som vurderes som mest aktuelle for primærhelseteamet utover tradisjonelle konsultasjoner.

Oversikt over listeinnbyggere

Oversikt over listeinnbyggerne er et nødvendig utgangspunkt for å sikre en målrettet innsats fra teamet overfor de definerte målgruppene for primærhelseteam. Disse er beregnet til å utgjøre 7-10 % av listepopulasjonen. Det er usikkerhet knyttet til denne prosentsetningen, og dette blir derfor et tema i evalueringen.

Kommunikasjon

God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, bidrar til pasienttilfredshet og innvirker positivt på helbredelsesprosessen. Dårlig kommunikasjon utgjør en pasientsikkerhetsrisiko og er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser i helsesektoren. Primærhelseteam må ha klare retningslinjer og systemer for å sikre at nødvendig, god kommunikasjon og informasjonsutveksling, blir ivarettatt både mellom pasient og teamet, det enkelte helsepersonell og innad i teamet.

Primærhelseteamet må ha ferdigheter i profesjonell kommunikasjon både i fysiske møte med pasient og pårørende, og digitalt. Kommunikasjonen må sees som en del av behandlingen. Verktøy som motiverende samtale vil overfor enkelte pasienter være en svært viktig del av behandlingstilbudet.

Primærhelseteamet skal være proaktiv i sin kontaktform. Det betyr blant annet at primærhelseteamet skal drive aktiv oppfølging av pasienter i målgruppen enten med telefon eller ved digitale løsninger.

Når flere samhandler, må det sikres at korrekt informasjon om ulike pasienter gis til rett tid, til rett person og når det er behov for den. Det må ikke være mulig å misforstå informasjonen. En måte å sikre god kommunikasjon på, er ved elektronisk samhandling. Alle teammedlemmene må benytte eksisterende journalsystem og løsninger for meldingsutvekslinger. Teamet skal aktivt ta i bruk nasjonale og lokale løsninger på e-helseområdet innen velferdsteknologi, kjernejournal og helsenorge.no., ettersom disse blir tilgjengelig. Eksempler på dette er digital dialog fastlege (mellom fastlege/team og pasient) og dialogmeldinger (mellom fastlege/team og sykehuslege).

Kommunikasjon blir en del av opplæringen som blir gitt før oppstart av piloten.

Tilgjengelighet

Primærhelseteamet skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Med alle typer henvendelse menes her, spørsmål om øyeblikkelig hjelp, ønske om time eller sykebesøk som følge av mistanke om sykdom, spørsmål om råd og veiledning, spørsmål om fornying av resepter med mer.

Primærhelseteamet skal prioritere pasientene ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Primærhelseteamet må organisere seg, slik at pasienter med størst behov for legetjenester prioriteres.

Primærhelseteamet skal som oftest være første kontakt med helsetjenesten i et pasientforløp, derfor bør tjenesten generelt ha god tilgjengelighet. Responstider som fremkommer av fastlegeforskriften og akuttmedisinforskriften er gjeldene også for primærhelseteam.

Øyeblikkelig hjelp

Primærhelseteamet har ansvar for vurdering og behandling av sykdomstilstander på primærhelsenivå som krever øyeblikkelig medisinsk hjelp og som ikke kan vente. Primærhelseteamet må organisere seg slik at det på en forsvarlig måte er i stand til å ivareta lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen.

Tidlig innsats – Forebygging

Primærhelseteamet skal arbeide proaktivt med å identifisere personer med risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov, hvor målet er å forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse. Primærhelseteamet skal derfor tilby forebyggende tiltak. Ikke alle tiltak må iverksettes av primærhelseteamet selv, som f.eks. frisklivssentral som har røykavvenningstilbud. Primærhelseteamet skal uansett følge med på om iverksatte tiltak gir effekt.

Oppfølgingstilbud

Primærhelseteamet skal jobbe proaktivt overfor innbyggerne i målgruppen, og aktivt tilby helsetjenester til innbyggere på listen som har behov, men som er svake etterspørrere. Dette har vist seg å ha god effekt for pasienter med alvorlig psykiske helseutfordringer, rusavhengighet, eldre over 85 år og personer med utviklingshemming. Primærhelseteamet skal foreta en medisinsk faglig vurdering av behovet for å tilby oppfølging, og eventuelt hvordan det skal skje. Denne vurderingen skal dokumenteres i pasientens journal. Dersom den aktuelle listeinnbyggeren er i målgruppen, og det ut fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for utredning, behandling eller oppfølging, skal primærhelseteamet gi tilbud om enten en konsultasjon eller et hjemmebesøk. Teamet bør være raske til å koble på annen kompetanse ved behov for å sikre helhetlig tilnærming og utredning, fra starten av.

Primærhelseteamets skal tilby oppfølging av liste-innbyggere som ikke selv etterspør primærhelseteamets tjenester. Tilbud om oppfølging skal skje i form av tilbud om konsultasjon eller hjemmebesøk. Ansvaret forutsetter at primærhelseteamet har kunnskap om behovet, og kunnskap om at listeinnbyggeren ikke søker helsehjelp selv.

Medisinsk koordinering og samarbeid

Primærhelseteamet skal spesielt ta ansvar for koordinering av de medisinsk faglige tjenestene til sine listeinnbyggere. Primærhelseteamet skal derfor samarbeide med andre tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dette innebærer at primærhelseteamet må ha systemer som gjør at andre tjenesteytere og samarbeidspartnere får kontakt med primærhelseteamet, for å avklare nødvendige spørsmål eller gitt informasjon. Primærhelseteamet har selvstendig ansvar for å kontakte andre tjenesteytere når faglige forhold tilsier dette.

For å sikre helhetlige helsetjenester til den enkelte bruker og sikre at helsetjenesten tilbys nærmest mulig pasienten, må primærhelseteamet ha god kjennskap til og samarbeide med øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Primærhelseteamet skal kjenne frivillig sektor, ulike brukerorganisasjoner og bidra til at slike tilbud benyttes.

Kommunen skal legge til rette for godt samarbeid mellom primærhelseteamene og andre tjenesteytere i kommunen. Kommunene skal også legge til rette for samarbeid mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten. Kontaktleger i sykehus vil bli en viktig samarbeidspartner i oppfølgingen av enkeltpasienter for å sikre gode pasientforløp. Primærhelseteamet skal medvirke til at det gjennomføres systematisk og gjensidig samarbeid med spesialisthelsetjenesten både på systemnivå og om den enkelte pasient.

Primærhelseteamet skal medvirke aktivt i utarbeidelse og oppfølging av individuell plan. Kommunen er ansvarlig for å utpeke koordinator for den enkelte pasient/bruker.

I situasjoner der det avdekkes risiko for forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt, vil forebyggende tiltak inkludere både lærings- og mestringstiltak, og annen oppfølging eller behandling. Dette kan skje både hos primærhelseteamet eller i samarbeid med andre.

Risikofaktorene skal kartlegges ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen. Med risikofaktorer forstås her både fysiske, psykiske og sosiale faktorer som i følge oppdatert kunnskap gir økt risiko for sykdom/lidelse. Spesielt viktig er det å være tilgjengelig for de mest syke eldre ved at disse får raskt time hos primærhelseteamet for vurdering.

Primærhelseteamet skal innen 3 virkedager ta kontakt med pasienter i målgruppene etter utskrivning fra sykehus eller annen helseinstitusjon for å gi et forsvarlig og hensiktsmessig tilbud om oppfølging.

Individuell plan og behandlingsplaner

Flere av pasientene som følges opp av teamet, vil ha rett til individuell plan (IP). Teamet bør bidra til rask oppstart av en slik planprosess gjennom å melde behovet til kommunenes koordinerende enhet, som også har ansvar for oppnevning av koordinator.

Mange pasienter i målgruppen for primærhelseteam vil ha god nytte av det opprettes behandlingsplaner som bidrar til oversikt, tydelighet og trygghet for den medisinske oppfølgingen. Denne er til hjelp både for pasient, pårørende og primærhelseteamet.

Systematiske helsekontroller (årskontroll)

Systematiske helsekontroller har vist seg å være nyttige i oppfølgingen av flere pasientgrupper bl. a. pasienter med kroniske sykdommer og eldre, der en negativ utvikling gjerne kommer gradvis. Disse kontrollene kan gi viktig styringsdata og således bidra som et viktig element i kvalitetsforbedringsprosesser.

Velferdsteknologi

Et av prosjektene i det Nasjonale programmet for velferdsteknologi, handler om medisinsk avstandsoppfølging av kronikere. Prosjektet avsluttes 1. juli 2018. Helsedirektoratet har nå fått som oppdrag å foreslå en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging knyttet til bl.a. pilot for primærhelseteam. Tentativt tidspunkt for oppstart er høsten 2018. Dette blir en mer spisset utprøving der Helsedirektoratet skal vurdere hvordan fastlegene som medisinsk faglig behandlingsansvarlig kan initiere medisinsk avstandsoppfølging som del av behandlingen, og hvordan andre enn fastlege kan følge opp medisinske målinger, særlig sykepleiere i et primærhelseteam i samarbeid med fastlegen. Det gis anledning til at videre utprøving av medisinsk avstandsoppfølging kan kobles sammen med piloten for primærhelseteam. Dette innebærer at kommuner både kan og er ønsket som deltakere i begge prosjektene. Det ønskes derfor at minst en kommune deltar i begge prosjektene. Videokonferanse i oppfølging av pasienter vurderes også som en aktuell del av tilbudet. Spesielt gjelder dette for pasienter som har store belastninger med å forflytte seg til legekantoret.

Hjemmebesøk

Primærhelseteamet skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne, ikke er i stand til å møte på legekantoret. Primærhelseteamet skal legge til rette for raskere respons på nye oppståtte behov hos svakt fungerende hjemmeboende, ved å yte hjemmebesøk ved sykepleier og/eller lege. For pasienter i målgruppen som er svake etterspørrere etter tjenester, skal primærhelseteamet tilby oppsøkende tjenester i form av for eksempel hjemmebesøk.

Gruppetilbud

For flere pasienter i målgruppen vil det være aktuelt å organisere lærings- og mestringsaktiviteter som gruppetilbud. Disse kan organiseres på tvers av fastlegenes lister, og for pasienter med ulike diagnoser. Tilbud til pårørende kan også organiseres slik. Gruppetilbud kan gjennomføres av en eller flere av teamets medlemmer. Det skal imidlertid ikke etableres slikt tilbud, dersom det allerede finnes aktuelt tilbud i regi av andre i kommunen. I slike tilfeller er samarbeid med disse viktig.

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Dette følger av fastlegens medisinske koordineringsrolle. Fastlegen må innrette seg etter forsvarlighetskravet og egen kompetanse. Fastlegen skal sørge for at legemiddellisten er oppdatert. Listeinnbyggeren skal få en oppdatert legemiddelliste ved første konsultasjon hos fastlegen etter at endring har skjedd.

Fastlegen skal gjennomføre systematisk samstemming av legemidler og en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer. Disse prosessene skal utføres i tråd med Helsedirektoratets veileder for legemiddelgjennomgang¹. Primærhelseteamet skal kartlegge hvilke pasienter på fastlegens liste som har behov for legemiddelgjennomgang, og sikre at slik gjennomgang blir utført i tråd med god praksis.

4.4 Kompetansebehov

Leder av primærhelseteam på systemnivå (daglig leder av praksisen) må være spesialist i allmennmedisin. Alle legene som deltar i piloten bør være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. De som ikke fyller dette kravet må starte opp et spesialiseringsforløp tidlig i piloteringsperioden. Fastlegene som skal jobbe i primærhelseteam vil i tillegg til generell fagkompetanse i allmennmedisin, ha behov for særskilt opplæring og kompetanse om ledelse av tverrfaglig teamarbeid.

Sykepleiere i primærhelseteam bør ha bred generalistkompetanse. Det vil være behov for sykepleiere med kompetanse i å gjennomføre systematiske kartlegginger av helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter til å utrede vanlige helseplager. Kliniske vurderinger blir sentrale og er en viktig oppgave for sykepleier i primærhelseteam. Generalistsykepleier med relevant videreutdanning og erfaringsbakgrunn, vil være godt rustet til å gå inn i oppfølging av målgruppen for piloten. Masterutdanningen i avansert klinisk sykepleie vurderes som særlig relevant.

Mange helsesekretærer har god kunnskap om organisering og drift av fastlegepraksiser. Det bør vurderes om helsesekretærene ut fra en samlet prioritering av teamets ressurser og oppgaver, bør tilbys

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/465/Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf>

opplæring. Dette for at de skal kunne ivareta flere administrative oppgaver knyttet til drift og ledelse av praksisen, noe som samlet kan bidra til en bedre intern arbeidsfordeling.

Det er viktig at de som mangler nødvendig breddekompetanse eller basiskompetanse om målgruppene, får mulighet til å styrke denne på en strukturert måte både i forkant og under forsøket. Teamet må ha god oversikt over øvrig kompetanse i kommunen, slik at denne benyttes på en effektiv måte i oppfølgingen av den enkelte pasient.

Det vil bli opprettet nettverk for å dele erfaringer og kompetansebehov for de praksisene som deltar i piloten.

5 IKT

Teknologi muliggjør nye måter å jobbe på og nye måter å samarbeide på. Primærhelseteamene må ha digitale verktøy som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte. Det er registret mange behov som kan bidra til bedre arbeidsprosesser i primærhelseteamet. Eksempler på slike er merking i journal av de som har tjenester fra primærhelseteam og mottar omsorgstjenester, de som skal ha systematisk innkalling og direkte oversendelse av PLO- melding fra sykehus til primærhelseteam. Tilgjengelige nasjonale løsninger må tas i bruk av teamet. Pasienten skal kunne være en aktiv deltager i beslutninger knyttet til egen behandling. Selvbetjeningsløsninger og digital dialog er viktige virkemidler i denne sammenheng, men må tilpasses hensiktsmessighet og den enkeltes muligheter til å ta dette i bruk.

Helsedirektoratet samarbeider i dette prosjektet med dagens leverandører av journalsystem for tilrettelegging av funksjonalitet i journal som kan understøtte team-arbeidet. Samarbeidet koordineres i samarbeid med EPJ-løfte for fastlegene. Utvikling av ny funksjonalitet samkjøres med planer for EPJ-løftet i regi av Direktoratet for e-helse. I første omgang vil det bli lagt vekt på lokal tilrettelegging av journalsystemene ved det enkelte legekantor. Helsedirektoratet vil bistå med innhenting av konsulentbistand ut fra behov til dette formålet. Det vil bli utarbeidet en detaljert veiledning i samarbeid med den enkelte systemleverandør.

Leder for praksisen må sikre at det gis nødvendige tilganger og opplæring i journalsystemet for nytt helsepersonell. Videre må det åpnes for å gjøre nødvendige endringer i journalsystemet ut fra forsøkets behov.

5.1 Elektronisk pasientjournal

Dokumentasjon

Lett tilgang til relevant informasjon er nødvendig for at primærhelseteamets deltagere raskt kan danne seg et helhetlig bilde av pasient, og ha godt grunnlag for å velge riktig utredning eller behandling. Alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten skal etter gjeldende regelverk dokumenteres i journalen. Sykepleier i primærhelseteamet må få pasientinformasjon og kunne dokumentere i journalsystemet, på lik linje med dagens ordning for fastleger og helsesekretærer.

Forslag til maler for dokumentasjon fra sykepleier vil bli utviklet før forsøkets start og ferdigstilles i samarbeid med de kommuner og fastlegekontor som velges ut for deltagelse i forsøket. Malene skal kunne legges inn lokalt i det enkelte journalsystem.

Identifisere målgrupper

Primærhelseteamet vil ha behov for å kunne identifisere utvalgte pasientgrupper for målrettet oppfølging av disse. Dette gjøres gjennom søkefunksjonalitet i eget journalsystem og/eller via et eget elektronisk system for uttrekk av data. Helsedirektoratet vil avklare mulighet for tilgang til et slikt system.

Elektronisk meldingsutveksling

I dag sendes elektroniske meldinger til navngitt fastlege. Det må legges til rette for at sykepleier og/eller helsesekretær i teamet kan sende og motta meldinger. På sikt blir det lagt opp til tjenestebasert adressering, der teamet som en gruppe kan motta elektroniske meldinger.

Takster og kodeverk

For primærhelseteam som skal fortsette med aktivitetsbasert finansiering (honorarmodellen) blir det supplert med nye koder og takster til bruk for sykepleier. Kodene må legges inn i journalsystemet. Behandlerkravmelding for sykepleietakster sendes inn separat ca. hver 14. dag av praksisens leder.

5.2 Kjernejournal

Med kjernejournal får sykehus, legevakt og fastleger rask tilgang til de samme opplysningene om pasienten. Kritisk informasjon om pasient skal etter samtykke legges inn i kjernejournal av fastlege. Primærhelseteamet kan bidra med kvalitetssikring på dette området. Det bør vurderes om behandlingsplanen også bør finnes i kjernejournal.

5.3 Digital dialog

Gjennom helsenorge.no, åpnes det for elektronisk dialog med pasient. Primærhelseteamet vil kunne ta denne dialogløsningen i bruk på linje med andre legekontor.

5.4 Videokonferanser

Primærhelseteamet kan nyttiggjøre seg av videokonferanseutstyr tilknyttet helsenettet for samhandling om felles pasienter, for dialog med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, samt Helsedirektoratet og øvrige primærhelseteam i forsøket. Helsedirektoratet bidrar til innkjøp av utstyr, installasjon og lisens i forsøksperioden. Primærhelseteamet må sikre egnede lokaler og opplæring i bruk utstyret.

5.5 Informasjon om ordningen på helsenorge.no

Pasientens fastlege og informasjon om fastlegeordningen publiseres via helsenorge.no. Helsedirektoratet vil sikre at det gis informasjon gjennom helsenorge.no om forsøket og de enkelte primærhelseteam.

6 FINANSIERING

Aktivitetene i primærhelseteamet skal finansieres gjennom to alternative modeller.

Finansieringsmodellene skal understøtte målene med primærhelseteam. Uavhengig av finansieringsmodell, er målet å finansiere alle økte kostnader for praksisen som kommer som en direkte følge av deltakelse i forsøket. Det skal utprøves to ulike modeller for finansiering av primærhelseteamene; honorarmodell og driftstilskuddsmodell. Den enkelte praksis, med personell, som inngår i forsøket med drift av primærhelseteam, skal benytte én av de to alternative modellene.

Nye kostnader som følge av piloten

Kommunen skal lede prosjektet lokalt og vil motta et årlig tilskudd til dette på kr 25 000 per hele fastlegestilling som deltar i piloten, men med et minimum på kr 100 000 per år.

Praksisene som deltar i piloten vil motta kr. 128 000 per hele fastlegestilling per år til dekning av kostnader knyttet til tilpasninger i driften som piloten vil kreve som bl.a. ledelse, teamutvikling, administrative systemer, rapportering og deltagelse i teknisk tilrettelegging av journalsystemer.

I beregningene av kostnadene i forsøket, er det lagt til grunn av det skal være en fulltids sykepleier per 3 fastlegelister. Kostnad for et sykepleierårsverk settes til 810 000 kroner (2015-tall). Det er ikke beregnet kostnader til økning i antallet helsesekretær. Dekning av lønnsutgifter og sosiale utgifter til sykepleier er beregnet inn i finansieringsmodellene.

Inntektssikkerhet for fastleger som deltar i piloten

Det etableres en skjermingsordning for ekstremutslag som følge av nye usikkerhet mht. fastlegenes inntekter i de nye finansieringsordningene. Innretningen på ordningen skal sikre kompensasjon/trekk for tap og gevinst i praksisenes inntjening ut over 10 prosent.

Kompensasjon/trekk settes til tap eller gevinst ut over 10 prosent regnet fra inntjeningsnivå forut for forsøket. Kompensasjon og trekk skal gjennomføres som følge av endringer i inntjening som ikke kan tilskrives finansieringsordningene. Krav om kompensasjon eller trekk kan altså ikke utløses ved endringer

i antall listeinnbyggere, sammensetningen av listeinnbyggere, åpningstider, evt. periode med vakanser er tilsvarende i forsøksperioden som forut for forsøksperioden.

6.1 Honorarmodellen (A)

Beskrivelsene nedenfor om finansiering av primærhelseteamet med honorarmodellen, omhandler finansiering av sykepleier innenfor dagens honorarmodell.

Honorarmodellen tar utgangspunkt i dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen, men modellen skal legge til rette for at teamene i forsøket skal få kompensasjon for utgifter til sykepleierressurs til primærhelseteamet. Finansiering av fastlegens og helsesekretærs aktivitet videreføres i hovedsak som i dag.

6.1.1 Finansiering av sykepleierressurs

Sykepleiers aktivitet skal finansieres gjennom kombinasjon av et fast driftstilskudd (flatt rundsumtilskudd) og takster (inkl. egenandeler). Fordelingen mellom tilskudd og takstfinansiering/egenandeler blir 50/50. I piloten vil det bli opprettet egne takster for sykepleier. Disse skal gi insentiv til å utføre oppgaver som teamet skal ivareta på en bedre måte enn i dag, og som en har vurdert som særlig aktuelle for sykepleier i teamet. Takstene for sykepleier ferdigstilles høsten 2017. Eksempler på mulige takster er oppfølging/kontroll hos sykepleier, hjemmebesøk, gruppebehandling, telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter, møtetakst, samt tidstakst. Se også Tabell 1 nedenfor.

50 % takstfinansiering betyr ikke at 50 % av sykepleiers oppgaver skal takstfinansieres, men at refusjoner for takster utgjør 50 % av den totale finansieringen av sykepleier. Takstene er relativt bredt formulert, noe som fører til at en større andel av sykepleiers arbeidsoppgaver vil utløse takster. Det er beregnet at en betydelig del av sykepleiers arbeidsdag vil være fagligadministrative oppgaver som ikke utløser takster. Eksempler er kartlegging av listeinnbyggernes behov, interne møter og samhandling med andre tjenester. Takstfinansiering kan gi vridning mot de aktiviteter som takstfinansieres, og dermed gi mindre fokus på oppgaver som ikke takstfinansieres. Partene i forsøket må bidra til at oppgaver som ikke gir takstfinansiering, likevel prioriteres.

6.1.2 Pasientens egenandeler

Pasientene skal betale egenandeler til primærhelseteamet, og egenandelene vil inngå i ordningen med frikort for egenandelstak 1. For fastlegene er egenandeler en videreføring av dagens ordning. Også sykepleiere skal ta egenandeler. Egenandelene vil framgå av takstene som opprettes. Dersom pasienten både får oppfølging hos sykepleier og konsultasjon hos fastlegen samme dag, er det kun anledning til å avkreve pasienten én egenandel. Det samme gjelder dersom både sykepleier og lege er til stede under konsultasjonen; teamkonsultasjon. Det er således ikke tillatt å ta doble egenandeler.

6.1.3 Refusjon for fastlegen

Refusjonskrav for fastlegen skal i forsøket foregå som i dag. Dersom fastlegen er næringsdrivende, skal oppgjørskrav fremmes av og utbetales til den enkelte fastlegen. Dersom fastlegen er fastlønnet, utbetales refusjonene til kommunen. For næringsdrivende fastleger videreføres dagens per capitatilskudd, og det utbetales fra kommunen til fastlegen.

6.1.4 Refusjon for sykepleier

Når det gjelder sykepleiers takster, skal leder av praksisen (driftsselskapet) inngå direkteoppgjørsavtale for takster utløst av sykepleiers arbeid. Utbetaling skal skje til driftsselskapet. Inntjeningen vil dermed gå til driftsselskapet, og ikke til den enkelte sykepleier eller til pasientens fastlege.

Oppgjørs-/refusjonskrav sendes til Helfo gjennom journalsystemet. Dette er en videreføring av dagens ordning for fastlegene. Innrapportering av egenandeler til egenandelsregisteret og frikortløsningen ivaretas samtidig, slik at pasienten får frikort automatisk.

Driftstilskuddet utmåles og utbetales til praksisen av kommunen. I motsetning til for fastlegene er tilskuddet til praksisen ikke et per capitatilskudd, men et flatt rundsumtilskudd. Tilskuddet skal tilsvare 50 % av kostnaden for den sykepleieressursen kommunen og praksisen har avtalt.

Følgende foreløpige forslag legges til grunn for oppgjør når sykepleiers arbeid utløser takst:

TABELL 1: FORELØPIG FORSLAG TIL HONORARER OG FORVENTET FREKVENNS FOR SYKEPLEIERTAKSTER

Takst	Honorar	Frekvens per år	Inntjening per år	Merknad
S1a Enkel pasientkontakt	kr 69	920	kr 63 480	4 per dag
S1b Tlf-samtale om pasient	kr 95	690	kr 43 700	2 per dag
S2a Oppfølging hos sykepleier	kr 152	1380	kr 209 760	6 per dag
S2b Tidstakst	kr 70	460	kr 32 200	2 per dag
S3 Hjemmebesøk	kr 152	92	kr 13 984	2 per uke
S4 Gruppeoppfølging	kr 152	115	kr 17 480	2 grupper per mnd, á 5 deltakere
S5 Møtegodtgjørelse	kr 152	46	kr 6 992	1 møte per uke
S6 Reisetid ifm hjemmebesøk	kr 152	184	kr 27 968	2 per hjemmebesøk (t/r)
Takstinntekt (inkl. egenandel) per år for sykepleier i full stilling			kr 415 564	

Det er betydelig usikkerhet rundt forventet frekvens for takstene i tabellen ovenfor. Honorarene i tabellen er foreløpige. Honorar for sykepleiertakstene med høyest forventet volum (S1a, S1b og S2a) er om lag som for dagens takster for fastlege, mens øvrige takster er satt lavere enn for fastlege.

6.2 Driftstilskuddsmodellen (B)

Driftstilskuddsmodellen vil avvike vesentlig fra dagens finansiering av fastlegeordningen. Etter gjeldende regelverk yter det offentlige (folketrygden) stønad til pasienten når pasienten bruker allmennlegetjenester.

Driftstilskuddsmodellen innebærer en direkte offentlig finansiering av tjenesten (primærhelseteamet), der egenbetaling fra pasient til team blir en supplerende finansiering. Med driftstilskuddsmodellen vil takster som representerer den offentlige stønaden til pasienten ved bruk av fastlege opphøre, mens

skjermingsordningene ved bruk av helsetjenester videreføres. Modellen vil ikke innebære noen endringer i pasientens rett til tjenester og helsehjelp.

Finansiering gjennom driftstilskuddsmodellen skal muliggjøre samme nivå på inntjening som praksisen hadde før forsøket, og sørge for inndekning av økte kostnader ved å supplere praksis med sykepleierressurs.

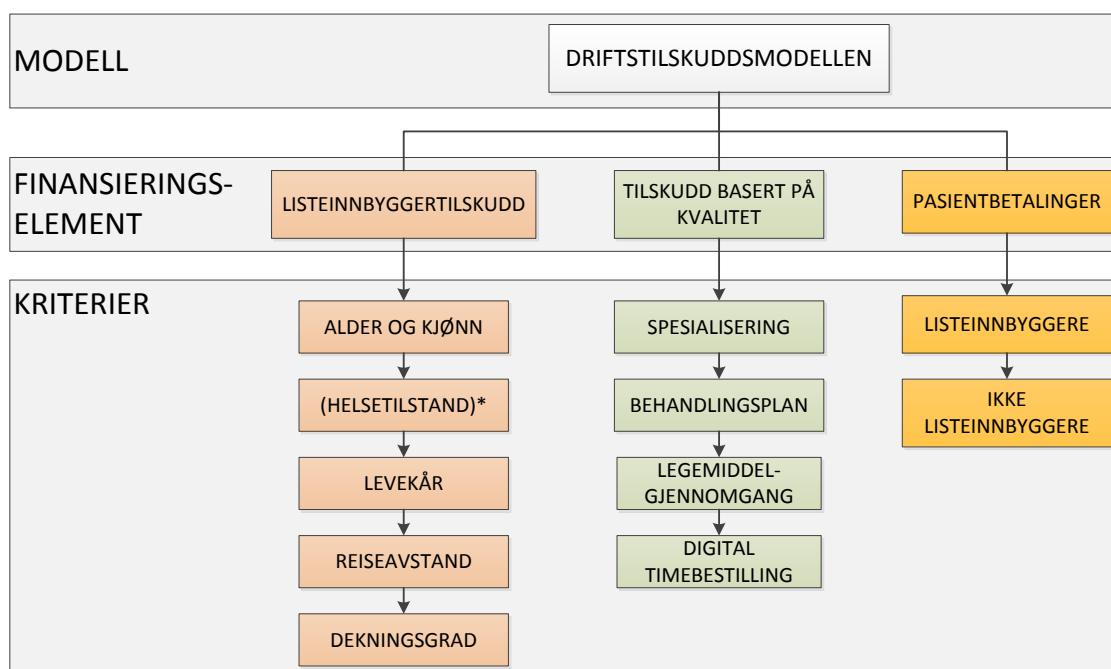
Finansieringselementene i driftstilskuddsmodellen vil være:

1. Et tilskudd (basert på antall listeinnbyggere) til praksisen (juridisk person) som er ansvarlig for primærhelseteamet på systemnivå. Tilskuddet vil initialt beregnes som et likt kronebeløp (uvektet listeinnbyggertilskudd) per innbygger som er registrert på fastlegenes (primærhelseteamet) lister som inngår i praksisen. Det uvektede listeinnbyggertilskuddet vil så bli vektet ut fra et sett av objektive kriterier som sier noe om behov for tjenester fra teamet.
2. Betalinger fra pasienter som er listeinnbyggere (egenandel/egenbetaling) i henhold til tariff. Se tariff for egenbetalinger fra listepasienter i tabell 4.
3. Tilskudd til praksis basert på praksisen oppnådde resultater på nærmere angitte kvalitets- og resultatmål.

Oppgaver som faller utenom fastlegens oppgaver i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven vil som i dag bli finansiert særskilt for praksiser som inngår i forsøket.

I figur 3 framgår de ulike finansieringselementer som inngår i modellen, og de kriterier som blir brukt for utmåling.

FIGUR 3: DRIFTSTILSKUDDSMODELL – FINANSIERINGSELEMENTER OG KRITERIER

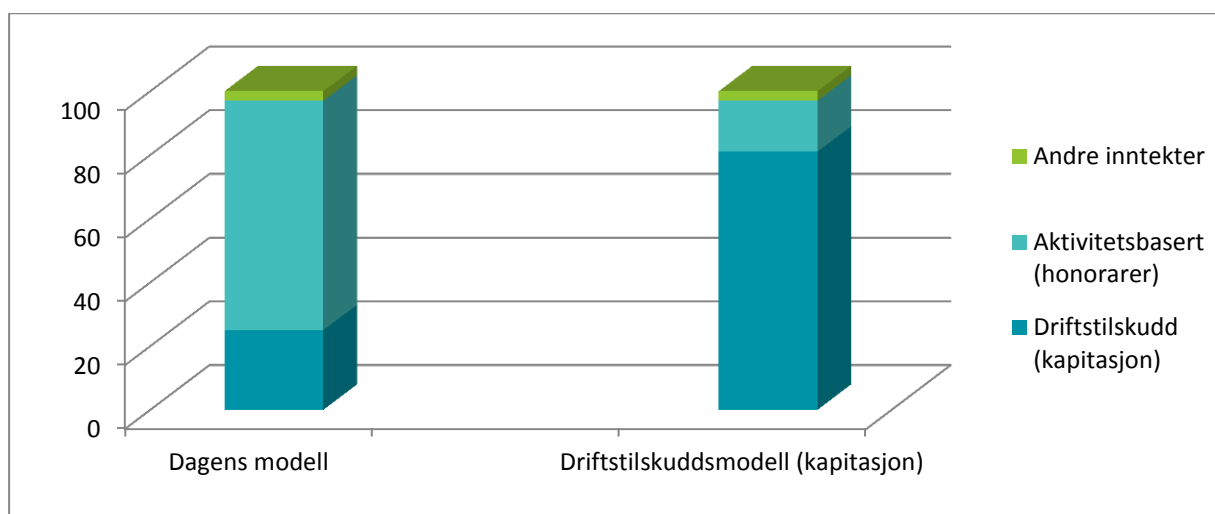


*) Kriteriet «Helsetilstand» vurderes i 2018.

Det vil i tillegg være særskilt honorering (kostnadsdekning) for allmennlegetjenester til innbyggere som ikke er registrert på praksisens lister. Også oppgaver som faller utenom fastlegens oppgaver i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven vil som i dag bli finansieres særskilt for praksiser som inngår i forsøket.

Sammensetning av inntektskilder i gjeldende finansieringsmodell (før forsøk) og driftstilskuddsmodellen kan illustreres som i figur 4.

FIGUR 4: SAMMENSETNING AV FINANSIERING I GJELDENDE MODELL OG DRIFTSTILSKUDDSMODELL



Driftstilskuddet omfatter listeinnbyggertilskuddet basert på objektive kriterier og tilskudd basert på kvalitet og oppnådde resultater. Ved utmåling av tilskudd veier de ulike objektive kriterier og parametere for kvalitet og oppnådde resultater ulikt. Mens enkelte kriterier/parametere veier tungt og får stor innvirkning på størrelsen på tilskuddet til praksisen, veier andre kriterier/parametere mindre. I direktoratets forslag ligger inne at den dominerende delen av praksisens driftstilskudd vil være basert på objektive kriterier. Snaut 1/10-del av driftstilskuddet vil baseres på kvalitet og oppnådde resultater. I det kvalitetsbaserte tilskudd veier ekstra inntjening for godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin tungt. I gjeldende ordning (utenom forsøket) kompenseres spesialister dels gjennom økte pasientbetalinger og dels gjennom økte refusjoner fra folketrygden. Sistnevnte må i driftstilskuddsmodellen ivaretas gjennom det kvalitetsbaserte tilskuddet.

I tabell 2 framgår forslag til veiing av kriterier/parametere for utmåling av tilskudd. De foreslåtte andeler baserer seg i hovedsak på analyser, men det er i noen grad også brukt faglig skjønn ut fra formålet med primærhelseteam og viktige målgrupper for teamet.

TABELL 2: RELATIV VEKT FOR KRITERIER SOM INNGÅR I DRIFTSTILSKUDD TIL PRIMÆRHELSETEAM

Kriterier	Andel av driftstilskudd	Kommentar
Listeinnbyggertilskudd	86,05 %	
Alder og kjønn	81,55 %	Vil variere ut fra demografisk sammensetning
Helsetilstand *)	0 %	
Levekår	2,5 %	Vil variere ut fra levekårsindeks
Reiseavstand	2 %	Vil variere ut fra indeks
<i>Tilskudd basert på resultat</i>	5 %	
Dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste	5 %	Vil variere ut fra lokal dekningsgrad
<i>Tilskudd basert på kvalitet</i>	8,95 %	
Andel helsepersonell med spesialisering	6,25 %	Vil variere etter andel med spesialisering
Andel (pasientgruppe KOLS og Diabetes) med behandlingsplan/behandlingsmål	1 %	Vil variere etter andel med behandlingsplan
Andel med gjennomført legemiddelgjennomgang	1,5 %	Vil variere etter andel med gjennomgang
Dekningsgrad mulighet for timebestilling digitalt (fastlegeforskrift § 21)	0,2 %	Vil variere etter dekningsgrad

Tabell 2 angir hvilke kriterier som vil bli brukt for å utmåle driftstilskuddet, og hvilken vekt (betydning) det enkelte kriteriet har for tilskuddet. En høy prosentvis vekt innebærer at kriteriet har stor betydning for tilskuddet. En lav vekt innebærer at kriteriet har begrenset innvirkning på tilskuddet.

Kriteriet *alder og kjønn* har høy vekt (81,55 %) og utgjør i gjennomsnitt 1.316 kr per år per listeinnbygger. Når denne delen av tilskuddet vektes ut fra alder/kjønn, varierer listeinnbyggertilskuddet fra 185 kr i alder/kjønnsgruppen med lavest vekt til 3.299 i alder/kjønnsgruppen med høyest vekt. Vekter for de ulike grupper framgår av tabell 2.

Kriteriet *leveskår* har en vekt på 2,5 % og vil variere fra 17 til 62 kroner per listeinnbygger avhengig av kommune/kommunedel hvor primærhelseteamet er lokalisert.

Kriteriet *reiseavstand* har en vekt på 2 % og vil variere fra 11 til 246 kroner per listeinnbygger avhengig av kommune/kommunedel hvor primærhelseteamet er lokalisert. For de fleste team vil variasjonsbredden ligge i intervallet 25 til 40 kroner.

Kriteriet *dekningsgrad* har en vekt på 5 % og vil i snitt utgjøre 81 kroner per listeinnbygger.

Kriteriet *spesialisering lege* vil variere fra 0 til 170 kroner per listeinnbygger avhengig av om legen har godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmenntilleggsordningen i Norge i løpet av de siste 5 år. Kriteriet kompenserer den del av tillegget som dekkes av folketrygden i gjeldene ordning. I tillegg kommer økt egenandel fra pasient.

Kriteriet spesialisering sykepleier har en vekt på 0,25 % og vil maksimalt utgjøre 16 kroner per innbygger når sykepleier/sykepleiere oppfyller krav til spesialisering.

Kriteriet *behandlingsplan* har en vekt på 1 %. Ved oppstart av forsøket er det estimert at 15 % av målgruppen (pasienter med KOLS og Diabetes) er omfattet av plan, i tråd med faglig anbefaling.

Kriteriet legemiddelgjennomgang har en vekt på 1,5 %. Ved oppstart av forsøket er det estimert at 60 % av målgruppen (pasienter med 4 eller flere legemidler) får slik gjennomgang minst en gang per år.

Kriteriet *digital timebestilling* har en vekt på 0,2 % der det ved oppstart av forsøket er antatt at 50 % av innbyggerne har slik mulighet.

Egenbetaling fra pasient er et estimat basert på takstbruk 2016 og modellens forutsetninger.

TABELL 3: GRUNNLAG FOR BEREGNING AV INNTJENING PER HELE FASTLEGEPRAKSIS I PRIMÆRHELSETEAM

	Beregnet inntjening per listeinnbygger	Faktisk inntjening per listeinnbygger
Listeinnbyggertilskudd	1470	
Listeinnbyggertilskudd vektet etter alder og kjønn	1316	min=185; max=3.299
Listeinnbyggertilskudd vektet etter helsetilstand	0	Indeks vurderes i løpet av 2018
Listeinnbyggertilskudd vektet etter levekår	40	min=17; max=62
Listeinnbyggertilskudd vektet reiseavstand	32	min=11; max=246
Listeinnbyggertilskudd vektet etter dekningsgrad	81	Avhengig av indeks
Tilskudd basert på resultat og kvalitet	144	
Tilskudd ut fra spesialisering lege	97	min=0; max=170
Tilskudd ut fra spesialisering sykepleier	4	min=0; max= 16
Tilskudd ut fra andel med behandlingsplan	16	Min=0; max=107
Tilskudd ut fra andel med legemiddelgjennomgang	24	Min=0; max=40
Tilskudd ut fra andel med mulighet for digital timebestilling	3	Min=0; max=7
Egenbetaling fra pasient	319	Lokale variasjoner
SUM INNTJENING	1933	

6.2.1 Nærmere om tilskudd basert på kvalitet

Tilskudd basert på kvalitet er beregnet å stå for 8,95 % av praksisens inntjening.

Hensikten med et kvalitetsbasert finansieringselement, er å bidra til en helhetlig insentivstruktur i driftstilskuddsmodellen som understøtter målene med utprøvingen. Dette gjennom finansielt å premiere oppnådde resultater innen områder som er definert som avgjørende for kvaliteten i tjenestene. De foreslåtte parameterne gjengis under med begrunnelse.

Helsepersonell med spesialisering

F.o.m. 1.mars 2017 er krav om spesialisering i allmenmedisin for leger i den kommunale helse- og omsorgssektoren forskriftsfestet. Forskriften er begrunnet med at det å heve kompetansen hos allmennlegene vil øke kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dagens honorarmodell gir for leger, finansielle insentiver til spesialisering i allmenmedisin gjennom å kunne utløse forhøyet refusjon fra folketrygden. En andel kvalitetsbasert finansiering knyttet til denne parameteren, vil således føre til at insentivstrukturene i driftstilskuddsmodellen knyttet til spesialisering for leger opprettholdes. Det er foreløpig tatt utgangspunkt i at insentivet knyttes til andel helsepersonellressurser i primærhelseteamet som har spesialisering. Dette innebærer at også sykepleierressurser med spesialisering vil kunne gi uttelling for finansiering.

Behandlingsplan med behandlingsmål knyttet til medisinsk oppfølging

NCD-strategi, Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste mfl. peker på behovet for tettere oppfølging av pasienter med kroniske lidelser. Fastlegeforskriften § 20 om individrettet forebygging, definerer krav til kartlegging og tiltak for grupper med risiko for betydelig forverring eller funksjonssvikt. Parameteren er planlagt å bli knyttet opp mot de kronikergruppene hvor nasjonale veiledere gir sterke anbefalinger om opprettelse av (egen)behandlingsplan. Dette gjelder pasienter med diabetes, og KOLS.

Legemiddelgjennomgang

Andel av pasienter med fire legemidler eller mer med gjennomført vurdering av behov for (og eventuelt gjennomført) legemiddelgjennomgang i løpet siste 12 mnd. Legemiddelområdet har vært et viktig fokusområde i pasientsikkerhetskampanjen. Skadeomfang knyttet til legemiddelbruk er bakgrunnen for dette. I henhold til forskrift om fastlegeordning i kommunen (§25) skal fastlegen, for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer, gjennomføre systematisk legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen veileder for legemiddelgjennomgang.

Mulighet for digital timebestilling

Andel av pasienter ved fastlegepraksis (felles liste) som har tilgang på timebestilling og reseptfornyng digitalt.

Fastlegeforskriftens § 21. Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser definerer krav til at pasienter skal ha mulighet for timebestilling elektronisk. Det finnes tilgjengelig for alle fastleger nasjonal løsning for digitale tjenester via helsenorge.no. Disse er tilgjengelig for alle fastleger. I tillegg finnes det private tilbydere av løsninger. Brukerundersøkelser viser at pasienter i økende grad ønsker og forventer å kunne utføre praktisk samhandling med fastlege og fastlegekontor digitalt. Innbyggerundersøkelsen 2015 viser at

fastlegjetjenesten fortsatt har et forbedringspotensial når det gjelder brukernes opplevelse av det digitale tjenestetilbudet.

7 EVALUERING

Piloten skal evalueres for å få informasjon om måloppnåelse og resultater.

Piloten skal etter planen starte 1. april 2018 og vare i tre år. I hvilken grad målene nås skal belyses både underveis og ved avslutning av forsøksordningen.

I evalueringen vil effektene av forsøket måles for alle innbyggerne på fastlegens liste, men det vil legges spesielt vekt på å måle effektene på brukere/pasienter med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov, som:

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

7.1 Områder som skal evalueres

Det er behov for å måle om etablering av primærhelseteam resulterer i bedre helse og tilrettelagte helsetjenester til pasienter og brukergrupper. Det innebærer blant annet å evaluere effekten for:

- **Brukere og pasienter;** brukertilfredshet, helsetilstand, pasientforløp, kontinuitet, tilgjengelighet og tilbud.
- **Pårørende;** medbrukertilfredshet, trygghet og oversikt.
- **Befolkningen;** tillit til helsetjenesten, tilgjengelighet.
- **Praksiser;** finansiering, overgang fra fastlege til primærhelseteam, oppgavefordeling, teamorganisering, tidsbruk, kompetanse, samhandling og produktivitetsvekst.
- **Finansieringsordningene;** utslag på prioriteringer og arbeidsformer.
- **Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste;** bruk av legevakt, bruk av ØHD, samarbeid med primærhelseteam oppgaveforflytning, endring av hvor pasienten mottar helsetjenesten, ressursbruk, forebygging av behov i omsorgstjenesten.
- **Spesialisthelsetjenesten;** unødvendige (re)innleggelse, samarbeid med kontaktleger, kvalitet på henvisninger, utskrivningsklare pasienter
- **Statlig og kommunal forvaltning;** utgifter til helsehjelp betalt av Folketrygden, statsbudsjett, samlet offentlig ressursbruk, helseutgifter, e-helse, IKT-utvikling, oppgaveendring for Helfo.
- **Samfunnsverdier;** likhet uavhengig av kommune; samfunnsøkonomiske effekter

I evalueringen blir det lagt stor vekt på å måle effekten for brukerne. Dette gjelder både tilfredshet og om mulig, klinisk effekt. Det blir viktig å få avdekket hvilke konkrete forhold det er tilfredshet og misnøye med i dagens modell for å måle endringer knyttet til disse.

Eventuelle endringer i primærhelseteamets arbeidsmetoder blir det også viktig å dokumentere.

Det er planlagt at evalueringen skal måle måloppnåelse underveis og ved avslutning av piloten. Forsøkskommuner skal sammenlignes med kommuner som ikke deltar i forsøket.

7.2 Gjennomføring av evalueringen

Helsedirektoratet vil sette ut et oppdrag til en ekstern instans som skal gjennomføre evalueringen. Helsedirektoratet finansierer oppdraget til den eksterne instansen. Kommuner og primærhelseteam kompenseres gjennom tilskudds- og finansieringsmodellen for den merbelastning evalueringen og rapporteringen innebærer.

Følgende plan vil ligge til grunn for oppdraget:

2018 – 2021	
1. januar - 1. april i 2018:	Leverandøren gjennomfører nullpunktmåling i kommuner og fastlegekontorer som er valgt til å delta i forsøket.
2018 – 2020	Årlig innhenting av data fra kommuner og primærhelseteam/fastlegekontor. Det skal også vurderes å ha delrapportering hver 6. måned på områder som bla. økonomi.
2021	Innhenting av data fra kommuner og fastlegekontor etter forsøkets avslutning.

7.3 Datagrunnlag til evaluering og rapportering

Kommunene og primærhelseteamene må samarbeide med den instans som evaluerer og levere data både før, under og frem til evalueringen er avsluttet.

Datainnhenting kan skje blant annet gjennom:

- uttrekk fra journalsystemet
- spørreskjema
- intervju

Videre vil det være behov for å benytte oppgjørdata fra fastleger og primærhelseteamet til Helfo. Dette gjelder primærhelseteam som inngår i begge finansieringsmodeller. Informasjon fra behandlerkravmeldingen av pasientens egenandeler vil danne grunnlag rapportering og evalueringen av fastlege og praksisen.

7.4 Samfunnsøkonomisk analyse

I tillegg til evalueringen av piloten for Primærhelseteam, skal Helsedirektoratet gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse. Målsettingen er å se helhetlige effekter, gevinster og kostnader av primærhelseteam, samt se det i sammenheng med øvrige igangsatte forsøk som «oppfølgingsteam» og «avstandsoppfølging/velferdsteknologi». Helsedirektoratet vil ha behov for data fra kommuner og primærhelseteamene for å kunne gjennomføre denne analysen. Datainnhenting skal i størst mulig grad samordnes med datainnhenting til evaluering, men det kan være behov for supplerende data til dette formålet.

8 AVSLUTNING AV PILOT

Pilotprosjektet er planlagt å gå fram til april 2021. Helsedirektoratet vil planlegge avslutningsfasen for piloten slik at en sikrer at aktiviteten i praksisene som deltar i piloten opprettholder organiseringen og aktiviteten i primærhelseteam i hele prosjektperioden. Det blir utarbeidet en plan for avvikling/videreføring av tiltaket.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no