

Triageringsverktøy

Innretning på utprøving av triageringsverktøy
for e-konsultasjon hos fastlege

En utredning



IS- 1053

Publikasjonens tittel:

Triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastleger

Rapportnummer

IE - 1053

Utgitt:

11/2019

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

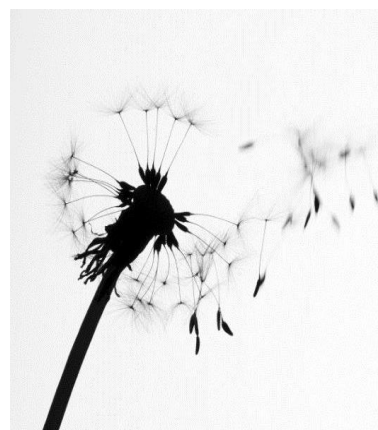
Forord

Triagering brukes i sykehusenes akuttmottak hver dag når det gjelder liv og helse. Ordet er fransk og betyr «sortering, utskilling, utvelging, utvalg», og kan bety «hastegradsvurdering og prioritering».

Fastlegeordningen er inngangsporten når vi trenger hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Digital triagering i allmennmedisin øker i andre land. Triageringsverktøyene skal sette innbygger i stand til å gjøre gode og informerte valg når spørsmål om egen helse melder seg og bidra til egenmestring. For fastlegen og legekantoret skal verktøyene bedre tilgjengelighet for sårbare grupper, heve kvalitet på helsehjelpen og bidra til kostnadseffektive tjenester.

I Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er Digitalisering av arbeidsprosesser og Helsehjelp på nye måter to satsningsområder. Triageringsverktøy inngår i disse områdene og skal legge til rette for:

- innbyggerne ved bruk av verktøyet kan bruke egne ressurser og kunnskaper om seg selv i planlegging og gjennomføring av behandling og oppfølging
- innbygger blir mer aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse og sykdom
- verktøyet er tilpasset helsepersonellens ulike arbeidsmåter ved å tilby funksjoner for planlegging, prosess- og beslutningsstøtte slik at medisinsk og helsefaglig kunnskap anvendes direkte for å støtte pasientbehandling
- verktøyet inngår i etablerte nasjonale e-helseløsninger som Helsenorge og e-konsultasjon. Slik oppnår vi mer dynamiske digitale dialog- og samarbeidsformer mellom innbygger og helsetjenesten



Pasientens helsetjeneste blir gradvis mer digital ved at helsehjelp tilbys digitalt, og ved at digitale verktøy i større grad understøtter helsehjelpen.

Digitale innbyggertjenester og helsetjenester er i sterk vekst. Digitalisering av fastlegeordningen er i seg selv en del av utfordringsbildet for ordningen. Forventningen fra befolkningen og samfunn om digitale tjenester hos fastlegen er stor.

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet foreslår derfor utprøving av triageringsverktøy for innbygger og fastleger etter en grundig konsept- og planleggingsfase våren 2020.

Innhold

1	Direktoratets oppdrag	9
1.1	Formål og gjennomføring av oppdraget.....	9
1.2	Hva er triagering i allmennmedisin?	10
1.3	Omorganisering av IKT- og e-helseforvaltningen fra januar 2020	11
2	Bidrag til Helsedirektoratet	12
2.1	Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?.....	12
2.2	Hvilke tiltak er relevante?	15
2.2.1	Om triageringsverktøy i markedet.....	15
2.2.2	Relevante tiltak: Triageringens fokus og innhold.....	19
2.2.3	Relevante tiltak: Triageringens plassering og utfall	23
2.3	Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?	25
2.3.1	Hvem bestemmer kontaktform med legen?	25
2.3.2	Konfidensialitet, tillit og behandling av opplysninger	26
2.3.3	Er fastlegeordningen moden for digital triagering?.....	27
2.4	Positive og negative virkninger av tiltakene, hvor varige er de og hvem blir berørt?	28
2.5	Hvilke tiltak anbefales, og hvorfor?	29
2.6	Hva er forutsetningene for vellykket gjennomføring?	33
3	Triageringsløsninger og e-konsultasjon på Helsenorge.....	35
3.1	Innledning	35
3.2	Tilrettelegging for triageringsløsninger på Helsenorge.....	35
3.2.1	Pasientene skal være en aktiv deltaker i helsehjelpen de mottar	35
3.2.2	Triagering inngår i et helhetlig, digitalt tjenestetilbud	36
3.2.3	Helsenorge i samspill med eksterne løsninger	37
3.2.4	Behov for tilpasninger	38
3.2.5	Oppsummering	39
3.3	Status e-konsultasjon- året som har gått	40
3.3.1	Bruken av digital dialog fastlege og video-konsultasjoner	41
3.3.2	Tilrettelegging av videotjenester, test- og akseptanse	42
3.3.3	Medisinsk avstandsoppfølging: Video og Triagering	44
3.3.4	Tilrettelegging i Helseplattformen og Akson.....	45
3.3.5	Kunnskapsdatabase for kvalitetssikret helseinformasjon	47
3.4	Økonomisk- administrative konsekvenser for tilrettelegging	47

4	Anbefalinger.....	49
---	-------------------	----

Sammendrag

Regjeringen ønsker å forbedre og modernisere fastlegeordningen, digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. For å skape pasientens netthelsetjeneste og møte brukernes forventninger, er det viktig at fastlegene er tilgjengelige på digitale flater og at fastlegene benytter digitale verktøy der det er hensiktsmessig. Muligheter som digitalisering er viktig sett i lys av presset på fastlegeordningen, befolkningsutviklingen og digitaliseringen i samfunnet for øvrig.

Fastlegeordningen er under bred evaluering. Rapportene *Evaluering av fastlegeordningen* og *Pasient-erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret* viser at ordningen er under press. Digitalisering av ordningen og innbyggers/ pasienters forventninger til bruk av digitale løsninger er medvirkende til presset fastlegene opplever. Regjeringen fremmer våren 2020 en handlingsplan for ordningen.

Elektronisk samhandling, digitale innbyggertjenester og digitale helsepersonelltjenester som video- og tekstkonsultasjon mv. er del av moderniseringen. I land vi sammenligner oss med, er ambisjonen at førstekontakt med fastlegen skal skje digitalt. Digital kontakt er e-kommunikasjon som chat, SMS, e-post, digitale selvhjelpsløsninger og e-konsultasjon m.m. Disse landenes triageringsløsninger inngår i denne sammenheng.

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har i fellesskap utredet bruk av triageringsverktøy i fastlegeordningen og leverer hver sin rapport til departementet. Utredningene viser at triageringsverktøy bør gi effekter som reduksjon av arbeidsbyrden for fastlegen, bedre tilgjengelighet for innbygger, bedre arbeidsflyt for innbygger og fastlege og kvalitetsheving av allmennmedisinsk praksis. Andre effekter bør være frigjort tid til helsehjelp (og pleie), bedre kommunikasjon mellom lege og pasient, helsegevinst for innbygger og mer kostnadseffektive tjenester.

Helsedirektoratet har gjort en grundig vurdering av den helsefaglige rammen triagering bør inngå i.

- Direktoratet for e-helse har undersøkt tilgjengelige triageringsløsninger i markedet og hvordan triageringsverktøy kan inngå i pasientforløpet og arbeidsflyt som er gunstig både for innbygger og fastlege. Vi anbefaler ikke å kjøpe løsning nå, men tilrår en mer grundig vurdering og nødvendig tilpasning i en norsk kontekst.
- Direktoratet for e-helse anbefaler at triageringsverktøy bør være tilgjengelig via Helsenorge. Helsenorge kan tilby «selvtriagering» som støtte for egenmestring og hjelp, uten nødvendigvis bruk av fastlegens tid på kontoret. Triageringsverktøy i Helsenorge kan også bistå innbygger i valg av rett kontaktform med fastlegen, digitalt eller fysisk.

Triageringsverktøy kan inngå i løsningen Digital dialog fastlege (DDFL), f.eks. i sammenheng med bestilling av videotime mv. Vi har beskrevet hvordan triageringsverktøy kan tilpasses Helsenorge.

- Begge direktoratene anbefaler at utredningene legges til grunn for videre arbeid med utprøving av konsepter og planlegging fra januar 2020. Direktoratene anbefaler pilotering av triageringsverktøy i et utvalg av fastlegekontorer høsten 2020.

1 Direktoratets oppdrag

1.1 Formål og gjennomføring av oppdraget

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet ga i desember 2018 anbefalinger om bruk av e-konsultasjon (video- tekst- bilde). Fastlegenes og innbyggers bruk av e-konsultasjon er foreløpig lav (p.t. ca. 3 % av totalt antall konsultasjoner). På sikt er det god grunn til å tro at bruk av e-konsultasjoner vil øke.

Som en del av moderniseringen av fastlegeordningen er det ønskelig å i større grad ta i bruk digitale verktøy for elektronisk samhandling, digitale innbyggertjenester og digitale helsepersoneltjenester som e-konsultasjon (video- tekst og billedeling) m.m. Dette er i tråd med regjeringens mål om å sikre mer tilgjengelige offentlige tjenester gjennom digitalisering¹.

Oppdraget- triageringsverktøy i fastlegeordningen (april 2019):

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet oppdrag om å utrede og foreslå innretning på en utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege.

Direktoratet for e-helse er kopimottaker for oppdraget, men skal bidra til Helse- direktoratets arbeid. Oppdraget bygger på felles rapport om e-konsultasjon fra desember 2018².

Helsedirektoratet svarte ut første del av oppdraget i mai 2019. Helsedirektoratet er bedt om å "vurdere de samlede økonomiske konsekvensene for folketrygden dersom man i honorartakstsystemet likestiller e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner". Direktoratet for e-helse bidro med grunnlagsmaterialet fra de samfunnsøkonomiske analysene E-helse gjorde i e-konsultasjonsoppdraget.

Det ble gjort endringer i stønadsforskriften for e-konsulastasjon fra 1. juli 2019.

Organisering av oppdraget

I E-helse har følgende deltatt i arbeidet:

- Jon-Torgeir Lunke, prosjektleder Divisjon strategi og portefølje (SP).
 - Lunke har deltatt i Helsedirektoratets arbeidsgruppe.
- Inger Anette Finrud, Divisjon utvikling og forvaltning (UF)
- Nina Linn Ulstein (UF)
- Torunn Brandt (UF)
- Kjetill Vassmo Lund (UF)
- Asgeir Døhl Dybvig (UF)
- Anders Ravik (UF)

¹ [Granavolden- plattformen](#), 17. januar 2019

² [Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet](#): Rapport e-konsultasjon hos fastlege og legevakt, desember 2018

- Cathrine Schlotterbeck, divisjon styring og standardisering, avdeling juridisk,
- Thomas Grimeland, divisjon styring og standardisering
- Lars Petter Ellefsen (SP)

Direktoratet for e-helse gjennomførte i august- september en markedsundersøkelse i EØS/EU området og hatt 1:1 samtaler med mange markedsaktører. Direktoratet har i tillegg deltatt på Helsedirektoratets arbeidsmøte med eksterne aktører 18. september og Sunnås Sykehus HF fagseminar om videokonsultasjoner 16. oktober. Direktoratet har også deltatt på separate møter med Den norske legeforening, avd. Norsk forening for allmennmedisin i juni og oktober sammen med Helsedirektoratet.

1.2 Hva er triagering i allmennmedisin?

Helsedirektoratets rapport vurderer behov, faglige problemstillinger og nytte av e-konsultasjon og triageringsverktøy i fastlegeordningen. Rapporten beskriver også på hvilken måte triagering skjer i helse- og omsorgssektoren i dag, både i spesialist, akuttmedisinen og i fastlegeordningen. Dette grunnlaget er viktig i Direktoratet for e-helses arbeid med å vurdere eksisterende løsninger i markedet og ved diskusjon av ulike konseptalternativer.

Helsedirektoratet har som mål for utredningen å foreslå en innretning på en utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege.

Direktoratet for e-helses forståelse av oppdraget er at triageringsverktøy og IKT-løsningen(-e) skal bidra til:

- Listeinnbygger³ finner forsvarlig helsehjelp på riktig nivå
 - f.eks. sortering av helsehjelp til laveste (beste) effektive omsorgsnivå
 - f.eks. styrke listeinnbygger for å kunne gjøre selvstendige og informerte valg om egne helsebehov
- Listeinnbygger og fastlegene prioriterer helsehjelpbehovet og får forberedt konsultasjonen (digitalt eller fysisk) på et høyere presisjonsnivå
 - f.eks. avklare kontaktårsaken og «hva er viktigst for deg»
- Understøtte fastlegeordningen
 - f.eks. redusere arbeidsbyrde og sikre bærekraften i ordningen
 - f.eks. bedre digital tilgjengelighet og bruk av gode digitale arbeidsflater både for listebygger, fastlege og for helsepersonell i samme arbeidsfellesskap
- Tilrettelegge for digitale helsetjenester og bidra til å realisere pasientens netthelsetjeneste
- Forbedre organiseringen av arbeidsdagen på fastlegekontoret.

Bruk av triageringsverktøy skal ikke bidra til sosial ulikhet. Tilgjengeligheten til fastlegen må også være tilpasset dem som i mindre grad klarer å benytte digitale kommunikasjonskanaler.

³ Listeinnbygger = en person som er tilknyttet en fastlegeliste, jf. fastlegeforskriften

I andre land (f.eks. Sverige og England) er triageringsverktøy i større grad tatt i bruk som del av pasientforløpet når pasient søker helsehjelp. Ved triagering blir innbyggers mulighet for å ta informerte valg styrket ved bl.a. digital støtte som a) selvhjelpsverktøy eller henvisning til gode kilder for helseinformasjon, b) digital kontakt (e-konsultasjon) som alternativ til fysisk konsultasjon, c) fysisk oppmøte og konsultasjon hos lege eller annet helsepersonell er forberedt ved innsending av helserelatert informasjon i forkant av innbygger (konsultasjonsforberedende triagering). Legen eller annet helsepersonell kan gå rett i kjernen av problemstillingen og prioritere «hva er viktig for deg» i konsultasjonen.

Direktoratet vil understreke at vår rapport må leses i sammenheng Helsedirektoratets rapport.

1.3 Omorganisering av IKT- og e-helseforvaltningen fra januar 2020

Direktoratet for e-helse blir fra 1.januar 2020 omorganisert. Samtidig blir Norsk Helsenett (NHN) etablert som Nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet. Dagens divisjon utvikling og forvaltning (DUF) blir virksomhetsoverratt til NHN. De fleste av medlemmene i dagens arbeidsgruppe i E-helse i utredningen av triageringsverktøy vil fra nyttår arbeide i NHN.

Bakgrunnen for omorganiseringen er å styrke leveransekraft og gjennomføring av digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse sin myndighetsrolle skal styrkes, bl.a. gjennom forslag til ny e-helselov som er til høring med frist 15. januar 2020. Direktoratet for e-helse skal blant annet medvirke til at pasientens helsetjeneste blir hensiktsmessig digitalisert for å styrke innbygger- og pasientrollen. Direktoratet viser også til Nasjonal strategi for e-helse (2017-2022) og handlingsplan⁴.

For å understøtte økt digitaliseringstakt i helse- og omsorgssektoren blir oppgavene knyttet til utvikling, drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene Helsenorge, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID fra 1. januar 2020 overført til Norsk Helsenett SF. Dette skal tydeliggjøre skillet mellom Direktoratet for e-helses rolle som forvaltningsorgan og Norsk Helsenett SFs rolle som tjenesteleverandør på e-helseområdet.

Direktoratet for e-helses rolle vil være å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren og understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet skal legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling. Videre skal direktoratet være en premissgiver gjennom å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.

I tilrådingen fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse foreslås det en "innretning for utprøving av pilot for triageringsverktøy" med et forslag til tidsplan (2020-2021) for konseptfase, planlegging- og gjennomføringsfase, følgeevaluering, avslutning og evaluering.

Direktoratet for e-helse legger til grunn at oppfølgingen av Helsedirektoratets og våre tilrådinger i 2020, skjer i et samarbeid mellom NHN, Hdir og E-helse. Rolle, ansvar og adekvat finansiering er viktig å avklare i denne sammenheng. Direktorsrollen vil være å

⁴ Direktoratet for e-helse. [Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022](#)

bestille utvikling og implementering av NHN. Når verktøy settes i drift vil forvaltningsansvaret gis til NHN.

2 Bidrag til Helsedirektoratet

I besvarelsen av Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag om triageringsverktøy i fastlegeordningen, anvender Direktoratet for e-helse rammeverket i utredningsinstruksen. Instruksens seks spørsmålene er brukt som kvalitetssikring i arbeidet. Nivået på grundighet i arbeidet er tilsvarende minimumsanalyse.

Direktoratet for e-helse må bygge på Helsedirektoratets faglige utredningsarbeid. Informasjon og kunnskapsgrunnlag fra Helsedirektoratets rapport er avgjørende for vår vurdering og besvarelse av oppdraget.

Direktoratet for e-helses rapport tjener to funksjoner; Supplement til Helsedirektoratets rapport er vi går noe mer i dybden på IKT-/e-helserelaterte problemstillinger vedrørende triageringsverktøy, og en mer selvstendig vurdering av tilpasning til Helsenorge.

2.1 Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Dagens situasjon – hva er problemet?

Utgangspunktet for utredningen er:

- Fastlegeordningen er under stort press med økende arbeidsbelastning og vanskelig arbeidssituasjon for fastlegene.
- Praksis for sortering og prioritering av pasienthenvelser er varierende og avhenger blant annet av legesekretærenes kompetanse og kjennskap til pasientene.
- Pasienter opplever at ventetiden for å få time er for lang, og forventer at fastlegene er mer tilgjengelige, også digitalt.

Statsråd Bent Høie sa i sin tale til møtet i Stavanger om handlingsplan for allmennlege-tjenesten (oktober 2019):

- «Fastlegene blir stadig mer tilgjengelige elektronisk. Men mange pasienter synes det går for sakte og at legene er for lite tilgjengelige.
- Det er svært vanskelig å få digital kontakt, e-post og SMS. De er også utfordrende å nå per telefon slik at personlig oppmøte i resepsjonen er nødvendig for å komme gjennom, sier en av pasientene som ønsker seg mer elektroniske fastleger»

Evalueringsrapport av fastlegeordningen utført av EY Vista Analyse og Folkehelseinstituttet, viser at den er under stort press. Arbeidsbelastningen har økt, og leger opplever arbeids-situasjonen som vanskelig. Funnene viser at digitalisering av fastlegeordningen og innbyggere og pasienters forventninger til bruk av digitale løsninger er noe av bakgrunnen for det presset fastlegene opplever.

Folkehelseinstituttets undersøkelse av pasient- og brukererfaringer viser at flertallet av pasienter er godt fornøyd med fastlegeordningen. Særlig gjelder det fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor og at vedkommende er faglig dyktig og henviser

videre ved behov. Funnene viser i tillegg et forbedringspotensial vedrørende tilgjengelighet. Mange pasienter og brukere opplever at ventetiden for å få time eller tid på venterommet ikke er akseptabel. Nesten hver tredje pasient oppgir at de må vente mer enn to dager ved behov for å få time raskt og 36 % at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få en time når behovet ikke er akutt. Pasientene opplever også at fastlegen ikke har nok tid.

Dagens situasjon viser at telefonen fortsatt er den primære kommunikasjonskanalen ved henvendelse til fastlegekontoret. Og det er i hovedsak helsesekretærene i tett samarbeid med fastlegen som står for triagering av pasientene. Legesekretærene har en viktig portvaktfunksjon, enten via telefon eller ved oppmøte bidrar de til at pasientene triageres til rett helsehjelp til rett tid. Helsesekretærer har opparbeidet seg kunnskap om vurdering av hastegrad gjennom utdanning, praksis og tidligere erfaring med vurdering av syke pasienter. Helsesekretærenes kjennskap til pasienter og deres sykdomshistorie er ofte avgjørende for at pasientene får rett behandling til rett tid. Dagens praksis for hvordan triagering utføres ved ulike legekontor er varierende, og systematisk opplæring i bruk av triageringsverktøy er ikke vanlig i norske fastlege praksiser. Dette fører til stor variasjon når det gjelder vurdering av henvendelser. Enkelte legekontor har gått bort fra telefon som triageringsverktøy, og har valgt å i større grad benytte digitale løsninger som online timebestilling, pasientdialog og e-konsultasjon.

Det faglige grunnlaget og vurderinger i Helsedirektoratets rapport er nødvendig for å forstå hvor og hvordan triageringsverktøy kan inngå i helsehjelpen og tilpasses klinisk arbeidsflyt på en hensiktsmessig måte.

Hva er behovene for triageringsverktøy?

Utredningene viser at det er behov for triageringsverktøy som er lett å ta i bruk for pasient og behandler. Det er innført digital timebestilling og e-konsultasjon, men disse digitale tjenestene har svært begrenset triageringsstøtte. Triagering på telefon eller analog kanal er troligvis bedre og kan være et hinder for økt bruk av digitale kanaler. Løsningen må ha til formål å veilede pasienten til å finne rett nivå av helsehjelp til rett tid. Det er ønskelig at triageringsløsningen kan henvise pasienten til helsehjelp utover fastlege, f.eks. selvhjelp eller andre helseaktører. Løsningen må hjelpe pasienten med å finne riktig konsultasjonsform, f.eks. fysisk møte med fastlege, videokonsultasjon eller digitaldialog.

Triageringsverktøy kan være et konsultasjonsforbedrende verktøy. Ved å registrere symptomer vil pasienten reflektere over hvilke symptomer som inntraff og når de inntraff. Denne øvelsen kan støtte pasientens evne til å prioritere, «hva ønsker jeg å snakke om i dag?», og «hva er viktig for meg?».

Utredningen viser at triageringsverktøy kan sikre at pasienten er mer fortrolig og oppgir et mer korrekt sykdomsbilde direkte til legen. Mange pasienter vegrer seg for å oppgi sensitiv helseinformasjon, særlig på mindre steder.

Et godt triageringsverktøy vil kunne spare tid for både pasient og helsesekretær. Løsningen som tilbys må kunne støtte funksjonalitet som timebestilling, videokonsultasjon, tekst/chatbasert dialog og andre henvendelser. Triageringsverktøyet skal komme i tillegg til dagens løsning der helsesekretærer i stor grad besvarer telefon. De mindre digitale eller andre som ønsker eller trenger det skal fortsatt kunne benytte telefon eller fysisk oppsøke fastlegen. Det må settes av tilstrekkelig ressurser for opplæring og veiledning av nytt triageringsverktøy, både til pasient og behandler.

Helsedirektoratets rapport oppsummerer også vesentlige punkter spilt inn fra legene selv:

- Kjennskap til pasientene og pasienthistorien gir en effektiv og god triagering. Kompetansen som sitter i mottaksapparatet i ekspedisjonen må ikke mistes.
- Gi pasienten trygghet til å ta valg i forbindelse med egen sykdom.
- Triagering krever struktur. Åpne arbeidsdager med ledige timer muliggjør triagering, det vil si prioritering av pasienter. God logistikk og planlegging er derfor avgjørende for at triagering skal kunne fungere godt.
- EPJ-systemene som brukes av fastleger i dag har store sprik når det gjelder funksjonalitet knyttet til muligheter for digital kontakt for bl.a. e-konsultasjoner.
- Triage og e-konsultasjon kan være spesielt effektiv som et konsultasjonsforbedrende tiltak. Listeinnbygger kan i ro og mak registrere og reflektere over symptomer og sykdomstegn, og i større grad være forberedt til timen som venter.
- Det er av stor betydning at det lages et grunnlag for hva som er faglig forsvarlig bruk av triageringsverktøy for alle typer e-konsultasjon, inkludert video-konsultasjon. Myndighetene må ta ansvar med hjelp fra fagfolkene i sektoren.
- Triageringsverktøy må ikke føre til overdiagnostisering eller overforbruk av helsetjenester. Verktøyene må ta hensyn til sosial ulikhet og ivareta de ulike helsebehovene på en god måte, slik at de som trenger det mest får hjelp først.

Hva vil vi oppnå?

Direktoratet for e-helse ser at triageringsløsninger i bruk, kan gi følgende muligheter for allmennmedisinsk praksis i Norge (ikke uttømmende):

- Helsehjelpen sorteres til beste effektive omsorgsnivå.
- Prioriterer listeinnbyggers helsebehov i tråd med hastegrad og alvorlighet og er konsultasjonsforberedende.
- Avlaster fastlegen ved at annet helsepersonell trer inn og gir helsehjelp i stedet for og i nært samarbeid med fastlegen.
- Bidrar til realisering av pasientens netthelsetjeneste der pasienten gis grunnlag for å gjøre informerte valg om egne helsebehov, og ses som en likeverdig partner med et aktivt forhold til sin helsesituasjon.

Regjeringen ønsker å digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. I tråd med dette er det en klar forventning til at fastleger skal kunne tilby e-konsultasjon. Bruk av e-konsultasjoner er stigende. I lys av politiske føringer, innbyggers og pasienters behov samt økt kjennskap til løsninger blant fastleger er det grunn til å tro at trenden fortsetter. Triagering på digitale flater vil trolig i fremtiden bli et viktig supplement i triageringssammenheng, som tillegg til triage via telefon eller ved fysisk oppmøte.

90 % av fastlegekontorene mener bruk av digitale tjenester kan gi redusert pågang på telefon, gi raskere svar på henvendelser og mer effektiv kommunikasjon. 87 % av fastlegene mener også at det er stort potensial for digitalisering i samhandling med andre enheter. Dette samsvarer med at innbygger mener den største fordelene ved å ta i bruk digitale tjenester, er mer effektiv kommunikasjon mellom pasient og fastlegekontor og at løsningene bidrar til at innbygger sparer tid. Målet med en pilot er å undersøke om man får effekter som kan ha betydning for fastlegens og helsesekretærens arbeidshverdag, arbeidsbelastning og økt brukertilfredshet med legekontoret. Videre vil man se på om

innbyggers behov for mer effektiv kommunikasjon imøtekommes slik at innbygger får rett helsehjelp på rett nivå til rett tid, samt tilrettelegge for økt bruk av selvhjelpsverktøy.

2.2 Hvilke tiltak er relevante?

2.2.1 Om triageringsverktøy i markedet

Direktoratet for e-helse har via en «Request For Information» (RFI)⁵ (Doffin/TED) i august 2019⁶ invitert EU/EØS- området til å gi informasjon om triageringsverktøy i markedet.

Direktoratet har fått skriftlig svar fra leverandører fra Sverige, England og Norge på RFI. I tillegg hadde vi 1:1 dialog i september 2019 med disse. Andre har ikke har gitt skriftlig svar, men har vist interesse på andre måter (som EPJ- leverandører og andre tilbydere av tekniske plattformer). Vi har sett på løsninger vi er blitt kjent med gjennom utredningen og fra besøket i London om e-konsultasjon i oktober 2018. E-helse gjør også en vurdering av AKSON og Helseplattformen og deres planer for bruk av triageringsverktøy.

Leverandør	Hjemmeside	RFI	Dialog 1:1	Egenvurdering E-helse
askmyGP	https://askmygp.uk/	✓	✓	
eConsult	https://econsult.net/			✓
Babylon Health-GP at Hand	https://www.gpathand.nhs.uk/		✓	✓
Doctrin	www.doctrin.se	✓	✓	
Collabodoc	www.collabodoc.se	✓	✓	
VisibaCare	Visiba Care	✓	✓	
Akson	Akson			✓
Helseplattform	www.helseplattformen.no			✓
KRY	www.kry.no	✓	✓	
Tieto/AlerisX	Tieto og AlerisX AB/Doktor 24	✓	✓	
Pridok	https://pridok.no/		✓	
Telefonråd	Telefonråd		✓	✓
Prep4doc	https://www.prep4doc.no/		✓	
Dignio	Dignio Prevent		✓	
NHS Ask	NHS Ask			✓
SiO Helse	https://www.sio.no/helse/lege			✓

Tabell 1 Triageringsleverandører

⁵ RFI er standard format for informasjonsinnhenting markedet, uten forpliktelser til en anskaffelse.

⁶ Doffin/TED (8. august 2019): [Triageringsverktøy for fastleger \(RFI\)](#)

Direktoratet for e-helse beskriver her løsningene vi har blitt kjent med på et helt overordnet nivå. Dette gjøres på bakgrunn av leverandørenes krav om konfidensialitet i det de har presentert via RFI og i 1:1-dialogen. Vi må ha i tankene anskaffelsesreglementet og en mulig fremtidig anskaffelse i forbindelse med pilotering av en eller flere løsninger.

Vi gjør heller ikke en detaljert evaluering eller sammenligning av de ulike løsningene. Innenfor rammene av denne utredningen har det ikke vært mulig å gjøre dypdykk i og foreta grundige faglige vurdering av løsningene i markedet.

Vi har fått en rimelig god oversikt over hva som finnes på markedet internasjonalt gjennom vårt kartleggingsarbeid. Svenske og engelske løsninger er utviklet innenfor et helsesystem som ikke er så ulikt vårt eget. Vi må anta at det er flere mulige leverandører og løsninger enn de vi har kommet i kontakt med i løpet av disse månedene.

Kort summert er det tydelig at det finnes flere aktører som leverer triageringsløsninger, som allerede er i bruk, og som søker å løse mange av de behovene som er blitt identifisert i denne utredningen. Mange har også store planer og visjoner for videre utvikling.

Alle løsningene vi har sett vil kreve en god del tilpasninger skal de kunne fungere i en norsk kontekst, innholdsmessig og teknisk.

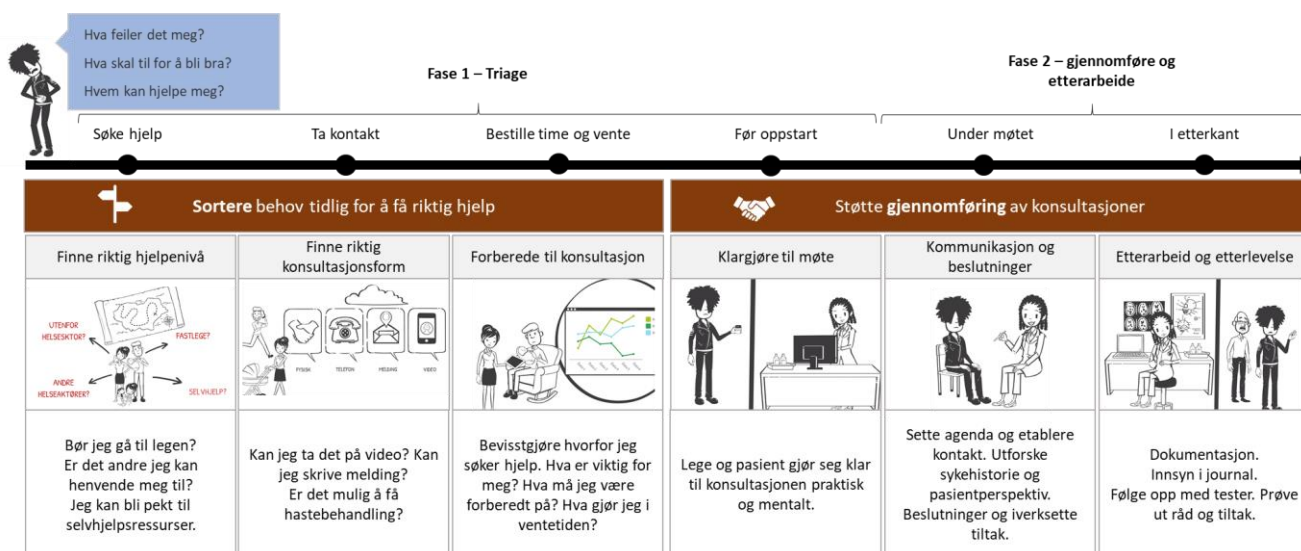
Vi har på overordnet nivå beskrevet løsningene i tre perspektiver:

1. Triageringsløsningenes plassering i pasientforløpet, jf. Figur 2-1
2. Triageringsløsningenes funksjonalitet og innhold, jf. Figur 2-2
3. Hvilken produkttype leverandørene tilbyr, jf. Figur 2-3

Dette er nærmere beskrevet og illustrert i det følgende.

Triageringsløsningens plassering i pasientforløpet

Direktoratene beskriver pasientforløpet fra tidspunktet helsebehovet eller spørsmål om egen helse oppstår hos listeinnbygger, til konsultasjonen hos fastlegen er gjennomført og tiden etter. Vi anskueliggjør innbyggers og fastlegens «arbeidsflyt» og hvor triageringsverktøyene kan virke gjennom Figur 2-1. Denne fremstillingen av forløpet benyttes i den videre vurderingen av triageringsløsningene.



Figur 2-1 Triageringsverktøyets plassering i pasientforløpet

Helsedirektoratet har delt forløpet i to hoveddeler, som er delt opp i til sammen seks trinn:

- Fase 1: Sortere behov tidlig for å få riktig hjelp
- Fase 2: Støtte gjennomføring av konsultasjoner.

Inndeling i to faser og forståelse av triageringsverktøyets relevans og anvendbarhet på de ulike trinnene skal gi forståelse for valg av triageringsløsning som kan prøves ut.

Triageringsløsningene i markedet som er undersøkt, kan tilby triagering knyttet trinnene *Finne riktig hjelpenivå*, *Finne riktig konsultasjonsform*, *Forberede til konsultasjon* og *Klargjøre til møte*, som ligger innenfor fase 1. Enkelte verktøy omfatter også trinnene i fase 2.

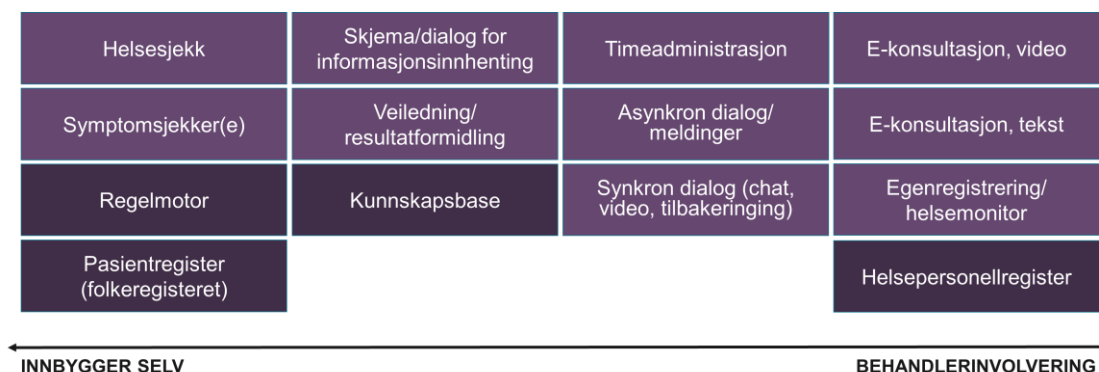
De enklere løsningene er tilpasset noen få konkrete trinn i arbeidsflyten, mens de mer utviklede produktene tilbyr verktøy som dekker både fase 1 og fase 2.

- Tre av løsningene fokuserer på trinnet *Forberede til konsultasjon* og *Klargjøre til møte* (konsultasjonsforberedelse) via fritekst basert på enkle spørsmål, skjemabasert utfylling (utvalg av vanlige kontaktsårsaker i allmennpraksis) og innsending i forkant av konsultasjon. De engelske løsningene utviklet av allmennleger er typiske eksempler og et svensk produkt tilbyr tilsvarende funksjonalitet.
- Flere av de mer avanserte triageringsverktøyene har i tillegg løsning som understøtter *Finne riktig hjelpenivå* og *Finne riktig konsultasjonsform*. Disse løsningene har ofte søkefunksjon basert på symptom eller diagnose. Listeinnbygger kan selv lese kvalitetssikret helseinformasjon (databaseoppslag), via symptomgenerator og mer avanserte algoritmer å få forslag til diagnose og deretter forslag til aktuelle kontaktform (digitalt eller fysisk).

De mest avanserte løsningene som dekker fase 1 og fase 2 anvender teknologi basert på kunstig intelligens. Disse leverandørene tilbyr Software as a service-løsninger. Kunden kan innenfor denne servicerammen velge mellom enkle eller mer avanserte løsninger- eller kombinasjoner av disse. Flere av de avanserte løsningene er foreløpig på tegnebrettet eller kun prototyper som testes ut.

Triageringsløsningens funksjonalitet - arbeidsdeling

Triageringsverktøyene kan også beskrives ved hvilken funksjonalitet de tilbyr. Verktøy som støtter flere trinn i forløpet, har typisk større bredde i funksjonalitet. Figur 2-2 plasserer funksjonelle komponenter langs en akse som indikerer hvorvidt funksjonaliteten i hovedsak rettes mot innbyggeren selv, eller om den benyttes i samspill med behandler eller behandlingssted.



Figur 2-2 Triageringsverktøy i markedet tilbyr til sammen et bredt spekter av funksjonalitet, som tilrettelegger for en arbeidsdeling mellom innbygger og behandler

Triageringsverktøyene kan legge grunnlag for en arbeidsdeling mellom listeinnbygger og fastlege (selvhjelp vs. behandling) eller en kombinasjon. Selvhjelp kan bestå i informasjon, veiledning, læring og egenkartlegging, eller bidra til at egne tiltak leder frem til en mer "kvalifisert" konsultasjon der innbygger og lege begge møter godt forberedt i konsultasjonen.

Ved et oppstått helsebehov eller spørsmål om egen helse, vil mange først søke informasjon på nettet ved bl.a. å bruke søkemotorer. Deretter vil atferden innrettes mot hvor man kan få mer informasjon, oppnå kontakt med helsetjenesten/fastlege eller avtale tid for konsultasjon. Triageringsløsningene vi har undersøkt støtter listeinnbyggers informasjonsinnhenting om egen helse eller helsebehov på ulike ambisjonsnivåer.

Markedsløsningene varierer i også bruken av digitale støttefunksjoner. De anvender enklere eller mer komplekse informasjons- og kommunikasjonsløsninger.

- Fra enkel innsending av tekst om kontaktårsak ved e-post, SMS eller chat, til tekst- eller videobasert dialog
- Skjemabasert støtte for de vanligste kontaktårsakene i allmennpraksis
- Mer avanserte algoritmer basert på symptom (symptom- eller helsesjekker), kunstig intelligens og dynamisk medisinsk beslutningsstøtte m.m.

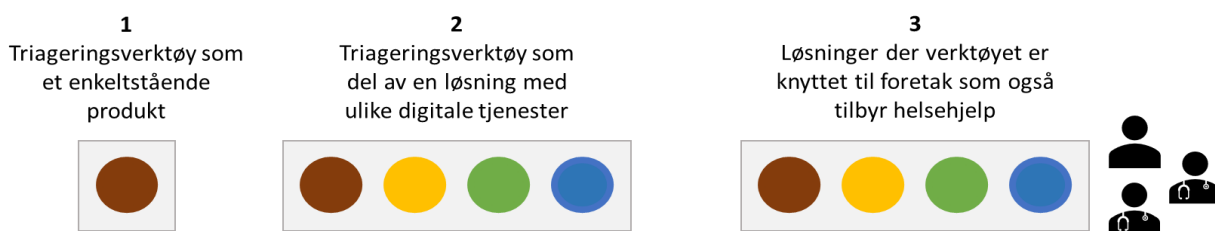
Hvilken produkttype tilbyr leverandørene?

Et tredje perspektiv i vurderingene av markedsløsningene, er hvilken type produkt eller forretningsidé leverandøren tilbyr.

1. Løsningen er en enkeltstående produktmodul uten integrasjon med pasientjournal. Mange av de undersøkte løsninger i markedet er frittstående og helsepersonellet jobber i parallell med to arbeidsflater. Det er hos flere leverandører utviklet gode "klipp og lim" funksjoner for journalverdig innhold som skal inn i EPJ.
2. Triageringsverktøyet er del av en mer helhetlig løsning som inkorporerer ulike digitale tjenester for innbygger, helsepersonell og virksomhet. Løsningen kan være

integreert med EPJ eller ved siden av. Løsningen er typisk levert som en «Software as a Service» (SaaS), det vil si leveres som en tjeneste og typisk benytter en abonnementsprising.

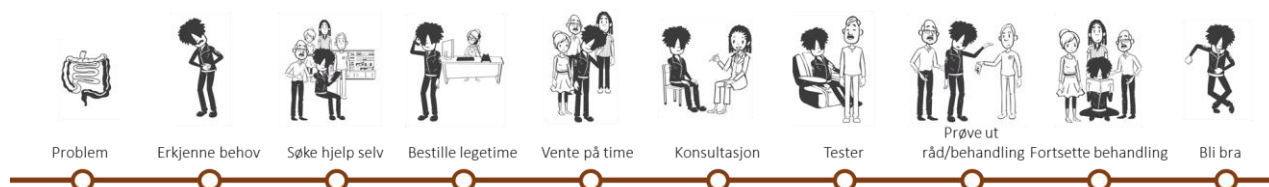
3. Løsningen er et konsept, ny forretningsmodell eller organisatorisk løsning for å endre måten å tilby helsehjelp på. I Sverige og England utvikles nye praksismodeller som etablerer såkalte *digi- fysiske klinikker* ved bruk av leverandørenes triageringsprodukter. Leverandører i disse landene kan være partner sammen med offentlige tilbydere av allmennlegetjenester, eller de etablerer klinikker i regi av eget selskap ved å ansette helsepersonell som både betjener den fysiske og digitale delen av klinikken. Modellene utfordrer det offentlige helsesystemet, både faglig, finansielt og politisk.



Figur 2-3 – Produkttyper i markedet (farge: enkeltstående tjenester)

2.2.2 Relevante tiltak: Triageringens fokus og innhold

Triageringsverktøy kan som nevnt ha relevans under flere punkter i en innbyggers reise, fra hjelpebehov oppstår til de mottar hjelp.

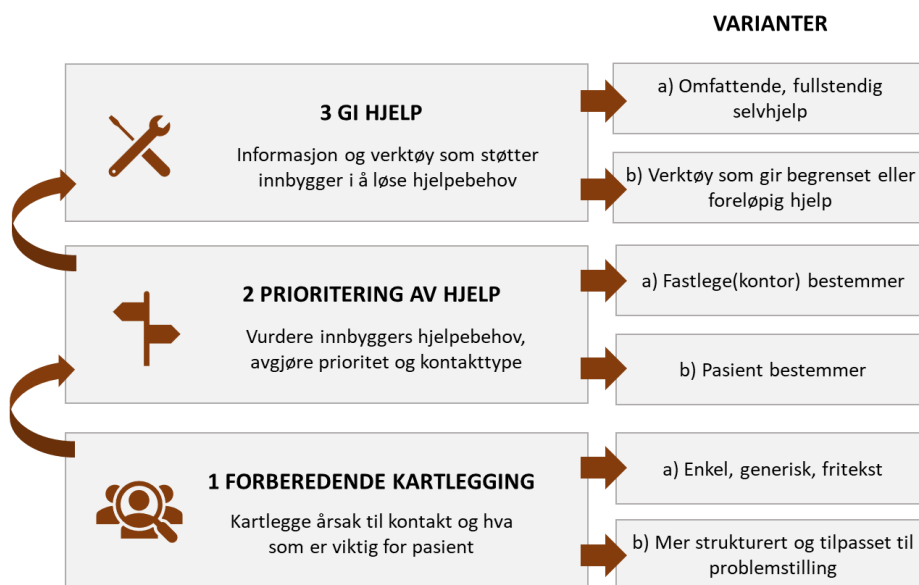


Figur 2-4 En innbyggers reise fra problem oppstår til de får hjelp

De tiltakene som ansees relevante å prøve ut i første omgang, er triageringsverktøy som tas i bruk **forut** for gjennomføring av en konsultasjon.

Vi ser at det finnes relevant tiltak innenfor tre hovedområder:

1. Forberedende kartlegging
2. Prioritering av hjelp
3. Gi hjelp



Figur 2-5 Områder for tiltak

Områdene henger sammen ved at det bør finnes et minimum av tiltak innenfor 1 for at 2 skal fungere, og noe innenfor 1 og 2 for at 3 skal være mulig.

(1) Forberedende kartlegging - å kartlegge årsak til kontakt og hva som er viktig for pasient

Dette kan gjøres mer eller mindre avansert.

- a) *Enkel kartlegging* vil si å stille noen få, generiske spørsmål til pasient som besvares i fritekst.
- b) *Avansert kartlegging* vil si å hente inn mer omfattede informasjon, på mer eller mindre strukturerte formater, i dialoger eller skjemaer som dynamisk tilpasses situasjon og tilstand

En slik kartlegging tjener til å bevisstgjøre og forberede pasient. Det kan også brukes som input for å (2) prioritere hjelp og (3) gi hjelp, som grunnlag for samtale med legen under en konsultasjon. Legen kan ha tilgang til informasjonen fra innbygger i forkant av konsultasjon. Men det kan også løses ved at kun innbygger har tilgang og selv bestemmer hva de deler.

Det er i prinsippet mulig å prøve ut triageringsverktøy som kun dekker dette området.



FORBEREDENDE KARTLEGGING – et tenkt scenario



Figur 2-6 Forbedrende kartlegging - et tenkt scenario

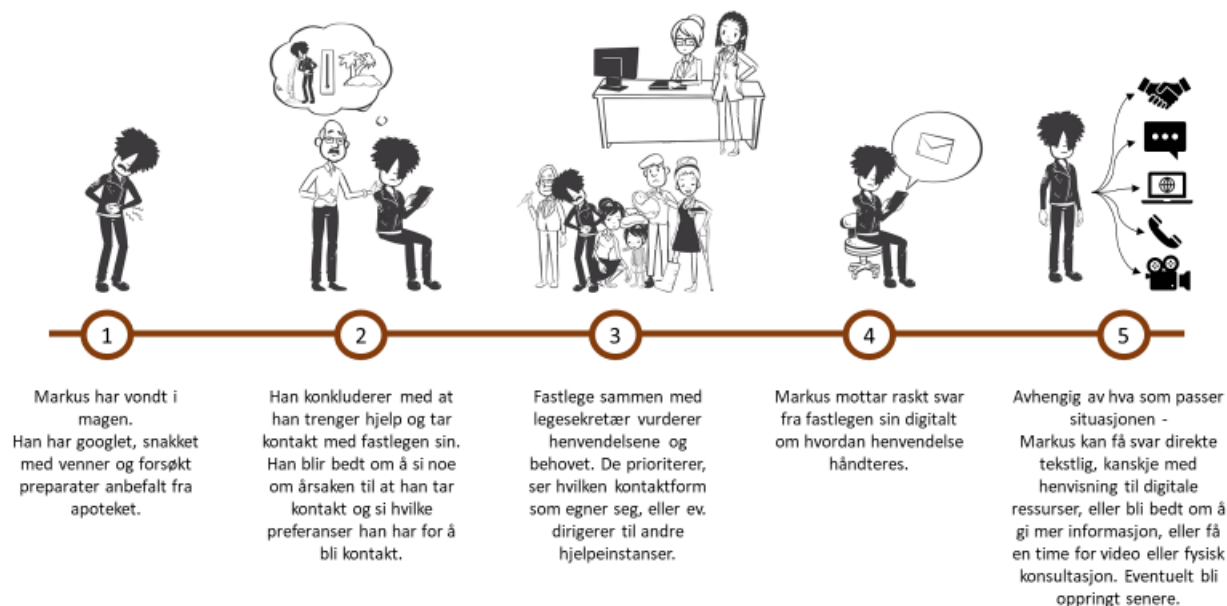
(2) Prioritering av hjelp - å vurdere innbyggers hjelpebehov, avgjøre prioritet og kontakttype

For å kunne gjøre en prioritering trengs det et minimum av input om årsak til pasientens kontakt (1).

Det er to ytterligheter:

- Fastlegekontor/fastlege/helsesekretær mottar henvendelse og bestemmer prioritet og hvordan situasjonen kan løses best (trengs det fysisk oppmøte, kan det tas på video, e-konsultasjon etc.).
- Pasient får støtte til selv å bestemme hva som er den beste kontaktformen.

PRIOTERING AV HJELP – et tenkt scenario



Figur 2-7 Prioritering av hjelp - et tenkt scenario der legekantor bestemmer prioritet og kontaktform

(3) Gi hjelp - Informasjon og verktøy som støtter innbygger i å løse hjelpebehov

Prinsipielt er det mulig å sette opp to ytterligheter:

- a) "Komplette" digitale løsninger som
 1. fanger opp innbygger når de er i en tidlig orienteringsfase og søker etter svar på egenhånd
 2. er dekkende for de fleste typer problemstillinger
 3. er "intelligent" og dynamisk tilpasser seg pasienten sin situasjonen
 4. hjelper innbygger til å løse sitt problem på egenhånd uten at legen trenger å ta del i det
- b) Støtte i mer avgrensede tilfeller etter at pasient allerede har tatt kontakt med legen og som gir delvis eller foreløpig hjelp.

Disse to ytterlighetene gjenspeiler ikke akkurat det som finnes i markedet, men illustrerer egenskaper og trender som kan gjenfinnes i ulike produkter.

Som det vil omtales i anbefalingen i avsnitt 2.5 anses ikke de produkter som finnes i markedet som etterstreber å tilby noe for 3a å være modent nok for utprøvingen. Det er også utfordringer rundt det å anskaffe og vedlikeholde en tilstrekkelig kunnskapsbase, som går utover denne utprøvingen av triagering.

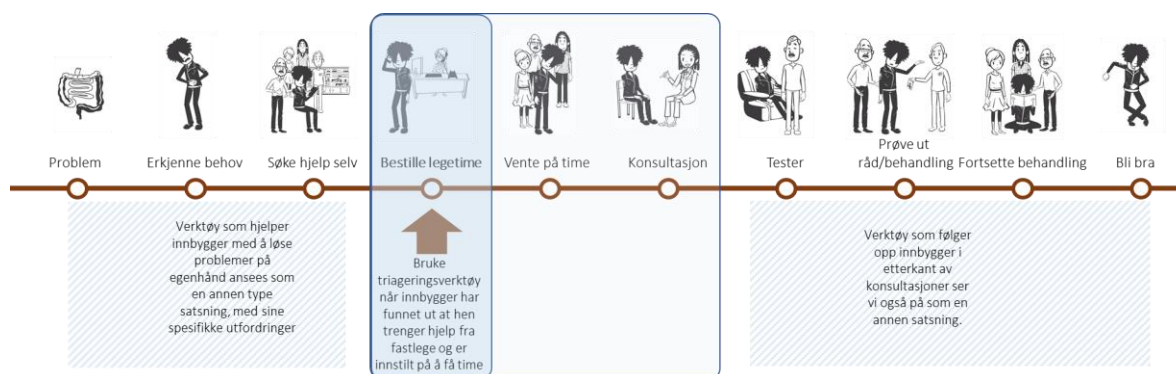
2b kan være verktøy som gir et foreløpig tilbud mens man venter på en time hos legen. Dette kan være læringsressurser, f.eks. et lite kurs i søvnhygiene, eller verktøy som går mer mot karlegging, som f.eks. en hodepinedagbok. Hensiktsmessig bruk av slike verktøy vil kunne bidra til kvalitet og effektiv helsehjelp.



Figur 2-8 Kan digitale verktøy bidra til å bruke ventetid på en mer "nyttig" måte.

2.2.3 Relevante tiltak: Triageringens plassering og utfall

Hvor bør man plassere triageringsverktøyet i pasientforløpet?



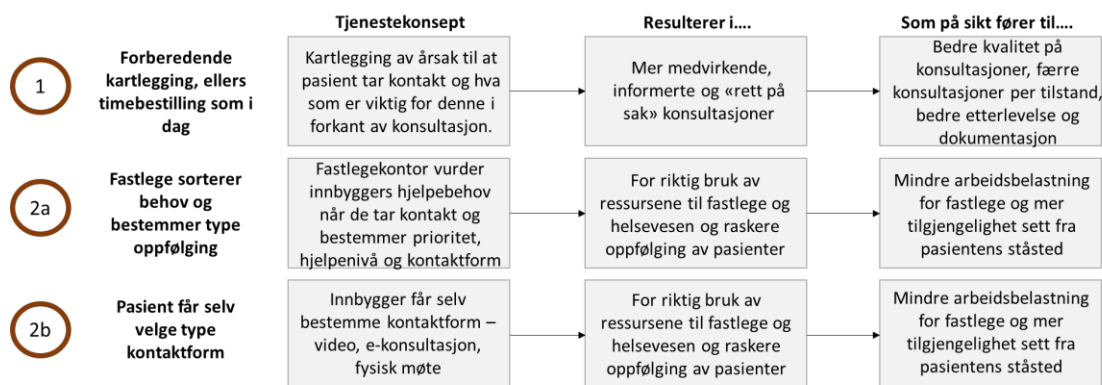
Figur 2-9 Fokus på triagering ved ønske om å kontakte fastlegen

Fokus for utprøving av triageringsverktøy er knyttet til det punktet hvor innbygger har funnet ut at hen trenger hjelp fra fastlege og bestemmer seg for å ta kontakt. I noen grad kan det dekke fasen frem mot konsultasjonen.

Verktøy som hjelper innbygger med å løse problemer på egenhånd når de er i en søke-fase, ansees som en annen type satsning, med sine spesifikke utfordringer.

Det er tre ulike typer tiltak eller tjenestekonsepter som kan prøves ut opp mot dette kontaktpunktet:

- 1 Forberedende kartlegging - kartlegging av årsak til at pasient tar kontakt og hva som er viktig for denne i forkant av konsultasjon.
- 2 a) Fastlege sorterer behov og bestemmer type oppfølging - fastlegekontor vurderer innbyggers hjelpebehov når de tar kontakt og bestemmer prioritet, hjelpenivå og kontaktform
- 2 b) Pasient får selv velge type kontaktform - Innbygger får selv bestemme kontaktform – video, e-konsultasjon, fysisk møte



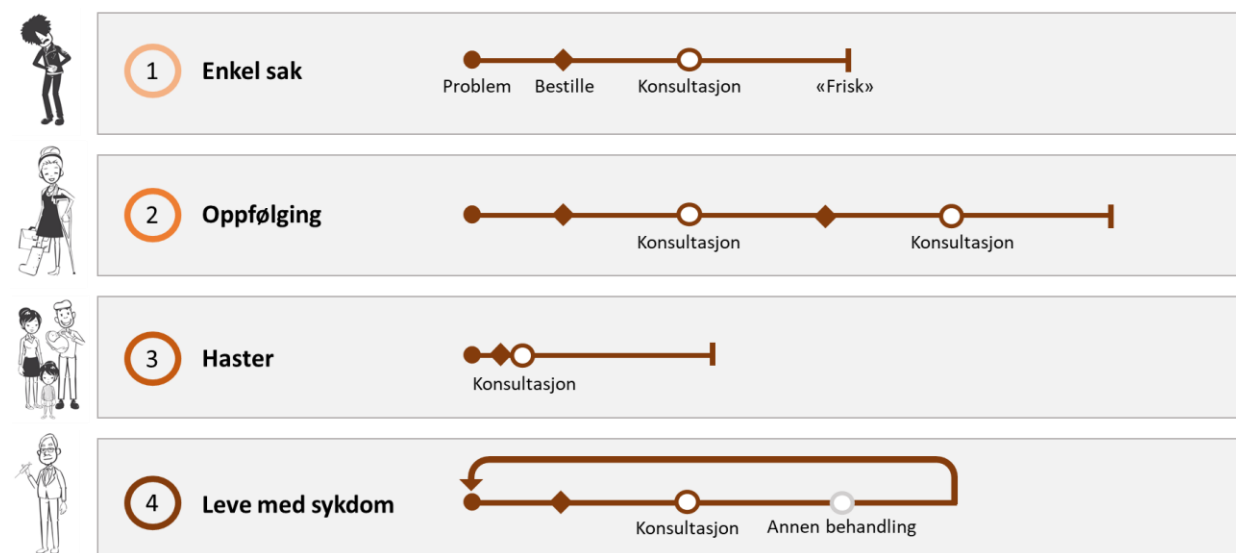
Figur 2-10 Tjenestekonsepter for utprøving og hypoteser som er aktuelle å teste ut

Hvilke type forløp hos fastlegen skal tiltakene treffe?

Tiltakene vil inkludere alle typer henvendelser fra innbyggere til legen – vedrørende helsehjelp, administrativt, fornyelser.

Tiltakene vil også dekke ulike typer forløp, som f.eks.:

1. Enkle saker – et nytt problem oppstår, du får hjelp og blir frisk
2. Oppfølging – du må få hjelp i flere runder før du blir frisk
3. Haster – du trenger hjelp raskt
4. Leve med sykdom – du har en langvarig eller kronisk lidelse som du får hjelp med over tid i mange runder, kanskje også med andre helseaktører inne i bildet.



Figur 2-11 Tiltakene vil dekke ulike typer forløp

Hvilke utfallsmål skal piloteringen undersøke?

En siste problemstilling vi adresserer i vår utredning, er hvilke utfall triageringen skal kunne lede til, og tilsvarende hvilke utfallsmål man ønsker å teste og evaluere ved utprøving av en triageringsløsning.

Ønsker man i utprøvingen å finne effekter av mer rene legetjenester, eller effekter der pasientens selvtriagering er hovedfokus for gevinstvurderinger? Det er mulig å se for seg

en kombinasjon. Figur 2-12 illustrerer problemstillingene og viser fastlegens mulige tjenestetilbud til venstre og selvhjelp til høyre. Begge kategorier kan omfatte bruk av digitale verktøy for ulike formål, slik som læring og kartlegging.



Figur 2-12 Mulige utfall av triagering - fastlegens tjenester og selvhjelp

2.3 Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?

Direktoratet for e-helse har i oppdragsutførelsen vurdert hvilke prinsipielle spørsmål som kan reises ved utprøving av triageringsløsninger i fastlegeordningen. Spørsmål vi reiser i dette kapittelet bør inngå i den videre konsept- og planleggingsfasen som foreslått.

2.3.1 Hvem bestemmer kontaktform med legen?

Helsehjelp som er behovsbasert og ikke etterspørselsbasert

1. «Jeg vil snakke med fastlegen min- men legen avgjør»: Fastlegen «bestemmer» kontaktform ved at mottatte henvendelse fra løsningen blir vurdert og prioritert ut fra behov. Listeinnbygger får tilbakemelding om relevant kontaktform

I to av de engelske løsningene melder listeinnbygger sitt behov digitalt til legekontoet. Det er legekontoet som melder tilbake nivå på helsehjelpen og tilbyr kontakt digitalt eller fysisk. Disse klinikken fremhever at "helsehjelpen skal gå fra etterspørselsbasert til behovsbasert helsehjelp". Fastlegen og helsepersonellet legger med det til grunn en mer gjennomarbeidet helsefaglig og medisinsk vurdering av tilstanden og prioriterer helsehjelpen og egnet kontakttype deretter.

Helsehjelp-behovet bestemmes ved at listeinnbygger velger kontaktform

2. «Jeg kan undersøke litt og gjøre ting selv før jeg bestiller time»: Listeinnbygger "bestemmer" i større grad kontaktform og time: Triageringsverktøyet hjelper listeinnbygger å finne egnet time og konsultasjonsform (digitalt- fysisk) og har mer innsikt og kontroll i valget.

I mange av de undersøkte triageringsløsningene og den norske Digital dialog fastlege ved Helsenorge, kan listeinnbygger velge kontaktform og timetype basert på behov som listeinnbygger definerer selv.

Konsultasjonsforberedende

Begge posisjonene for hvem som velger kontakttype, virker *Konsultasjonsforberedende*. Bruk av triageringsverktøy i punkt 1. og 2., vil medvirke til økt presisjon for å avklare kontaktårsak, helsebehov og gi en mer utfyllende henvendelse. Resultatet av triagering av behov og forberedelse er gunstig for det som skjer videre i fase 2 (*gjennomføre konsultasjon og etterarbeid og etterlevelse*).

Det er også verdt å merke seg at triageringsløsningene også inkluderer variable grad og mengde tilpassende kartleggingsskjema som innbygger fyller ut i tråd med kontaktårsak (feber, hodepine, ryggsmarter, behov for sykemelding osv.). Disse opplysningene blir også presentert lege-pasient som grunnlag for en bedre og målrettet kommunikasjon.

I konsept og planleggingsfasen våren 2020, finnes det relevante problemstillinger som

- Skal eller kan triageringsverktøyet i Norge dekke den ene eller andre varianten i punktene 1. og 2. over, eller en kombinasjon?
- Hva er erfaringene med at "legen bestemmer" eller "listeinnbygger bestemmer" i England og Sverige?
 - når det haster (øyeblikkelig eller halv- øyeblikkelig hjelpebehov): Hvilke alternative responsløsninger er på plass for å unngå alvorlige pasientsikkerhetsbrudd og for å dekke 24/7- behov hos listeinnbygger?
 - Hvilke alternativer i punkt 1 og punkt 2 vil avlaste fastlegen best?
 - Hvordan kan løsningen utformes slik at listeinnbygger får formidlet digitale tilbud i i ventetid eller som konsultasjonsforberedende (selvhjelp, kartlegging m.m.)
- I Norge legger vi vekt på en informert, involvert og medbestemmende pasientrolle
 - Kan det være enklere å realisere "innbygger bestemmer" og bestiller time selv?
 - Kan triageringsløsningen for norske forhold bidra til øket tilbud om digitale selvhjelpstips?
 - Kan "legen bestemmer" i en god utforming oppfattes som et godt pasientverktøy også, gitt rask og god respons og gode forklaringer?

2.3.2 Konfidensialitet, tillit og behandling av opplysninger

Direktoratet for e-helse tilrår at konsept- og planleggingsfasen også vurderer problemstillinger som fremkommer i dette avsnittet:

- Vi har fått innsikt i at en del listeinnbyggere synes det er enklere å betro seg til legen enn til legesekretæren, spesielt på mindre steder der mange er bekjente
- Det er også interessant (empirisk og kunnskap fra forskning) at noen listeinnbyggere finner det enklere å betro seg til en maskin, blant annet fordi de slipper å se reaksjonen på det de formidler
- Når man ber listeinnbygger oppgi personsensitiv informasjon digitalt, må triageringsløsningen være transparent om hvem som får tilgang til informasjonen –

er det legen, legekantoret/sekretæren? – tillit til løsning gir mer grundig informasjon.

- Når listeinnbygger oppgir helseinformasjon som forberedelse til en konsultasjon eller triagering – vil innholdet og evnen listeinnbygger har til å uttrykke seg påvirke hvordan og av hvem informasjonen brukes og hvem som følger opp helsebehovet
- I triageringsløsningen må opplysningene som oppgis og tilgjengeliggjøres for legekantoret journalføres på en rettmessig måte. Konklusjon på henvendelsen må også journalføres på rettmessig måte. Anvender triageringsløsningen en automatisk funksjon for journalføring- hvilket regelsett bygger i så fall løsningen på?
- Empiriske er det grunnlag for å hevde at listeinnbygger i liten grad er bevisst på at det de forteller legen blir journalført. Bevissthetsnivået om at annet helsepersonell i arbeidsfellesskapet til legen kan lese innholdet, er sannsynligvis også lavt. Listeinnbyggere flest har stor tillitt til sitt fastlegekontor, så dette behøver ikke være en stor problemstilling.

Triageringsløsningen og bruk av denne bør inneha en vurdering av hvordan håndtere når annet helsepersonell enn fastlegen referer til opplysninger listeinnbygger har meldt inn digitalt. det kan så lenge de slipper å bli konfrontert med det av ikke-legen. Igjen behøver ikke denne problemstillingen nødvendigvis være stor, særlig i tilfelle der oppfølgingsspørsmål skjer av helsesekretær?

2.3.3 Er fastlegeordningen moden for digital triagering?

Tilsvarende som de to avsnittene over, anbefaler Direktoratet for e-helse at følgende problemstillinger blir vurdert grundigere i anbefalt konsept- og planleggingsfase:

- Direktoratene anbefaler at vi ikke prøver ut triageringsverktøy som peker på diagnose eller behandlingsalternativer for listeinnbygger (jf. vår diskusjon om løsningens formål i kap. 2.2.2 *Relevante tiltak*. Direktoratets felles anbefaling er at løsningen skal kunne gi mer generelle råd eller pekere til relevant informasjon og selvhjelp
- Direktoratet for e-helse støtter Helsedirektoratets vurdering om man i dag ikke kan være trygge på algoritmene og datagrunnlaget enkelte triageringsverktøy anvender og tilbyr. Disse løsningene er likevel i konstant utvikling og bearbeidelse av mange selskaper med betydelige ressurser til å gjennomføre produktutviklingen. Anbefalingen om ikke å pilotere løsninger som man kan anse som "avanserte", vil således bli utfordret av utvikling som skjer.
- Bruk av automatiske triageringsløsninger og bruk av kunstig intelligens må alltid følges av transparens om hvordan og på hvilket grunnlag forslag til konklusjon (behandlingsforslag eller diagnose) fremkommer. På dette området er det stort behov for å teste løsningen i en klinisk utprøving. Man må også gjøre en vurdering om løsning og/ eller algoritme er å definere som medisinsk utstyr.
- Hvem har ansvar hvis verktøy gir et gale råd eller peker ut kontaktform som i ettertid viser seg ikke å ha et godt nok forsvarlighetsnivå?
- Hvilke kapasiteter kreves or å utvikle, tilpasse og forvalte slike systemer i Norge?
- Hvilken instans skal ha databehandlingsansvar, ansvar for utvikling og vedlikehold av f.eks. kartleggingsskjema og kunnskapsbaser for oppslag. Hvilke instanser bør

ha ansvar for kontinuerlig kvalitetskontroll, oppfølging av gevinstrealiseringen og medisinsk utstyr?

- Hvilken instans skal godkjenne innføring av triageringsverktøy?
- Hvilken motivasjon eller nytte har fastlegene av å bruke digitale triageringsverktøy eller anbefale at listeinnbygger benytter seg av slike verktøy?

2.4 Positive og negative virkninger av tiltakene, hvor varige er de og hvem blir berørt?

Direktoratet for e-helse viser til rapport om e-konsultasjon for fastlegeordning og legevakt fra desember 2018. I rapportens samfunnsøkonomiske analyse er gevinstene hovedsakelig for listeinnbygger/ pasientene. Spart tid, reisetid og tilgjengelighet for pasient er særlig positivt i analysen. Det er mer usikkert om nytte og gevinst for helsetjenesten, fastlegetjenesten og fastlegen selv i denne analysen.

Ved innføring av triageringsverktøy for fastlege, fastlegekontor og fastlegeordning får man mulighet til å undersøke effekter som kan ha stor betydning for fastlegens og helsesekretærens arbeidshverdag, arbeidsbelastning, brukertilfredshet med legekontoret, spart tid som kan allokere til andre pasientgrupper og som bidrar positivt til fastlegeordningens bærekraft.

Direktoratet for e-helse bruker Helsedirektoratets rapport som grunnlag for vurderinger.

Kunnskapsoppsummering fra Norsk senter for e-helseforskning (NSE)

Helsedirektoratet gjennomgår dagens triagering ved norske fastlegekontor. E-helse finner NSE sin publikasjon basert på gjennomgang av vitenskapelig litteratur som svært viktig.

Digital triagering er et felt i rask utvikling. Det finnes i dag eksempler på at slike systemer kan være nyttige. Likevel er det fortsatt ikke nok kunnskap til å konkludere hvordan triageringsverktøy påvirker viktige endepunkter som kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og fordeling av helseressurser.

Innføring av slike systemer i helsetjenesten er komplekse intervensjoner som i stor grad påvirkes av eksterne faktorer. Forberedelse til konsultasjon i form av symptom-rapportering fører til bedre kommunikasjon med helsetjenesten, men det er ikke gjort mye eller dyptgående forskning på feltet. Da helsesystem, demografiske og kulturelle ulikheter er store mellom ulike land, er mange av resultatene vi finner fra utlandet vanskelig å overføre til norske forhold.

Gjennomført litteratursøk i forbindelse med arbeidet tyder på at det er begrenset med forskning og studier som viser entydige positive effekter ved ulike triageringsløsninger. Derfor er det behov for å gjennomføre en pilot for å teste effekter av triageringsløsninger i praksis ved norske forhold. Hvilke konsekvenser kan en triageringsløsning få for kvalitet på helsetjenestene, pasientsikkerhet, effektivitet og for fordeling av helseressurser er sentrale spørsmål som må besvares.

Det anbefales å gjennomføre piloter som kan vurdere de viktigste utfordringene og effektene ved digital triagering. Det er behov for å vurdere ulike løsninger for å finne løsninger som møter eksisterende behov, før det besluttet å implementere nasjonale løsninger for triagering i primærhelsetjenesten.

2.5 Hvilke tiltak anbefales, og hvorfor?

Kapittelet gir anbefaling om pilotering av triageringsverktøyets plassering i pasientforløpet, hvordan vektøyet bør være satt opp, egenskaper ved triageringsverktøyet, gjennomføring av konseptfase og integrasjon med Helsenorge.

Bakgrunn for anbefalingen

De mer avanserte løsningene som anvender søkemotorer for symptomer og gir forslag til tentativ diagnose (symptomsjekkere og helsesjekkere) er utfordret av kunnskapsgrunnlaget vi har fått fra Nasjonalt senter for e-helseforskning. Helsedirektoratet påpeker i utredningen at kunnskapsgrunnlaget for triagering i 2019, e.g. nytte og kostnadseffektivitet, er svakt.

- Direktoratene vil derfor anbefale at man ikke piloterer de mer avanserte løsningene.
- Direktoratene anbefaler at piloten prøver ut verktøy som understøtter forberedende kartlegging (enkel og mer omfattende) og en løsning som støtter triagering til helsehjelp på adekvat omsorgsnivå (prioritering).
- Direktoratene anbefaler at valgt triageringsløsningen i pilot ikke blokkerer fremtidig skalering og ibruktagelse av mer avanserte funksjoner.

Begrunnelsen for dette finner E-helse i Helsedirektoratets rapport, bla. i kunnskapsgrunnlaget utarbeidet av Nasjonalt senter for e-helseforskning, vurderinger av pasientsikkerhet og krav til triageringsverktøyets prediktive evne, sensitivitet og spesifisitet.

Det er også usikkerhet om triageringsløsninger vi finner i markedet er gode nok i norsk allmennpraksis uten en forutgående involvering og konseptutredningsfase som involverer fastleger og helsesekretærer. Lege Anders Grimsmo skriver til Helsedirektoratet:

"Når det gjelder henvendelser om behov for helsehjelp, vær oppmerksom på at Norge skiller seg fra de fleste land for hvor og hvordan førstekontakt foregår. Man skal derfor være forsiktig og kritisk til direkte overføringer av systemer fra andre land.

Det er ikke nok med en oversetting, men må også valideres og testes i norsk allmennpraksis.

Hvis man skal se utenlands, ville jeg vurdert Skottland først. Selv om systemet er helt annerledes har deres «Call handlers» på mange måter en lignende rolle som helsesekretærene har på allmennlegekontor når det gjelder sortering i første ledd ved henvendelser".

Erfaringer ved innføring av ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi, tilser at man prøver ut løsninger som gir mulighet for raske korrigeringer før endelig innføring.

Direktoratene har ikke funnet løsninger i markedet som umiddelbart kan innføres i norsk allmennmedisinsk kontekst. Utredningen gir oss heller holdepunkter for at man må gjøre en mer grundig gjennomgang av ulike konseptalternativer i nær dialog med de som skal anvende løsningen i pilot.

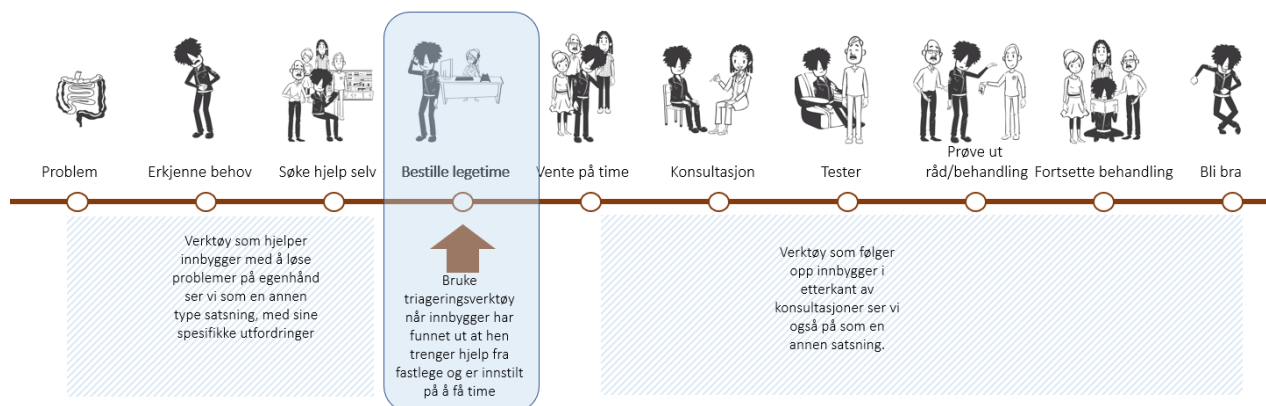
I markedsdialogen og innhentning av informasjon om løsninger, har Direktoratet for e-helse fått kunnskap om løsninger brukt i Norge, Sverige og England (NHS England). De svenske og engelske triageringsverktøyene er utviklet og tilpasset en organisatorisk og kliniske kontekst annerledes enn den norske, og er ikke direkte sammenlignbare og mulige å ta i bruk direkte.

Det er likevel slik at noen leverandører har løsning som kan ivareta utprøving av triage i norske fastlegepraksiser med tilpasninger som ikke krever lang tid (bl.a. oversettelse til norsk), og som kan svare ut konsepter som

- Flytte telefontriagering over på en digital triageringsplattform
- Presisere helsebehov og kontaktårsak via skjemabasert støtte
- Understøtte konsultasjonen (forberedelse)

Anbefalte tiltak: Triagering ifm. timebestilling, integrert på Helsenorge

Anbefalingen fra Helsedirektoratet er at verktøyet i første omgang plasseres i pasientforløpet der hvor man ber om eller bestiller time hos fastlegen.



Figur 2-13 Anbefalt plassering av triageringsverktøyet i pilot – Bestill legetime

Helsedirektoratet uttaler i kap. 7.2. *Kriterier for gjennomføring av pilot* at

"Det forutsettes at man ønsker å benytte Helsenorges plattform som pasientens digitale kanal inn til helsetjenesten generelt fordi en ønsker å implementere triageringsverktøyet på denne plattformen. Det vil gi en mer sømløs tjeneste for innbyggerne da øvrige digitale helsetjenester, som innsyn i journal, kjernejournal, oversikt over e-resepter og vaksiner er samlet".

Direktoratet for e-helse viser til kapittel 3 i vår rapport for nærmere beskrivelse av triageringsverktøyet tilpasning til Helsenorge og hvilke effekter dette kan gi.

Anbefalte tiltak: Konkretisere ønsket triageringsløsning gjennom en Proof of Concept-fase med påfølgende planlegging

Direktoratet ser for seg at utprøving av triageringsløsning skal omfatte:

1. Direktoratene foreslår at triageringsverktøyet prøves ut når listeinnbygger eller pasient har besluttet at de ønsker time hos sin fastlege (ref. diskusjon om pasientforløpet i kapittel 2.2.)
2. Overgang fra telefon til digital henvendelse: Helsebehov og kontaktårsak skjer digitalt, i stedet for på telefon (som i dag).

3. Prøve ut konsepter for triagering
 - (1) Forberede kartlegging – kartlegge årsak til at pasient tar kontakt og hva som er viktig for denne i forkant av konsultasjon
 - (2) Prioritering av hjelp
 - a. Fastlege(kontor) sorterer behov og bestemmer type oppfølging
 - b. Innbygger får selv bestemme
4. Få triagering til å samspille med kilder til helseinformasjon eller tilbud om selvhjelpsverktøy
5. Helsenorge inngår som innbyggers inngangsport til triageringsverktøy i pilot.

Utredningen til direktoratene viser at det er forbundet risiko og usikkerhet med tanke på nytte og gevinstrealisering ved bruk av triageringsverktøy. Det er ikke dokumentert sikre gevinster ved bruk av triageringsverktøy i klinisk praksis, selv om det pågår en betydelig innsats og forskning for å påvise gunstige sammenhenger ved bruk.

Det er heller ikke funnet triageringsverktøy som umiddelbart kan tas i bruk i en norsk kontekst uten en god del tilpasninger.

Det er derfor sterkt å anbefale en mer utprøvende, innovasjonsrettet tilnærming som redusere risiko og skaffer til veie mer innsikt, før man tar neste steg og anskaffer en løsning til pilot.

I stedet for å direkte pilotere løsninger i legekantorenes virkelige verden, gjøres det først en utprøving som utspiller seg i mer kontrollerte omgivelser.

- Dette kan bestå av rask prototyping og testing av tjenestekonsept – "simulert" i felt eller lab.
- Prøve ut eksisterende løsninger som finnes i markedet i "lab" (hvis dette kan la seg gjøre uten å komme i konflikt med anskaffelsesreglementet).

Dette må skje med tett medvirkning fra fastleger, legesekretærer, innbyggere, teknologer og de som har faglig ledelse. Det er en fordel at de samme ressursene som bidrar i piloteringen også er med i denne fasen, slik at man kan bygge faglig legitimitet og forankring i piloteringen.

Det anbefales at man i en konseptfase gjøre en utforsking av tjenestekonseptene og hva som skal til for at det skal fungere i Norge.

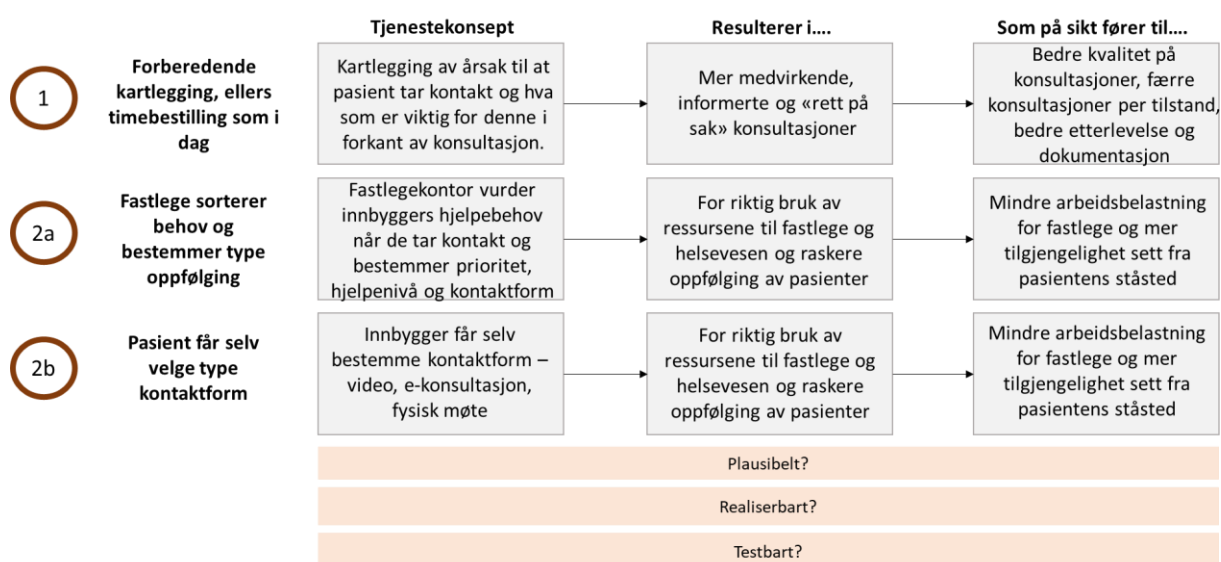


Konsept		Planlegge & anskaffe	Pilotere
Rask prototyping og testing av tjenestekonsept - «simulert» i lab eller felt	Prøve ut eksisterende løsninger med minimum av tilpasning i «lab»	Anskaffe enkel, tilpasset løsning for pilotering	Pilotering ved utvalgte fastlegekontor

Deltakelse fra fastleger, pasienter, designere, teknologer, faglig styring, etc.



Figur 2-14 En utprøvende, innovasjonsrettet tilnærming



Figur 2-15 illustrerer spørsmålene en utprøving bør ta sikte på å besvare.

Følgende spørsmål om hva som er plausibelt⁷, realiserbart og testbart i en triageringsløsning bør inngå i vurderingen av tjenestekonseptene:

- Kan tjenestekonseptene for triagering gi den ønskede effekten i kontekst av den norske fastlegeordningen?
- Det kreves en god del tekniske og innholdsmessige tilpasninger for at triageringsverktøyene som eksisterer i markedet kan tas i bruk i Norge, også for en utprøving. Hvilke verktøy som er best egnet for vår virkelighet er usikkert, samt hvilke tilpasninger som eventuelt bør gjøres.
- Hva kreves av endringer i arbeidsorganisering for en vellykket innføring ved fastlegekontor

⁷ Plausibelt: trolig, rimelig, sannsynlig, troverdig

- Hva skal til for at innbygger faktisk fanges opp og bruker verktøy på de riktige tidspunktene?
- Hvordan kan vi løsningen faglig legitimitet hos helsepersonell før pilotering starter?

Anbefalte tiltak: Gjennomføre pilot for uttesting av utvalgt løsning

Etter at egenskaper ved ønsket triageringsløsning er klarlagt gjennom en Proof of Concept-fase, må det gjøres en planleggingsfase der man summerer opp innsikter, omsetter disse i krav til verktøy, og anskaffer eller utvikler en løsning som kan piloteres.

Anbefalingen er å gjennomføre en pilot i avgrensede omgivelser, ved at en utvalgt gruppe fastlegekontorer tilbyr digital triagering til sine pasienter. Det betyr at verktøy for utprøving ikke trenger å være optimalt tilpasset og klar for nasjonal utbredelse. De må likevel være tilstrekkelig robuste og effektive til at utprøvingen blir reell og man kan konkludere med hvorvidt piloten er vellykket og gir grunnlag for videre utbredelse. Piloten bør omfatte før- og ettermålinger som basis for vurdering av måloppnåelse.

Avhengig av hva det konkluderes med etter Proof of Concept, er det ett eller flere tjenestekonsepter og triageringsverktøy som skal testes ut. Disse valgene vil også avgjøre kompleksitet knyttet til tekniske og organisatoriske tilpasninger. Et fokus på opplæring og arbeidsprosesser er like vesentlig som verktøyets egenskaper.

Pasientene vil få tilgang til triageringsløsningen via Helsenorge, i forbindelse med timebestilling og e-konsultasjon. I hvilken grad fastlegekontoret vil forholde seg til nye løsninger innenfor eller i parallell med pasientjournal, vil bli klarere etter hvert.

2.6 Hva er forutsetningene for vellykket gjennomføring?

Direktoratet for e-helse finner i undersøkelsen av triageringsverktøy og i kontakt med markedet flere verktøy som kan bidra til gevinster i tråd med målsetningene som vi innleder med i rapporten og som er mer omtalt i Helsedirektoratets rapport. Vi hører også en vilje og imøtekommenhet fra fagmiljøet om å prøve ut nye digitale verktøy

Formålet med en pilot er blant annet å teste løsningens plassering i arbeidsflyten, tekniske kvalitet, brukervennlighet og vurdere om løsningen fungerer etter hensikt og at man oppnår de ønskede gevinstene. Piloten anbefales gjennomført i en liten skala. Feil og mangler oppdages tidlig, og løsningen forbedres før en eventuell anbefaling om nasjonal innføring. I tillegg vil piloten gi kunnskap om nødvendige elementer i innføring av ny teknologi, arbeidsmåte og opplæring av helsepersonell. De fleste av leverandørene vi har vurdert tilbyr en «Change Management Plan» som del av tilbudet i løsningen. Det må også pilot ha som del av utprøvingen

Direktoratet for e-helse stiller seg bak Helsedirektoratets vurdering av forutsetning for vellykket gjennomføring. Vi fremhever spesielt:

Anbefaler prosjektorganisering 2020 og 2021 for utprøving av verktøy

- Utføre konsept- og planleggingsfase våren 2020 som direktoratene i fellesskap anbefaler

Nødvendig forankring, finansiering og samarbeid Hdir, NHN og E-helse

- Oppfølgingsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i kjølvannet av direktoratenes svar på oppdrag i denne omgang må avklare rolle, ansvar og finansiering mellom Hdir, E-helse og NHN (nasjonal tjenesteleverandør) fra 2020.
- Ressurser fra NHN, E-helse og Hdir må prioriteres i henhold til prosjektplan, budsjett og foreslåtte tidsskjema.

Direktoratet for e-helse viser til Helsedirektoratets rapport, kap.7.5 *Økonomiske og administrative konsekvenser* og kap. 9.1 *Gjennomføring av pilot* og kap. 9.2. *Forutsetninger for å lykkes*.

3 Triageringsløsninger og e-konsultasjon på Helsenorge

3.1 Innledning

Direktoratet for e-helse bes i oppdraget om å gjøre en vurdering av hvordan det kan tilrettelegges for triageringsløsninger på Helsenorge. Hoveddelen av kapittel 3 er viet til "vurderinger av tilrettelegging av triageringsverktøy på Helsenorge" som utdyping og begrunnelse for anbefaling vi gir.

I andre del gjør direktoratet rede for hva som gjøres av nødvendige tilpasninger som tilrettelegger for bruk av videokonsultasjoner, slik som brotjenester og test- og akseptanseprosesser, samt ibruktakelse av Digital dialog med fastlege (DDFL). Vi gir også informasjon om planer for triagering slik vi finner opplysninger om Helseplattformen og Akson.

Avslutningsvis finner man økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene, med Helsedirektoratets rapport som viktig referanse.

3.2 Tilrettelegging for triageringsløsninger på Helsenorge

Helsedirektoratets vurderinger knyttet til ønsket innretning av triagering ifm. fastlegeordningen harmoniserer godt med målbildet "Helsenorge som felles inngangsport til det offentlige helsetilbudet på nett". En overordnet gjennomgang av triageringsløsninger i markedet indikerer at slike verktøy kan integreres på Helsenorge på en hensiktsmessig måte. Behovet for nasjonale tilpasninger varierer imidlertid betydelig alt etter hvilke typer verktøy en ønsker å tilby på hvilke stadier i pasientforløpet. I de følgende kapitlene belyses forhold knyttet til dette.

3.2.1 Pasientene skal være en aktiv deltaker i helsehjelpen de mottar

I arbeidet med utredningen har Direktoratet for e-helse lagt vekt på at:

- Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner
- Sårbare pasienter skal oppleve at tjenestene opptrer i team rundt dem
- Pasienter skal i større grad møte helse- og omsorgstjenesten hjemme hos seg selv
- Pasientene skal oppleve at bruk av felles helsedata ved hjelp av teknologi gir bedre og mer presis helsehjelp.

Digitale tjenester og selvhjelpsverktøy skal støtte innbygger i å få oversikt over egne

helsesdata og mestre sin helsesituasjon, i samspill med pårørende. Digital triagering vil være et bidrag til dette.

Gjennom Helsenorge skal pasienter og brukere få elektronisk tilgang til egen journal. I tillegg skal innbyggerne få tilbud om selvbetjeningsløsninger og mulighet for elektronisk dialog med helsepersonell. Informasjon om helse- og omsorgstjenestene, som kvalitet, ventetider, tjenestetilbud og brukererfaringer, skal gi innbyggerne mulighet til å ta reelle valg knyttet til eget behandlingsopplegg.

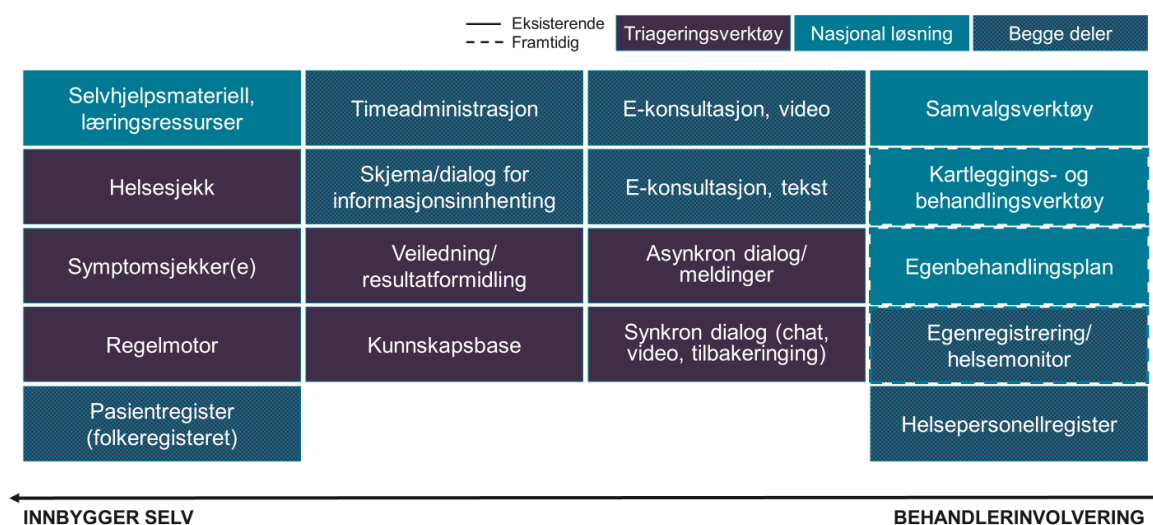
For pasientene skal det være enkelt og naturlig å ha kontakt med helsetjenesten på nett. Helsenorge er innbyggernes felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett.

3.2.2 Triagering inngår i et helhetlig, digitalt tjenestetilbud

Gjennom Helsenorge vil innbygger kunne møte alle sine helsekontakter. Forskjellige aktører kan tilby et ulikt sett med digitale tjenester, samtidig som det digitale tilbudet også omfatter tjenester som er nasjonale og dermed felles for alle. Dette bidrar til å redusere skillet mellom behandlere og behandlingsnivåer, og reduserer dessuten uønsket variasjon mht. kvalitet og geografi. Det at flere deler på kostnadene, kan bidra til at en til sammen får et bredere og mer mangfoldig tilbud.

I kapittel 2.2.1 *Om triageringsverktøy i markedet* beskrev vi hvilke funksjonelle komponenter som typisk kan inngå i triageringsløsninger. Enkelte av verktøyene i markedet tilbyr funksjonalitet som er delvis overlappende med løsninger som allerede er tilgjengelig på Helsenorge eller i Grunndata-plattformen. Helsenorge formidler dessuten verktøy som er relevante i en triageringssammenheng, men som ikke er framhevet i produktene som er vurdert.

I Figur 3-1 illustreres et mulig samspill mellom ny og eksisterende funksjonalitet. Komponentene er plassert langs en akse som indikerer hvorvidt funksjonaliteten i hovedsak rettes mot innbyggeren selv, eller om den benyttes i samspill med behandler eller behandlingssted. Fargekodingen indikerer hvorvidt funksjonaliteten er dekket kun i triageringsverktøy, kun på Helsenorge, eller begge steder; dvs. et potensielt overlap.



Figur 3-1 Triageringsverktøy i markedet tilbyr til sammen et bredt spekter av funksjonalitet, som suppleres av nasjonale løsninger

Sammenstillingen tyder på at triageringsløsninger passer godt inn og kan samspille med funksjonalitet som finnes og planlegges på Helsenorge, slik at innbyggerne etter hvert får et rikere og mer fullverdig tilbud av digitale helsetjenester.

3.2.3 Helsenorge i samspill med eksterne løsninger

Helsenorge tilrettelegger for et økosystem med tjenester og verktøy som til sammen realiserer de digitale innbyggertjenestene. Gjennom standardiserte grensesnitt vil helsetjenesten og leverandører kunne integrere sine løsninger mot Helsenorge. De vil kunne få tilgang til data og komponenter som nyttige byggeklosser for innovasjon og tjenester, for eksempel autentisering, sikker datalagring og mekanismer for samhandling med behandlere. Innbyggerne på sin side vil få et rikere tilbud av tjenester rettet mot ulike målgrupper og helsetilstander.

Løsningen for videokonsultasjon som tilbys fastlegene, gir eksempel på en produkttype som på denne måten kan integreres mot Helsenorge. Triageringsverktøy vil kunne fungere tilsvarende. Innbygger tas sømløst fra brukerflaten på Helsenorge over i en ekstern løsning, uten å måtte oppgi identitet eller logge inn på nytt.

Løsninger som integreres mot Helsenorge, kan være nasjonale eller knyttet mot en enkelt aktør. For videokonsultasjon tas det høyde for at ulike fastleger vil velge forskjellige videoprodukter. Det samme kan i prinsippet være tilfelle for triageringsverktøy, om det vurderes som hensiktsmessig. I brukerflaten på Helsenorge finner innbyggeren sin egen fastlege, tjenestene som tilbys mot dette legekontoret, og ledes til de produktene som inngår. Det betyr at Helsenorge fungerer som en forlengelse av fastlegens egen hjemmeside når det gjelder digitale helsetjenester mot pasientene.

I forbindelse med *Rask psykisk helsehjelp i kommunen* er en i gang med utprøving av digitale verktøy i behandlingen av lettere psykiske lidelser, med fokus på læringsressurser. Etter en godkjenningsprosess registreres et verktøy i en digital katalog sammen med informasjon om i hvilke sammenhenger det kan brukes, for eksempel om innbygger selv kan finne og bruke verktøyet, eller om det må formidles av en behandler. Her er altså bruken av et bestemt verktøy/produkt knyttet til behovet hos den enkelte innbygger. Verktøyene vil være tilgjengelig i innbyggers brukerflate på Helsenorge, og kan brukes ved sømløse uthopp tilsvarende video- eller triageringsløsninger.

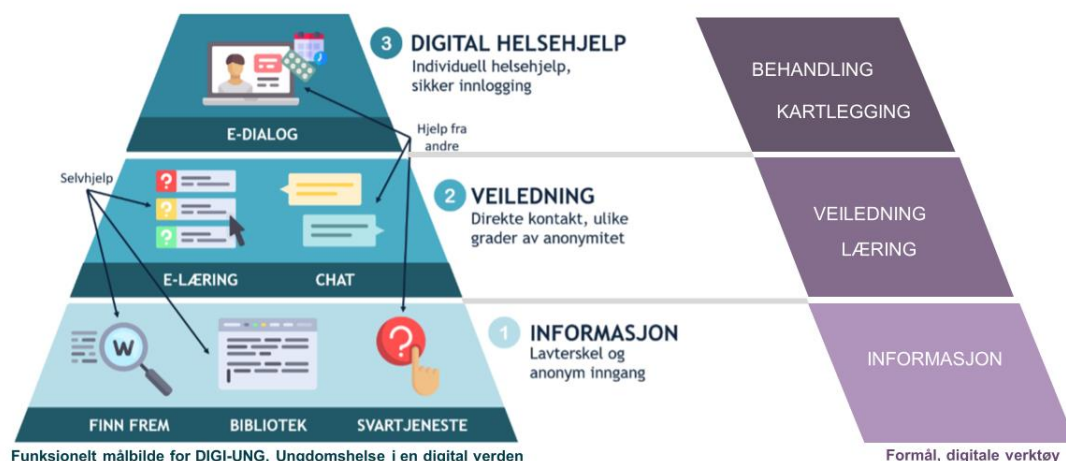
Løsningen som er etablert på Helsenorge er generell og kan omfatte ulike typer verktøy, også selvhjelps- og kartleggingsverktøy som er aktuelle i sammenheng med triagering, gitt at vi betrakter hele forløpet. Prosessen for faglig godkjenning av verktøy vil imidlertid i stor grad påvirkes ut ifra verktøyets formål. Det er enklere å stille krav til en digital brosjyre enn til et verktøy som bruker algoritmer og helseinformasjon til å stille diagnose eller utføre annen individuell behandling. Også krav til autentisering og journalføring vil variere ut ifra formålet. Derfor er dette et relevant aspekt ved vurdering av triageringsverktøy.

De ulike formålene som er identifisert for digitale verktøy så langt, ser ut til å dekke verktøy som er aktuelle i triageringssammenheng også:

- **Informasjon;** helsefremmende ressurser som for eksempel en digital brosjyre, eller også informasjon om kriterier for å velge ulike timetyper
- **Læring;** digitale læringsressurser som for eksempel et nettkurs, dette kan brukes i ventetiden før en konsultasjon eller inngå i et behandlingsopplegg i etterkant

- **Veiledning**; rådgivning basert på kunnskap som er generelt tilgjengelig, for eksempel råd om riktig hjelpenivå i en gitt, generell situasjon
- **Kartlegging**; innsamling av opplysninger som gir grunnlag for vurderinger og beslutninger innen utredning og behandling, for eksempel for kartlegging av helsesituasjonen ifm. prioritering av hjelpebehov, eller for registreringer over en periode i forkant av konsultasjonen
- **Behandling**; individuell helsehjelp for eksempel ved at behandler og pasient benytter samme digitale løsning, dette kan være for oppfølging og vurdering av evt. endringer i etterkant av konsultasjonen, - omfatter også et triageringsverktøy som kartlegger symptomer og ut ifra en kunnskapsbase og regelsett konkluderer med en diagnose eller gir individuelle råd.

En slik formålsbasert inndeling er konsistent med nivåene i målbildet fra *DIGI-UNG, Ungdomshelse i en digital verden*, gjengitt i **Error! Reference source not found.** Denne modellen omfatter nivå 1 Informasjon, nivå 2 Veiledning og nivå 3 Digital helsehjelp. Her inngår formålet *læring* i nivå 2 med forebyggende veiledningstjenester. Tilsvarende vil *kartlegging* og *behandling* inngå i den individuelle helsehjelpen på nivå 3.



Figur 3-2 Triageringsverktøy kan dekke ulike formål, her sett i forhold til nivåene i målbildet for ungdomshelse i en digital verden, DIGI-UNG

3.2.4 Behov for tilpasninger

Mange av løsningene Direktoratet for e-helse har vurdert i markedet og fått presentert gjennom 1:1 dialogen, bygger på oppslag eller henvisning til etablerte kunnskapsbaser om helse og medisin. Løsningene bruker kunnskapsbasene i som del av symptomkartlegging, i dynamiske svarskjema og forslag til tentative diagnose som ledd i triageringen til riktig helsehjelp og kontakt med helsetjenesten.

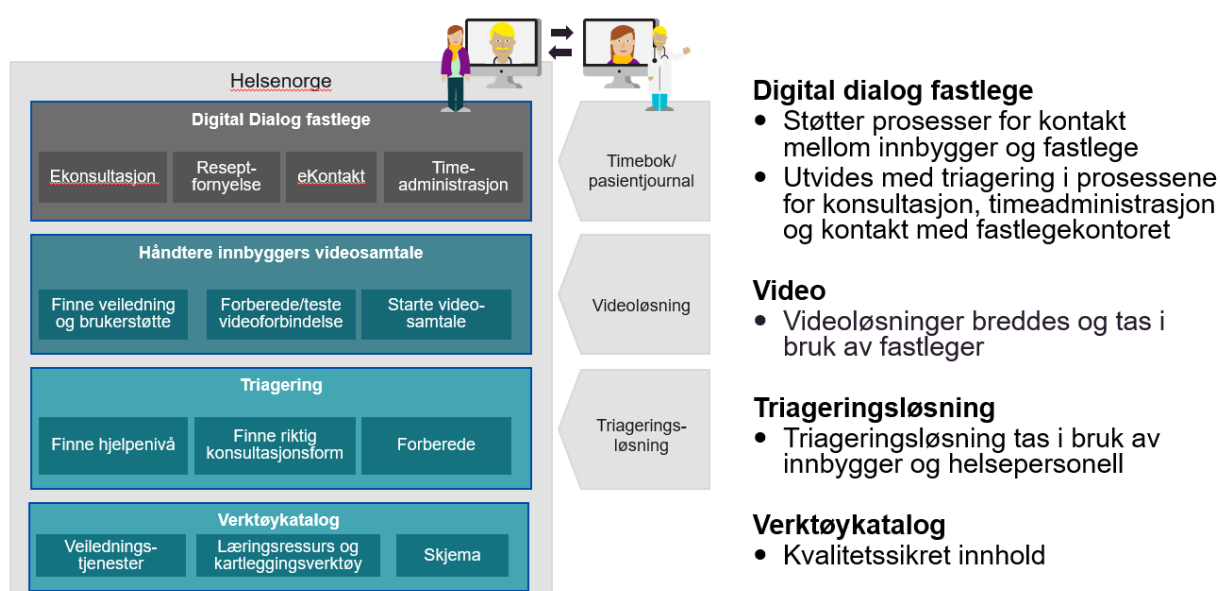
Forutsetning for bruk av mer avanserte triageringsverktøy er en kunnskapsbase som må ha god validitet før den kan bidra til effektiv og sikker triagering i en mer automatisert-algoritmisk forstand. Vi har i kapittel 2.5 *Hvilke tiltak anbefales, og hvorfor?* beskrevet manglende kompletthet i norske medisinske kunnskapsbaser. Dette følges opp i kapittel 3.3.5 *Kunnskaps*.

I de enklere løsningene svarer innbygger ofte på noen enkle spørsmål eller fyller ut forhåndsdefinerte statiske spørreskjemaer, supplert med fritext før konsultasjonen. Skjemabasert støtte for de vanligste kontaktårsaker i allmennpraksis må oversettes og valideres for bruk i Norge. Validering krever tid, og behovene for helsefaglig og medisinsk vurdering er omfattende.

Tilsvarende vil det være ønskelig å kunne tilby kvalitetssikrede verktøy som innbygger kan bruke selvstendig eller i samspill med behandler, i ventetid eller som ledd i oppfølging og behandling. Det forutsetter en prosess for vurdering, godkjenning og tilgjengeliggjøring av verktøy, samt organisering av dette.

Teknisk integrasjon mot Helsenorge virker å være mer håndterbart og kan løses ved standardiserte grensesnitt, tilsvarende mekanismer som er i bruk for hhv. videoløsninger og digitale verktøy. Det forutsettes riktignok at verktøyene kan tilpasse seg en standard. I motsatt fall kan skreddersydd integrasjon være aktuelt, dersom det er nødvendig.

Figuren nedenfor viser foreslåtte komponenter for å ta i bruk triageringsverktøy, på linje med og i samspill med videoløsninger.



Figur 3-3: Tilrettelegging for triagering gjennom en løs kobling mot produkter i markedet

Med et slikt oppsett tilrettelegges det for at samhandling mellom innbygger og helsepersonell skjer direkte i triageringsverktøyet. Det er også mulig å tilpasse/utvide formatet for digital dialog (DDFL) slik at strukturerte opplysninger som innhentes ved triagering, overføres til legekontoret og gjøres tilgjengelig i pasientjournalen.

3.2.5 Oppsummering

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse anbefaler at utprøving av triagering i første omgang gjør bruk av enkle verktøy som ikke forutsetter en omfattende kunnskapsbase. Vi ser utvikling av mer robuste verktøy som på sikt kan ivareta pasientsikkerhet, medisinsk diagnostikk og behandling. I valget av enkle verktøyene, må disse ha mulighet for både teknisk og faglig skalering.

Direktoratet for e-helse har som forutsetning for triagering via Helsenorge at plattformen bygger på en etablert og kvalitetssikret faglig grunnmur:

- Kvalitetssikret helseinformasjon må i større grad på plass; det er et målbilde som må realiseres på sikt. Er dette på plass, kan også leverandørene bruke denne basen som ressurs i egne produkter og utvikling.
- Basistjenester for innbygger og helsepersonell, samt tilgjengelige verktøy i regi av Helsenorge vil medvirke til at innbygger kan selvtriagere sitt helsebehov til laveste nivå av effektiv helsehjelp (fysisk eller digitalt).

For å legge til rette for triageringsløsninger på Helsenorge anbefales det å starte med:

- Triageringsløsning integrert i prosesser for timebestilling, drop-in video, e-konsultasjon og kontakt fastlegekontoret
- Triageringsløsning som benytter verktøykatalog, med kvalitetssikret innhold av læringsressurser, veiledningstjenester, kartleggingsverktøy og skjema
- EPJ videreutvikles for å motta strukturert informasjon brukt som del av forberedelse. Dette er tilgjengelig funksjonalitet i Helsenorge som er under innføring som del av DDFL.

Med triageringsverktøy integrert i prosesser for timebestilling og e-konsultasjon får innbygger støtte til å velge mest hensiktsmessig kontaktform. Dette innebærer blant annet valg av egnet timetype ved konsultasjon, slik at hastetimer, ordinære konsultasjoner og videotimer benyttes hensiktsmessig. Med dette tilrettelegger Helsenorge for å finne riktig konsultasjonsform. Med triageringsløsning integrert i løsning for kontakt fastlegekontoret dekkes behovet "Jeg vil snakke med fastlegen min" og tilbyr en digital kanal i tillegg til telefon.

Med triageringsløsning integrert med verktøykatalogen kan innbygger også få støtte til å finne læringsressurser (kurs) og veiledningstjenester som kan benyttes istedenfor eller i tillegg til en konsultasjon. Dette gjør det mulig å finne riktig hjelpenivå. Ved bruk av kartleggingsverktøy og skjema støttes forberedelse til konsultasjon.

Foreslåtte tilrettelegging gjør det mulig å starte raskt, få erfaring i pilot og gjøre tilpasninger underveis. Nye verktøy kan tas i bruk når de er tilgjengelig og kan brukes nasjonalt etter pilot.

Senere kan triageringsløsningen videreutvikles og ta i bruk mer avansert funksjonalitet.

3.3 Status e-konsultasjon- året som har gått

Departementet har i oppdraget til Helsedirektoratet forutsatt at Direktoratet for e-helse fortsetter med sine nødvendige tilpasninger som tilrettelegger for bruk av video-konsultasjoner, slik som brotjenester og test- og akseptanseprosesser, samt ibruktagelse av DDFL (Digital dialog fastlege). Direktoratet redegjør for arbeidet som er utført og er pågående etter rapporten "e-konsultasjon i fastlegeordningen og legevakt" som ble levert i 30. november 2018.

Vi har også valgt å gi noe omtale av arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging og digital verktøykasse. På disse områdene er det avhengigheter og interessante muligheter for digitale verktøy i et sammenhengende økosystem for digitale tjenester.

3.3.1 Bruken av digital dialog fastlege og video-konsultasjoner

I rapporten e-konsultasjon (12/2018) har direktoratene statistikk fram til oktober 2018 i utviklingen av e-konsultasjon. Helsedirektoratet har oppdatert grunnlaget høsten 2019 som viser utviklingen i bruk. Direktoratet for e-helse viser til denne delen av Helsedirektoratets rapport og sannsynlig utvikling vurdert opp mot direktoratenes modell for alternative utviklingsbaner i bruk av e-konsultasjon (jf. anbefalte bruk av virkemidler i konsept 1 og konsept 2).

Helsedirektoratet viser at det har skjedd en økning av takstbruk 2ae og 1be, og at e-konsultasjon er om lag 3 % av antall konsultasjoner (14.2 mill). Det er i samsvar med den utvikling E-helse ser av antall meldinger relatert til e-konsultasjon som øker i betydelig grad. Økningen har vært på ca. 60% fra januar 2019 til september 2019.

Digital dialog fastlege (DDFL)

DDFL har tjenestene e-kontakt, timebestilling, reseptfornyelse og e-konsultasjon. Videre er funksjonalitet for å be om elektronisk utskrift av pasientjournal og innsending av strukturert informasjon (skjema) under innføring. Bredding av DDFL viser en positiv utvikling. Antall legekontorer har økt fra 258 i september 2018 til 361 i oktober 2019. Antall fastleger med ordningen har økt fra 702 til 1446 leger i samme periode. Om lag 30% av landets innbyggere har tilgang til tjenestene. På grunn av markedssituasjonen ser vi foreløpig ikke mulighet til full bredding av løsningen i markedet. Infodoc står for hovedtyngden av bredding så langt. CGM har startet bredding og har per i dag om lag 60 kontorer på løsningen. Pridok er i gang med bredding av løsningen for sine kunder, og Først har startet godkjenningssprosessen i samarbeid med E-helse. Aspit, som vil etablere seg i fastlegemarkedet i 2020, ønsker å tilby DDFL til sine kunder.

Vi erfarer samtidig en økt etterspørsel av funksjonalitet for videokonsultasjoner fra fastlegekontorer. Basert på muntlige tilbakemeldinger fra fastleger og leverandør av videoløsning, bruker et sted mellom 300-500 fastleger i dag video på mer regulær basis. Vi tror at endringer i stønadsforskriften fra juli 2019 og bruk av andre økonomiske, pedagogiske og organisatoriske virkemidler vil stimulere til øket bruk av e-konsultasjon (tekst- og video). Vi kan ikke skille økningen i takstbruk eller antall meldinger til om det er asynkron (tekst/DDFL) eller synkron video-konsultasjon. Vi antar at økningen i hovedsak skyldes tekstbasert konsultasjon, fordi videokonsultasjon ved fastlegekontor er i sin spede begynnelse.

Det er fortsatt ønskelig at takst 2ae på sikt blir differensiert mellom tekst- og videobasert konsultasjon som ledd i følgeevaluering, forskning og generell evaluering av utviklingen digital netthelse- og legetjeneste.

Den 6.november 2019 utvides tilgang digitale legetimer på Helsenorge.no til timebestilling, e-konsultasjon, reseptfornyelse og e-kontakt for foreldre på vegne av barn. I dag er dette tilgjengelig for barn 0-12 år, den vil nå utvides til barn opp til 16 år. Når barn fyller 16 år er de helserettslig myndig. Fra dette tidspunktet har ikke lenger foresatte tilgang, men personer fra 16 år og eldre kan selv logge på og bruke Helsenorge-tjenestene. Den som er 16 år kan også velge å gi foresatte fullmakt hvis de ønsker det.

3.3.2 Tilrettelegging av videotjenester, test- og akseptanse

I dette kapittelet gjør vi rede for status per november 2019 for videokonsultasjoner tilrettelagt ved eller via Helsenorge, og for tilrettelegging for brotjenester. Tilrettelegging for videokonsultasjoner omfatter akseptansetester- og prosesser som en viktig støtte for konsolidering og modernisering av elektroniske journalsystem (EPJ) for helsepersonell. Bakteppet er anbefalingene fra rapporten om e-konsultasjon i fastlegeordningen og legevakt av desember 2018. Vi beskriver utviklingen fra desember 2018 frem til i dag.

Prosesser for godkjenning og integrasjon

Direktoratene anbefalte i rapport om e-konsultasjon i desember 2018:

- For å sikre enhetlig og god utvikling av leverandørmarkedet, bør det etableres godkjenningsprosess for system og grensesnitt til de digitale helsetjenestene.
- Forutsetningene for integrasjon for e-konsultasjon i Helsenorge forventes å være på plass i 2019. Forutsetningene for integrasjon fra EPJ-leverandørene vil skje stegvis i 2019 og innen utgangen av første halvår 2020

Tilsvarende som for andre nasjonale løsninger, er det etablert en godkjenningsprosess for videoløsninger. Denne inneholder

- Forutsetninger for å komme i gang
- Krav til videoleverandør
- Test av løsningen
- Rutiner for innføring og produksjon

Denne godkjenningsprosessen gjelder for integrasjon mellom Helsenorge og videoleverandør og sikrer funksjonelle og tekniske krav inkludert krav til sikkerhet og personvern.

SiO Helse har sammen med CGM (EPJ-leverandør) og VisibaCare (videoleverandør) fra 16. september 2019 etablert en tjeneste for bruk av videoløsning integrert med timeadministrasjon på Helsenorge⁸. Studentene kan bestille time via Helsenorge, en tjeneste som kan nås via hjemmesiden til SiO Helse eller via helseapp.

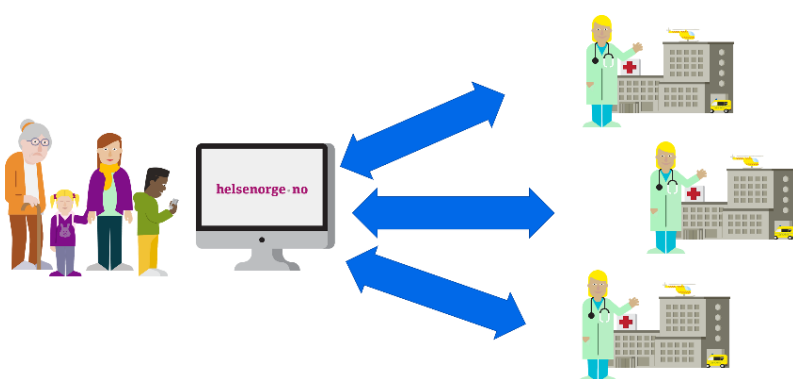
Videoløsningen til VisibaCare er godkjent for bruk mot Helsenorge.

Flere andre videoleverandører er i prosess eller har uttrykt interesse for å starte godkjenningsprosess, og det forventes at flere nye leverandører har tatt i bruk løsningen i løpet av 2019. For å ta i bruk videokonsultasjoner fullt ut må EPJ også legge til rette for Video som timetype og utvide DDFL-løsningen (Digital dialog med fastlege) med denne informasjonen. Her har en av leverandørene støtte for dette allerede nå, og de resterende forventer å ha dette klart tidlig 2020. Med dette kan video tas i bruk for alle legekantor som benytter DDFL.

Målbilde for videokonsultasjon på Helsenorge

⁸ Sio Helse, [hjemmeside](#) for studenten ved behov for helsehjelp

Med utgangspunkt i løsningen for videotimer som er utviklet for fastlegene, er det utarbeidet et noe mer omfattende målilde for videokonsultasjoner på Helsenorge. Det er stor interesse for å effektivisere utprøving og utbredelse av videokonsultasjon også i spesialisthelsetjenesten. Som for fastlegene er utgangspunktet at behandlingsstedene kan velge ulike videoløsninger, mens innbygger får en felles inngang på Helsenorge. En løs kobling mellom Helsenorge og videoproduktene gir mulighet for å benytte standardløsninger i markedet.



Figur 3-4 Innbygger kan starte alle videokonsultasjoner fra Helsenorge og tas over i den videoløsningen som helseaktøren velger å benytte for det aktuelle behovet

I denne sammenhengen ses videosamtalen kun som erstatning av samtalen på kontoret. Det vil si at det skjer ingen arkivering av lyd eller bilde, og heller ingen utveksling av dokumentasjon via videoløsningen.

Helseaktøren kan velge å ta i bruk en eller flere videoløsninger som passer i sin egen systemportefølje. Det er aktuelt å benytte ulike løsninger for ulike behov. En enkel løsning kan være tilstrekkelig for mange konsultasjoner, mens mer avanserte løsninger med høyere oppløsning og/eller flere deltakere kan være aktuelle ved for eksempel sårbehandling, møter med behandlingsteam, bruk av tolk etc.

Innbyggeren autentiserer seg ved innlogging på Helsenorge før videosamtalen. Samtalen kan startes direkte fra den aktuelle timeavtalen, gitt at den representerer en videokonsultasjon. Hvis innbyggeren har en helsekontakt som tilbyr videotid, vil også drop-in være mulig.

Det er sterkt ønskelig at innbyggeren kan gjennomføre videosamtalen på PC, nettbrett eller mobil, uten å måtte installere programmer eller forholde seg til spesialutstyr. Dette er realistisk å få til siden programvarebaserte videoløsninger nå er utbredt, dvs. at løsningene kjører på PC, nettbrett eller mobil på vanlige operativsystemer og ikke krever spesialutstyr. Nettleserbaserte videoløsninger er også tilgjengelig, dvs. at videosamtale og skjermdeling kan skje i vanlig nettleser uten nedlasting av ekstra programmer.

Det er viktig å være klar over at videokonsultasjon ikke bare er bruk av teknologi, men en total tjeneste som inkluderer roller og rutiner på flere områder. Dette treffer helseaktørens arbeidsprosesser, og omfatter også veiledning og feilhåndtering overfor innbyggerne.

Etablering av brotjeneste

Direktoratene anbefalte i rapport om e-konsultasjon i desember 2018:

- For å koble sammen ulike video-løsninger, og muliggjøre flerpartsamtaler mellom fastlegen, innbygger, andre helse- og omsorgstjenester og velferdsaktører, bør det legges til rette for en nasjonal brotjeneste.

Ved innføring av video vil det benyttes ulike videoløsninger av ulike aktører og til ulike formål. For håndtering av flerpartssamtaler mellom aktører som benytter ulike tekniske løsninger, er det behov for en brotjeneste som gir interoperabilitet mellom ulike løsninger og teknologier. Det fins kommersielle løsninger for brotjenester, og modenheten på løsningene begynner å bli god.

NHN har en brotjeneste basert på markedsledende løsning fra Pexip, og denne er allerede i bruk for enkelte formål. Videre leverer NHN videotjenester til flere aktører innen primær og spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet for e-helse vil jobbe videre med NHN for å etablere en brotjeneste som kan koble sammen ulike videoløsninger og utarbeide målbilder for hvordan flerpartssamtaler på video kan løses på en god måte.

3.3.3 Medisinsk avstandsoppfølging: Video og Triagering

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse arbeider med et stort antall aktører for å beskrive medisinsk avstandsoppfølging. I utredningsarbeidet framstår video-konsultasjon som en sentral ny tjeneste for mange aktører i oppfølging av listeinnbygger på avstand (e.g. eget hjem).

Direktoratene har i sin leveranse til HOD innen 13. november anbefalt at utprøving av triageringsverktøy bør skje først i fase 1 (jf. figur 2.2) i pasientforløpet. I fase 2 (konsultasjon) og etterarbeid/oppfølging vil medisinsk avstandsoppfølging og bruk av video og triageringsverktøy kunne ha en sentral funksjon.

Direktoratet for e-helse inkluderer i denne rapporten en oppsummering av arbeidet og målsetninger i medisinsk avstandsoppfølging med relevans for listeinnbygger og fastlegeordningen.

I utredningen av medisinsk avstandsoppfølging er det særlig innhenting av pasientrapporterte data som kan knyttes til triagering i form av datagrunnlag. Pasientrapporterte data innebærer at dataene er systematisk innsamlet og innrapportert av pasienten selv. PRO er en forkortelse for Patient Reportet Outcome, og PRO-data er den del av de pasientrapporterte dataene som omhandler pasientens helsetilstand⁹.

I Danmark har det vært en økende interesse for å samle inn PRO-data, da de kan anvendes til en rekke for-mål. Overordnet sett kan PRO-data blant annet anvendes til følgende formål¹⁰:

1. Planlegging og optimering av pasienten behandlingsforløp
2. Dialogverktøy i konsultasjon med pasient
3. Beslutningsstøtteverktøy i konsultasjon med pasient

⁹ Food and Drug Administration: "any report of the status of a patient's health condition that comes directly from the without interpretation of the patient's response by a clinician or anyone else"¹.

¹⁰ Begrepsramme for Den Nationale Arbejdsgruppe for PRO - Sunhedsdatastyrelsen

4. Klinikknær kvalitetsutvikling – hvordan går det med mine pasienter og hvordan kan forløpsplaner optimaliseres
5. Kvalitetsutvikling lokalt, regionalt og nasjonalt samt forskning
6. Styring, benchmarking og gjennomsiktighet

I utredningen vurderes også behov for tilrettelegging for deling av pasientens målinger fra medisinsk utstyr i pasientens hjem og kropp. Disse dataene kan også inngå i et datagrunnlag i triageringssammenheng.

I tillegg til datagrunnlaget for triagering vil det være behov for algoritmer som gir beslutningsstøtte. I utredningen pekes det på at disse algoritmene kan falle inn under kategorien medisinsk utstyr, og således omfattes av både produktregelverk og håndteringsforskrift for medisinsk utstyr. I den sammenheng kan plasseringen av algoritmene i arkitekturen være av betydning.

I utredningen anbefales det å etablere en nasjonal infrastruktur for å dele datagrunnlag mellom helsetjenestene som inngår i pasientforløp hvor pasienten får medisinsk avstandsoppfølging.

I medisinsk avstandsoppfølging er behandlings- og egenbehandlingsplaner sentrale verktøy for å koordinere innsats mellom aktørene og pasientens egeninnsats når pasienten skal følges opp uten fysisk oppmøte fra tjenesten. Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverringer tidlig, forebygge og redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Den gir pasienten retningslinjer for hva som kan gjøres på egenhånd for å holde seg i best mulig form, og hva som kan/bør gjøres ved en forverring av sykdommen. Planen er individuell og består gjerne av en triageringsdel basert på subjektive og objektive (medisinske målinger) variabler, og en instruksjonsdel som pasienten skal følge opp, gitt utfallet av triageringen.

Ved avstandsoppfølging er ofte egenbehandlingsplanen utgangspunktet for oppfølging fra helsepersonell i responstjenesten. Dagens praksis i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging er at egenbehandlingsplan i kommunal regi etableres i et tverrfaglig møte med fastlege og sykepleietjenesten, andre fagtenester i kommunen, og eventuelt med deltakelse fra spesialisthelsetjenesten og andre etater. Ofte vil en av partene føre planen i pennen og distribuere denne til partene som inngår i pasientoppfølgingen. Den enkelte må dokumentere planen i virksomhetens journalsystem. Ved behov for revidering må enten de ulike aktørene stille i et felles møte, eller informasjon må sendes til en koordinator som innarbeider og sikrer en medisinskfaglig godkjenning og distribuerer til alle involverte parter.

Utredningen peker på behov for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. I tillegg er det behov for å legge til rette for å bruke videokommunikasjon i forbindelse med avvikling av de tverrfaglige møtene.

3.3.4 Tilrettelegging i Helseplattformen og Akson

Direktoratet for e-helse har sett på hvilken måte andre systemløsninger legger til rette for triagering fra et pasientperspektiv. Spesifikt har vi sett på fremtidige samhandlings- og journalløsninger som Helseplattformen og Akson.

Helseplattformen¹¹

Direktoratet for e-helse har hentet informasjon fra Helseplattformens nettside, der Helseplattformen beskriver pasientportalen og pasientens rolle i det nye systemet:

"..innbyggerne i Midt-Norge skal få enklere tilgang til egen journal og at de skal ha større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp". Videre, "Innbyggere vil få tilgang til en egen pasientportal. Denne vil være direkte koblet mot hver enkeltes pasientjournal. Planen er at man skal kunne gå inn i pasientportalen via helsenorge.no".

I pasientportalen sier Helseplattformen at den vil tilby (med eksempler):

- Administrasjon av timer og bestillinger
 - Oversikt over problemliste, diagnoser, behandlingsplaner
 - Oversikt over nøkkelpersonell og kontaktinformasjon
- Samlet oversikt over medisiner de bruker eller har brukt
 - Oversikt over resepter, bestille fornyelse av resept
- Kommunikasjon med helsepersonell
 - Tilgang til ulike kommunikasjonstjenester og digital samhandling med helsepersonell (for eksempel videomøte, chat). Få beskjeder fra behandler. Mulighet for å svare på beskjeder eller påminnelser.
- Informasjon om helsetilbud på ett sted
 - Tilgang til kunnskaps- og beslutningsstøtte for pasienter (når bør du eksempelvis ta kontakt med helsetjenesten?). Tilgang på generell kunnskap fra kvalitetssikret oppslagsverk. Informasjon om tilgjengelige tjenester i egen region. Foreslå aktuelle støtte- og egenmestringsgrupper
- Enklere innsyn i journalen
- Legge inn egen informasjon, målinger og resultater
 - Registrere, laste opp og rapportere egne målinger. Pasienter med kronisk sykdom som kan følges opp via avstandsoppfølging, målinger fra medisinsk teknisk utstyr
 - Fylle ut kartleggings- og spørreskjema, eksempelvis i forkant av poliklinisk kontroll, forberedende oppgaver relatert til timer
- Legge inn informasjon om pårørende

Helseplattformen og Pasientportalen tar åpenbart sikte på verktøy som medvirker til at innbygger får mulighet til "selvtriagering", fleksibilitet i valg av behandlingsnivå og interaksjon med helsetjenesten for å forbedre helsehjelp og oppfølging.

For helsepersonell legger Helseplattformen til grunn en integrert beslutningsstøtte. Klinisk beslutningsstøtte skal ha innebygget kunnskap som aktivt støtter brukeren (klinisk beslutningsstøtte). Dette er i tråd med vår utredning jf. figur 2.2. og trinn fem *Gjennomføre konsultasjonen* (i fase 2) i pasientforløpet.

¹¹ Helseplattformen, [Pasient og innbygger](#)

Akson

Akson har gjennomført en behovskartlegging som oppsummerer innbyggers behov for ulike tjenester. Det vil i senere faser avklares hvordan innbyggerbehovene blir løst.

Prinsippet om at Helsenorge er én vei inn til digitale innbyggertjenester videreføres. Behovene som er beskrevet i Akson gjenfinnes i det som listes opp under Helseplattformen.

Det er et mål at nasjonale innbyggertjenester kan nås av alle innbyggere i landet. Med det skapes et nasjonalt likeverdig tilbud. Arbeidet med å integrere Helsenorge med andre pasientportaler er således viktig.

3.3.5 Kunnskapsdatabase for kvalitetssikret helseinformasjon

Direktoratet for e-helse viser til vurderingene i kapittel 2.2 *Hvilke tiltak er relevante?*. Leverandører av noen typer triageringsløsninger i markedet bygger enten på oppslag i egenutviklede medisinske databaser, eller de gjør oppslag i anerkjente nasjonale databaser.

Disse nasjonale databasene er på sin side under strikt oppfølging vedrørende oppdatert medisinsk kunnskap og retningslinjer, og blir systematisk gjenstand for kontinuerlig fagfelleevaluering av faglig innhold (f.eks. 1177 i Sverige og NHS/NICE i England).

I Norge er bildet sammensatt, med kilder som Norsk Helseinformatikk, Helsebiblioteket, Helsedirektoratets normerende faglige retningslinjer og fagmiljøenes egne faglige standarder eller bruk av europeiske eller amerikanske retningslinjer (f.eks. i kardiologi). Helsenorge har publisert en rekke gode artikler som er godt forankret i fagmiljøene, men det er samlet sett ingen systematikk i innhenting av ny faglig kunnskap som sikrer en komplett helsefaglig eller medisinsk kunnskapsdatabase.

Direktoratet for e-helse sin vurdering er at det i første omgang er vanskelig å få prøvet ut en triageringsløsning i norsk fastlegeordning som inkluderer oppslag for innbygger på symptom eller diagnose, og med det kan lese seg opp på relevant litteratur direkte under triageringen.

Inntil Norge får på plass en mer helhetlig og kvalitetssikret nasjonal helse/medisinsk oppslagsdatabase, tilrår vi at piloteringen av triage ved fastlege og innbygger først skjer via en løsning som er mer avgrenset. Piloten knyttes opp mot tiden rundt timebestillingen og i tråd med utredningen fra Helsedirektoratet. *Tilrettelegging av triageringsløsninger på Helsenorge*. og våre vurderinger forøvrig tilser at kunnskapsoppslag og søk for innbygger vil være en viktig del i målbildet for en god og fremtidsrettet triageringsløsning.

3.4 Økonomisk- administrative konsekvenser for tilrettelegging

Direktoratet for e-helse har samarbeidet med Helsedirektoratet for å få oversikt og foreslå en økonomisk ramme og estimat for pilotering av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege. Dette er utfordrende av flere grunner. Direktoratet for e-helse trekker frem noen av disse her, men viser også til Helsedirektoratets kapittel 7 og 9 om det samme.

Forslaget om en finansiell ramme på om lag 15. mill. kroner kan ses på som en maksimalramme for hva en pilotering kan koste for 2020 og 2021 samlet sett. I punktene

under skisserer vi noen punkter som indikerer usikkerheten i anslagene. Usikkerheten vil også bli vesentlig redusert når man gjennomfører en mer grundig konsept- og planleggingsfase og til slutt konkluderer med og anbefaler løsning for pilotering.

- I dialogen med leverandørene av triageringsverktøy i Sverige og England og i besvarelsen av RFI, har leverandørene ikke ville oppgi særlige detaljer om prismodeller og kostnader (enkeltanskaffelser eller lisens-/abonnementsvilkår m.v.). Leverandørene har henvist disse spørsmålene til nærmere en konkurranse- og anskaffelsesprosess.
- Fra andre piloter har vi eksempler på at leverandør av løsning i pilot har vederlagsfritt stilt løsningen til fri anvendelse i utprøvningsen.
- Gjennom en grundigere konsept- og planleggingsfase, som også inkluderer relevante fagmiljøer og helsepersonell, vil man få mer klarhet i løsningens omfang. Det kan gi følgende mulige utfall for kostandene:
 - En pilotert løsning som bruker Helsenorges etablerte funksjonalitet og gjenbruker felleskomponenter blir billigere
 - En integrert løsning i EPJ lokalt blir dyrere
 - En triageringsløsning som bruker ressurser lokalt og integrert med Helsenorge er dyrere
 - Valg av antall leger og legekontorer har implikasjoner for kostandene.

Direktoratenes beregnede maksimale kostnadsramme på inntil 15,036 mill. inkluderer prosjektgjennomføring, integrasjon i EPJ og Helsenorge ved dyrere alternativer. I rammen ligger kostander til forvaltning, drift og utvikling for begge direktoratene som illustrert i figuren under. Kostnadsestimatene er nærmere omtalt i Helsedirektoratets rapport, kap. 7.5.

4 Anbefalinger

- Anbefalingene bygger på samarbeid mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Helsedirektoratets faglige vurderinger og anbefalinger er viktige premisser, når vi i denne rapport i mer detalj vurderer tekniske løsninger og hvordan triageringsverktøy kan inngå i en hensiktsmessig digital flate, som kan bli gunstig både for listeinnbygger, fastlege og legekantor.

Direktoratet for e-helse stiller seg bak anbefalingene i Helsedirektoratets rapport

Anbefalinger

- Det er behov for å gjennomføre en pilot for å teste hvordan en triageringsløsning fungerer i praksis under norske forhold
- Direktoratene anbefaler at rapportene legges til grunn for videre konseptutprøving ("proof of concept") og planlegging fra januar 2020. Direktoratene anbefaler utprøving av triageringsverktøy i et utvalg av fastlegekontorer høsten 2020.
- Direktoratene skal vurdere anskaffelse av triageringsverktøy og bruk av markedet som del av arbeidet i konsept- og planleggingsfasen.
- Direktoratet beskriver i kap. 3.2. hvordan triageringsverktøy kan tilpasses Helsenorge. For å legge til rette for triageringsløsninger på Helsenorge anbefaler direktoratet
 - Triageringsløsning integreres i prosesser for timebestilling, drop-in video, e-konsultasjon og kontakt fastlegekontoret
 - Triageringsløsning benytter verktøykatalog, med kvalitetssikret innhold av læringsressurser, veiledningstjenester, kartleggingsverktøy og skjema
 - EPJ videreutvikles for å motta strukturert informasjon brukt som del av forberedelseTilrettelegging som anbefalt i Helsenorge, gjør det mulig å starte raskt, få erfaring i pilot og gjøre tilpasninger underveis. Nye verktøy kan tas i bruk når de er tilgjengelig og kan brukes nasjonalt etter pilot.
- Direktoratet for e-helse anbefaler at prosjektgjennomføring (konseptfase m.m.) og pilotering skjer i et samarbeid mellom NHN, E-helse og Hdir. Rolle, ansvar og adekvat finansiering forutsettes avklart i forkant.

Vi viser for øvrig til Helsedirektoratets anbefalinger.