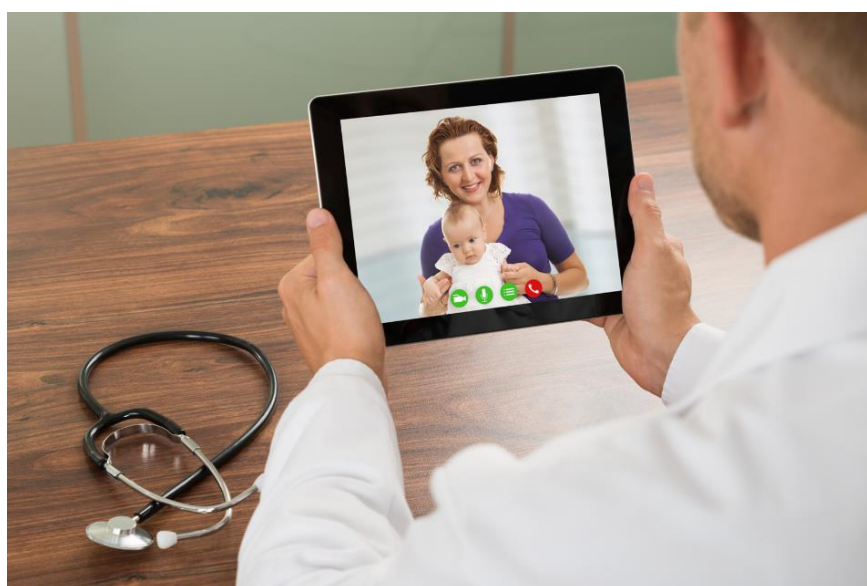


# E-KONSULTASJON OG TRIAGE HOS FASTLEGE

Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 01.11.2019



Helsedirektoratet



Direktoratet for e-helse

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>BEGREPER</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>FORMÅL OG METODE</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>Bakgrunn for oppdraget</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Mål for arbeidet</b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Organisering og gjennomføring</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>ERFARINGER MED TRIAGE</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Status for bruk av e-konsultasjon</b>	<b>17</b>
<b>4.2</b>	<b>Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO)</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Triage i fastlegekontor</b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Triage på legevakt</b>	<b>20</b>
<b>4.5</b>	<b>Triage i spesialisthelsetjenesten</b>	<b>22</b>
<b>4.6</b>	<b>Erfaringer fra pågående piloter</b>	<b>23</b>
<b>4.7</b>	<b>Spesielle utfordringer knyttet til triage på fastlegekontoret</b>	<b>25</b>
<b>4.8</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>KUNNSKAPSOPPSUMMERING</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Tematikk for hurtigoppsummeringen</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Funn</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>BEHOVET FOR TRIAGE</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Hvilke problemer skal løses</b>	<b>36</b>
<b>6.2</b>	<b>Behov for triageringsverktøy i e-konsultasjon</b>	<b>38</b>
<b>6.3</b>	<b>Workshop - Innspill fra interessenter</b>	<b>40</b>
<b>6.4</b>	<b>Behovet for revisjon av veileder for e-konsultasjon</b>	<b>41</b>
<b>6.5</b>	<b>Samfunnets behov</b>	<b>42</b>
<b>6.6</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>INNRETNING OG PILOTERING AV TRIAGERINGSVERKTØY</b>	<b>44</b>
<b>7.1</b>	<b>Mål ved å gjennomføre pilot</b>	<b>44</b>

<b>7.2 Kriterier for gjennomføring av pilot</b>	<b>45</b>
<b>7.3 Praktisk gjennomføring av pilot</b>	<b>45</b>
<b>7.4 Gevinstkartlegging</b>	<b>49</b>
<b>7.5 Økonomiske og administrative konsekvenser av en pilot</b>	<b>52</b>
<b>7.6 Juridiske vurderinger</b>	<b>53</b>
<b>8 UTPRØVNING I PILOT – DIREKTORATET FOR E-HELSE</b>	<b>57</b>
<b>8.1 Direktoratet for e-helse: Bidrag til utredningen og oppdrag</b>	<b>57</b>
<b>8.2 Direktoratet for e-helse bistand til Helsedirektoratet</b>	<b>58</b>
<b>9 ANBEFALINGER</b>	<b>61</b>
<b>9.1 Gjennomføre pilot</b>	<b>61</b>
<b>9.2 Forutsetning for å lykkes</b>	<b>62</b>
<b>10 VEDLEGG</b>	<b>64</b>
<b>10.1 Referanser fra kunnskapsoppsummeringen</b>	<b>64</b>
<b>10.2 Metodebeskrivelse for forskningsoppsummering</b>	<b>67</b>
<b>10.3 Et refleksjonsnotat ved Anders Grimsmo</b>	<b>69</b>

# 1 SAMMENDRAG

Allmennleger opplever å være overbelastet, ikke bare i Norge, men i flere sammenlignbare land. Myndigheter og representanter for allmennleger har sammen og hver for seg sett etter løsninger. Anvendelse av e-konsultasjon med eller uten triagering har blant annet kommet på dagsordenen som en mulig avlastning og som i tillegg kan bidra til bedre ressursbruk for både helsepersonell og pasienter. Resultater fra publiserte studier tyder likevel på at man fortsatt ikke har tilstrekkelig forsknings- og evalueringsgrunnlag som kan gi svar på sentrale problemstillinger knyttet til sikkerhet, kvalitet, kostnader, likhet og effekter når det gjelder bruk av digitale helsetjenester. Økt digitalisering av tjenestene kan svekke fastlegens portvaktfunksjon ved at innbyggerne kan bestille og igangsette konsultasjoner uten inngripen med fastlegen eller fastlegens medarbeider.

Ved innføring av e-konsultasjon (tekst, bilde og video) blir det viktig at e-konsultasjonstjenestene kombineres med funksjonalitet for triage for å sikre at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå. Det blir viktig å følge med på:

- Om pasienter lettere vil søke legehjelp med økt tilgang og om dette vil føre til økt belastning på fastlegene og helsetjenestene
- Om helsetjenestene blir for lett tilgjengelige og dermed fører til økt sykeliggjøring både for pasienter og på systemnivå
- Om det blir større utfordringer for fastlegeordningen ved å fjerne deler av portvaktfunksjonen og la pasientene selv prioritere seg inn til konsultasjon gjennom tekstkonsultasjon og timebestilling på nett

Målet med utredningen er å foreslå en løsning for e-konsultasjon og triage som kan gi bedre kvalitet på helsetjenestene, økt pasientsikkerhet, mer effektivitet og jevnere fordeling av helseressurser.

Et triageringsverktøy må understøtte arbeidet med å sikre forsvarligheten i det samlede tilbudet. Det innebærer blant annet at dersom pasienter skal benytte verktøyet til å triagere seg selv, må innholdet i verktøyet legges til rette for at pasienten rutes videre og kan få rett tilbud til rett tid. Potensielle gevinster kan være bedre tilgjengelighet til fastlegekontoret, bedre pasientsikkerhet ved at pasienten finner frem til riktig konsultasjonsform og bedre kvalitet på konsultasjonen som følge av rikere informasjonsgrunnlag fra pasienten før timen starter.

I en workshop fikk interessenter komme med innspill til utredningsarbeidet, om hvilke behov de har for e-konsultasjon og bruk av et triageverktøy. Det er et felles behov for pasient, lege og helsesekretær å ha et verktøy for å kunne sortere og prioritere alle henvendelsene til legekontoret. De mest trengende må få hjelp først, det må ligge kvalitet i vurderingen av hva som kan vente, løses av andre eller ved egenomsorg. Det ble også understreket at et triageringsverktøy ikke skal bidra til sosial ulikhet.

Kunnskapsoppsummeringen som ble gjennomført i forbindelse med arbeidet med rapporten, viser at det er begrenset med forskning og studier på området. Disse viser heller ikke entydige positive effekter av ulike triageringsløsninger. Det er derfor behov for å gjennomføre en pilot for å teste ut hvordan en triageringsløsning fungerer i praksis og for å dokumentere effekter.

### *Forslag til pilot*

- Det anbefales å gjennomføre en pilot over en periode på to år med ca. 18 leger fordelt på 3 til 5 legekantor med oppstart 01.01.2020.
- Det anbefales å tilrettelegge for en innledende konseptfase som gir mulighet for å utforme en prototyp på triageringsløsning sammen med fagmiljøet før en formell pilotering iverksettes. Gjennom konseptfasen vil man kunne sikre at det blir lagt til rette for variabler som senere kan måles i evalueringen.
- De to direktoratene anbefaler at det benyttes en ekstern evaluator for å sikre en uavhengig evaluering av piloten. Det anbefales at det gjennomføres nullpunktsmålinger, midtveisvurderinger og målinger ved avslutning. Dette for å sikre et godt grunnlag for å vurdere eventuelle gevinster og videre bredding.

En ny løsning vil også kreve at det settes av tilstrekkelig tid til opplæring, informasjon og veiledning. Dette har vist seg å være et viktig tiltak for å lykkes med innføringen. Det foreslås å oppdatere veileder for tekstkonsultasjon fra 2017, slik at den beskriver hvordan tjenestene skal gjøres tilgjengelig for pasienten på Helsenorge.no og/eller på kommersielle nettportaler.

For å kunne måle utviklingen i bruk av e-konsultasjon over tid, gjentar de to direktoratene anbefalingen fra 2018 om at taksten for e-konsultasjon bør splittes mellom tekst og video.

Myndighetene bør ha en mer aktiv rolle enn i dag for å påvirke utvikling og bruk av tjenestene for e-konsultasjon. Dette vil bidra til mer likeverdige digitale helsetjenester. Myndighetenes normerende rolle må styrkes ved å definere standarder og retningslinjer for e-konsultasjon, og fasilitere e-konsultasjon for innbyggeren på Helsenorge.no.no. Det er også viktig at myndighetene bidrar til at det blir mer forskning på området.

### *Verktøy for triage*

Direktoratene har en felles vurdering at man ikke skal anskaffe løsninger som finnes og prøve disse ut uten videre. Analyser og vurderinger gjør at direktoratene i stedet anbefaler en mer grundig konsept- og planleggingsfase sammen med relevante aktører, spesielt fastleger og helsesekretærer. Gjennom dette arbeidet får man en tilpasset og testet en løsning som kan prøves ut i en norsk allmennmedisinsk sammenheng. Direktoratene anbefaler bruk av markedet og skal vurdere anskaffelse av triageringsvektøy som del av arbeidet i konsept- og planleggingsfasen.

### *Finansiering*

Som utgangspunkt for beregninger foreslås en pilot på to år fordelt på fire faser. Antall fastleger bør være et sted mellom 12 og 24. Et grovt estimat tilsier at en pilot av slik størrelsesorden totalt vil koste omlag kr 15 036 000 med 18 fastleger som utgangspunkt. Av totalramme for Direktoratet for e-helse, vil forvaltning og drift beløpet seg inntil ca. kr 2 mill. i år 2021, avhengig av valg av hvilke løsninger som velges. Totalsummen for piloten vil også kunne endres avhengig av valg av løsninger som velges.

## 2 BEGREPER

### Triagering

*Triage* er et fransk begrep og betyr *sortering, utskilling, utvelging, utvalg*.

Triage ble første gang brukt i medisinsk sammenheng under Napoleonskrigene, der sårede soldater ble sortert til tre kategorier: akutt, kan vente og kan ikke behandles. I dag brukes triage rutinemessig i militære situasjoner, katastrofesituasjoner og akuttmottak<sup>1</sup>. I tillegg til dette finnes det triageverktøy for akuttmedisinsk nødsentral, ambulansetjenesten, legevakt, somatisk og psykiatrisk akuttmottak, vurdering av akutt syke barn og ved traumer<sup>2</sup>.

Betegnelsen *triage* benyttes ofte om systematisk hastegradsvurdering for å avgjøre i hvilken rekkefølge pasienter skal prioriteres og hvor raskt de vil trenge medisinsk behandling. Systemer for triage av akutt syke eller skadde, inkludert triage av henvendelser om behov for akutt helsehjelp, er i bruk i Norge. Systemene som brukes varierer mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden og mellom ulike helseforetak.

I tillegg til den systematiske triageringen som skjer i den akuttmedisinske kjeden, ser vi også i stor grad bruk av usystematisk triage i pasienters møte med helsepersonell på ulike nivå. En utvidet definisjon av begrepet triagering kan også omfatte vurdering av hvilken konsultasjonsform som er best egnet for en gitt problemstilling (vanlig konsultasjon, telefonkonsultasjon, tekstbasert konsultasjon eller videokonsultasjon). Noen triageringsverktøy er også utviklet slik at de kan benyttes av pasienter. Pasientene kan da selv søke helsehjelp på riktig nivå. Disse verktøyene vil også kunne gi helsepersonell viktig informasjon før konsultasjonen, og gjøre pasienten forberedt til møtet med helsetjenesten.

### Konsultasjon

Stønadsforskriften definerer konsultasjon som direkte kontakt mellom lege og pasient på egnet behandlingssted. Konsultasjonen skal inneholde en medisinsk vurdering/samtale. Konsultasjonstaksten kan ikke kreves refundert med grunnlag i arbeid utført av hjelpepersonell alene. Konsultasjon ved oppmøte av pasienten på legekantoret honoreres ved bruk av takst 2ad<sup>3</sup>. Helsehjelpen som ytes under en konsultasjon skal være i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes utfra legens kvalifikasjoner, arbeidets

---

<sup>1</sup> <https://tidsskriftet.no/2013/02/originalartikkel/bruk-av-triage-i-norske-akuttmottak>

<sup>2</sup> [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport\\_2011\\_22\\_triagesystemer.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_22_triagesystemer.pdf)

<sup>3</sup> <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2019-XML-c/m-494>

karakter og situasjonen forøvrig. Konsultasjonen omfattes av helsepersonellens regler for taushetsplikt og er journalverdig jfr. helsepersonelloven § 40<sup>4</sup>.

## Elektronisk pasientjournal

*Elektronisk pasientjournal* (EPJ) er helsepersonellens viktigste arbeidsverktøy. De fleste virksomhetene i helse- og omsorgssektoren har tatt i bruk elektroniske pasientjournalssystemer for egen oppgaveløsning.

## Digital dialog fastlege

*Digital Dialog Fastlege* (DDFL) er fire tjenester mellom fastlege og pasient som gjør det mulig med sikker kommunikasjon over internett. Tjenestene er bestill time, forny resept, start e-konsultasjon og kontakt legekantoret<sup>5</sup>.

*Bestill time* innebærer at pasienten enten kan velge en ledig time ut fra tilgjengelige timer for direktebestilling i EPJ, eller at pasienten sender et ønske om time som helsepersonell besvarer manuelt, avhengig av EPJ leverandør. Noen steder gjøres dette av legen, da de kjenner pasienten best.

*Forny resept* gir pasienten mulighet til å sende en forespørsel om å fornye resept på ett eller flere legemidler pasienten allerede bruker. Henvendelsen håndteres og besvares via legekantorets EPJ-system.

*E-konsultasjon* innebærer elektronisk kommunikasjon mellom pasienten og fastlegen eller dennes stedfortreder. Pasienten må logge seg på med BankID eller kort med personlig sertifikat (PKI-kort), for å kunne kommunisere med legen.

*Kontakt legekantoret* er en tjeneste som brukes for spørsmål pasientene har til resepsjonen, der de i dag ringer inn. Tjenesten kan også benyttes til å sende brev digitalt til pasienten. Man kan både sende og motta vedlegg i PDF, JPG eller PNG.

## E-konsultasjon

I dette dokumentet bruker vi *e-konsultasjon* som et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon.

I stønadsforskriften er e-konsultasjon definert som elektronisk kommunikasjon mellom pasient og fastlege eller dennes stedfortreder. Fastlegen eller dennes stedfortreder skal ha behandlingsansvar for pasienten. E-konsultasjonen skal være journalverdig og inneholde en medisinsk vurdering, og anses slutført når legen har vurdert henvendelsen og gitt pasienten svar. Eventuelle tilleggsspørsmål og innhenting av supplerende informasjon fra pasienten er inkludert. Fastlegen, eller dennes stedfortreder, skal normalt besvare pasientens henvendelse innen 5 virkedager. Legen avgjør om slik konsultasjon skal tilbys pasientene. Kommunikasjonen skal skje i tråd med Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven § 4 §21 §40](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven%20%24%20%2421%20%2440)

<sup>5</sup> <https://ehelse.no/teknisk-dokumentasjon/digital-dialog-med-fastlegen/kom-i-gang-med-digital-dialog-pa-ditt-legekantor>

<sup>6</sup> <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2019-XML-c/m-494>

Tekstkonsultasjon kan også inkluderte vedlagte bilder og/eller dokumenter fra pasient eller fastlege. Det skilles ikke mellom tekst og videokonsultasjon i stønadsforskriftens beskrivelse, og begge konsultasjonsformene honoreres ved takst 2ae.

### **Tekstkonsultasjon**

*Tekstkonsultasjon* er en konsultasjonsform der det gjøres en skriftlig henvendelse til fastlegen ved bruk av en enkel og sikker meldingstjeneste. Tjenesten gir innbyggeren mulighet til å stille spørsmål eller løfte bekymringer til fastlegen uavhengig av legekontorets åpningstider. Fastlegen plikter å besvare henvendelsen innen fem virkedager. Både innbygger og fastlege kan legge ved filer som bilder og andre dokumenter i meldingen<sup>7</sup>.

### **Videokonsultasjon**

*Videokonsultasjon* er en konsultasjonsform hvor pasient møter fastlege i sanntid uten fysisk oppmøte på legekontoret. Tjenesten er basert på at begge parter får tilgang til et virtuelt møterom gjennom sikker kommunikasjon. Deltakerne benytter enten datamaskin, nettbrett eller smarttelefon med kamera og mikrofon for å sende og motta lyd og bilde<sup>8</sup>. En videokonsultasjon er synkron og skiller seg fra en tekstkonsultasjon ved at sistnevnte er en asynkron konsultasjonsform. Dette innebærer at legen og pasienten ikke trenger å være tilstede på samme tid.

### **E-kontakt**

*E-kontakt* er ikke en konsultasjonsform. I Stønadsforskriften er e-kontakt definert som enkel pasientkontakt, rådgiving ved elektronisk kommunikasjon i tråd med Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Denne formen for enkel pasientkontakt honoreres ved takst 1be og forutsetter at det gis råd/veiledning<sup>8</sup>.

Det kan oppleves som vanskelig å skille mellom e-kontakt og e-konsultasjon. Det kan oppleves at slike asynkrone konsultasjons/kontaktformer bør nedprioriteres på bekostning av synkrone videokonsultasjoner. Dette bør komme fram som et moment når takstene drøftes

---

<sup>7</sup> Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (30.11.2018): *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt, rapport til Helse -og omsorgsdepartementet.*

<sup>8</sup> <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2019-XML-c/m-494>



## 3 FORMÅL OG METODE

### Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

I 2018 leverte Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse en felles rapport med tittelen: "Rapport om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt" [lenke](#). I forlengelsen av dette har de to direktoratene fått tildelt et nytt oppdrag, i tildelingsbrevet 18/3694-54 datert 4.april 2019:

*Helsedirektoratet bes om å utrede og foreslå innretning på en utprøving av triageringsverktøy hos fastlege. Helsedirektoratet bes se dette primært i sammenheng med videre utbredelse av e-konsultasjon, men også vurdere nytte i relasjon til konsultasjoner der pasient er fysisk tilstede. Direktoratet bes vurdere tilgang på løsninger i markedet, grad av behov for tilpasning for disse, mulighet for skalering og øk/adm kostnader. Det forutsettes at Helsedirektoratet i lys av rapporten levert i 2018 vurderer behovet for etablering og revisjon av veileder for e-konsultasjon.*

*Direktoratet for e-helse bes bistå i arbeidet og gjøre en vurdering av hvordan det kan tilrettelegges for triageløsninger på Helsenorge.no.no. Videre forutsettes det at Direktoratet for e-helse fortsetter med sine nødvendige tilpasninger som tilrettelegger for bruk av videokonsultasjoner, slik som brotjenester og test- og akseptanseprosesser, samt ibruktageelse av DDFL.*

*Frist for ferdigstilling av oppdraget er 1.november 2019.*

De to direktoratene har samarbeidet tett om den endelige leveransen. Helsedirektoratet har i sin rapport fokusert på å:

- utrede og foreslå en utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege.
  - se dette primært i sammenheng med videre utbredelse av e-konsultasjon, men også vurdere nytte i relasjon til konsultasjoner der pasient er fysisk tilstede.
- vurdere tilgang på løsninger i markedet, grad av behov for tilpasning for disse, mulighet for skalering og øk/adm kostnader.
- vurdere behovet for etablering og revisjon av veileder for e-konsultasjon.

Rapporten legger også til grunn *notatet om de samlede økonomiske konsekvensene for folketrygden dersom man i honortakstsystemet likestiller e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner*, som ble levert til HOD 10. mai 2019.

### Direktoratet for e-helse

Det skal foreslås et verktøy for triage hos fastlegen. Direktoratet for e-helse har gjort en vurdering av hvordan det kan tilrettelegges for triageløsninger på Helsenorge.no.no i en separat rapport.

Konklusjoner fra rapporten til Direktoratet for e-helse er innarbeidet i Helsedirektoratets rapport.

### **Avgrensninger av oppdraget**

I utredningsarbeidet ble det drøftet om "triage" burde erstattes av begrepet "sortering" eller "prioritering". Etter innspill fra eksterne aktører i workshop, er det valgt å benytte begrepet "triage". Dette fordi både sortering og prioritering kan gi assosiasjoner i forhold til å sortere bort noe, eller prioritere bort noe. Begrepet triage brukes både i legevakt og akuttmottak i spesialisthelsetjenesten, og er et begrep som også egner seg for bruk ved fastlegekontorer.

I denne utredningen inkluderes triageringsverktøy som er knyttet til tekstkonsultasjon og videokonsultasjon.

I utredningen avgrenses også oppdraget til kun å inkludere verktøy for triage for fastlege. Løsninger for kobling til andre aktører f.eks. legevakt, fysioterapi, psykolog, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjeneste etc. blir således ikke utredet. Med unntak av kunnskapsoppsummeringen gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning, har direktoratet fokusert på Norge og norske forhold i utredningen.

## **3.1 Bakgrunn for oppdraget**

Regjeringsplattformen fra 14. januar 2018 presiserer at regjeringen vil forbedre og modernisere fastlegeordningen og vil innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon. Det går også frem av Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal, med Stortingets tilslutning, at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester ved at hver enkelt skal ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig<sup>9</sup>.

Digitaliseringsrundskrivet av 8. september 2017 slår videre fast at digitale, nettbaserte tjenester, skal være helhetlige, brukervennlige, trygge og universelt utformet. For å få til dette og møte brukernes forventninger er det nødvendig at alle helseaktører tilbyr e-konsultasjon til de som ønsker det, og at alle offentlige digitale helsetjenester kan nås på samme plattform. Mulighetene som digitalisering gir er også viktig sett i lys av presset på fastlegeordningen, befolkningsutviklingen og digitaliseringen i samfunnet for øvrig<sup>10</sup>.

### **Rapport om "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt" fra 2018**

I 2018 fikk Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse et felles oppdrag om å utrede e-konsultasjon hos fastlege og legevakt. I arbeidet med rapporten fra 2018 om e-konsultasjon hos

---

<sup>9</sup> Rapport "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt" 2018 av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

<sup>10</sup> Rapport "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt" 2018 av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

fastlege og legevakt, ble det innhentet internasjonale erfaringer gjennom litteraturstudier, og gjennomført en studietur til ulike praksiser i London. I arbeidet med rapporten holdt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse tett dialog med relevante myndigheter i Sverige og Danmark, samt markedsaktører i England og National Health Service (NHS). Det ble gjennomført dybdeintervjuer med leger som har tatt i bruk videokonsultasjon, samt en rekke samtaler og spørreundersøkelser av leverandører av EPJ systemer og videoløsninger. Det ble også avholdt en workshop med pasienter, brukere og ulike helseaktører for å sikre eksterne innspill.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse leverte 30.11.2018 følgende anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet<sup>11</sup>:

- *Direktoratene vil anbefale at fastlegene kan ta i bruk videoløsninger for e-konsultasjon som allerede er tilgjengelig i markedet.*
- *For å styrke kunnskapsgrunnlaget for e-konsultasjon, bør det gjennomføres forskningsrettet arbeid. I forhold til kunnskapsinnhenting er det viktig at det etableres egne takstkoder for tekst- og videokonsultasjon.*
- *For å sikre god og oppdatert kompetanse hos legen og andre helseaktører, bør det legges til rette for kvalitetsutvikling, veiledning, utdanning innen digital klinisk kommunikasjon, og beste praksis.*
- *For å sikre enhetlig og god utvikling av leverandørmarkedet, bør det etableres godkjeningsprosess for system og grensesnitt til de digitale helsetjenestene.*
- *For å koble sammen ulike videoløsninger, og muliggjøre flerpartsamtaler mellom fastlegen, innbygger, andre helse- og omsorgstjenester og velferdsaktører, bør det legges til rette for en nasjonal brotjeneste.*
- *For å legge til rette for mer hensiktsmessig bruk for fastlege og legevakt bør e-konsultasjon likestilles med fysisk konsultasjon. Her vil legens vurdering av hva som er medisinsk faglig forsvarlig legges til grunn for valg av konsultasjonsform. Takst for tekst- og videokonsultasjon bør kunne kreves i kombinasjon med flere takster enn det dagens takst åpner for.*
- *Det bør stilles krav i fastlegeforskriften om at fastlegene skal tilby tekst- og videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge.no.no. Et eventuelt krav kan iverksettes tidligst 1. januar 2021. Forutsetningene for integrasjon for e-konsultasjon i Helsenorge.no.no forventes å være på plass i 2019. Forutsetningene for integrasjon fra EPJ-*

---

<sup>11</sup> Rapport "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt" 2018 av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

leverandørene vil skje stegvis i 2019 og innen utgangen av første halvår 2020.

- Et tiltak som kan motivere fastlegene til å ta i bruk videoløsninger, er f.eks. at de 1 000 første fastlegene som tar i bruk tekst- og videokonsultasjon og nettbasert timebestilling på Helsenorge.no.no, mottar 10 000 kroner innen utgangen av 2020.

I tillegg ble det anbefalt å iverksette tiltak for å **etablere løsning for triage og veiledning**.

I rapporten av 2018 står det følgende<sup>12</sup>:

*For å kunne tilby et fullverdig digitalt tilbud til innbyggerne er det behov for å realisere funksjonalitet som kan veilede innbygger til å velge rett helsehjelp. I noen tilfeller vil dette være bistand til å vurdere om videokonsultasjon er egnet eller om det er nødvendig med fysisk oppmøte hos lege. I andre tilfeller kan pasient få veiledning til å velge andre digitale ressurser som f.eks. selvmestringskurs.*

Rapporten om "Triage og e-konsultasjon hos fastlege" er en direkte oppfølging av rapporten fra 2018 og bygger i stor grad på denne. De to direktoratene støtter fortsatt anbefalingene fra 2018. Siden rapporten ble levert 30.11.2018 er det gjort to endringer i stønadsforskriften:

- Takst 2ae (tekst- og videokonsultasjon) kan nå benyttes ved akutt eller nyoppstått sykdom/lidelse, og ikke utelukkende ved etablert sykdom/lidelse hos pasienten som var praksis før 1. juli 2019.
- Takst 2ae kan nå kombineres med enkelte andre takster som spesialitet, tidstakst og tidkrevende arbeid med pasienter med psykiske lidelser
- I revisjon av akuttmedisinforskriften som nå er ute på høring med frist 19.11.19 er det også foreslått at takst 2ae kan benyttes ved videokonsultasjon i legevaktprosjektet.

Andre tiltak i oppfølgingen av rapporten fra 2018, er et felles oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om E-konsultasjon og sykemelding. Direktoratene skal vurdere positive og negative konsekvenser ved bruk av e-konsultasjon ved sykmelding, som videre kan danne grunnlag for en beslutning om eventuell fremtidig bruk av e-konsultasjon ved sykmelding. Dette arbeidet er planlagt ferdigstilt på nyåret 2020.

## **Evaluering av fastlegeordningen**

Fra 2018 til 2019 har EY (Ernst & Young) og Vista Analyse på oppdrag av Helsedirektoratet gjennomført en omfattende evaluering av dagens fastlegeordning. Rapporten som ble publisert i september 2019 tyder på en presset fastlegeordning. Undersøkelsene viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. I rapporten fremgår det at<sup>13</sup>:

*"Mange fastleger opplever nå arbeidssituasjonen som uhåndterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende".*

---

<sup>12</sup> Rapport "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt" 2018 av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

<sup>13</sup> Rapport "Evaluering av fastlegeordningen" av EY og Vista Analyse 2019.

Evalueringen viser at det haster med tiltak. Så mange som 10 prosent av fastlegene har meldt til kommunen at de ønsker å slutte som fastlege, og flesteparten av disse spesifiserer at årsaken er den høye arbeidsbelastningen. Analyser fra rapporten tyder også på at antall fastleger som vurderer å slutte øker. Arbeidet med e-konsultasjon hos fastlegene må derfor sees i sammenheng med en presset fastlegeordning. Det er derfor vesentlig at e-konsultasjon ikke øker fastlegenes arbeidsbelastning, men snarere kan bidra til å avlaste fastlegene.

## Realisere pasientens netthelsetjeneste

Digitalisering gir store muligheter, men krever også at den offentlige helsetjenesten henger med i utviklingen. Pasienter og brukere stiller stadig høyere krav til offentlige tjenester, både helse-tjenester og andre offentlige tilbud. Private helseaktører tilbyr i dag digitale helsetjenester og bidrar til å drive frem en utvikling av disse tjenestene.

For å ivareta en norsk helsetjeneste på internasjonalt toppnivå, er det avgjørende å investere i e-helse som muliggjør bedre og mer likeverdige helsetjenester til alle landets innbyggere. Helse- og omsorgsminister Bent Høie introduserte i 2017 begrepet "pasientens netthelsetjeneste". Høie skrev følgende<sup>14</sup>:

*"Vi prioriterer å skape pasientenes netthelsetjeneste. I fremtiden skal det være like enkelt og naturlig å ha kontakt med helsetjenesten på nett, som det i dag er å bruke nettbank. Det vil gjøre hverdagen enklere for pasientene og fjerne tidstyver for helsepersonell."*

Helse- og omsorgsministeren har dermed satt klare forventninger til digitalisering og utvikling i helsetjenesten. Utredningen av triage og e-konsultasjon er derfor et viktig element i å tilrettelegge for en sunn utvikling for kommunikasjon mellom pasient og lege, der fastlegene er tilgjengelige på digitale flater og benytter digitale verktøy der det er hensiktsmessig og forsvarlig.

## 3.2 Mål for arbeidet

Målet med denne utredningen, er å foreslå en innretning på en utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege, som kan bidra til:

- Mer tilgjengelige tjenester
  - Pasienten får et bedre helsetilbud ved legekantoret som innebærer rett konsultasjonsform, på rett nivå og til rett tid.
- God kvalitet på helsetjenesten
  - God forberedelse til konsultasjon for både pasient og helsepersonell, kan gi bedre kvalitet på tjenestene. I tillegg kan det bli mer tid til pasienter som er multisyke, kronikere og andre pasienter som ofte har behov for kontakt med fastlegen.
- Bedre organisering av fastlegenes arbeidsdag
  - Bedre organisering av arbeidsdagen gjennom systematisering og prioritering av henvendelser til legekantoret.
- Bedre ressursbruk

---

<sup>14</sup> <https://www.nettavisen.no/meninger/benthoie/mer-penger-til-helse-men-ogsaa-mer-helse-for-pengene/3423445538.html>

- Bedre ressursbruk for lege, pasient og fastlegekontoret (helsesekretærer etc.),
- Gode tekniske løsninger
  - At de tekniske løsningene fungerer godt for pasient og legekontor.

Det er også et viktig mål at bruk av et triageringsverktøy ikke skal bidra til sosial ulikhet. Tilgjengeligheten til fastlegen må også være tilpasset dem som i mindre grad klarer å benytte digitale kommunikasjonskanaler som eldre og personer med utviklingshemming.

Målsettingene over, støtter opp under Evalueringen av fastlegeordningen i 2019. I evalueringen er det pekt på behovet for mer digitale helsetjenester, hvor pasientene blant annet etterlyser bedre tilgjengelighet.

I neste fase av videreutviklingen av et triageringsverktøy, vil det være en målsetting at pasienten også kan velge i triageringsverktøyet for å få oppfølging av andre deler av helsetjenesten. I den første fasen er målsettingene kun knyttet opp til helsetjenester hos fastlegen.

### 3.3 Organisering og gjennomføring

#### Prosjektgruppe i Helsedirektoratet

- Prosjekteier: Kristin Mehre
- Prosjekt- arbeidsgruppe i Helsedirektoratet
  - Nina Brøyn, prosjektleder, avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
  - Rolf Johannes Windspoll, avd. velferdsteknologi og rehabilitering
  - Kine Lynum, avd. kommunal helse- og omsorgstjenester
  - Nicolas Øyane, SKIL (Senter for kvalitetsarbeid i legekontor)
  - Jan Magne Linnsund, ekstern konsulent i avd. akuttmedisin og beredskap (ASAB)
  - Kristina Lund Leivestad, EY, prosjektstøtte
  - Anne Cecilie Holter-Sørensen, avd. helserefusjoner
  - Ann-Kristin Wassvik, avd. helserett og bioteknologi,
  - Ole Jørgen Grannes, avd. helserefusjoner
  - Jon-Torgeir Lunke, prosjektleder i Direktoratet for e-helse (SP)

#### Eksterne deltakere/ bidragsytere

- Referansegruppen til Primærhelseteam
- Legeforeningen v/ NFA
- Norsk senter for e-helseforskning (NSE), SKIL, AFE, NKLM
- Anders Grimsmo
- m.fl.

For å sikre innspill fra aktuelle interessenter ble det 18.september 2019 avholdt en heldagsworkshop i Helsedirektoratets lokaler. Inviterte var deltakere fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet, pasient- og brukerforeninger med flere. I alt deltok 45 personer på workshopen.

Norsk senter for e-helseforskning (NSE) har også samarbeidet tett med de to direktoratene, og har levert en kunnskapsoppsummering på området som omtales nærmere i kapittel 5.

## Samarbeid med Direktoratet for e-helse

Det har gjennom hele prosjektperioden vært et tett samarbeid mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Jon-Torgeir Lunke har vært prosjektleder, og Norunn Elin Saure har vært prosjekteier. Det har blant annet vært gjennomført:

- Ukentlige møter mellom de to prosjektlederne
- Felles møter med prosjekteierne og prosjektlederne
- Møter i Arbeidsgruppen i regi av Helsedirektoratet hver annen uke, der Direktoratet for E-helse har deltatt.
- Felles dialogmøter med HOD.

## Aktiviteter i prosjektperioden

Under følger en overordnet oversikt over de mest sentrale milepælene i prosjektet.

- Oppdragsbrevet ble overlevert de to direktoratene 4.april 2019.
- 10.mai 2019 ble det levert en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet hvor Helsedirektoratet vurderte: *de samlede økonomiske konsekvensene for folketrygden dersom man i honorartakstsystemet likestiller e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner.*
- I juni ble innretning av prosjektet og samarbeid mellom om direktoratene planlagt.
- I august ble prosjekt- og arbeidsgrupper i de to direktoratene etablert, og interessenter kartlagt.
- 18.september ble det gjennomført en workshop med 45 deltakere, herunder leger, pasienter, brukerorganisasjoner, sykepleiere, helsesekretærer m.fl.
- Direktoratet for e-helse har via Doffin (Norge) og TED(EU/EØS- området) utført en "request for information, RFI" med svar fra markedsaktører om triageringsverktøy. E-helse har gjennomført 1:1 samtaler med de fleste av de aktørene som har meldt sin interesse.
- I september og oktober gjennomførte Nasjonalt Senter for e-helseforskning (NSE) et litteratursøk om triage og e-konsultasjon. En kunnskapsoppsummering ble overlevert direktoratene 22. oktober.
- I september og oktober arbeidet prosjektgruppen med utforming av rapport.
- Endelig overlevering til HOD ble 13.november.

Aktiviteter	April	Mai	Juni /juli	August	September	Oktober	November
Tildelt oppdragsbrev							
Rapport om økonomiske konsekvenser ved likestilling av e-konsultasjon med fysisk konsultasjon							
Utfordringsbilde etablert							
Prosjekt opprettet							
Interessenter kartlagt							
Kunnskapsoppsummering							
Workshop med eksterne							
Markedskontakt med leverandører av triageringsverktøy							
Utarbeide rapport							
Leveranse/utredning							



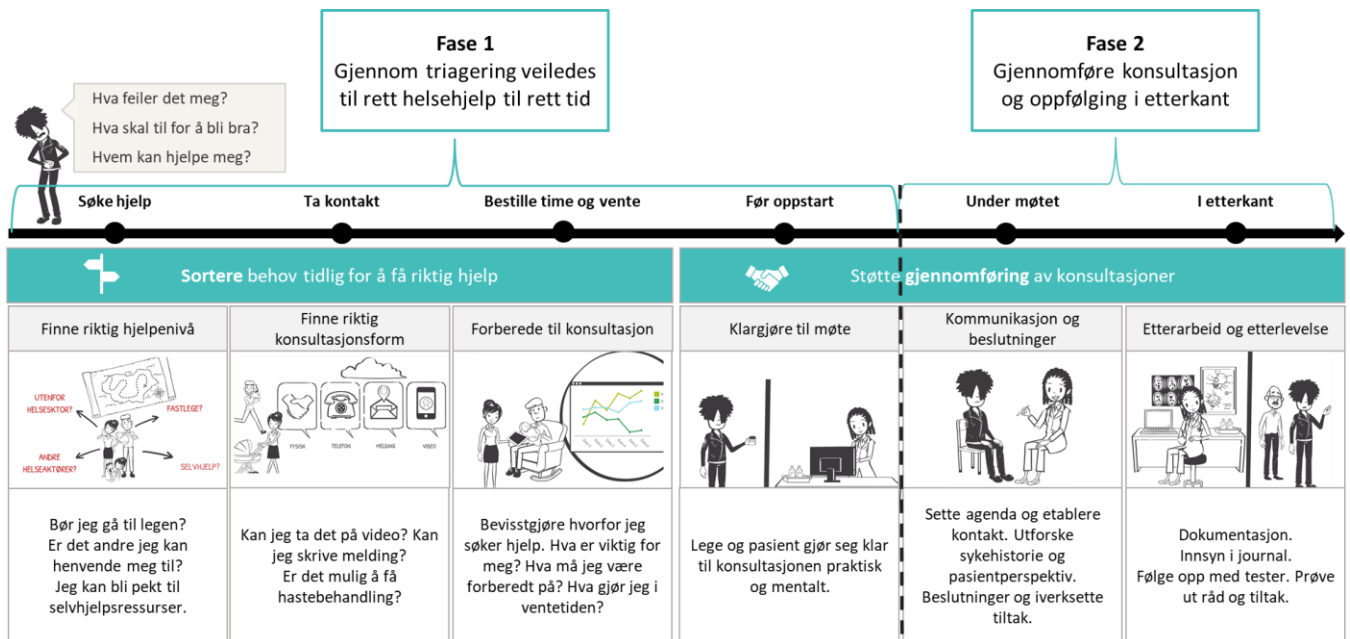
# 4 ERFARINGER MED TRIAGE

Triage er nødvendig når etterspørselen etter helsehjelp er større enn tilgjengelige ressurser og kapasitet. Da er det nødvendig å sortere, prioritere og selektere slik at de mest trengende får hjelp først. I den akuttmedisinske kjeden som består av ambulansetjenesten, legevakt og akuttmottak er verktøy for triagering viktig, og har vært benyttet aktivt i mange år.

Triagering benyttes også i mindre akutte situasjoner, for å sikre at pasientene får rett helsehjelp til rett tid. Det er også et mål at ressursene i helsetjenesten benyttes på en best mulig måte. I dette kapittelet gjennomgås praksis og erfaringer med triage hos fastlege, legevakt og spesialisthelsetjenesten. Det gjennomgås videre prinsipper for risikostratifisering, samt erfaringer fra program for medisinsk avstandsoppfølging. Videre omtales e-konsultasjon og triage, og beskrivelse av dagens situasjon.

Triagering foregår hver dag i det norske helsevesen, selv om begrepet "triage" primært benyttes i akutte situasjoner. For å avgrense og avklare grensene for triage, er det i dette oppdraget lagt til grunn triage slik det er definert i fase 1 som beskrevet i figuren under. Med fase 1 menes tiden fra pasienten har et behov og søker helsehjelp, frem til tidspunktet når konsultasjonen foregår, enten fysisk eller digitalt. Fase 1 innebærer derfor å:

- Finne riktige nivå på helsehjelp
- Finne riktig konsultasjonsform (fysisk, telefon, melding, video)
- Forberede til konsultasjon
- Klargjøre til konsultasjon



Figur: Direktoratet for e-helse 2019.



## 4.1 Status for bruk av e-konsultasjon

### Status for bruk av e-konsultasjoner – sammenliknet med tidligere prognoser

Rapporten av desember 2018 om e-konsultasjoner<sup>15</sup> inneholdt ulike prognoser for bruk av e-konsultasjoner i årene framover basert på en samfunnsøkonomisk modell. Tabellen nedenfor viser prognose for de nærmeste årene ("nullalternativet"), sammenholdt med faktisk antall og andel e-konsultasjoner i 2018 og hittil i 2019:

		2018	2019	2020
Null-alternativet	Prognose antall e-konsultasjoner	206 000	443 000	862 000
	Prognose andel e-konsultasjon	1,5 %	3,0 %	5,7 %
	Faktisk antall e-konsultasjoner	239 000	231 000 (jan-aug)	
	Faktisk andel e-konsultasjoner	1,7 %	2,4 % (jan-aug)	

Kilde til faktisk antall og faktisk andel: KUHR

Prognosen var at e-konsultasjoner ville utgjøre 1,5 prosent av alle konsultasjoner i 2018 og øke til 3,0 prosent i 2019. Resultatene viser at faktisk andel e-konsultasjoner i 2018 ble noe høyere enn prognosen. Og andelen har økt fra 2018 til hittil i 2019, men økningen har ikke vært like sterk som prognosen.

Hittil i 2019 har e-konsultasjoner utgjort 2,4 prosent av alle konsultasjoner, mot en prognose på 3 prosent. Imidlertid var andelen e-konsultasjoner 3 prosent i juni og august 2019, og andelen for året som helhet vil derfor kunne øke i retning av 3 prosent.

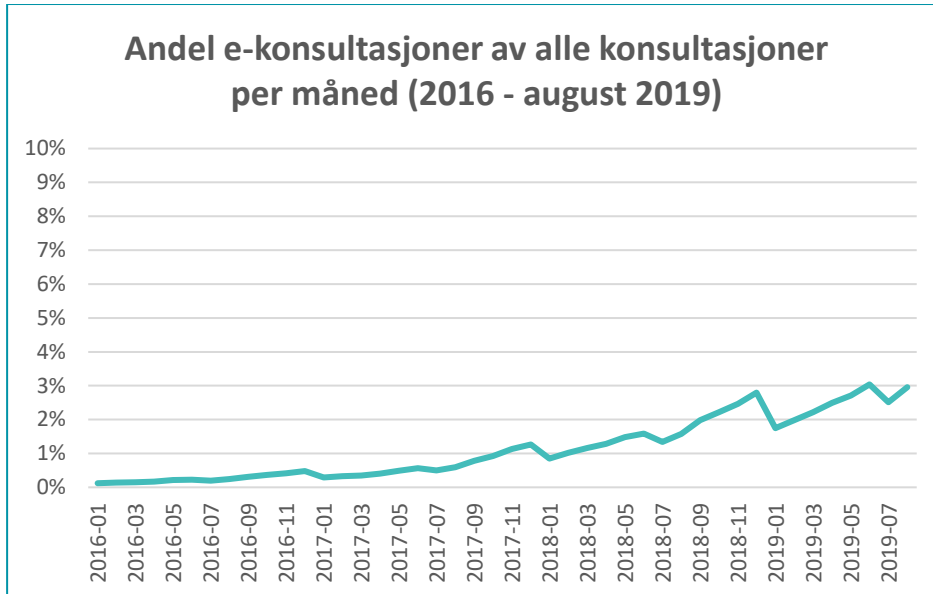
I rapporten fra 2018 fremkommer det at prognosen for 2020 kan utgjøre 5,7 % av alle konsultasjoner, dvs. 862 000 konsultasjoner. Med tanke på at antall e-konsultasjoner i 2018 utgjorde 1,7 % og ligger an til å bli underkant av 3 % i 2019, kan en prognose på 5,7% i 2020 synes å være noe optimistisk. Samtidig har antall legekontorer med DDFL økt fra 258 i september 2018 til 359 i september 2019. Antall fastleger med ordningen har økt fra 702 i september 2018 til 1452 i september 2019. Dette betyr at drøyt 30% av landets innbyggere har tilgang til tjenestene i DDFL.

Utviklingen driver bruk av tekstbasert e-konsultasjon (DDFL) fremover, og vil sannsynligvis bidra til at prognostisk estimat i 2020 på 5.7 % ikke behøver å være urealistisk. Video er også del av begrepet e-konsultasjon, og muntlige tilbakemeldinger fra leverandør og fastleger er økende bruk av denne konsultasjonsformen i 2020 i tråd med hva direktoratene skrev i rapporten (des. 2018 om e-konsultasjon).

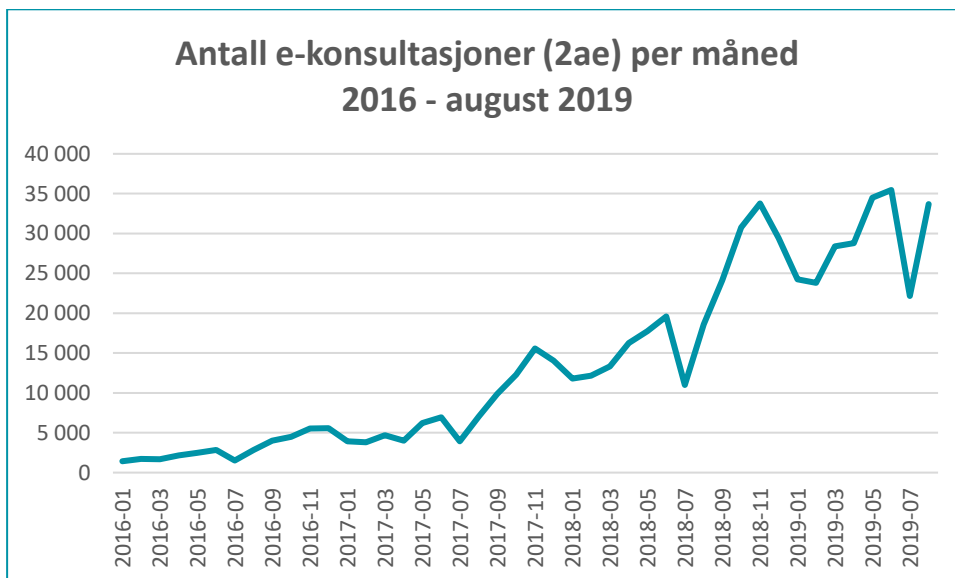
---

<sup>15</sup> E-konsultasjon hos fastlege og legevakt 2018 av Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse

Figuren nedenfor viser andel e-konsultasjoner (2ae) av alle konsultasjoner (2ad+2ae) per måned i perioden 2016 til august 2019:



Figuren nedenfor viser antall e-konsultasjoner (2ae) per måned i perioden 2016 til august 2019:



Tall fra KUHR per 26.9.2019 viser at til og med august er det benyttet ca 230 000 e-konsultasjoner. Prognosen for hele 2019 var 443 000. Dersom veksten fortsetter som hittil i 2019, vil det kunne bli om lag 400 000 e-konsultasjoner i 2019, noe som er litt under prognosen.

## 4.2 Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO)

SiO Helse er Norges største studenthelsesenter og fastlegekontor. Nylig har SiO Helse tatt i bruk ombygde og rehabiliterte lokaler på Blindern i Oslo. Her er det lagt til rette for tverrfaglig samarbeid med fastlege, helsesykepleier, reisevaksinasjon, MRSA-sanering, psykiater, psykologspesialist og kliniske sosionomer. SiO Helse investerer i teknologi og løsninger til bruk i primærhelsetjenesten sammen med Direktoratet for e-helse, som støtter digitale arbeids- og behandlingsformer. Med de løsningene som er tatt i bruk med video og mobilbetaling kan SiO Helse tilby studentene heldigitale pasientforløp. Dette innebærer at SiO Helses pasienter via DDFL kan velge mellom ulike digitale helsetjenester. Etersom flere konsultasjonsformer, inkludert hastetime og videokonsultasjon, er lagt tilgjengelige for pasientene på Helsenorge.no.no, har man tydelig sett behovet for å hjelpe pasientene til å gjøre gode valg. Erfaringer fra SiO Helse understøtter at det er viktig å hjelpe pasienter til å velge riktig helsetjeneste på riktig nivå, for å sikre kvalitet og effektivitet ved innføring av heldigitale pasientforløp.

Se rapport fra Direktoratet for e-helse om hvordan SiO Helse sin tekniske løsning og integrasjon med Helsenorge.no.no, kan utnyttes videre med tanke på å anvende triageringsverktøy.

## 4.3 Triage i fastlegekontor

Å sikre at de sykeste pasientene får rett behandling til rett tid er en av de viktigste oppgavene hos fastlegen. Workshopen 18. september tydeliggjorde at de fleste fastlegekontorer fortsatt benytter telefon som primær kontaktform for timebestilling og triagering. På norske fastlegekontor har derfor helsesekretærene en viktig portvaktfunksjon. Via telefon eller ved oppmøte bidrar de til at pasientene triageres til rett helsehjelp til rett tid. Praksis for hvordan triageringsarbeidet utføres er varierende. Helsesekretærer har opparbeidet seg kunnskap om vurdering av hastegrad gjennom utdanning, praksis og tidligere erfaring med vurdering av syke pasienter. I tillegg bruker helsesekretærene oppslagsverk som Norsk Helseinformatikk (NHI) og Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), verktøy som Telefonråd til beslutningsstøtte og konsulterer fortløpende med legen ved behov. Systematisk opplæring i bruk av triageverktøy har ikke vært vanlig i norske fastlegekontorer og dette åpner for en stor variasjonsbredde når det gjelder vurdering av henvendelser med et akutt preg. Deltakere i workshopen presiserte at helsesekretærenes kjennskap til pasienter og deres sykdomshistorie, ofte er avgjørende for at pasientene får rett behandling til rett tid.

Enkelte legekantor har gått helt bort fra telefon som triageringsverktøy og benytter digitale løsninger som online timebestilling, pasientdialog og e-konsultasjon.

### Telefonråd

Telefonråd er et oppslagsverk og et beslutningsstøtteverktøy for håndtering av pasienthenvendelser ved legevakter og allmennlegekontor, spesielt utviklet for sykepleiere og helsesekretærer. Verktøyet består av to integrerte støtteverktøy: Medarbeiderråd som gir støtte til vurdering av generelle allmennmedisinske problemstillinger, og Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NMI), som dekker de mest akutte problemstillingene. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har det redaksjonelle ansvaret for Telefonråd, det faglige ansvaret for Medarbeiderråd og har utviklet den nye nettversjonen. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) har det faglige ansvaret for Norsk indeks. Telefonråd var

tidligere et nedlastbart program, men har fra 2018 vært fritt tilgjengelig på nettadressen telefonråd.no.

Medarbeiderråd bidrar til å strukturere samtalen med pasienten ved hjelp av viktige spørsmål en bør stille, slik at nødvendig informasjon om pasienten sin tilstand blir fanget opp, råd om når pasienten bør tilsees av lege, og som en støtte i rådgivningssituasjoner med råd til egenhjelp der legetilsyn ikke vurderes som nødvendig. Det har vært en økende bruk av Telefonråd ved legevaktsentralene de siste årene, og Telefonråd er i bruk ved flere allmennlegekontorer uten at det finnes oversikt over hvor mange<sup>16</sup>.

#### 4.4 Triage på legevakt

Mange prehospitalt situasjoner felles for både ambulansetjeneste og legevakt, krever raske avgjørelser med behov for en eller annen form for triagering. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) leverte en omfattende rapport i 2014 om «Triage i den akuttmedisinske kjeden» (Rapport nr. 2. 2014) etter oppdrag fra Helsedirektoratet med bakgrunnsteppe 22. juli 2011.

Det er mange ulike triageringssystemer i bruk i Norge i dag og de hyppigst brukte er:

- Manchester Triage System (MTS)
- Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS)
- South African Triage Scale Norge (SATS Norge)
- Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp (NMI)

Felles for disse systemene er at de først og fremst er beregnet på oppmøte og ikke telefonhenvendelser. MTS har utviklet et eget system basert på telefontriage. De siste årene er det også utarbeidet spesifikke programmer for telefontriage i tillegg til NMI og Telefonråd. Legevaktene i Asker og Bærum og allmennlegevakten i Oslo har brukt telefontriage etter Manchester Triage-modellen (MTS) fra 2015. Denne modellen brukes aktivt på flere større legevakter og det er om lag 15 legevakter som har signert TTA-lisens<sup>17</sup>.

Telefontriagering har generelt et forenklet 3-graderingssystem og inneholder færre valgmuligheter ved utøvelse i forhold til face-to-face triagering. Ved telefontriagering må man ta beslutningene:

- Er pasienten kritisk syk og trenger behandling umiddelbart, slik at det skal sendes ambulanse?
- Trenger pasienten behandling snart eller i løpet av noen timer?
- Kan medisinsk behandling utsettes eller bli behandlet senere, i så fall; andre steder og av ulike helseutøvere?
- Gi rådgivning over telefon, dersom pasientens helseproblem kan løses ved å gi råd om egenomsorg.

---

<sup>16</sup> Internt notat til utredningen fra Telefonrådet i oktober 2019.

<sup>17</sup> TTA-lisens innebærer en kostnad for den enkelte legevakt for å benytte verktøyet jfr kontakt med Germar Schneider

Det er betydelige utfordringer knyttet til ulike triagesystemer, og de viktigste er at forskjeller ved de implementerte triagesystemene kan skape utfordringer ved samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede. I tillegg foreligger det ulikt antall hastegrader, ulik benevnelse av hastegrader og forskjeller i terminologi. Dette kan føre til kommunikasjonsbrist mellom samarbeidende enheter i den akuttmedisinske kjede.

NAKOS-rapporten fra 2014 ga en omfattende beskrivelse av hvilke triagesystemer som ble brukt i den akuttmedisinske kjede og når det gjaldt ambulansetjenesten brukte 53 % RETTS, 5 % SATS og 11 % lokalt utarbeidede systemer. 26 % brukte ingen form for triage. De tilsvarende tall for akuttmottak var: 54 % RETTS, 19 % MTS, 6 % SATS, 4 % lokalt utarbeidede systemer og 2 % brukte ikke triage i det hele tatt.

Når det gjaldt legevakter var bildet et noe annet. Fra 2014 til 2016 ble antallet legevakter redusert fra 191 til 182 og tallene for legevakt er derfor hentet fra NKLM's rapport "Legevaktorganisering i Norge 2016" der 76 av 182 legevakter (42 %) ikke brukte noe form for triagesystemer ved oppmøte, mens 64 (36 %) lokalt utarbeidede systemer, 14 (8%) brukte MTS, 6 (3 %) brukte SATS og kun 2 (1%) brukte hhv METTS (Medical emergency triage and treatment system) og RETTS.

For telefonhenvendelser på legevakt er det Medisinsk Index (130/191) og Telefonråd (106/191) som hovedsakelig brukes, mens MTS brukes av 6/191, lokale verktøy 10/191, mens 14/191 ikke bruker triageverktøy i det hele tatt.

På spørsmål om hvor ofte man opplever at pågangen av pasienter overskrider tilgjengelige legeressurser, var det 45 % av alle legevakter som svarte aldri eller kun noen få ganger i året, 34 % sjelden eller noen ganger i måneden, 13 % ofte eller flere ganger i måneden, 3 % hyppig eller flere ganger i uken og 2 % svært ofte eller flere ganger i døgnet. Bakgrunnen for et såpass sprikende svar, er at det stort sett er de store og mellomstore legevaktene som opplever samtidskonflikter og behov for triage og disse er forholdsvis få. Det er 9 legevakter som dekker en befolkning på over 100 000 innbyggere, 39 legevakter mellom 30 000 og 100 000 innbyggere og 50 som har et befolkningsgrunnlag under 5 000. Behovet for triage i små legevakter er lite, for her foreligger det sjelden samtidskonflikter.

Den nyeste rapporten om triage er fra NAKOS mai 2019, Kartlegging av den akuttmedisinske kjede (Rapport nr. 1/2019). Her ble legevakter, ambulansetjenester og akuttmottak spurt om triageverktøy ble benyttet for oppmøtte pasienter og hvilket verktøy som ble brukt. Legevakt-sentralene ble spurt om hva de brukte som beslutningsstøtte. 19 av 20 ambulanseavdelinger oppga å benytte triageverktøy. Alle akuttmottak brukte triageverktøy. 78 (45 %) av 173 legevakter oppga at de brukte et eller annet triagesystem av oppmøtte pasienter på legevakt. 62 (36 %) svarte at de ikke brukte triagesystem da legevakten aldri eller sjelden hadde samtidighetskonflikter.

Som i rapporten fra 2014 er RETTS det mest brukte triagesystemet innenfor spesialisthelsetjenesten og Manchester Triage System (MTS) det mest brukte i legevaktene med 19 av 77 legevakter (25 %) 91 (9 %) av 95 legevaktssentraler oppga at de har rutiner for bruk av beslutningsverktøy. To legevakter svarte ikke på spørsmålet. NMI blir hyppigst brukt (76 av 91 legevaktssentraler, 83 %). Telefonråd ble brukt av 62 legevaktssentraler (68 %) Av andre verktøy som ble beskrevet under "annet" var NEL og Legevakthåndboken. Vi har ikke tilsvarende opplysninger for fastlegekontorer.

## Erfaringer fra akuttmedisinsk kjede

Det er flere triagesystemer som er i bruk i den akuttmedisinske kjede i dag. Erfaringer fra Drammen legevakt viser at det er viktig å finne et system som passer virksomheten<sup>18</sup>.

Det må legges nok ressurser inn i implementering og oppfølging av triagesystemet man velger. Man må avsette god tid til opplæring, og man må hensynta medarbeiderens kunnskap i bruk av tekniske løsninger.

Når man skal starte opp med bruk av et triagesystem er det i tillegg viktig at helsepersonellet har gode faglige kunnskaper og klinisk erfaring. Det å ta i bruk et triagesystem kan ikke veie opp for manglende kompetanse og erfaring hos helsepersonellet. Mange opplever i tillegg at det er tidkrevende, spesielt i starten til man føler seg trygg på bruken. Det er viktig å dokumentere hva man kommer frem til av hastegrad, og hvilke kriterier man bygger avgjørelsen på. Det vil også gi en trygghet for de som prioriterer ved at de har benyttet et kvalitetssystem som underbygger avgjørelsen man tar.

### 4.5 Triage i spesialisthelsetjenesten

Triagesystemer er under innføring i det norske helsevesen, både i sykehus og prehospitalt. Systemene som implementeres varierer mellom de ulike leddene i akuttkjeden og mellom ulike helseforetak<sup>19</sup>.

God prehospitall triage er viktig for å styre øyeblikkelig hjelp ressurser i sykehuset, som for eksempel aktivisering av sykehusets traumeteam. Bruk av triage er ulik i forhold til hvor den utføres. Eksempelvis vil man ved traumetriage på hendelsesstedet ha fokus på vitalparametre som pusteevne, puls, blodtrykk og bevissthetsnivå samt åpenbar anatomisk skade, skademekanikk og komorbiditet i nevnte rekkefølge. Ved andre situasjoner der det bes om akutt helsehjelp, vil sykehistorien og symptomer vektlegges først, men ofte inngår også her vitalparametre som ledd i triageringen. Bedømmelsen resulterer i et hastegradsnivå eller et triagenivå som angir hvor raskt pasienten skal prioriteres med tanke på videre helsehjelp. Hovedmålene er:

- å skille ut pasienter som har et tidskritisk behov for behandling
- å styre øyeblikkelig hjelp ressurser
- å bidra til å øke faglig kvalitet i prioriteringene

Økt pasientpågang og større krav til kvalitet og effektivitet i håndtering av øyeblikkelig hjelp-pasienter, har ført til at flere norske akuttmottak som ett av flere tiltak, har innført triage. Bruk av triageskalaer og organisering av triage varierer mellom norske akuttmottak. Helseforetaks-

---

<sup>18</sup> Innspill i til utredningsarbeidet oktober 2019.

<sup>19</sup> <https://www.fhi.no/publ/2011/triagesystemer-for-akuttmedisinske-tjenester-prehospitall-og-ved-innleggs/>

ledelsen har til nå hatt ansvaret for triage. Det er ikke laget en nasjonal modell for dette i Norge, men dette finnes i enkelte andre land. Så lenge det ikke er nasjonale føringer for triage, kan man se til internasjonal forskning og trender som tilsier bruk av anerkjente femgradige skalaer og triageopplæring.

De siste årene har det vært økt oppmerksomhet omkring pasientsikkerheten når det gjelder håndteringen av øyeblikkelig hjelp-pasienter i akuttmottakene i Norge. En viktig bakgrunn for dette, er at ved det landsomfattende tilsynet ved alle norske akuttmottak i 2007 ble avdekket flere alvorlige avvik. Samtidig har det i mange akuttmottak vært slik at pasientpågangen overskrider kapasiteten, og ikke alle får legetilsyn idet de ankommer akuttmottaket<sup>20</sup>.

Kunnskapssenteret fikk i 2011 i oppdrag å oppsummere tilgjengelig forskning om effekter av triagesystemer i den akuttmedisinske kjeden, med spesiell oppmerksomhet rettet mot prehospitale tjenester. Det ble ikke funnet dokumentasjon fra systematiske oversikter, kontrollerte studier eller avbrutte tidsserier som vurderer effekt av prehospital triage. Det manglet også dokumentasjon om effekt av å bruke det samme systemet for triage i flere ledd i den akuttmedisinske kjeden<sup>21</sup>.

## 4.6 Erfaringer fra pågående piloter

### Primærhelseteam

1. april 2018 startet et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet med ni kommuner, der målet er å teste om primærhelseteam i fastlegekontor gir et bedre tilbud til pasientene enn i et vanlig fastlegekontor.

Piloten gjennomføres i kommunene Rana, Austevoll, Eid, Flora, Hå, Ringsaker, Seljord, Kristiansand og Oslo (bydelene Alna, Nordstrand og Sagene). Piloten omfatter rundt 80 000 listeinnbyggere. Det er totalt 13 fastlegekontorer og 87 fastleger som deltar. Kommunene leder forsøket lokalt. Hver praksis har en ”daglig leder” (en av fastlegene) som leder prosjektet i den enkelte fastlegekontor. Alle fastlegene i pilotpraksisene deltar. Piloten ble i juni 2019 besluttet forlenget med to år til 31. mars 2023, og utvidet med 3-5 nye fastlegekontorer<sup>22</sup>.

Alle de 87 fastlegene har fått tildelt videoutstyr ved etableringen av piloten, som et verktøy de kan bruke både til videokonsultasjon og samhandling med andre aktører. Et legekontor som har tatt aktivt i bruk videoutstyr er Sørlandsparken Legekontor. Legesenteret tilbyr sine listepasienter kontakt flere ulike plattformer, bla videokonsultasjon<sup>23</sup>.

Primærhelseteamet i Sørlandsparken har god erfaring med å gjennomføre videokonsultasjoner med pasienter i alle aldre. Mange gir tilbakemelding om at de er fornøye med muligheten for

---

<sup>20</sup> <https://tidsskriftet.no/2013/02/originalartikkel/bruk-av-triage-i-norske-akuttmottak>

<sup>21</sup> [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport\\_2011\\_22\\_triagesystemer.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_22_triagesystemer.pdf)

<sup>22</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

<sup>23</sup> <https://splege.no/tjenester/>

videokonsultasjon, for da slipper de å komme fysisk til legekantoret. Sørlandsparken har også god erfaring med å bruke videomøter med helsepersonell og pasienter i bofellesskap for utviklingshemmede. Det kan spare både helsepersonell og pasienter for den tiden det tar å reise til legekantoret, foruten at videomøter også er en mer kort og klar møteform.

## **Medisinsk avstandsoppfølging**

Det pågår en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, i regi av nasjonalt velferds-teknologiprogram (2018 – 2021). Målgruppen for utprøving av medisinsk avstandsoppfølging er pasienter med kroniske sykdommer, og samtidig risiko for forverring av tilstanden, for reinnleggelse i sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder pasienter med diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Mange er multisyke og har flere diagnoser, og har ofte sammensatte og store behov for oppfølging. Utprøvingen bygger på en antakelse om at avstandsoppfølging kan føre til bedre oppfølging på en mer kostnads-effektiv måte, ved at pasienten blir mer oppmerksom på å opprettholde egen helse og oppdage tegn til forverring på et tidlig tidspunkt. Det er fastlegen som avgjør om det er medisinsk forsvarlig å følge opp den enkelte pasient med avstandsoppfølging.

Avstandsoppfølging i denne sammenheng er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme. Pasienten gjør selv avtalte målinger og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett. Utgangspunktet for oppfølgingen er en egenbehandlingsplan, som er utarbeidet i samråd med pasient, fastlege og sykepleier i oppfølgingstjenesten. Egenbehandlingsplanen bygger på pasientens mål og helsefaglige tiltak, og skal være beslutningsstøtte for pasienten som hjelp til å mestre livet med sykdom på en best mulig måte.

Resultatene av pasientens målinger og svar på spørsmål, overføres til en respons- eller oppfølgingstjeneste. Dersom rapporteringen viser tegn til forverring eller målingene er utenfor referanseområdet som er satt av fastlege i tverrfaglig møte, tar oppfølgingstjenesten kontakt med pasienten. Sykepleier i oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov for oppfølging og vurderer sammen med pasienten om det er behov for kontakt med fastlege eller legevakt. Referanseverdiene settes etter en prøveperiode på 14 dager, for å sikre at man finner det som er normalt for den enkelte.

Egenbehandlingsplanen er bygget opp etter en trafikklysmo­dell, som angir grønn, gul og rød sone. I grønn sone er pasienten innenfor sitt normalområde. Her er det angitt hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre for å opprettholde eller bedre egen helse og nå egne mål. I gul sone, som angir tegn til forverring, er det angitt hvilke tiltak pasienten kan iverksette selv, etter avtale med fastlege. Rød sone angir at det er en klar forverring og vil i de fleste tilfeller bety at pasienten bør tilses av fastlege eller legevakt. Egenbehandlingsplanen er også en støtte for pasienten til å mestre egen helse og ta beslutninger når oppfølgingstjenesten ikke er tilgjengelig/utenom arbeidstid.

Triagering i form av trafikklysmo­dellen det her er snakk om, er vesentlig for at helsepersonellet som følger opp pasienten kan gjøre dette på en kostnadseffektiv måte. Det sikrer at de som har verdier utenfor referanseområdet/egne normalverdier får veiledning/oppfølging til å håndtere situasjonen og bidrar til økt sikkerhet både for pasienter og de med oppfølgingsansvar. Det medfører også at helsepersonellet i oppfølgingstjenesten kan følge opp langt flere pasienter. Det



gjør også at oppfølgingen blir mindre personavhengig ved at man ikke må ha kjennskap til den enkeltes normalområde.

Den første utprøvingen som ble avsluttet i 2018, viste at brukerne rapporterte markant bedre oppfølging, trygghet og kontroll, mens effekten på forbruk av helsetjenester var mer usikker. Pasienter som deltok i utprøvingen ga uttrykk for at de opplevde at de fikk kontakt med helsetjenesten når de hadde behov for dette, og mange beskrev tiltaket mer som næroppfølging enn avstandsoppfølging.

Målet med den videre utprøvingen som pågår til 2021 er å få mer kunnskap om effekter, organisering og samarbeid, herunder fastlegens rolle, gevinster for aktørene og vil danne grunnlag for å komme med nasjonale anbefalinger.

### **Risikokartlegging i oppfølgingsteam**

Det er igangsatt en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølging (Oppfølgingsteam) av brukere med store og sammensatte behov. Piloten har varighet på 3 år og startet opp 1. september 2018 med deltakelse av 6 kommuner. Et viktig element i piloten er å prøve ut verktøy for risikokartlegging.

Formålet med piloten er:

- Bedre resultat for pasient og bruker, gitt personens egne mål
- Bedre funksjon for pasient og bruker (målt med funksjonsmål) og bedre egenmestring
- Bedre pasient/brukeropplevd kvalitet
- Å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelseser.

Direktoratet for e-helse har anskaffet et IT-verktøy fra firmaet Medrave AS, som kan benyttes på fastlegekontor og sykehus for å identifisere personer med risiko for framtidig funksjonsfall og sykdomsutvikling (risikostratifisering). Verktøyet tilbys gratis til fastleger i pilotkommunene og til lokalsykehusene til deltakende kommuner. Basert på pasientdata skal verktøyet identifisere personer som er aktuelle for strukturert tverrfaglig oppfølging. Leverandøren har i tillegg til leveransen til piloten, konsesjon for å selge verktøyet og en tilhørende praksisportal til fastleger, sykehus, kommuner, statlige virksomheter og andre som kan være interessert. Selve verktøyet for risikokartlegging er "The Johns Hopkins ACG System". Det bruker kjønn, alder og diagnose for å lage et såkalt ACG-vekting som blant annet sier noe om ressursbehovet en pasient har. Presisjonen øker noe hvis informasjon om legemiddelbruk også legges inn. Verktøyet er brukt på mange områder internasjonalt. Hovedbruken er det som kalles "population health management" hvor man bruker verktøyet til å stratifisere den populasjonen (befolkningen) man har ansvar for, slik at tiltak kan tilpasses og ressurser fordeles.

Resultatene fra evalueringen av piloten vil kunne si noe om risikostratifiseringsverktøyet gir bedre helsehjelp til brukere med store og sammensatte behov, ved at de blir identifisert og får oppfølging av oppfølgingsteam. Verktøyet er forankret hos fastlegene, og må ses i sammenheng med innretningen av en pilot for triage hos fastlege.

## **4.7 Spesielle utfordringer knyttet til triage på fastlegekontoret**

Triagering etter hastegrad og bruk av ressurser har til enhver tid vært en viktig aktivitet ved legekontor så lenge som allmennleger har hatt medarbeidere, legesekretær eller sykepleier, til å ta imot henvendelser.

Fastlege og medarbeidere fungerer på de fleste legekantorene som et team og ivaretar slik personlig kontinuitet<sup>24</sup>, og vil også være nøkkelpersoner for å lykkes med evt. innføring av e-konsultasjon og triagering<sup>25</sup>. Spesielt etter oppretting av fastlegeordningen har praksis vært at omtrent alle som ber om time får tildelt en time etter beste vurdering av helsepersonellet. Det er en rett de også har etter fastlegeforskriften.

## Relasjon pasient og fastlege

Forholdet mellom pasient og fastlege handler om personlige relasjoner som utvikles over tid bygd på en enkel uselektert og direkte tilgang til konsultasjoner hos fastlegen<sup>26</sup>. Studier av kontakt- og konsultasjonsforløp i allmennpraksis forteller at de styres av en dialog mellom pasienten og legen hvor styringen av samtalen skifter underveis og kan strekke seg over flere konsultasjoner. Flertallet av konsultasjonene handler om flere problemstillinger, ofte parallelt, og over 70% om multisykdom<sup>27</sup>.

Veien frem til valg av behandling og oppfølging varierer stort. Hva som kommer frem av informasjon og problemstillinger på to-mannshold er uforutsigbart, forløpet likeledes<sup>28</sup>. Denne tilsynelatende mangelen på struktur representerer likevel viktige kvaliteter.

Den gir opplevelse av likeverd og medvirkning, skaper tillit og bidrar nettopp til å utvikle relasjoner og kontinuitet<sup>29</sup>. Undersøkelser har funnet jo større tilliten er til fastlegen, i større grad velger pasienter å henvende seg til fastlegen fremfor legevakt og akuttmottak<sup>30</sup>. God tilgjengelighet og kontinuitet blir av den grunn fremhevet som sentrale kvaliteter i fastlegeforskriften §1. Listensvaret gir fastlegen i tillegg et helhetsansvar (§10) og fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser (§21).

---

<sup>24</sup> Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Annals of family medicine*. 2007;5(5):457-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893389>.

<sup>25</sup> A) Newbould J, Exley J, Ball S, Corbett J, Pitchforth E, Roland M. GPs' and practice staff's views of a telephone first approach to demand management: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2019;69(682):e321-e8. Available from: B) Brant HD, Atherton H, Bikker A, Porqueddu T, Salisbury C, McKinstry B, et al. Receptionists' role in new approaches to consultations in primary care: a focused ethnographic study. *British Journal of General Practice*. 2018;68(672):e478-e86. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/68/672/e478.full.pdf>.

<sup>26</sup> von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*. 2006 April 1, 2006;23(2):210-9. Available from:

<sup>27</sup> Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(616):e751-e9. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/63/616/e751.full.pdf>.

<sup>28</sup> Holman GT, Beasley JW, Karsh B-T, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. *JAMIA*. 2016;23(1):29-37. Available from: <http://jamia.oxfordjournals.org/content/jaminfo/23/1/29.full.pdf>.

<sup>29</sup> Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ*. 2008;337:a867.

<sup>30</sup> Henninger S, Spencer B, Pasche O. Deciding whether to consult the GP or an emergency department: A qualitative study of patient reasoning in Switzerland. *European Journal of General Practice*. 2019 2019/07/03;25(3):136-42. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1634688>.

Teknologi og forordninger som kommer i mellom innbyggerne og fastlegen må vurderes grundig i forhold til hvordan det kan påvirke kontinuitet, tilgjengelighet, likhet, helhetsperspektivet og de personlige relasjonene mellom pasienten og fastlegen<sup>31</sup>. Slike tiltak må også vurderes i forhold til fastlegeforskriftens krav og målsettinger. Eksempler på tiltak som direkte vil kunne påvirke relasjonen mellom pasient og lege er ulike former for triagering, anvendelse av strukturert tekst/skjema og helsefaglig standardisering<sup>32</sup> og må ses i lys av egenskaper ved konsultasjonsforløpet.

## Pasienter med flere sykdommer

Studier viser at innbyggere som benytter triagering og e-konsultasjon er yngre enn "gjennomsnittspasienten" hos fastlegen og relativt friske. Når det gjelder henvendelse om sykdom, handler det også hyppigst om nyopstått sykdom, ofte infeksjonssykdommer.

Mange triageringssystemer er diagnoseorienterte og bygger på faglige retningslinjer for enkeltsykdommer. Imidlertid, den største gruppen pasienter i nesten alle deler av helsetjenesten er innbyggere med multisykdom og polyfarmasi med et utall av kombinasjoner<sup>33</sup>. Jo, flere sykdommer, jo mindre relevante blir sykdomsspesifikke faglige retningslinjer<sup>34</sup>.

Foreløpig har det vært vanskelig å finne litteratur som drøfter triagering i primærhelsetjenesten knyttet til innbyggere med multiple kroniske sykdommer. De er den mest ressurskrevende gruppen i helsetjenesten. Gruppen har også et underforbruk av helsetjenester sammenlignet med f.eks. de som har tatt i bruk e-konsultasjon. Nedsatt mobilitet gjelder også mange av dem, og de mister kontakten med sin fastlege. Det er med andre ord gode grunner til å prioritere denne gruppen. For mange vil det måtte omfatte opplæring og involvering av evt. pårørende eller hjemmesykepleien. Utgangspunktet er godt, hittil har man oppnådd de beste resultatene når rutiner for e-konsultasjon (meldinger og telefon) mellom fastlege og hjemmesykepleie opprettes<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> Richardson J. King's Fund warns that access must not trump other essential attributes of general practice. *Bmj*. 2018;361:k2490. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/361/bmj.k2490>.

<sup>32</sup> A) Rudebeck CE. Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019;1-10. Available from: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639909>. B) Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Standardization meets stories: contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2013;8:21498. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24054352>. C) Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ open*. 2012;2(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23192245>.

<sup>33</sup> Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579043>.

<sup>34</sup> Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. Available from: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h176.long>.

<sup>35</sup> Wade VA, Karon J, Elshaug AG, Hiller JE. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. *BMC health services research*. 2010;10(1):233. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-233>.

## 4.8 Oppsummering

Triage handler om å sortere, prioritere og selekttere slik at riktig pasient får nødvendig helsehjelp på riktig sted til riktig tid. De mest trengende må få hjelp først. Det skal ligge kvalitet i vurderingen av hva som kan vente, løses av andre eller ved egenomsorg. I ulike deler av helsetjenesten brukes ulike systemer for triagering. Kjennskap til systemer for triagering brukt hos fastlege, ved medisinsk avstandsoppfølging, legevakt og i spesialisthelsetjenesten er viktig å ta med seg inn i arbeidet med utviklingen av et triageringsverktøy for e-konsultasjon.

Regjeringen ønsker å digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. I tråd med dette er det en klar forventning om at fastleger bør kunne tilby e-konsultasjon. Bruk av e-konsultasjoner er stigende og det er grunn til å tro at denne trenden vil fortsette. Bruk av triage på digitale flater vil trolig i fremtiden bli vel så viktig som triage ved henvendelse på telefon eller ved fysisk oppmøte.

Teknologi og forordninger som kommer mellom innbyggerne og fastlegen må vurderes grundig i forhold til hvordan det kan påvirke kontinuitet, tilgjengelighet, likhet, helhetsperspektivet og de personlige relasjonene mellom pasienten og fastlegen. Ved innføring av triage må en sikre seg at grupper med store medisinske behov ikke faller utenfor.

Innføring av både triagering og e-konsultasjon krever en oppfølging med kontrollgruppe og styrke nok til å evaluere forekomsten av utilsiktede hendelser<sup>36</sup>. Det er også grunn til å sammenligne effekten av triagering med andre tiltak som har vist seg å kunne redusere arbeidsbelastningen i allmennpraksis uten å redusere kvaliteten på tjenesten<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(3). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004180.pub2>.

<sup>37</sup> Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC health services research*. 2017;17(1):295. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>.

# 5 KUNNSKAPSOPPSUMMERING

I dette kapitlet følger en gjennomgang av kunnskapsoppsummeringen gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

## Oppsummering

NSE ble som en del av oppdraget om triage og e-konsultasjon bedt om å bidra med en hurtig forskningsoppsummering om triage i fastlegeordningen<sup>38</sup>.

Erfaringene i litteraturen viser at digital triagering er et felt i rask utvikling, men at det fortsatt ikke finnes nok kunnskap til å konkludere med hensyn til effekter. Triageringsverktøyets påvirkning på viktige endepunkter som kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og fordeling av helseressurser trenger fortsatt mer forskning.

## 5.1 Tematikk for hurtigoppsummeringen

Hurtigoppsummeringen skal gi kunnskap om verktøy som kan hjelpe fastleger til å få en mer effektiv arbeidssituasjon og om mulig sortere, prioritere og triagere pasienter til riktig nivå gjennom:

1. Nettbaserte selvhjelpsløsninger, hvor du som innbygger blir opplyst om helsesituasjonen din, og kan gjøre et informert valg uten å måtte kontakte helsetjenesten, eksempelvis internettbaserte helseportaler som Helsenorge.no.no.
2. Verktøy eller løsninger som sorterer innbyggere som har bedt om helsehjelp:
  - a. Løsninger som samler inn informasjon om helseproblem og symptomer før konsultasjon og sorterer pasienten til rett nivå og konsultasjonsform i helsetjenesten. Rett nivå kan være videokonsultasjon, e-post, faktisk oppmøte hos fastlege, sortering til oppmøte på nivå «under» fastlege: helsesøster, eventuelt helsesekretær.
  - b. En annen del av sorteringen er at pasienten får møte rett nivå til rett tid, for eksempel fastlege akutttime, eller fastlege om tre uker.
3. Vil en forhåndsrapportering av symptomer, for eksempel med utgangspunkt for å sortere pasienten til riktig nivå, kunne effektivisere individuell diagnostisering og gi høyere kvalitet på konsultasjonen?

## Introduksjon

Evalueringen av fastlegeordningen viser at fastlegeordningen er under press etter at fastleger de siste årene har fått en markant økning i arbeidsmengde (1). Norske pasienter oppgir at de er fornøyd med fastlegens faglige dyktighet, men mindre fornøyd med tilgjengeligheten til fastlegen (2). Pasientene mener fastlegene bør bli lettere tilgjengelige både digitalt og via telefon. Det beskrives en situasjon hvor *“...nesten hver tredje pasient oppgir at de må vente mer enn to*

---

<sup>38</sup> [https://ehealthresearch.no/triage-i-fastlegeordningen?fbclid=IwAR1fzCdKOnT43bjdmu5ZYnd0WiIN-mCxRinMW5D\\_MtWfE2C8v35YFCZUKY0](https://ehealthresearch.no/triage-i-fastlegeordningen?fbclid=IwAR1fzCdKOnT43bjdmu5ZYnd0WiIN-mCxRinMW5D_MtWfE2C8v35YFCZUKY0)

*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". De oppgir videre at det føles som fastlegen ikke har nok tid til dem når de er i konsultasjonen.*

I kunnskapsoppsummeringen er det undersøkt om triagering kan effektivisere fastlegeordningen og om det finnes beskrevne løsninger som kan avlaste fastlegene, samtidig som pasientene får et bedre tilbud. Oppsummeringen tar utgangspunkt i rapporter og vitenskapelige artikler.

## 5.2 Funn

### Nettbasert selvhjelp

Fastlegekrisen kan gjøre at pasienter ikke får den hjelpen de trenger eller ønsker seg til riktig tid. Dette kan medføre en økt etterspørsel etter tilgjengelig informasjon utenfor fastlegekontoret og det er da viktig å få enkel tilgang til pålitelig og god helseinformasjon (3). Flere og flere søker etter helseinformasjon på nett (4). Godt informerte pasienter som kjenner på mestringsfølelse i forbindelse med egen helse, er et mål i seg selv på steget mot langsiktig god helse og færre ulikheter i helsetilbudet (5).

Ved sykdom vil mange forsøke å diagnostisere seg selv ved hjelp av informasjon de finner på nett og deretter ta et valg om å ringe lege, legevakt eller forsøke å hjelpe seg selv til å bli frisk. Pålitelig og tilgjengelig informasjon på nett vil være en viktig faktor ved innføring av et triageringsverktøy for pasienter med et helseproblem, da et av alternativene i et slikt verktøy kan være å oppfordre til selvhjelp. Sammen med denne oppfordringen bør det henvises til et trygt sted med helseinformasjon, hvor pasienten kan stole på den informasjonen som gis (6).

### Når og hvordan søker pasienter på internett?

Man vet at pasienter tyr til internett for lett tilgjengelig informasjon om helse, men at de fortsatt stoler mest på legen sin for klinisk ekspertise og erfaring. Det er sprikende resultater for når pasienter søker etter helseinformasjon. Flere studier viser at internett brukes for å søke etter tilleggsinformasjon og for å fylle ut informasjonen om diagnose etter et besøk hos fastlegen, altså som et supplement til fastlegen, ikke en erstatning (3, 7). En studie av van Riel viser at pasienter søker på internett før de går til legen og at dette gir en bedre forståelse av symptomer og diagnoser (4). Helseinformasjon på nettet brukes da for å forberede seg til konsultasjon og skyldes ikke mangel på tillit til legen. Pasientene mister heller ikke tillit til legen etter å ha funnet informasjon på nett. Flere studier ser på hvordan informasjon kan hjelpe de med kroniske sykdommer. Kronisk syke pasienter bruker internett for å sjekke informasjon gitt av helsepersonell, søke etter alternative behandlinger og forstå sin situasjon bedre (6).

En liten studie fra England viser at det kan være vanskelig å søke etter helseinformasjon på nett: 53 % av de spurte pasientene har opplevd å bekymre seg for kvaliteten på helseinformasjonen de finner på internett, 30 % synes det tar mye krefter å finne informasjon og 24 % synes det er vanskelig å forstå informasjonen de finner (8). Informasjon på nett må kommunisere ut så den treffer alle pasienter, avhengig av deres helsetilstand, individuelle kontekst, hvor de er i pasientreisen og hvilket nivå de har på sitt engasjement rundt helse. Det må utvises fleksibilitet når innbyggere informeres, og det er viktig at tilgang til informasjon ikke begrenses til et enkelt medium, formidlet gjennom kun én kanal (7). Ved at man kjenner pasientens oppførsel og mønster i søken etter informasjon, er det enklere å få ut riktig informasjon til riktig pasient (3).



Man må legge til rette for at de med lav helsekompetanse også forstår informasjonen som deles, og har mulighet til å forstå informasjonen (7).

### **Den nasjonale nettportalen NHS (tidligere NHS Choices)**

En rapport fra NHS Primary Care Foundation i England spurte over 5000 fastleger om de mente at noen av konsultasjonene de hadde gjennomført var unødvendige eller kunne vært løst på en annen måte. Til sammen oppga de at 27 % av konsultasjonene kunne vært unngått av ulike grunner. Rundt 16 % av konsultasjonene kunne ifølge fastlegene vært mer effektivt løst ved å sende pasienten til noen andre i helsesystemet: andre i primærhelseteamet, helsesøster (care navigator, peer coach, health trainer) eller lignende. Av disse 16 % ble ca. 5 % oppgitt å være konsultasjoner som kunne vært løst av farmasøyt på apotek og/eller selvhjelp (9).

Statlige helseressurser på nett som NHS Choices i Storbritannia inneholder lett tilgjengelig og pålitelig informasjon som hjelper innbyggerne til selvhjelp. Det kommuniseres høy tilfredshet av brukerne av nettsiden (10). I en undersøkelse blant brukere av NHS oppgir 80 % at det de finner mest verdifullt ved bruk av nettsiden er kvalitetssikret informasjon om symptomer eller tilstanden sin, 54 % oppgir at det er mest verdifullt å få hjelp til å bestemme om de skal besøke sin fastlege, 39 % vil lære mer om behandlingalternativer og 34 % søker etter hjelp til å forstå informasjon som er gitt under en konsultasjon (10).

Det er undersøkt om god helseinformasjon på internett kan gjøre at færre går til fastlege. En studie blant brukere av NHS Choices nettside, undersøkte om helseinformasjon på nett kunne redusere antall fastlegekonsultasjoner. 33 % svarte at de trodde søket deres på NHS Choices reduserte deres bruk av legetimer. Samme spørsmål ble spurt til pasienter som satt på venterommet på legekantoret og ventet på å komme inn til legen. Av disse trodde 18 % at informasjon gjennom pålitelige nettsider kunne redusere bruken av fastleger (10).

### **Triageringsløsninger**

Aktiv triagering av pasienter i primærhelsetjenesten er ikke noe nytt. Pasienter kan ringe medisinsk nødtelefon eller legevaktstelefon for å få råd eller hjelp hele døgnet. De sluses så til passende omsorgsnivå etter en medisinsk vurdering av helsepersonell. På dagtid er fastlegekontor bemannet med enten sykepleier eller helsesekretær, som fyller en lignende rolle (11, 12). Disse ivaretar en mer eller mindre formell triageringsfunksjon i tett eller løst samarbeid med leger på kontoret. Det kreves systematisk arbeid over tid for å bygge opp kompetanse på triagering (13). Derfor er det viktig å være oppmerksom og ta vare på den betydelige kompetansen vi allerede har på legekantorene.

Erfaringer har vist at man kan lage mer formaliserte triageringsystemer som ivaretar pasientene på en god måte, men ikke at de nødvendigvis fungerer bedre enn tradisjonell sortering. I 2014 ble det publisert en stor kontrollert studie om telefontriagering i England (14). Studien inkluderte 20990 pasienter fra 42 allmenlegekantor. Pasienter som ringte inn og ba om time ble enten triagert av lege eller sykepleier som brukte et elektronisk beslutningsstøtteverktøy, eller etter helsesekretær eller sykepleiers skjønn som før. Det ble ikke påvist noen effektiviseringsgevinster i intervensjonsgruppene som benyttet beslutningsstøtte til triageringen. Verktøyet klarte ikke å identifisere de som kunne behandles på lavere omsorgsnivå med høy nok spesifisitet og dette gjorde at mange pasienter som ble forsøkt hjulpet på lavt omsorgsnivå måtte kalles tilbake til normale timer. Kombinert med tiden som gikk med til å triagere ved hjelp av verktøyet gikk vinningen opp i spinningen.

Selv om det er gjort mye forskning på telefontriagering er det stor usikkerhet knyttet til effekter på pasientsikkerhet, fordelingseffekter og kostnadseffektivitet. I en systematisk litteraturgjennomgang fra 2016 fant man at funn var sprikende eller usikre for nesten alle endepunkter (13). Man ser at nytten av telefontriagering er svært sensitiv for eksterne betingelser. Hver undersøkelse må derfor forstås som en test av et spesifikt triageringssystem brukt for et spesifikt formål under spesifikke betingelser. Selv mellom land med relativt sammenlignbare helsetjenester kan slike betingelser variere mye. Entydige svar for hvordan “telefontriagering” fungerer kan derfor ikke gis.

## Symptomsjekkere

### Beskrivelse av symptomsjekkere

Symptomsjekkere er spesialiserte programmer som forsøker å finne ut hva som feiler pasienten med utgangspunkt i pasientens rapporterte symptomer (15, 16). Dataprogram som stiller diagnoser er ikke noe nytt. Allerede i 1974 ble det beskrevet et program som kunne skille akutt blindtarmsbetennelse fra uspesifikke mageplager med høyere treffsikkerhet enn leger (17). Kliniske beslutningsstøttesystemer er i mange tilfeller vist å fungere godt, og blir mer og mer vanlig i klinisk praksis (18). Mens mange kliniske beslutningsstøttesystemer tar utgangspunkt i spesifikke problemstillinger (“Har pasienten akutt blindtarmsbetennelse?” eller “Har pasienten blodpropp i foten?”) forsøker symptomsjekkere å finne rett diagnose med utgangspunkt i generelle symptombilder (“magesmerter” eller “hevelse i ben”). Symptomsjekkere er ofte implementert som nettsider, men kommer også som apper for mobiltelefoner. Generelt tilbyr symptomsjekkere en grenseflate der bruker kan fylle inn sine symptomer og ofte får man spørsmål med tilknyttede svaralternativer å velge mellom. Man blir gitt nye tilpassede spørsmål helt til systemet enten stiller en diagnose eller gir opp.

Alternativt finnes det automatiserte chatte-tjenester som gir større muligheter for å rapportere symptomer som fritekst (19). Ofte vil symptomsjekkerens foreslåtte diagnoser listes opp etter sannsynlighetsgrad, sammen med en anbefaling for hva pasienten kan gjøre videre. Pasienten kan f.eks. rådes å ringe medisinsk nødnummer, kontakte legevakt eller evt. fastlege. Alternativt kan det gis råd for hvordan antatt tilstand kan behandles uten å involvere helsetjenesten. Symptomsjekkere har på få år blitt svært populære. Nasjonale og private aktører i England og Australia rapporterer i dag millioner av brukere (20-23).

Manuell triagering gjort av høyt kvalifisert personell er ressurskrevende. Om en datamaskin kunne gjort denne jobben, ville det åpenbart vært nyttig. På lang sikt kunne man også drømt om digitale symptomsjekkere som triagerer bedre enn mennesker. Symptomsjekkere kan analysere sykehistorier uten fordommer når det gjelder kjønn, utseende og sosioøkonomisk status. I tillegg kan de ha et sterkere beslutningsgrunnlag å jobbe med, ettersom pasienter i noen situasjoner har lettere for å dele sykehistorien sin med datamaskiner (24, 25). Gode symptomsjekkere kunne bidratt til å forbedre ressursutnyttelsen i helsetjenesten generelt. Samtidig kan dårlige symptomsjekkere forårsake overforbruk av helsetjenester og/eller påføre skade for den enkelte pasient.

### Hvor gode er symptomsjekkere?

Hvorvidt det er en god eller dårlig idé å bruke symptomsjekkere for å triagere pasienter avhenger av hvor godt eller dårlig de fungerer.



I flere undersøkelser har man testet symptomsjekkernes diagnostiske presisjon opp mot kunstige pasienthistorier. Symptomsjekkere blir matet med symptomer forenelig med klassiske sykdomspresentasjoner. Deretter ser man om de har funnet rett diagnose, og om de gir gode triageringsråd i de tilfeller der det tilbys. Generelt har man funnet at diagnostisk treffsikkerhet er lav, og at triageringsråd som gis er relativt risikoaverse (motvilje til å ta risiko) [28]. Samtidig er det stor forskjell mellom de beste og dårligste systemene. De dårligste systemene klarer i noen undersøkelser bare å finne rett diagnose eller triageringsråd i ca. 1/3 av tilfellene [15]. Til sammenligning klarer de beste systemene å treffe rett i opp mot 70-80 % av tilfellene. Av spesiell interesse er evalueringer av et system kalt "Babylon symptom checker". I to artikler beskrives systemet å prestere like godt eller bedre enn leger, men ingen av disse artiklene har gått gjennom fagfelle-vurdering. Studiene er lovende, men foreløpig av for lav kvalitet til at det kan konkluderes rundt effektivitet (26, 27).

For å optimalisere treffsikkerhet vil symptomsjekkere ofte bygge på en sannsynlighetsmodell som tar høyde for hvor vanlige sykdommer er i befolkningen generelt. Slike algoritmer vil naturlig helle til å tro at pasienter har vanlige sykdommer. Dette fordi en klassisk presentasjon av en svært sjelden sykdom ofte vil være sjeldnere enn en atypisk presentasjon av en vanlig sykdom. Symptomsjekkere presterer derfor bedre når de brukes av unge og friske pasienter som sannsynligvis har vanlige sykdommer (15, 28, 29). Samtidig er alvorlige, men sjeldne sykdommer ofte de man er mest opptatt av å fange opp. I virkeligheten tilpasses derfor utredning og behandling ikke bare etter hva som er mest sannsynlig, men også etter hva som er viktigst å ikke gå glipp av. Noen symptomsjekkere er stilt inn slik at de velger ut den mest alvorlige diagnosen de ikke klarer å utelukke. Dette vil kunne øke pasientsikkerheten, men påvirker også systemets spesifisitet og nytteverdi (30).

Ikke alle symptomsjekkere dekker alle typer sykdommer. Om de kun kan brukes for avgrensede problemstillinger kan de likevel være nyttige fordi noen sykdommer står for en relativt stor andel av det totale pasientvolumet. For eksempel er en symptomsjekker som bare dekker luftveisinfeksjoner vist å kunne avlaste fastleger noe (31). Jo mindre kompleksitet man trenger å ta høyde for, jo lettere er det å lage effektive systemer. I dag er det slik at de fleste tilgjengelige symptomsjekkere har som grunnleggende antagelse at pasienten kun har én diagnose. Multisyke pasienter har ofte komplekse symptombilder påvirket av flere underliggende tilstander. De sykdomsspesifikke retningslinjene mange symptomsjekkere er basert på, vil i slike situasjoner være mindre relevante (32). Dette er et stort problem fordi de multisyke utgjør en stor og viktig pasientgruppe (33).

I 2017 ble det gjennomført et piloteringsprosjekt for symptomsjekkere i 4 regioner i England. Det underliggende beslutningsstøtteverktøyet for telefontriagering i England ble gjort tilgjengelig på nett sammen med 3 andre systemer. De fire systemene ble til sammen gjort tilgjengelig for 7,53 millioner innbyggere. Foreløpig er kun et utkast av den ferdige rapporten tilgjengelig (21, 34). I utkastet kan man lese at pasienter som brukte symptomsjekkere ble triagert til et lavere omsorgsnivå sammenlignet med de som ringte inn på telefon. Samtidig var det tegn som tydet på at disse to gruppene ikke var direkte sammenlignbare. Resultater fra spørreundersøkelser viste at mange brukte symptomsjekkerne på nett hvis de selv opplevde at de ikke hadde behov for akutt helsehjelp. Om de allikevel ble anbefalt av triageringsverktøyet å oppsøke akutt hjelp valgte mange derfor å ignorere dette rådet.

Det er mangel på studier fra primærhelsetjenesten hvor symptomsjekkere testes i noe som minner om reelle kliniske situasjoner. Erfaringer fra utlandet tyder på at pasienter er villige til å

ta i bruk slike systemer, men at det er usikkerhet knyttet til viktige endepunkter som pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og fordelingseffekter (29).

## **Symptomrapportering før konsultasjon**

For å bli triagert på nett må pasientene rapportere inn sine symptomer. Kan denne rapporteringen også komme til nytte i andre sammenhenger, som i konsultasjonen mellom fastlege og pasient?

### **E-konsultasjon**

Ved bruk av e-konsultasjon vil det være nyttig om pasienten på forhånd rapporterer inn symptomene sine slik at legen kan vurdere beste konsultasjonsform. I Kunnskapsoppsummeringen har man funnet få studier som undersøker symptomrapportering før e-konsultasjon. I forkant av e-konsultasjon i eConsult, må pasientene fylle ut et online-skjema (35). Ansvarlig lege kan så triagere pasienten til en passende konsultasjonsform basert på informasjonen pasienten legger inn. I denne studien gjorde tekniske utfordringer det vanskelig å få til en online toveis-konsultasjon, så legene fikk valget mellom å se pasienten på legekontoret, ta en telefonkonsultasjon, eventuelt gi (ny) resept eller helseinformasjon. Systemet er pilotert flere steder i Storbritannia, men er ikke vist å spare inn tid for leger (36, 37).

I en pilotstudie fra USA rapporterte pasienter inn en strukturert sykehistorie i forkant av en e-konsultasjon. Leger opplevde at dette gjorde det lettere å behandle forespørsler fordi sykehistorien ble lettere tilgjengelig og også mer komplett. Dette førte til at de sjeldnere trengte å ta kontakt med pasienten for å få utfyllende informasjon (38).

### **Deling av helseinformasjon med legen**

Studier viser også at pasienter er villige til å dele informasjon med legen i forkant av en konsultasjon (8, 39-41). I de fleste studiene er det ikke funnet at det er brukt nettbrett i venterommet, men det varierer hvilken informasjon pasientene legger inn og hvordan den brukes videre. For eksempel ba Foucher-Urchy et al pasientene registrere livsstilsdata (kosthold, stress, trening, depresjon, søvnproblemer, etc) (41). Denne informasjonen ble koblet med kliniske data fra journalen og kunne brukes som beslutningsstøtte i forebyggende helsehjelp. Studien viste forøvrig at pasientenes gjennomføringsevne i forbindelse med livsstilsråd var lav på lengre sikt.

De fleste pasientene i studiene, rapporterte tilbake at verktøyene kan ha positiv effekt på egen helse og at legene får en bedre forståelse for deres helse (8, 41). De fleste legene meldte også tilbake at pasientene tok godt imot verktøyet og at pasientenes involvering i egen helse økte.

Selv om både pasienter og leger er positive til verktøy for konsultasjonsforberedelse har de også uttrykt noen bekymringer, blant annet til personvern, brukervennlighet hos utvalgte pasientgrupper (eldre, dårlig syn, språk, etc) og økt press på de ansatte (8, 40). Pasientene mente også at en slik løsning ikke kunne erstatte informasjon gitt dem direkte av lege eller annet helsepersonell.

I de fleste studiene som er funnet i kunnskapsoppsummeringen, er det brukt nettbrett for å innhente symptomer mens pasienten venter på å komme inn til legen. En undersøkelse der tilfeldig utvalgte personer har fått spørsmål om hvordan de som pasient vil foretrekke å rapportere sine symptomer svarer de fleste at de ville valgt et verktøy de allerede bruker mye i hverdagen, som e-post og smarttelefon (39).

### **Pasientens prioritering av helseplager**

En konsultasjon vil kunne bli bedre dersom pasienten på forhånd har tenkt gjennom og prioritert sine plager og får fram hva som er viktigst å behandle i konsultasjon. Dette gjelder uavhengig av konsultasjonsform. I én studie er det utviklet et verktøy der pasienter, mens de sitter i venterommet, kan prioritere hva som er viktigst for dem å ta opp med legen (42, 43). Målet med studien var å se om bedre kommunikasjon med legen kunne gi bedre kvalitet på helsetjenesten hos pasienter som av ulike grunner tidligere ikke hadde fått god nok helsehjelp. Før konsultasjonen ble pasientene bedt om å prioritere én til to punkter fra en liste av 6 kategorier, i tillegg fikk de mulighet til å utdype i et fritekstfelt. Sammenlignet med kontrollgruppen var disse pasientene bedre forberedt til timen, men over tid var det ingen forskjell i kvaliteten på helsetjenestene de to gruppene fikk (42, 43).

I en lignende studie fra 2017 ble pasienter med kroniske sykdommer i forkant av konsultasjon bedt om å fylle ut hvilke tema de ønsket å diskutere med legen (44). Denne informasjonen ble koblet med den elektroniske journalen. Pasientene syntes de kommuniserte bedre med legen og at de fikk diskutert de problemstillingene de syntes var viktige. Legene opplevde at en slik agenda var til nytte for å planlegge konsultasjonen, men Lee et al understreker at det er viktig at en slik agenda ikke blir for omfattende (44).

## **5.3 Konklusjon**

Denne hurtige kunnskapsoppsummeringen beskriver erfaringer med triagering i fastlegjetjenesten, beskrevet i vitenskapelig litteratur og grålitteratur (litteratur som ikke er publisert i formelle-kommersielle kanaler). 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 symptomrapportering fører til bedre kommunikasjon med helsetjenesten, men det er ikke gjort mye eller dyptgående forskning på feltet. Da helsesystem og demografiske og kulturelle ulikheter er store mellom land, ser vi at mange av resultatene vi finner fra utlandet er vanskelig å overføre til norske forhold.

Det anbefales å gjennomføre større studier eller piloter som kan besvare de viktigste utfordringene med digital triagering før man beslutter å implementere triage-løsninger i primærhelsetjenesten.

# 6 BEHOVET FOR TRIAGE

## 6.1 Hvilke problemer skal løses

I dette kapitlet beskrives erfaringer og behov for e-konsultasjon og et verktøy for triage for de ulike aktørene. Det tas i hovedsak utgangspunkt i innspill fra workshopen hvor interessenter fikk anledning til å komme med innspill, blant annet pasienter, fastleger og helsesekretærer. I dette kapitlet beskrives også behov knyttet til fastlegekontorene som behov for mer tilgjengelige helsetjenester, behov for organisering av arbeidsdagen på fastlegekontorene tilpasset bruk av e-konsultasjon og triage og behov for brukervennlige tekniske verktøy. Det er flere sammensatte utfordringer som skaper et behov for en triageringsløsning. Pasienter ønsker flere digitale tjenester og forventer i større grad at fastlegene er tilgjengelige på digitale flater og tilbyr tjenester som videokonsultasjon.<sup>39</sup>

Evalueringen av fastlegeordningen viser at fastlegeordningen er presset, og at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene<sup>40</sup>. Triage og e-konsultasjon kan være med å bidra til å redusere arbeidsbelastningen for legen, gitt at innretningen er riktig og at løsningen ikke bidrar til overforbruk av legetjenester.

Det er videre en utfordring i sektoren at fastlegekontorene har ulik praksis og varierende tilbud når det gjelder triagering. Der noen fastlegekontor primært benytter telefon og helsesekretær som førstelinjetriagering, har andre fastlegekontor valgt å gå vekk fra telefon og benytter nærmest utelukkende digitale løsninger.

Litteratursøket som er nærmere beskrevet i kapittel 5, viser at det er begrenset med forskning og studier som viser entydige positive effekter ved ulike triageringsløsninger. Det er derfor behov for å gjennomføre en pilot for å teste hvordan en triageringsløsning fungerer i praksis under norske forhold, og hvilke konsekvenser en slik løsning kan få for blant annet kvalitet på helsetjenestene, pasientsikkerhet, effektivitet og fordeling av helseressurser.

### Øke digital tilgjengelighet

I 2018 presenterte Forbrukerrådet en rapport om "Digital Modenhet ved norske fastlegekontor"<sup>41</sup>. Kartleggingen er basert på spørreundersøkelser sendt til norske fastlegekontorer, samt et representativt utvalg brukere. Det ble i tillegg gjennomført intervjuer av fastlegene, samt andre sentrale helseaktører som Norsk Forening for allmennmedisin (NFA).

Rapporten peker på at fastlegekontorene og innbyggerne primært benytter telefon som

---

<sup>39</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

<sup>40</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

<sup>41</sup> Digital modenhet ved norske fastlegekontor. Forbrukerrådet 2018.

kommunikasjonskanal. Likevel mener 90 % av fastlegekontorene at de ved å ta i bruk digitale tjenester kan oppnå redusert pågang på telefon, raskere svar på henvendelser fra pasient og mer effektiv kommunikasjon. 87 % av fastlegene mener samhandling med andre enheter har et stort potensiale for digitalisering.

Rapporten avdekker at selv om majoriteten (86 %) av norske legekantor tilbyr digitale tjenester gjennom en sikker innloggingsløsning, for eksempel via Helsenorge.no.no, innebærer ikke dette at fastlegekontorene tilbyr de samme digitale tjenestene. Rapporten viser at tilnærmet alle fastlegekontorene i undersøkelsen gir pasientene mulighet for å bestille time digitalt, 52 % av legekantorene tilbyr toveis skriftlig e-konsultasjon, men kun 8 % av fastlegekontorene tilbyr videokonsultasjon. Undersøkelsen viser at videokonsultasjon nærmest ikke er i bruk ved norske fastlegekontor og mye tyder på at fastlegekontorene har en avventende holdning til økt bruk av videokonsultasjon i fremtiden. En av de viktigste årsakene til dette er at det per i dag ikke foreligger noen form for finansiering av en slik tjeneste. Kartleggingen viser at 33 % av fastlegekontorene er positive til økt bruk av videokonsultasjon, hvorav 82 % mener det er potensial for å øke bruken av digitale tjenester ved enkel pasientkontakt.<sup>42</sup>

Brukere og pasienter har også stadig økende forventninger til at offentlige helsetjenester digitaliseres. Pasienter forventer å kunne delta i avgjørelser om egen behandling, som inkluderer hvor, når og hvordan de skal motta behandling. Rapporten fra Forbrukerrådet viser at 75 % av brukerne spurt i undersøkelsen er "*helt eller delvis enig i at det er en forbedring at fastlegekontoret deres stadig tilbyr flere digitale tjenester*"<sup>43</sup>. De fleste mener at den største fordelen ved å ta i bruk digitale tjenester er at det bidrar til mer effektiv kommunikasjon mellom pasient og fastlegekontor. 72 % mener de sparer tid ved å benytte digitale tjenester.

Økt digital tilgjengelighet og tjenester som muliggjør at pasienter kan følge med på egen behandling og melde tilbake ved feil, kan også bidra til økt pasientsikkerhet.

Rapporten Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19, fra Folkehelseinstituttet<sup>44</sup>, viser at mange pasienter er fornøyde med fastlegen, særlig når det gjelder fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor, faglig dyktighet og muligheten for å henvise videre ved behov.

Ut fra pasientenes perspektiv er det et større forbedringspotensial når det gjelder tilgjengelighet. Mange opplever at ventetiden for å få time eller ventetiden 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 time når behovet ikke er akutt.

---

<sup>42</sup> Digital modenhet ved norske fastlegekontor. Forbrukerrådet 2018.

<sup>43</sup> Digital modenhet ved norske fastlegekontor. Forbrukerrådet 2018.

<sup>44</sup> [https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/rapport\\_pasienterfaringer-med-fastlegen.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/rapport_pasienterfaringer-med-fastlegen.pdf)

I rapporten fra Folkehelseinstituttet er det flere pasientgrupper som rapporterer om dårligere pasienterfaringer enn andre, som pasienter med dårlig egenvurdert fysisk helse og pasienter som er født i andre land enn Norge. Majoriteten av pasientene rapporterer et stort forbedringspotensiale på opplevd ventetid på ikke-akutt timer.

### **Redusere legenes arbeidsbelastning**

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019<sup>45</sup> viser at fastlegene har fått en vesentlig økt arbeidsbelastning de siste årene og opplever nå arbeidssituasjonen som u håndterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Både teknologi, tjenester og markedet er i utvikling, og denne utviklingen kommer til å få større betydning for fastlegenes virke enn i dag.

Fremveksten av kommersielle allmennleger som tilbyr legetjenester utenom fastlegeordningen, presser fastlegene til å konkurrere og tilby tilsvarende helsetjenesten til egne listepasienter som ikke har råd eller mulighet til å oppsøke andre leger i markedet.

Ved økt digitalisering av fastlegetjenestene vil det være en utfordring at portvaktfunksjonen svekkes ved at innbyggerne kan bestille og igangsette konsultasjoner uten inn gripen med fastlegen eller fastlegens medarbeidere. Ved innføring av e-konsultasjon (tekst, bilde og video) blir det viktig at e-konsultasjonstjenestene kombineres med funksjonalitet for triage for å sikre at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå. Det er derfor behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om triage og e-konsultasjon hos fastlegen. Piloten som foreslås i denne utredningen er å anse som et viktig ledd i arbeidet med å øke kunnskapsgrunnlaget om digital helsehjelp.

## **6.2 Behov for triageringsverktøy i e-konsultasjon**

Denne utredningen viser at det er behov for et triageringsverktøy som er lett å ta i bruk for pasient og behandler. 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 eller videokonsultasjon. I workshopen avholdt 18. september fremkom det at et triageringsverktøy kan være et viktig konsultasjonsforberedende verktøy. Ved å registrere symptomer vil pasienten reflektere over hvilke symptomer som inntraff og når de inntraff. Denne øvelsen kan også støtte pasientens evne til å prioritere spørsmål som "Hva ønsker jeg å snakke om i dag?", "Hva er viktig for meg?".

Utredningen viser også at et triageringsverktøy vil kunne sikre at pasienten er mer fortrolig og oppgir et mer korrekt sykdomsbilde, da mange pasienter vegrer seg for å oppgi sensitiv helseinformasjon.

---

<sup>45</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

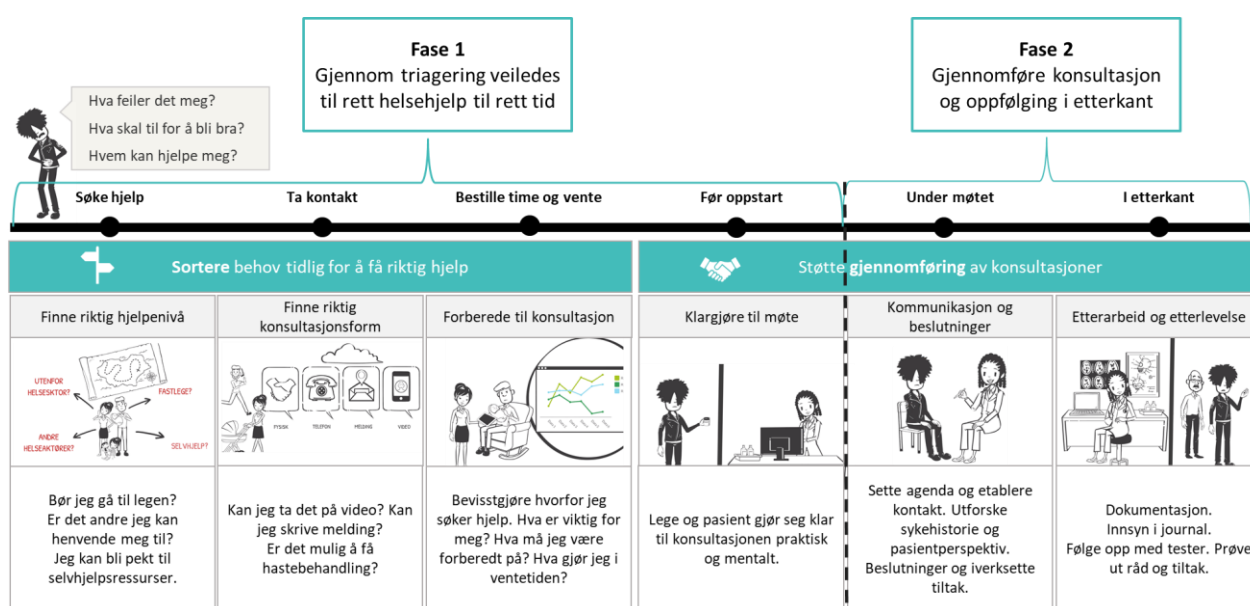
Et godt triageringsverktøy vil kunne spare tid for både pasient og helsesekretær. Løsningen som tilbys må kunne støtte funksjonalitet som timebestilling, videokonsultasjon, tekst/chatbasert dialog og andre henvendelser. Triageringsverktøyet skal komme i tillegg til dagens løsning der helsesekretærer i stor grad besvarer telefon. Telefon vil fortsatt være viktig for personer med liten erfaring med digitale løsninger.

Et triageringsverktøy kan bidra til at man får sortert behov tidlig for å få riktig helsehjelp til rett tid og kan også være støtte for gjennomføring av konsultasjoner. I sorteringen av behov er det sentralt å finne **før møtet**:

- Når innbyggeren søker om hjelp, er det behov for å finne det riktige hjelpenivået, er det f.eks. behov for en legetime hos fastlege, en annen tjeneste, eller kan man finne informasjonen man trenger på en nettside.
- Når innbyggeren tar kontakt, er det behov for å vite om man trenger konsultasjon og hvilken konsultasjonsform og om man må møte fysisk opp hos fastlegen eller om henvendelsen kan egne seg for en videokonsultasjon..
- I forberedelsen av en konsultasjon, kan man bli bevisst på hvorfor man trenger en konsultasjon, hva vil man ha ut av konsultasjonen, hva må man forberede seg på og hva skal man gjøre i ventetiden.
- I klargjøring til møtet er det behov for at lege og pasient gjør seg klare til konsultasjonen praktisk og mentalt.

Triageringsverktøy kan også være støtte i gjennomføringen av konsultasjonen og oppfølgingen i **etterkant av møtet**:

- I kommunikasjonen og beslutningene som tas, som f.eks. hva er tema for konsultasjonen, sykehistorien til pasienten, hvordan pasienten har det praktisk og mentalt etc.
- I etterarbeid og oppfølging er det behov for dokumentasjon, oppfølging av prøver, og prøve ut ulike råd og tiltak.



Figur: Direktoratet for e-helse 2019.

Det må settes av tilstrekkelig med ressurser for opplæring og veiledning av nytt triageringsverktøy, både til pasient og behandler.



### 6.3 Workshop - Innspill fra interessenter

Det ble gjennomført en workshop med 45 deltakere deriblant pasienter, brukere, leger, helsesekretærer etc., 18. september 2019. Formålet med workshopen var å samle innspill om brukernes behov i forbindelse med en utprøving og innretning av et triageringsverktøy.

I workshopen ble det lagt vekt på få innspill på behov for e-konsultasjon og et verktøy for triage. Et felles behov for pasient, lege og helsesekretær er at triageringsløsningen skal hjelpe pasienten med å velge riktig helsetjeneste på riktig nivå. Dette for å sikre kvalitet og effektivitet ved innføring av heldigitale pasientforløp.

Det kom frem i workshopen at pasient og- brukere har behov for en enkel triageringsløsning som hjelper pasientene til å orientere seg i landskapet av helsehjelp, og finne rett nivå av helsehjelp til rett tid. Pasientene ønsker en digital løsning hvor de er trygge på å innrapportere sykdomstegn – og forløp, i visshet om at informasjonen blir håndtert på en fortrolig og sikker måte. Videre forventer pasient- og brukere at konsultasjoner kan gjennomføres på video for å blant annet å spare reisetid. En pasient og- brukerrepresentant uttrykte det slik: *"Jeg kan ikke forstå at jeg i 2019 må ta fri fra jobben for å gå til legen i arbeidstiden for enkle henvendelser, når jeg kunne gjort dette hjemmefra eller fra kontoret"*.

Legene i workshopen var stort sett fornøyd med dagens løsning for triagering, men ønsker en triageringsløsning som i større grad sikrer bedre utnyttelse av legens tid. Det er et ønske at løsningen legger til rette for god logistikk med flere nivåer av helsetjenester i tilbudet. Det er derfor nødvendig at en triageringsløsning hjelper pasienten med å finne rett nivå av helsehjelp.

Det er behov for en løsning som sikrer at en pasient ikke benytter e-hastetime til en problemstilling som kan vente, eller bestiller videotime der det kreves fysisk undersøkelse. En lege påpekte at nøkkelen til god triagering er at: *"Vi sløser med tid når pasienter spør etter resepter på skriftlig e- kommunikasjon når de allerede har en gyldig resept og kunne vært triagert bort"*.

Legene har tro på at en triageringsløsning kan være konsultasjonsforberedende og hjelpe pasienten med å prioritere hva han eller hun ønsker svar på. Legene er svært opptatt av at faglig forsvarlighet må være ivaretatt i triageringsløsningen, og at det bør utarbeides en veileder som tydeliggjør når det er forsvarlig å gjennomføre videokonsultasjoner.

Helsesekretærene i workshopen la vekt på at de ønsket en enkel triageringsløsning som er lett å ta i bruk. Triageringsløsningen bør ha en innebygget chattemulighet som sikrer raske avklaringer. Triageringsløsning kan friggi mye tid for helsepersonell og sikre at pasientene opplever kortere ventetid. Helsesekretærene poengterer behovet for å sette av tilstrekkelig tid til opplæring og veiledning av løsningen. Det er viktig å forventningsstyre pasientene og hjelpe de til å forstå hva denne løsningen kan hjelpe dem med.

Et triageringsverktøy bør innrettes slik at pasienter får god veiledning og hjelp til å velge rett behandling. Det er viktig at triageringsverktøyet utformes slik at det er enkelt å bruke for pasient og helsesekretær eller annen behandler. Det er viktig å styre forventningene til innbyggerne, slik at de forstår hvordan de kan bruke triageringsverktøyet og hva de kan få hjelp til ved å benytte



dette. Det er derfor behov for å sette av tilstrekkelig med ressurser til opplæring og informasjonsmateriell.

Helsesekretærene var også opptatt av at triageringsverktøyet bør inkludere mulighet for videokonsultasjon.

## 6.4 Behovet for revisjon av veileder for e-konsultasjon

For at fastlegene på best mulig måte skal utnytte mulighetene som e-konsultasjon gir, må det defineres veiledere og beste praksis rettet mot systemleverandør, fastlege og innbygger for tekstkonsultasjon, videokonsultasjon og nettbasert timebestilling. Dette ble blant annet presisert av flere fastleger i workshopen pkt. 6.3.

Det foreligger i dag en veileder for tekstkonsultasjon<sup>46</sup>. Denne er fortsatt gyldig, men bør oppdateres. Det er vesentlig at det beskrives hvordan tjenestene skal gjøres tilgjengelig for pasienten på Helsenorge.no og/eller på kommersielle nettportaler.

I rapporten om E-konsultasjon fra 2018<sup>47</sup> hos fastlege og legevakt gis det anbefaling om at fastleger og annet helsepersonell bør få opplæring og veiledning i best praksis for e-konsultasjon. Det vil gi støtte og etablere trygghet i bruk av digital dialog med pasienter. Det bør utarbeides veiledere og e-læringskurs med beste praksis innen digital klinisk kommunikasjon. Det anbefales videre at opplæringen inngår i grunn-, videre- og etterutdanningen og i veiledningen i spesialistutdanningen. Kunnskap om ferdigheter i digital dialog, må tas inn i dagens system for opplæring og veiledning i klinisk kommunikasjon.

I workshopen fra 18. september ble det igjen påpekt behov nasjonale føringer og opplæring og veiledning i bruk av e-konsultasjon (tekst og video). Det ble også understreket at det er viktig med god informasjon og veiledning i å bruke et triageverktøy både for innbyggere og helsepersonell.

Helsepersonell vil ha behov for veiledning i hvordan man skal motta og følge opp henvendelsene som er triagert inn til fastlegekontorene. Dette må også omfatte hvordan legepraksisen skal organiseres og innrette arbeidsdagen for å motta henvendelser digital gjennom et verktøy for triage. Det vil bli en ny måte å jobbe på.

For innbyggeren vil det være behov for informasjon og veiledning om hvordan man skal bruke et nytt digitalt verktøy for å komme i kontakt med fastlege og/eller for å få informasjon. God informasjon er en forutsetning for innføringen av et triageverktøy. Det vil samtidig også være viktig å informere om alternative måter å ta kontakt med fastlegen, for de som ikke er på digitale flater, som f.eks. eldre.

---

<sup>46</sup> Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege. Direktoratet for e-helse 2017

<sup>47</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/\\_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf)

Hvordan opplæring og veiledning skal gis, må være en del av det som må prøves ut for helsepersonell og innbyggere som deltar i en pilot. Først når et verktøy for triage er valgt, vil en kunne utforme en strategi for informasjon og veiledning. Evalueringen av en pilot om e-konsultasjon og triage hos fastlegen, vil kunne være grunnlag for utformingen og innhold av en revisjon av veileder for e-konsultasjon.

Det er et bredt ønske om å ha nasjonale føringer og veiledning i bruk av digitale tjenester. Det er likevel en felles oppfatning at det ikke er hensiktsmessig å lage spesifikke retningslinjer eller uttømmende lister over problemstillinger som er klarert for behandling via e-konsultasjon<sup>48</sup>. En slik oversikt vil heller ikke være uttømmende. Dette er også i samsvar med Sosialstyrelsen i Sverige sine anbefalinger, jf. deres svar på oppdrag fra Regjeringen (2. november 2018). Bruk av digitale virkemidler endrer ikke grunnleggende behandlingsmessige ansvarsforhold. Legen må selvstendig vurdere om informasjonen pasienten har presentert er god nok for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Legen må bruke eget skjønn og kunnskap. Erfaringer fra DDFL (Digital Dialog Fastlege) viser at slike avveininger i utgangspunktet ikke er vesentlig forskjellig fra annen ordinær klinisk praksis<sup>49</sup>.

## 6.5 Samfunnets behov

Det er et ønske at digitale tjenester kan gi økt nytte for pasient og for de ansatte i fastlegekontorene. I tillegg er det et ønske at digitale tjenester skal gi økonomisk gevinst for kommunen og for samfunnet i form av spart tid<sup>50</sup>.

Helsemyndighetene har som målsetting at innbyggerne i Norge skal motta like helsetjenester, og ha lik tilgang på disse. Hvis digitale kontaktflater og konsultasjonsformer brer om seg og forventes benyttet av innbyggerne, må man være oppmerksom på ulikheter i befolkningen med tanke på tekniske ferdigheter, tilgang på datateknisk utstyr og fortrolighet med konsultasjonsformen. Det er viktig å ha kontroll på at tjenestene nås av alle ønskede grupper, og at sosial ulikhet ikke oppstår eller forsterkes av et nytt offentlig helsetilbud.

I rapporten E-konsultasjon hos fastlege og legevakt, blir det beregnet at e-konsultasjon hos fastlegene kan gi en samfunnsøkonomisk gevinst på 534 mill. kroner i netto nåverdi (medregnet nytte og kostnad) i tidsperioden 2019-2028. Effektene oppstår på grunn av redusert tidsbruk og spart reisekostnad for innbyggerne. I tillegg kan e-konsultasjon føre til bedre brukeropplevelse av helsetjenesten, bedre tilgjengelighet og derav gevinster for fysisk og psykisk helse, som er kvalitative effekter<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> *Workshopen 16.10.2018*

<sup>49</sup> *Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege. Direktoratet for e-helse 2017*

<sup>50</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/\\_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf)

<sup>51</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/\\_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/_attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf)

Et verktøy for triage kan bidra til å sortere alle henvendelsene, slik at det blir riktig sortering og prioritering av henvendelsene. Dette kan igjen være utgangspunkt for en ny måte å organisere arbeidsdagen i fastlegekontorene tilpasset samfunnets behov for mere tilgjengelige og digitale helsetjenester.

I en pilot for utprøving av e-konsultasjon og triage vil evalueringen kunne vise om man oppnår ønskede effekter og gevinster av bruk av e-konsultasjon og triage hos fastlegen.

## 6.6 Oppsummering

I workshop kom det frem at det er et felles behov for pasient, lege og helsesekretær at triageringsløsningen kan hjelpe pasientene med å velge riktig helsetjeneste på riktig nivå. Dette kan sikre kvalitet og effektivitet ved innføring av heldigitale pasientforløp.

Det er behov nasjonale føringer og opplæring og veiledning i bruk av e-konsultasjon (tekst og video). Det viktig med god informasjon og veiledning i å bruke et triageverktøy både for innbyggere og helsepersonell.

For samfunnet kan e-konsultasjon og triage gi en samfunnsøkonomisk gevinst på grunn av redusert tidsbruk og spart reisekostnad for innbyggerne.

# 7 INNRETNING OG PILOTERING AV TRIAGERINGSVERKTØY

## 7.1 Mål ved å gjennomføre pilot

I dette kapittelet gjennomgår vi formålet med å gjennomføre en pilot, hvilke svar vi ønsker og forslag til hvordan piloten kan gjennomføres praktisk. Det vil imidlertid være opp til endelig valgt evaluator å komme med en endelig plan for praktisk gjennomføring.

Formålet med en pilot er å teste løsningens tekniske kvalitet, vurdere om løsningen fungerer hensiktsmessig og om man oppnår de ønskede gevinstene. Grunnet begrenset kunnskap på området kan piloten også gi generelt økt kunnskap på bruk av triageringsverktøy i Norge. Siden piloten gjennomføres i liten skala med relativt få involverte, kan feil og mangler oppdages tidlig, og løsningen forbedres før en videre bredding gjennomføres. I tillegg vil man få viktig informasjon om sentrale elementer i opplæring av helsepersonell. For å sikre at pilotens funn er overførbare, bør de rekrutterte legekantorene i størst mulig grad gjenspeile norske legekantor generelt og eventuelle særtrekk ved piloteringskantorene bør også beskrives.

### Målet med piloten er å:

- ***Evaluere kvaliteten til triageringsverktøyet***  
Vurdere hvorvidt pasienten har fått et bedre helsetilbud/bedre behandling ved legekantor som bruker verktøyet (rett konsultasjonsform, rett nivå, rett behandling, rett tid).
- ***Evaluere legekantorets erfaring med triageringsverktøyet når det gjelder organisering og arbeidsbelastning***  
Forstå hvordan verktøyet endrer arbeidshverdagen for fastlegene og deres medarbeidere.
- ***Evaluere hvordan triageringsverktøyet påvirker effektivitet i helsetjenesten*** Vurdere tidsbruk for lege, pasient og fastlegeskantor (helsesekretær osv.) etter innføring av verktøyet i forhold til før innføring.
- ***Evaluere hvordan triageringsverktøyet påvirker samhandlingen med andre aktører***  
Vurdere hvor ofte pasienten får oppfølging av andre deler av helsetjenesten når det er nødvendig, etter innføring av verktøyet i forhold til før innføring.
- ***Evaluere hvordan den tekniske løsningen fungerer for pasient og legekantor***  
Vurdere hvor vellykket forberedelse til, innføring av og bruk av verktøyet fungerte teknisk.
- ***Evaluere om tjenestene brukes riktig***
  - Om pasienter lettere vil søke legehjelp med økt tilgang, og om det vil føre til økt belastning på fastlegene og helsetjenestene

- Om helsetjenestene blir for lett tilgjengelig, og dermed føre til økt sykkeliggjøring både for pasienter og på systemnivå
- Om det blir større utfordringer for fastlegeordningen ved å fjerne portvaktfunksjonen på legekantoret og la pasientene selv prioritere seg inn til konsultasjon gjennom tekstkonsultasjon og timebestilling på nett.

## 7.2 Kriterier for gjennomføring av pilot

For å gjennomføre en pilot er det en rekke hensyn som må vurderes. I følgende avsnitt redegjøres for ulike kriterier for gjennomføring av en pilot.

### Kriterier for utvalg av legekantor

Som nevnt er det ønskelig at resultatene skal være så generaliserbare som mulig. Karakteristika ved fastlegekantor er derfor nødvendig å ta hensyn til ved en utvelgelse av pilotkantor.

For å sikre en fornuftig variasjonsbredde blant interesserte legekantor anbefales det å inkludere legekantor med følgende karakteristika:

- Praksiser av ulik størrelse (fra 3-legepraksis til over 5-legepraksis)
- Praksiser med ulike pasientpopulasjoner (både med høy andel unge/studenter og høy andel voksne/eldre).
- Praksis i områder med ulik befolkningstetthet (både byområder og distrikter).
- Praksiser med listestørrelse mellom 700 opp mot 1500 (for å sikre representative praksiser både fra byer og grisgrendte strøk)

Et eksklusjonskriterium bør være at legekantoret deltar i andre pilotprosjekter, f.eks. primærhelseteam eller oppfølgingsteam, siden dette kan vanskeliggjøre evalueringen.

### Legekantorenes tilknytning til digitale tjenester

Det forutsettes at man ønsker å benytte Helsenorge.nos 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.

Det kan ikke utelukkes at kontorer allerede benytter systemer for triagering utenfor Helsenorge.no, eller planlegger å innføre slike. Dersom en nærmere kartlegging avdekker at dette gjelder et betydelig antall kontor, kan det være nyttig å inkludere en sammenligningsgruppe som benytter en alternativ løsning.

## 7.3 Praktisk gjennomføring av pilot

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse foreslår en prosjektplan fordelt på fire faser over en varighet på to år. Piloten vil følge direktoratenes prosjektmodell som baserer seg på Difis

prosjektveiviser<sup>52</sup>. Figuren under gir en overordnet oversikt over de fire fasene med tilhørende mål og varighet.



## Konsept

For å realisere gevinster og sikre gode resultater fra en pilot, er det avgjørende å gjøre et grundig forarbeid i planleggingen av piloten. I følge prosjektmodellen skal konseptfasen sikre at det utredes alternative konsepter og slik identifisere det prosjektet som i størst utstrekning gir måloppnåelse og tilfredsstillende virksomhetens behov. Formålet med konseptfasen er å utrede, prototype og teste triageringsløsningen i tett samarbeid med fagmiljøet.

### Etablere prosjekt med prosjekteier og prosjektleder

For å sikre en vellykket pilot, må roller og ansvar avklares tidlig i prosjektet. Det bør utnevnes en prosjekteier med tilhørende prosjektleder. Det vil videre være viktig å kartlegge sentrale interessenter i prosjektet, og vurdere hvordan og når disse skal involveres. Behovet for styrings- og referansegruppe må vurderes og eventuelt etableres. En viktig aktivitet i konseptfasen vil være å utarbeide en milepæls- og aktivitetsplan.

### Innhente erfaringer og behov fra fagmiljøet

Viktige aktiviteter i denne fasen vil innebære å gjennomføre workshops, intervjuer og fokusgrupper med aktuelle brukere slik som helsesekretærer, fastleger og pasienter, for å avklare behov og ønsket funksjonalitet ved triageringsløsning.

### Prototype og teste triageringsverktøy

I samarbeid med fagmiljøet vil det være nødvendig å prototype en triageringsløsning og gjennomføre brukertester. Fastleger, helsesekretærer og pasienter bør involveres for å sikre at behov og krav til funksjonalitet ivaretas så langt det lar seg gjøre. Formålet med prototypen er å

<sup>52</sup> <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/digitalisering-og-samordning/prosjektveiviseren>

sikre at løsningen som anskaffes er i samsvar med brukernes behov. Prototypen bør utvikles agilt med kontinuerlig justering og oppdatering.

### **Identifisere gevinster og risiko**

I konseptfasen bør ulike alternative triageringsløsninger vurderes, med tilhørende gevinster og risiko. Konseptfasen må også bidra til at det blir lagt til rette for variabler som senere kan måles i evalueringen.

### **Planlegge**

Når konsept og ønsket triageringsverktøy er definert, vil planleggingsfasen iverksettes. Formålet med planleggingsfasen er å forberede og klargjøre piloten og legge grunnlaget for å oppnå et vellykket prosjekt.

Prosjektleder vil ha et overordnet ansvar for å sikre at prosjektets leveranser er detaljert og at krav til triageringsverktøy er avklart og dokumentert. Prosjektleder er videre ansvarlig for å oppdatere milepæl- og aktivitetsplan i henhold til fremdrift og holde interessenter oppdatert. Det kan være aktuelt å utnevne en gevinstansvarlig som vil sikre at gevinstene av piloten realiseres. Andre aktiviteter i denne fasen innebærer blant annet anskaffelse av verktøy for triagering, innhente ekstern evaluator og rekruttere legekontorer og fastleger.

### **Anskaffe og tilpasse triageringsverktøy**

En sentral aktivitet i planleggingsfasen, vil være å gå til anskaffelse av aktuelt triageringsverktøy, samt gjennomføre nødvendige tilpasninger av verktøyet. Det er knyttet noe usikkerhet til tidsperspektiv for implementering og tilpasning av verktøyet, da dette avhenger av hvilken triageringsløsning som velges. Enkelte løsninger i markedet krever mer tilpasning til norske forhold enn andre. Det vil være ønskelig å vektlegge behov og funksjonalitet høyere ved valg av triageringsverktøy, sammenliknet med behov for justering. Dette innebærer at planleggingsfasen kan bli forskjøvet.

### **Rekruttere fastleger**

Videre må fastleger rekrutteres til piloten gjennom en offentlig utlysning og søknadsprosess. Denne aktiviteten kan også vurderes gjennomført i slutten av konseptfasen for å sikre god fremdrift.

Aktuelle kanaler for utlysning vil være gjennom fagforeninger, interesseorganisasjoner eller direkte kontakt via helsesjefene i kommunene (som har videre kontakt med de enkelte legekontor). Det anbefales rekruttert mellom 12-24 fastleger fordelt på 3-5 legekontorer til pilot, avhengig av ressursituasjon og hvilke effektstørrelser som forventes.

### **Innhente ekstern evaluator**

Deretter må det utlyses konkurransegrunnlag for innhentning av ekstern evaluator til evaluering av pilot. Det er viktig å etablere kontakt med evaluator på et tidlig tidspunkt, da vedkommende vil kunne ha innspill til både rekrutteringen av legekontor og andre forhold av piloteringen. Den økonomiske rammen tilsier at evaluator bør anskaffes via en åpen søknadsprosess. I utvelgelsen bør et viktig kriterium være at evaluator kan etablere et samarbeid med allmennt medisinske forskningsmiljøer for å utnytte den forskningsmessige verdien av en slik pilot.



## Gjennomføre pilot

Formålet med å gjennomføre piloten er som utfyllende beskrevet i kapittel 7.1.

### Implementere triageringsløsning

Når triageringsverktøyet er anskaffet, må verktøyet implementeres og integreres hos fastlegene. Denne aktiviteten har en sterk avhengighet til prosess for anskaffelse og justering av triageringsverktøyet, som redegjort for i planleggingsfasen over. Varighet på implementeringen avhenger av teknisk kompleksitet ved valgt løsning, samt fastlegenes løsninger i dag.

### Gjennomføre nullpunktsmålinger

Evaluator må gjennomføre nødvendige nullpunktsmålinger før piloten iverksettes. Denne aktiviteten kan også vurderes gjennomført i slutten av planleggingsfasen hvis evaluator er valgt og klar til å gå i gang.

Med utgangspunkt i kartlagte gevinster (kap. 7.4) kan det vurderes hvordan nullpunktsmålingene kan innhentes. Noen alternativ kan være uttrekk fra registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer eller andre kartlegginger.

### Opplæring og veiledning av fastleger og helsepersonell

Selve gjennomføringen vil innebære opplæring og tett oppfølging av fastleger og deres medarbeidere på legekantoret. Det bør også sikres en god informasjonsflyt ut mot legekantorets pasienter. I løpet av gjennomføringen kan det være nødvendig å gjøre fortløpende målinger, spesielt av forhold som er viktig for pasientsikkerheten. Eksempler på dette er å tidlige avdekke alvorlige feil i prioriteringer, informasjon eller eventuelt teknisk svikt. I verste fall vil man da måtte sette piloten på pause før man fortsetter. Erfaring fra slike verktøy innebærer imidlertid at verktøyene som benyttes er trygge.

Det er naturlig at legekantorene vil oppleve alt nytt som noe krevende i starten og som kan påvirke evalueringen dersom pilotperioden blir for kort. Det vil gjennomføres kontinuerlig oppfølging og evaluering av deltakere i piloten, nødvendige justeringer gjøres underveis.

### Oppfølging av interessenter og kontinuerlig evaluering

Under hele piloten vil sentrale interessenter involveres og engasjeres gjennom ulike fora. Det vil blant annet gjennomføres felles samlinger for å kartlegge hvordan piloten går og dele erfaringer. Innføring av et triageringsverktøy kan også kreve oppfølging med en kontrollgruppe for å evaluere forekomsten av utilsiktede hendelser i forhold til pasienter med flere sykdommer eller pasienter som ikke er digitale.

Erfaringer og gevinster som kartlegges underveis i piloten, dokumenteres og innarbeides i endelig rapport til HOD. Evaluator er ansvarlig for å gjennomføre nødvendige målinger og kartlegginger underveis og sammenstille disse.

### Kontinuerlig oppfølging og justering

Underveis i gjennomføring av piloten er det ønskelig å tilrettelegge for kontinuerlig oppfølging og justering, hva gjelder teknisk løsning, evalueringskriterier, kommunikasjonskanaler og møtefora. Behovet for juridiske tilpasninger må også vurderes underveis i prosjektet.

## **Evaluere**

Formålet med den siste fasen er å sikre at nødvendige erfaringer dokumenteres, for å sikre et godt underlag for eventuell beslutning om videre bredding.

### **Gjennomføre nye målinger**

Etter endt pilot kan det være nødvendig å gjøre nye målinger og sammenligne disse med nullpunktsmålinger, for å evaluere i hvilken grad de ønskede gevinstene er oppnådd. I tillegg vil den endelige evalueringen kunne gi informasjon om nødvendige eller ønskelige forbedringer før eventuell videre bredding.

Evalueringen bør omfatte både kvantitative og kvalitative målinger. I de kvalitative data, bør man gjennom intervju av pasient og fastlege, gå i dybden på noen viktige temaer slik som brukervennlighet, tidsbruk, opplevd kvalitet etc. Det vil også være interessant å evaluere forskjeller mellom kjønn, alder, geografi, utdanningsnivå, etnisitet etc.

Kvantitative målinger kan blant annet innebære hvor ofte verktøyet har vært tatt i bruk, konsultasjonsvarighet, brukertilfredshet ved verktøyet etc. Dette kan for eksempel gjennomføres med spørreundersøkelser etc.

### **Utarbeide gevinstplan**

Basert på kontinuerlig evaluering bør det utarbeides en gevinstplan på bakgrunn av gevinster som er kartlagt i prosjektet. Gevinstkartlegging utdypes ytterligere i kapittel 7.4.

### **Avslutte prosjekt og overlevering Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)**

Når prosjektet nærmer seg avslutning, er prosjektleder ansvarlig for å avslutte kontrakter på en ryddig måte og sikre at overleveringer blir gjort i henhold til avtale. En sluttrapport med samlede erfaringer og funn overleveres Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

## **Risikomomenter ved gjennomføring av pilot**

Det er nødvendig å understreke at det er knyttet en rekke usikkerhetsmomenter til elementer ved prosjektplanen som presenteres. Det er særlig integrasjon av triageringsverktøy som er uavklart, samt kostnadene knyttet til dette.

## **7.4 Gevinstkartlegging**

Formålet med gevinstarbeid generelt er først å kartlegge gevinster, dernest kartlegge hvordan gevinstene skal måles og til slutt måle gevinstene for å se i hvilken grad prosjektet har gitt gevinst. I tillegg kan man gjennom gevinstarbeidet oppdage uheldige effekter av tiltaket. Først innledes med en generell vurdering av potensielle gevinster og ulemper. Dernest gjøres en nærmere kartlegging og kategorisering av gevinstene.

### **Potensielle gevinster**

- Bedret pasientsikkerhet ved at pasienten finner frem til riktig konsultasjonsform (e-konsultasjon, videokonsultasjon eller vanlig konsultasjon)
- Pasienten får time tidsnok i forhold til medisinsk indikasjon
- Pasient videreformidles til andre deler av helsetjenesten når det ansees riktig
- Redusert tidsbruk for pasient, lege og helsesekretær knyttet til timebestilling

- Bedre kvalitet på konsultasjon som følge av rikere informasjonsgrunnlag fra pasienten før timen starter
- Bedre tilgjengelighet ved legekantorets ekspedisjon
- Avlastning for legen ved at vanlige konsultasjoner, ved gitte problemstillinger, trygt kan erstattes med e-konsultasjon/videokonsultasjon.

Målingene må utføres slik at man også får målt negative effekter på de ulike områdene, for eksempel at systemet medfører økt tidsbruk fra legen/helsesekretæren eller at pasienten ikke får time tidsnok i forhold til medisinsk indikasjon. Dette er spesielt viktig i lys av den tidligere beskrevne kunnskapsoppdateringen som viste at løsningen også kan gi merarbeid for legen og medarbeidere. Noen undersøkelser tyder også på at e-konsultasjoner og videokonsultasjoner i stor grad kommer i tillegg til og ikke i stedet for vanlige konsultasjoner.

#### Oversikt over potensielle ulemper og pasientsikkerhetsrisiko som bør måles:

- Redusert kontinuitet mellom pasient og lege
- Lengre tidsbruk for pasient i forbindelse med timebestilling, som følge av ekstra spørsmål eller sjekklistor.
- Overbehandling som følge av økt tilgjengelighet, for eksempel antibiotika via videokonsultasjon
- Økt tidsbruk for lege og helsesekretær ved at triageringsverktøyet ikke godt nok klarer å hjelpe pasientene til å finne riktig konsultasjonsform.
- Unødvendig informasjonsutveksling med helsesekretær eller annet helsepersonell som pasienten kun ønsker å dele med legen (personvern-riisiko).
- Økt helserisiko for pasient ved at verktøyet ikke i tilstrekkelig grad klarer å triagere riktig.

Videre kan det diskuteres i hvilken grad effektivisert bruk av helsesekretær frigjør tid til andre oppgaver, eller om det kan føre til nedbemanning/reduisert sysselsetting.

## **Kartlegging og kategorisering av gevinster**

*Gevinst:* Beskrivelse av gevinsten

*Gevinstområde:* Kategorisering i de fire områdene kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og samhandling.

*Prioritet:* Hvor mye gevinsten er prioritert å måle, og avhenger av to forhold; 1) Hvor hyppig oppstår den aktuelle situasjonen, samt 2) Hvor stor effekt antas det at tiltaket har på den aktuelle situasjonen.

*Interessenter:* Hvem tjener på den aktuelle gevinsten.

*Måling:* Beskrivelse av selve målingen som kan benyttes til å vurdere om gevinst/ulempe er oppnådd.

<b>Gevinst/Ulempe</b>	<b>Gevinstområde</b>	<b>Interessenter</b>	<b>Måling</b>
Pasient får time tidsnok i forhold til medisinsk indikasjon / får time for sent i forhold til medisinsk indikasjon.	Pasientsikkerhet	Pasient, Samfunn	Pasient og leges vurdering av ventetid til time vs. faktisk ventetid.  Sykehusinnleggelse og mortalitet.
Mindre tidsbruk for tildeling av time av lege eller medarbeider / mer tidsbruk for tildeling av time.	Effektivitet	Legekontor	Tidsbruk for tildeling av time for lege / medarbeider.
Råd om riktig konsultasjonsform (fysisk, video, tekstbasert), evt. råd om feil konsultasjonsform.	Kvalitet, effektivitet	Pasient, Legekontor, samfunn	Pasient og leges vurdering av konsultasjonsformens egnethet vs. faktisk konsultasjonsform tildelt.  Sykehusinnleggelse og mortalitet.
Kontakt med andre deler av primærhelsetjenesten når det ansees nyttig / evt. feil formidling til annen del av helsetjenesten.	Samhandling, Kvalitet	Pasient, samfunn	Hvor ofte får pasienten oppfølging av andre deler av helsetjenesten når det er nødvendig.
Bedre kvalitet på konsultasjonen som følge av rikere informasjonsgrunnlag før timen starter.	Kvalitet	Pasient	Pasientens opplevelse av kvalitet på konsultasjonen, eventuelt tidsbruk på konsultasjonen.
Bortfall av kontinuitet mellom fastlege og pasient.	Kvalitet	Pasient, lege	Hvor mange kontaktpunkter samme lege og pasient har i løpet av perioden.
Bedre telefontilgjengelighet.	Kvalitet, samhandling	Pasient, samfunn	Ventetid på besvarelse av telefonhenvendelser.
Avlastning for legen ved at tradisjonelle konsultasjoner erstattes med e-konsultasjon og videokonsultasjon / eventuelt økt belastning ved at e-konsultasjon og videokonsultasjon kommer på toppen.	Effektivitet	Lege	Antall konsultasjoner totalt inkludert e-konsultasjon/videokonsultasjon og tradisjonelle konsultasjoner.
Informasjon deles med helsesekretær og annet hjelpepersonell som pasient kun ønsker å dele med fastlegen.	Pasientsikkerhet	Pasient, lege, samfunn	Vurdere hvordan informasjonsflyt mellom pasient, annet hjelpepersonell og lege foregår – se spesifikt på om helseopplysninger som tidligere kun ble eksponert for legen nå eksponeres for andre.
Redusert helsesekretærbemanning som følge av effektivisering.	Effektivitet	Legekontor (ulempe for helsesekretær)	Årsverk helsesekretær ved legekontoret.

## 7.5 Økonomiske og administrative konsekvenser av en pilot

### Kostnader ved å gjennomføre en pilot

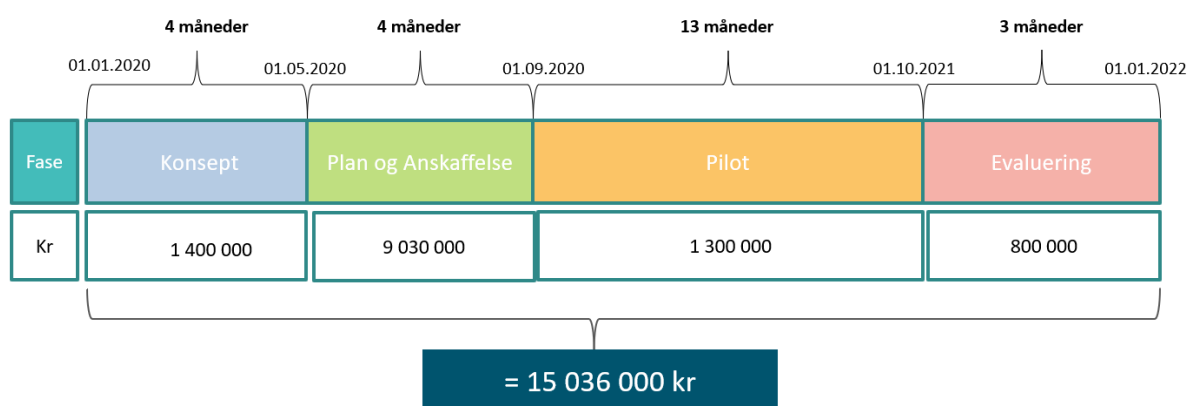
Piloten som skisseres er basert på et ønske om å gjennomføre en ressurseffektiv pilot som samtidig ivaretar pasientsikkerheten og sikrer gevinstrealisering. De økonomiske konsekvensene av å gjennomføre en pilot, henger tett sammen med en rekke variabler slik som deltakere i piloten og pilotens varighet.

Som utgangspunkt for beregninger forslås en pilot på to år fordelt på fire faser. Antall fastleger bør være et sted mellom 12 og 24. Et grovt estimat tilsier at en pilot av slik størrelsesorden totalt vil koste omlag kr 15 036 000, med 18 fastleger.

Nedenfor gis et estimat av de ulike kostnader forbundet med de ulike fasene som skissert i kapittel 7.3.

Av totalramme for Direktoratet for e-helse, vil forvaltning og drift beløpet seg inntil ca.kr 2 mill avhengig av valg av hvilke løsning som velges i år 2021. Totalsummen for piloten, vil også kunne endres avhengig av valg av løsninger som velges. I figuren under, er det derfor lagt til en ekstra kostnad på kr: 2 506 000,00 i tillegg til kostnadene for de ulike fasene. Dette er kostnader knyttet til valg av løsning. Med beregnet denne usikkerheten blir estimatet for piloten **Kr 15 036 000.**

Nedenfor er en figur med oversikt med tidspunkt for de enkelte prosjektfasene, og hva de ulike fasene inneholder av aktiviteter.



### Konseptfasen

I konseptfasen vil det påløpe kostnader tilknyttet prosjektetablering og organisering. Det må i tillegg påregnes reise- og møtekostnader i forbindelse med gjennomføring av fokusgruppe og intervjuer med fastleger, sykepleier og pasienter.

Det kan være nødvendig å benytte Norsk Helsenett (NHN) i forbindelse med å prototype og teste triageringsverktøy. Det vil også må påregnes noen kostnader i forbindelse med brukertesting og reise i forbindelse med dette.

## Planlegge

Slik regnestykket forløper seg i prosjektplanen vil majoriteten av kostnadene komme planleggingsfasen. I denne fasen vil det påløpe kostnader knytte til anskaffelse av en ekstern evaluator, samt kostnader i forbindelse med anskaffelse av triageringsverktøy. Justering og integrasjon av triageringsløsning er trolig den største kostnadsdriveren i piloten og kan fordele seg over planlegging- og gjennomføringsfasen. Kostnader knyttet til dette avhenger av valgt triageringsløsning, teknisk kompleksitet, samt behov for justeringer.

Det vil trolig påløpe kostnader knyttet til informasjon og møtekostnader i forbindelse med rekruttering av fastleger. Det må også påregnes kostnader til innkjøp av nødvendig teknisk utstyr slik som videokamera, mikrofon etc.

## Gjennomføre

Som nevnt i punktet over, vil kostnader knyttet til integrasjon og tilpasning av triageringsverktøy utgjøre de største kostnadene i piloten.

Fastleger bør også gis et insentiv for å delta i piloten og det foreslås en sum på 50 000 kr per fastlege per år. Denne summen skal være en kompensasjon for tapt arbeidstid som følge av tiden det tar å lære seg et nytt verktøy, samt eventuelle organisatoriske endringer. Det vil videre påløpe reise- og møtekostnader i forbindelse med opplæring, møter, samlinger etc.

## Evaluerer

Det er forventet at evaluator gjennomfører løpende evalueringer underveis i piloten. Ved avslutning kan det også medføre ekstra administrasjonskostnader for prosjekteier i forbindelse med ferdigstilling av rapport.

## 7.6 Juridiske vurderinger

Nedenfor omtales de delene av regelverket som særlig vil ha betydning og interesse ved utforming av et triageringsverktøy. For mer utfyllende omtale av forsvarlighetskravet, kommunens og fastlegens plikter og andre spørsmål av betydning for digital kontakt med fastlegen, vises til rapporten "*Rapport om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt*".

### **Rettsregler med betydning for utvikling og bruk av et triageringsverktøy hos fastlegen**

Helselovene inneholder ikke noen spesifikk regulering av triagering i helse- og omsorgstjenesten. Regelverket legger imidlertid plikter på helsepersonell og virksomheter, og gir rettigheter til pasienter, som kan ha betydning for utforming av en triageringsløsning, og der god og presis triagering kan være et hjelpemiddel og verktøy for oppfyllelse av kravene i lovverket.

### **Forsvarlighetskravet**

Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes av virksomheter og det enkelte helsepersonell, skal være forsvarlige. For kommunene og fastlegene følger dette av helse- og

omsorgstjenesteloven<sup>53</sup> § 4-1, helsepersonelloven<sup>54</sup> § 4 og fastlegeforskriften<sup>55</sup> § 7. At tjenestene skal være forsvarlige betyr blant annet at tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, og gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid.

På personellnivå følger forsvarlighetskravet av helsepersonelloven § 4. Det innebærer at helsepersonellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker pasientens personlige integritet.

Det er essensielt at et triageringsverktøy understøtter arbeidet med å sikre forsvarligheten i det samlede tilbudet. Det innebærer bl.a. at dersom pasienter skal benytte verktøyet til å triagere seg selv, må innholdet i verktøyet legge til rette for at pasienten rutes videre slik at hun eller han får rett tilbud til rett tid. Hvis verktøyet skal inneholde funksjonalitet som kan veilede innbygger til å velge rett helsehjelp, herunder gi bistand til å vurdere om videokonsultasjon er egnet eller veiledning til å velge andre digitale ressurser som f.eks. selvmestringskurs (ovenfor pkt. 3.3), så vil forsvarlighetskravet stille høye krav til kvaliteten på veiledningsmateriellet. Et enklere alternativ vil kunne være at et triageringsverktøy gir pasienten mulighet til å velge mellom ulike konsultasjonsformer, samt mulighet til time- og reseptbestilling, men at det forutsettes at pasienten har vurdert egen tilstand og behov først og fremst ved hjelp av andre ressurser.

Det vil videre være en forutsetning at de pasientene som skal benytte løsningen behersker bruk av det verktøyet som skal benyttes. Det vil neppe i overskuelig framtid kunne legges opp til at bruk av et digitalt verktøy er den eneste måten pasienten kan komme i kontakt med sin fastlege på. Det vil bl.a. være i strid med de tilgjengelighetskravene som følger av fastlegeforskriften. Det må med andre ord være pasientens eget valg om hun eller han vil benytte en digital triageringsløsning for å velge mellom flere kontaktformer eller tilbud, eller om personen ønsker å kontakte fastlegekontoret på telefon eller ved fysisk oppmøte.

### **Plikt til å unngå unødig ressursbruk**

Det følger av helsepersonelloven § 6 at helsepersonell har plikt til å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Formålet er effektiv utnyttelse både av offentlige og private ressurser. Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter, og ved ytelse av helsehjelp. Den omfatter plikt til effektiv utnyttelse både av penger og tid, og innebærer at helsepersonells arbeidstid skal brukes effektivt, og at pasienten ikke skal påføres unødig venting eller utsettes for tidsspille som følge av mer intensiv behandling enn nødvendig. God ressursutnyttelse i sektoren er også et av formålene inntatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

---

<sup>53</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata 2011

<sup>54</sup> Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven). Lovdata 2001

<sup>55</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lovdata 2012



Hva som er unødvendig ressursbruk er gjenstand for en viss grad av skjønn, men hensynet til å begrense ressursbruken må vike for kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp der det måtte oppstå konflikt mellom disse to hensynene. Der det er faglig uenighet eller tvil om diagnostisering på grunn av usikre symptomer, vil derfor hensynet til faglig forsvarlighet vanligvis måtte gå foran hensynet til å redusere helsetjenestens ressursbruk i vurderingen av om det skal iverksettes ytterligere utredninger og undersøkelser. Et viktig hensyn i utformingen av et triageringsverktøy, som også er framhevet flere andre steder i rapporten, er at dette bidrar til en god ressursutnyttelse, som ikke skal gå på bekostning av forsvarlighet og tilgjengeligheten til fastlegen.

### **Plikt til å prioritere**

Fastlegeforskriften § 21 andre ledd pålegger fastlegen plikt til å prioritere pasientene ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Dette innebærer i seg selv en form for triagering. En triageringsløsning må innrettes slik at den bidrar til en prioritering i tråd legens plikt til å prioritere.

### **Journalføring**

Det rettslige grunnlaget for behandling av helseopplysninger som pasienten evt. gir fra seg i triageringsløsningen vil være det samme som ellers, dvs. helsepersonelloven<sup>56</sup> kapittel 8, pasientjournalforskriften og pasientjournalloven<sup>57</sup>. Uavhengig av medium skal nødvendig og relevant informasjon om pasienten og helsehjelpen journalføres på vanlig måte i tråd med kravene i pasientjournalforskriften<sup>58</sup> § 8. Det legges i utgangspunktet til grunn at helsepersonellet vil journalføre eventuell relevant og nødvendig informasjon ved bruk av triageringsverktøyet på samme måte som ellers.

### **Deling av takst 2ae i en videokonsultasjonstakst og en skrift-basert takst**

Det er behov for å følge med på utviklingen av e-kommunikasjon mellom pasient og fastlege, både når det gjelder bruk av meldingsutveksling og spesielt viktig når man innfører nye tiltak i fastlegekontorer som å pilotere et verktøy for triage.

Bruken av e-konsultasjon (tekst, video, bilde) er fremdeles lav i fastlegetjenesten, men tall fra KUHR viser at bruken øker for hvert år, jfr. pkt 4.1 om utvikling av e-konsultasjon. Stønadsforskriften (Normaltariffen) er en viktig premissgiver for hvordan helsetjenestene i fastlegeordningen utøves. Antall konsultasjoner som gjennomføres måles i KPR/KUHR. Ettersom samme takstkode (2ae) benyttes for både tekst- og videokonsultasjon, er det ikke mulig å skille omfanget av disse.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for e-konsultasjon, bør det gjennomføres mer forskningsrettet arbeid. I forhold til kunnskapsinnhenting er det viktig at det etableres egne takstkoder for tekst- og videokonsultasjon både hos fastleger og på legevakt. For å sikre god og oppdatert kompetanse hos legen og andre helseaktører, bør det legges til rette for kvalitetsutvikling, veiledning,

---

<sup>56</sup> Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lovdata 2001

<sup>57</sup> Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). Lovdata 2014

<sup>58</sup> Forskrift om pasientjournal. Lovdata 2000

utdanning innen digital klinisk kommunikasjon, og beste praksis. Det er en forutsetning for en eventuell deling av takst 2a i en videokonsultasjonstakst og en skriftlig takst, at kontrollhensynet ivaretas. Det er forventet at legene kan fremlegge klar dokumentasjon på at det er pasienten som har tatt initiativ til videokonsultasjonen.

Flere igangsatte prosjekter i Helsedirektoratet etterlyser en slik deling, blant annet har prosjekt pilot legevakt signalisert et tilsvarende ønske. Det er ikke mulig å se utbredelsen av videokonsultasjoner når eksisterende takst for e-konsultasjon omfatter flere ulike konsultasjonsformer. I første omgang kan en slik deling av taksten kun prøves ut i piloten.

Man vil kunne følge utviklingen av videokonsultasjon i pilot og det vil bli en bedre evaluering av piloten, dette er et sterkt argument for oppsplitting av taksten. Utviklingen går svært raskt og det vil være naturlig å tilby flere former for konsultasjon. I forhold til kunnskapsinnhenting er det viktig at det etableres egne takstkoder for tekst- og videokonsultasjon. For å sikre god og oppdatert kompetanse hos legen og andre helseaktører, bør det legges til rette for kvalitetsutvikling ved digital klinisk kommunikasjon og beste praksis.

# 8 UTPRØVNING I PILOT – DIREKTORATET FOR E-HELSE

## 8.1 Direktoratet for e-helse: Bidrag til utredningen og oppdrag

Direktoratet for e-helse sitt bidrag til utredningen og svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er i henhold til følgende:

1. Helsedirektoratet bes om å utrede og foreslå innretning på en utprøving av triageringsverktøy hos fastlege. Helsedirektoratet bes se dette primært i sammenheng med videre utbredelse av e-konsultasjon, men også vurdere nytte i relasjon til konsultasjoner der pasient er fysisk tilstede. Direktoratet bes vurdere tilgang på løsninger i markedet, grad av behov for tilpasning for disse, mulighet for skalering og øk/adm kostnader. Det forutsettes at Helsedirektoratet i lys av rapporten levert i 2018 vurderer behovet for etablering og revisjon av veileder for e-konsultasjon.
  - a. Direktoratet for e-helse bistår Helsedirektoratet i henhold til punkt 1. I kapittel 8 gjør vi rede for hovedtrekkene i henhold til punkt 1, og viser samtidig til E-helsedirektoratets egen rapport som vedlegges Helsedirektoratets.
2. Direktoratet for e-helse Direktoratet for e-helse bes gjøre en vurdering av hvordan det kan tilrettelegges for triageløsninger på Helsenorge.no.no. Videre forutsettes det at Direktoratet for e-helse fortsetter med sine nødvendige tilpasninger som tilrettelegger for bruk av videokonsultasjoner, slik som brotjenester og test- og akseptanseprosesser, samt ibruktagelse av DDFL (Digital dialog fastlege)
  - a. Direktoratet for e-helse forstår dette som et selvstendig oppdrag til E-helse. I kapittel 8 gjør vi rede for hovedtrekkene i henhold til punkt 2, med vekt på vurderinger av tilrettelegging av triageringsverktøy på Helsenorge.no.no. Utover dette viser vi til E-helse sin egen rapport for mer detaljer.
3. Helsedirektoratet bes også om å vurdere de samlede økonomiske konsekvensene for folketrygden dersom man i honorartakstsystemet likestiller e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner. Denne delen av arbeidet bes om at ferdigstilles til 10. mai 2019.
  - a. Direktoratet for e-helse har bistått Helsedirektoratet iht. punkt 3. Beregningsgrunnlaget fra bl.a. den samfunnsøkonomiske analysen i direktoratenes felles rapport om e-konsultasjon i desember 2018<sup>59</sup> er brukt i denne sammenheng.

---

<sup>59</sup> [Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet: Rapport e-konsultasjon hos fastlege og legevakt, desember 2018](#)

## 8.2 Direktoratet for e-helse bistand til Helsedirektoratet

Direktoratet for e-helse har særlig bistått Helsedirektoratet i vurderingen av tilgang på løsninger i markedet, grad av behov for tilpasning for disse, mulighet for skalering og økonomisk-administrative kostnader.

Direktoratet for e-helse har utredet og vurdert elementene fra oppdraget i sin rapport i mer detalj som vedlegges Helsedirektoratets. I kapittel 8.2. finner man en oppsummering av E-helse sine funn og vurderinger.

For å løse oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om triageringsverktøy i fastlegeordningen, har E-helse brukt rammeverket i Utredningsinstruksen som rettesnor og kvalitetssikring av leveransen. En viktig premis for E-helse sitt bidrag og samarbeid med Helsedirektoratet er å forstå de helsefaglige rammene, problemstillinger, behov og hva man ønsker å oppnå med triageringsverktøyet. Når utredningsinstruksens første grunnleggende spørsmål er avklart, gir det en hensiktsmessige ramme for å tilpasse en informasjons- og kommunikasjonsteknologisk løsning i denne. Direktoratet for e-helse sitt bidrag er besvart i henhold til nivået minimumsanalyse.

### Tilgang på løsninger

Direktoratet for e-helse har via «Request For Information» (RFI)<sup>60</sup> (Doffin/TED) i august 2019<sup>61</sup> invitert EU/EØS- området til å gi informasjon om triageringsverktøy i markedet.

E-helse har fått skriftlig svar fra leverandører fra Sverige, England og Norge på RFI. I tillegg er det gjennomført 1:1 dialog i september 2019 med disse og andre som ikke har gitt svar, men vist interesse på andre måter (e.g. EPJ- leverandører andre tilbydere av tekniske plattformer). For det tredje er løsninger vurdert som E-helse 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 vurdering av triageringsverktøy.

Det gis en vurdering av løsningene som E-helse har blitt kjent med på et overordnet nivå. Dette gjøres på grunn av leverandørenes krav om konfidensialitet i det de har presentert i RFI, i 1:1-dialogen og av forretningsmessige årsaker. Det gis heller ikke en detaljert vurdering eller sammenligning av de ulike løsningene. Begrunnelsen er en mulig fremtidig anskaffelse og krav til like rammevilkår for fri konkurranse når pilotløsning skal realiseres for utprøving.

Digitale triageringsverktøy brukes i allmennt medisinsk sammenheng i Sverige og England (det er fra disse landene E-helse har fått respons i markedet). I Norge vil fastleger tilknyttet Digital dialog fastlege (DDFL) også representere en løsning som innebærer triagering (listeinnbygger

---

<sup>60</sup> RFI er standard format for informasjonsinnhenting i markedet, uten forpliktelser til en anskaffelse.

<sup>61</sup> Doffin/TED (8. august 2019): [Triageringsverktøy for fastleger \(RFI\)](#)

velger selv helsehjelp enten via digital løsning eller fysisk oppmøte). Svenske vårdcentraler og engelske allmennmedisinske gruppepraksiser kan ikke direkte sammenlignes med norske fastlegekontor. Triageringsverktøy disse to landene inkluderer ofte flere helsepersonellkategorier enn i Norge (som hovedsakelig er fastlege og helsesekretær).

Undersøkelsen av tilgjengelige løsninger i markedet har følgende karakteristika:

- *Forberedende kartlegging:* Listeinnbyggers helsebehov blir kartlagt via enkle spørsmål eller ved bruk av fastlagte spørreskjema (vanlige kontaktårsaker) til mer avanserte søkemotorer basert på symptomer. Noen løsninger foreslår på bakgrunn av kartleggingen en tentativ diagnose og anbefalt videre kontakttipe med helsetjenesten.
- *Beslutningstaker- Prioritering av helsehjelp:* Triageringsverktøyene vil etter kartlegging, bistå "beslutningstaker" vedrørende valg av og nivå på helsehjelpen. Verktøyene er prinsipielt innrettet på to ulike måter
  - Helsepersonell/ Fastlegen bestemmer kontakttipe for helsehjelpen ved tilbakemelding til listeinnbygger (fra "etterspørselsbasert helsehjelp til behovsbasert helsehjelp")
  - Listeinnbygger velger selv på basis av kartleggingen, hvilken kontakttipe som foretrekkes, digitalt eller fysisk.
- *Konsultasjonsforberedende:* Forberedende kartlegging gir både listeinnbygger og fastlege et mer forberedt grunnlag for konsultasjon med en mer presis problemstilling som bidrar til målrettet kommunikasjon om listeinnbyggers helseproblem eller behov.
- *Støtte til mer selvinnsett eller selvhjelp:* Triageringsverktøyene tilbyr vanligvis lenke til kvalitetssikker helseinformasjon og noen gir forslag til selvhjelpsverktøy.
- *Fra telefon til digital flate:* Triageringsverktøyene i markedet tilbyr en digital flate for kontakt mellom listeinnbygger og legekantor. Den digitale flaten gir bedre tilgjengelighet på telefon og i luken for de listeinnbyggerne som ikke kan eller vil bruke digitale flater. Triageringsverktøyene er avhengig av en god hjemmeside for fastlegekontoret, og at praksisen jobber målbevisst med den digitale transformasjonen (i.e. få flest mulig av listeinnbyggerne til å benytte den digitale flaten).
- *Tilpasset i arbeidsflyten:* Undersøkte triageringsverktøy bygger på en god forståelse hvordan og hvor verktøyet skal virke for listeinnbygger og fastlege. Mange av verktøyene i Sverige og England er basert på initiativ og gründervirksomhet fra allmennlegene selv.
- *Oppgavefordeling:* Undersøkte triageringsverktøy i markedet har som feles trekk at henvendelser fra listeinnbygger kan fordeles til ulike helsetilbud og helsepersonellkategorier (helsesekretær, lege, sykepleier, annet administrativt personell m.m.)
- *Triageringsverktøyet i nye forretningsmodeller:* Flere av triageringsverktøyene inngår i en alternativ forretningsmodell eller organisasjonsmodell for allmennmedisinsk praksis. Både offentlige og private selskaper i Sverige og England etablerer nye digi- fysiske allmennmedisinske praksiser ved bruk av triageringsverktøy/ digitale plattformer.

Helsedirektoratet viser til mer utførlig omtale av de undersøkte løsninger i E-helse sin rapport.

## Grad av behov for tilpasning av triageringsløsningene og skalering

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har gjennom utredningen beskrevet problemstillinger, behov, hva som bør løses og relevante løsninger for triagering. Direktoratene behandler også i sine rapporter prinsipielle spørsmål som reises, anbefaler videre tiltak (konsept- og planleggingsfase) og forutsetningene for en vellykket gjennomføring av en utprøving. Undersøkelsen av tilgjengelige triageringsverktøy i markedet har gitt kunnskap om hva som finnes og hvilke muligheter for digital triagering dette gir for fastleger, annet helsepersonell og listeinnbygger.

I markedet er det løsninger som styrker fastlegens grunnlag for prioritering av helsehjelp, og innbyggers mulighet til selv å velge kontaktform (digitalt eller fysisk). I begge situasjoner (om fastlegen bestemmer eller listeinnbygger bestemmer time), finnes det interessante verktøy som bidrar til at pasientens reelle helsebehov eller problemstilling kommer bedre frem og skaper et mer verdifullt grunnlag for effektiv kommunikasjon mellom listeinnbygger og fastlege. De svenske og engelske triageringsverktøyene har også til felles at listeinnbyggers eller legekontorets triagering kan spille på et større galleri av helsetjenester og helsepersonelltjenester fordi løsningene er designet for team-arbeid og flerfaglig gruppesammensetning. Med det oppnås en effektiv arbeidsdeling innenfor virksomheten ved å bruke en triageringsløsning og digital plattform for første henvendelse til legekontorene.

Det kan være fristende å anskaffe noen av løsningene som finnes og prøve disse ut ved et lite utvalg av legekontorer. Direktoratene har en felles vurdering at dette ikke er å anbefale som direkte løsning. Våre analyser og vurderinger gjør at direktoratene anbefaler en mer grundig konsept- og planleggingsfase sammen med relevante aktører, spesielt fastleger og helsesekretærer. Direktoratene foreslår at arbeidet videreføres fra rapportene er levert, og med ekstra innsats fra januar 2020. Hva denne perioden skal innebære av aktiviteter er nærmere beskrevet i Helsedirektoratets rapport som en prosjektplan og er et felles utgangspunkt for begge direktorater.

Majoriteten av undersøkte triageringsverktøy i markedet er ikke integrert med helsepersonellens journalløsning eller nasjonale fellesløsninger som helseportal o.a. Fra de norske leverandører av EPJ- løsning vi har hatt kontakt med, fra fastleger og helsesekretærer og fra pasient- og brukerhold er det uttrykt sterkt ønske om at triageringsverktøy finnes på den nasjonale helseportalen Helsenorge.no.no. Dette er nærmere beskrevet i Direktoratet for e-helse sin rapport.

I konsept- og planleggingsfasen som direktoratene anbefaler gjennomført, vil spørsmål om tilpasning, skalering av løsningene, integrasjon med EPJ og/ eller Helsenorge.no.no, samt anskaffelse av løsninger i markedet være gjenstand for særskilt vurdering. Gjennom dette arbeidet får man en tilpasset og testet en løsning som kan prøves ut i en norsk allmennt medisinsk sammenheng.

## Økonomisk- administrative kostnader

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har utarbeidet et kostnadsestimat samlet fram til 2021. Denne oversikten finnes i kap. 7.5. I E-helse sin rapport, kapittel 1.3, gjøres det oppmerksom på at Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett (nasjonal tjenesteleverandør) har fått nye roller og ansvarsområder fra januar 2020. Kompetansemiljøet i dagens divisjon utvikling og forvaltning vil fra neste år være forankret i NHN.

## 9 ANBEFALINGER

I dette kapittelet gis anbefalinger om innretning og utprøving av en pilot. Anbefalingene er basert på utredningsarbeid i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Vurderinger av de tekniske løsningene beskrives nærmere i en egen rapport fra Direktoratet for e-helse.

### 9.1 Gjennomføre pilot

Litteratursøket som er gjennomført i forbindelse med arbeidet med rapporten, tyder på at det er begrenset med forskning og studier som viser entydige positive effekter ved ulike triageringsløsninger. Det er derfor behov for å gjennomføre en pilot for å teste hvordan en triageringsløsning fungerer i praksis under norske forhold, og hvilke konsekvenser en slik løsning kan få for blant annet kvalitet på helsetjenestene, pasientsikkerhet, effektivitet og fordeling av helseressurser.

Helsedirektoratet anbefaler derfor å gjennomføre en pilot bestående av 18 fastleger over en varighet på fortrinnsvis to år. Det er vesentlig at fastlegene totalt har en representativ listepopulasjon med fordeling av yngre og eldre pasienter. Det bør også delta praksiser fra by og distrikt. Fastlegene som deltar i piloten må være motivert for å ta i bruk en ny triageringsløsning og må forventes å ha en viss IKT-kompetanse. Fastlegekontoret bør være påkoblet Helsenorge.no- plattformen og DDFL.

Formålet med en pilot vil være å teste både løsningens tekniske kvalitet, i tillegg til å vurdere om den fungerer etter hensikten. En pilotering bør planlegges slik at resultatene er valide i forhold til norske legekontor generelt, med hensyn til ulike praksisprofiler og organisasjonsformer.

#### Plan for gjennomføring

Det anbefales å gjennomføre en pilot over en periode på to år med 18 leger fordelt på 3 til 5 legekontor, fra 01.01.2020 til 01.01.2022.

Det anbefales sterkt å tilrettelegge for en innledende konseptfase som gir mulighet for å prototype en triageringsløsning med fagmiljøet, før en formell pilotering (gjennomføring) iverksettes. Gjennom konseptfasen vil man kunne sikre at det blir lagt til rette for variabler som senere kan måles i evalueringen.

#### Tilgang på løsninger

Direktoratene har en felles vurdering at man ikke skal anskaffe løsninger som finnes og prøve disse ut. Analyser og vurderinger gjør at direktoratene i stedet anbefaler en mer grundig konsept- og planleggingsfase sammen med relevante aktører, spesielt fastleger og helse-sekretærer.

I konsept- og planleggingsfasen vil spørsmål om tilpasning, skalering av løsningene, integrasjon med EPJ og/ eller Helsenorge.no.no, samt anskaffelse av løsninger i markedet være gjenstand for særskilt vurdering. Gjennom dette arbeidet får man en tilpasset og testet en løsning som kan prøves ut i en norsk allmennmedisinsk sammenheng.



## **Evaluering**

De to direktoratene anbefaler at det benyttes en ekstern evaluator for å sikre en uavhengig evaluering av piloten. Det anbefales videre at det gjennomføres nullpunktsmålinger før oppstart, samt midtveisvurderinger og målinger ved avslutning, for å sikre et godt grunnlag for å vurdere eventuelle gevinster og bredding.

## **Opplæring og veiledning**

En ny løsning vil kreve at det settes av tilstrekkelig tid til opplæring, informasjon og veiledning. Opplæring er blant annet viktig for de eldre og brukere med mindre digital erfaring. Opplæring må gis til både fastleger, helsesekretærer og pasienter, samt andre berørte interessenter som vil ta i bruk verktøyet. Det anbefales at det gjennomføres fysiske samlinger ved oppstart og avslutning av pilot, samt en midtveis erfaringsutveksling.

## **Splitting av takster**

For å kunne måle utviklingen i bruk av e-konsultasjon over tid, gjentar de to direktoratene anbefalingen fra rapporten fra 2018 om å splitte taksten for e-konsultasjon, slik at det blir et skille mellom tekstkonsultasjon og videokonsultasjon<sup>62</sup>.

## **Utarbeide veileder for bruk av e-konsultasjon**

Det foreligger i dag en veileder for tekstkonsultasjon<sup>63</sup>. Denne er fortsatt gyldig, men bør oppdateres. Det er vesentlig at det beskrives hvordan tjenestene skal gjøres tilgjengelig for pasienten på Helsenorge.no og/eller på kommersielle nettportaler.

## **Finansiering**

Et grovt estimat for en pilot på to år med 18 fastleger, vil bli kr 15 036 000. Totalsummen vil være avhengig av hvilke løsninger som velges.

## **9.2 Forutsetning for å lykkes**

Det er flere forutsetninger som må på plass for å kunne sikre en god gjennomføring av pilot. Nedenfor redegjøres det for noen av de viktigste forutsetningene som må hensyntas.

### **Ansvar og rollefordeling**

Skal piloten være vellykket, og gjennomføres i henhold til anbefalt prosjektplan, må roller og ansvar tydelig fordeles mellom de to direktoratene. Det vil være vesentlig at ett direktoratet eier prosjektet med støtte fra det andre, der det tydelig fremgår hva det støttende direktoratet skal bidra med. Dette for å sikre effektivitet og fremdrift i piloten.

---

<sup>62</sup> Rapport om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt 2018

<sup>63</sup> Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege. Direktoratet for e-helse 2017

### **Økonomiske betingelser**

Det er avgjørende at det følger økonomiske rammer for å kunne gjennomføre en pilot som skissert i kapittel 7.

### **Deltakere i piloten**

For at piloten skal være vellykket er det avgjørende at deltakerne i piloten er engasjerte, motiverte og har en viss teknisk forståelse. Dette gjelder både fastlegene og pasientene som vil ta i bruk løsningen. For å kunne evaluere effektene av piloten er det vesentlig at fastlegene som deltar i piloten har en representativ liste med pasienter som representerer mangfoldet i befolkningen. Det er videre viktig at pasienter involveres i prosessen slik at brukerperspektivet ivaretas.

### **Faglig forsvarlighet**

Det er essensielt at et triageringsverktøy understøtter arbeidet med å sikre forsvarligheten i det samlede tilbudet. Det innebærer blant annet at dersom pasienter skal benytte verktøyet til å triagere seg selv, må innholdet i verktøyet legge til rette for at pasienten rutes videre slik at hun eller han får rett tilbud til rett tid.

### **Kommunenes rolle**

For å sikre en god pilot er det vil det være vesentlig å kartlegge sentrale interessenter tidlig i prosjektet, og vurdere hvordan disse skal involveres. Fastlegeordningen er en kommunal helsetjeneste der legen inngår en avtale med kommunen om å være fastlege. Kommunene er derfor ansvarlige for at innbyggerne har et forsvarlig og godt allmenntilbud. Innføring av e-konsultasjon og et triageringsverktøy vil kunne endre måten fastlegene jobber på, og kunne påvirke kvalitet på tjenestene som tilbys og legenes tilgjengelighet. Det vil være avgjørende for prosjektet å etablere gode måter å holde dialog med KS og de berørte kommuner i piloten.

### **RHF og helseforetakenes rolle**

Selv om piloten vil fokusere på primærhelsetjenesten og fastlegene, vil de regionale helseforetakene indirekte involveres gjennom fastlegen og pasientenes kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det blir derfor viktig å etablere gode måter å samhandle og involvere RHF'ene og helseforetakene i piloten.

### **Myndighetenes rolle**

Myndighetene må sørge for at god veiledning for e-konsultasjon og triage er tilgjengelig. Det kan innebære å oppdatere den eksisterende veilederen for tekstkonsultasjon og utvide denne til også å gjelde videokonsultasjon. Det er vesentlig at det beskrives hvordan tjenestene skal gjøres tilgjengelig for pasienten hovedsakelig på Helsenorge.no, men at også kommersielle nettportaler kan benyttes.

Myndighetene må også sørge for at det foreligger en plan for finansiering som gjør at pilotforsøket kan gjennomføres etter hensikten.

I tillegg må myndighetene bidra til å få mer kunnskap gjennom forskning av bruk av e-konsultasjon og triage.

# 10 VEDLEGG

## 10.1 Referanser fra kunnskapsoppsummeringen

1. *EY og Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. 2019.*
2. *Iversen HH BØ, Holmboe O. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19. Folkehelseinstituttet; 2019.*
3. *Clarke MAM, J. L.; Steege, L. M.; Koopman, R. J.; Belden, J. L.; Canfield, S. M.; Meadows, S. E.; Elliott, S. G.; Kim, M. S. Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. Health Informatics J. 2016;22(4):992-1016.*
4. *Van Riel NA, K.; Debbaut, P.; Van Hees, S.; Schoenmakers, B. The effect of Dr Google on doctor-patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study. BJGP Open. 2017;1(2):bjgpopen17X100833.*
5. *Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006.*
6. *Castle-Clarke S, Imison C. The digital patient: transforming primary care. London: Nuffield Trust. 2016.*
7. *Ramsey IC, N.; Peters, M. D. J.; Eckert, M. A rapid review of consumer health information needs and preferences. Patient Educ Couns. 2017;100(9):1634-42.*
8. *Patel V, Hale TM, Palakodeti S, Kvedar JC, Jethwani K. Prescription Tablets in the Digital Age: A Cross-Sectional Study Exploring Patient and Physician Attitudes Toward the Use of Tablets for Clinic-Based Personalized Health Care Information Exchange. JMIR Res Protoc. 2015;4(4):e116.*
9. *Clay H, Stern R. Making time in general practice. Birmingham: NHS Alliance. 2015:59-63.*
10. *Murray JM, A.; Khan, M. S.; Lee, J. T.; Nelson, P. Use of the NHS Choices website for primary care consultations: results from online and general practice surveys. JRSM Short Rep. 2011;2(7):56.*
11. *Brant HD, Atherton H, Bikker A, Porqueddu T, Salisbury C, McKinstry B, et al. Receptionists' role in new approaches to consultations in primary care: a focused ethnographic study. Br J Gen Pract. 2018;68(672):e478-e86.*
12. *Rutle T. Allmennlegen og medarbeideren. Utposten. 2013;42(3):19-20.*
13. *Smits MH, S.; Huibers, L.; Giesen, P. Telephone triage in general practices: A written case scenario study in the Netherlands. Scand J Prim Health Care. 2016;34(1):28-36.*
14. *Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. The Lancet. 2014;384(9957):1859-68.*
15. *Semigran HL, J. A.; Gidengil, C.; Mehrotra, A. The effectiveness of symptom checkers for self-diagnosis and triage: Beyond "googling" symptoms. Journal of General Internal Medicine. 2015;2:S271.*
16. *Semigran HLL, J. A.; Gidengil, C.; Mehrotra, A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: Audit study. BMJ (Online). 2015;351.*

17. De Dombal FT, Leaper DJ, Horrocks JC, Staniland JR, McCann AP. Human and computer-aided diagnosis of abdominal pain: further report with emphasis on performance of clinicians. *Br Med J.* 1974;1(5904):376-80.
18. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ.* 2005;330(7494):765-.
19. Bates M. Health Care Chatbots Are Here to Help. *IEEE pulse.* 2019;10(3):12-4.
20. Aetna brings new iTriage employer technology to mid-sized businesses [press release]. 2013.
21. Armstrong S. The apps attempting to transfer NHS 111 online. *BMJ.* 2018;360:k156.
22. Healthdirect Australia. Annual Report 17-18.
23. Wyatt JC. Fifty million people use computerised self triage. *BMJ : British Medical Journal.* 2015;351:h3727.
24. Fernando B, Kalra D, Morrison Z, Byrne E, Sheikh A. Benefits and risks of structuring and/or coding the presenting patient history in the electronic health record: systematic review. *BMJ quality & safety.* 2012;21(4):337-46.
25. Lilford RJ, Kelly M, Baines A, Cameron S, Cave M, Guthrie K, et al. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. *BMJ.* 1992;305(6863):1181-4.
26. Fraser H, Coiera E, Wong D. Safety of patient-facing digital symptom checkers. *The Lancet.* 2018;392(10161):2263-4.
27. Nateqi J, Lin S, Krobath H, Gruarin S, Lutz T, Dvorak T, et al. From symptom to diagnosis—symptom checkers re-evaluated: Are symptom checkers finally sufficient and accurate to use? An update from the ENT perspective. *HNO.* 2019;67(5):334-42.
28. Sole ML, Stuart PL, Deichen M. Web-based triage in a college health setting. *Journal of American college health : J of ACH.* 2006;54(5):289-94.
29. Chambers DC, A. J.; Johnson, M.; Preston, L.; Baxter, S. K.; Booth, A.; Turner, J. Digital and online symptom checkers and health assessment/triage services for urgent health problems: Systematic review. *BMJ Open.* 2019;9.
30. Iacobucci G. NHS phone triage system sends too many to emergency departments, study finds. *BMJ.* 2015;351:h6486.
31. Little PS, B.; Andreou, P.; McDermott, L.; Joseph, J.; Mullee, M.; Moore, M.; Broomfield, S.; Thomas, T.; Yardley, L. Primary care randomised controlled trial of a tailored interactive website for the self-management of respiratory infections (Internet Doctor). *BMJ Open.* 2016;6(4):e009769.
32. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ (Clinical research ed).* 2015;350:h176.
33. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet (London, England).* 2012;380(9836):37-43.
34. NHS England. NHS111 online evaluation. Leeds; 2017.
35. Banks J, Farr M, Salisbury C, Bernard E, Northstone K, Edwards H, et al. Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study. *British Journal of General Practice.* 2018;68(666):e1-e8.
36. Cowie J, Calveley E, Bowers G, Bowers J. Evaluation of a Digital Consultation and Self-Care Advice Tool in Primary Care: A Multi-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(5):02.
37. Edwards HB, Marques E, Hollingworth W, Horwood J, Farr M, Bernard E, et al. Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot

- observational study in 36 general practices in South West England. BMJ Open. 2017;7(11):e016901.*
38. Adamson SC, Bachman JW. Pilot study of providing online care in a primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):704-10.
  39. Johansen MA, Berntsen G, Shrestha N, Bellika JG, Johnsen JA. An exploratory study of patient attitudes towards symptom reporting in a primary care setting. Benefits for medical consultation and syndromic surveillance? *Methods of information in medicine.* 2011;50(5):479-86.
  40. Paul CL, Carey M, Yoong SL, D'Este C, Makeham M, Henskens F. Access to chronic disease care in general practice: the acceptability of implementing systematic waiting-room screening using computer-based patient-reported risk status. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 2013;63(614):e620-6.
  41. Foucher-Urcuyo J, Longworth D, Roizen M, Hu B, Rothberg MB. Patient-Entered Wellness Data and Tailored Electronic Recommendations Increase Preventive Care. *J Am Board Fam Med.* 2017;30(3):350-61.
  42. Grant RW, Lyles C, Uratsu CS, Vo MT, Bayliss EA, Heisler M. Visit Planning Using a Waiting Room Health IT Tool: The Aligning Patients and Providers Randomized Controlled Trial. *Annals of family medicine.* 2019;17(2):141-9.
  43. Lyles CR, Altschuler A, Chawla N, Kowalski C, McQuillan D, Bayliss E, et al. User-Centered Design of a Tablet Waiting Room Tool for Complex Patients to Prioritize Discussion Topics for Primary Care Visits. *JMIR mHealth and uHealth.* 2016;4(3):e108.
  44. Lee YK, Ng CJ, Low WY. Addressing unmet needs of patients with chronic diseases: Impact of the VISIT website during consultations. *Journal of evaluation in clinical practice.* 2017;23(6):1281-8.

## 10.2 Metodebeskrivelse for forskningsoppsummering

Søket ble gjort i to faser. I første fase søkte vi etter litteratur som beskriver erfaringer med IKT-verktøy som hjelper fastleger som beskrevet i tematikken. I fase to søkte vi etter litteratur om de løsningene vi fant i fase én og løsninger vi allerede kjente til som sorteringsverktøy for fastlegeordningen. I tillegg har vi søkt etter artikler som siterer allerede inkluderte artikler, samt gjennomført usystematiske søk i vitenskapelige databaser og kilder for grålitteratur.

### Resultater fra søk

Til sammen ble 1473 abstract vurdert for relevans etter søkene i fase 1 og 2. Vi valgte å inkludere 109 artikler for videre lesning av fulltekst. Det er i tillegg tatt inn artikler/rapporter og annen grålitteratur funnet gjennom usystematiske søk og siteringssøk. Til sammen har vi endt opp med å inkludere 44 artikler og rapporter i oversikten.

### Fase 1: Søk med søketermer

Det er søkt i PubMed, Medline og Embase, i tillegg til Google og Google Scholar. Søketermene i gruppe 1, 2 og 3 ble hver og en søkt i kombinert med søkegruppen "Web-baserte løsninger" OG "Fastlege/primærhelsetjeneste".

**Gruppe 1:** triage OR "Electronic triage" OR etriage OR "e-triage" OR "Computerized self-triage" OR "web-based triage" OR "Self triage" OR "self-triage" OR "Triage system\*" OR "Triage tool\*" OR Symptom checker\* OR "Diagnostic online tool\*" OR "Health resource\* on the web" OR "web-based healthcare service\*" OR "Online diagnosis" OR "self-diagnosis" OR "self diagnosis" OR "self assessment" OR "Self-assessment tool\*" OR "self-awareness tool\*" OR "self-care advise tool\*" OR "self-management tool\*" OR Self-referral OR "Symptom-related site\*" OR "Patient education" OR "access to information" OR "online support system"

**Gruppe 2:** "gatekeeper" OR "computerized self-triage" OR "electronic triage" OR etriage OR "e-triage" OR "self-triage" OR triage OR "triage tool\*" OR "triage system\*" OR "web-based triage"

**Gruppe 3:** "assessment of symptom\*" OR "patient decision making" OR "patient report" OR report by patient" OR self-disclosure[MeSH Terms]) OR self-report[MeSH Terms]) OR "reporting health indicators" OR Symptom assessment[MeSH Terms]) OR "pre-consultation" OR "prior to consultation" OR "pre-report" OR "consultation report" OR "electronic symptom reporting" OR "reporting symptoms electronically" OR "structured symptom reporting"] "self-anamnesis"

**Web-baserte løsninger:** ["cell phone\*" OR "mobile phone\*" OR "mobile\*" OR Digital\* OR electronic\* OR interactive OR online OR on-line OR mobile application[MeSH Terms] OR internet[MeSH Terms] OR Web OR "web-based" OR "internet-based" OR internet OR "ICT tool" OR "technological tool" OR "digital tool" ]

**Fastlege/primærhelsetjeneste:** AND [physician, family[MeSH Terms] OR physician, primary care[MeSH Terms]) OR general practitioner[MeSH Terms] OR "Family physician\*" or "general physician\*" or "general practitioner\*" or "family doctor\*" or "primary care doctor\*" or "primary care physician\*" or "primary care provider\*" or "primary doctor\*" or "primary physician" OR

care, primary health[MeSH Terms] OR "Primary care" OR "primary health care" OR "primary health\*"]

## **Fase 2: Søk på systemer**

### Større systemer

- moet ik naar de dokter (“Should I see a doctor?”)
- NHS, herunder NHS Choices
- NHS111 online
- 1177.se
- eConsult
- Klinik (Finland)/ Klinik Healthcare Solutions UK Limited
- Sundhed.dk
- Collabodoc
- Doctrin
- Visibacare
- Confrere

### Symptomsjekker

- MayoClinic Symptom Checker
- Healthline Symptom Checker
- MedlinePlus
- EverydayHealth.com
- WebMD symptom checker
- Babylon Diagnostic and Triage System
- The Isabel Symptom Checker

*Dette er et notat fra Anders Grimsmo som innspill i arbeidet med utredning av e-konsultasjon og triage, 18.09.2019.*



## 10.3 Et refleksjonsnotat ved Anders Grimsmo

### E-konsultasjon og triage i allmennpraksis – gode målsettinger uten gode nok redskaper?

Allmennleger opplever å være overbelastet, ikke bare i Norge, men i flere sammenlignbare land. Myndigheter og allmennleger selv har sett etter løsninger. Blant annet har anvendelse av e-konsultasjon med eller uten triagering kommet på dagsordenen som en mulig avlastning, og som endog kan bidra til økonomiske besparelser. En sammenholdning av resultater fra publiserte studier tyder likevel på at man fortsatt ikke har tilstrekkelig med forskning og evalueringer som kan gi svar på sentrale problemstillingene knyttet til sikkerhet, kvalitet, kostnader, likhet og effekter i forhold til helse og helsetjenesteforbruk.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse beskriver *e-konsultasjon* som et samlebegrep for digital konsultasjon tekstlig eller per video. Tekstlig konsultasjon handler om sikker meldingsutveksling i form av forespørsler/bestillinger og svar, og vanligvis asynkront. Videokonsultasjon skjer i sanntid og uten fysisk oppmøte (1). Teknologi og mange problemstillinger overlapper mellom e-konsultasjon og avstandsoppfølging, som f.eks. bruk av video/telefon vs. ansikt til ansikt konsultasjon, kvalitet og helsetjenesteforbruk. En viktig forskjell er at mens avstandsoppfølging oftest gjelder personer valgt ut av helsepersonell, åpner e-konsultasjon muligheten for at innbyggere selv kan ta kontakt ved opplevd behov.

### E-konsultasjon

Man finner artikler i tidsskrifter om utvikling og forsøk med e-konsultasjon helt tilbake til først på 90-tallet, men spesielt i kjølvannet av internett. Faktisk var Norge lenge et foregangsland gjennom Nasjonalt Senter for Telemedisin i Tromsø (2). Det ble gjort mange verdifulle erfaringer med bruk av video og senere med monitorering (3). Fortsatt er begrepet telehealth den mest utbredte betegnelsen om e-konsultasjon.

Selv om historien er lang mangler gjennombruddet i utbredelsen av e-konsultasjon. En oppsummerende studie fra første periode frem til 2009 fant at videokonferanse var den dominerende metoden (4). Hjemmesykepleien var eneste området hvor majoriteten av utprøvinger ga både redusert helsetjenesteforbruk og reduserte kostnader. Til ettertanke ble det anvendt synkron telefonkommunikasjon, i liten grad video i forsøk i hjemmesykepleien. Video konsultasjon mellom allmennlege med pasient tilstede og spesialist har ikke vært forskjellig fra kontrollgrupper i majoriteten av studiene, men hadde en høyere kostnad. Vedrørende oppfølging av pasienter i utkantstrøk har kostnadsresultatene vært blandet (4).

Nyere oppsummerende studier er ganske like i sine konklusjoner. Det foreligger fortsatt ikke tilstrekkelig med forskning og evalueringer som kan gi svar på de mest sentrale problemstillingene knyttet til sikkerhet, kvalitet, kostnader, likhet og effekter i forhold til helse og helsetjenesteforbruk (5-8). En stor andel av studiene som er blitt gjennomført, også i den senere tid, med og uten triagering, har vært preget av å være små og av blandet kvalitet. Det har vært smalt fokus på sammenhenger og kort oppfølgingstid. De få bredt anlagte studiene som finnes viser at virkningene er mangefasettert, at effektene kan bli utjevnet etter en tid (antall

kontakter, totale kostnader), og har i noen tilfeller ført til totalt økt helsetjenesteforbruk når man teller med e-konsultasjonene.

E-konsultasjoner i allmennpraksis per telefon eller video kan gjennomføres tilsynelatende trygt og være praktisk i situasjoner der pasient og lege kjenner hverandre når det handler om oppfølging av problemstillinger under behandling (9). Publikasjoner rapporterer også at e-konsultasjoner for mindre alvorlige lidelser, som f.eks. infeksjoner i øvre luftveier, i øyne og ører og i urinveiene kan trygt behandles og avsluttes med e-konsultasjon uten videre oppfølging (10). Man ser imidlertid at bruken av antibiotika kan bli høyere (11), og at arbeidsbelastningen i allmennpraksis totalt øker (12). Andelen ansikt til ansikt konsultasjoner som kan erstattes av e-konsultasjoner varierer i evalueringer (9, 13). Sett i et annet perspektiv så handler over halvparten av konsultasjonene i allmennpraksis om forhåndsavtalte kontroller og en fjerdedel om øyeblikkelig hjelp. Potensialet for omlegging, evt. ved triagering, er derfor begrenset med mindre man bevisst velger ut større målgrupper som f.eks. innbyggere med multiple kroniske sykdommer.

De største utfordringene ved innføring av e-konsultasjon har vært nok tid, investeringskostnader, teknisk implementering, integrering i praksisen og opplæring, samt at gruppen nye pasienter som dette er egnet for er begrenset (9, 14). Mange ser gode grunner for å bruke e-konsultasjoner, men barrierene og merarbeid har bidratt til vegring mot å starte opp (15, 16). Bakkenfor ligger også reell usikkerhet til hva endringer kan føre til både for brukere og helsepersonell (17). Med i beste fall moderate effekter og usikkerhet mht. til kvalitet og arbeidsbelastninger blir det anbefalt at legekantor som planlegger innføring av e-konsultasjoner foretar grundige vurderinger (18, 19).

Nye tilbydere som bare leverer e-konsultasjon har en enklere etablering, som f.eks. Helsetelefonen og Kry. Tilbudet synes i liten grad å avlaste fastlegene slik det er blitt hevdet. En stor andel av konsultasjonene handler om forhold som folk vanligvis heller ikke ville bestilt time for hos fastlegen (20). Erfaringer fra andre land tyder på at tilbudet kan bidra til et økt samlet helsetjenesteforbruk (21), og det kan svekke kontinuiteten i fastlegeordningen (22). Som ved e-konsultasjon hos fastlegen, skrives det ut mer antibiotika (11). Forskning har også vist at når flere behandlere som blir involvert i behandlingen av en pasient øker antallet prøver, innleggelser og forskrivninger av legemidler (23, 24). Likeledes øker forekomsten av utilsiktede hendelser (25). Flere tilbydere øker kompleksiteten og bidrar til økt fragmentering av helsetjenesten.

E-konsultasjon i form av elektronisk meldingsutveksling med spørsmål og svar har vært et tilbud ved mange legekantor i Norge. Den vanligste betegnelsen har vært publikumstjenester, men etter hvert "digital dialog" i kombinasjon med videokonsultasjon. Noen omtaler dette også som triagering (26), som blir noe forvirrende i forhold til begrepets egentlige betydning. Mest utbredt har vært muligheter til elektronisk å fornye resepter, få utskrevet enkle attester og rekvisisjoner, eller bestille og endre time. Noen legekantor tilbyr også å svare på enkle spørsmål om sykdom og helse for utvalgte pasienter. I første rekke har tilbudet lettet og erstattet noe av telefonkøen ved legekantor, samt arbeidet til fastlegens medarbeidere. Elektronisk meldingsutvekslingen med innbyggere på egen liste har økt gradvis i Norge (27). I en pilotstudie i England med 36 legekantor/400 000 innbyggere finner man omtrent de samme brukerne og tilfredshet med de elektroniske tjenestene som i Norge. De hyppigste forespørslene var administrative (resepter, attester og prøvesvar), samt spørsmål om infeksjoner/vaksiner. De fleste fikk svar i løpet av to dager. Den vanligste responsen var tilbud om vanlig konsultasjon (42%) eller telefonkonsultasjon (38%). Hovedkonklusjonen var at bruken av de elektroniske tjenestene hadde liten betydning for den totale arbeidsmengden og ventetiden ved legekantorene (13). Andre har funnet lignende resultater (26). Noen har også pekt på faren for forskjellsbehandling

da det er innbyggere med god utdanning som i første rekke har fått økt tilgjengelighet med elektroniske tjenester (28).

Forholdet mellom pasient og fastlege handler om personlige relasjoner som utvikles over tid bygd på en enkel uselektert og direkte tilgang til konsultasjoner hos fastlegen (29). Studier av kontakt- og konsultasjonsforløp i allmennpraksis forteller at de styres av en dialog mellom pasienten og legen hvor styringen av samtalen skifter underveis og kan strekke seg over flere konsultasjoner. Flertallet av konsultasjonene handler om flere problemstillinger, ofte parallelt, og over 70% om multisykdom (30). Veien frem til valg av behandling og oppfølging varierer stort. Hva som kommer frem av informasjon og problemstillinger på to-mannshold er uforutsigbart, forløpet likeledes (31). Denne tilsynelatende mangelen på struktur representerer likevel viktige kvaliteter. Den gir opplevelse av likeverd og medvirkning, skaper tillit og bidrar nettopp til å utvikle relasjoner og kontinuitet (32). Undersøkelser har funnet jo større tilliten er til fastlegen, jo i større grad velger pasienter å henvende seg til fastlegen fremfor legevakt og akuttmottak (33, 34). God tilgjengelighet og kontinuitet blir av den grunn fremhevet som sentrale kvaliteter i fastlegeforskriften §1. Listeansvaret gir fastlegen i tillegg et helhetsansvar (§10) og fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser (§21).

Teknologi og forordninger som kommer i mellom innbyggerne og fastlegen må vurderes grundig i forhold til hvordan det kan påvirke kontinuitet, tilgjengelighet, likhet, helhetsperspektivet og de personlige relasjonene mellom pasienten og fastlegen (35). Slike tiltak må også vurderes i forhold til fastlegeforskriften krav og målsettinger. Eksempler på tiltak som direkte vil kunne påvirke relasjonen mellom pasient og lege er ulike former for triagering, anvendelse strukturert tekst/skjema og helsefaglig standardisering (36-38). Hovedgrunnen er at tiltakene bygger på standardiserte protokoller som underlag som er vanskelig å integrere med konsultasjonsforløpet i allmennpraksis.

## Anvendelse av triagering

Triagering handler om prioritering og fordeling av innbyggere med behov for helsehjelp. Det kan være interaktive portalløsninger eller siling ved hjelp av telefon- og/eller videokonsultasjon lokalt eller regionalt – oftest bemannet med sykepleiere med spesiell opplæring, som i tillegg ofte har tilgang til digital beslutningsstøtte. Internasjonalt har det vært størst fremvekst av innringningssentraler som dekker større områder for behov utenom kontortid for å kunne gi råd om oppsøke legevakt, akuttmottak, allmennlege eller andre, evt. med forslag til egenomsorg (39). Effekten på helsetjenesteforbruket har imidlertid vært liten (40).

Treffsikkerheten til standardiserte triageringssystemer eller protokoller avtar med fallende forekomst aktuelle problemstillinger i en populasjon. Når det gjelder øyeblikkelig hjelp vil derfor samme protokoll treffe dårligere i legevakt og allmennpraksis, sammenlignet med AMK/akuttmottak. Sensitivitet (korrekt påvisning av behov for øyeblikkelig hjelp) er i gjennomsnitt rundt 75% ved AMK/akuttmottak. Blant de som blir meldt med behov for øyeblikkelig hjelp, viser det seg at om lag 50 prosent likevel ikke er øyeblikkelig hjelp (falsk positive) (41, 42). Når evalueringer av triagering i akuttmottak konkluderer med at treffsikkerheten her bør bli bedre (39, 43, 44), gjelder det enda mer i primærhelsetjenesten. Forekomsten av behov for øyeblikkelig hjelp er langt lavere på legevakt og minst i allmennpraksis. Når en stor andel i tillegg vil være i en tidlig utviklingsfase med lite spesifikke symptomer (lavere sensitivitet) er det grunn til å stille spørsmål om det er hensiktsmessig og mulig å utvikle protokoller i allmennpraksis med mål om å fange opp tilstrekkelig presist behov for øyeblikkelig hjelp og innleggelse. Om lag 1% av konsultasjonene i allmennpraksis ender med øyeblikkelig hjelp innleggelse, rød respons utgjør om lag 0,1%.

Relativt nylig har man begynt å prøve ut såkalte digitale symptom-sjekkere. Det er portaler som er beregnet på innbyggere som søker helsehjelp på internett. En litteraturgjennomgang konkluderer med at treffsikkerheten er variabel og generelt lav når det gjelder å skille ut personer med behov for øyeblikkelig hjelp (45). Systemene som finnes konkluderer likevel i større grad "for sikkerhets skyld ta kontakt med ..." enn det helsepersonell gjør (46). Foreløpige erfaringer tyder på at folk relativt raskt tar disse løsningene i bruk.

Av nyere dato har spørsmålet vært om triagering kombinert med e-konsultasjon kan avlaste fastlegene i daglig arbeid. Triagering etter hastegrad (inkl. evt. behov for øyeblikkelig hjelp) og optimal bruk av ressurser til enhver tid har vært en viktig aktivitet ved legekantor så lenge som allmennleger har hatt medarbeidere – legesekretær eller sykepleier, til å ta imot henvendelser. Fastlege og medarbeidere fungerer på de fleste legekantorene som et team og ivaretar slik personlig kontinuitet (47), og vil også være nøkkelpersoner for å lykkes med evt. innføring av e-konsultasjon og triagering (19, 48). Spesielt etter oppretting av fastlegeordningen har praksis vært at omtrent alle som ber om time får tildelt en time etter beste vurdering av helsepersonellet. Det er en rett de også har etter fastlegeforskriften.

Helsepersonellet på legekantor kjenner og har oversikt innbyggerne på pasientlisten som går ut over den informasjonen som finnes i pasientjournalen og har slik et grunnlag for høyere sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med bemannede regionale sentraler. Triagering overlapper imidlertid med arbeid som medarbeidere på legekantor i dag utfører. Mulige utfall ved innføring av ulike former for triagering er derfor nedbemanning av medarbeidere tilsvarende det som skjedde ved innføringen av EPJ. Med andre ord ikke en avlastning av fastlegen. I neste omgang vil det kunne bety svekkelse av den personlige kontinuiteten som medarbeidere i "skranken" representerer ved mange legekantor; spesielt i områder med gjennomtrekk og vanskelig rekruttering av fastleger. Nedbemanningen vil også kunne svekke bredden av tilbud ved legekantor. Norske allmennlegekantor har allerede i dag den "smaleste" bemanningen mht. antall forskjellige profesjoner på legekantor i forhold til sammenlignbare land (49).

Når myndigheter vil bruke triagering for å påvirke innbyggernes bruk av tjenesten, er det også et spørsmål om det foreligger dokumentasjon på at økt arbeidspress i allmennpraksis har sammenheng med feil bruk av tjenester eller høyere forventinger fra innbyggerne. Norske innbyggere er blant de som venter lengst og oppsøker fastlegen sjeldnere enn i sammenlignbare land (50). Innbyggere blir behandlet likt ut i fra behov mht. konsultasjonstid; i hovedsak uavhengig av bakgrunn (51). Norske allmennleger er blant de som bruker mest tid per konsultasjon (52), noe som er forbundet med et bedre tilbud til eldre og innbyggere med kroniske sykdommer (53). Både erfaring fra Norge og forskning internasjonalt forteller at når innbyggere muligheten får muligheten til selv fritt å reservere time(r) reduserer dette ventetid og tidsbruk i allmennpraksis (54). En norsk utredning finner at forebyggende og helsefremmende arbeid i allmennpraksis – som kan redusere helsetjeneste forbruket – har vært på vikende front over flere ti-år, og at det foreligger flere og viktigere årsaker til den økte arbeidsbelastningen enn det som kan tilbakeføres til pasientenes bruk av tjenesten (55). Forskning finner at den økte etterspørselen etter helsetjenester er mer tilbudsstyrt enn behovsstyrt (56), og at viktig drivere i denne utviklingen har vært en diagnoseorientert organisering, forskning og formidling av helsetjenesten (57, 58), støttet av diagnosebaserte finansieringssystemer (59). Økte forventinger i befolkningen er en sekundæreffekt med sammenheng i økningen i tilbud, og presset på allmennlegene og øvrige deler av primærhelsetjenesten vil fortsette om man ikke griper tak i disse årsakene.

Om en triagering har som mål å avlaste fastlegene ved å veilede personer som ber om time, enten med avventing, råd eller hevdelse til andre tjenestetilbydere, gjelder de samme

problemstillingene som for øyeblikkelig hjelp med hensyn til forekomst og triageringens sensitivitet og spesifisitet. Blant de som henvender seg vil førsteprioritet måtte være å kunne skille mellom alvorlig og mindre alvorlig sykdom (43). At nyoppstått alvorlig sykdom blant de som ber om time i allmennpraksis forekommer sjelden, gjør det ikke enklere eller tryggere å ta i bruk triagering. Tvert om øker sjansen for å overse alvorlig sykdom rent matematisk og slik man kan tolke evalueringene av triagesystemer som foreligger. I en finsk undersøkelse ble personer som hadde oppsøkt legevakten, men ikke fått avtale fulgt opp etterpå. De hadde blitt tilrådet å avvente etter en standard triagering basert på en samtale og vurdering av sykepleier. Bruken av legevakt gikk ned den første tiden, men fant at personene hadde søkt annen legehjelp, og henvisninger til spesialisthelsetjenesten økte (60).

I en større engelsk randomisert studie (42 legepraksiser, 21000 pasienter) av legeledet og sykepleieleddet triagering, og med kontrollgruppe, fikk alle henvendelser om legetime tilbud om telefonkonsultasjon samme dag (61). Det medførte en vesentlig redistribusjon av kontakter på indekسدagen. Ansikt til ansikt konsultasjoner gikk ned samtidig med en stigning antall telefonkontakter. I løpet av observasjonsperioden på 28 dager ble totalt antall kontakter henholdsvis i legegruppen og sykepleiergruppen 33% og 48% høyere enn i kontrollgruppen. Selv om en telefonkonsultasjon i gjennomsnitt tok kortere tid ble den totale tidsbruken og kostnaden den samme som i kontrollgruppen (62). En grunn til økt tidsbruk var en økning i gjentakende telefonkonsultasjoner i ukene etter den første samtalen, noe også andre har funnet (63). Sykepleieleddet triagering reduserte kontakttid med legene, men tid brukt av lege og sykepleier til sammen økte (64). Triageringen virket trygg, men selv om denne undersøkelsen var den største hittil, var materialet for lite til å kunne trekke konklusjoner knyttet en observasjon av høyere forekomst av dødsfall og sykehusinnleggelse i triage gruppene (62). Andre evalueringer av triagering finner også en lignende redistribusjon av kontakter, men resultatene spriker når det gjelder avlastning av allmennlegene (5). Det har ikke lyktes å finne undersøkelser som har hatt tilstrekkelig styrke og observasjonstid til å kunne konkludere i forhold til påvirkning av overlevelse, men muligens en liten økning i sykehusinnleggelse (65).

Den største forskjellen på telefontriagering (uten video) og ansikt-ti-ansikt triagering er den visuelle komponenten. I en sammenligning av disse to typene triagering var overensstemmelsen mellom dem under 50% når det gjaldt behov for innleggelse i sykehus. Bruk av protokoller endret ikke denne forskjellen (66). Men det er også andre forskjeller som kan være av klinisk betydning. Både ved telefon- og videokonsultasjoner blir samtaletiden i gjennomsnitt kortere, mindre informasjon blir dokumentert, og det gis mindre råd og veiledning. Det blir av den grunn stilt spørsmål om pasientsikkerheten ved triagering i primærhelsetjenesten blir god nok (67). Det er også registrert hyppigere forskrivning av antibiotika sammenlignet med ansikt til ansikt konsultasjoner (68, 69).

Etterlevelse i forhold til råd som blir gitt ved triagering kan også være en utfordring. I studier er det om lag 2/3 som følger rådene som blir gitt, men med stor variasjon avhengig av både kommunikasjonsferdighetene til utøver og innringers sosiale kår og utdanning. Triagering vil av den grunn kunne bidra til økt forskjellsbehandling i disfavør av lavere sosiale lag ifølge studier (42, 70, 71). Dette vil kunne representere en svekkelse av den utjevne funksjonen som fastlegen har i forhold til lik tilgang til helsetjenester (49).

Der det fremgår viser det seg at innbyggere som benytter triagering og e-konsultasjon er yngre enn "gjennomsnittspasienten" hos fastlegen og relativt friske. Når det gjelder henvendelse om sykdom, handler det også hyppigst om nyoppstått sykdom, ofte infeksjonssykdommer. Mange triageringssystemer er diagnoseorienterte og bygger på faglige retningslinjer for enkeltsykdommer. Imidlertid, den største gruppen pasienter i nesten alle deler av helsetjenesten er innbyggere med multisykdom og polyfarmasi med et utall av kombinasjoner (57). Jo, flere



sykdommer, jo mindre relevante blir sykdomsspesifikke faglige retningslinjer (72). Foreløpig har det vært vanskelig å finne litteratur som drøfter triagering primærhelsetjenesten knyttet til innbyggere med multiple kroniske sykdommer som sådan. De er den mest ressurskrevende gruppen i helsetjenesten. Gruppen har også et underforbruk av helsetjenester sammenlignet med f.eks. de som har tatt i bruk e-konsultasjon. Nedsatt mobilitet gjelder også mange av dem, og de mister kontakten med sin fastlege. Det er med andre ord gode grunner til å prioritere denne gruppen. For mange vil det måtte omfatte opplæring og involvering av evt. pårørende eller hjemmesykepleien. Utgangspunktet er godt. Hittil har man oppnådd de beste resultatene når rutiner for e-konsultasjon (meldinger og telefon) mellom fastlege og hjemmesykepleie opprettes (4). Likevel, innføring av både triagering og e-konsultasjon krever en oppfølging med kontrollgruppe og styrke nok til å evaluere forekomsten av utilsiktede hendelser (73). Det er også grunn til å sammenligne effekten av triagering med andre tiltak som har vist seg å kunne redusere arbeidsbelastningen i allmennpraksis uten å redusere kvaliteten på tjenesten (54).

## Litteratur

1. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse. E-konsultasjon hos fastlege og legevakt. Rapport IS-2801. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Available from: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/\\_attachment/download/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cecc2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/_attachment/download/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cecc2336507f3c7a504e5e29a7/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf).
2. Nesje SB. WHO valgte norsk telemedisin. Tidsskr Nor Legeforen. 2003;123(2):139. Available from: <https://tidsskriftet.no/2003/01/nytt-fra-nett/who-valgte-norsk-telemedisin>.
3. Hartvigsen G, Johansen M, Hasvold P, Bellika JG, Årsand E, Arild E, et al., editors. Challenges in telemedicine and health: Lessons learned from 20 years with telemedicine in Tromsø. MEDINFO; 2007; Brisbane. IOS Oress. Available from: <https://books.google.no/books?id=KANvAgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=MEDINFO+2007&hl=no&sa=X&ved=0ahUKEwj9i9qot5PgAhWG2CwKHe3XDUIQ6AEIMzAB#v=onepage&q=MEDINFO%202007&f=false>.
4. Wade VA, Karnon J, Elshaug AG, Hiller JE. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. BMC health services research. 2010;10(1):233. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-233>.
5. Lake R, Georgiou A, Li J, Li L, Byrne M, Robinson M, et al. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. BMC health services research. 2017;17(1):614. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2564-x>.
6. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. Systematic Reviews. [journal article]. 2017;6(1):128. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0529-0>.
7. Ignatowicz A, Atherton H, Bernstein CJ, Bryce C, Court R, Sturt J, et al. Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. Digit Health. 2019;5:1-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31069105>.
8. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>.
9. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. J Med Internet Res. [Original Paper]. 2018;20(4):e150. Available from: <http://www.jmir.org/2018/4/e150/>.
10. Penza KS, Murray MA, Pecina JL, Myers JF, Furst JW. Electronic Visits for Minor Acute Illnesses: Analysis of Patient Demographics, Prescription Rates, and Follow-Up Care Within an Asynchronous Text-Based Online Visit. Telemedicine and e-Health. 2018;24(3):210-5. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2017.0091>.
11. Palms DL, Hicks LA, Bartoces M, Hersh AL, Zetts R, Hyun DY, et al. Comparison of Antibiotic Prescribing in Retail Clinics, Urgent Care Centers, Emergency Departments, and Traditional Ambulatory Care Settings in the United States. JAMA Internal Medicine. 2018;178(9):1267-9. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1632>.
12. Bavafa H, Hitt LM, Terwiesch C. The impact of e-visits on visit frequencies and patient health: Evidence from primary care. Management Science. 2018;0(0):null. Available from: <https://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/mnsc.2017.2900>.
13. Edwards HB, Marques E, Hollingworth W, Horwood J, Farr M, Bernard E, et al. Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. BMJ open. 2017;7(11):e016901. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e016901.full.pdf>.
14. Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, Hanson P, et al. Advantages and limitations of virtual online consultations in a NHS acute trust: the VOCAL mixed-methods study. Health Services and Delivery Research. 2018;6(21). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939519>.
15. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. The potential of alternatives to face-to-face consultation in general practice, and the impact on different patient groups: a mixed-methods case study. Southampton (UK); 2018.
16. Osman MA, Schick-Makaroff K, Thompson S, Bialy LF, Robin , Kurzawa JZ, Deenaz Okpechi, Ikechi G. . Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance access to specialist care: A scoping review. Lancet. [Preprint]. 2019. Available from: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3365087](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3365087).
17. Nilsen ER, Dugstad J, Eide H, Gullslett MK, Eide T. Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. BMC health services research. 2016;16:657. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5111186/>.

18. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. *Br J Gen Pract*. 2018 Apr;68(669):e293-e300. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29378697>.
19. Newbould J, Exley J, Ball S, Corbett J, Pitchforth E, Roland M. GPs' and practice staff's views of a telephone first approach to demand management: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2019;69(682):e321-e8. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/69/682/e321.full.pdf>.
20. Ashwood JS, Mehrotra A, Cowling D, Uscher-Pines L. Direct-To-Consumer Telehealth May Increase Access To Care But Does Not Decrease Spending. *Health Affairs*. 2017;36(3):485-91. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2016.1130>.
21. Ashwood JS, Gaynor M, Setodji CM, Reid RO, Weber E, Mehrotra A. Retail Clinic Visits For Low-Acuity Conditions Increase Utilization And Spending. *Health Affairs*. 2016;35(3):449-55. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2015.0995>.
22. Reid RO, Ashwood JS, Friedberg MW, Weber ES, Setodji CM, Mehrotra A. Retail clinic visits and receipt of primary care. *Journal of general internal medicine*. 2013;28(4):504-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23070656>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC3599015/>.
23. Starfield B, Chang HY, Lemke KW, Weiner JP. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in us health plans: correlates and consequences. *The Journal of ambulatory care management*. 2009 Jul-Sep;32(3):216-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542811>.
24. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health affairs*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269444>.
25. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007 Mar;5(1):31-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608245>.
26. Eccles A, Hopper M, Turk A, Atherton H. Patient use of an online triage platform: a mixed-methods retrospective exploration in UK primary care. *British Journal of General Practice*. 2019;69(682):e336-e44. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/69/682/e336.full.pdf>.
27. Zanaaboni P, Øyane N, A.J. F. Digital dialog - pasientenes erfaringer. Faktaark nr.2 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning; 2018. Available from: <https://ehealthresearch.no/files/documents/Faktaark/Faktaark-2018-02-Digital-dialogpasientenes-erfaringer.pdf>.
28. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *Journal of Medical Internet Research*. 2016;18(10):e264. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069402/>.
29. von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*. 2006 April 1, 2006;23(2):210-9. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/23/2/210.abstract>.
30. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(616):e751-e9. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/63/616/e751.full.pdf>.
31. Holman GT, Beasley JW, Karsh B-T, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. *JAMIA*. 2016;23(1):29-37. Available from: <http://jamia.oxfordjournals.org/content/jaminfo/23/1/29.full.pdf>.
32. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ*. 2008;337:a867.
33. Henninger S, Spencer B, Pasche O. Deciding whether to consult the GP or an emergency department: A qualitative study of patient reasoning in Switzerland. *European Journal of General Practice*. 2019 2019/07/03;25(3):136-42. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1634688>.
34. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*. 2013;63(612):e482-e9.
35. Richardson J. King's Fund warns that access must not trump other essential attributes of general practice. *Bmj*. 2018;361:k2490. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/361/bmj.k2490>.
36. Rudebeck CE. Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019;1-10. Available from: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639909>.
37. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Standardization meets stories: contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2013;8:21498. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24054352>.
38. Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ open*. 2012;2(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23192245>.
39. Huijbers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011;29(4):198-209. Available from: <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.629150>.
40. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances. a systematic review of primary care service interventions. 2013;63(617):e813-e20. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/63/617/e813.full.pdf>.
41. Sránek M, Post W, Koster RW. Telephone triage of cardiac emergency calls by dispatchers: a prospective study of 1386 emergency calls. *Br Heart J*. 1994;71(5):440-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC483720/>.
42. Blank L, Coster J, O' Cathain A, Knowles E, Tosh J, Turner J, et al. The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(12):2610-21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2012.06052.x>.
43. Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, van Veen M, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2019;9(5):e026471. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/5/e026471.full.pdf>.
44. Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2017;10(2):129-35. Available from: <https://doi.org/10.1111/jebm.12231>.
45. Chambers D, Cantrell AJ, Johnson M, Preston L, Baxter SK, Booth A, et al. Digital and online symptom checkers and health assessment/triage services for urgent health problems: systematic review. *BMJ open*. 2019;9(8):e027743-e. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688675/>.
46. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;351:h3480-h. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496786/>.
47. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Annals of family medicine*. 2007;5(5):457-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893389>.



48. Brant HD, Atherton H, Bikker A, Porqueddu T, Salisbury C, McKinstry B, et al. Receptionists' role in new approaches to consultations in primary care: a focused ethnographic study. *British Journal of General Practice*. 2018;68(672):e478-e86. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/68/672/e478.full.pdf>.
49. Grimsmo A. Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner – et bidrag til en bedre helsetjeneste. In: Carlsen T, Kristoffersen JE, Lerum SV, Maurud H, Heileman A, Mjelva SU, editors. *Rett diagnose til rett tid - fastlegen som helsetjenestens portner*. Oslo: Den Norske Legeforening; 2017. p. 16-31.
50. van Loenen T, van den Berg MJ, Faber MJ, Westert GP. Propensity to seek healthcare in different healthcare systems: analysis of patient data in 34 countries. *BMC Health Services Research*. 2015;15:465. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600318/>.
51. Stevens S, Bankhead C, Mukhtar T, Perera-Salazar R, Holt TA, Salisbury C, et al. Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018261. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e018261.full.pdf>.
52. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*. 2017;7(10):e017902-e. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695512/>.
53. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001 Oct 6;323(7316):784-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588082>.
54. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC health services research*. 2017;17(1):295. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>.
55. Rønnevik D-H, Pettersen B, Grimsmo A. *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid - som utøver og lyttepost*. Oslo: KS; 2019 (Under trykking).
56. Wennberg JE. *Tracking medicine*. Oxford: Univerity Press; 2010.
57. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579043>.
58. Brodersen J, Kramer BS, Macdonald H, Schwartz LM, Woloshin S. Focusing on overdiagnosis as a driver of too much medicine. *BMJ*. 2018;362:k3494. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/362/bmj.k3494.full.pdf>.
59. Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg JE, Fisher ES. Regional variations in diagnostic practices. *The New England journal of medicine*. 2010 Jul 1;363(1):45-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20463332>.
60. Kauppi T, Seppänen K, Mattila J, Kaartinen J. The effect on the patient flow in a local health care after implementing reverse triage in a primary care emergency department: a longitudinal follow-up study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017;35(2):214-20. Available from: <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333320>.
61. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet*. 2014;384(9957):1859-68. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61058-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61058-8).
62. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Assess*. 2015;19(13). Available from: <http://journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta19130>.
63. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *British Journal of General Practice*. 2002;52(477):306-10. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/52/477/306.full.pdf>.
64. Holt TA, Fletcher E, Warren F, Richards S, Salisbury C, Calitri R, et al. Telephone triage systems in UK general practice: analysis of consultation duration during the index day in a pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*. 2016;66(644):e214-e8. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/66/644/e214.full.pdf>.
65. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *Bmj*. 2017;358:j4197. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j4197.full.pdf>.
66. Salk ED, Schriger DL, Hubbell KA, Schwartz BL. Effect of Visual Cues, Vital Signs, and Protocols on Triage: A Prospective Randomized Crossover Trial. *Annals of Emergency Medicine*. 1998;32(6):655-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064498700630>.
67. McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(4):298-303. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/19/4/298.full.pdf>.
68. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A Comparison of Care at E-visits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infection. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(1):72-4. Available from: <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.305>.
69. Lee MS, Ray KN, Mehrotra A, Giboney P, Yee HF, Jr, Barnett ML. Primary Care Practitioners' Perceptions of Electronic Consult Systems: A Qualitative Analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(6):782-9. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0738>.
70. Tran DT, Gibson A, Randall D, Havard A, Byrne M, Robinson M, et al. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. *BMC health services research*. 2017;17(1):512. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2458-y>.
71. Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*. 2012;87(2):135-42. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111004708>.
72. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. Available from: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h176.long>.
73. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(3). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004180.pub2>.