



Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barneverninstitusjon

RAPPORT JANUAR 2018

Eirin Rødseth, Erlend Bønes

Kvalitets- og utviklingssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU



Innhold

1	Innledning.....	2
2	Sammendrag	3
3	Rammebetingelser	4
3.1	Nasjonale føringer – prosesser.....	4
3.2	Videokonsultasjoner innen psykisk helsevern	4
3.3	Juridisk gjennomgang	5
3.4	Takstsystem	6
4	Dagens situasjon - barnevern.....	6
4.1	Situasjonsbeskrivelse.....	6
4.2	Anskaffelsesbehov barnevernsinstitusjoner	6
4.3	Nødvendig videoutstyr	7
4.4	Utstysrbehov i institusjonene.....	7
4.5	Erfaringsbeskrivelse.....	8
4.6	Intervju av ansatte.....	9
4.6.1	Om psykisk helsehjelp	9
4.6.2	Institusjonens samarbeidspartnere og samhandling	9
4.6.3	Holdninger til bruk av IKT	10
4.7	Intervju av beboere	11
4.7.1	Beboernes bruk av teknologi.....	11
4.7.2	Tillit til teknologi og bruk av video til behandling	11
4.7.3	Om helsehjelp.....	11
	Oppsummering status barnevern	12
5	Dagens situasjon psykisk helsevern – spesialisthelsetjenesten for barn og unge	12
5.1	Situasjonsbeskrivelse.....	12
5.2	Utstysrbehov	13
5.3	Bruk av videokonferanseløsninger – variasjon mellom helseregionene	14
6	Utfordringsbilde	15
7	Anbefalinger for bruk av digitale verktøy ved oppfølging og behandling fra psykisk helsetjeneste av barn i barneverninstitusjon.	15
7.1	Teknisk løsning	16
7.2	Samhandlingsmodell	16
7.2.1	Behandling - videokonsultasjoner	17
7.2.2	Samhandlingsmøter på video.....	17
7.2.3	Opplæring og veiledning	18

7.3	Samarbeidsavtaler	18
7.4	Risiko- og sårbarhetsanalyse	18
7.5	Informasjons- og opplæringsmodell	19
7.6	Gevinstanalyse.....	19
	Anbefalinger	20
8	Forslag til gjennomføring av pilotering av anbefalt løsning	21
8.1	Hensikten med pilotering	21
	Anbefalinger	22
8.2	Hvordan gjennomføre pilotering? Forslag til implementeringsmodell.....	22
8.2.1	Prosjektveiviseren	22
8.2.2	Normalisering av endringene – hvordan skape en robust tjeneste	23
8.3	Organisering	24
	Referanser	25
	Liste over vedlegg.....	26

1 Innledning

Hvordan kan teknologi brukes for å gi psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjon?

Rapporten «Bruk av teknologi for psykisk helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjon» er resultatet av en utredning bestilt av Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet, på vegne av et samarbeidsprosjekt med Helsedirektoratet. Utredningen skal gi et kunnskapsgrunnlag for tilrettelegging for bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon.

Bakgrunnen for bestillinga er satsinga «Bedre helsehjelp til barn i barnevernet». I sitt tildelingsbrev i 2017 gav Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet sine respektive direktorater i oppdrag å utrede nettopp hvordan teknologi kan brukes for å gi psykisk helsehjelp til denne gruppa av barn og unge.

Kvalitets- og utviklingssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge fikk bestillingen fra direktoratet og har jobbet med utredningen fra juni til desember 2017.

Vi vil få takke Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet for et godt samarbeid. Vi vil også takke informantene ved de to barnevernsinstitusjonene vi besøkte, samt Foreningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken for mye nyttig informasjon.

Tromsø, januar 2018

2 Sammendrag

Tre av fire barn på barnevernsinstitusjon har en eller flere psykiske lidelser og under 40% mottar hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse plagene. Kan denne sårbare målgruppen få bedre psykisk helsehjelp ved hjelp av digitale verktøy?

Utredningsprosjektet «Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon» skal gi et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon kan tilrettelegges. Med digitale verktøy menes her lyd- og billedløsninger, eller videosystemer, som kan brukes til behandling, samhandling og veiledning/opplæring.

I denne rapporten oppsummeres hovedfunn fra kartleggingen av Bufetats barnevernsinstitusjoner og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i spesialisthelsetjenesten.

Det viser seg at en høy andel institusjoner i barneverntjenesten og BUP-er har erfaring med å bruke video til møtevirkosomhet og opplæring. Til tross for at svært få benytter systemet til behandling, stiller mange seg positive til å skulle benytte det klinisk.

Klassisk videokonferanseutstyr er mest utbredt, men desktopbaserte videoløsninger er i ferd med å bli mer vanlig. En eventuell nasjonal løsning for videosamhandling mellom barnevernsinstitusjonen og spesialisthelsetjenesten fordrer stabile videosystemer som kan snakke sammen eller er kompatible.

Videotilbudet til barn i barnevernsinstitusjoner kan utvikles og implementeres innenfor rammene av gjeldende lovverk. Det er imidlertid viktig å lage klare rammer, avtaler og retningslinjer for bruk for å sikre personvern og forsvarlig behandling.

Når tjenester som dette skal utvikles handler det aller mest om det som *ikke* har med selve teknologien å gjøre: Organisering, rutiner, endring i arbeidsmåter, ledelsesforankring og systemer for brukerstøtte. Vi anbefaler derfor at det gjennomføres en pilot der hovedfokus er pasientforløpet og hvordan bruk av video kan bidra til bedre helsetjenester for barn i barnevernsinstitusjoner, både i forhold til om flere barn på barnevernsinstitusjon kan få den hjelpen de trenger, og om graden av samhandling mellom tjenestene øker.

Prosjektdeltakere fra spesialisthelsetjenesten og barneverninstitusjonen bør sammen med beboere ved pilotinstitusjonene analysere pasientforløpet, og deretter utforme et behandlingstilbud som inkluderer bruk av video der dette er hensiktsmessig.

En pilot vil gi erfaringer som vil være svært nyttige for helsetjenesten og barnevernet, og gi svar på hvordan man bør organisere en tjeneste som dette for at målgruppa skal få bedre helsetjenester.

Erfaringer fra piloten vil også kunne være nyttige for videre utvikling av nasjonale, digitale innbyggertjenester på et mer generelt nivå.

3 Rammebetingelser

3.1 Nasjonale føringer – prosesser

Bakgrunnen for dette prosjektet er departementenes satsing «Psykisk helsevern og barnevern».

Prosjektet foregår samtidig som andre nasjonale satsinger innledes. Slik vi ser det er det minst to nasjonale prosesser som kan ha grenseflater og dermed kan påvirke eller bli påvirket av dette prosjektet.

DigiUng. Det ene prosjektet ledes av Helsedirektoratet og skal samordne digitale helsetjenester for ungdom (foreløpig navn DigiUng). Et mangfold av informasjonsplattformer for ungdom som søker hjelp på internett skal samles til én. Plattformen skal tilby informasjon, veiledning (for eksempel e-læring, nettpat/chat) og behandling (e-konsultasjon, e-resept, timebestilling osv.). Målgruppa for dette plattformprosjektet er all ungdom, og fokuset skal omfatte hele spekteret fra forebygging til behandling. Plattformprosjektet vil være knyttet opp mot helsenorge.no, den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Prosjektet «Digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon» er organisatorisk foreslått som et underprosjekt til «DigiUng».

I forprosjektfasen av vårt prosjekt har hovedfokus vært videokonsultasjoner eller videokonferansemøter. Digitale verktøy er mye mer enn videokonsultasjoner. Det kan for eksempel utvikles portalløsninger der samhandlingspartene og pasienten kan dele informasjon, og det kan utvikles chat-løsninger slik at pasient og behandler kan skrive til hverandre. I en neste fase av prosjektet vil det være hensiktsmessig å kartlegge behovet for slike løsninger. Om disse løsningene skal realiseres i senere faser av prosjektet vil det være hensiktsmessig å dra nytte av «DigiUng» sin tekniske infrastruktur.

Nasjonal løsning for videokonsultasjoner. Det finnes i dag ingen nasjonal løsning for kliniske videokonsultasjoner. Det finnes heller ikke videoløsninger som er integrert i de elektroniske pasientjournalene som benyttes av spesialisthelsetjenesten. Vi er blitt informert om at Direktoratet for e-helse har innledet et arbeid omkring løsninger for videokonsultasjoner. Foreløpig er dette arbeidet i en tidlig startfase, og det er ikke definert mål for verken tjenesteutvikling eller teknologivalg. Direktoratet for e-helse kartlegger utbredelse og bruk av videokonsultasjoner. Det er ikke usannsynlig at dette arbeidet kan resultere i at det defineres foretrukne tekniske løsninger for videokonsultasjoner. Det er heller ikke usannsynlig at en foretrukket teknisk løsning for videokonsultasjon vil være at pasient får tilgang til videosamtalen gjennom å logge seg på helsenorge.no. Arbeidet har imidlertid akkurat startet i Direktoratet for e-helse, og det er ennå uklart hva resultatet vil bli.

3.2 Videokonsultasjoner innen psykisk helsevern

Det har blitt gitt behandling på video innen psykisk helsevern i mange år. Pasienter som har lang reisevei til sykehus eller behandler er ofte fornøyd med tilbudet fordi de slipper å reise, får hyppigere konsultasjoner og et faglig godt behandlingstilbud. Undersøkelser viser at videokonsultasjoner (tidligere kalt telepsykiatri) gir økt behandlingstilgang, økt pasienttilfredshet, har vært tidsbesparende og har redusert pasienters behov for reising (Trondsen et al 2014). Noen barn og unge med psykiske lidelser mener at det er mindre skummelt å møte behandleren på video enn ansikt til ansikt (Trondsen et al 2017).

Universitetssykehuset Nord-Norge er det første sykehuset i Norge som har utviklet et psykiatrisk akutttilbud på videokonferanse, DeVaVi (Kilvær et al 2015). Forskning viser at dette videokonferanse-tilbudet er et effektivt verktøy som sikrer desentraliserte akutt-tjenester av høy kvalitet (Trondsen et al 2014). Innleggelsesmønsteret ble kraftig endret ved avdelinga som innførte akutttilbudet. 31% av akuttinnleggelsene som tidligere kom til sentralsykehus, ble håndtert av lokalsykehus tre år senere. Pasientene får dermed et lokalt akutttilbud, og slipper tilleggsbelastningen med lang transport i sykebil eller politibil når de allerede er veldig syke. Det totale antall liggedøgn (både sentral- og lokalsykehus) ble også redusert.

EU-prosjektet MasterMind ved Universitetssykehuset Nord-Norge hadde til hensikt å øke tilgjengeligheten av kvalitetssikret behandling for depresjon ved bruk av internettbasert terapi (iCBT) og videokonferanse. I prosjektet ble videokonferanse benyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger og til videokonsultasjoner hjem til pasienten (Kjøterøe et al 2017). Erfaringene fra prosjektet viste at det er hensiktsmessig å bruke videokonferanse til å samhandle mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Pasientene som fikk teste ut løsningen var fornøyde, og de opplevde det som positivt å få behandling hjemme i en trygg setting.

I et annet EU-finansiert prosjekt, eCAP, har Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge gått i gang med å bruke videokonsultasjoner til pasienter som bor langt unna sykehuset. Denne tjenesten har nylig startet opp, og det finnes derfor ingen rapporter ennå. Pasienter og helsepersonell er imidlertid fornøyd med tilbudet¹. OCD-teamet ved avdelingen, som jobber med tvangslidelser, har pasienter fra hele Nord-Norge og gir kun behandling på video.

3.3 Juridisk gjennomgang

Bruk av videokonferanseløsninger for å gi helsehjelp til barn i barneverninstitusjon aktualiserer en rekke juridiske spørsmål. Barns rettigheter skal sikres, barna skal sikres forsvarlig helsehjelp og personvern og taushetsplikt skal ivaretas. Bildet kompliseres ytterligere ved at det for denne gruppen barn og ungdom kan være særlige spørsmål knyttet til forholdet til foreldre/foresatte og at den kommunale barneverntjenesten har en sentral rolle.

I juridisk notat som er vedlagt rapporten presenteres det som vurderes som de viktigste juridiske aspektene ved å etablere en slik tjeneste. Fremstillingen er ikke uttømmende og i piloteringen av konkrete tjenester vil nye problemstillinger dukke opp og kreve avklaring. Dette må det tas høyde for i et pilotprosjekt.

Vårt utgangspunkt er at disse tjenestene kan utvikles og implementeres innenfor rammene av gjeldende lovverk. Vi har ikke funnet at det er behov for endringer av regelverket for å kunne yte helsehjelp ved bruk av videokonferanseløsninger. Dersom tjenestene utvides til andre digitale løsninger må juridiske utfordringer utredes ytterligere. Det er viktig å lage klare rammer og avtaler rundt disse tjenestene. Barna/ungdommen, institusjonen, barneverntjenesten, helsetjenesten, foreldre og andre må være trygge på tjenesten og rettigheter og plikter må sikres. Informasjon til og avklaring av ungdommenes behov, og samtykke vil være sentralt. Det samme vil retningslinjer for bruk, sikre personvern og ivaretagelse av krav til forsvarlig behandling.

¹ Distriktsnyheter fra NRK Troms 2.11.2017: «<https://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-nordnytt/DKTR99110217/02-11-2017#t=50s>» samt artikkel i UNNs avis Pingvinavisa 9.11.2017: <https://www.pingvinavisa.no/enklere-tilgang-pa-psykiatrisk-helsehjelp/>

Se delrapport juridiske spørsmål for detaljer.

3.4 Takstsystem

I følge veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern skal behandling via videokonferanse rapporteres fra både der behandler og pasient befinner seg. I følge retningslinjene skal behandler som befinner seg et annet sted enn pasient benytte «kode 5, indirekte pasientkontakt», mens kode 3 «Telemedisinsk behandling» angir sted for behandling. Innen somatikken er det beskrevet mer tydelig hva som menes med videokonsultasjon i ISF 2018. Blant annet står det at medisinsk koding skal gjøres på samme måte som om det var tale om en ordinær poliklinisk kontakt.

Helsedirektoratet har imidlertid i tidligere kontakt med Helse Nord bekreftet at P-takster og egenandel kan avkreves ved telemedisinske konsultasjoner på samme vilkår som behandling ved poliklinikk og ambulant behandling. Etter denne bekreftelsen har praksisen ved Universitetssykehuset Nord-Norge vært å registrere videokonsultasjoner med takstkode P12 (utredning eller behandling).

4 Dagens situasjon - barnevern

4.1 Situasjonsbeskrivelse

Første leveranse i vårt prosjekt var en kartlegging av teknisk status og bruk av videokonferanse i Bufetat. Det ble gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse der respondentene var Bufetats offentlige barnevernsinstitusjoner. Målet med spørreundersøkelsen var først og fremst å få kartlagt teknisk infrastruktur og bruk av videokonferanse.

Den tekniske kartlegginga i Bufetat viste at 26 % av institusjonene som deltok i undersøkelsen (42 totalt) har tilgang til og bruker desktopbasert videokonferanse (videoprogram på for eksempel PC). Videosystemet brukes hovedsakelig til møtevirksomhet internt i Bufetat, med kommuner, til ansvarsgruppemøter og opplæring. 71 % av institusjonene har tilgang til klassisk videokonferanstudio, og de fleste bruker dette ukentlig.

De ansatte ved institusjonene har i liten grad kunnskap om tekniske forhold som hvilken type videoteknologi institusjonen har og båndbredde.

4.2 Anskaffelsesbehov barnevernsinstitusjoner

I dette avsnittet beskriver vi behovet barnevernsinstitusjoner vil ha for utstyr i en pilot- og/eller implementeringsfase, og gir et overslag over hva det vil koste. Vi presenterer også resultatene fra vår kartlegging av hvilket utstyr institusjoner og BUP-er allerede har, siden dette vil redusere anskaffelsesbehovet. Tallene viser at «snittpris» både for barnevernsinstitusjoner og BUP-er er i underkant av 15 000 NOK.

Institusjonene vil ha systemansvar for videoløsningene. Det er disse som bør eie løsningen og ha ansvar for drift og support, og for at avtaler og rutiner for bruk utarbeides og etterleves. Drift og support kan eventuelt settes ut til tredjepart som for eksempel leverandør.

4.3 Nødvendig videoutstyr

Skype for business er et program som kan brukes på stasjonær og bærbar PC, Mac, nettbrett og mobiltelefoner. For bruk til PC og Mac er det en fordel med eget webkamera og hodetelefoner eller en høyttalermikrofon på bord. Skype kan også brukes som møteromsløsning. Med det mener vi en løsning med stasjonær PC, stor skjerm og høyttalermikrofon som er tilrettelagt bruk på et møterom.

For tjenesten anbefaler vi at BUP-ene bruker løsningen på behandlerens egen PC eller møterom etter behov. På institusjonene kan ungdommene bruke eget utstyr dersom de vil og har, men risikovurderingen viser at private enheter må antas å være mer utsatt for angrep utenfra enn dedikerte enheter som tilhører en institusjon vil være. Vi anbefaler derfor at hver institusjon skaffer en bærbar PC med webkamera og hodetelefoner som kan benyttes av beboere som ønsker det eller ikke har godt nok eller sikkert nok teknisk utstyr. I en eventuell pilotfase bør risiko ved bruk av private enheter analyseres nærmere.

Pris på utstyr vil variere mye etter hva man kjøper inn. Som et overslag kan en PC med webkamera og hodetelefoner koste 10 000 NOK inkludert moms, og en møteromsløsning med stasjonær PC, skjerm og høyttalermikrofon koste 35 000 NOK inkludert moms. For de som allerede har PC, men mangler kamera og mikrofon vil et bra webkamera og hodetelefoner anslå å koste 2000 NOK inkludert moms.

I tillegg kommer utgifter til lisenser for Skype for business. Dersom man bruker «Helsedialog» (se avsnitt 6.1) er utgiftene 38 kr per bruker per måned.

Krav til båndbredde for å bruke en klient for Skype for business vil variere ut fra hvilke krav man stiller til kvalitet på samtalen og størrelsen på bildet. Erfaringer fra konsultasjoner over videokonferanse tilsier at man trenger god kvalitet, men ikke nødvendigvis høyeste oppløsning. Vi anbefaler at man har en båndbredde på minimum 2 Mbps for videosamtale. Våre erfaringer er også at trådløse nettverk kan være mer ustabile enn kablet nett. For best mulig stabilitet anbefaler vi derfor kablet nett der det er tilgjengelig. I et pilotprosjekt kan man videre kartlegge behov for kvalitet og båndbredde for denne type tjeneste.

Brukere med Helsedialog må installere en klient på sin PC. Noen porter i brannmuren må tillate utgående trafikk, men ut over dette regner vi ikke med at det vil påvirke driften i noen grad. Aktører som skal installere egen server og infrastruktur for Skype for business vil ha større krav til infrastruktur og nettverk, men det vurderes ikke her.

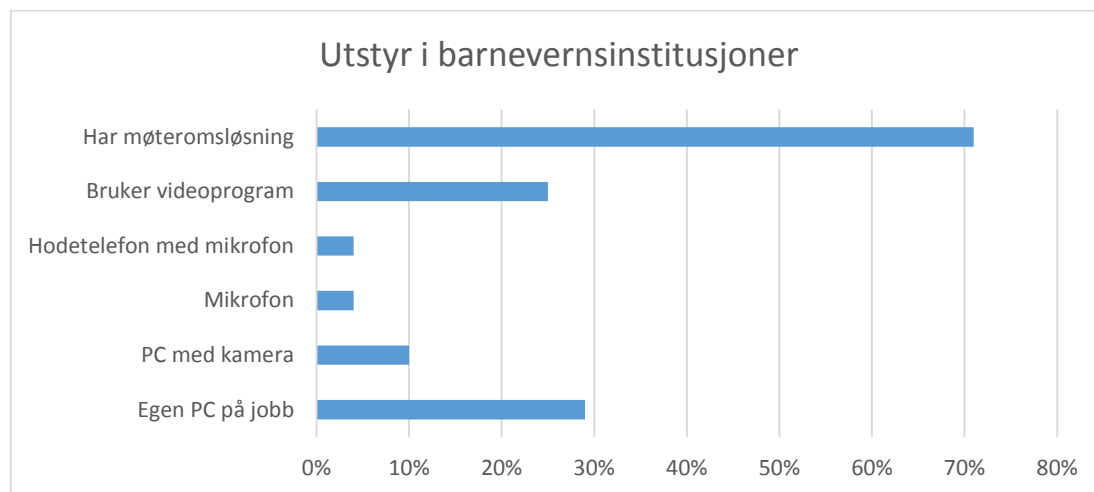
4.4 Utstyrsbehov i institusjonene

Gjennom spørreundersøkelsen har vi kartlagt anskaffelsesbehovet i de ulike regionene. Spørreundersøkelsen ble sendt til ledere på barnevernsinstitusjoner og vi ba dem svare på vegne av sin institusjon, se kapittel 4.1 «Situasjonsbeskrivelse».

Funnene er oppsummert her. Vi har beregnet prosenttall ut fra antallet gitte svar for hvert enkelt spørsmål.

Av 48 svar er det 14 (29 %) som sier de ansatte i deres institusjon har egne PC-er på jobb. 5 (10 %) har PC med kamera, 2 (4 %) har mikrofon som egner seg til møtevirksomhet og 2 (4 %) hodetelefoner med mikrofon. 12 (25 %) svarer at de bruker et videoprogram i jobbsammenheng, de fleste svarer Skype for business.

34 (71 %) sier deres institusjon har møterom med utstyr til videokonferanse i dag. De fleste av disse sier de har Cisco-utstyr. De med utstyr til videokonferanse ble også spurt om de trenger å oppgradere rommet for å gjøre det egnet til videokonsultasjoner. 14 (29 %) av de spurte sier det må lydisoleres og én sier man må hindre innsyn fra andre. Oversikt over prosentandel av respondenter med type utstyr vises i figur 2.



Figur 1: Utstyr i barnevernsinstitusjoner.

Ved behov for en bærbar PC og møteromsløsning til alle institusjoner ville det koste anslagsvis 45 000 NOK per institusjon. Men tallet vil bli lavere på grunn av utstyr som allerede er i institusjonene. 29 % trenger PC, og vi beregner at de resterende 71 % får nytt webkamera og høyttalere selv om noen allerede har det. 29 % vil trenge møteromsutstyr. Snittpris per institusjon blir da 14 470 NOK for utstyr.

29 % sier at de har behov for lydisolering. I prosjektets mal for risikovurdering er det også trukket fram som en mulig trussel at uvedkommende utenfor rommet der pasienten er, ser eller overhører konsultasjonen. Som et foreslått tiltak mot dette bør man ha bevissthet rundt lukking av vinduer, hindre innsyn til skjermen via dør og vinduer og trekke for gardiner. I tillegg bør man passe på at lydnivået ikke er for høyt og eventuelt bruke hodetelefoner. Dersom man følger noen av disse tiltakene vil behovet for lydisolering bli redusert.

4.5 Erfaringsbeskrivelse

Vi ønsket å kartlegge holdninger til teknologi og i hvor stor grad bruken av videosystemer er utbredt i barnevernsinstitusjoner litt grundigere, og valgte å benytte kvalitativ metode fordi denne metoden egner seg særlig godt til å kartlegge holdninger og erfaringer. Metoden åpner for at informantene kan få utdype sine meninger, og det er mulig å stille oppfølgingsspørsmål om man ønsker avklaringer.

Vi valgte å intervju ansatte og beboere ved to barnevernsinstitusjoner. Intervjuene viste at det var et stort sprik mellom de to institusjonene hva angår bruk av videoteknologi. I den ene brukes teknologi og videosystemer aktivt, og holdningene til å skulle bruke verktøyet til behandling er positive. I den andre institusjonen finnes det ingen videosystemer, og de ansatte stiller seg kritisk til å skulle benytte slike løsninger til behandling. Dette bekrefter funnene i den nettbaserte kartleggingen.

Vi intervjuet tre ungdommer ved den ene institusjonen. Alle er svært aktive brukere av teknologi, og bruker mobil og PC til SMS, video, chatting og informasjonsinnhenting. De stiller seg imidlertid svært kritiske til behandling på video fordi de ikke tror denne løsningen er sikker nok.

Kartleggingen viser at de som faktisk benytter videosystemer er ganske fornøyd med bruken fordi det er tidseffektivt og gunstig ved lang reisevei. Noen rapporterer at det kan være tekniske problemer når mange deltar på møtet.

Vi har også vært i kontakt med Foreningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken. Disse interesseorganisasjonene støtter sterkt opp om det å skulle gi behandling på video.

Vi vil i neste avsnitt beskrive funnene fra intervjuene litt nærmere.

4.6 Intervju av ansatte

4.6.1 Om psykisk helsehjelp

De ansatte ved institusjonene forteller at en stor del av beboerne er pasienter ved psykisk helsevern og mange har vært det lenge. Det er imidlertid et stort problem at ungdommene ikke møter opp til timene hos behandler. Årsaken til manglende oppmøte hevdes hovedsakelig å være mangel på motivasjon. Det jobbes med motivering, men ettersom behandlingen er frivillig kan ikke personalet tvinge noen til å dra til behandling. Flere mener at de som trenger behandling mest er de som vegrer seg mest.

Manglende oppmøte hos BUP forklares også av dårlig personkjemi; at ungdommen opplever at behandler ikke forstår henne/han. Ungdommer som opplever at behandler forstår dem møter i større grad opp til timene. Mange ungdommer har fått behandling ved en eller flere andre BUP-er før de kom til den institusjonen de bor i nå.

Noen behandlere besøker av og til institusjonen for å møte ungdommene, men det kan virke som det er personavhengig – noen gjør det, andre ikke. De ansatte i institusjonen ønsker mer ambulerende fra BUP.

4.6.2 Institusjonens samarbeidspartnere og samhandling

De ansatte i institusjonene beskriver en bred samarbeidsflate. De samarbeider tett med blant annet foreldre, skole, helsesøster, fastlege, spesialisthelsetjeneste, ambulansetjeneste, kommuner (både ungdommenes hjemkommuner og institusjonens vertskommune), NAV og politi.

Flere av respondentene etterlyser verktøy som kan støtte opp under institusjonens samhandling med samfunnet rundt. For eksempel tar det veldig lang tid å planlegge møter. Særlig er det utfordrende med tverrfaglige møter og ansvarsgruppemøter med mange deltakere, men det er også utfordrende å få på plass møter med for eksempel NAV på kort varsel.

Det overordnede samarbeidet med BUP beskrives av lederne som godt. Ved den ene institusjonen vi besøkte ble det fortalt at en relativt nylig underskrevet samarbeidsavtale synliggjør ansvar og roller. BUP og institusjonen har faste møter der de evaluerer samarbeidet og legger planer. Samarbeidsavtalen har gjort at de ansvarlige er blitt bedre kjent, og det er enklere «å plukke opp telefonen».

4.6.3 Holdninger til bruk av IKT

Behandling på video. Intervjuene viser, i likhet med den nettbaserte spørreundersøkelsen, at videoløsninger primært brukes til møtevirksomhet, veiledninger og opplæring av ansatte i egen institusjon eller andre ansatte i Bufetat.

Holdningene til video varierer veldig, og de som bruker videoteknologi minst, uttrykker størst skepsis til å skulle bruke verktøyet til konsultasjoner/behandling. Flere er bekymret for hvorvidt kroppsspråk vil vises godt nok på skjermen, og at behandler derfor vil gå glipp av viktig informasjon.

Ansatte som bruker videoteknologi mye er positiv til å skulle bruke video til behandling, og mener at det kan være veldig bra for enkelte av ungdommene. Kanskje særlig for de som er for syke eller mangler motivasjon til å reise til behandler.

Noen mener at video med fordel kan brukes hvis ungdommen ikke ønsker å møte til time. Avlysninger skjer ofte på kort varsel, og i slike tilfeller vil det være nyttig om en ansatt i institusjonen ringer opp behandler i BUP og deler informasjon om hva som har skjedd og hvorfor ungdommen ikke ønsker å komme til behandling.

Noen av respondentene gav skriftlig tilbakemelding på hva de tenker om å skulle gi behandling på video. Enkelte er positive til dette:

«Vurderer videoteknologi som en god mulighet for ungdom til å komme i kontakt med hjelpeapparatet der ungdommen hører til. Mange ungdommer flyttes et stykke fra eget nettverk og hjelpeapparat f.eks. ved akutt plasseringer.

Dersom ungdom skal i dialog med behandler ved BUP der de bor må de kanskje reise en hel dag for en samtale som varer 45 minutter. Bedre kvalitet på videokonferanseløsninger blant annet ved at hjelpeapparatet bruker samme system vil kunne ivareta ungdommenes rett til helsehjelp på en bedre måte enn i dag.»

Andre er positive til behandling på video, men argumenterer for at det ikke nødvendigvis vil passe for alle:

«Dersom spørsmålet er ment til bruk i forhold til psykiske lidelser, så kjenner jeg en viss ambivalens i forhold til det. Behandler og ungdom har en distanse mellom seg som for noen ungdommer kan oppleves lite personlig og som igjen kan føre til vanskeligheter i kommunikasjon.

Likevel kan det for andre ungdommer være positivt med distanse, da det for noen er vanskelig å være nærme andre/det blir for nært og personlig/føles tryggere med distanse. Så konklusjonen min er at det for noen ungdom kan fungere, men ikke for alle. Det er viktig at man tenker individuelt i forhold til behovet hos ungdommen.»

Økt tilgjengelighet og fleksibilitet. De vi har snakket med tror at teknologi og IKT kan gi økt tilgjengelighet og fleksibilitet, og muligheten til å agere raskere. Hvis en ungdom tar initiativ og vil «noe» nå er det for seint med et møte hos for eksempel NAV om sju uker. Det er «nå» øyeblikket er, og da må møtet med NAV gjennomføres nå. Ved riktig bruk av teknologi, for eksempel videokonferanse, kan man kanskje få dette til.

Informasjonsdeling. I møtet med spesialisthelsetjenesten etterlyser noen verktøy som kan legge til rette for skriftlig informasjonsdeling. Journalsystemene til spesialisthelsetjenesten og Bufetat «snakker ikke sammen». Noen ansatte i institusjonene opplever det som frustrerende at de har samlet inn data og journalført informasjon om pasienten som vil kunne være nyttig i møtet med for eksempel psykisk helsevern, men tekniske systemer tillater ikke informasjonsdeling. For eksempel

skjer det relativt ofte at syke ungdommer som henvises til akutt innleggelse underkommuniserer eller ikke tydelig formidler problemene sine i møtet med spesialisthelsetjenesten, og at de derfor «må snu i døra». De ansatte har kanskje skriftlige kartlegginger som kan underbygge en innleggelse, men kan ikke dele denne med spesialisthelsetjenesten. Dette beskrives som en stor belastning både for ansatte og beboere.

I ett av intervjuene etterlyses en portal med samlet informasjon om blant annet henvisninger, journalnotater, epikriser og medisinbruk. Personalet bruker svært mye tid på å samle denne informasjonen i dag.

4.7 Intervju av beboere

4.7.1 Beboernes bruk av teknologi

Vi har kun snakket med tre beboere ved institusjon. Beboerne vi har snakket med er aktive brukere av mobil, nettbrett og/eller bærbar PC, i likhet med andre ungdommer. Alle bruker sosiale medier som Facebook, Messenger, Skype og Snapchat til å ha kontakt med venner, venner fra hjemstedet og familie. De er med andre ord kyndige brukere av digitale verktøy når det kommer til å snakke og chatte med andre – dette er ikke fremmed for dem.

4.7.2 Tillit til teknologi og bruk av video til behandling

De tre informantene er opptatt av datasikkerhet. De er skeptiske til å skulle få behandling fra psykisk helsevern på video. De forklarer skepsisen med at denne måten å kommunisere på ikke er sikker nok. De kan risikere at uvedkommende hører hva de sier fordi psykologens kontordør står åpen, at noen kommer uforvarende inn på psykologens kontor eller at noen tar opp samtalen uten deres samtykke. De er redd for at informasjon de deler med behandler skal komme på avveie, og stiller seg tvilende til at videomøter kan være trygge nok. Noen har erfart at de har mistet kontroll over informasjon på internettet eller i sosiale medier, eller kjenner andre som har erfart det.

En av informantene sier at det kan være mulig å bruke video til å snakke med lege eller helsesøster om «ufarlige» ting, som bihulebetennelse.

En av informantene er litt positiv til å skulle gjennomføre samtaler med behandler på video, og sier at det kanskje vil være et bra alternativ for de som ikke orker å dra til BUP. Vedkommende understreker samtidig at spesielt i sårbare perioder er det viktig å bli sett, og da vil det kanskje være ekstra viktig å møtes fysisk.

4.7.3 Om helsehjelp

En av beboerne vi snakket med kunne ønske det var mulig å bytte psykolog raskere. Vedkommende var misfornøyd med tildelt psykolog, og sluttet derfor å gå til behandling. Ungdommen hadde ventet på ny psykolog i ca. et halvt år.

Ungdommene vi har snakket med går til internett når de trenger informasjon om helsa si. En av dem vi snakket med var bruker av nettstedet ung.no (Bufdir), og var svært fornøyd med denne portalen «Ung.no har svar på alt. [Det] er en nettside som kjempesmarte mennesker har laget». De to andre vi snakket med søker vilkårlig i Google.

Vi spurte hvorvidt det ville være bra med en portal på internett laget spesielt for ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner, med informasjon tilpasset denne ungdomsgruppa. En av dem vi snakket med stilte seg svært positiv til dette fordi denne gruppa av ungdommer har noe til felles som

skiller dem fra andre «*når man opplever noe som ikke andre opplever*». Både denne informanten og en av de voksne vi snakket med var imidlertid tydelig på at Bufetat ikke bør «flagges» i navnet til et nettsted som dette.

Oppsummering status barnevern

- 71 prosent av institusjonene har tilgang til klassisk videokonferanseutstyr per i dag. Snittpris per institusjon blir i underkant av 15 000 NOK i anskaffelseskostnad for teknisk utstyr.
- Ansatte ved barnevernsinstitusjonen som benytter videokonferanseløsninger til møter, er svært positive til et klinisk videotilbud til beboerne. Ansatte ved barnevernsinstitusjon som i mindre grad benytter videokonferanseløsninger, er mer skeptisk til et klinisk behandlingstilbud på videokonferanse
- Det tre ungdommene som har blitt intervjuet i kartleggingen, er kritiske til å skulle få behandling på videokonferanse.
- De to brukerorganisasjonene som har gitt innspill, er svært positive til et videobehandling.

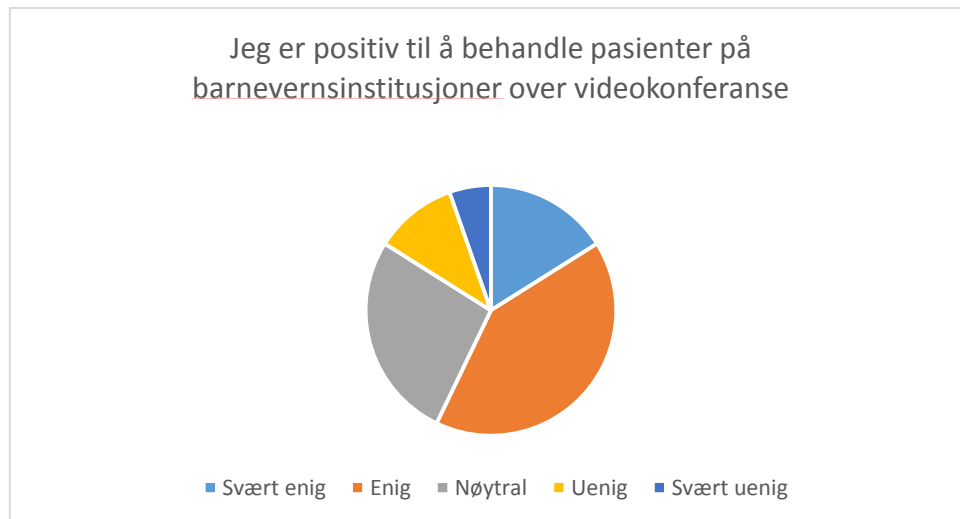
5 Dagens situasjon psykisk helsevern – spesialisthelsetjenesten for barn og unge

5.1 Situasjonsbeskrivelse

Spørreundersøkelsen rettet mot spesialisthelsetjenesten ble sendt til 174 barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikker basert på e-postliste fra NBUP (Norsk forening for barn og unges psykiske helse). 62 svarte på undersøkelsen. Kartlegginga viser at 44 % benytter desktopbasert videokonferanse, og de fleste bruker systemet ukentlig. Også her benyttes video til møtevirksomhet. 24 % bruker systemet til opplæring, og 11 % sier de bruker det til pasientkonsultasjoner. 63 % av organisasjonene i spesialisthelsetjenesten har tilgang til klassisk videokonferanstudio, og de fleste bruker systemet ukentlig.

15 av respondentene sier at deres avdeling har erfaring med å gi videokonsultasjoner til pasienter. Virksomhetene dette gjelder er UNN, Helse Møre og Romsdal, BUP Gjøvik, BUP Ringerike, Vestre Viken, SUS, BUP Kirkenes, Nordlandssykehuset, Sykehuset Innlandet og St. Olavs.

I kartlegginga av spesialisthelsetjenesten stilte vi spørsmål om holdninger til å gi behandling på video. 57 % av respondentene sier de er svært enige eller enige i utsagnet «Jeg er positiv til å behandle pasienter på barnevernsinstitusjoner over videokonferanse», 28 % er nøytrale, 10 % er uenig, 5 % er svært uenig. (Se figur 2.)



Figur 2: Holdning til videokonsultasjoner.

5.2 Utstysrbehov

Gjennom spørreundersøkelsen har vi også kartlagt anskaffelsesbehovet i de ulike regionene.

Funnene er oppsummert her. Vi har beregnet prosenttall ut fra antallet gitte svar for hvert enkelt spørsmål.

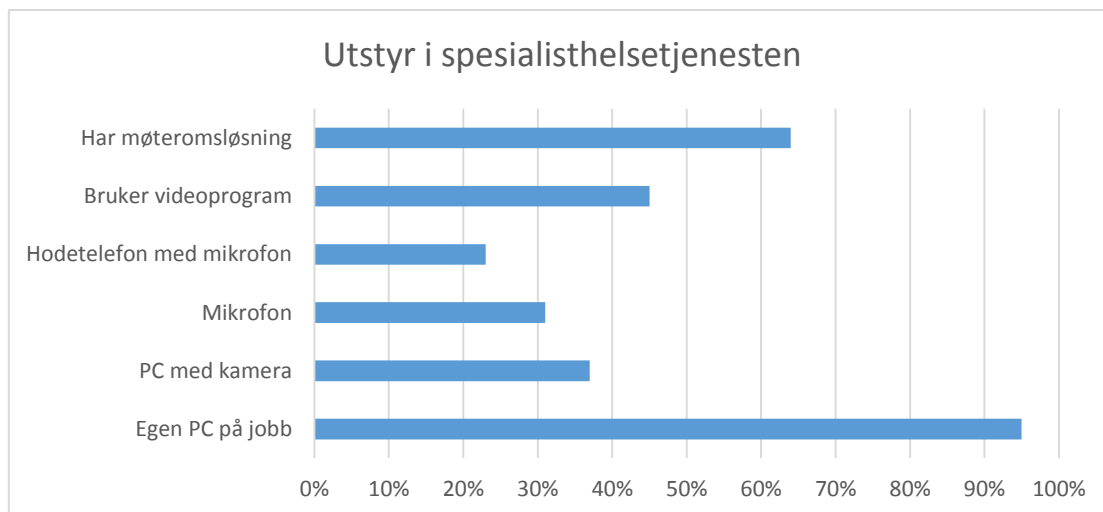
59 (95 %) av respondentene svarer at deres ansatte har egen PC på jobb, bare tre (5 %) sier de ikke har det. 23 (39 %) svarer at PC-ene har kamera, 19 (32 %) at de har mikrofon/lydsystem og 14 (25 %) at de har hodetelefon med mikrofon.

På spørsmål om de ansatte har brukt videoprogram som Facetime, Skype for business, e.l. i jobb-sammenheng svarer 27 ja (45 %), 29 nei (48 %) og fire (7 %) vet ikke. På spørsmål om hvilket program som brukes, er de vanligste svarene Skype for business, Cisco Meeting App, Lync, Acano og Facetime.

39 (64 %) sier de har møterom med videoutstyr i dag, og 22 (36 %) sier de ikke har det. På spørsmål om hvilken type utstyr fikk vi forskjellige svar, noen sier Tandberg², Cisco og Skype for business.

For de 22 som ikke har møterom med videoutstyr, svarer 20 (91 %) at de har rom tilgjengelig, mens to (9 %) svarer at de ikke har det. Vi spurte disse 20 om rommet trenger oppgradering for å bli mer privat eller egnet til videokonsultasjoner. Fire svarer at rommet trenger lydisolering, to at rommet må skjermes for innsyn, tre at de trenger nye møbler, 12 at de trenger ny PC eller møteromsløsning, seks at rommet trenger eksterne lydsystem og fem at rommet trenger ny skjerm. Oversikt over prosentandel av respondenter med en type utstyr vises i figur 3.

² Tandberg ble kjøpt opp av Cisco i 2010.



Figur 1: Utstyr i spesialisthelsetjenesten.

Tallene viser at det bør skaffes ny PC til bare 5 % av BUP-ene. Tallene for webkamera, mikrofon og hodetelefoner varierer noe, men ved rundt 75 % av BUP-ene er det behov for dette utstyret. I tillegg trengs møteromsløsning i 36 % av tilfellene. Snittpris per BUP blir da 14 600 NOK.

5.3 Bruk av videokonferanseløsninger – variasjon mellom helseregionene

Vi ønsket en oversikt over hvorvidt bruken av videokonferanseløsninger varierer helseregionene imellom. Respondentene i kartleggingen ble bedt om å svare på om de bruker desktopbasert videokonferanse/videoprogram på PC og løsninger for klassisk videokonferansestudio.

Resultatene for bruk av videoprogrammer vises i tabell 1.

Tabell 1: Bruk av desktop-basert videoprogram i helseregionene

Helseregion	BUP-er som bruker desktop-basert videoprogram
Helse Nord	8 (100 %)
Helse Midt	3 (75 %)
Helse Vest	6 (40 %)
Helse Sør-øst	8 (30 %)
Totalt	25 (46 %)

Som vi kan se i tabellen brukes slike videoprogram i alle helseregioner, men det er mest utbredt i Helse Nord, og i mindre grad i Helse Sør-Øst. Det er også noe utbredt i Helse Midt og Helse Vest.

Dette gir en pekepinn på utbredelse, men relativt få respondenter har svart på dette spørsmålet. Vi ser også at i ett tilfelle svarer noen fra samme helseforetak forskjellig, så dette tyder på at svarene kan avhenge av hver brukers egne erfaringer.

Resultatene for bruk av møteromsløsninger er i tabell 2.

Tabell 2: Bruk av møteromsløsninger for videokonferanse

Helseregion	BUP-er som bruker møteromsløsninger
Helse Nord	8 (100 %)
Helse Midt	4 (100 %)
Helse Vest	10 (56 %)
Helse Sør-øst	16 (55 %)
Totalt	38 (64 %)

Møteromsløsninger brukes også i alle helseforetak. Det er ingen i Helse Nord eller Helse Midt som sier de ikke bruker det. Lavest utbredelse er det igjen i Helse Sør-Øst, der litt over halvparten bruker slike løsninger.

Totalt ser det ut som om det største anskaffelsesbehovet vil være i Helse Sør-Øst, men vi regner også med det vil være behov for en del utstyr i de andre regionene.

6 Utfordringsbilde

- Ansatte ved barnevernsinstitusjoner som ikke er vant til å benytte videoteknologi er kritisk til å skulle benytte systemet til behandling.
- Ungdommene vi har snakket med er også kritisk til behandling på video. Årsaken er at de ikke tror denne løsningen er sikker nok.
- Svært få behandlere benytter videokonsultasjoner i behandling i dag, og funnene i kartleggingen viser at 16% av respondentene fra spesialisthelsetjenesten er kritisk til å skulle behandle barn i barnevernsinstitusjoner over videokonsultasjoner.
- Innen psykisk helsevern er variasjonen i bruk av videokonferanseløsning stor. Særlig kan det virke som få bruker systemet i Helse Sør-Øst. Denne helseregionen vil også har størst anskaffelsesbehov.
- Et fåtall av barnevernsinstitusjonene og BUP-ene har systematisert opplæring i bruk av videokonferanseløsninger.

7 Anbefalinger for bruk av digitale verktøy ved oppfølging og behandling fra psykisk helsetjeneste av barn i barneverninstitusjon.

Bakgrunnen for dette prosjektet er blant annet forskningsrapporten «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner (Kayed et al 2015) som viser at tre av fire barn på barnevernsinstitusjon har en eller flere psykiske lidelser. Samme forskningsprosjekt viser at under 40% mottar hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse plagene. Hvordan kan denne sårbare gruppa barn få bedre psykisk helsehjelp ved hjelp av digitale verktøy/videoløsninger?

Hensikten med utredninga er å danne grunnlag for hvordan bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon kan tilrettelegges. Digitale verktøy har i prosjektet blitt avgrenset til lyd- og bildeløsninger, eller videosystemer.

7.1 Teknisk løsning

Det finnes per i dag ingen nasjonale løsninger for klinisk bruk av video i helsevesenet. Vi definerer klinisk bruk som samtaler der informasjon om pasienter utveksles. I kliniske videosamtaler kan enkelt sagt helsepersonell enten snakke *om* pasienten uten at pasienten er tilstede, eller helsepersonell kan snakke *med* pasienten.

Norsk Helsenett (NHN) eies av Helse- og omsorgsdepartementet. Foretakets oppdrag er å levere og videreutvikle en sikker, robust og hensiktsmessig nasjonal IKT-infrastruktur for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Norsk Helsenett leverer ulike videotjenester, men helseforetak i noen regioner benytter også løsninger utenfor Norsk Helsenett. Kartleggingen vi har gjennomført viser at tre desktopbaserte videoløsninger (video på PC eller nettbrett/mobil) kan være aktuelle, i tillegg til klassiske videokonferanseløsninger, som fortsatt er utbredt. I Bufetat benyttes hovedsakelig klassisk videokonferanseløsning.

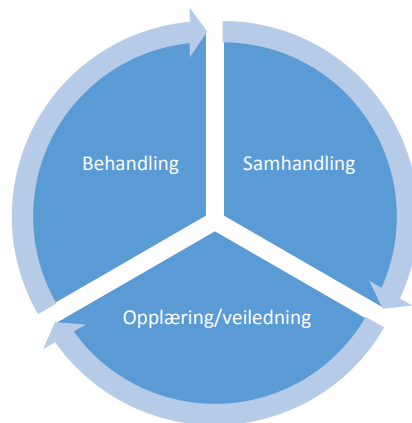
Hovedkonklusjonen fra den tekniske gjennomgangen er at vi anbefaler en desktopbasert videoløsning. Desktopbaserte videoløsninger er i ferd med å bli svært utbredt. Det er mye rimeligere enn klassisk videokonferanseutstyr, mer tilgjengelig fordi bruker kan benytte løsningen på egen PC, nettbrett eller mobiltelefon, og det forenkler kommunikasjonen særlig mot samhandlingsparter og pasienter som ikke har videostudio.

Av de tilgjengelige desktopbaserte løsningene anbefales Skype for business kombinert med «Helsedialog» fra Norsk Helsenett. Helsedialog er en lisens til Skype for business som NHN drifter i samarbeid med Atea. Skype-løsninger er i ferd med å bli utbredt i helsevesenet og andre virksomheter. Nødvendig utstyr på PC, som kamera og mikrofon, i tillegg til selve videoapplikasjonen, er relativt rimelig. Dette er også et fleksibelt videosystem fordi den som inviteres til videomøtet ikke trenger å ha lastet ned applikasjonen på PC eller nettbrett. I praksis vil dette bety at behandler sender invitasjon til konsultasjonen på e-post, pasient trykker på en internettlenke, og videomøtet foregår gjennom pasientens nettleser. Denne løsningen er kryptert ende til ende, risikovurdert ved Universitetssykehuset Nord-Norge og funnet sikker nok til klinisk bruk. (Se egen delrapport og kapittel 7.4 for detaljer om risiko- og sårbarhetsanalyse.)

Som nevnt i kapittel 3.1 «Nasjonale føringer» skjer det mye på dette feltet for tiden. Det er ønskelig at nasjonale myndigheter legger føringer for hvilke videosystemer som skal benyttes til klinisk bruk. Det er nødvendig med en videoløsning som gjør at alle samhandlingspartnere kan kommunisere med hverandre. I dag opplever mange samhandlingspartnere at kvaliteten på videomøtene er dårlig på møter med samhandlingsparter utenfor egen etat. Videosystemene er teknisk sett compatible, men de vi har snakket med sier at kvaliteten er svært dårlig. Tekniske integrasjonsløsninger, ved hjelp av virtuelle møterom mellom systemene, finnes, men risikovurderinger viser at virtuelle møterom i kombinasjon med Skype for business ikke gir god nok sikkerhet for klinisk bruk, og dermed ikke bør benyttes.

7.2 Samhandlingsmodell

Basert på funn i utredninga, samt erfaringer med lignende tjenester som er i bruk, vil vi anbefale at videosystemer benyttes til behandling, samhandling og opplæring/veiledning.



Figur 4: Anbefalte bruksområder videosystem

7.2.1 Behandling - videokonsultasjoner

Behandling vil si at psykolog eller annen behandler og pasient møtes på video i stedet for at pasienten kommer til behandlers kontor. Pasienten sitter på rommet sitt i barnevernsinstitusjonen eller på videorom tilrettelagt av institusjonen. Dette rommet bør ikke være institusjonens møterom, men et innbydende samtalerom med en god stol å sitte i (som institusjoner allerede vil ha). Pasienten kan gjennomføre konsultasjonen på egen PC eller institusjonen sin bærbare PC innkjøpt til dette formålet.

Erfaring tilsier at video som behandlingsverktøy åpner for økt fleksibilitet i behandlingen. Kanskje ønsker pasient og behandler korte samtaler hver morgen og ettermiddag, i stedet for én fast samtale, én gang i uka? Dette må avtales nærmere mellom pasient og behandler. Behandler innkaller pasient til videokonsultasjon etter avtale. Det er nødvendig at behandler møter pasient ansikt til ansikt ved første konsultasjon. Pasienten skal samtykke til å delta på videokonsultasjon, få opplæring i bruk og bevisstgjøres på hvordan hun eller han bør opptre for å ivareta egen pasientsikkerhet.

Det er ikke mulig for pasienten å ta kontakt med behandler på selve videosystemet utenom planlagte konsultasjoner. Om pasienten ønsker en ekstra videokonsultasjon må han eller hun ta kontakt (eller få hjelp til å ta kontakt med) med behandler på telefon, og om det er åpning for det kan behandler innkalle til videomøte. Det er naturlig at pasient og behandler blir enige om slike ting ved oppstart.

Vi anbefaler at videokonsultasjoner i første omgang testes ut i elektive (planlagte) pasientforløp. Det er også mulig å vurdere videokonsultasjoner ved akutte forløp, men å innføre denne formen for bruk er mer omfattende og krevende organisatorisk. Fram til nå har også deler av behandlerapparatet vært kritisk til videobehandling ved akutte forløp. Samtidig viser det store omorganiseringssprosjektet DeVäVi ved Universitetssykehuset Nord-Norge at det er mulig å gi forsvarlig helsehjelp i akutte situasjoner innen voksenpsykiatri. Kartlegginga i dette forprosjektet viser at det er behov for et akutt videotilbud for barn i barnevernsinstitusjoner. Noen pasienter fraktes uforholdsmessig ofte mellom institusjon, akuttmottak ved nærmeste sykehus og døgnbasert behandlingstilbud, lokalisert på tre forskjellige steder, med store avstander mellom hvert sted.

7.2.2 Samhandlingsmøter på video

Vi anbefaler at barnevernsinstitusjonene og psykisk helsevern benytter videokonferanse til samhandlingsmøter. Dette vil særlig være nyttig når flere etater skal delta på møtene. Videomøter er

kanskje eller mest nyttig for institusjoner som geografisk ligger langt unna spesialisthelsetjenesten, men reisetid internt i byer kan også være et hinder for å få arrangert møter med mange deltakere.

Kartleggingen i forprosjektet viser at videomøter er i bruk i stor utstrekning både blant barnevernsinstitusjoner og i psykisk helsevern. 71 % av barnevernsinstitusjonene har tilgang til klassisk videokonferansestudio, og de fleste bruker dette ukentlig. Spesialisthelsetjenesten ser også ut til å være aktive brukere av videomøter, selv om noen helseregioner er mer aktive enn andre.

Intervju med ansatte i barnevernsinstitusjoner viser samtidig at institusjonene har mange samhandlingsparter og at det er utfordrende å planlegge møter fordi mange skal møtes samtidig. De ansatte etterlyser også verktøy som kan forenkle samhandling.

7.2.3 Opplæring og veiledning

Vi anbefaler at videoløsninger innføres til opplæring og veiledning internt på systemnivå og mellom systemene.

Samhandlingen mellom barnevernstjenesten og psykisk helsevern for barn og unge er blitt evaluert og rapportert på i mange sammenhenger (Fossum et al 2014). Det hevdes at utfordringer i samarbeid kan forklares med forskjellig problemforståelse og metodisk tilnærming, og at et godt samarbeid mellom tjenestene kan bidra til et styrket tilbud til barn og unge. Helsetilsynet sier også at det er viktig med kunnskap om ulike roller, opplysningsplikt, og unntak fra taushetsplikt (2014).

7.3 Samarbeidsavtaler

I rundskrivet «Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» (2015) anbefales det at «barnevernsinstitusjonen og den lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) etablerer lokale samarbeidsavtaler og andre strukturer for samarbeid...».

Barnevernsinstitusjonene og psykisk helsevern for barn og unge bør forankre bruken av videokonsultasjoner, samhandling og opplæring/veiledning i samarbeidsavtaler. Dette kan enten gjøres gjennom et supplement til eksisterende samarbeidsavtaler eller som en del av selve avtaleteksten i hovedavtalen. Avtalen bør blant annet tydeliggjøre hva som er formålet med klinisk behandling, møtevirksomhet og veiledning/opplæring på video, og ansvar fordeles. Det bør i tillegg utarbeides skriftlige rutinebeskrivelser. I kapitlene 7.4 Risiko- og sårbarhetsanalyse og 3.3 Juridisk gjennomgang utdypes behovet for rutinebeskrivelser.

7.4 Risiko- og sårbarhetsanalyse

En mal for risikovurdering leveres som delrapport. Før videosamhandling etableres som tjeneste, må kommunikasjonspartnerne fra spesialisthelsetjeneste og barnevernsinstitusjoner utføre en egen risikovurdering basert på denne malen. Kravet om risikovurdering er bl.a. spesifisert i personopplysningsforskriften §2-4 andre ledd:

«Den behandlingsansvarlige skal gjennomføre risikovurdering for å klarlegge sannsynligheten for og konsekvenser av sikkerhetsbrudd. Ny risikovurdering skal gjennomføres ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten.»

Resultatet av risikovurderingen skal dokumenteres, står det i samme paragraf.

Malen refererer til lovverk, og synliggjør både potensielle trusler og tiltak for å minimere risiko. Rapportmalen vil lette arbeidet til samhandlingspartnere som skal gjennomføre og dokumentere risikovurdering.

Det er flere grunner til at vi har valgt å løse delleveransen på denne måten: For det første må tjenestebeskrivelse (hvordan tjenesten skal brukes) og systembeskrivelse (teknisk løsning) være på plass når risikovurderingen gjennomføres. Dessuten må representanter fra kommunikasjonspartnerne delta i gjennomføring av risikovurdering, for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre den enkelte virksomhet på utfordringer og tilstand når det gjelder personvern og informasjonssikkerhet. Se delrapport «mal-ROS-BUFdir-v055» for detaljer.

7.5 Informasjons- og opplæringsmodell

Det leveres separat delrapport som beskriver anbefalt informasjons- og opplæringsmodell. Oppsummert anbefales det at det opprettes en nettportal som skal ivareta all brukerrettet informasjon og opplæring knyttet til videotilbudet. Denne portalen skal gi informasjon til alle samhandlingsparter, inkludert pasientene/brukerne. Det anbefales at portalen integreres mot helsenorge.no.

Portalløsningen anbefales definert, planlagt og utviklet i samarbeid med prosjektdeltakerne i forbindelse med pilotering av videotilbudet i 2018, og ferdigstilt i 2019. Se delrapport «Informasjons- og opplæringsmodell» for detaljer.

I pilotfasen bør prosjekteiere og prosjektledelse få på plass en drifts- og forvaltningsmodell av nettportalen. Det bør også avklares hvem som skal finansiere drift og forvaltning etter at prosjektet avsluttes.

7.6 Gevinstanalyse

Overordnet målsetning for gevinstanalysen er å undersøke potensiell effekter av å styrke helsetjenester til barn i barneverninstitusjoner gjennom å tilby behandling gjennom digitale verktøy. Det er ikke innledet samarbeid med konkrete aktører som skal innføre og teste ut løsningen, og derfor er det vanskelig å hente ut grunnlagstall for å lage analyser.

Vi har sett at det er høy forekomst på 76 % av psykiske lidelser innen de 3 siste måneder blant unge i barneverninstitusjoner (Kaeyd et al 2015: 9), og kun 38 % oppgir at de har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene i løpet av denne perioden. Dette gir store muligheter for gevinster.

En rapport fra Helsetilsynet 5/2012 (kap. 8.2) viser til at ca. 16 % av barn og unge som mottok tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge hadde status som barnevernspasienter. Samme rapport viser til at hele 35 prosent av de som mottok dag eller døgn-tilbud var i samme gruppe. Disse tallene viser at denne gruppen er storforbruker av spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern og at den har et større forbruk av dag og døgn-tjenester enn øvrige pasienter som denne type tjenester.

Gevinstanalysen har gitt en oversikt over potensielle gevinster ved et tilbud som dette. Noen av disse er:

- Økt tilgjengelighet av helsetjenester
- Redusert antall innleggelser/akutt innleggelser
- Redusert antall "ikke møtt", implisitt

- Flere gjennomførte behandlinger
- Flere tilgjengelige timer og redusert ventetid
- Reduserte saksbehandlingskostnader
- Reduserte kostnader ved redusert antall reiser, for institusjon
 - Reduserte bemanningskostnader
 - Reduserte reise og diett-kostnader
- Enklere og bedre samhandling med samarbeidspartnere
- Redusert antall overføringer til enkelttiltak
- Enklere og bedre samhandling med samarbeidspartnere
- Forbedret samhandling mellom barnevernsinstitusjon og spesialisthelsetjenesten.
- Formidling av dokumentasjon fra observasjon/samtale med pasienten, gjort av miljøarbeider ved institusjon. Fil-overføring er tillat gjennom Skype
- Økt og forbedret samarbeid med samarbeidspartnere som skole, helsesøster, fastlege, spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten, kommuner (både ungdommenes hjemkommuner og institusjonens vertskommune), NAV og politi.
- Kan benyttes til kontakt med foreldre/foresatte/søsken

I delrapporten er det også gjort noen forsiktige økonomiske beregninger. Se rapport for detaljer. Det anbefales gjennomført en baseline i konseptfasen som skal benyttes som sammenligningsgrunnlag for måling av gevinster.

Anbefalinger

1. Barnevernsinstitusjonene og psykisk helsevern bør innføre desktopbasert videoløsning. Denne kan benyttes sammen med allerede eksisterende videokonferanseløsninger.
2. Fram til en nasjonal løsning for klinisk videokonferanse er innført anbefales Skype for business kombinert med «Helsedialog» fra Norsk Helsenett.
3. Anbefalte bruksområder for videosystemet er behandling, samhandling og opplæring/veiledning.
4. Videokonsultasjoner bør i første omgang testes ut i elektive (planlagte) pasientforløp.
5. Barnevernsinstitusjonene og psykisk helsevern bør benytte videokonferanse til samhandlingsmøter og forankre bruken i samarbeidsavtaler.
6. Det bør opprettes en nettportal som ivaretar brukerrettet informasjon og opplæring i bruk av videosystemet.
7. Det bør gjennomføres gevinstanalyse i pilotfasen.

8 Forslag til gjennomføring av pilotering av anbefalt løsning

8.1 Hensikten med pilotering

Det gis videotjenester innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge i dag, men i svært liten grad innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Det er ingen konkrete initiativ på videotjenester i regi av nasjonale aktører. For barn i barnevernsinstitusjoner er det ingen pågående prosjekter.

Erfaringene som gjøres i en pilot vil derfor ha stor nasjonal verdi. Det vil være et viktig erfaringsgrunnlag for både Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Piloten vil gi kunnskap om konsultasjoner på generell basis, og mer spesifikt kunnskap om konsultasjoner rettet mot en spesielt sårbar og utsatt gruppe. Er dette en fungerende måte å jobbe på for å gi gode helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner? Får barn i barnevernsinstitusjoner bedre tilgang til helsetjenester når videokonsultasjoner fra psykisk helsetjeneste tilbys?

Piloten vil også gi kunnskap om samhandling mellom barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Piloten vil også gi kunnskap om samhandling mellom barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kan økt bruk av digitale verktøy som video øke graden av samhandling mellom tjenestene?

Erfaringene og kunnskapene fra en pilot vil gi viktige innspill til arbeidet som planlegges innenfor strategien #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021.

Når tjenester som dette skal utvikles handler det aller mest om det som *ikke* har med selve teknologien å gjøre: Organisering, rutiner, endring i arbeidsmåter, ledelsesforankring osv. En pilot vil gi erfaringer som vil være svært nyttige for helsetjenesten og barnevernet, men også for videre utvikling av nasjonale, digitale innbyggertjenester.

Erfaringene fra en pilot vil gi kunnskap om hvilke utfordringer som møter tjenestene på når de skal begynne jobbe på denne måten. Hvor mye av utfordringene ligger i tekniske løsninger og hva ligger i motivasjon av fagpersonell og pasienter i å benytte digitale løsninger? Kanskje kan erfaringene fra piloten kunne ut i en veileder?

I en pilot vil man forholde seg til nasjonal arkitektur og standarder, og rigge en tjeneste som tilpasses det øvrige arbeidet med å samordne digitale tjenester.

I en pilot vil det bli gjennomført realistiske analyser av sikkerhet og risikoer. I pilotfasen vil det også bli gjort gevinstanalyser basert på virkelige tall.

Anbefalinger

1. Vi anbefaler at Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Helsedirektoratet initierer et pilotprosjekt for klinisk bruk av videokonferanse til barn i barnevernsinstitusjoner i 2018.
2. Det anbefales at pilotprosjektet foregår ved to barnevernsinstitusjoner med tilhørende spesialisthelsetjeneste. Piloten bør foregå i én region som har kommet langt med å bruke videokonsultasjoner og videomøter, og ved en annen region som ikke har kommet så langt. Basert på erfaringene som gjøres i piloteringsperioden, anbefales det nasjonal utrulling av samme tjeneste i 2019.
3. Gjennom pilotprosjektet bør det utvikles en plattformuavhengig samhandlingsmodell. Selv om piloten anbefaler en desktopbasert videoløsning til videokonsultasjonene, bør ikke hovedfokuset for piloten være teknologi. Hovedfokuset bør være pasientforløpet. Prosjektdeltakere fra spesialisthelsetjenesten og barneverninstitusjonen bør sammen med beboere ved pilotinstitusjonene analysere pasientforløpet, og utforme en videotjeneste/et videotilbud.
4. Det anbefales først og fremst at piloten tester ut videokonsultasjoner til poliklinisk behandling, til samhandlingsmøter (for eksempel evalueringsmøter og ansvarsgruppemøter) og til veiledning fra spesialisthelsetjenesten til institusjonen (og andre vei).
5. Barn i barnevernsinstitusjoner er i en sårbar og utsatt livssituasjon, og intervjuene vi har gjennomført viser at noen kan være skeptisk og mangle tillit til at tilbudet er trygt og sikkert. På bakgrunn av dette anbefales det i samarbeid med brukerrepresentanter å utvikle trygging- og informasjonsstrategier i pilotfasen: Hva skal til for at beboere i barnevernsinstitusjonene skal ønske å ta imot tilbud om videokonsultasjoner? Erfaringene som gjøres i 2018 vil bli svært viktige før en eventuell nasjonal utrulling finner sted.

8.2 Hvordan gjennomføre pilotering? Forslag til implementeringsmodell

8.2.1 Prosjektveiviseren

Prosjektet «Bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon» bør utføres etter den anbefalte prosjektmodellen «Prosjektveiviseren for styring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter»³. Prosjektveiviseren er et rammeverk og metodikk for prosjektstyring. Den beskriver hvilke faser prosjekter skal gjennom, for eksempel konsept-, planleggings- og gjennomføringsfasen. Prosjektveiviseren definerer også rammer for hvordan prosjektet bør etablere prosjektorganisasjon og utarbeide gjennomføringsstrategi. Annet sentralt innhold i prosjektveiviseren er gevinstplanlegging og usikkerhetsstyring.

³ <https://www.prosjektveiviseren.no/>

8.2.2 Normalisering av endringene – hvordan skape en robust tjeneste

Telemedisin og videokonferanseløsninger har vært pilotert og testet ut siden tidlig på 1990-tallet. Det finnes svært mange eksempler på vellykkede prosjekter, der både pasienter og helsepersonell er fornøyd med tjenesten. Til tross for dette har det fram til nylig vært en tendens til at få prosjekter settes ut i rutinetjenester etter prosjektets slutt.

Offentlige utredninger og strategier har gjentatte ganger påpekt og analysert paradokset i at teknologien finnes, men at den likevel ikke har blitt tatt i bruk (Sosial- og helsedepartementet, 2001; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; NOU 2011:11). Problemet har i stor grad vært små piloter og små prosjekter, og disse har ikke lyktes å bli en del av de kliniske hverdagsrutinene.

Hvorfor er det slik? Det hevdes av mange at ved innføring av teknologi utgjør selve teknologien bare 20 % av det totale bildet, mens organisasjon, endringsledelse og kultur utgjør 80 %. Flere forskningsprosjekter synliggjør at det ikke er tekniske utfordringer eller manglende medisinsk relevans som er årsaken til antallet mislykkede telemedisinprosjekter, men strukturelle, kulturelle og politiske faktorer (Ekeland, 2010; Obstfelder et al 2007; May, 2013).

Dette er kompliserte og sammensatte årsakssammenhenger. Vi anbefaler derfor valg av implementeringsstrategier som tar høyde for nettopp disse faktorene og sammenhengene. Dette vil legge til rette for en robust videotjeneste som kan overleve prosjektperioden og dermed bli en rutinetjeneste og fast tilbud til alle ungdommer som lever i barnevernsinstitusjoner.

Normalization Process Theory (NPT) er en modell som konseptualiserer hvordan endringer i helsevesenet og ny praksis blir til det normale (May et al, 2010). Modellen er ment å være et praktisk verktøy som framhever hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at bruken av teknologi skal bli «normalisert».

Modellen i NPT bygger på fire elementer. Om endringer som følge av ny teknologi skal implementeres og bli normalisert, må det tas hensyn til alle disse fire ifølge modellen:

1. «Overordnet forståelse» (coherence). Brukerne må forstå den nye praksisen som skal implementeres.
2. «Forankring» (cognitive participation). Brukerne må forplikte seg til, og være begeistret over den nye teknologien.
3. Kollektiv handling (collective action). Den felles innsatsen som må gjøres for å legge til rette for normalisering av ny teknologi og bruk av den.
4. Evaluering (reflexive monitoring). Brukernes evaluering av den nye praksisen og teknologien.

Basert på prosjektveiviseren og Normalization Process Theory anbefales følgende strategier for implementeringsarbeid:

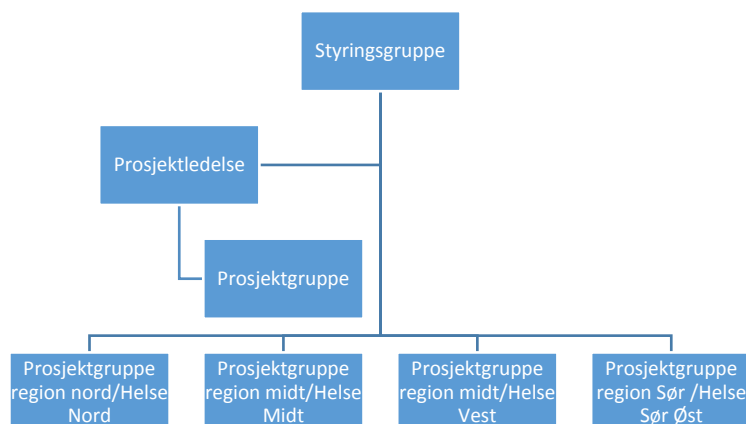
Tabell 1: Kritiske suksessfaktorer ved implementering

Overordnet forståelse	Forankring	Integrering i daglige rutiner	Evaluering Kontinuerlig forbedring
•Opplæring •Fagdager •Superbrukere •Delingsportal	•Sikre deltakelse fra alle parter •Sikre støtte fra nasjonale og regionale beslutningstakere •Informasjonsarbeid rettet mot alle interessenter •Prosjektorganisasjon og etablering av regionale, og lokale nettverk	•Behovsanalyser •Rolle- og ansvarsfordeling •System for brukerstøtte/support	•Prosjektorganisasjon som leder prosessen •Iterativ prosess med stadig evaluering •Nettverk for erfaringsutveksling

8.3 Organisering

Det anbefales opprettet en styringsgruppe. Styringsgruppa bør settes sammen av beslutningsmyndige representanter fra prosjektets eiere. Brukerrepresentanter bør også være representert i styringsgruppa. Styringsgruppa skal ha overordnet ansvar for prosjektet, og bør også veilede prosjektledelsen, sikre effektiv beslutningstaking og bistå prosjektet med ressurser og virkemidler om dette blir nødvendig.

Fordi det blir mange samhandlingsparter vil det være nyttig å etablere regionsvise prosjektgrupper. Om det ikke allerede eksisterer slike møtefora i regionen, vil det være hensiktsmessig å etablere disse som faste fora etter at prosjektet er satt i rutinedrift. I disse møteforaene bør spesialisthelsetjeneste, Bufetat og brukerorganisasjoner være representert. Det kan også være nyttig å inkludere andre aktører (skole, helsesøster, ambulansetjeneste, politi, NAV). For at regionene skal få muligheten til å utveksle erfaringer og lære av hverandre vil det også være nyttig å etablere faste nasjonale møtefora.



Figur 2: Organisering av prosjektet

Referanser

Bolle, Stein Roald; Trondsen, Marianne Vibeke; Stensland, Geir Øyvind; Tjora, Aksel. Usefulness of videoconferencing in psychiatric emergencies - a qualitative study. Health and Technology 2017 s. 1-7 NTNU UNN

Fossum S, Lauritsen C, Vis S.A, 2014: Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt.

Kayed, N, Jôzefiak T, Rimehaug, T, Tjelflaat, T, Brubakk, A, Wichstrom L: Psykisk Helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner, NTNU, 2015

Kilvær D, Fagerheim SH, Trondsen MV, Stensland GØ, Myrbakk VN: Evalueringsrapport DeVaVi «Desentralisert vakt samarbeid ved bruk av videokonferanse», 2015

May et al, Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. Implementation Science 2009 4:29

May C, Towards a general theory of implementation. Implementation Science 2013 8:18

Obstfelder A, Engeseth K, Wynn R: Characteristics of successfully implemented telemedical applications, 2007

Trondsen, Marianne Vibeke; Bolle, Stein Roald; Stensland, Geir Øyvind; Tjora, Aksel: Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. BMC Health Services Research 2014 ;Volum 14.(544) s. NTNU UNN

Trondsen, Marianne Vibeke. VIDEOCARE: Desentralisert akutt psykiatri ved bruk av videokonferanse. Nasjonal forskningskonferanse i helsetjenesteforskning; 2017-03-14 - 2017-03-15 UNN

Rapporter/rundskriv/nettsted

Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge Ei kunnskapsoppsummering. Statens helsetilsyn. (2012). Rapport 5/2012 Helsetilsynet

www.prosjektveiviseren.no

Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Rundskriv. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. 2015

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Rapportmal. Rapport fra risikovurdering. Bruk av videokonferanse til oppfølging og behandling av barn i barnevernsinstitusjon (mal-ROS-BUFdir-v055I)

Vedlegg 2: Juridiske aspekter - notat

Vedlegg 3: Gevinstanalyse

Vedlegg 4: Informasjons- og opplæringsmodell