

Bruk av videokonferanse og nett- basert terapi – MasterMind Norge

Evalueringsrapport 2017

Jane K. Kjøterøe J. K., Myrbakk V. N., Holm I. M., Goll C. B., Bønes E., Stensland G. Ø.



Bruk av videokonferanse og nettbasert terapi – MasterMind Norge

Evalueringsrapport 2017

Rapportnummer

13-2017

Prosjektledere

Erlend Bønes og Vemund Nordnes Myrbakk

Forfattere

Jane K. Kjøterøe, Vemund Nordnes Myrbakk, Inger Marie Holm, Charlotte B. Goll, Erlend Bønes, Geir Øyvind Stensland.

ISBN

978-82-8242-082-2

Dato

17.10.2017

Antall sider

29

Emneord

Internettbasert kognitiv terapi, videosamtaler, videokonferanse, konsultasjonsteam.

Oppsummering

MasterMind er et EU-prosjekt som har målsetting å øke tilgjengelighet av kvalitetssikret behandling for depresjon ved bruk av internettbasert terapi (iCBT) og videokonferanse. Utfordringer med kapasitet, likeverdige tjenester og tidligere positive erfaringer med e-helse bidro til deltakelse i prosjektet.

Prosjektet omfatter implementering av internettbasert kognitiv terapi og bruk av videokonferanse. Dette gjelder både bruk av videokonferanse i pasientbehandling, og ved samhandling med fastleger.

Utgiver

Nasjonalt senter for e-helseforskning
Postboks 35
9038 Tromsø
E-post: mail@ehealthresearch.no
Internett: www.ehealthresearch.no

Når alle tenker likt er det ingen som tenker.

- Walter Lippman

Forord

Rapporten tar for seg faglige, tekniske, strukturelle og organisatoriske sider ved prosjekt MasterMind Norge. Uten godt samarbeid og løsningsfokus ville ikke prosjektet kunne blitt gjennomført. Prosjektgruppen har bestått av Nils Kolstrup, Erlend Bønes, Siv Hege Fagerheim, Geir Øyvind Stensland, Didrik Kilvær, Jane Kjøterøe, Inger Marie Holm og Vemund N. Myrbakk.

Takk til Eva Henriksen for bistand med risiko og sårbarhetsanalyse og til Eirin Rødseth som la til rette for samarbeid med Jobb Smartere prosjektet om pilotering av Skype for business til klinisk bruk.

Takk til Charlotte Goll for innsatsen i konsultasjonsteam.

Takk til Senter for psykisk helse Midt-Troms og legekantorene i Bardu, Målselv og Sørreisa for samarbeidet gjennom prosjektperioden.

Prosjektgruppen

Project co-funded by the European Commission within the ICT Policy Support Programme



Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Idegrunnlag/grunnlagstenkning	5
3	Bakgrunn	6
3.1	Mastermind.....	6
3.2	Organisasjon	6
3.3	E-helse og telemedisin	7
3.4	Erfaringer med bruk av e-helse i avdeling Sør	7
3.5	MoodGym	8
3.6	Videosamtale	8
4	Teknologi	10
4.1	Teknisk beskrivelse.....	10
4.2	Tekniske krav	10
4.3	Brukerstøtte	10
5	Implementeringsplan	11
5.1	Beskrivelse av implementeringsstrategi	11
5.2	Beskrivelse av arbeidspakkene	11
5.3	Fremdrift generelt.....	12
5.4	Fremdrift ulike arbeidspakker.....	13
6	Evalueringsplan	16
6.1	Evalueringsplan av konsultasjonsteamet/intervju med fastleger	16
6.1.1	Teknologi.....	16
6.1.2	Faglig innhold og organisering av konsultasjonsteam	16
6.1.3	Konsultasjonsteamets innsats og fastlegenes egeninnsats	17
6.1.4	Oppsummering av anbefalinger fra fastlegene	17
6.2	Evalueringsplan av implementering med ledere i Avdeling Sør	18
6.3	Erfaringer fra prosjektgruppa.....	18
6.4	Tilbakemelding behandlere	19
6.5	Tilbakemelding fra pasienter ved avslutning av terapiforløpet	19
6.6	Pasientens holdning til bruk av videosamtaler	20
7	Konklusjon	22
	Referanser	23

1 Sammendrag

EU-prosjektet MasterMind sitt mål er å gjøre kvalitetssikret behandling av depresjon mer tilgjengelig ved hjelp av internettbasert terapi (iCBT) og videokonferanse. (Vis et al, 2015). utfordringer med kapasitet, likeverdige tjenester og tidligere positive erfaringer med e-helse bidro til deltakelse i prosjektet.

Prosjektet omfatter implementering av internettbasert kognitiv terapi og bruk av videokonferanse. Dette gjelder både bruk av videokonferanse i pasientbehandling, og ved samhandling med fastleger.

Implementeringsstrategien var pilotering av iCBT og klinisk bruk av videokonferanse i liten skala og videre gradvis oppskalering. Sentrale samarbeidsparter i piloteringen har vært Senter for psykisk helse Midt-Troms og legekantorene Bardu, Målselv og Sørreisa.

Det har vært krevende å implementere iCBT ved voksenpsykiatrisk poliklinikk, dette spesielt på grunn av ustabil bemanningssituasjon. De fleste pasientene som har fått tilbud om tilgang til det nettbaserte behandlingsprogrammet MoodGYM har opplevd dette som nyttig. Programmet har gitt pasientene mulighet til å jobbe aktivt med å utfordre seg selv mellom timene, og fremmet psykoedukasjon.

I prosjektet har en også erfart at iCBT kan inngå som en del av tilbudet fastleger gir. Med støtte fra spesialisthelsetjenesten (spesialist som samhandler med lege og pasient via videokonferanse) har pasienter med depresjon/angst fått oppfølging i form av iCBT og samtaler fra sin fastlege. iCBT har i dette prosjektet vært representert gjennom programmet MoodGYM. Programmet har blitt vurdert å være best egnet i kombinasjon med støtte fra helsepersonell som har grunnleggende kunnskap om kognitiv terapi.

Erfaringene fra prosjektet gir gode indikasjoner på det er hensiktsmessig å samhandle med fastleger via videokonferanse. De tekniske utfordringene som har oppstått underveis har ikke bidratt til at noen legekantor har valgt å trekke seg fra samarbeidet. Når det gjelder struktur og innhold i veiledningstilbudet har fastlegene i hovedsak uttrykt at tilbudet har vært nyttig, men det har vært ytret et ønske om mer fokus på psykiatri og medisinvurderinger.

Pasienter gir tilbakemelding på at muligheten til å få hjelp hjemme oppleves som positiv. Enkelte sier det trygger å være hjemme, og at det er lettere å ta opp vanskelige tema i en trygg setting. Det ser ut til at pasientenes erfaring med både iCBT og videokonferanse er mer positive enn deres forventninger til disse tilbudene før oppstart. Formidling av tilbudene ser ut til å ha stor innvirkning på om pasienter ønsker å iCBT eller videokonferanse

Videokonferanse og nettbasert terapi kan bidra til mer stedsuavhengige tjenester og lavere terskel for samhandling mellom tjenestene.

2 Idegrunnlag/grunnlagstenkning

Utfordringene med å gi likeverdige tjenester har vært av stor betydning for deltakelse i EU prosjektet MasterMind. Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessler, 2005a, Mykletun, 2009). Psykisk helsevern har kapasitet til å følge opp ca. 2,5% av befolkningen med dagens organisering. Lettere psykiske helseplager kan håndteres ved tilgang til selvhjelpsverktøy som eksempelvis informasjonsbrosjyrer, e-terapiprogram eller selvhjelpsgrupper.

Neste steg er kontakt med primærhelsetjenesten, i de fleste tilfeller fastlege. Fastleger har begrenset tilgang til bistand fra psykisk helsevern utover å henvise pasienter. Samtidig er det fastleger som møter flest pasienter med psykiske helseplager/lidelser. Konsultasjonene på legekontorene er ofte korte, og i mange tilfeller er det begrenset hvilke tiltak fastleger har kapasitet og ressurser til å følge opp. Dette har tradisjonelt resultert i et stort fokus på medikamentell behandling. Effektive tiltak som spiller på pasientens mestringsevne slik som kognitiv terapi, er i mindre grad utbredt.

Ved å spre informasjon om psykisk helse og gjøre selvhjelp tilgjengelig via internett, sikres flere tilgang til helsefremmende tiltak. Når behandlingen flyttes hjem til pasient via videokonferanse, gjøres spesialiserte ressurser stedsuavhengige, og tilgjengelig etter behov. Dette kan bidra til større grad av likeverdige behandlingstilbud, og er den overordnede målsetting for å kombinere e-helse og videoteknologi. Behandlingstilbudene skal være nær pasientens hverdag og livssituasjon.

Tilbud om helsehjelp bør være tilpassede tiltak på lavest mulige effektive omsorgsnivå, og pasientforløpene bør henge sammen på tvers av organisering mellom ulike tjenestenivå. Dette har vært utgangspunkt for å dele prosjektet inn i ulike arbeidspakker med to hovedfokus: Utvikling av samhandling, og utvikling av behandlingstilbudet i poliklinikker.

3 Bakgrunn

3.1 Mastermind

MasterMind er et EU-prosjekt som hadde som mål å gjøre behandling av depresjon mer tilgjengelig gjennom bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi. 10 land deltok i EU prosjektet. Dette ga mulighet for viktig erfaringsutveksling. Prosjektet jobbet for å identifisere barrierer og suksessfaktorer for å implementere løsningen i land med ulike politiske, sosiale, økonomiske og tekniske kontekster. Målet var å gi anbefalinger for strategier for å implementere iCBT og videokonferanse i de ulike kontekster.

Prosjektet gikk fra 1. mars 2014 til 28. februar 2017, og hadde et totalt budsjett på €14m delfinansiert av programmet CIP ICT PSP.

3.2 Organisasjon

Avdeling Sør og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin startet våren 2014 et forpliktende samarbeid som omfatter pilotering av løsningene, med mulighet for å etablere dette som en del av det ordinære tjenestetilbudet.

NST ble lagt ned i 2016. Deres rolle i prosjektet ble overtatt av det nyopprettede Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE), i samarbeid med Kvalitets- og utviklingscenteret, UNN. Avdeling Sør ble også omorganisert i prosjektperioden.

Omorganiseringene har gitt noen ekstra utfordringer knyttet til kontinuitet og stabilitet i prosjektet. Flere av prosjektets deltakere fikk i løpet av prosjektperioden nye funksjoner og arbeidsoppgaver som følge av endringene.

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) skal samle, produsere og formidle kunnskap og erfaringer myndighetene trenger for å utvikle en god og fornuftig politikk på e-helseområdet.

Kvalitets- og utviklingscenteret (KVALUT) skal ivareta strategiske overordnede prosesser og har utviklingsfunksjoner innen systematisk kvalitets-, utviklings- og innovasjonsarbeid, pasientsikkerhet, kompetanse- og fagutvikling, e-læring, forskning, brukerinvolvering, samhandling, IKT og e-helse.

Avdeling Sør tilhører Psykisk helse og rusklinikken ved UNN HF. Avdelingen har ansvar for psykisk helsevern i sitt opp-taksområde. Den består av tre seksjoner som er spredt geografisk fra Nordre Nordland, via Sør-Troms og Midt-Troms. I forbindelse med omorganisering internt i klinikken, overtok Fagutviklingsenheten i januar 2016 ansvar for koordinering av implementeringsarbeid og evaluering.

Fagutviklingsenheten er en del av Psykisk helse- og rusklinikken, UNN, og har en viktig rolle i utviklingen av trygge og virkningsfulle pasienttilbud. Satsingsområder er brukermedvirkning, forskning, pasientsikkerhet, kompetanseheving, e-helse, veiledning og utdanning.

3.3 E-helse og telemedisin

E-helse har tradisjonelt en vid definisjon, og kan omfatte alt fra pasientadministrative systemer til løsninger som eksempelvis eksponeringsterapi via virtuell virkelighet. Direktoratet for E-helse bruker følgende definisjon: «E-helse defineres som bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren». I dette prosjektet har vi konsentrert oss om bruk av nettbasert lyd/bilde overføring og nettbaserte behandlingsprogram.

Tromsø har et nasjonalt kompetansemiljø innenfor telemedisin og e-helse, Nasjonalt senter for e-helseforskning. Formålet har vært å bruke blant annet lyd/bilde teknologi på en slik måte at plassering og geografi ikke skulle skape unødvendige barrierer for utredning og behandling. Dette har omfattet blant annet bedre tilgang til spesialister i desentralt, og redusert reisetid for pasienter, pårørende og helsepersonell.

I løpet av 1990 tallet ble det vanlig med internettilgang og mobiltelefon, noe som har bidratt til store endringer i kommunikasjon og utveksling av informasjon. I Norge har tjenester som Klara Klok og Nettdoktor blitt utviklet i takt med utbredelse av internett. Det offentlige sikrer at informasjon er tilgjengelig på nettet, og pasienter har i dag mulighet til å få tilgang til informasjon som tidligere var lite tilgjengelig. Dette gjelder for eksempel informasjon om ulike typer psykiske lidelser, diagnoser, behandlinger, etc. Helsevesenet flytter stadig grensene for hvordan behandling kan bli gitt. Eksempelvis har Helse Vest etablert internettbasert behandling av angst som en del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern, eMeistring. Applikasjoner på smarttelefoner og sensorer bidrar til at innsamling av helseopplysninger kan brukes og sammenstilles på nye måter. Aktivitetsmålere og søvndagbøker kan for eksempel bidra til viktige endringer i helserelatert atferd.

Videokonferanseløsninger ble testet ut allerede i 1956 ved Universitetet i Nebraska (Chakrabarti, 2015). Telemedisinske løsningen ble sporadisk bruk i løpet av 1960-70 tallet. Den teknologiske utviklingen på 1980-90 tallet førte til rimeligere utstyr og bedre tilgjengelighet til løsninger av høy kvalitet. Selv om utviklingen startet allerede før 1960, er videokonferanseløsninger i liten grad brukt i direkte pasientbehandling, til klinisk samhandling internt sykehuset og i samhandling mellom ulike tjenestest nivå. Teknisk utstyr blir stadig rimeligere og bedre. Videre har utbredelse av internettilgang bidratt til at de fleste kan delta på videokonferanse fra sin egen PC, nettbrett eller smarttelefon.

I løpet av det siste tiåret har det blitt større fokus på å kombinere kunnskapsbasert praksis og teknologiske løsninger. Australia, Nederland, Storbritannia, Sverige og Danmark har vært tidlig ute med å gjøre helsetilbud tilgjengelig til befolkningen via nettbaserte tilbud.

3.4 Erfaringer med bruk av e-helse i avdeling Sør

Avdeling Sør har tre sentre for psykisk helse (distriktpsikiatriske sentre). Tidligere inngikk også en akuttavdeling i denne organiseringen. Avdelingen har problemer med stabilisering og rekruttering av spesialister, særlig legespesialister. Dette har bidratt til utfordringer til å håndtere oppgaver lokalt, noe som i perioder har ført til lite hensiktsmessige innleggelser på akuttavdeling i Tromsø. Videre har det vært utfordringer knyttet utredning, diagnostikk og behandling/oppfølging av enkelte pasientgrupper. Disse utfordringene har bidratt til ulike utviklingsprosjektprosjekt.

I prosjektet Desentralisert Vaksamarbeid Via Videokonferanse (DeVaVi) ble akuttforløpet endret ved at de lokale Sentrene for psykisk helse i større grad tok ansvar for akutte innleggelser. Dette ble blant annet gjort ved styrking av beredskap rundt ambulante team og døgnhetene. Teknologiens rolle i denne utviklingen har vært bruk av videokonferanse for å sikre stabil tilgang til leger i bakvakt, samt

tettere samhandling mellom akuttpost og døgnenhet. Dette har blant annet resultert i færre innleggelser på akuttetten, og til at flere pasienter har fått tilbud ved lokal døgnenhet (Kilvær et al, 2015, s44).

Avdelingen har gjennom prosjektet eBUP erfaring med å gi pasienter innen psykisk helsevern for barn og ungdom tilbud om oppfølging via videokonferanse. I prosjektet fikk barn sammen med pårørende, og ungdom tilbud om kognitiv terapi via videokonferanseløsningen Jabber. *«Pasienter og pårørende er så langt i prosjektet positive til tilbudets innhold, og tilbakemelder at dette øker deres tilgang på spesialistressurs, gir raskere tilgang til nødvendig helsehjelp samt øker kontaktfrekvensen med behandler ved BUP Ofoten» (Arild et al, 2014, s 19).*

Videre har avdelingen pilotert en elektronisk plattform for kommunikasjon og innhenting av helseopplysninger, CheckWare. Hovedmålet har vært å styrke brukermedvirkning. Det har vært ønsket realisert gevinster i form av heving av kvalitet på kartlegging/utredning, bedre kvalitative virksomhetsdata, reduksjon i pasientadministrativt arbeid, bedre betingelser for forskning i klinikk og på styrking av kommunikasjonsmulighetene mellom pasient og behandler. Gjennom tilgang til et felles system, vil det legges til rette for mer likeverdige tilbud uavhengig behandlingssted. Dette ved at eksempelvis alle behandlere gis lik tilgang til utrednings- og kommunikasjonsverktøy. Pasient kan få tilgang til løsningen hjemmefra via internett (Myrbakk et al, 2015, s18).

3.5 MoodGym

MoodGYM er et nettbasert program utviklet i Australia og oversatt til norsk ved UiT Norges arktiske universitet. Programmet er basert på kognitiv- og interpersonlig terapi. Det kan brukes som ren selvhjelp, eller i kombinasjon med oppfølging av helsepersonell. MoodGYM ble opprinnelig utviklet som et depresjonsforebyggende program (Christensen og Griffiths, 2001)

Hensikten med programmet er å øke bevisstheten rundt egne tanker, følelser og handlinger. MoodGYM inneholder demonstrasjoner, informasjon, og øvelser. I tillegg til skriftlig materiale, oppmuntres det til praktiske øvelser. Programmet er delt inn i fem moduler: Følelser, tanker, tankeendring, nedstressing, relasjoner.

MoodGYM ble hovedsakelig valgt da det er evidensbasert og har vist seg å ha effekt (Foroughani, Schneider og Assareh, 2011). I tillegg var det et av få program som var gratis og oversatt til norsk. I forkant av valg av program, ble det gjort en vurdering av ulike alternative program. Det ble også vurdert å oversette andre tilgjengelige program til norsk.

3.6 Videosamtale

Videosamtale gir nye muligheter til kommunikasjon mellom pasient og behandler. Etter hvert har helsetjenesten fått erfaring med å møte pasienter via videosamtaler. Denne formen for kommunikasjon har i stor grad blitt en integrert del av folk sine kommunikasjonsvaner. Barn og ungdom kommuniserer eksempelvis via «Skype» og «Facetime», og det samme gjør besteforeldre med barnebarn.

Dette er noe helsevesenet har blitt mer oppmerksom på. Tilbud kan gjøres stedsuavhengig. Videre kan videosamtale bidra til at mer av oppfølgingen skjer på pasientens «hjemmebane», ut fra pasientens forutsetninger og på dens premisser. For mange pasienter er det en trygghet å kunne møte opp i poliklinikk. For andre vil et oppmøte i poliklinikk kunne innebære at en pasient må tilpasse seg en ny situasjon, mens behandler opptrer på kjent arena. For noen pasienter er det lettere å føle seg trygge på hjemmebane, noe som kan bidra til terskel for å motta hjelp blir overkommelig.

Bruk av videosamtale kan også bidra til å redusere omkostninger som eksempelvis lang reisevei, unødvendig fravær fra arbeid/skole og sikre tilbudet uavhengig vær og føre.

4 Teknologi

4.1 Teknisk beskrivelse

Den tekniske løsningen som er brukt for videosamtale er Skype for business på PC. MasterMind har vært pilot for løsningen til klinisk bruk i Helse Nord. I praksis gjennomføres dette ved at parten i spesialisthelsetjenesten sender ut en møteinnkalling i Outlook med en link til et Skype-møte. Mottaker klikker på denne lenken for å delta. Mottaker trenger ikke å ha Skype for business installert selv, men må ha installert en «plug-in» for Skype for business.

Pasientene har brukt webkamera og hodetelefoner med mikrofon eller en bordmikrofon. De har brukt egne datamaskiner for videomøtene, vi har ikke lånt ut maskiner til dette.

4.2 Tekniske krav

Beskrivelse av de tekniske krav for å bruke Skype for business (vedlegg 3).

4.3 Brukerstøtte

Pasienter som fikk tilbud i regi av poliklinikken hadde telefonnummer til behandler. De ble informert om at henvendelser per telefon som omhandlet teknisk bistand, ville ble besvart innenfor poliklinikkenes åpningstid. Dette tilbudet ble kun benyttet ved tre anledninger i prosjektperioden.

Fastlegekontorene har avtale med IT-ansvarlig i kommunen, som var informert om prosjektet. Utover dette har deltakerne i prosjektet løst tekniske utfordringer fortløpende, f.eks. ble behov for ny mikrofon ved legekontor finansiert av prosjektmidler. I oppstarten var det jevnlig kontakt med IT-ansvarlig i den enkelte kommune for å teste og sikre stabile løsninger for videokonferanse.

5 Implementeringsplan

5.1 Beskrivelse av implementeringsstrategi

Prosjektet har omfattet pilotering og implementering av fire ulike tiltakspakker.

5.2 Beskrivelse av arbeidspakkene

Arbeidspakke:	Beskrivelse:
Arbeidspakke 1:	Pilotering av iCBT og bruk av videokonferanse, tilbud min 10 ventelistepasienter VoP Silsand.
Arbeidspakke 2:	Opplæringsprogram MoodGYM omfatter opplæring, veiledning og gjennomføring av behandlingsforløp. Opplæringen innebærer gjennomgang av modulene i MoodGym samt informasjon om kognitiv og interpersonlig terapi. Sammen med veiledning og kliniske praksis inngår dette som en del av iCBT sertifisering, som representerer en standard for intern kvalitetssikring.
Arbeidspakke 3:	Opprettelse av konsultasjonsteam for fastleger. Hensikten er å støtte fastleger i psykisk helsearbeid i allmennpraksis, og forebygge henvisninger hvor lege hovedsakelig har behov for drøfting. Det etableres treffpunkt mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege via videokonferanse. Konsultasjonsteam vil bestå av lege- og psykologspesialist. Prosjektet tar sikte på å starte med tre legekantor som er motivert for dette tilbudet, og høste erfaringer fra denne piloten.
Arbeidspakke 4:	Fastlegesupport MoodGYM. Denne arbeidspakken omhandler opprettelse av support-tjeneste til fastleger som ønsker å tilby sine pasienter MoodGYM som assistert selvhjelp ved behandling av depresjon eller angstproblematikk/lidelser.

Det ble etablert en strategi for pilotering av hver enkelt arbeidspakke i liten skala slik at korrigeringer og tilpasninger kunne gjøres fortløpende.

Arbeidspakke 1: Pilotering iCBT

Psykologspesialist i prosjektet brukte piloteringen til å opparbeide seg erfaring, som i neste omgang var planlagt overført til behandlere ansatt ved voksenpsykiatrisk poliklinikk. Det ble satt opp faste evalueringsmøter for å sikre fortløpende evaluering av piloten. Etter at psykologspesialist i prosjektet hadde «kalibrert» arbeidet med å tilpasse kombinasjon av internettbasert kognitiv terapi og samtaleterapi basert på innholdet i nettprogrammet, ble det utviklet et undervisningsopplegg som ble godkjent av Norsk psykologforening.

Arbeidspakke 2: Opplæring MoodGYM

Undervisningen var ment som et rekrutteringstiltak for behandlere ansatt ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Senter for psykisk helse Midt-Troms. Tanken var at erfaringen fra denne poliklinikken kunne oppskaleres for alle poliklinikkene i Avdeling Sør, og på sikt innen psykisk helse og rusklinikken. I alt fem behandlere fra Midt-Troms gjennomførte undervisningsopplegget. I opplæringen inngikk en veiledningspakke som tok sikte på å veilede alle terapeutene gjennom deres første behandlingsforløp i bruk av internettbasert kognitiv terapi i kombinasjon med samtaleterapi. To terapeuter avsluttet deltakelse, og to nye kom til. Tre behandlere har fulgt opp undervisning og veiledning, og tilegnet seg noe erfaring gjennom klinisk praksis. Målet var at alle behandlerne i veiledningsgruppen skulle få erfaring med ti forløp som ble fulgt opp med veiledning. Denne målsettingen ble ikke oppnådd.

Arbeidspakke 3: Opprettelse av konsultasjonsteam

Det ble opprettet konsultasjonsteam for tre legekantor i opptaksområdet til Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms. I alt fem legekantor hadde meldt sin interesse for å få informasjon om dette tilbudet. Tilbudet omfattet månedlige møter med konsultasjonsteam bestående av psykologspesialist og psykiater via videokonferanse. Legekantorene fikk tilbud om støtte til anskaffelse av nødvendig utstyr for å kunne delta på videokonferanse. To kontor falt fra i en tidlig fase. Legekantorene i Bardu, Målselv og Sørreisa har benyttet seg av ordningen, og har stort sett gjennomført konsultasjonsteam med fullt oppmøte hver gang. I konsultasjonsteamet drøftes kliniske problemstillinger anonymt. Sakene som drøftes er kliniske problemstillinger i forhold til pasienter som ikke er henvist, eller er under aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten.

Målsettingen med konsultasjonsteamet har vært gjensidig kunnskapsoverføring for å sikre mer helhetlige pasientforløp. På kort sikt vurderes dette til å kunne bidra til å styrke legenes oppfølgingskompetanse i forhold til psykiske helseplager/lidelser, noe som i større grad kan sikre behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), samt sikre at pasienter som bør få oppfølging innen spesialisthelsetjenesten raskt blir henvist til utredning/behandling. Metodisk tar konsultasjonsteamet utgangspunkt i en reflekterende tilnærming. Saken presenteres av aktuell lege med påfølgende spørsmålsrunde. Deretter legges det opp til faglig refleksjon ledet av spesialistene med deltakelse fra legegruppen. Det hele avsluttes med kommentarer/oppsummering fra den som har presentert saken. Den metodiske tilnærmingen justeres ved behov.

Arbeidspakke 4: Fastlegesupport MoodGYM

Det siste tiltaket som ble satt ut i praksis var MoodGYM support til fastleger. MoodGYM support innebærer at fastlegene som deltar i konsultasjonsteam kan ringe eller sende mail til psykologspesialist dersom de ønsker råd, veiledning og støtte til å ta i bruk MoodGYM. Ordningen har frem til nå vært brukt i liten grad, men det forventes at samarbeid gjennom konsultasjonsteam kan øke bevisstheten rundt når internettbasert kognitiv terapi kan være nyttig, og senke terskelen for å kontakte MoodGYM support.

5.3 Fremdrift generelt

I oppstartsfasen av MasterMind-prosjektet ble det satt av god tid til å avklare utfordringer knyttet til helhetlige behandlingsforløp på tvers av tjenestenivå, og hvorvidt anvendelse av teknologi i form av nettbaserte behandlingsprogram og videokonferanse kunne bidra til bedre helsetjenester. Sammenhengende behandlingsforløp, samhandling, kvalitet og likeverdige tjenester dannet grunnlaget for prosjektplan.

I første prosjektåret var forankringsarbeid, rekruttering av samarbeidsparter (legekantor) utforming av prosjektplan, risikovurdering, og utvikling av nettportal i fokus. Nettportalen inneholdt lenker til pålogging til MoodGYM, informasjon om depresjon og angst, informasjon om prosjektet, samtykkeskjema, spørreskjema med verktøy for datafangst, videokonferanse med kalender og bookingfunksjon.

Andre året i prosjektperioden ble brukt til pilotering av internettbasert kognitiv terapi i kombinasjon med videosamtaler i liten skala. Ut fra erfaringer med piloten ble det utarbeidet et undervisningsopplegg for behandlere ved voksenpsykiatrisk poliklinikk, Silsand, i bruk av internettbasert kognitiv terapi. Behandlerne fikk tilbud om regelmessig veiledning. Det ble i tillegg jobbet systematisk med å sikre at legekantorene hadde nødvendig utstyr og infrastruktur for å kunne delta i samarbeid via videokonferanse. Prosjektet ble noe forsinket på grunn av problemer med videokonferanseløsningen som hadde blitt valgt. Denne fungerte ikke stabilt på Norsk helsenett, og det ble satt i gang et samarbeid med

Jobb smartere prosjektet i Helse Nord om pilotering av Skype for business til klinisk bruk. Dette innebar ny risikovurdering og ytterligere forsinkelser. Erfaringene fra piloteringen er tatt med i arbeidet med utforming av regionale retningslinjer for klinisk bruk av Skype for business i Helse Nord

Tredje prosjektår ble konsultasjonsteam via videokonferanse etablert. Tre av fem forespurte legekonsultanter valgte å bli med på pilotering av denne samarbeidsformen. Internettbasert kognitiv terapi for behandling av depresjon og videosamtaler hjem til pasienter ble fulgt opp i denne perioden. Videre ble det jobbet med å gjøre erfaringene fra prosjektet kjent i organisasjonen og arbeidet med videreføring av tiltakene fra prosjektet og oppskalering ble påbegynt.

5.4 Fremdrift ulike arbeidspakker

Arbeidspakke 1, Pilotering av iCBT og bruk av videokonferanse

Tidspunkt	Milepæler
2014	Innhente informasjon om iCBT-programmer og løsninger for videokonferanse. Utarbeidelse av plattform i samarbeid med leverandør.
2015	Informasjonsmøte med lederne på Senter for Psykisk helse Midt-Troms ang. deltakelse i pilotprosjekt.
2015 august	Oppstart av ventelistepasienter fra VOP Silsand. Bruk av MoodGym og videosamtale (pasientene deltok fra poliklinikken Silsand).
2016 mai	ROS-analyse (Risiko- og sårbarhetsanalyse) av videokonferanse hjem til pasient.
2016 juni	Første videokonferanse hjem til pasient.
2016 oktober	Tilbud om opplæring i bruk av videokonferanse og Skype4B til behandlere på poliklinikken.
2016 november	Første opplæring Skype4B kliniker.
2017 februar	Opplæring av skyp4B på psykologmøte Silsand.

Arbeidspakke 2, Opplæringsprogram MoodGYM

Tidspunkt	Milepæler
2015	Møte med lederne på Senter for psykisk helse Midt-Troms for å avklare deltakelse.

September 2015	Informasjonsmøte med hele poliklinikken på Silsand om MasterMind og MoodGym. Tilbud om opplæring og veiledning.
Desember 2015	Første opplæringsdag MoodGym, poliklinikken Silsand. 5 behandlere deltar.
Februar 2016	Siste opplæringsdag.
Mars 2016	Oppstart av veiledning.
Juni 2016	Behandler på Silsand bruker MoodGYM med første pasient.
Oktober 2016	Prosedyreperm for iCBT i spesialisthelsetjenesten slutført og sendt ut.
Oktober 2016	Gjennomført halvdagskurs i MoodGYM for 3 nye ansatte.
Oktober 2016	Nyansatte deltar i veiledningsgruppa.

Arbeidspakke 3: Opprettelse av konsultasjonsteam

Tidspunkt	Milepæler
Vår 2015	Generell informasjon fastleger, besøk på alle legekantor i Midt-Troms.
Vinter 2015/2016	Konkret informasjon om konsultasjonsteamet og forespørsel om deltakelse. Besøk på 5 legekantor som hadde meldt sin interesse.
Desember 2015	Møte med IT-ansvarlige Midt-Troms.
Juni 2016	Første møte konsultasjonsteam, Bardu legekantor.
Januar 2017	Alle tre legekantor i gang med konsultasjonsteam, frekvens på en gang i måneden.
Mai 2017	Gjennomført av intervju for evaluering av konsultasjonsteamene.

Arbeidspakke 4 Fastlegesupport MoodGYM

Tidspunkt	Milepæler
Vår 2015	Generell informasjon fastleger. Besøk på alle legekantor i Midt-Troms.
Mai 2015	Brosjyre og plakater om MoodGYM sendt til legekantor.
Vinter 2015/2016	Konkret informasjon om veiledning på MoodGYM og forespørsel om deltakelse. Besøk på 5 legekantor som hadde meldt sin interesse.
Desember 2015	Møte med IT-ansvarlig i Midt-Troms.
Januar 2017	Første veiledning i MoodGYM med lege og pasient.

6 Evaluering

I prosjektets evalueringsfase er data innhentet ved å sende ut spørreskjema til pasienter og behandlere ved poliklinikken. Det er i tillegg gjennomført fokusgruppeintervju med fastleger som har deltatt i konsultasjonsteamet, ledere i avdeling Sør og prosjektgruppa. Semistrukturerte intervjuguider tilpasset den enkelte informantkategori er benyttet i datainnsamlingen. Intervjuguidene rettet mot ledere og prosjektgruppa har hatt fokus på implementering. For fastlegene var fokus knyttet til deres erfaringer med konsultasjonsteamet. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og anonymisert. Det er planlagt en analyse ved hjelp av Kvaless diskursanalytiske tilnærming (Kvale 2015). Ansvarlig for datainnsamling er Inger Marie Holm, Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE).

Fokusgruppeintervjuet skiller seg fra det tradisjonelle forskningsintervjuet ved at det i fokusgruppeintervju i større grad legges til rette for innhenting av data ved at deltakerne samtaler med hverandre, og der forskeren i større grad fungerer som en tilrettelegger for samtalen (Morgan 1997). I dette prosjektet landet man på å gjennomføre fokusgruppeintervju med en semistrukturert intervjuguide. Begrunnelsen for dette valget var et ønske om å få fram et vidt spekter av informantenes meninger, holdninger og synspunkter i forhold til erfaringer med MasterMind-prosjektet og deltakelsen i konsultasjonsteam.

En annen viktig del av evalueringen er en spørreundersøkelse til pasienter om deres holdninger til bruk av videokonferanse (vedlegg 1). Behandlere på poliklinikken på Silsand som har deltatt i undervisning og veiledning, har gitt tilbakemelding ved bruk av en spørreundersøkelse (vedlegg 2). Det er også tatt med tilbakemeldinger fra pasienter som har deltatt i prosjektet.

6.1 Evaluering av konsultasjonsteamet/intervju med fastleger

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju ved hvert av de tre legekantorene som deltok i utprøving av konsultasjonsteamet. Intervjuene ble gjennomført over videokonferanse i mai 2017 og hadde en varighet på om lag en time.

6.1.1 Teknologi

En av tilbakemeldingene var at teknologien i seg selv ikke fremstår som viktigst for informantene, men i større grad det faglige innholdet i konsultasjonsteamet og organiseringen av dette. De fleste fastlegene mener de har god teknologikompetanse, og at de stort sett selv klarer å håndtere teknologiske utfordringer som kan oppstå i forhold til oppkoblinger o.l. Fastlegene føler seg i det vesentlige komfortable med å bruke videokonferanse (VK), selv om mange fremhever at fysiske møter er å foretrekke dersom man kan velge. Det poengteres imidlertid tydelig fra hele fastlegegruppa at en nødvendig forutsetning for tilfredshet med VK som verktøy er at IT-infrastruktur, IT-fasiliteter og nødvendig IT-personell er tilgjengelig. Mange fastleger er tydelige på at investeringer i teknisk utstyr og IT-ressurser må prioriteres dersom man ønsker at VK skal bli en fremtidig kommunikasjonsform som føles sikker og trygg for brukerne. Pr i dag mangler flere legekantor en god og effektiv IT infrastruktur. Fastlegene rapporterer i tillegg om for lav bemanning ved IT-avdelingene, en utfordring de mener medfører at mye av deres knappe tidsressurs går med til å løse IT-tekniske utfordringer. Dette oppfatter der er sløsing med legeressurser.

6.1.2 Faglig innhold og organisering av konsultasjonsteam

Samtlige fastleger var opptatt av at innholdet i konsultasjonsteam i større grad burde rette seg mot psykiatri og medisinerings. Noen av legene begrunnet dette med at tilgangen til psykiater i spesialisthelsetjenesten er utfordrende, og at psykiateren i konsultasjonsteamet kan bidra til å dekke fastlege-

nes behov for medikamentelle råd knyttet til psykiske helseplager. Hva angår organiseringen av konsultasjonsteam var fastlegene i stor grad omforent om at en vesentlig utfordring for dem i det enkelte møte var å presentere tema som fremsto som tilstrekkelig interessant for alle. Valg av tema og kasuistikk opplevdes som vanskelig, både fordi tiden ofte ble for knapp til å tenke nøye gjennom egnet case i forkant av møtet, i tillegg til at mange fastleger fant det ukomfortabelt å oppta andres tid med egne case. I denne sammenheng pekte flere på at størrelsen på gruppa hadde betydning for både gruppedynamikk og kvalitet i drøftingene av kasuistikker. Det ble fra flere fastleger fremhevet at mindre grupper sannsynligvis kan ha en positiv effekt på det faglige utbytte av konsultasjonsteam. En-til-en-konsultasjoner ble fremmet som et nyttig supplement til konsultasjonsteam fordi fastlegene så behovet for deling av ansvar for pasienter med utfordrende psykiatriske diagnoser.

Hele fastlegegruppa var tydelig på at psykiaters rolle i konsultasjonsteam var viktig. Fastlegene signaliserte videre at de ønsker å benytte mulighetene konsultasjonsteam gir til dialog med psykiater i spesialisthelsetjenesten, ettersom de opplever det som svært krevende å få tilgang til psykiater.

Hva angår fagtema som ble gjennomgått av psykologspesialist og psykiater rapporterte fastlegene stor tilfredshet med både innhold og organisering. Det samme gjelder psykologspesialist og psykiaters rådgivning knyttet til «lettere» psykiske helseplager. Hva angår konsultasjonsteamets verdi knyttet til «tunge» psykiske helseplager var fastlegene mer usikre. Usikkerheten dreier seg primært om fastlegenes oppfatninger om at tilgangen til psykiater bør styrkes slik at fastlegene får mer tid med psykiater til veiledning og rådgivning knyttet til medikamentell behandling av utfordrende psykiske helseplager.

6.1.3 Konsultasjonsteamets innsats og fastlegenes egeninnsats

Fastlegene var i det vesentlige tilfredse med konsultasjonsteam, og de så også verdien av tilbudet. Til tross for at legene etterlyste mer fokus på medikamentelle råd fra psykiater var de tydelige på at de faglige bidragene ble opplevd som verdifulle, særlig innenfor konkrete problemområder som utbrenthet, spiseforstyrrelser og søvnproblemer. Fastlegene var tydelige på at bedre forberedelse fra deres side og økt egeninnsats i forkant av møtene vil kunne ha en positiv effekt på verdien av konsultasjonsteam.

6.1.4 Oppsummering av anbefalinger fra fastlegene

- En-til-en konsultasjoner ble fremmet som et nyttig supplement til konsultasjonsteam fordi fastlegene så behovet for deling ansvar for pasienter med utfordrende psykiatriske diagnoser.
- Etablering av konsultasjonsteam med pasient til stede
- Jevnlig utsending av oppdatert informasjon om nye retningslinjer og føringer innen psykisk helsevern. Konsultasjonsteamet ble foreslått som et kontaktpunkt og en informasjonskanal mellom fastlegene og Helse Nord.

Å etablere en prøveordning med å melde inn case behovsbasert/eventuelt konsultasjonsteam annenhver måned som et forsøk på å øke fastlegenes egeninnsats i forhold til forberedelser til konsultasjonsteam, (med det formål å benytte resterende tid internt ved det enkelte legekantor til å forberede presentasjon av kasuistikk).

- Rådgivende ad hoc-konsultasjoner med psykiater i spesialisthelsetjenesten.
- Drøftinger om konkrete behandlingsforløp med psykiater.

Deltakelse i konsultasjonsteam bør inngå som del av fastlegers poenggivende utdanningsløp (smågruppekrav) i tillegg til at det også bør kunne dekke fastlegers utdanningskrav.

6.2 Evaluering av implementering med ledere i Avdeling Sør

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med ledere i avdeling Sør, til sammen ble fire ledere intervjuet. Lederne var avdelingsleder, leder for poliklinikken og leder for senteret. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført via videokonferanse i november 2016. Hvert intervju hadde en varighet på ca. 90 minutter:

Ledergruppa oppfattet at prosjekt MasterMind sin overordnede målsetting var å jobbe mot et felles mål om å gi likeverdige behandlingstilbud til befolkningen. Hva angår prosjektgjennomføringen skisserer lederne følgende organisatoriske utfordringer i prosjektperioden:

- Lokal forankring
- Omorganiseringsprosesser i prosjektperioden
- Endringer i ledelsen

I tillegg poengterer ledergruppa at også personlige utfordringer som knapphet på tid, svært mange oppgaver som til enhver tid må løses, samt slitenhet og begrensninger i forhold til både å ta imot informasjon og videreformidle informasjon. Dette fikk betydning for deres muligheter til å engasjere seg og involvere seg i prosjektet i tilstrekkelig og ønsket grad. Hva angår økonomi uttrykker lederne at prosjektet ikke har medført økonomiske utfordringer. Tvert imot trekker flere ledere frem konkrete eksempler på økonomiske gevinster ved å være involvert i MasterMind, for eksempel tilgang på IT-utstyr.

Flere ledere påpekte at det er en utfordring at alle hovedaktørene som driver prosjektet holder til i Tromsø. Dette mener de er en av årsakene til at det oppstår uklarheter rundt prosjekteierskap. En omforent ledergruppe er imidlertid tydelig på at de oppfatter prosjektgruppa i MasterMind som svært løsningsorientert og med en kontinuerlig god, målrettet og konstruktiv fremdrift. Lederne poengterer videre at MasterMind har gitt tilgang til ny kompetanse i forhold til å løse utfordringer i virksomheter. Hva angår informasjon er opplevelsen i stor grad at de har fått god tilgang til informasjon fra prosjektgruppa. Informantene konkluderer imidlertid med at informasjon alltid er et utfordrende felt.

Avslutningsvis mener ledergruppa at det på sentralt nivå er tatt viktige og gode beslutninger på teknologifeltet, men at en nødvendig forutsetning i fremtidige e-helseprosjekter er at tilstrekkelige bevilgninger hva angår IT-infrastruktur og IT-kompetanse følger prosjektet. Lederne er også opptatt av at man må ivareta pasienter som ikke er nettbbrukere. I tillegg mener informantene at det er viktig å ha respekt for, og følge opp behandlere som trenger tid til å tilpasse seg nye behandlingsmetoder og ny praksis i det kliniske e-helsefeltet.

6.3 Erfaringer fra prosjektgruppa

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med prosjektgruppa den 24.08.16. Intervjuet hadde en varighet på 2,5 timer.

Oppsummert oppfatter samtlige informanter prosjektfokus i MasterMind som flersidig, at prosjektet både er et forskningsprosjekt og et implementeringsprosjekt i tillegg til at to typer tjenester (ICBT og VK) skal implementeres i to felt, i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Samtidig forskning og implementering kan resultere i utfordringer. For eksempel innebar forskningsprosjektet innhenting av data i form av flere spørreskjema, noe som både bidro til å utfordring med rekruttering og at både pasienter og behandlere ikke fortsatte.

Utfordringer i prosjektgruppa er spesielt urealistiske vurderinger av arbeidsomfang, særlig relatert til å etablere kontakt og dialog med relevante aktører og bidragsytere i prosjektet. Eksempler på dette er tiden det tar å opprette og holde kontakt med alle fastleger og fastlegekontor i området, og organisere treffpunkt med medarbeidere og ledere i spesialisthelsetjenesten, for å informasjon og samarbeid.

Den vesentligste utfordringen som løftes frem hva angår organisering, forankring og ledelse er at en omfattende omorganiseringsprosess i begge prosjektorganisasjonene (UNN og NSE) har preget prosjektgruppa. Andre organisatoriske utfordringer som løftes frem er usikkerhet knyttet til prosjektforankring, i tillegg til eierskap og prioritering på ledernivå. Usikkerhetsmomenter knyttet til ledelsens prioritering av MasterMind innebærer også utfordringer med å nå ut i organisasjonene med relevant og nødvendig informasjon om prosjektet.

Prosjektgruppa beskriver sitt interne samarbeid som positivt og konstruktivt. De teknologiske utfordringene beskrives som omfattende, vanskelige å håndtere i tillegg til at det har vært et tidkrevende arbeid. De teknologiske utfordringene er særlig knyttet til arbeidet med egen plattform som etter hvert ble avsluttet og erstattet av Skype4B. Samlet beskriver prosjektgruppa de ulike utfordringene som nødvendige og nyttige erfaringer i det videre arbeidet med å implementere MasterMind.

6.4 Tilbakemelding behandlere

Behandlere som fikk opplæring og tilbud om veiledning i bruk av MoodGYM fikk tilsendt mail med lenke til spørreundersøkelse. Under halvparten av de som deltok på opplæring og veiledning har svart. Det presiseres at svarene ikke nødvendigvis er representativ for hele gruppen av behandlere som har mottatt undervisning og veiledning i bruk av programmet

Av de som har svart på spørreundersøkelsen fremkomme det at opplæringen ga en forståelse av innhold og oppbygging av MoodGYM, og at veiledning har bidratt til at behandlerne har følt seg trygge på å bruke det i behandling. De har anbefalt bruk av programmet for pasienter, og er ikke avhengig av videre veiledning for å fortsette å bruke denne behandlingstilnærmingen. Nettbaserte behandlingsprogram blir vurdert til å være et godt hjelpemiddel for behandler og pasient.

6.5 Tilbakemelding fra pasienter ved avslutning av terapiforløpet

I avslutning av hvert pasientforløp ble det spurt et par standardspørsmål for å evaluere bruk av nettbasert terapi og videosamtale. Spørsmålene er stilt av behandler som del av en oppsummering og avslutning av terapien. Dette innebærer at svarene vil preges noe av relasjon til behandler. I tillegg er det få pasienter, kun 15 personer, slik at dette kun vil være indikasjoner på hva pasienter synes om behandlingsopplegget.

Det ble stilt følgende spørsmål: Hva synes du generelt om videosamtaler? Hvilken sammenheng passer det ikke med videosamtale og hvilken møteform ville du lagt dersom du skulle motta et nytt tilbud? Videre ble det spurt om erfaringen med nettprogrammet MoodGYM.

Videosamtaler: De fleste sier at det var litt rart/skummelt første gangen, men etter hvert gikk det greit. De fleste er positive til videosamtaler etter å ha prøvd dette. På forespørsel om hva de synes er positivt, svares det at det er tryggere/mer komfortabel hjemme. Enkelte sier at det er svært vanskelig å komme til poliklinikken, spesielt det å sitte på venterommet, og opplever det som bedre å få hjelp hjemme. Andre sa at i perioder hvor de hadde det svært vanskelig og det var utfordrende å komme

seg ut av huset, var det nyttig å kunne få tilbudet hjemme. Ei sa at det var fordel at terapeuten ikke befant seg på hjemstedet fordi da slapp hun å forholde seg til å treffe tilfeldig på terapeuten på f.eks. butikken. Dette innebar at hun klarte være mer åpen i en videosamtale. Hun opplevde det å slite psykisk som skamfullt. Ved forespørsel om hva de ønsket hvis de på et senere tidspunkt skulle få problemer, svarte flere at de ønsket å få tilbudet over videokonferanse.

MoodGYM: Enkelte sa at det var fint å kunne jobbe hjemme, da det gjør at de kan gjøre det i eget tempo. En sa at det var bra å kunne gå tilbake på ting som jeg ikke helt forstår. Programmet viste seg å være lite egnet for de med betydelige lese- og skrivevansker. En sa for eksempel at det var litt for "skoleaktig", og at han lærte mer av å gjøre og være fysisk aktiv. En annen sa at det ikke ga henne så mye da hun oppfattet programmet som lite rettet mot hennes problemer, og noe ungdommelig i eksemplene. Ei annen sa at hun fikk stadig nye aha-opplevelser og ny innsikt i hver modul, og at det var første gang at hun forsto at tanker så sterkt påvirker følelser.

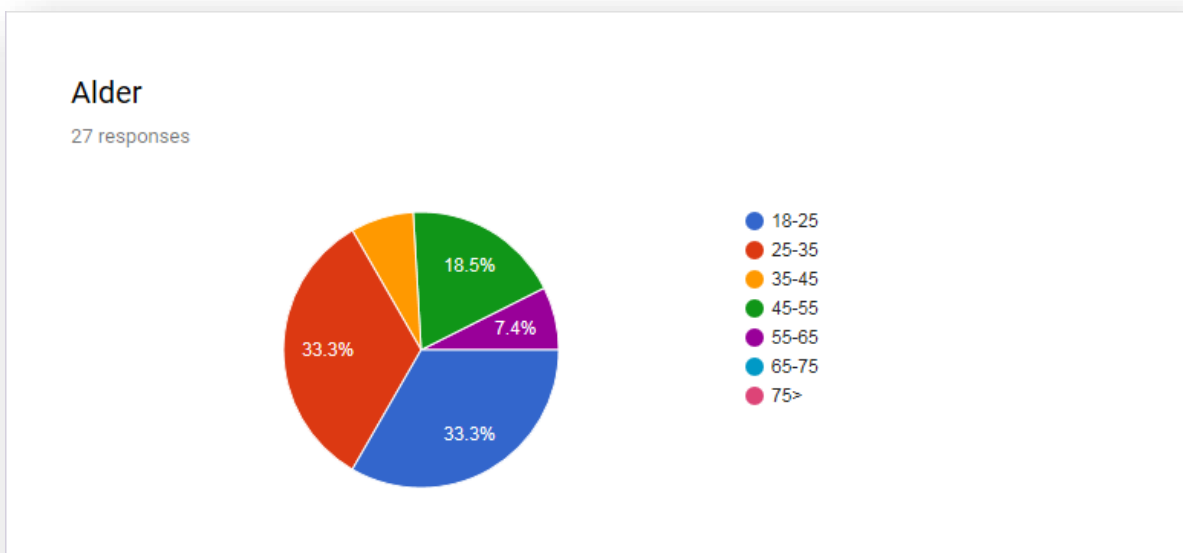
6.6 Pasientens holdning til bruk av videosamtaler

27 tilfeldige pasienter ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk har valgt å fylle ut spørreskjema på forespørsel når de har henvendt seg til ekspedisjon. Innsamling av data foregikk i april og mai 2017. Gruppen er primært pasienter som ikke har erfaring med videosamtaler i klinisk sammenheng. De har ikke fått noen informasjon utover forespørsel om å besvare det aktuelle spørreskjema, og den informasjon som er oppgitt på selve spørreskjema (vedlegg 1).

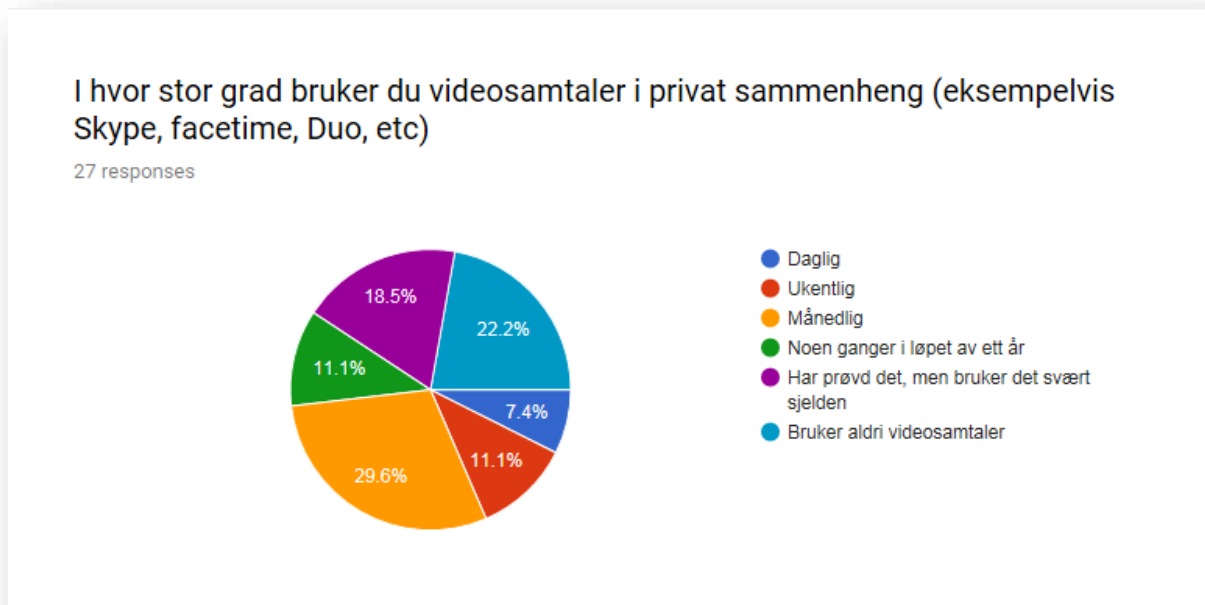
Det var ønskelig å undersøke holdninger til videosamtaler i poliklinikk for å få bedre oversikt over hva som er pasienters erfaring og holdninger til bruk av dette mediet i samtaleterapi.

Alle de 27 pasientene som valgte å besvare undersøkelsen hadde tilgang til internett. Av disse 27 hadde 25 pasienter tilgang til PC, 14 pasienter tilgang til nettbrett og 23 pasienter hadde tilgang til smarttelefon.

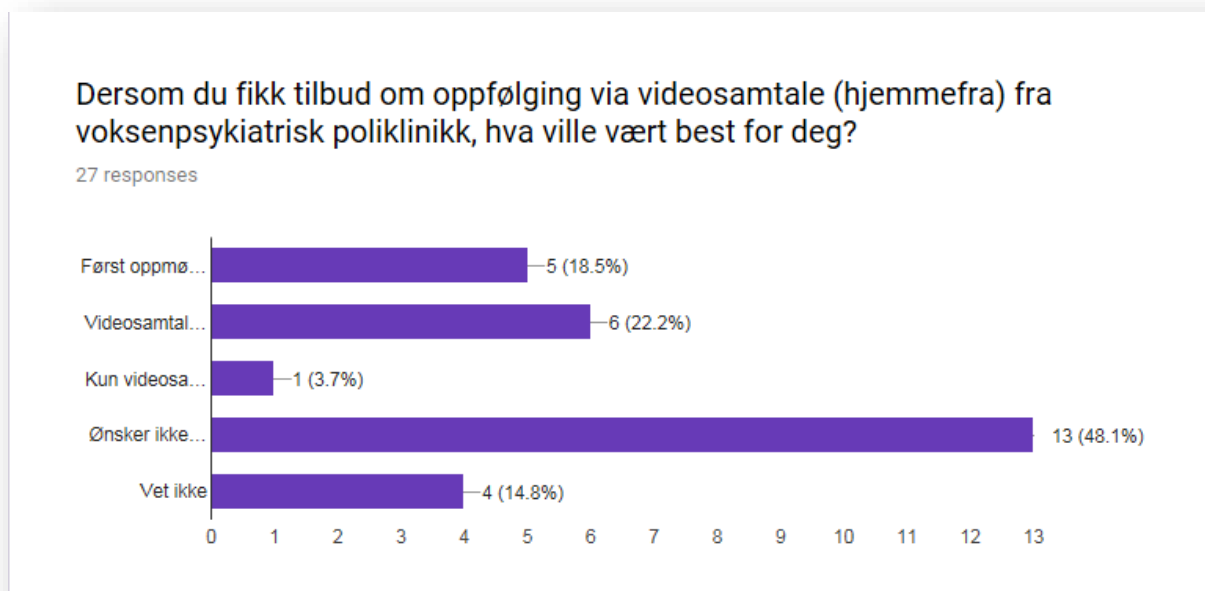
Figur 1:



Figur 2:



Figur 3:



Forklaring figur 3: 1. Først oppmøte på poliklinikk, og videosamtaler i fortsettelsen, 2. Videosamtale i kombinasjon med oppmøte på poliklinikk, 3. Kun videosamtaler, 4. Ønsker ikke videosamtaler, 5. Vet ikke

7 Konklusjon

Prosjektet har oppnådd målsetting om pilotering av videosamtaler hjem til pasient. Pasientpopulasjonen har vært pasienter henvist til voksenpsykiatrisk poliklinikk. De fleste pasientene har opplevd videosamtaler som en hensiktsmessig måte å kommunisere på, og ville benyttet seg av tilbudet dersom de ble rehvist. Videokonferanse har også blitt brukt i samhandling med fastleger, både i veiledning og felleskonsultasjon med fastlege.

Internettbasert kognitiv terapi har blitt gitt som tilbud til pasienter ved voksenpsykiatrisk poliklinikk. Dette kan brukes som et selvhjelpsverktøy, men er nok best egnet i kombinasjon med oppfølging fra behandler. Det forutsetter at behandler har kunnskap om kognitiv terapi, og fanger opp de tema som er sentrale for pasienten. Behandler sin formidling av tilbudet ser i stor grad ut til å påvirke deltakelse. Motivasjon til gjennomføring av de aktuelle modulene er en viktig del av det kliniske arbeidet. Nettbaserte program vurderes å kunne bidra til mer fokusert og strukturert behandling, samt sikre at pasienten har bedre forutsetninger til å medvirke til behandlingsvalg.

Det er krevende å implementere nye arbeidsmetoder innen psykisk helsevern, og utfordringene har i dette prosjektet blitt større grunnet omorganisering i prosjektperioden. Erfaringer fra denne piloten gir grunnlag for å vurdere videre satsing på bruk av videokonferanse/videosamtaler og internettbasert behandling. Det anbefales at de tiltak som er påbegynt i aktuell poliklinikk følges opp, og at bruk av videokonferanse implementeres som en del av tilbudet ved senter for psykisk helse. Videokonferanse kan bidra til større grad av likeverdige tjenester, bidra til reduserte utgifter og resultere i et mer fleksibelt tilbud til pasientene. Videosamtaler hjem til pasient bør bli gjenstand for forskning og videre innovasjonsarbeid. Videosamtaler kan gi nye muligheter for å integrere ressurser på nett (informasjonsvideoer, tekst, bilde, etc) som en del av behandlingstilbudet. Det bør fremskaffes en systematisk oversikt over hvilke kriterier som kan tale for videosamtaler med pasienter, og når det er hensiktsmessig med oppmøte i poliklinikk. Dette bør bli gjenstand for forskning og gjøres i samarbeid med pasienter og pårørende.

Modellen med konsultasjonsteam via videokonferanse anbefales videreført ut fra evalueringen som er gjennomført. På sikt vurderes ordningen til å kunne bidra til at flere pasienter får bedre oppfølging av sine psykiske helseplager/lidelser fra sin fastlege, og at det bli bedre samhandling om hvilke pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Denne ordningen imøtekommer også pålagt veiledningsplikt, styrker samarbeidet mellom legekantor og Senter for psykisk helse og kan bidra til mer helhetlige pasientforløp.

Referanser

- Arild, E., Borgen, M., Christiansen, E.K., Furskognes A.K., Skipnes, E., Stensland G.Ø, Karoliussen, S. (2014).: eHelse, Barne- og ungdomspsykiatri i Ofoten – eBUP, S 19 ISBN 978-82-8242-044-0
- Christensen, H., Griffiths, K. (2001).: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 35(4):A4, AUG 2001
- Foroushani, P, S., Schneider, J., Assareh, N. (2011).: Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression. *BMC Psychiatry*, 2011, 11:131.
- Kessler, R. C., W. T. Chiu, O. Demler and E. E. Walters (2005b).: "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of general psychiatry*62(6): 617-627, from ISI:000229628400006
- Kilvær, D. Fagerheim, S. H. Trondsen, M., V. Stensland, G., Ø. Myrbakk, V., M. (2015).: Evaluering av endinger i akuttjenesten for opptaksområdet til Avdeling Sør, Psykisk helse- og rusklinikken UNN HF, Rapport Universitetssykehuset-Nord Norge HF
- Krueger RA. Focus groups – a practical guide for applied research. 2. utg. Thousand Oaks, Calif: Sage. 1994.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015).: *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (3rdedition). Los Angeles: Sage Publications
- Mykletun, A., A. K. Knudsen and K. S. Mathisen. (2009).: Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2. utg.: Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. 1997.
- Myrbakk, V., M. Bjørklund, R., A. Kilvær, D. Stensland, G., Ø. (2015),: Prosjekt- Elektronisk symptomkarlegging, Evalueringsrapport 2015, Rapport Universitetssykehuset-Nord Norge HF
- Vis, C et al. (2015). Implementing and up-scaling evidence-based eMental health in Europe: The study protocol for the MasterMind project, *Internet Interventions*, Volume 2, Issue 4, November 2015, Pages 399-409

Vedlegg 1:

Din holdning til bruk av videosamtaler i psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern, UNN, jobbes det aktivt med å sørge for kvalitet i behandling og likeverdige tjenester. Vi er i gang med et prøveprosjekt som innebærer at du som pasient kan få mulighet til å sitte hjemme og møte din behandler via lyd og bilde løsning via internett. Dette betyr at du kan sitte hjemme med nettbrett, PC eller mobil og snakke med din behandler via en sikker Skype løsning. Vi har kalt dette for videosamtale. Det blir ikke gjort opptak av samtalen. Denne løsningen er under utvikling, og i denne sammenheng ønsker vi dine synspunkter.

Besvarelsen er anonym. Takk for din deltakelse!

Alder

- 18-25
- 25-35
- 35-45
- 45-55
- 55-65
- 65-75
- 75>

I hvor stor grad bruker du videosamtaler i privat sammenheng (eksempelvis Skype, Facetime, Duo og lignende)

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Noen ganger i løpet av ett år
- Har prøvd det, men bruker det svært sjelden
- Bruker aldri videosamtaler

Har du tilgang til internett

- Ja
- Nei

Har du hjemme tilgang til

- PC
- Nettbrett
- Smarttelefon

Dersom du fikk tilbud om oppfølging via videosamtale (hjemmefra) fra voksenpsykiatrisk poliklinikk, hva tenker du ville vært best for deg?

- Først oppmøte på poliklinikk, og videosamtaler i fortsettelsen
- Videosamtale i kombinasjon med oppmøte på poliklinikk
- Kun videosamtaler
- Ønsker ikke videosamtale
- Vet ikke

Hva har fungert bra i veiledningen? *

Long answer text

Hva har ikke fungert i veiledningen, og eventuelle forslag til forbedring? *

Long answer text

Har du brukt MoodGYM support (psykologspesialist fra prosjekt deltar i time sammen med pasient)? *

Ja

Nei

Dersom du har brukt MoodGYM support, hvordan opplevde du tilbudet?

Long answer text

Har du anbefalt MoodGYM til noen av dine pasienter? *

Ja

Nei

Tenker du at MoodGYM kan være et nyttig tiltak i behandling av depresjon og angst? *

	1	2	3	4	5	
Ikke i det hele tatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I stor grad

Vil du anbefale andre behandlere å bruke MoodGYM sammen med sine pasienter? *

- Ja
- Nei
- Kanskje

Kommer du til å bruke MoodGYM i oppfølging av nye pasienter? *

- Ja
- Nei
- Kanskje

Vil tilbud om veiledning være avgjørende for hvorvidt du fortsetter å bruke MoodGYM? *

- Ja
- Nei
- Kanskje



Hva har vært de største utfordringene for å komme i gang med bruk av MoodGYM? *

Long answer text

Hva tenker du om nettbasert behandlingsprogram som et supplement til samtaleterapi? *

Long answer text

Ut fra din erfaring med å ta i bruk MoodGYM, har du noen råd til hvordan dette kan implementeres i andre poliklinikker?

Long answer text

Vedlegg 3:**Krav til nettverk:**

Minimum 0,5Mbps tilgjengelig båndbredde for videosamtaler, QoS anbefales for å sikre dette.

Tekniske krav i tillegg er:

- Forsinkelse <150ms
- Jitter <50ms
- Pakketap <1%

Krav til nettleser:

Internet Explorer 9 eller nyere, FireFox, Safari eller Chrome

(Teknisk oversikt, se: <https://technet.microsoft.com/en-us/library/gg425820.aspx>)

Krav til PC/Mac:

Windows 7 SP1 eller nyere.

Mac OS

Kravet til klient er beskjedent og de aller fleste maskiner vil støtte video. Kvaliteten vil derimot variere avhengig av hvor kraftig PC brukerne har.

(Teknisk oversikt: <https://technet.microsoft.com/en-us/library/jj688132.aspx>)

Krav til kamera/høytaler/mikrofon:

Som hovedregel kan slikt utstyr med USB-grensesnitt benyttes i Skype for Business. For å sikre kvalitet og funksjonalitet, anbefales det å benytte sertifisert utstyr: <http://partnersolutions.skypeforbusiness.com/solutionscatalog/personal-peripherals-pcs>

Krav til brannmur:

Tillate utgående trafikk på følgende porter

- TCP 443
- UDP 3478
- UDP 49 152 – 65 535

Dersom det benyttes proxy-server for tilgang til Internett, må det lages unntak for følgende adresse:

- S4bfe.helsenord.no
- S4bdir.helsenord.no
- Dialin.helsenord.no
- Meet.helsenord.no
- Meet.nordlandssykehuset.no